



RÉPUBLIQUE DU CONGO



PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2018-2022

AOUT 2018





TABLE DES MATIÈRES

PREFACE	7
AVANT-PROPOS	8
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	9
LISTE DES TABLEAUX	12
LISTE DES GRAPHIQUES	13
GLOSSAIRE DES TERMES TECHNIQUES UTILISÉS	14
RESUME EXECUTIF	16
PROCESSUS DE L'ELABORATION	17
COMMUNAUTES ET PARTIES PRENANTES IMPLIQUEES DANS LE PROCESSUS.....	18
INTRODUCTION	19
CHAPITRE I : ANALYSE DE LA SITUATION	21
1.1 PROFIL DU PAYS	23
1.1.1. Situation géographique	23
1.1.2. Démographie	23
1.1.3. Contexte politique et administratif	25
1.1.4. Contexte économique et social	25
1.2. ETAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	26
1.2.1. Mortalité générale et espérance de vie	26
1.2.2. Santé maternelle	26
1.2.2.1. Ratio de mortalité maternelle	26
1.2.3. Santé de l'enfant	28
1.2.3.1. Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans	28
1.2.3.2. Les maladies évitables par la vaccination	30
1.2.4. Santé de l'adolescent et du jeune	31
1.2.5. Santé de la personne âgée	31
1.2.6. Profil épidémiologique	32
1.2.6.1. Maladies transmissibles	32
1.2.6.2. Maladies non transmissibles	34
1.2.6.3. Maladies à potentiel épidémique	36
1.2.6.4. Maladies tropicales négligées (MTN)	37
1.2.7. Déterminants de la santé	38
1.3. PROFIL DU SYSTÈME DE SANTÉ	40
1.3.1. Organisation du système de santé	40
1.3.1.1. Organisation administrative	40
1.3.1.2. Organisation de l'offre des prestations de soins et services de santé	41
1.3.2. Performance du système de santé	42
1.3.2.1. Gouvernance, leadership et pilotage du système	42
1.3.2.2. Le financement du système de santé	45
1.3.2.3. Les ressources humaines de santé	47
1.3.2.4. Le système national d'information sanitaire (SNIS)	50
1.3.2.5. Médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies	52
1.3.2.6. Infrastructures et équipements médico-sanitaires	55
1.3.2.7. Prestations de soins et services	57
1.3.2.8. Synthèse des problèmes identifiés et leurs causes	62
CHAPITRE II : OBJECTIFS, ORIENTATIONS STRATEGIQUES, RESULTATS ATTENDUS ET ACTIONS PRIORITAIRES DU PNDS.....	65
2.1. RAPPEL DE LA VISION DE LA PNS	67
2.2. ALIGNEMENT ENTRE LE PNDS 2018-2022 ET LE PND 2018-2022.....	67
2.3. LIENS ENTRE LE PNDS 2018-2022 ET L'ODD N°3	68
2.4. RAPPEL DES PRINCIPES DIRECTEURS DE LA PNS	69

2.5. BUT DU PNDS	69
2.6. OBJECTIFS DU PNDS	69
2.6.1. Objectif général	69
2.6.2. Objectifs spécifiques	69
2.7. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PNDS	69
2.8. ACTIONS PRIORITAIRES PAR PROGRAMME DU PNDS 2018-2022	70
2.8.1. Cibles du PNDS à l'horizon 2022	70
2.8.2. Programme 1 : renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage du secteur santé	71
2.8.2.1. Résultats attendus du programme	72
2.8.2.2. Différentes actions par sous-programme	74
2.8.2.2.1. Sous-programme 1 : renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage	74
2.8.2.2.2. Sous-programme 2 : amélioration de la coordination et du partenariat du secteur santé	74
2.8.2.2.3. Sous-programme 3 : amélioration du financement de la santé	76
2.8.2.2.4. Sous-programme : mise à disposition au niveau des FOSA des RH en quantité et qualité suffisantes	76
2.8.3. Programme 2 : amélioration de l'accès équitable des populations aux paquets de services essentiels de qualité	77
2.8.3.1 Résultats attendus du programme	78
2.8.3.2 Différentes actions du deuxième programme	79
2.8.3.2.1. Sous-programme 1 : amélioration de l'offre des services de santé de qualité	79
2.8.3.2.2. Sous-programme 2: renforcement des services de santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune	80
2.8.4. Programme 3 : sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgence selon l'approche englobant l'ensemble des menaces	82
2.8.4.1. Résultats attendus	82
2.8.4.2. Différentes actions du troisième programme	83
2.8.4.2.1. Sous-programme 1: gestion des épidémies en fonction des dispositions du RSI	83
2.8.4.2.2. Sous-programme 2 : gestion des catastrophes et autres événements de santé en fonction des dispositions du RSI	83
2.8.5. Programme 4 : promotion de la santé	83
2.8.5.1 Résultats du programme	84
2.8.5.2.1 Sous-programme 1 : lutte contre les maladies transmissibles	84
2.8.5.2.2. Sous-programme 2 : lutte contre les maladies non transmissibles	85
2.8.5.2.3. Sous-programme 3 : lutte contre les maladies tropicales négligées	86
2.8.5.2.4. Sous-programme 4 : amélioration du cadre et/ou du mode de vie des populations	86
CHAPITRE III : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS	87
3.1. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	89
3.1.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre du PNDS	89
3.1.1.1. Les organes de coordination du PNDS	89
3.1.1.1.1. Au niveau national	89
3.1.1.1.2. Mise en œuvre et coordination du PNDS au niveau départemental	89
3.1.1.1.3. Mise en œuvre et coordination du PNDS au niveau du district sanitaire	89
3.1.1.2. Les organes techniques de suivi du PNDS et son secrétariat	89
3.1.1.2.1. Le comité technique de suivi du PNDS (CTS-PNDS)	89
3.1.1.2.2. Le secrétariat du comité technique de suivi du PNDS (SCTS-PNDS)	90
3.1.2. Responsabilité dans la mise en œuvre du PNDS	90
3.1.2.1. Rôles des partenaires nationaux et internationaux	91
3.1.3. Modalités de mise en œuvre	91
3.1.4. Mesures et réformes nécessaires	92
3.1.5. Procédures administratives, financières et comptables, contrôle de gestion	92
3.1.5.1. Procédures administratives, financières et comptables	92
3.1.6. Modalités de contrôle de gestion	93
3.2. CONDITIONS DE SUCCÈS ET GESTION DES RISQUES	93
3.2.1. Conditions de succès	93
3.2.1.1. Engagement politique au sommet de l'État	93
3.3. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES ET MENACES	94
CHAPITRE IV : FINANCEMENT DU PNDS 2018-2022	97

4.1. ESTIMATION DES BESOINS FINANCIERS DU PNDS 2018-2022	99
4.1.1. Coût global du PNDS	99
4.1.2. Analyse du coût global du PNDS	100
4.1.2.1. Coût par programme du PNDS 2018-2022	100
4.1.2.2. Coût par sous-programme du PNDS 2018-2022	100
4.1.2.3. Coût par résultat	101
4.1.2.4. Coût par catégorie de dépenses	103
4.1.2.5. Coût par catégorie et par niveau du système de santé	106
4.2. SCÉNARI DE FINANCEMENT DU PNDS 2018-2022	109
4.2.1. Financement du système de santé (PNDS 2018-2022 et panier de soins)	110
4.3. SOURCES POTENTIELLES DE FINANCEMENT DU PNDS	112
CHAPITRE V : SUIVI ET EVALUATION STRATEGIQUE DU PNDS 2018-2022	115
5. 1. CADRE LOGIQUE DU SUIVI ÉVALUATION	117
5. 2. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PNDS 2018-2022	118
5.2.1. Principaux mécanismes nationaux de coordination	118
5.2.1.1. Le comité interministériel de pilotage	118
5.2.1.2. Le comité technique de suivi de la mise en œuvre du PNDS	118
5.2.1.3. Le secrétariat technique permanent	118
5.2.2. Rôles et responsabilités des principales institutions et parties prenantes	119
5.2.2.1. Rôle du gouvernement	119
5.2.2.2. Rôle des responsables du niveau intermédiaire du système de santé (Présidents des comités départementaux, directeurs départementaux et médecins chefs des districts sanitaires)	119
5.2.2.3. Rôle des autres parties prenantes	119
5.3. MÉCANISMES DE CONTRÔLE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	119
5.3.1. Contrôle de la mise en œuvre du PNDS	119
5.3.2. Etudes et évaluations	120
5.3.2.1. Suivi de la mise en œuvre	120
5.3.2.2. Évaluation de la mise en œuvre du PNDS	120
5.4. INDICATEURS DU SUIVI ÉVALUATION	123
5.4.1. Définition et caractéristiques de l'indicateur	123
5.4.2. Indicateurs clés	123
5.4.2. Sources de données	128
5.4.3. Renforcement des capacités en suivi et évaluation	128
5.5. COLLECTE, ANALYSE ET DIFFUSION DES DONNÉES	128
5.5.1. Collecte des données	128
5.5.1.1. Collecte de routine	128
5.5.1.2. Collecte des données par enquête et étude	129
5.5.2. Synthèse des données et informations	129
5.5.3. Circuit de transmission des données et informations	129
5.5.4. Rétro-information	131
5.5.5. Gestion des données	131
5.5.5.1. Base de données	131
5.5.5.2. Analyse des données et informations	131
5.5.5.3. Archivage des données	132
5.5.6. Mécanisme d'assurance qualité	132
5.5.7. Diffusion et utilisation des données	132
CONCLUSION	133
REFERENCES	136
RECONNAISSANCES	137
ANNEXES	139
ANNEXE N°1 : LISTE DES 22 CSI À PMAE À TRANSFORMER EN FOSA CAPABLES D'OFFRIR LES URGENCES MÉDICO-CHIRURGICALES	141
ANNEXE N°2 : CADRE LOGIQUE DU PNDS 2018-2022	143

PREFACE



Enjeu sociétal majeur pour le développement de notre pays, la santé demeure une préoccupation constante pour le gouvernement. Cette préoccupation se traduit dans la Constitution du 25 octobre 2015 qui consacre la santé comme un droit pour tous, sur toute l'étendue du territoire national. Dans son projet de société « La Marche vers le développement, allons plus loin ensemble », le Président de la République, Chef de l'État, Son Excellence Monsieur Denis SASSOU N'GUESSO a fait de la santé une urgence des temps présents. Il posait ainsi le fondement de la politique de santé à mener en République du Congo afin d'atteindre les objectifs de développement durable. Pour relever ces défis, le Congo s'est doté d'une nouvelle Politique Nationale de Santé 2018-2030. En se basant sur les engagements nationaux et internationaux, celle-ci fixe les principales orientations stratégiques à mettre en œuvre pour améliorer le niveau de santé de la population.

Résultant d'une analyse exhaustive du système de santé et des problèmes de santé, cette politique se déclinera en Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) successifs. Le PNDS est arrimé au Plan National de Développement 2018-2022 qui a classé la santé comme un pré-requis au développement économique et social du Congo.

Le caractère multisectoriel et transversal de la santé implique une mobilisation et un engagement de l'ensemble du gouvernement, de la population, des partenaires au développement, qu'il s'agisse des partenaires techniques et financiers ou des organisations non gouvernementales, des sociétés savantes, des ordres professionnels et des syndicats.

Le gouvernement pour sa part a pris l'engagement de doter des budgets conséquents à la relève de notre système de santé par des actions multiformes.

Le PNDS 2018-2022 promeut une politique de santé réaliste, ambitieuse, pro-active et flexible qui demande d'être soutenue par tous.

Premier Ministre, Chef du gouvernement.

Clément MOUAMBA



Ce Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 vient prendre le relais du Programme Biennal de Développement Sanitaire 2015-2016 élaboré afin de pallier à l'absence du PNDS qui devrait couvrir la période de 2014 à 2018.

Il répond d'une part à une obligation légale définie par la loi n°014-92 du 29 avril 1992 portant institution du Plan National de Développement Sanitaire et d'autre part, à la volonté du Ministère de la Santé et de la Population de mettre à la disposition du secteur de la santé un outil d'aide à la décision. Cet outil vise entre autres à renforcer le système de santé en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise.

Pour offrir un cadre d'opérationnalisation de toutes les initiatives sectorielles et assurer la convergence des objectifs dans une approche structurée, le gouvernement, sous la supervision du Ministère du Plan, de la Statistique et de l'Intégration Régionale s'est engagé à doter

le pays d'un Plan National de Développement (PND) pour la période 2018-2022. Ainsi, ce plan National de Développement constitue une boussole de par ses orientations stratégiques auxquelles le Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 s'aligne.

L'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 a été participative et chronophage. Toutefois, sa production s'est heurtée à des contraintes et difficultés liées notamment aux insuffisances du système national d'information sanitaire. C'est pourquoi nous restons ouverts à toute contribution pouvant améliorer la qualité des prochaines éditions.

Mes sincères remerciements vont à l'endroit de tous les acteurs qui ont œuvré à la réussite de la production de ce document.

Ministre de la santé et de la population

Jacqueline Lydia MIKOLLO

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ARV	: Anti Rétro Viraux
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
AVP	: Accident de la Voie Publique
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
CAMEPS	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Produits de Santé
CAT	: Centre Anti-Tuberculeux
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CDAV	: Centre de Dépistage Anonyme Volontaire
CENAMES	: Centrale Nationale d'Achat des Médicaments
CFCO	: Chemin de Fer Congo Océan
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
CIDTS	: Centre Inter Départemental de Transfusion Sanguine
CMS	: Centre Médico-Social
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire
CTS	: Comité Technique de Suivi
CODIR	: Comité de Direction
COGES	: Comité de Gestion
COMEG	: Congolaise des Médicaments Essentiels et Génériques
COSA	: Comité de Santé
CP	: Comité de Pilotage
CSI	: Centre de Santé Intégré
DS	: District Sanitaire
DAM	: Direction des Affaires Médicales
DC	: Direction Centrale
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DDPOP	: Direction Départementale de la Population
DEP	: Direction des Études et de la Planification
DGELM	: Direction Générale de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie
DGPOP	: Direction Générale de la Population
DGIEM	: Direction Générale des Infrastructures de l'Equipement et la Maintenance
DGHOS	: Direction Générale des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
DOTS	: Traitement sous Observance Directe de la Tuberculose
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DSISR	: Direction des Systèmes d'Informations Sanitaires et de la Recherche
DSRP	: Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté
DTC3	: Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche 3 ^{ème} dose
ECOM2	: Enquête Congolaise auprès des Ménages 2 ^{ème} génération
EDSC II	: Enquête Démographique et de Santé n°2
EG-DS/EC-DS	: Equipe de Gestion de la DS ou Equipe Cadre de la DS
FAC	: Forces Armées Congolaises

FHVE	: Fièvre Hémorragique à Virus Ebola
FRPC	: Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance
HB	: Hôpital de Base
HG	: Hôpital Général
HTA	: Hypertension Artérielle
I.B	: Initiative de Bamako
IDE	: Infirmier Diplômé d'État
IEC/CCC	: Information Education Communication/Communication pour le Changement de Comportements
IO	: Infections Opportunistes
IRA	: Infection Respiratoire Aiguë
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JNV	: Journées Nationales de Vaccination
LNSP	: Laboratoire National de Transfusion Sanguine
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MSASF	: Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille
NTIC	: Nouvelles Technologies de l'Information et la Communication
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non gouvernementale
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PASCOB	: Projet d'Appui au Système de santé du Congo-Brazzaville
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDSS	: Programme de Développement des Services de Santé
PEC	: Prise En Charge
PEV	: Programme Élargi de Vaccination
PFA	: Paralysie Flasque Aiguë
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIP	: Programme d'Investissement Public
PIPC	: Programme Intérimaire Post Conflit
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMAE	: Paquet Minimum d'Activités Élargi
PMAS	: Paquet Minimum d'Activités Standards
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNS	: Politique Nationale de Santé
PSTE	: Pays Pauvre Très Endetté
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
PSE	: Paquets de Services Essentiels
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
SCO	: Service de la Coordination
SIMR	: Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire

SPT	: Stratégie Plaintes Traitement
SSP	: Soins de Santé Primaires
STS	: Schémas Thérapeutiques Standardisés
TAR	: Traitement Anti Rétroviraux
TMN	: Tétanos Maternel Néonatal
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Structure de la population par département en 2018	24
Tableau n°2 : Principaux indicateurs de performance des services de vaccination de 2012 à 2016	29
Tableau n°3 : Evolution des principaux indicateurs du paludisme de 2014 à 2016	32
Tableau n°4 : Evolution des principaux indicateurs de la tuberculose, 2014 à 2016	33
Tableau n°5 : Répartition de la dépense courante de santé par facteurs de prestation	46
Tableau n°6 : Différentes densités de certaines catégories du personnel pour 1.000 habitants.....	48
Tableau n°7 : Indicateurs, données de base et cibles à l'horizon 2022.....	70
Tableau n°8 : Résultats attendus du premier programme « Le renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage du secteur de la santé »	72
Tableau n°9 : Résultats attendus du programme « Amélioration de l'accès des populations aux paquets des services essentiels de qualité ».	78
Tableau n°10 : Résultats attendus du Programme « sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgence selon l'approche englobant l'ensemble des menaces ».....	82
Tableau n°11 : Résultats attendus du Programme « promotion de la santé »	84
Tableau n°12 : Répartition du budget par programme en millions de FCFA	100
Tableau n°13 : Présentation du coût par sous-programme du PNDS (en millions de FCFA)*	100
Tableau n°14 : Répartition du budget par résultat*	101
Tableau n°15 : Répartition du budget par catégorie budgétaire (en millions de FCFA)	103
Tableau n°16 : Coût par catégorie et par niveau du système de santé	107
Tableau n°17 : Financement du PNDS 2018-2022.....	110
Tableau n°18 : Scénario de financement du panier de soins.....	111
Tableau n°19 : Principaux acteurs de financement du PNDS 2018-2022.....	113
Tableau n°19 bis : Principaux acteurs du financement de la santé (PNDS 2018-2022 et panier de soins)	113
Tableau n° 20 : Récapitulatif des activités de suivi et d'évaluation	121
Tableau n° 21 : Enquêtes et études à réaliser	129

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique n°1: Taux de fécondité par âge par milieu de résidence, MICS5 Congo, 2014-2015	24
Graphique n°2 : Evolution de taux brut de mortalité et de l'espérance de vie de 1974 à 2007 (RGPH)..	26
Graphique n°3 : Projections de TBM et de l'espérance de vie de 2012 à 2022.....	26
Graphique n°4 : Taux de mortalité maternelle	27
Graphique n°5 : Evolution de la mortalité infantile, juvénile et néonatale	28
Graphique n°6 : Couverture vaccinale des antigènes DTC et VAR.....	29
Graphique n°7 : Couverture vaccinale des enfants selon les données d'enquête.	29
Graphique n°8 : Evolution de la part des femmes dans le diagnostic du VIH.....	33
Graphique n°9 : Evolution du budget alloué et du taux de décaissement effectif	45
Graphique n°10 : Répartition du budget par "programme".	99
Graphique n°11 : Répartition du budget	106
Graphique n°12 : Répartition du budget par niveau	106

GLOSSAIRE DES TERMES TECHNIQUES UTILISES

Termes techniques	Définitions
Aire de Santé	<ul style="list-style-type: none"> Définit la zone d'attraction des populations vers une formation sanitaire. <p>A la différence de la couverture sanitaire, elle ne se calcule pas par rapport à une aire géographique standardisée (rayon de 5 km autour d'un CSI) mais en fonction de la provenance des populations fréquentant le centre. Un obstacle naturel (montagne, fleuves) peut empêcher les populations de fréquenter une formation sanitaire géographiquement proche, une bonne voie de communication (ou un infirmier compétent) peut les amener à fréquenter une formation sanitaire plus éloignée.</p>
Capacités opérationnelles d'un service	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble des éléments prévus pour déclarer que le service a été offert selon les normes.
Compact	<ul style="list-style-type: none"> Il s'agit d'un accord négocié et signé pour une durée déterminée par lequel tous les partenaires s'engagent à mettre en œuvre et à respecter les priorités nationales de santé définies et décrites dans la stratégie nationale de la santé. Les signataires du compact national acceptent donc que tous les investissements actuels et futurs se fondent sur la stratégie nationale de santé, unique et validée, orientée sur les résultats, avec des coûts chiffrés, des critères clairs de performance pour toutes les parties, contrôlée et évaluée d'une manière transparente aux fins d'une responsabilisation mutuelle.
Couverture Postnatale	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de femmes ayant accouché et qui ont subi une visite médicale dans le mois qui a suivi leur accouchement. Rapporté au nombre de femmes qui ont accouché, on parle de taux de couverture postnatal.
Couverture Prénatale	<ul style="list-style-type: none"> Nombre des femmes enceintes qui ont subi quatre visites prénatales. Rapporté au nombre de femmes enceintes, on parle de taux de couverture prénatale.
Couverture Sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> La couverture sanitaire définit le nombre de personnes habitant dans un rayon de 0 à 5 km autour d'un Centre de Santé Intégré. Rapportée à la population générale de la zone, on parle de taux de couverture sanitaire.
Couverture vaccinale	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'enfants de moins d'un an qui ont reçu une ou plusieurs vaccinations. En fonction du vaccin, on parle de couverture BCG, polio, penta anti-rougeoleux, etc. ou de couverture totale lorsque l'enfant a reçu toutes les vaccinations. Rapporté au nombre d'enfants de moins d'un an, on parle de taux de couverture vaccinale.
Genre	<ul style="list-style-type: none"> Le genre veut mettre en évidence le fait que les rôles féminins et masculins ne sont pas définis par le sexe (caractères biologiques) mais évoluent différemment suivant les situations sociales, culturelles et économiques. Avec l'idée de genre, on évite de considérer de manière séparée les femmes et les hommes. La situation respective des uns ne peut se comprendre que par rapport à l'autre sexe et qu'en fonction des structures de vie dans lesquelles chaque individu est inséré.
Gestion Axée sur les Résultats (GAR)	<ul style="list-style-type: none"> La GAR est une stratégie ou méthode de gestion appliquée par une organisation pour veiller à ce que ses procédures, produits et services contribuent à la réalisation de « résultats » clairement définis.
Indice Synthétique de Fécondité	<ul style="list-style-type: none"> Nombre moyen d'enfants nés vivants qu'une femme a eu (ou aura si rien ne change) au cours de sa vie procréative.
Létalité	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de sujets décédés d'une maladie, rapporté à la morbidité spécifique sur une période donnée, on parle de taux de létalité.

Morbidité	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sujets ayant été malades toutes causes confondues. On parle aussi de morbidité spécifique selon la maladie. Ou lorsque l'on rapporte ce chiffre à la taille de la population pendant une période considérée, de taux de morbidité spécifique.
Mortalité	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de sujets décédés toutes causes confondues. La mortalité se calcule en général sur 1 an, rapporté à la taille de la population pendant la période considérée, on parle de taux de mortalité.
Mortalité Infantile	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité spécifique chez les enfants de 0 à 11 mois.
Mortalité Infanto- Juvénile	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité spécifique chez les enfants de moins de 5 ans.
Mortalité Maternelle	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité des femmes liée à l'accouchement ou aux suites immédiates de l'accouchement.
Paquet Minimum d'Activité	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des actes médico-techniques qui doivent être pratiqués dans une formation sanitaire. Cette liste est variable selon les niveaux de la pyramide sanitaire, limitée pour les cases de santé, la plus complète possible pour les infrastructures de référence nationale.
Paquet de Services Essentiels (PSE)	<ul style="list-style-type: none"> • Ensemble des soins et services de santé indispensables à différents niveaux dans un système de santé du pays.
Prévalence contraceptive	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de femmes en âge de procréer qui utilisent une méthode moderne de contraception. Données généralement issues d'enquêtes ponctuelles qui comptent le nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive le jour de l'enquête. • Rapporté au nombre de femmes visitées au cours de l'enquête, on parle de taux de prévalence contraceptive.
Santé de la Reproduction	<ul style="list-style-type: none"> • Ensemble des mesures et actions visant à préserver et à améliorer la pérennisation de l'espèce humaine dans un état de bien-être physique, mental et social et non seulement en l'absence de maladies ou de perturbations dans l'accomplissement du processus de la reproduction.
Stratégie fixe	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie qui consiste à fournir des soins au sein d'une formation sanitaire.
Stratégie foraine	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie qui amène l'infirmier d'un CSI à se déplacer (en moto généralement) au sein de villages distant de 5 à 15 km de sa formation sanitaire pour y apporter des soins.
Stratégie mobile	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie qui amène une équipe à se déplacer (en véhicule) au sein de villages situés au-delà de 15 km d'un CSI pour y apporter des soins.
Services de Santé de Premier Échelon (SSPE)	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau de formation sanitaire de premier contact dans un système de santé.

RESUME EXECUTIF

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2018-2022 traduit la volonté du pays d'apporter des réponses efficaces aux problèmes de santé et ceux du système de santé rencontrés au Congo. Ces problèmes se caractérisent par des niveaux de morbidité et de mortalité élevés touchant plus particulièrement la femme et l'enfant mais aussi des adultes avec la montée des maladies non transmissibles (le cancer, le diabète, la drépanocytose et les maladies cardiovasculaires dont l'accident vasculaire cérébral).

Son élaboration est le résultat d'un processus inclusif, participatif et consensuel de l'ensemble des acteurs du système sanitaire national.

Le PNDS 2018-2022 se fonde sur les orientations stratégiques de la Santé retenues dans le PND 2018-2022 et vise à améliorer l'état de santé de la population. A cet effet, quatre (4) programmes d'intervention qui englobent l'ensemble des actions prioritaires pour les cinq (5) prochaines années ont été définis : (i) le renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage du secteur santé, (ii) l'amélioration de l'accès équitable des populations aux paquets de services essentiels de qualité, (iii) la Sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgence selon l'approche englobant l'ensemble des menaces et (iv) la promotion de la santé.

La mise en œuvre de ce plan se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la pleine participation des secteurs public et privé, de la société civile avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

Plusieurs catégories d'indicateurs ont été formulées pour permettre le suivi et l'évaluation de ce plan.

Les responsabilités à différents niveaux du système de santé ont été définies et feront l'objet d'appréciations des performances accomplies.

D'un coût global de 1.153,047 milliards de francs CFA dont 15% en dépenses d'investissement et 85% en dépenses de fonctionnement, tenant compte des parts stratégiques budgétaires allouées à la santé, il se dégage donc un gap de financement de près de 38,07% soit 438,985 milliards de francs CFA. Le pays s'est donc engagé à consacrer pour la période près de 714,063 milliards de francs CFA, correspondant à près de 13% du budget national.

L'exécution de ce PNDS permettra non seulement de recréer les conditions d'un développement harmonieux et cohérent du secteur sanitaire mais aussi de satisfaire les besoins essentiels de la population en matière de santé.

Au-delà des ressources financières qui constituent le premier défi de ce plan, le succès de sa mise en œuvre dépend aussi et surtout de la résolution de la problématique des ressources humaines en santé, la réforme hospitalière, l'accessibilité aux médicaments, aux produits sanguins sécurisés, aux réactifs et aux vaccins. Tenant compte des contraintes financières et de l'accroissement des dépenses catastrophiques, l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle et la décentralisation s'imposent désormais au secteur santé congolais.

PROCESSUS DE L'ELABORATION

La feuille de route, élaborée à la fin des assises sur le secteur santé à Ewo en 2016 prescrivait au Ministère de la Santé et de la Population la mission de procéder à une nouvelle programmation des interventions sanitaires en République du Congo. L'argumentaire évoqué est celui de la caducité des documents stratégiques du secteur, étant donné que la Politique Nationale de Santé (PNS) élaborée en 2000 dans un contexte de post conflit et de mise en œuvre des OMD n'était plus cohérente avec le nouvel agenda mondial consacré à la mise en œuvre des ODD et du nouveau cadre macroéconomique qu'est le PND 2018-2022.

Tenant compte de ce qui précède, la feuille de route avait pour but ultime l'élaboration des trois documents fondamentaux à savoir : (i) la poursuite de la revue du secteur santé débuté à Ewo, (ii) la révision de la Politique Nationale de Santé de 2000 et (iii) l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 en lien avec les ODD et PND 2018-2022.

Ce travail a obéi aux traditionnelles étapes d'une planification sectorielle à savoir :

- **Etape n°1** : la revue du secteur de la santé s'est faite en deux phases. La première phase, celle relative aux assises d'Ewo, tenues du 16 au 21 décembre 2016 était placée sous le patronage du Premier Ministre, Chef du gouvernement et avait connu la participation de plusieurs membres du gouvernement, des partenaires impliqués au secteur, de certains ambassadeurs et de la presque totalité des cadres nationaux de différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ces assises ont eu le mérite de se prononcer sur un certain nombre de matières sanitaires. La deuxième phase de la revue qui a duré de janvier à juillet 2018 a consisté à la poursuite de l'analyse de la situation sanitaire par des consultants qui se sont appuyés sur (i) la revue documentaire, (ii) les interviews des acteurs de différents échelons du système de santé et (iii) les enquêtes ciblées.
- **Etape n°2** : au terme de la revue, un atelier de validation des conclusions a été organisé du 2 au 8 mai 2018. Cette rencontre a permis de retenir de façon consensuelle les problèmes prioritaires qui minent le secteur de la santé au Congo et leurs causes.
- **Etape n°3** : sur la base des conclusions de la revue, un groupe mixte constitué des cadres du Ministère de la Santé et de la Population et des partenaires techniques et financiers ont procédé à la révision de la Politique Nationale de la Santé du pays qui tient désormais compte des nouveaux défis et du nouvel agenda mondial. Guidée par l'approche participative, cette PNS a connu une validation par les acteurs du secteur le 21 juin 2018.
- **Etape n°4** : l'élaboration du PNDS 2018-2022 a été réalisée aussi de façon participative du 28 juin au 18 août 2018 par un groupe restreint supervisé par un consultant international, MPN, au bureau inter pays de l'OMS. Chaque chapitre du PNDS était soumis à l'approbation des cadres du Ministère de la Santé et de la Population et des partenaires afin de recueillir les observations pertinentes.
- **Etape n°5** : la cinquième étape a consisté à la validation du PNDS 2018-2022 par tous les acteurs du secteur (privé et public), les partenaires techniques et financiers, les représentants d'autres Ministères impliqués dans la mise en œuvre de ce plan, les acteurs des organisations civiles (ONG et associations) et les militants des ordres professionnels ainsi que des sociétés savantes.
- **Etape n°6** : cette étape est consacrée à la présentation du plan aux institutions de la République (conseil de cabinet, conseil des Ministres et aux représentants des deux chambres) après validation sous forme de décret présidentiel.
- **Etape n°7** : après sa validation à différents niveaux, le PNDS 2018-2022 fera l'objet d'une présentation officielle par le Ministre en charge de la santé auprès des principaux acteurs de mise en œuvre et aux donateurs. Lesquels se prononceront sur leur adhésion à travers la signature du compact pour garantir l'alignement des ressources disponibles et mobiliser des ressources supplémentaires.

COMMUNAUTES ET PARTIES PRENANTES IMPLIQUEES DANS LE PRO-CESSUS

L'élaboration du PNDS 2018-2022 a connu la participation de plusieurs acteurs dont les principaux sont :

- i. les membres du gouvernement sous la conduite du Premier Ministre, Chef du gouvernement à travers leur participation aux assises d'Ewo, qui avait réitéré les attentes de Monsieur le Président de la République en matière de santé au Congo ;
- ii. les experts du système des Nations Unies en général, en particulier l'OMS, l'UNICEF et la Banque Mondiale, qui ont pris part de façon engagée à toutes les étapes de son élaboration ;
- iii. les acteurs des ordres professionnels et des sociétés savantes qui ont participé activement aux travaux des assises d'Ewo ;
- iv. les représentants des autres Ministères impliqués (Ministère en charge du plan, Ministère en charge des finances, Ministère en charge de l'intérieur et de la décentralisation, Ministère en charge des Grands travaux, Ministère de l'Enseignement supérieur, Ministère de l'Enseignement technique, etc.) dans la mise en œuvre du PNDS, ainsi que la société civile ;
- v. les cadres du Ministère de la Santé et de la Population à différents niveaux (DDS, directeurs d'hôpitaux, médecins chefs de districts sanitaires, directeurs généraux, directeurs centraux) ;
- vi. les bénéficiaires des interventions sanitaires programmées dans le présent PNDS ont été associés, à travers les présidents de fédérations de comités de santé, le représentant du patronat et les agents communautaires.

La présence de toutes ces parties prenantes avait pour but de faire participer tous les acteurs à l'élaboration du PNDS 2018-2022, dans le but de faciliter l'appropriation et la mise en œuvre du plan.

INTRODUCTION

Le Congo, tenant compte de ce qui précède et des changements importants intervenus au plan national et international, a éprouvé la nécessité de réviser la Politique Nationale de Santé adoptée en 2000 et d'en élaborer un Plan National de Développement Sanitaire. Pour y parvenir, deux étapes ont été franchies : (i) l'analyse de la situation sanitaire nationale, validée lors d'un atelier de consensus (regroupant les responsables du Ministère de la santé, les autres départements ministériels, les partenaires techniques et financiers, les associations, les organisations non gouvernementales (ONG) et les autres acteurs de la société civile) ainsi que (ii) la révision de la Politique Nationale de Santé.

Le présent PNDS 2018-2022 est la déclinaison dans le secteur de la santé du plan national de développement (PND) 2018-2022, avec lequel il est parfaitement aligné. Quatre principaux axes stratégiques ont été retenus pour articuler la mise en œuvre du PNDS 2018-2022, d'un coût global d'environ 1 153,047 milliards de francs CFA. Le Plan National de Développement Sanitaire devrait être financé par le gouvernement à hauteur de 714,063 milliards de francs CFA soit 62% de son coût global, dégageant ainsi un gap de 38,07%.

Ce Plan National de Développement Sanitaire est structuré en cinq chapitres hormis l'introduction et la conclusion. Le premier chapitre synthétise l'analyse de la situation sanitaire du Congo. Le deuxième chapitre est consacré aux objectifs, les orientations stratégiques, les résultats attendus et aux actions prioritaires. Le troisième chapitre traite du cadre de mise en œuvre, des conditions de succès, de gestion des risques ainsi que de l'analyse et gestion des risques et menaces. Le quatrième chapitre est réservé au financement du PNDS et le cinquième chapitre donne des orientations sur le suivi et l'évaluation.



CHAPITRE I **ANALYSE DE LA SITUATION**

1.1 Profil du pays

1.1.1. Situation géographique



La République du Congo est située au cœur de l'Afrique centrale et à cheval sur l'équateur, entre les latitudes 3°30' Nord et 5° Sud et les longitudes 11° et 18° Est. Elle s'étend sur une superficie de 342.000 km² et partage ses frontières avec 5 pays : le Gabon à l'ouest sur 1.903 km, le Cameroun au nord-ouest sur 523 km, l'Angola et l'enclave du Cabinda au sud sur 201 km, la République Centrafricaine au nord sur 467 km et la République Démocratique du Congo à l'est sur 2.410 km le long du fleuve Congo et la rivière Oubangui.

La République du Congo est située dans la zone des climats chauds et humides. Au nord, le climat est équatorial avec une forte pluviométrie tandis que dans le sud-ouest il est tropical et subtropical. La température moyenne se situe autour de 25°C.

Les saisons de pluies durent de 8 à 9 mois et les saisons sèches de 3 à 4 mois. La richesse hydro-

lique fait du Congo un des pays les plus fertiles du continent africain, avec des forêts luxuriantes où l'on trouve encore plusieurs espèces de bois.

Les 2/3 du territoire national sont couverts par la forêt équatoriale et le tiers restant par la savane. Ces écosystèmes, favorables à l'économie forestière, à l'agriculture et à la pêche sont propices à l'éclosion de nombreuses pathologies tropicales.

Le Congo est situé au cœur d'un des plus vastes bassins fluviaux de la planète constitué du fleuve Congo et ses affluents. Le réseau hydrographique est composé de deux principaux bassins fluviaux : le bassin du Congo et le bassin du Kouilou-Niari. Ces deux bassins constituent d'importants axes de circulation dont les crues et les décrues conditionnent l'accessibilité aux zones riveraines. On compte plus de trente rivières navigables.

Le réseau routier compte 20.925 km de routes, en grande partie fortement dégradées. Seuls 1.976 km soit 10% sont bitumés y compris les voiries urbaines. Un effort important a été consenti par le gouvernement pour renforcer les infrastructures de transport ferroviaire à travers la réhabilitation et l'équipement en 2007. Le pays dispose de trois aéroports internationaux, situé à Brazzaville (la capitale), à Pointe-Noire (ville économique localisée dans la partie sud) et à Ollombo dans la partie septentrionale. Sept (7) aéroports secondaires desservent les villes de Ouessou, Ewo, Owando, Impfondo, Nkayi, Sibiti et Dolisie. Les voies navigables desservent en grande partie le nord du pays. Le transport maritime est assuré par le Port Autonome de Pointe-Noire (PAPN).

1.1.2. Démographie

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2007 avait évalué la population résidente à 3.697.490 habitants avec un taux d'accroissement de 3%. Les projections démographiques du pays, calculées par l'Institut National de la Statistique (INS) en se basant sur cette hypothèse indique un chiffre de 5.203.073 habitants en 2018, avec une prédominance des femmes à hauteur de 51%. 67% de la population vit en milieu urbain et les jeunes de moins de 18 ans représentent 45%. Le taux brut de natalité était de 41,7 pour mille en 2007 avec un indice synthétique de fécondité de 4,4 en 2015. Selon le dernier rapport de développement humain, l'espérance de vie à la naissance est de 62,3 ans. La structure de la population en 2018 par département est présentée dans le tableau suivant.

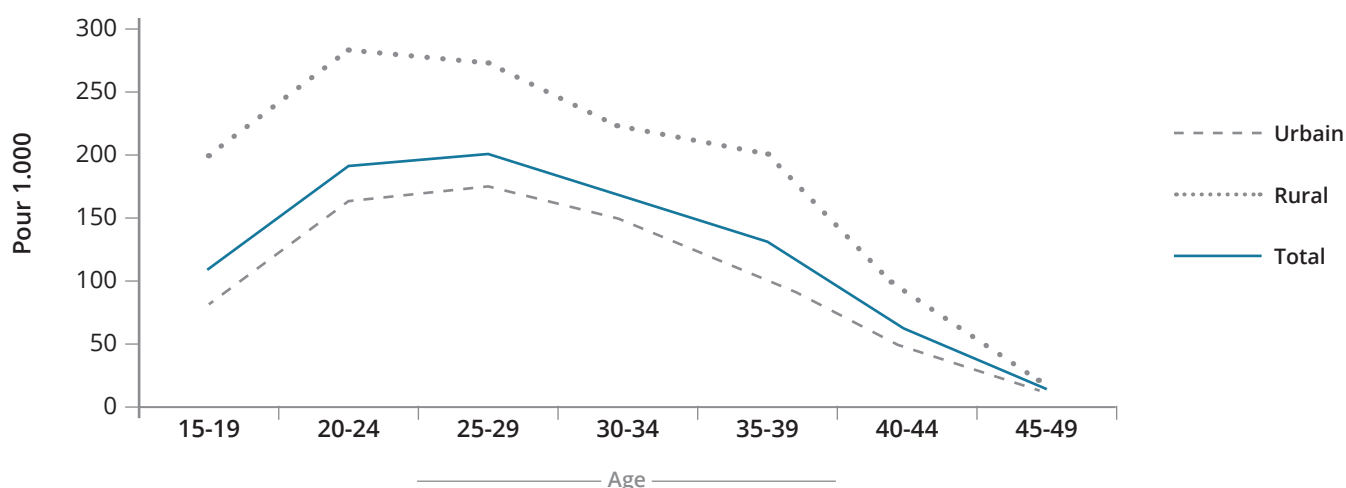
Tableau n°1 : Structure de la population par département en 2018

Départements	Population totale	Femmes en âge de procréer	Enfants de 0-11mois	Enfants de 0-59mois	Adolescents et jeunes 10-24 ans
Kouilou	129 398	25 880	5 176	25 880	38 819
Niari	325 442	65 088	13 018	65 089	97 633
Lekoumou	135 643	27 129	5 426	27 129	40 693
Bouenza	434 925	86 985	17 397	86 985	130 477
Pool	332 934	66 587	13 317	66 586	99 880
Plateaux	245 683	49 137	9 827	49 136	73 705
Cuvette	219 584	43 917	8 783	43 916	65 875
Cuvette-Ouest	102 724	20 545	4 109	20 545	30 817
Sangha	120 650	24 130	4 826	24 130	36 195
Likouala	216 869	43 374	8 675	43 374	65 061
Brazzaville	1 932 610	386 522	77 304	386 522	579 783
Pointe-Noire	1 006 611	201 322	40 264	201 322	301 983
Congo	5 203 073	1 040 616	208 122	1 040 614	1 560 922

Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018 (INS, Perspectives démographiques)

En 2007, s'agissant de la fécondité, le taux brut de natalité (TBN) s'élevait à 41,7 naissances vivantes pour 1.000 habitants, le nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde (ISF) s'était établi à 4,9 (RGPH 2007). Bien qu'il soit en baisse, le niveau de fécondité reste encore élevé, le TBN et l'ISF étant respectivement de 41,4% et 5,1 à l'EDS de 2012 et 33,6% et 4,4 à MICS 2015. Ces résultats traduisent encore une demande d'enfants relativement élevée ainsi qu'une forte intensité du phénomène à tous les âges, comme l'indique la structure de la fécondité calculée à la dernière enquête de 2015.

Graphique n°1: Taux de fécondité par âge par milieu de résidence, MICS5 Congo, 2014-2015



Source : MICS 2014-2015

En 2007, le pays comptait 177.508 personnes âgées soit 4,8% de la population totale dont 76.816 hommes (43,3%) et 100.692 femmes (56,7%). La tranche d'âge 60 à 69 ans est la plus représentative avec 59% (104.768). A partir de cette tranche d'âge, on observe une diminution progressive des effectifs jusqu'aux âges avancés.

On estime à 238.938 le nombre de personnes âgées en 2017. Selon les prévisions de l'INS, le pays comptera 239.428 personnes âgées de 60 ans et plus en 2025.

1.1.3. Contexte politique et administratif

Indépendante depuis le 15 août 1960, la République du Congo est comme le postule la Constitution du 25 octobre 2015, un État de droit, souverain, unitaire et indivisible, décentralisé, laïc et démocratique. Cette dernière a instauré le régime semi présidentiel. Les institutions issues de cette nouvelle constitution ont été progressivement mises en place. Au plan politique, le Congo a opté au début des années 90 pour le multipartisme. Le dernier processus électoral a généré des conflits qui ont occasionné l'insécurité dans le département du Pool avec des déplacements importants des populations dans les départements limitrophes. Depuis décembre 2018, le gouvernement a signé un accord de cessation d'hostilités qui a permis le retour progressif à la paix dans cette partie du pays.

La loi n°3-2003 du 17 janvier 2003 fixant l'organisation administrative territoriale subdivise le pays en douze (12) départements, seize (16) communes, vingt-trois (23) arrondissements, quatre-vingt-huit (88) districts, cinquante-deux (52) communautés urbaines, six (6) communautés rurales, sept cent vingt (720) quartiers et trois milles deux cent quatre-vingt-seize (3296) villages.

La loi n°10-2003 du 6 février 2003 transfère trois domaines de compétence aux collectivités locales : (i) la gestion de la santé, (ii) l'activité sociale et (iii) la protection civile. Les départements sont placés sous l'autorité des préfets, les districts sont administrés par les sous-préfets, les communes par les maires et les arrondissements par les administrateurs maires délégués.

La décentralisation a été amorcée par la mise en place de conseils départementaux et municipaux. Le transfert de compétence et des ressources associées est en cours d'étude pour une mise en place effective. En parallèle, le statut de la fonction publique territoriale a été prévu par la loi n°5-2005. Cette dernière a fait l'objet de dix-huit décrets d'application adoptés en conseil des Ministres le 29 décembre 2011. Dans les faits, le fonctionnement de l'État demeure encore assez centralisé. Le processus de décentralisation tarde à produire tous ses effets.

1.1.4. Contexte économique et social

L'économie congolaise, peu diversifiée est restée tributaire de l'industrie pétrolière. Depuis la deuxième moitié de l'année 2014, la situation de cette économie n'a cessé de se dégrader, notamment en lien avec les contre-performances du secteur pétrolier. Le PIB qui avait progressé de 6,8% en termes réels en 2014 a connu une baisse de 2,8% en 2016 et 3,1% en 2017 ¹, pour la première fois depuis près d'une décennie.

Le mouvement de baisse des cours mondiaux des principales matières premières, observé durant cette période, notamment l'effondrement du cours mondial du baril du brut, principal levier de l'économie congolaise, n'est pas sans lien avec cette dégradation de l'activité économique nationale.

Le cours mondial du baril du brut qui s'était établi à 96 dollars USD en 2014 est tombé à 51 dollars en 2015, puis 43 dollars en 2016, avant de remonter légèrement à 53 dollars USD. Cela a eu pour effet une baisse drastique des recettes de l'État. La part des recettes pétrolières, qui était de 59,3% du PIB nominal en 2014, est tombée à 39,3% en 2015, 37,0% en 2016 et 49%, en 2017 du PIB.

Des signes de sortie de crise à court terme ne seraient pas perceptibles, malgré une légère reprise prévisible de l'activité économique en 2018 et 2019, se traduisant par une croissance de 1,0% et 3,2%, respectivement, à la faveur de l'augmentation attendue de la production des nouveaux champs pétrolifères de Moho Nord et de la remontée du cours mondial du baril du brut (69,4 et 69,0 dollars US).

Aussi, le gouvernement de la République est-il entré en pourparlers depuis quelque temps, avec les autorités du Fonds Monétaire International (FMI), en vue de la mise en œuvre d'un programme économique et financier, appuyé par cette institution, à l'instar des autres pays membres de la CEMAC.

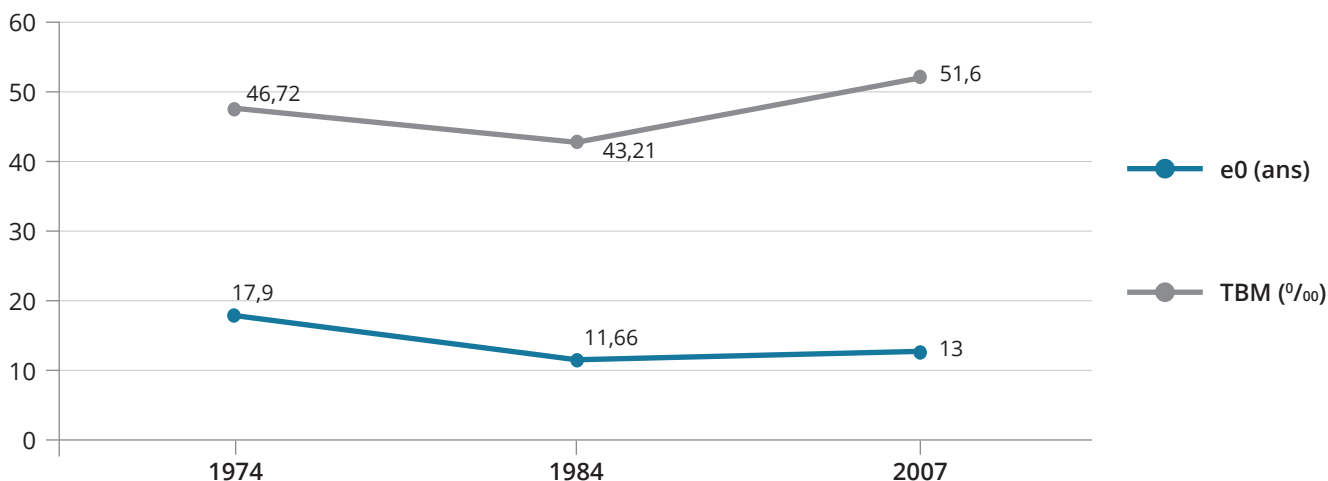
1 RISML (2015, 2017) ; Mission de septembre 2018 du FMI

1.2. Etat de santé de la population

1.2.1. Mortalité générale et espérance de vie

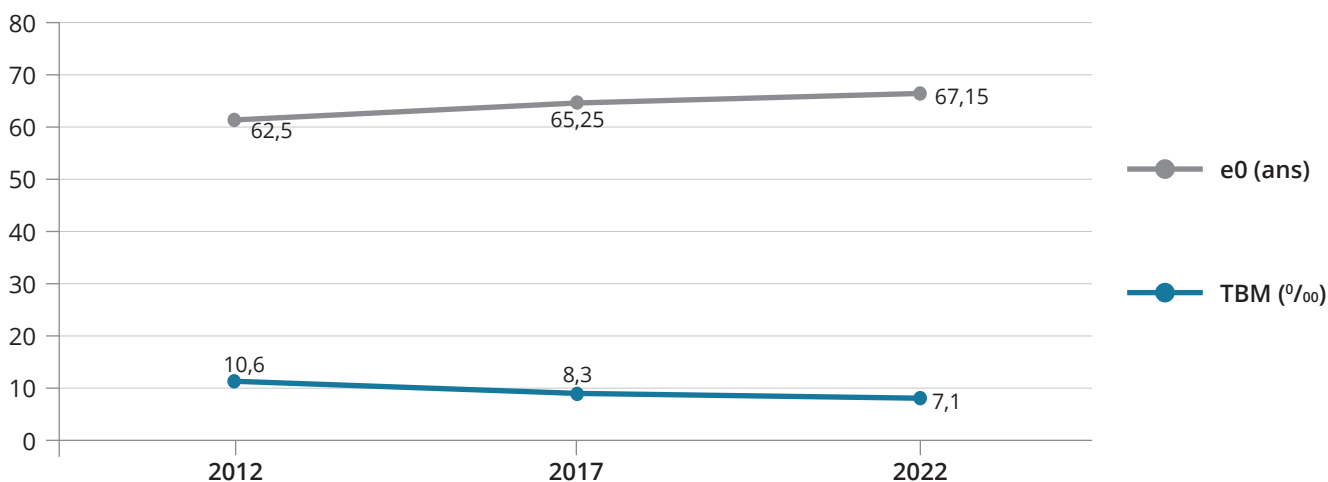
La mortalité générale affiche une tendance à la baisse depuis quatre décennies. Entre 1974 et 2007, le taux brut de mortalité (TBM) est passé de 17,9‰ (RGPH 1974) à 13‰ en 2007. Ce taux aurait pu franchir 10‰ en 2007 si la tendance de la baisse entre 1974 et 1984 s'était poursuivie. Les projections faites par la division population du département économique et social des Nations Unies qui se basent sur ces tendances prévoyaient un taux brut de mortalité de 8,3‰ en 2017 et présagent un taux de mortalité de 7,1‰ en 2022 si cette tendance se maintenait.

Graphique n°2 : Evolution de taux brut de mortalité et de l'espérance de vie de 1974 à 2007 (RGPH)



Les projections du taux brut de mortalité et de l'espérance de vie d'ici 2022 sont présentées dans le graphique ci-dessous.

Graphique n°3 : Projections de TBM et de l'espérance de vie de 2012 à 2022

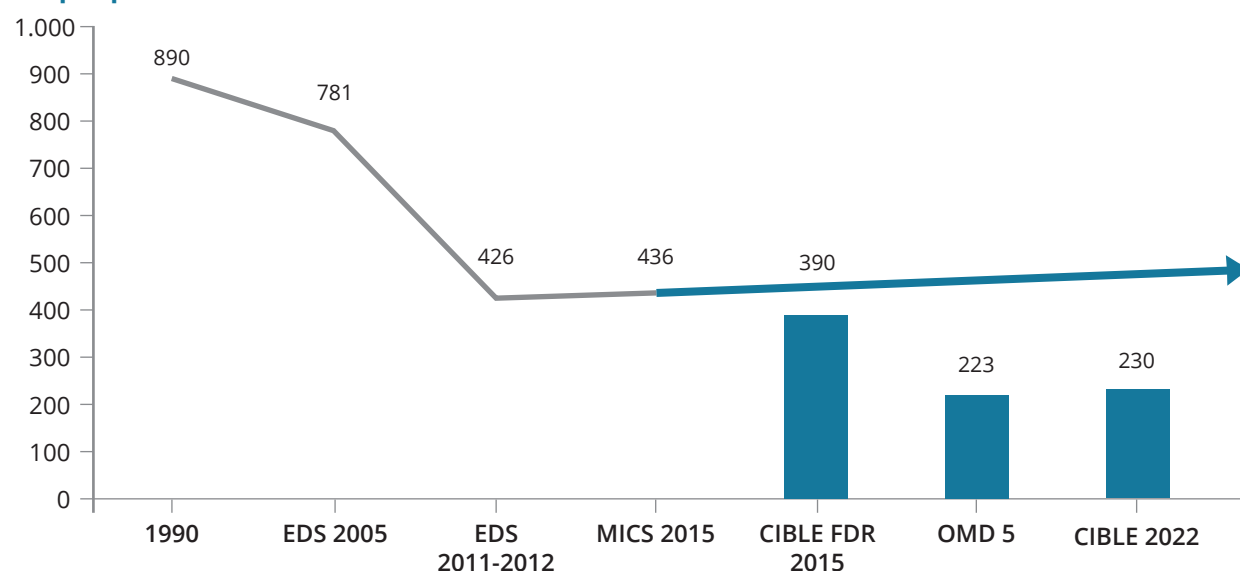


1.2.2. Santé maternelle

1.2.2.1. Ratio de mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle a connu une baisse considérable au cours des deux dernières décennies, passant de 890 en 1990 à 436 décès maternels pour 100.000 NV en 2015. Dans la période couvrant le PNDS 2011 -2016, cette mortalité maternelle a connu une légère remontée allant de 426 à 433 décès pour 100 000 NV. Aussi, on peut constater que le Congo n'a pas atteint la cible de sa feuille de route nationale en 2015 (390 décès maternels pour 100.000 NV), ni la cible de l'OMD5 (223 décès maternels pour 100.000 NV). Si la tendance actuelle se poursuit, il ne va pas être possible d'atteindre la cible de 2022.

Graphique n°4 : Taux de mortalité maternelle



Source : Revue du secteur de la santé 2018 (MICS – EDS).

La tranche d'âge la plus affectée est celle des femmes âgées de 20 à 34 ans, correspondant à la période la plus active sur le plan sexuel. Ces décès maternels sont survenus essentiellement dans le post-partum immédiat (72%), faisant de cette période la plus critique. Cette mortalité maternelle est attribuable à des causes directes et indirectes. Les causes directes sont les hémorragies postpartum avec 40,9%, l'éclampsie avec 22,7% et les infections du postpartum et du post abortum avec 11,7%. En revanche les causes indirectes de 15% des décès sont les anémies (5,6%), les complications anesthésiques (3,4%) et l'insuffisance cardiaque (2,4%).

Selon le rapport de surveillance de l'ONDMNI de 2016, le 3^{ème} retard ayant un lien avec l'offre des soins obstétricaux a été incriminé dans 89% de décès montrant ainsi la faible qualité des SONU dans les formations sanitaires congolaises.

La prévalence contraceptive au Congo est faible. Selon le MICS 2014-2015, 30,1% des femmes de 15 à 49 ans mariées ou en union libre utilisent une méthode contraceptive contre 22,0% en 2012, soit une augmentation de 8 points. Le planning familial fait partie du paquet d'activités des FOSA à tous les niveaux du système.

La qualité des prestations s'est améliorée avec 93% des femmes de 15 à 49 ans ayant reçu des soins prénatals par un personnel formé en 2012, contre 88% en 2005, la proportion de femmes recevant ces soins prénatals étant plus élevée en milieu urbain que rural (95,9 % contre 86,8 %). Malheureusement ce personnel qualifié (sages-femmes et médecins) est cantonné dans les deux principales villes du pays (Brazzaville et Pointe-Noire). En milieu rural, les CPN sont souvent réalisées par des infirmiers et agents techniques de santé qui n'ont pas toujours la formation requise en la matière.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est passée de 6 % en 2003² à 3,6% en 2011 selon l'enquête de séro-surveillance sentinelle chez les femmes enceintes en CPN dans 12 sites répartis sur l'ensemble du territoire national³. La prévalence la plus élevée a été observée dans le département de Pointe-Noire (6,8%) et la plus faible dans le département du Pool (0,5%). La tranche d'âge la plus touchée était celle de 35 à 39 ans avec une prévalence de 7,2%.

Cependant, peu de femmes enceintes connaissent leur statut vis-à-vis du VIH puisque une forte proportion d'entre elles refuse encore le dépistage. En 2016, sur 35 359 femmes enceintes reçues en CPN dans les FOSA, 22 416 ont fait le test soit 63,4% et le résultat était positif pour 432 femmes, soit un taux de 19 femmes séropositives pour 1.000 femmes enceintes⁴.

Aussi, en considérant la population des femmes enceintes attendues en 2016 selon le rapport de la surveillance des décès maternels de 2016 (195 459 naissances attendues), on peut estimer que 18,1% ont bénéficié d'un dépistage du VIH soit 20%, proportion largement en dessous de l'objectif d'accès universel prévu à 80%. Selon les données de l'ONDMNI, la proportion de décès maternels liés au VIH était de 1,9% en 2016.

2 CNLS – Evaluation nationale de la séroprévalence des infections à VIH et de la Syphilis- CREDES - 2004

3 Rapport de l'enquête de séro-surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en CPN, Congo 2011

4 Rapport d'activités du CNLS, 2016

D'après le MICS 2014-2015, une grande proportion d'accouchements est réalisée en milieu sanitaire (91,5%) et par un personnel qualifié. Parmi ces prestataires, les sages-femmes représentent 66,5%, les médecins 13,7% et les infirmiers 9,4%.

Les grossesses précoces et la mauvaise gestion de l'accouchement exposent à l'apparition des fistules obstétricales qui provoquent une incontinence chronique et conduisent souvent à l'invalidité, le repli sur soi, les rejets et la stigmatisation par l'entourage. Ce phénomène demande des actions structurées de la part des responsables de la direction générale de la population.

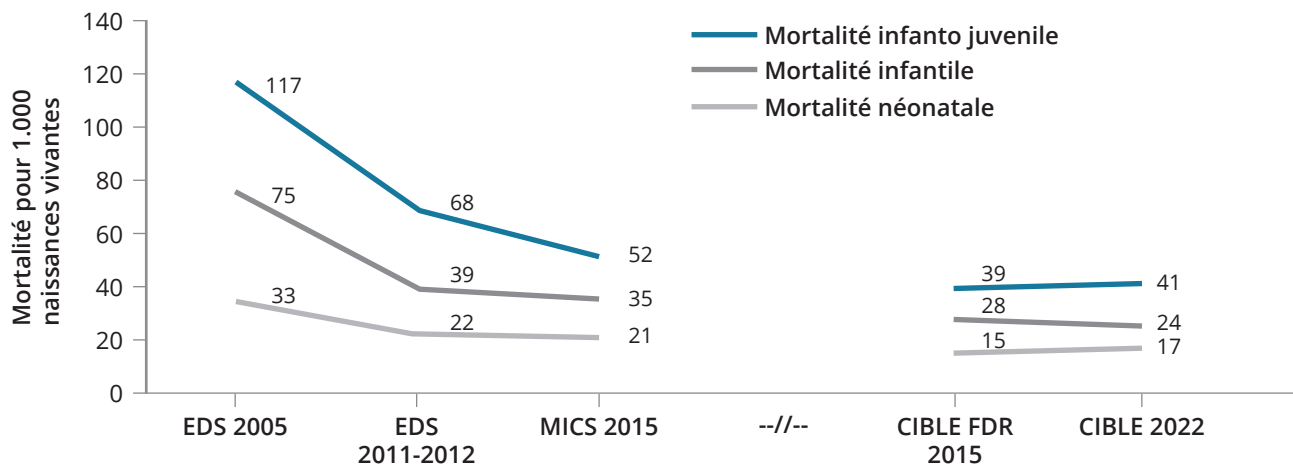
Les violences sexuelles, qui ont connu une recrudescence lors des conflits armés des années 1990 restent préoccupantes. Selon des études réalisées par le Ministère de la Promotion de la Femme et de l'intégration de la Femme au Développement (MPFIFD) avec l'appui de l'UNICEF, ces violences ont changé de visage, les plus jeunes étant agressés par des personnes au sein des familles et dans le voisinage. Les agressions sexuelles ont constitué 2,6% des motifs de consultation aux urgences gynécologiques du CHUB de janvier 2014 en décembre 2015. Les victimes, essentiellement féminines (98% et dont l'âge moyen de 14 ans variait de 2 à 49 ans) étaient en majorité des élèves et étudiants (77,3%).

1.2.3. Santé de l'enfant

1.2.3.1. Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans

Même si le Congo n'a pas atteint les cibles de la Feuille de route et celles des OMDs, la santé de l'enfant se caractérise par une amélioration globale des taux de mortalité dans les différentes tranches d'âge. Cette amélioration des mortalités reflète les efforts réalisés, aussi bien en matière de prévention que de prise en charge. Le taux de mortalité néonatale a été réduit de 33 à 22 décès pour 1.000 NV de 2005 à 2012. En 2015, le MICS 2014- 2015 situe le taux de mortalité néonatale à 21 décès pour 1.000 NV. Le taux de mortalité infanto- juvénile est passé de 118 en 2005 (EDSCI) à 68 décès pour 1.000 NV en 2012 (EDSCII). Le rapport de l'enquête MICS 2014- 2015 situe ce taux à 52 décès pour 1.000 NV. Environ un tiers des décès enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans concerne ceux n'ayant vécu que 28 jours. Le graphique ci-dessous présente les tendances évolutives des mortalités infantiles au Congo.

Graphique n°5 : Evolution de la mortalité infantile, juvénile et néonatale



Source : Revue du secteur santé 2018 (Cf. MICS EDS).

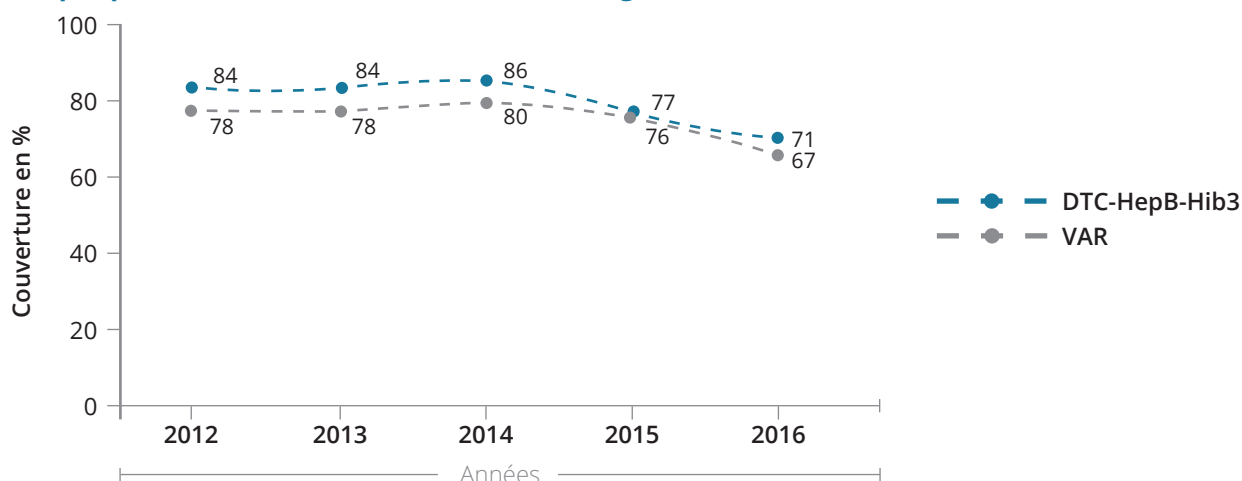
Les principales causes de la mortalité néonatale sont : la prématurité (39,7%), l'asphyxie/détresse respiratoire (28,9%), les infections néonatales (26,7%), les malformations congénitales (2,3%), l'anémie (1,78%), le VIH (0,3%) et le tétanos néonatal (0,2%).

Les causes de décès en période post-natale sont : les infections (27,1%), le paludisme (24,7%), les infections respiratoires aiguës (IRA) (23,5%), la gastroentérite (11%), la malnutrition (6%), les malformations congénitales (1,8%) et le VIH (1,3%).

En ce qui concerne la mortalité juvénile, les principales causes sont : le paludisme (54%), les IRA (18,2%), la diarrhée (16,9%), la malnutrition (6,2%), la méningite (2%), Le VIH (0,7%) et les autres causes représentent (2%).

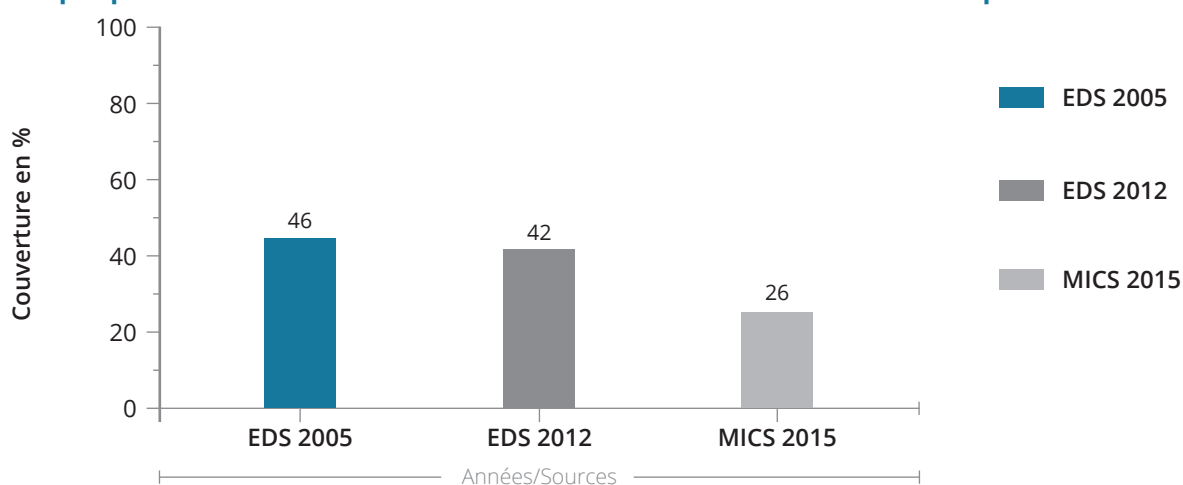
Nonobstant les efforts entrepris par le Congo, on assiste à un déclin des indicateurs de performances vaccinales de 2012 à 2016. Les principales raisons de la non-vaccination des enfants par les parents sont : le conflit entre l'occupation de la mère et la vaccination (40,0%) ainsi que l'absence de vaccinateur ou vaccin au centre de santé (15,3%).

Graphique n°6 : Couverture vaccinale des antigènes DTC et VAR



Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018 (MICS – EDS)

Graphique n°7 : Couverture vaccinale des enfants selon les données d'enquête.



Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018 (MICS – EDS)

En 2016, le taux d'abandon DTC-HepB-Hib1 /DTC-HepB-Hib 3 était de 6% contre 8% en 2015. Celui de BCG/ VAR était de 19,7% contre 6% en 2015. On observe que les taux d'abandon en DTC-HepB-Hib1/DTC-HepB-Hib3 sont maintenus selon l'objectif (en dessous de 10%) au niveau national jusqu'en 2016, cependant il existe des disparités au niveau des districts sanitaires.

L'analyse de l'équité montre que les enfants du Congo n'ont pas la chance d'accéder aux services de vaccination. Ce problème d'équité dans l'accès aux services de vaccination se pose à la fois sur la plan géographique et socioéconomique. Il l'est moins par rapport au sexe comme le montre le tableau suivant.

Tableau n°2 : Principaux indicateurs de performance des services de vaccination de 2012 à 2016

Domaine	Indicateurs	2012	2013	2014	2015	2016
Performances des districts	% de DS avec CV en DTC-HepB-Hib3 > à 80%	70%	57%	80%	37%	22%
	% de DS avec taux d'abandon DTC-HepB-Hib 1-3 < à 10%	73%	67%	90%	70%	66%
	% DS avec taux d'abandon DTC-HepB-Hib 1-3 > à 10%	27%	23%	10%	30%	34%
Equité	Ecart en % entre les quintiles socio -économiques				7,2	
	Ecart en % entre les sexes				2	
	Ecart en % entre le milieu urbain et rural				24,3	

Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018 (Rapport PEV : JRF 2012-2016)

1.2.3.2. Les maladies évitables par la vaccination

1. La rougeole

S'agissant de la rougeole, le Congo fait face à une recrudescence des flambées épidémiques de rougeole depuis 2011 comme indiqué dans les annuaires statistiques 2015 (1 374 cas suspects dont 22 décès, soit un taux de létalité de 1,6%) et 2016 (1 390 cas suspects dont 1 décès). En 2015, les départements de Brazzaville, de la Sangha et du Pool sont ceux qui ont enregistré le plus de cas de rougeole. L'évolution de l'incidence de 2012 à 2016 montre la persistance de l'épidémie dans le pays. En 2016, 87,8% des districts sanitaires ont notifié 487 cas suspects de rougeole, parmi lesquels 277 cas ont été confirmés (IgM positifs). Parmi les cas confirmés positifs, on a trouvé plus de 81 enfants de moins de 5 ans non vaccinés (29%). Concernant la poliomyélite, le dernier cas positif notifié au Congo remonte au 22 janvier 2011.

2. La fièvre jaune

Concernant la fièvre jaune, le Congo fait partie des pays de la ceinture épidémique de la fièvre jaune. La surveillance basée sur le cas est effective depuis 2005. En 2016, quatre cas avec IgM+ de la fièvre jaune ont été notifiés dans le département de la Bouenza (Boko-Songho) et à Brazzaville (District sanitaire de Talangai). Toutefois les investigations ont montré que tous ces patients étaient vaccinés au VAA.

3. Le Tétanos maternel et néonatal

En ce qui concerne le TMN, le Congo a réalisé des gros efforts et a atteint le stade d'élimination de la maladie depuis 2009. Une enquête sur l'élimination du TMN a été menée par l'OMS en 2009 dans le département de la Likouala, considéré comme département à haut risque de TMN. Cependant, quelques cas suspects sont notifiés comme l'indique le tableau ci-dessous.

4. La poliomyélite

Le pays a réalisé des progrès considérables dans l'éradication de la poliomyélite. Les interventions de riposte engagées ces dernières années ont permis d'interrompre la circulation du virus polio sauvage. Le dernier cas notifié remonte au 22 janvier 2011.

Depuis 2009, le Congo a atteint le stade d'élimination du TMN. Une enquête sur l'élimination du TMN a été menée par l'OMS en 2009 dans le département de la Likouala considéré comme département à haut risque de TMN. Cependant, le plan de maintien du statut d'élimination du TMN n'est pas encore élaboré.

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

5. La malnutrition

Près d'un enfant sur 6 de moins de cinq ans soit 16% présente une insuffisance pondérale modérée ou sévère et 3% sont classés comme ayant une insuffisance pondérale sévère. Par ailleurs, plus d'un quart des enfants (29%) accusent un retard de croissance modéré ou sont trop petits pour leur âge et 10% sont modérément émaciés ou trop maigres pour leur taille. Les enfants ayant une surcharge pondérale représentent 6%.

L'émaciation et le surpoids touchent plus particulièrement les enfants du département de Pointe-Noire. La proportion des enfants souffrant de surpoids dans ce département (17%) est plus que le double de la moyenne nationale (6%). Le contexte socioéconomique de ce département pourrait expliquer ces résultats.

6. L'allaitement maternel

Selon le MICS (2014-2015), 96,5% de femmes adhèrent à l'allaitement de leur dernier enfant né vivant. Cette pratique est observée dans les mêmes proportions tant dans le milieu rural que urbain. Le taux de l'allaitement précoce souhaité à 80% par l'OMS et qui est responsable d'apports en nutriments essentiels et d'anticorps indispensables à une bonne croissance et à la défense de l'enfant demeure faible au Congo, avec 25,3%. D'ailleurs, cette proportion de nouveau-nés mis précocement au sein qui était pourtant de 38,7% selon l'EDS-I n'a pas connu une baisse importante (23,8% en 2012). La proportion d'enfants allaités 24 heures après la naissance était de 69,8% en 2012 selon l'EDSC II.

En 2004, la proportion de bébés ayant bénéficié d'un allaitement exclusif au lait maternel pendant les six premiers mois de l'année était de 32,7%, bien que l'OMS le recommande à 80% dans les pays en développement. Ce faible taux résulterait de l'insuffisance de promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il faut souligner qu'en 2010, la politique nationale de promotion de la santé élaborée n'avait pas été mise en œuvre.

1.2.4. Santé de l'adolescent et du jeune

1. Précocité des rapports sexuels

L'âge au premier rapport sexuel chez les adolescentes est passé de 14 ans en 2005 (EDSC-I) à 16,3 ans en 2012 (EDSC-II) et à 15 ans selon le MICS (2014-2015). Selon la même enquête, la proportion des jeunes de 15-24 ans ayant des rapports avant l'âge de 15 ans est de 13,7% chez les femmes et de 16,8% chez les hommes. L'âge aux premiers rapports sexuels est plus précoce en milieu rural qu'en milieu urbain (15,6 ans contre 16,6 ans).

2. Fécondité des adolescents

D'après les résultats du RGPH de 2007, les adolescentes de 15-19 ans contribuent à hauteur de 12,3% du niveau de fécondité, notamment à l'ISF. La proportion des adolescentes ayant commencé leur vie génésique a augmenté entre 2005 et 2012, passant de 27,2% (EDSC 2005) à 32,9% (EDSC 2011), celle des adolescentes ayant déjà eu un enfant augmente avec l'âge, cette proportion est de 7,9% à 15 ans et de 54,8% à 19 ans (MICS 2014-2015).

3. Grossesses précoces

Le taux de grossesses précoces augmente également dans le temps. En effet, la proportion des adolescentes ayant conçu à 15 ans est passée de 7% (EDSCI) en 2005 à 12,9% (EDSCII) en 2012. Ces grossesses précoces alimentent la fécondité des adolescentes et constituent un défi majeur pour le système de santé, au vu des risques encourus aussi bien par les parturientes que par les nouveau-nés.

Cette augmentation est confirmée par l'étude rétrospective sur les grossesses précoces du Ministère en charge de la promotion de la femme suscitée qui relève 8,2% d'accouchements des adolescentes de moins de 18 ans sur l'ensemble des accouchements enregistrés dans 8 formations sanitaires de Brazzaville de 2010 à 2014. Si leur prévalence dans cette tranche d'âge était de 10,7% selon des enquêtes en milieu scolaire relevées par l'UNICEF en 2002, l'étude rétrospective a enregistré 13% des accouchées âgées de 12 à 18 ans dans 8 FOSA de Brazzaville, dont 50,4% d'élèves.

4. Mariage précoce

L'âge légal du mariage étant fixé à 18 ans selon le Code de la famille, on peut estimer comme précoce toute grossesse avant cet âge au Congo.

Selon l'EDSC-II, 9,4% des femmes de 25 à 49 ans étaient déjà en union avant l'âge de 15 ans et 26,9% dans la tranche d'âge de 20 à 49 ans avant 18 ans. Cette proportion de femmes ayant contracté une première union avant l'âge de 15 ans a tendance à diminuer selon les générations, passant de 13,4% chez celles de 45 à 49 ans à 6,5% chez celles de 15 à 19 ans. Les unions contractées par ces adolescentes, volontaires ou non, les exposent à des grossesses précoces et à risque.

5. Infection à VIH/Sida

Les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans représentent 22% des nouvelles infections en 2012. Le ratio entre femmes-hommes est de 2,69, traduisant la plus grande vulnérabilité au VIH des jeunes filles.

Selon l'EDSC-II 2011-2012, 27,6 % de garçons et 14,4 % de filles utilisaient systématiquement le condom lors des rapports sexuels.

1.2.5. Santé de la personne âgée

Le pays ne dispose pas d'informations fiables sur les maladies des personnes âgées. Néanmoins, les données de routine montrent que les personnes âgées souffrent fréquemment de cancers, de rhumatismes et d'arthropathies, de pathologies de la vue ainsi que de maladies cardio-vasculaires.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et de la proportion des personnes âgées, la prévalence des maladies chroniques et invalidantes telles que la maladie d'Alzheimer et l'infarctus du myocarde va s'accroître. Les statistiques montrent qu'entre 30 et 60% des cas de mortalité et de morbidité pour les MNT concernent les personnes âgées. A l'ECOM 2011, les personnes âgées se déclaraient plus fréquemment malades que les autres groupes d'âges et le taux de morbidité chez les personnes âgées de plus de 60 ans, était de 55%.

1.2.6. Profil épidémiologique

1.2.6.1. Maladies transmissibles

1. Le paludisme

Le paludisme constitue encore un véritable problème de santé publique au Congo et demeure l'une des premières causes de morbidité et de mortalité du pays. Le vecteur le plus fréquent est l'anophèle gambiae (90%). La principale espèce plasmodiale rencontrée sur l'ensemble du territoire est le *Plasmodium falciparum*⁵.

Dans la lutte contre le paludisme, le Congo est en phase de contrôle de la maladie selon la classification OMS avec un taux d'incidence globale de 350 cas pour 1.000 personnes exposées en 2016. Cette incidence est en augmentation par rapport à 2014 et 2015 où elle était respectivement de 197 et 127 pour 1.000 personnes exposées. La charge épidémiologique du paludisme est très importante pour le système de soins au Congo, puisqu'il constitue la première cause de consultations (54%), d'hospitalisation (40 %) et de mortalité (42%)⁶. Cette augmentation est aussi observée pour le taux d'hospitalisation due au paludisme passant de 4,05 à 7,87 pour 10 000 habitants et de mortalité due au paludisme passant de 0,06 à 0,16 pour 100 000 habitants.

Toute la population est exposée au risque de contracter cette maladie mais les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les groupes les plus vulnérables. Pour les moins de 5 ans, le paludisme représente 73% des causes de consultation externe, 48% des causes d'hospitalisations et 47% des causes de décès au niveau des hôpitaux en 2016⁷.

Les principaux indicateurs du paludisme enregistrés de 2011 à 2016, notamment l'incidence et la mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans pour 100.000 personnes, montrent bien l'ampleur de la maladie dans le pays.

Tableau n°3 : Evolution des principaux indicateurs du paludisme de 2014 à 2016

Indicateurs	2014	2015	2016
1. Incidence du paludisme chez les moins de 5 ans pour 1.000 personnes selon le rapport revu à mi-parcours du PSN 2014-2018	78,1	126,2	127,6
2. Couverture des enfants de moins de 5 ans qui dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticide selon le MICS 2014-2015	60%	60%	60%
3. Femmes enceintes qui dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticide selon le MICS 2014-2015	60%	60%	60%
4. Couverture en TPI 3 selon le MICS 2014-2015	12%	12%	12%
5. Hospitalisations liées au paludisme pour 1.0000 pers selon le rapport revu à mi-parcours du PSN 2014-2018	68,9	126,2	115,4
6. Mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans pour 1.00000 selon le rapport revu à mi-parcours du PSN 2014-2018)	21,5	19,1	44,8

Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018 (rapport d'activités PNLP et annuaires statistiques)

Il ressort de ce tableau que l'incidence du paludisme augmente alors que les mesures de prévention telles que l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide stagnent à la fois chez les enfants de moins de 5 ans que chez les femmes enceintes.

L'augmentation du taux de mortalité du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans qui apparaît dans ce tableau entre 2014 et 2016 pourrait s'expliquer par l'amélioration de la notification des cas.

2. La tuberculose

Le nombre de cas de tuberculose au Congo est passé de 9.436 cas en 2000 à 10.656 cas en 2016. Dans la période de 2000 à 2016, deux pics à plus de 11 000 cas ont été observés successivement en 2011, 2012 et 2013. Depuis 2014, on observe une légère baisse des cas de tuberculose au Congo, passant de 382 à 379 cas pour 100.000 habitants en 2016. Le taux de dépistage de la tuberculose s'est amélioré de 63% en 2014 à 88% en 2016, soit une amélioration de 25 points.

5 Rapport profil pays, OMS, 2016

6 Rapport Programme national de lutte contre le paludisme, 2016

7 Rapport PNLP 2016

Les principaux indicateurs de la tuberculose contenus dans le tableau ci-dessous montrent encore l'ampleur du problème en République du Congo, puisque l'évolution de son incidence ne connaît pas de baisse significative alors que le taux de succès thérapeutique est en régression.

Tableau n°4 : Evolution des principaux indicateurs de la tuberculose, 2014 à 2016

Indicateurs	2014	2015	2016
1. Incidence de la tuberculose (nombre des cas pour 100 000 habitants)	382	381	379**
2. Taux de dépistage de la tuberculose	63%	82,36%	88%
3. Taux de succès thérapeutique	76,66%	69,40%	69%**
4. Taux du dépistage du VIH chez les malades tuberculeux	12,9%	29%*	38%**
5. Taux de perdus de vue	13,20%	16,40%	15,10%
6. Estimation des cas de tuberculose multi-résistants	ND	2,2% (Nouveaux Cas) 11 % (Cas déjà traités)*	3,2% (Nouveaux Cas) 14 % (cas déjà traités)**

Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018 (rapport d'activités PNLT, profil pays OMS et annuaires statistiques)

* Profil pays 2015 who report 2015

** Profil pays 2016 Who report 2016.

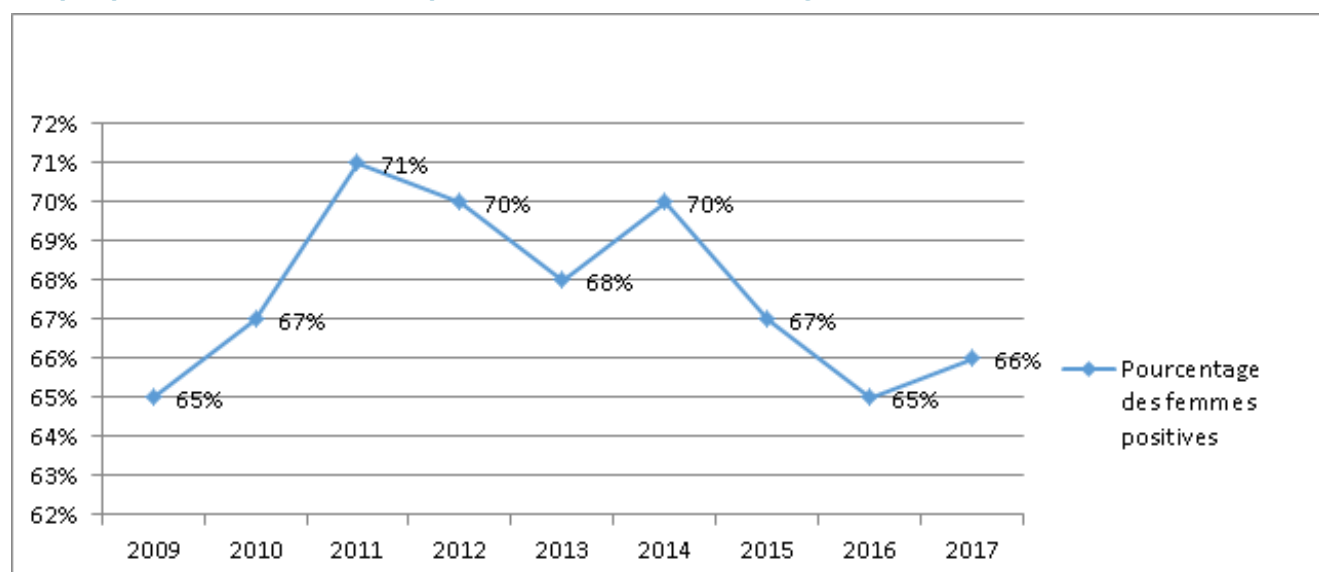
S'agissant des différentes formes de tuberculose, le pays a enregistré en 2016, 3.593 cas de tuberculose pulmonaire confirmés bactériologiquement soit 33,7%, 4.295 cas de Tuberculose pulmonaire confirmés cliniquement, soit 40,3% et 2.768 cas de Tuberculose extra pulmonaire (26%) diagnostiqués cliniquement. Par ailleurs, le pays enregistre l'émergence de formes de Tuberculose multi résistante dont l'incidence est estimée à 3,2% chez les nouveaux cas et 14% chez les patients avec rechute en 2016.

1. Le VIH/Sida

Au Congo, le taux de séroprévalence du VIH dans la population générale est de 3,2%⁸ avec des disparités d'un département à l'autre, oscillant entre 1,5% et 4,8%. On estime qu'environ 76030 personnes vivant avec le VIH dont 28997 ont besoin d'un traitement.

Selon le rapport annuel 2017 du Centre de Traitement Ambulatoire du VIH/Sida, 5,3 % de séropositifs ont été enregistrés parmi les clients venus pour un dépistage volontaire contre 6% en 2016. La même année, 21% de l'ensemble des personnes dépistées positives au VIH était dans la tranche d'âge de 40-44 ans contre 11% en 2017 soit une baisse de près de la moitié. En revanche, la proportion de séropositivité des 45 à 49 ans a doublé, passant de 9% en 2016 à 17% en 2017.

Graphique n°8 : Evolution de la part des femmes dans le diagnostic du VIH



Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018 (rapport d'activités PNLP et annuaires statistiques)

L'épidémiologie du VIH reste féminine avec une proportion oscillant entre 65 et 70% depuis 2009. Selon les données de routine, à la fin de 2012, 15.625 étaient sous traitement antirétroviral à travers le territoire national.

Trois catégories de personnes sont plus exposées à la maladie. Il s'agit des hétérosexuels, des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) et des clients des Professionnels du Sexe (PS). L'enquête comportementale couplée à la sérologie VIH chez les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les populations carcérales (PC) et les consommateurs de drogues injectables (CDI), conduite par la direction exécutive du conseil national de lutte contre le VIH/sida, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies en 2017, avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de l'ONUSIDA en 2017 démontre que les prévalences du VIH au sein de ces populations sont élevées : la prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est estimée à 41,2% (contre 26,1% en 2012) et de 8,1% en 2017 contre 7,5% en 2012 chez les professionnelles du sexes.

S'agissant de la précocité de la prise en charge, une proportion importante des malades découvre le statut de séropositivité de façon tardive au Congo. En effet, 39% des hétérosexuels ont découvert la maladie à un stade précoce ou stade de primo-infection de l'infection (CD4 supérieure ou égale 500/mm³) et 26 % à un stade avancé de l'infection (CD4 inférieure à 200/mm³). Les diagnostics à un stade avancé concernent plus particulièrement les personnes hétérosexuelles.

A propos de la prise en charge, 15.625 patients sous ARV ont été dénombrés dans 47 sites sur les 77 recensés en 2012. Le nombre de sites de Brazzaville et de Pointe représentait 87% de l'ensemble du pays. Les villes de Pointe Noire, de Brazzaville et la région de la Bouenza avaient respectivement 7687, 6536 et 1180 patients, soit un pourcentage de 95% de l'ensemble de PVVIH du pays, les autres sites ne prenant en charge que 2% des PVVIH. Depuis 2012, cette prise en charge est confrontée à plusieurs faiblesses dont celles liées aux ruptures répétées d'antirétroviraux et de médicaments des infections opportunistes. Ce qui occasionne l'augmentation des décès annuels dus à la maladie. Comme rapporté par Spectrum 2015, les décès annuels dus au SIDA enregistrés en 2012 étaient estimés à 4066 et de 4442 en 2015.

2. Les infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles constituent un problème de santé publique du fait de leur grande fréquence, de leur transmissibilité, de leurs complications (neurosyphilis), de leurs séquelles (infertilité) et parce qu'elles sont aussi des cofacteurs de transmission du VIH. La faible notification des cas dans les FOSA, la faible complétude des rapports du SNIS rendent difficile l'appréciation de la situation des IST. Malgré ces faiblesses liées au système d'information sanitaire, les données disponibles montrent que les IST sont fréquentes. Cette fréquence est plus marquée pour la gonococcie et la syphilis. Elle traduit des comportements sexuels à risque dans la population des personnes sexuellement actives. Les annuaires des statistiques sanitaires ont rapporté 11.508 cas d'IST en 2015 et 15.834 en 2016. Ces cas sont le plus souvent enregistrés dans les villes de Brazzaville (4.068 cas en 2015 et 5.639 cas en 2016) et Pointe-Noire (3.625 cas en 2015 et 6.068 cas en 2016).

3. Les maladies diarrhéiques

Les maladies diarrhéiques constituent encore un important facteur de morbidité parmi les enfants. En effet, comme le démontre l'enquête MICS 2014-2015, 17,4% d'enfants de moins de 5 ans ont présenté des diarrhées dans les deux dernières semaines qui ont précédé cette enquête. Les annuaires statistiques 2015 ont rapporté plusieurs cas de diarrhées dont 31.851 cas de diarrhées simples, 4.421 cas de diarrhées déshydratantes et 2.073 cas de diarrhées sanguinolentes. En 2016, on a noté une baisse des cas de diarrhées simples (19.789) et des cas de diarrhées sanguinolentes (384) notifiés tandis qu'on a observé une augmentation des cas de diarrhées déshydratantes (5.674).

1.2.6.2. Maladies non transmissibles

Il n'existe pas de données récentes relatives aux maladies non transmissibles. La dernière enquête STEPS date de 2004 et elle n'a été réalisée que dans la ville de Brazzaville.

1. Les maladies cardiovasculaires

Cette enquête qui a été réalisée auprès de 2.095 sujets, a révélé une prévalence globale de l'hypertension artérielle de 32,5%. Cette prévalence est plus élevée chez les sujets âgés de 54 à 65 ans (68,2%) et une survenue précoce a été observée dans le groupe des 25 à 34 ans (19%). Toutefois, les données hospitalières collectées en 2017 relèvent une fréquence de 55,8% chez les sujets âgés de 37 à 73 ans.

Les statistiques sanitaires du Congo ont rapporté 1663 cas d'HTA (1.332 hommes contre 832 femmes) en 2015 et 2.164 cas d'HTA (984 hommes versus 679 femmes) en 2016. Cependant, les données du CHUB de 2017 montrent que l'insuffisance cardiaque (653 cas versus 39 décès) est la principale pathologie associée à l'HTA.

Les AVC représentent la première cause d'hospitalisation dans les services de neurologie, de réanimation, de cardiologie et de médecine interne au Congo Brazzaville. Entre 2014 et 2017, les services spécialisés du CHUB et de l'hôpital de Loandjili ont rapporté 2.056 cas d'AVC soit une fréquence de 40%. Le nombre de patients hospitalisés pour un AVC était de 56% chez les hommes et 44% chez les femmes. Les personnes âgées de 25 à 59 ans sont les plus concernées (70%) contre 30% pour les personnes âgées d'au moins 60 ans. Parmi ces 2056 cas admis dans les deux hôpitaux, 570 cas de décès ont été enregistrés, soit une létalité de 27,7%.

2. Les cancers

Selon les données du registre des cancers de Brazzaville, 1.447 nouveaux cas de cancers ont été enregistrés de 2014 à 2015 dont 1076 soit 93,8% confirmés. Ce registre rapporte 612 nouveaux cas en 2016 dont 18 cas après autopsie. La prédominance féminine s'affirme dans tous les cas. Les cancers de la prostate et du sein demeurent respectivement les premiers cancers chez l'homme (43,1%) et chez la femme (50,5%). Le taux de létalité en milieu hospitalier varie entre 33,6% pour le cancer primitif du foie et 63,6% pour le cancer du poumon.

Selon les données statistiques contenues dans le registre des cancers du CHU de Brazzaville en 2016, parmi les cancers gynécologiques et mammaires les plus fréquents, figuraient en bonne place ceux du sein (12,1%) et du col utérin (8,8%). L'âge moyen des patientes présentant le cancer du sein est de 50,7 ans tandis que celui des patientes du cancer invasif du col est de 54,5 ans.

Selon l'étude « 12 années de fonctionnement du registre des cancers de Brazzaville » publié en 2013 dans le Bulletin du Cancer portant sur la période allant du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2009, 287 cas de cancer ont été diagnostiqués chez des enfants âgés de 0 à 14 ans, soit 4,8% des cas des cancers en général.

Le Groupe Franco-Africain d'Oncologie Pédiatrique estime que le nombre de nouveaux cas de cancers chez les enfants de moins de 15 ans est d'environ 210 cas par an pour le Congo.

Plusieurs rapports de l'OMS et de l'Alliance des ligues francophones Africaines et Méditerranéennes contre le cancer (ALIAM) indiquent que « les taux de survie sont très bas chez les enfants atteints de cancer dans les pays à faibles revenus et les pays à revenus intermédiaires à l'instar du Congo. Ces taux ne dépassent pas 10% des cas alors que dans les pays à revenus élevés ou moyens, les taux de survie sont constatés dans plus de 80% pour les mêmes types de cancer ».

3. Le diabète

Le diabète constitue la première cause d'insuffisance rénale au Congo. Les données hospitalières montrent que 45% des cas d'insuffisance rénale concernent les sujets diabétiques. Selon l'OMS la prévalence du diabète est de 6% au Congo. Le rapport du CHU de 2015 rapporte 946 cas avec un taux de létalité de 3,4% et 591 cas en 2016 pour une létalité de 1,35%. Les complications sont essentiellement : la cetoacidose (58,20%), le pied diabétique (18,03%), l'hypoglycémie (9,56%), les abcès/infections cutanées (9,56%) et la gangrène gazeuse (4,64%).

4. La santé mentale

Le système de collecte de données accuse des faiblesses dans l'intégration des affections mentales. Aucune enquête épidémiologique sur les états de stress post traumatique n'a été réalisée malgré les conflits récurrents et les catastrophes que le pays a traversé durant les deux dernières décennies.

Le service de psychiatrie adulte du CHU B, unique structure d'hospitalisation du pays enregistre en moyenne 900 admissions chaque année. Ceci porte à croire que la santé mentale constitue une préoccupation majeure au Congo. Selon le rapport d'activité de 2016, les principales pathologies enregistrées en hospitalisation sont : (i) les psychoses délirantes aiguës (43,5%), (ii) les schizophrénies (22,3%), (iii) les troubles bipolaires essentiellement en phase maniaque (16,1%) et (iv) les psychoses hallucinatoires chroniques (8,8%). La situation des maladies mentales est accentuée par la consommation de substances psychotropes comme le cannabis (5,1%). Les pathologies enregistrées en consultations externes de psychiatrie sont dominées par les dépressions et les troubles anxieux.

5. La drépanocytose

La prévalence de la drépanocytose homozygote est de 1,25% tandis que celle de la forme hétérozygote est de 25% (sources des données). De janvier à juin 2018, un total de 1997 patients ont été hospitalisés dans

trois formations sanitaires (640 enfants en hématologie clinique, 493 en pédiatrie du CHUB et 864 patients admis à l'hôpital général Adolphe Sicé de Pointe-Noire). Le nombre de consultations à la clinique « Maman POTO-DJEMBO » est de 366 patients. Par ailleurs le Centre National de Référence de la drépanocytose « Madame Antoinette SASSOU-N'GUESSO » de Brazzaville suit 76 cas d'hémophilie sévère sur 507 cas attendus. Le nombre de patients drépanocytaires dans ces trois services était de 565 cas soit 27,56%.

1.2.6.3. Maladies à potentiel épidémique

1. Le choléra

De 2010 à 2016, le Congo a connu quatre épidémies de choléra dues au déclin des conditions hygiéniques et d'un approvisionnement irrégulier en eau potable. L'agent pathogène retrouvé au Congo est le *Vibrio cholerae* sérotype 1 sérogroupelnaba. Lors de l'épidémie de 2010 à 2011, 775 cas ont été enregistrés dont 32 décès, soit une létalité de 4,13%. Celle de 2012 était la plus importante avec 1035 cas dont 50 décès, soit une létalité de 4,83%. La troisième épidémie d'octobre 2012 à avril 2013 avait concernée 1092 cas dont 12 décès soit une létalité de 1,09%. En 2016, 18 cas dont 3 décès soit une létalité de 16,7% avaient été détectés dans le district administratif de l'Ile Mbamou à cheval entre Kinshasa (RDC) et Brazzaville (Congo).

2. La maladie hémorragique à virus Ebola

De 2001 à 2005, le Congo a connu quatre épidémies de maladie à virus Ebola dans le département de la Cuvette-Ouest : la 1ère en 2001 avec 57 cas pour une létalité de 73,7%, la 2ème d'octobre 2002 à mai 2003 avec 143 pour une létalité de 89,5%, la 3ème de septembre 2003 à janvier 2004 avec 35 cas pour une létalité de 82,9% et la dernière en 2005 avec 12 cas pour une létalité de 75%. Bien que le Congo n'ait plus été confronté à une épidémie d'Ebola depuis 2005, la résurgence de cette maladie en République Démocratique du Congo fait peser des menaces d'une éventuelle importation. C'est pourquoi les mesures de surveillance doivent être maintenues.

3. La rage

La rage a été confirmée au Congo depuis octobre 2013 avec l'isolement du virus de la rage sur un chien au Laboratoire de Diagnostic Vétérinaire de Brazzaville (LDVB), confirmé par le laboratoire de référence de l'OIE (ARC-Onderstepoort Veterinary Institute) de l'Afrique du Sud. Ce qui a confirmé l'existence d'une épidémie silencieuse de rage qui sévit dans les départements de la Bouenza, de la Lékoumou, du Niari, du Kouilou et de Pointe Noire. Entre 2013 et 2014, on a enregistré 933 cas de morsures de chiens à Pointe-Noire et dans le Kouilou. Parmi ces cas de morsures, 14 cas de rage suspectés cliniquement sont tous décédés. Il s'agissait d'enfants de moins de 15 ans, en majorité des élèves (67%).

4. Le chikungunya

En 2011, une épidémie de chikungunya a sévi dans les départements de Brazzaville et du Pool. Elle a touché 11.320 personnes sans occasionner de décès. Courant janvier 2017, 125 cas suspects sans décès ont été rapportés dans le cadre de la surveillance hebdomadaire des MPE sans confirmation au laboratoire.

5. Le monkeypox

Une épidémie de monkeypox sévit dans la Likouala avec un total de 74 cas enregistrés sur la liste de 84 cas notifiés en 2017. Les villages touchés sont ceux de Manfouété, Dignonga et Nambala. Au total, 5 décès enregistrés depuis le début de l'épidémie (taux de létalité 5,95%). Sur les 38 échantillons prélevés et envoyés au laboratoire national à Brazzaville pour analyse, 8 ont été positifs. Les populations les plus touchées sont les peuples autochtones.

6. Les gripes

En 2009, la grippe H1N1 a atteint le Congo avec 4.146 cas notifiés. Sur 88 cas testés, 59 soit 67% se sont révélés positifs. Entre janvier et juin 2017, 6.253 cas de gripes ont été relevés dans le pays dont la majeure partie à Brazzaville (4.453).

7. La fièvre jaune

Le Congo fait partie des pays de la ceinture épidémique de la fièvre jaune. La surveillance de la fièvre jaune basée sur le cas est effective depuis 2005. En 2009 et 2012, deux cas ont été relevés dans le département de la Cuvette-Ouest (district de Mbama et district d'Ewo). En 2016, quatre cas avec IgM+ de la fièvre jaune ont été notifiés dans le département de la Bouenza (Boko-Songho) et à Brazzaville (District sanitaire de Talangai). Toutefois les investigations ont montré que tous ces patients ont été vaccinés au VAA. En août 2018, un cas de fièvre jaune a été confirmé à Pointe-Noire par la Direction Générale d'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie (DGELM). Il subsiste encore des facteurs de risque de survenue d'épidémie notamment : (i) l'existence d'une population importante non immunisée contre la fièvre jaune ; (ii) la présence de vecteurs de la fièvre jaune selon les enquêtes entomologiques récentes sur la quasi totalité du territoire, (iii) les mouvements migratoires internes et externes des populations non contrôlées sur le plan sanitaire.

1.2.6.4. Maladies tropicales négligées (MTN)

1. L'onchocercose

L'onchocercose, maladie cécitante est présente dans la partie sud du Congo, plus précisément dans deux grands foyers: le foyer du bassin du fleuve Congo et son affluent le Djoué (Brazzaville et du Pool) et le foyer du bassin du fleuve Kouilou-Niari (Pool, Bouenza, Lékoumou, Niari et Kouilou). Au total, environ 800.000 personnes sont exposées à la nuisance simulidienne favorisant la transmission de l'onchocercose. En 2015, 135 cas d'onchocercose ont été enregistrés dans les formations sanitaires par dépistage passif. Brazzaville a enregistré le plus de cas (64 cas) suivi du Pool (38 cas) et de la Lékoumou (14 cas). Les autres départements qui ont rapporté des cas d'onchocercose ont enregistré 8 cas tout au plus.

2. La filariose lymphatique

Concernant la filariose lymphatique, les résultats des cartographies menées en 2008 et 2015 montrent que la maladie est présente au Congo dans les départements du Niari, de la Bouenza, du Pool, de la Cuvette, de la Cuvette Ouest, de la Sangha et de la Likouala. En 2015, on estimait la prévalence de la filariose lymphatique à environ 4,7% au Congo. Au cours de cette même année, 485 cas de filariose lymphatique ont été détectés dans les formations sanitaires dont 1 cas dans le Kouilou, 57 dans la Bouenza, 93 dans le Pool, 2 dans les Plateaux, 1 dans la Cuvette et 332 à Brazzaville.

3. La schistosomiase

La schistosomiase affecte les départements du Kouilou, du Niari, de la Bouenza, de la Lékoumou, du Pool, de Brazzaville et de la Sangha. Les résultats de la cartographie nationale réalisée en 2011, montrent que les départements du Kouilou et de la Bouenza sont les plus touchés avec respectivement 23,0% et 11,6% de cas chez les enfants en âge scolaire (5 à 14 ans). Dans la Lékoumou, la prévalence est de 4,4%. En 2015, 627 cas ont été relevés au niveau des départements dont 1 cas dans le Niari, 8 dans la Bouenza, 1 cas dans le Pool, 28 cas dans la Cuvette ouest, 28 cas dans la Likouala, 148 cas à Brazzaville et 413 cas à Pointe-Noire.

4. Les géo-helminthiases

Concernant les géo-helminthiases, elles sont présentes au Congo dans tous les départements avec des taux de prévalence allant de 20 à 80% d'après une cartographie complète réalisée en 2011 de manière intégrée avec celle de la schistosomiase. Les populations les plus touchées sont les enfants en âge préscolaire et scolaire. Les données de l'annuaire statistiques 2015 montrent que les départements les plus touchés sont ceux de Brazzaville (11.661 cas), Sangha (2.877 cas) et Pool (2.398 cas).

5. Le trachome

Le trachome n'avait jamais été mentionné dans la littérature scientifique au Congo. Pourtant, le pays est limitrophe d'un foyer actif de trachome en République Centrafricaine. La cartographie réalisée en 2015 sur cette maladie dans les départements de la Likouala et de la Sangha a mis en évidence des cas de trachome dans ces deux départements avec un taux de prévalence de 2,9% chez les enfants de 1 à 9 ans, parmi lesquels environ $\frac{3}{4}$ des enfants des peuples autochtones.

6. La trypanosomiase

La trypanosomiase humaine africaine (THA) ou maladie du sommeil affecte les communautés rurales. Elle attaque non seulement la santé des personnes mais également leurs moyens de vie (le bétail). Les évaluations réalisées entre 2014 et 2017 montrent que la prévalence globale de la maladie dans le pays est passée de 0,31 et 0,21%.

7. La lèpre

En ce qui concerne la lèpre, le Congo dispose encore de poches endémiques dans six départements (Sangha, Likouala, Cuvette, Niari Kouilou et Pool). En 2016, 151 cas ont été enregistrés soit un taux de prévalence de 0,36 pour 1.0000 habitants. Parmi eux, 73 cas nouveaux ont été détectés, soit un taux de détection de 0,17 pour 1.0000 habitants, dont des 93% cas multi bacillaires et 15% de cas présentant des invalidités ou séquelles motrices, témoignant ainsi de détection tardive des cas. Les femmes ont été les plus touchées avec 55% des cas. Cette situation conduit à une perte de l'autonomie financière à des difficultés à la réinsertion, à de la stigmatisation au rejet social.

8. Le pian

Concernant le pian, le Congo est l'un des pays les plus touchés en Afrique sub-saharienne, à l'instar des pays frontaliers. Les populations les plus touchées sont les minorités ethniques, notamment les peuples autochtones. A partir de 2012, l'arrêt progressif des activités de lutte a conduit à la perte de la maîtrise de l'épidémiologie réelle de la maladie. En 2016, le dénombrement passif des cas a permis de relever 58 cas entre 2014 et 2016, principalement dans les départements de la Likouala, la Sangha et la Lékoumou.

9. L'ulcère de Buruli

La lutte effective contre l'ulcère de Buruli au Congo avait permis de réduire l'incidence annuelle de 400 à 100 cas par an, entre 2006 et 2011. Les départements les plus touchés sont ceux de Pointe-Noire, du Kouilou, du Niari, de la Bouenza, du Pool, de Brazzaville et de la Cuvette. Entre 2013 et 2016, 71 cas ont été détectés passivement dont 33% au stade ulcéreux avec respectivement, 57,14% dans la catégorie 2 et 28,57% dans la catégorie 3.

1.2.7. Déterminants de la santé

1. Pauvreté et revenus des ménages

L'ECOM 2011 avait évalué le taux de pauvreté au Congo à 46,5% contre 50,7% en 2005. Ce taux était plus élevé en milieu rural (74,8%) qu'en milieu urbain où des disparités sont aussi constatées (29,4% à Brazzaville, 25,5% à Pointe-Noire et 55% dans les autres communes).

Par ailleurs, le RNDH s'intéresse également à l'Indice de Pauvreté Multidimensionnel qui est un indicateur synthétique comportant trois dimensions : la santé (indicateurs de mortalité infantile et nutrition), l'éducation (indicateurs sur les effectifs d'enfants inscrits et le nombre d'années d'études) et le niveau de vie (indicateurs sur les biens possédés par les ménages, la nature du sol de leurs habitations, l'accès à l'électricité, à l'eau, la nature des toilettes et le type de combustible de cuisine utilisé).

Au Congo, cet indicateur était de 0,192 et il traduisait une incidence de la pauvreté multidimensionnelle de 43% et un degré de privation de 44,7% en 2011-2012 (contre 51,2% en 2009). Selon les données présentées dans le rapport, dans le seul domaine de la santé, un ménage pauvre ne satisfait pas 32,8% des besoins sanitaires de base entre 2011-2012.

Le taux de chômage en milieu urbain est de 16,1%. Il est d'environ 5 points plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 18,8% contre 13,9%) et plus fréquente à Brazzaville (17,6%) qu'à Pointe-Noire (13,4%). Les générations actuelles sont plus affectées par le chômage que les anciennes. Dans l'ensemble, plus d'un chômeur sur deux est une femme (51,9% de femmes contre 48,1 d'hommes).

2. Education

Selon le diagnostic établi dans le PND (2018-2022), le cycle d'enseignement du préscolaire est en pleine émergence et se caractérise par un faible taux de couverture nationale (20% en 2015) qui est encore en deçà de la cible de 30% fixé à l'horizon 2024. Concernant le cycle primaire, le taux brut de scolarisation est supérieur à 100%, avec un taux net de scolarisation de l'ordre de 80%.

Pour ce qui est de l'alphabétisation, les effectifs des apprenants sont passés de 8 906 en 2012 à 16 220 en 2015, soit un gain de 82,12% en 3 ans. L'accès au collège s'est élargi avec un taux brut de scolarisation (TBS) qui est passé de 68,4% en 2012 à 94,71% en 2015. Au lycée, le taux de couverture s'est également accru de 2012 à 2015 en passant de 30% à 41,18%.

Selon les résultats du RGPH 2007, 81,8% de la population résidente congolaise âgée de 50 ans et plus était instruite. Le niveau d'études atteint par la majorité des résidents était celui du primaire (33,6%) tandis que 4,2% seulement de la population avait accédé aux études universitaires.

L'analphabétisme était encore très répandu au sein de la population congolaise en 2007. Les résultats du RGPH évaluaient le taux d'analphabétisme respectivement à 18,5% pour le français et à 11,8% pour toutes langues confondues.

Le taux brut de scolarisation baisse avec le cycle d'études. En 2007, il variait de 115,3% au cycle primaire à 9,2% au cycle supérieur. Le taux net de scolarisation au primaire (81,3%) était largement en deçà des efforts exigés par la communauté internationale (100%).

3. Accès à l'électricité

Dans l'ensemble, moins d'un ménage congolais sur deux (42 %) dispose de l'électricité. Cependant, par rapport à 2005, on constate une amélioration puisque à cette date, 34 % seulement des ménages en disposaient. Malgré ces progrès, des disparités demeurent et en milieu rural, la quasi-totalité des ménages n'ont toujours pas l'électricité (88 % contre 41 % en milieu urbain).

Les résultats concernant le mode d'éclairage montrent que dans l'ensemble, 55 % des ménages s'éclairent à l'aide de lampes à pétrole. Cette proportion varie de 80 % en milieu rural à 40 % en milieu urbain où plus d'un ménage sur deux (54 %) s'éclaire à l'électricité. Globalement, 38 % des ménages utilisent l'électricité pour s'éclairer.

En 2015, trois ménages sur cinq (60%) disposaient de l'électricité (MICS 2014-2015)⁹. Cependant, il convient de souligner que ces résultats ne tiennent pas compte de la permanence ou non de la disponibilité de l'électricité. En effet, des coupures récurrentes ou intempestives plus ou moins longues de fourniture d'électricité sont observées y compris dans les agglomérations de Brazzaville et de Pointe-Noire. Ces constats incitent donc à la prudence quant à l'interprétation des résultats sur la disponibilité de l'électricité.

4. Eau, hygiène et assainissement

En 2014, plus de 8 sur 10 membres de ménages utilisent des sources «améliorées» d'eau potable. On observe ainsi une tendance générale à l'amélioration des conditions d'hygiène, d'assainissement et d'accès à l'eau potable dans le pays. Cette situation traduit l'effort du gouvernement en matière de distribution des sources « améliorées» d'eau potable sur l'ensemble du territoire national, en particulier en zone rurale.

La qualité de l'eau de boisson des ménages n'est pas satisfaisante. Un indicateur a été retenu pour suivre la qualité de boisson dans les ménages à savoir la présence de micro-organismes. Leur présence fait courir un risque à court terme au consommateur ; les pathologies induites, le plus souvent bénignes (troubles gastro-intestinaux) dépendent de la nature des germes présents, de leur concentration et de la sensibilité du consommateur. En 2015, plus de 7 ménages sur 10 consomment de l'eau contaminée par E. coli. Cette situation montre l'inefficacité des mesures actuelles de la protection des captages et l'amélioration de stockage et de distribution de l'eau.

S'agissant de l'assainissement, les progrès importants dans l'assainissement des deux grandes villes sont enregistrés grâce à des prestataires privés. Néanmoins, la forte prévalence des diarrhées demeure une préoccupation majeure. L'insuffisance de structures appropriées de traitement des déchets solides et liquides est incriminée dans leur genèse. Le pourcentage des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées non partagées est de 23,7%⁹.

5. Les déterminants climatiques

Les menaces que les effets du changement climatique, tant présents qu'à venir, font peser sur le développement en République du Congo sont faiblement documentées. Les impacts humains des chocs climatiques actuels offrent un contexte largement ignoré, permettant de comprendre les implications du changement climatique en termes de développement humain. Selon le PNUD, les effets du changement climatique s'observent au Congo, entre autres, à travers la modification du calendrier cultural, la vulnérabilité de la zone côtière, la dégradation des sols, les érosions pluviales et les inondations consécutives aux crues. Les inondations occasionnent l'augmentation des maladies diarrhéiques et vectorielles comme le paludisme.

6. Consommation de drogue, d'alcool et de tabac

Les données manquent sur l'usage régulier de drogues en population générale. Néanmoins, selon la cartographie établie par le CNLS¹⁰, 432 consommateurs de drogues injectables ont été recensés en 2017 dans cinq villes notamment Brazzaville, Pointe Noire, Dolisie, Pokola et Ouessou. Ces pratiques sont souvent présentes au sein des populations présentant des risques élevés de contamination au VIH/SIDA (professionnelles du sexe et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

Les données récoltées dans le cadre du MICS 2015 ont mis en avant une consommation d'alcool¹¹ de 61,7% chez les hommes contre 47,0% chez les femmes. Pour les moins de 15 ans, ce sont 7,7% des femmes et 14,3% des hommes qui ont bu au moins un breuvage alcoolisé. Cependant, l'usage à risque n'est pas évalué.

Selon le MICS 2014-2015, le taux de prévalence du tabagisme dans la population était de 8%. La consommation de tabac chez les 15-49 ans était de 2,7% chez les femmes et de 18,7% chez les hommes. Chez les moins de 15 ans, ce sont 4,5% des hommes et 0,7% des femmes¹². Cependant, l'usage à risque n'est pas évalué. L'OMS estime que la consommation de tabac va connaître une augmentation régulière jusqu' à atteindre 32,2% en 2020 et 49,2% en 2025 chez les personnes âgées de 15 ans et plus¹³.

9 MICS 2014-2015

10 Cartographie CNLS, 2017

11 Pourcentage de personnes de 15-49 ans qui ont bu au moins une boisson alcoolisée n'importe quand durant le mois dernier

12 ECOM

13 OMS. Estimations des tendances de la prevalence du tabagisme , 2000-2025

1.3. Profil du système de santé

1.3.1. Organisation du système de santé

1.3.1.1. Organisation administrative

Le décret n° 2018 - 268 du 2 juillet 2018 organise le Ministère en charge de la santé en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique ou opérationnel.

1. Niveau central

Le rôle du niveau central est stratégique, normatif et régulateur. Il a également la responsabilité de la coordination de l'ensemble du secteur et de la mobilisation et l'allocation des ressources. Il est représenté par le cabinet du Ministre en charge de la santé et de la population, les directions rattachées au cabinet, l'inspection générale de la santé et 3 directions générales à savoir la direction générale des soins et services de santé, la direction générale de la population, la direction générale de l'administration de la réglementation et des ressources.

✓ Programmes et projets de santé

En dehors des directions générales et des directions centrales, le Ministère de la santé dispose de programmes spécifiques qui concernent divers domaines de santé prioritaires. A ce jour, on dénombre 11 programmes rattachés à l'unité de coordination des programmes et projets qui dépendent directement du cabinet que sont : le Programme élargi de vaccination, le Programme national de lutte contre le paludisme, le Programme national de lutte contre la tuberculose, le Programme national de lutte contre le VIH/SIDA, le Programme national de lutte contre l'onchocercose, le Programme national de lutte contre la lèpre, le pian et l'Ulcère de Buruli, le Programme national de lutte contre la trypanosomiose, le Programme national de lutte contre la schistosomiose, le Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques et le Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles. Toutefois, certains programmes ont commencé à intégrer leurs activités au niveau opérationnel. Il s'agit des PNLP, PNLT, PEV, PNLS et PNLO. Certains programmes ne sont toujours pas conformes à cette orientation d'intégration, on peut citer les programmes de lutte contre la trypanosomiose, la lèpre, la schistosomiose et l'ulcère de Buruli qui demeurent très verticaux.

Un certain nombre de projets sont en cours de mise en œuvre dans le pays. Il s'agit : (i) du Programme de Développement des Services de Santé cofinancé par le gouvernement et la Banque Mondiale qui intervient dans 21 des anciens 41 DS et (ii) du projet RSS-GAVI qui constituait la deuxième source de financement du Programme élargi de vaccination en 2016.

✓ Organes de concertation et de coordination

Par ailleurs, le Ministère dispose de plusieurs organes de consultation, de plaidoyer et d'aide à la décision que sont : (i) le Conseil national de santé, (ii) le Comité de Pilotage du PNDS, (iii) le Conseil national de lutte contre le VIH/Sida, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies (CNLSE), (iv) le Comité de coordination nationale (CCN) des projets de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida financés par le Fonds Mondiale, (v) le Comité de coordination inter agences (CCIA) pour la vaccination et les vaccins et divers autres comités.

2. Niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire sera représenté par : (i) les 12 directions départementales de la santé (DDS), (ii) les 12 directions départementales de la population et (iii) les 12 inspections départementales de la santé et de la population. Ces dernières jouent respectivement le rôle d'appui technique aux districts sanitaires et de respect de la réglementation du secteur à ce niveau. Les territoires des départements sanitaires obéissent au découpage administratif du pays.

3. Niveau périphérique

Il est représenté par le DS. Le Congo avait opté pour le Système de santé intégré de district (SSID) depuis les années 90, avec l'expérimentation de la 1ère circonscription socio-sanitaire de Dolisie. Actuellement le pays est découpé en 52 districts sanitaires selon l'arrêté n°5369 du 02 août 2017 portant découpage des districts sanitaires. Chaque DS se subdivise en plusieurs aires de santé. Le DS est géré par une Equipe Cadre du District (ECD) composée de 5 à 8 personnes qui assument cinq fonctions principales (gestion des ressources, planification des activités, formation/encadrement du personnel, supervision, approvisionnement en médicaments essentiels et génériques, recherche-action). La population bénéficiaire participe à la gestion du système de santé à travers les comités de gestion (COGES) et des comités de santé (COSA). Ce sont des organes de participation communautaire qui soutiennent le fonctionnement du système de santé au niveau périphérique.

1.3.1.2. Organisation de l'offre des prestations de soins et services de santé

Le système de dispensation des soins et services de santé congolais est assuré par deux secteurs (public et privé). Ce système est structuré en trois échelons parmi lesquels les deux premiers constituent le district sanitaire et le 3^{ème} échelon représente le deuxième niveau de recours.

1. Premier échelon

Le premier échelon est constitué par l'ensemble des Services de Santé de Premier Echelon (SSPE). C'est le niveau de premier contact entre la population et le système de santé. Les formations sanitaires du 1^{er} échelon offrent un ensemble d'activités appelées « Paquet Minimum d'Activités (PMA) » dont le fondement principal reste les Soins de Santé Primaires (SSP) adoptés à Alma-Ata. Ces soins et services sont voulus intégrés, globaux, continus, accessibles (géographiquement, financièrement, culturellement) et acceptables par les bénéficiaires. D'après la carte sanitaire de 2015 et les annuaires statistiques 2015-2016, le pays compte 334 CSI, dont 214 CSI à Paquet Minimum d'Activités Standard (PMAS), 96 CSI à Paquet Minimum d'activités Elargi de type 1 et de type 2 et 8 centres de santé scolaires.

Par ailleurs, pour des raisons de faible densité géographique, le pays dispose de formations sanitaires placées sous la responsabilité d'un agent de santé communautaire, appelées dispensaires ou postes de santé. On dénombre 232 dispensaires ou postes de santé. Il convient de noter que plusieurs Districts sanitaires (DS) ne sont pas encore développés. Le nombre total des aires de santé n'est pas connu.

Conformément à la Politique Nationale de Santé à base communautaire adoptée par le pays, il est prévu un paquet de soins et services de santé qui seront offerts dans la communauté par des relais communautaires. C'est le cas de la PCIME-Communautaire (prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant communautaire) dont les outils sont en train d'être expérimentés dans quelques DS.

2. Deuxième échelon

Le deuxième échelon du système de santé congolais est constitué de 31 hôpitaux de district, appelés communément au Congo, « hôpitaux de Base » ou « hôpitaux de référence ». Cet échelon constitue le premier niveau de recours. Les Formations sanitaires du 2^{ème} échelon sont souvent localisées dans les chefs-lieux de départements ou des sous-préfectures. Le Kouilou est le seul département qui ne dispose d'aucun hôpital de district. Les hôpitaux de district sont gérés par des directions placées sous la tutelle administrative et technique des directions départementales de la santé (DDS). Ils ont pour mission d'offrir un ensemble d'activités appelées « Paquet Complémentaires d'Activités (PCA) » constitué de : hospitalisation, urgences médico-chirurgicales, urgences gynéco-obstétricales, urgences pédiatriques, explorations et examens paramédicaux (imagerie médicale et examens de laboratoire). Les dispositions légales précisent qu'un Hôpital Général situé dans un district sanitaire sans un premier niveau de référence joue aussi le rôle de 2^{ème} échelon pour cette entité. C'est le cas des DS de Poto-poto, de Moungali, de Ouenzé à Brazzaville qui utilisent le CHUB, du DS Lumumba qui se réfère à l'hôpital général Adolphe Sicé et du DS de Loandjili qui utilise l'hôpital général de même nom à Pointe-Noire.

Les 12 hôpitaux généraux départementaux en construction ne combleront malheureusement pas le gap en matière d'hôpitaux de district puisque localisés tous dans les chefs-lieux de département. Cette situation devra être réglée avec la transformation de certains CSI à PMAE en FOSA capables d'assurer l'offre du PCA.

3. Troisième échelon

Le niveau tertiaire de soins et services de santé au Congo est représenté par les 9 hôpitaux généraux dont la fonction principale est d'offrir des soins et services spécialisés. Ces hôpitaux généraux dont le sommet est occupé par le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB) ne sont pas repartis de façon équitable, puisque localisés dans quatre départements avec 3 HG pour Brazzaville (CHUB, l'hôpital Central des armées l'hôpital général Mère-Enfant Blanche GOMEZ), 2 HG pour Pointe-Noire (l'hôpital général Adolphe Sicé et l'hôpital général de Loandjili), 1 HG dans le Niari (l'hôpital général de Dolisie) et 2 HG dans la Cuvette (l'hôpital général 31 juillet Owando et hôpital général Edith Lucie Bongo Ondimba).

Dans le souci d'améliorer l'accès aux soins et services de santé spécialisés à travers le pays, le gouvernement de la République a entrepris la construction de 12 nouveaux hôpitaux généraux départementaux dont le positionnement dans la pyramide reste à préciser par voie réglementaire.

De plus des hôpitaux généraux, le troisième échelon est aussi constitué d'établissements d'appui au diagnostic et au traitement. Il s'agit : (i) du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), (ii) de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Produits de Santé (CAMEPS), (iii) du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) avec un labo P3, (iv) du Centre National de Référence de la Drépanocytose (CNRD) et (v) des deux Centres de Traitement Ambulatoire (CTA,) du VIH et les deux Centres antituberculeux.

Le secteur privé est en plein essor au Congo. Il est composé de : (i) polycliniques, (ii) cliniques, (iii) centres de santé confessionnels, (iv) cabinets médicaux, (v) officines, (vi) pharmacies et (vii) infirmeries. La plupart de ces structures ne sont pas homologuées et ne respectent pas les plans de découpage des districts sanitaires donc de la carte sanitaire. Par conséquent, ces formations sanitaires posent d'énormes problèmes de contrôle et de régulation. Aussi, ces structures sanitaires utilisent les mêmes agents évoluant dans le secteur public déstabilisant ainsi ce secteur. Les 2/3 de ces structures sanitaires privées sont concentrées dans les deux grandes villes du pays que sont Brazzaville et Pointe-Noire, au lieu de combler le déficit en milieu rural. En 2017, le pays comptait 54 cliniques (6,2%), 71 centres médico-sociaux (8,1%), 167 cabinets médicaux (19,2%), 19 cabinets dentaires (2,2%), 11 cabinets de kinésithérapie (1,3%) et 499 cabinets de soins infirmiers (57,2%).

Le secteur privé confessionnel : ce dernier participe en effet à l'offre de soins surtout au niveau primaire et dans une moindre mesure au niveau secondaire.

Le secteur pharmaceutique privé occupe une place prépondérante dans le système de santé national. Le pays comptait 192 officines et 155 dépôts pharmaceutiques en 2015.

4. Médecine traditionnelle

Le pays compte 51 centres de médecine traditionnelle. L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé obéit aux recommandations de l'OMS. Elle permet de compléter l'offre de soins et d'en améliorer les performances.

1.3.2. Performance du système de santé

1.3.2.1. Gouvernance, leadership et pilotage du système

1. Dispositions légales et cadre juridique du secteur de la santé

La Constitution du 25 octobre 2015 en son article 36 consacre et garantit le droit à la santé aux citoyens. Ce dernier stipule en effet que : « l'État est garant de la santé publique ». Sur le plan institutionnel, il convient de noter que de nouveaux textes législatifs et réglementaires ont été pris ou révisés au cours des deux dernières années par le gouvernement, en vue de réguler de manière plus efficace les différentes activités du secteur de la santé. Il s'agit notamment de : (i) la promulgation de cinq nouveaux décrets, portant respectivement organisation du Ministère de la Santé et de la Population (décret n°2018/268 du 2 juillet 2018), inspection générale (décret n° 2018/269 du 2 juillet 2018) et directions générales (décret n° 2018/270 du 2 juillet 2018, décret 2018/271 du 2 juillet 2018 et décret n° 2018/272 du 2 juillet 2018), (ii) l'adoption de quinze lois portant création de tous les hôpitaux généraux et autres structures sous-tutelle et ; (iii) l'adoption d'un arrêté interministériel (Arrêté n° 5369 du 2 août 2017) portant découpage du pays en 52 districts sanitaires.

Malgré ces avancées, le volet juridique présente encore des faiblesses, notamment : (i) l'insuffisance des textes d'application du PNDS depuis sa promulgation en avril 1992 et (ii) le retard dans la production des textes d'application du nouveau décret (2018/268 du 2 juillet 2018), portant organisation du MSP.

2. Politique Nationale de Santé et Planification stratégique

Le PNDS est institué par loi n° 014/92 du 29 avril 1992 tandis que la PNS qui devrait l'être continue à rester un texte sans valeur légale. La Politique Nationale de Santé adoptée en 2000 dans un contexte de conflits vient de connaître une révision en 2018 pour être en cohérence avec le PND 2018-2022 et le nouveau contexte lié aux Objectifs de Développement Durable (ODD).

Sur la base de la loi n°014-92 du 29 avril 1992 le Congo a déjà élaboré et mis en œuvre deux plans nationaux de développement sanitaires et un programme biennal de développement sanitaire : (i) un premier plan couvrant la période de 1992 à 1996, (ii) un 2^{ème} plan allant de 2007 à 2011 et un programme biennal de développement sanitaire pour la période de 2015 à 2016. Plusieurs insuffisances sont observées, en matière de planification, de suivi/évaluation et de mise en œuvre des plans. A titre d'exemple, le cycle de planification stratégique national (PNDS) n'est pas respecté ; de plus, plusieurs plans stratégiques des programmes ont des cycles de planification différents de celui du PNDS, traduisant ainsi un réel défaut d'alignement sur le cadre de référence national. C'est le cas des plans stratégiques du programme du paludisme, de la tuberculose, de la planification familiale et de la SRMNA, etc. Parallèlement aux programmes qui sont appuyés par des partenaires, il existe des programmes qui ne disposent même pas de cadre stratégique. C'est le cas de la plupart des programmes qui ont pour ancrage la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie. S'agissant du suivi évaluation, les deux PNDS précédents (1992- 1997 et 2007- 2011), les PPAC, les plans stratégiques nationaux du paludisme, de la tuberculose, le plan de repositionnement de la planification familiale et de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle,

néonatale et infantile 2008-2015 connaissent régulièrement une évaluation. Les autres plans notamment le programme biennal 2015- 2016 n'ont pas connu d'évaluation.

3. Coordination et le partenariat du système

Le système de santé congolais prévoit des organes de coordination à trois niveaux :

✓ **Niveau national:** la coordination du système de santé est réalisée à travers le Conseil National de Santé, les comités de pilotages dont celui du PNDS, le comité de coordination inter-agence (CCIA) et le Comité de Coordination National (CCN), des projets financés par le Fonds Mondial. Ces instances sont souvent placées sous le pilotage soit de la présidence de la République, soit sous la tutelle du Ministre en charge de la santé. En dehors du CCIA et du CCN, les autres organes n'ont été fonctionnels, ni pendant la mise en œuvre du PNDS 2007-2011, ni lors de la mise en œuvre du programme biennal 2015-2016. De plus, le Service de la Coordination de l'Action Sanitaire (SCAS) qui devrait jouer le rôle du secrétariat technique du PNDS a été dissout en 2011. On note également que la multiplicité des organes ne favorise pas une bonne coordination du secteur, puisqu'il n'existe pas de liens entre ces différentes instances, ce qui entretient le caractère fragmenté du dialogue.

✓ **Au niveau départemental:** l'instance habilitée à coordonner les interventions sanitaires est le Conseil départemental de santé. Sous l'égide des Préfets, une expérience heureuse a débutée dans 7 directions départementales de santé sous PBF, avec la tenue régulière de comités départementaux de coordination de la santé (CDCS). Ce qui devrait servir d'exemple dans la dynamisation des conseils départementaux de santé dans les 12 départements du pays.

✓ **Au niveau périphérique:** le cadre légal de fonctionnement d'un district sanitaire prévoit plusieurs organes de coordination et de participation communautaire dont les Comités de Gestion (COGES), les fédérations de comité de santé (FECOSA) et les Comités de santé (COSA). Tout comme au niveau départemental, leur fonctionnalité n'a été observée que dans les 21 districts sanitaires sous PBF.

Au plan interne, le Ministère en charge de la santé a signé le 7 février 2017 un protocole d'accord avec l'Alliance du Secteur Privé de la Santé (ASPS). Le Ministère de la Santé et de la Population promeut également le dialogue public-privé en matière de santé, bien que le processus soit encore au stade d'expérimentation.

En ce qui concerne l'aide au développement, le ministère en charge de la santé bénéficie d'un appui conséquent de la part des agences du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, PAM, etc.), la Banque mondiale, le Fond mondial, GAVI ainsi que celle de plusieurs associations, fondations et ONG nationales et internationales.

4. Participation communautaire

La réponse communautaire aux divers défis auxquels le pays est confronté dans le domaine de la santé, s'exprime à travers l'implication de trois entités distinctes : (i) les organes de participation communautaires c'est-à-dire les Comités de santé (COSA) et Comité de gestion (COGES), (ii) les relais communautaires et (iii) les Organisations non gouvernementales (ONG). D'après la revue de 2011, le processus d'organisation de la communauté lancée au cours des années 90 s'est essoufflé comme l'indique l'évaluation du PNDS 2007-2011. En effet, seuls 26% des DS disposent d'une association des COSA fonctionnelle. Si 79,7% des CSI ont mis en place des comités de santé, aucun d'entre eux ne satisfait aux critères d'un COSA fonctionnel. On note que 2 DS sur 34 enquêtées ont mis en place une association des COSA. Par ailleurs, aucun hôpital de base n'a installé un comité de gestion dans lequel la communauté est représentée. Ce faible niveau d'implication des communautés à travers ces organes de gestion pourrait être un des facteurs explicatifs de la baisse de l'utilisation des services de santé par la communauté qui est passée de 26,7% en 2005 à 23,8% en 2011¹⁴.

Le Congo a élaboré en 2016, la stratégie nationale de santé à base communautaire, dont l'objectif est d'impliquer les agents de santé communautaires à l'offre de soins de santé de base (PCIME communautaire). A ce jour, sa mise en œuvre demeure insuffisante.

5. Inspection et redevabilité

Le Ministère de la santé dispose d'un organe en charge de l'inspection et de contrôle dont la mission première est d'assurer le respect de la réglementation en vigueur et l'orthodoxie gestionnaire. Ces 5 dernières années, l'Inspection Générale de la Santé a déployé des missions de contrôle dans les deux secteurs de santé (public et privé). Plusieurs formations sanitaires privées non homologuées ont été répertoriées et fermées. L'insuffisance du personnel et la non décentralisation de l'inspection générale handicapent les

missions de régulation du secteur. L'inspection générale d'État, l'inspection générale du Trésor et la Cour des comptes et de disciplines budgétaire réalisent régulièrement des missions programmées et inopinées de contrôle et de la gestion au niveau des structures sanitaires.

Il n'existe pas de plateforme de redevabilité et de responsabilité au sein du Ministère de la Santé et de la Population.

6. Décentralisation/ Déconcentration

Dans le cadre de la décentralisation, le Congo a opté pour une gestion de certaines structures de santé du niveau périphérique par les collectivités locales. La décentralisation a été amorcée par la mise en place de conseils départementaux et municipaux. Le transfert de compétence et des ressources associées est en cours d'étude pour une mise en place effective. En parallèle, le statut de la fonction publique territoriale a été prévu par la loi n°5-2005 du 25 mai 2005.

La loi sur la fonction publique territoriale a fait l'objet de dix-huit décrets d'application adoptés en conseil des Ministres le 29 décembre 2011. Mais dans les faits, le fonctionnement de l'État demeure encore centralisé. Le processus de décentralisation tarde encore à produire tous ses effets. Les obstacles identifiés dans la mise en œuvre de cette décentralisation sont de nature juridique. En effet, le projet de loi fixant la répartition des compétences entre l'État et les collectivités locales en matière de santé de base, le projet de décret fixant les attributions, l'organisation et le fonctionnement du Conseil départemental de santé et le projet de décret portant attributions, organisation et fonctionnement des organes de gestion du district sanitaire ne sont toujours adoptés.

7. Numérisation de la gouvernance du système de santé

Les Technologies de l'Information et de Communication ont un impact significatif sur le système de santé et sur ses déterminants.

En effet, la dématérialisation des processus de gestion et la mise en œuvre des mécanismes de leur gouvernance électronique permettent de renforcer les capacités de gouvernance des structures de soins et d'appui aux soins notamment dans :

- le suivi des patients depuis les actions de prévention et de promotion, de prise en charge et de suivi post soins ;
- la maîtrise des ressources (médicaments et produits de santé, finances et ressources humaines) ;
- la maîtrise des équipements médicaux et des réactifs ;
- le renforcement des mécanismes de collecte, de traitement et de consolidation des données du système de santé (big-data) pour accroître la quantité et la qualité des pistes de recherche et les capacités de production des statistiques de santé automatiquement ;
- l'amélioration des taux de couverture et de promptitude des rapports.

Le développement des stratégies nationales visant le développement de la cyber santé fait partie des recommandations de la 68^{ème} session du Comité Régional de l'Afrique OMS et de la deuxième édition de la Conférence des Ministres en charge de la Santé et des TIC en Afrique (CIMSA 2018).

Problèmes prioritaires retenus

1. Insuffisance dans la vulgarisation des textes, procédures et support de gestion du secteur de la santé à tous les niveaux,
2. Insuffisance de fonctionnement des organes de pilotage, de coordination et de partenariat à tous les niveaux ,
3. Faibles capacités dans la planification, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux du système,
4. Insuffisance des mécanismes de redevabilité dans le secteur de la santé,
5. Insuffisance de leadership à tous les niveaux du système de santé,
6. Retard dans la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé,
7. Insuffisance de l'implication de la communauté et des organisations de la société civile dans la gestion de la santé et
8. Absence d'une stratégie nationale de développement de la cyber santé.

1.3.2.2. Le financement du système de santé

1. Dépense totale de santé

La dépense totale de santé (DTS) par habitant et par an était de 73 USD en 2012, 67 USD en 2013, 152 USD en 2014 et 66 USD en 2015 selon les Comptes Nationaux de la Santé (CNS). Le pic observé en 2014 est dû à la mise en œuvre de l'initiative du gouvernement de douze (12) hôpitaux généraux, à raison d'un hôpital général par département. Dans tous les cas, on note que la DTS du Congo au cours des dernières années a été supérieure à celle proposée par la commission de macroéconomie et santé mise en place par l'OMS en 2001 qui a estimé que les pays en développement devraient avoir une DTS d'au moins 46 USD par habitant et par an, pour améliorer leurs chances d'atteindre les cibles des OMD. Comme on le sait, le Congo a fait d'importants progrès en matière d'amélioration de la santé de la population mais il n'a atteint aucune cible des OMD. Cette situation soulève la question de l'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources du secteur. Un meilleur ciblage des interventions efficaces aiderait sans doute à produire plus de résultats avec les ressources disponibles.

Les estimations récentes de l'OMS montrent qu'une DTS d'au moins 86 USD sera nécessaire pour permettre aux pays d'offrir les interventions nécessaires à l'atteinte des cibles de l'ODD 3. Au vu de l'accroissement actuel de sa population, pour atteindre une telle DTS, le Congo devrait consacrer annuellement au moins 440 820 606 millions de dollar US, soit environ 244 214 615 724 milliards de FCFA aux dépenses de santé. Cela reviendrait à accroître d'environ au moins 28% sa dépense totale actuelle de santé. Il convient toutefois de noter la contrainte budgétaire qu'impose un tel objectif, dans le contexte actuel de crise économique de crise au Congo. Ainsi, comme indiqué ci-haut, des efforts devraient davantage être faits dans le sens de l'amélioration de l'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières existantes.

LA DTS en pourcentage du PIB est restée constante entre 2012 et 2013 (3%). Elle est passée à 6% en 2015 du fait de l'initiative présidentielle avant de baisser à 4% en 2015. Une DTS d'au moins 5% du PIB est nécessaire pour améliorer les chances du pays à faire des avancées vers la couverture sanitaire universelle CSU.

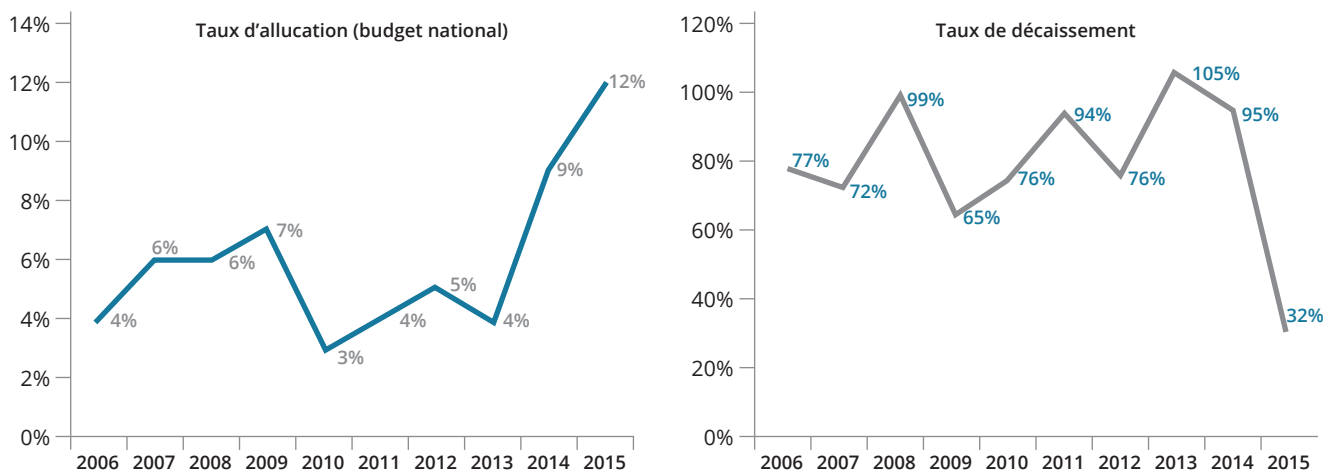
Entre 2012 et 2015, les sources de la dépense courante de santé proviennent respectivement du Gouvernement (46,50%), du ménages (31, 25%) et de l'aide au développement (20,75%).

L'aide au développement dans le secteur de la santé est essentiellement destinée aux programmes de lutte contre la maladie tels que le PNLP, le PNLS, la PNLT, le PEV, etc. Certains projets financés par l'aide internationale ciblent le système de santé. C'est le cas du PDSS-II financé par la Banque Mondiale et du projet de Renforcement du Système de Santé financé par l'Alliance Globale pour le Vaccin et l'Immunisation (GAVI). Bien que cette contribution ait connu une décroissance significative, en passant de 26% en 2012 à 19% en 2015, le pays reste encore fortement dépendant des bailleurs de fonds internationaux, particulièrement en ce qui concerne le financement de trois maladies que sont : le VIH, la tuberculose et le paludisme.

2. Mobilisation des ressources

L'évolution du budget de l'État consacré à la santé affiche une tendance globalement à la hausse entre 2006 et 2015, même si on note une certaine stagnation entre 2017 et 2009 (6-7%) et une tendance à la baisse entre 2013 et 2013 (3-4%). Il est passé à 9% en 2014 et 12% en 2015 tandis que le taux d'exécution du budget de l'état consacré à la santé a évolué en dents de scie. Il est passé de 95% en 2014 à 32% en 2015 comme le montrent les graphiques suivants.

Graphique n°9 : Evolution du budget alloué et du taux de décaissement effectif



Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018 (Comptes nationaux de la santé 2012-2015)

Le gouvernement congolais s'est engagé résolument à consacrer une part importante de son budget à la santé. Il est donc apparu depuis quelques années une volonté manifeste de la traduction fidèle de la vision politique du Président de la République dans le secteur de la santé.

Le cadre budgétaire à moyen terme adopté en 2018 porte pour les trois prochaines années la part stratégique budgétaire pour la santé à plus de 13%, tendant ainsi vers l'atteinte de l'engagement pris par les Chefs d'État Africains à Abuja en 2001, de consacrer au moins 15% du budget national au financement des dépenses de santé.

Toutefois, le taux d'exécution du budget alloué à la santé constitue donc le principal enjeu du financement de la santé au Congo. Le manque de prévisibilité sur les paiements et les priorités budgétaires rend difficile le pilotage du système de santé et la mise en œuvre des plans d'action dans le secteur.

Tableau n°5 : Répartition de la dépense courante de santé par facteurs de prestation

Années	2012		2013		2014		2015	
Types d'activités								
Rémunération des employés	40883371874,00	49%	48500335424	52%	30444936503	34%	33495489719	39%
Services de soins de santé	435782410,00	1%	95250000	0%	1126985793	1%	672000000	1%
Biens de santé	8743257136,00	11%	9713660285	10%	5379316266	6%	6215041571	7%
Produits pharmaceutiques	8743257136,00	11%	9625575487	10%	5164756726	6%	5844958843	7%
Autres produits de santé	-	0%	88084798	0%	214559540	0%	370082728	0%
Services non sanitaires	4941280920,00	6%	11670693830	13%	12132348850	14%	4030587883	5%
Biens non sanitaire	5971757150,00	7%	6973332323	8%	11940393537	13%	26660793471	31%
Autres équipements et services utilisés	8200098800,00	10%	42999970	0%	4965272190	6%	318678750	0%
Autres dépenses	4800855197,00	6%	6082754894	7%	17764931668	20%	7257457862	9%
Total	82719660623,00	100%	92792687011,00	100%	89133501073,00	100%	84865090827,00	100%

Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018 (Comptes nationaux santé 2012-2015).

Il ressort de ce tableau que le gros de la DCS est destiné à la rémunération, soit 33% à 43% de la DCS selon les années. Seul environ 1% a été consacré aux services des prestations, ce qui ne permet pas d'accroître les prestations de qualité pour couvrir les besoins de l'ensemble de la population.

3. Mise en commun et protection contre le risque financier

Le Code du travail congolais qui prévoit les mécanismes de mis en commun et de protection contre les risques de ses travailleurs et les membres de leurs familles reconnus par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale reste encore très peu mise en œuvre.

Il n'existe pas encore de mécanisme de protection contre le risque financier destiné à couvrir l'ensemble de la population congolaise. L'essentiel de la dépense de santé des ménages se fait par paiement direct. La part du paiement direct dans la dépense de totale santé est passée de 18 à 25%, atteignant le niveau à partir duquel le risque des dépenses catastrophes devient important pour les ménages.

La mise en place de l'assurance – maladie universelle a déjà commencé avec la promulgation de la loi n° 37-2014 du 27 juin 2014, suivie des plusieurs actions dont le choix des paniers de soins (panier socle et panier complémentaire) par le Ministère de la santé. Aussi, les responsables à différents niveaux de la mise en place de l'AMU ont été nommés au Ministère en charge de la sécurité sociale.

En attendant la mise en place effective de l'AMU, plusieurs initiatives de gratuité ont été instituées pour limiter le risque financier encouru par la population et améliorer l'accès, particulièrement aux particulièrement aux groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes). Il s'agit de : (i) la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de 0 à 15 ans et les femmes enceintes, (ii) la prise en charge des PVVIH dans le volet examens biologiques et le traitement anti rétroviral (TAR), des malades atteints de la tuberculose et (iii) la gratuité des césariennes et autres interventions obstétricales majeures (IOM). Malgré le manque d'évaluation, les données de terrain montrent que les initiatives de gratuités financées par le gouvernement font face à d'énormes difficultés à cause de la crise financière.

4. Achats stratégiques

L'exécution du budget en République du Congo se fait par l'approche des budgets des moyens. La loi organique de gestion des finances publiques adoptée en 2010 et modifiée en 2017 avec la loi du 17 octobre 2017 pose les bases de la réforme relative au budget-programme dans l'exécution du budget de l'État. Toutefois, le Congo a entrepris avec la Banque Mondiale d'expérimenter l'achat stratégique dans le financement des structures de santé dans le cadre du PDSS2 (financement conjoint gouvernement-Banque Mondiale).

5. Efficience et équité dans l'utilisation des ressources financières

Il n'existe pas d'études nationales sur l'efficience dans l'utilisation des ressources financières au Congo. Cependant, on constate sur le terrain que le pays peut obtenir plus de résultats avec les ressources actuellement disponibles dans le secteur de la santé. Les résultats enregistrés dans le cadre des OMD au vu du niveau de la DTS en est une preuve. Plusieurs pays de la sous-région qui ont des dépenses de santé nettement inférieures à celles du Congo ont obtenus de résultats meilleurs.

Selon le rapport PEMFAR (Banque Mondiale, Congo, 2015), l'efficience des dépenses de santé au Congo est encore loin de son potentiel. En utilisant l'analyse de frontière d'efficience sur les données de tous les pays dans le monde, ce rapport conclut que le Congo a encore des efforts à faire en termes d'efficacité. En fait, si l'espérance de vie est considérée comme révélatrice de la qualité des soins de santé dans un pays donné, avec une espérance de vie moyenne d'environ 58 ans à la naissance sur la période 2008-2013, le Congo est derrière de nombreux pays qui ont dépensé moins par habitant au cours de cette période. Avec le niveau de dépenses que le pays a fait au cours de cette période, la frontière d'efficience se situerait à une espérance de vie d'environ 70 ans à la naissance.

De plus, les CNS montrent que les services de santé des DS supposés résoudre plus de 80% des problèmes de santé de la population ne reçoivent que moins de 5% du budget de l'État consacré à la santé. Une inversion de cette tendance est nécessaire pour soutenir la volonté du gouvernement de passer d'un système de santé hospitalo-centré à un système basé sur les soins de santé primaires à travers la revitalisation du DS.

Principaux problèmes retenus

1. Insuffisance des ressources financières consacrées à la santé,
2. Inefficience dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières disponibles ,
3. L'assurance maladie universelle n'est pas encore opérationnelle,
4. Inexistence des mécanismes d'achat stratégique dans le secteur de la santé,
5. Faible budget/ressources consacrées au niveau opérationnel du système de santé et
6. La part des ménages dans le financement de la santé est très élevée.

1.3.2.3. Les ressources humaines de santé

Le Congo, comme les autres pays d'Afrique subsaharienne, se trouve confronté aux problèmes de disponibilité des Ressources humaines en santé (RHS). Le manque de disponibilité des ressources humaines constitue le principal obstacle à la fourniture des soins et services.

Le Ministère de la Santé et de la Population ne dispose pas d'un plan de développement des ressources humaines en santé, ce qui engendre dans une certaine mesure des difficultés dans la gestion et la prévisibilité des ressources humaines.

1. Effectifs des ressources humaines pour la santé et normes/standards

Le dernier recensement des ressources humaines pour la santé (RHS) organisé par le Ministère de la Santé date de 2011. Tenant compte de l'évolution des effectifs (départs à la retraite et décès) et de la production des ressources humaines en santé (tant national qu'international), l'état actuel des ressources humaines ne reflète guère la situation de 2011.

Tableau n°6 : Différentes densités de certaines catégories du personnel pour 1.000 habitants

Département sanitaire	Population *	Médecins			Sage-femme			Infirmiers		
		Nombre réel **	Normes	GAP	Nombre réel **	Normes	GAP	Nombre réel **	Normes	GAP
Kouilou	100 583	2	10	8	22	20	-2	108	10	-98
Niari	308 740	11	31	20	58	62	4	389	31	-358
Lékoumou	128 670	5	13	8	20	26	6	102	13	-89
Bouenza	412 579	17	41	24	88	83	-5	257	41	-216
Pool	315 843	7	32	25	35	63	28	202	32	-170
Plateaux	233 066	7	23	16	26	47	21	172	23	-149
Cuvette	208 315	23	21	-2	58	42	-16	372	21	-351
Cuvette-Ouest	97 450	5	10	5	11	19	8	93	10	-83
Sangha	114 468	6	11	5	15	23	8	45	11	-34
Likouala	205 754	5	21	16	14	41	27	88	21	-67
Brazzaville	1 833 489	335	183	-152	466	367	-99	1 969	183	-1 786
Pointe-Noire	977 227	121	98	-23	108	195	87	453	98	-355
Total	4 936 184	544	494	-50	921	987	66	4 250	494	-3 756

Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018

* Institut National de la Statistique, Perspectives 2016 ;

** Annuaire statistiques sanitaires 2016, effectif des médecins, sages-femmes et infirmiers

Les données sur les ressources humaines en santé contenues dans les annuaires des statistiques sanitaires révèlent que le Congo compte 5 715 personnels soignants dont 544 médecins, 921 sages-femmes et 4 250 infirmiers pour 4 936 184 habitants. Le ratio quantité-effectif est de 1,1 médecin pour 9 074 habitants, 1,9 sage-femme pour 5 360 femmes en âge de procréer et 8,6 infirmier pour 1 161 habitants. Etant donné que les normes OMS sont de 1 médecin 1.0000 habitants, 1 infirmier 1.0000 habitants et 1 sage-femme pour 5000 femmes en âge de procréer, nous pouvons déduire qu'il y a une inégale répartition des effectifs des infirmiers et des médecins. Toutefois, s'agissant des sages-femmes, nous notons un déficit en effectifs.

Le gouvernement a mis en place une série de mesures incitatives qui visent à favoriser une répartition géographique plus équitable du personnel, en particulier dans les zones rurales. De plus depuis 2013, le personnel de santé bénéficie d'un statut particulier avec une amélioration substantielle des salaires. Ces mesures ne semblent pas suffisantes pour stabiliser le personnel de santé en milieu rural. En effet, la stabilisation en zone rurale du personnel de santé reste un grand défi. Cette situation est aggravée par la migration vers l'extérieur des personnels médicaux et autres cadres supérieurs. On estime à plus de 150 le nombre de médecins congolais qui exercent à l'extérieur du pays, principalement en France, ce qui représente environ 25% de l'ensemble des médecins congolais.

2. Cadre organique et de gestion prévisionnelle des RHS

Au moins quatre (04) Ministères sont impliqués dans la gestion des RHS, il s'agit de: le Ministère de la Fonction Publique en charge de la gestion des carrières des fonctionnaires, le Ministère de la santé qui gère les effectifs, le Ministère des finances qui assure la paie des fonctionnaires et le Ministère en charge de la décentralisation qui a la responsabilité de la gestion des ressources humaines affectées dans les entités territoriales décentralisées.

Il n'existe pas de cadre organique de gestion prévisionnelle des emplois et des carrières au sein du MSP. Ce qui fait que le MSP ne connaît pas les besoins réels en RHS et ne peut donc pas faire valablement des projections dans ce domaine. L'affectation du personnel est assurée par le Ministère de la fonction publique sur proposition du Ministère de la santé. Cependant, les quotas attribués par le gouvernement au secteur de la santé ou à l'administration de la santé ne sont souvent pas en adéquation avec les besoins exprimés par celui-ci. De plus, les besoins exprimés par le MSP ne tiennent pas vraiment compte des besoins réels pour l'offre des services de santé à la population du fait de la non maîtrise des effectifs et de l'absence d'un cadre organique.

3. Formation initiale des RHS

La formation initiale du personnel paramédical relève des compétences du Ministère de l'enseignement technique et professionnelle, de la formation qualifiante et de l'emploi. Les paramédicaux sont formés dans cinq (05) écoles réparties dans cinq (05) villes à savoir : Brazzaville, Owando, Dolisie, Kinkala et Pointe Noire. L'offre de formation comporte trois (03) niveaux :

(i). le premier niveau concerne un cursus de deux (02) ans et recrute sur concours les élèves ayant obtenu le BEPC et débouche sur le diplôme d'assistant sanitaire regroupant huit (08) spécialités à savoir : santé publique, otorhinolaryngologie, stomatologie, ophtalmologie, anesthésie-réanimation, radiologie et kinésithérapie ;

(ii). le deuxième niveau concerne un cursus de trois (03) ans pour les réguliers (recrutement sur concours direct) et deux (02) ans pour les professionnels (recrutement sur concours professionnel). Ces deux cursus débouchent sur six (06) spécialités à savoir : infirmier d'État généraliste, sage-femme accoucheuse, technicien qualifié de laboratoire, préparateur en pharmacie, assistant social et secrétaire principal d'administration sanitaire et sociale ;

(iii). le troisième niveau concerne un cursus de deux (02) ans regroupant trois (03) spécialités à savoir : agent technique de santé, technicien auxiliaire de laboratoire et Assistant sanitaire. La durée de la formation est de deux (02) ans.

L'école de Brazzaville offre tous les diplômes des trois (03) niveaux sauf celui de l'ATS ; l'école de Dolisie offre une spécialité de niveau II (infirmier d'État généraliste) et une spécialité du niveau III (agent technique de santé) ; l'école de Pointe Noire offre deux spécialités de niveau II (infirmier d'État généraliste et sage-femme accoucheuse) et une spécialité de niveau III (agent technique de santé) ; les écoles de Kinkala et Owando offrent une spécialité de niveau III (agent technique de santé).

La production des médecins, techniciens supérieurs en laboratoire, santé publique et sciences infirmières relève de la seule Faculté des Sciences de la Santé (FSSA) dont dispose le pays. L'offre de formations est disponible uniquement à Brazzaville. L'accès se fait par concours qui a lieu souvent au mois d'octobre. Les conditions d'accès sont les suivantes : être titulaire d'un baccalauréat scientifique (série C ou D) au cours de l'année du concours, être âgé de plus de 24 ans, disposer d'un certificat médical établi par les services médicaux de l'université et payer les droits du dossier. La Faculté des Sciences de la Santé forme en moyenne par année 40 médecins, 15 licenciés en santé publique, 30 licenciés en sciences biomédicales et 10 licenciés en sciences infirmière.

De façon générale, le nombre moyen des médecins produits chaque année et celui des autres professionnels de santé est très faible pour prétendre satisfaire aux besoins en ressources humaines nécessaires pour réaliser les engagements nationaux et internationaux en matière de santé. Néanmoins, le Congo attend environ 2000 médecins entre 2021 et 2023. Ces médecins sont en formation à Cuba dans le cadre de la coopération entre les deux pays. Cette action contribuera à réduire le gap en ressources humaines dans le pays. Le gouvernement devra se préparer à absorber cette importante quantité de médecins pour éviter des effets pervers liés au chômage des médecins.

L'analyse de situation réalisée en décembre 2014 dans le cadre du Projet d'Appui au Développement des RHS (PADHRS)-Formation initial a fait ressortir un certain nombre d'obstacles qui doivent être levés pour renforcer la gouvernance de la formation paramédicale, optimiser les ressources allouées et produire des diplômés qui répondent aux standards et aux besoins du pays. Ces obstacles sont :

- a. l'absence d'un cadre de concertation entre les différents Ministères impliqués dans la problématique de gestion inefficace des RHS (Ministère de la fonction publique, Ministère des finances, Ministères des enseignements et le Ministère des collectivités locales). Actuellement, la mise en œuvre de la formation paramédicale implique plusieurs Ministères (MES, METPFQE, MSP), un réseau de quatre écoles paramédicales relevant de l'enseignement technique, plusieurs départements de la FSSA relevant de l'enseignement supérieur. Cependant, des décisions clés concernant la mobilisation et l'allocation des ressources, la détermination des effectifs et la conception des programmes se font sans une réelle concertation entre ces institutions ;
- b. le déficit en normes devant guider la gestion efficace des RHS. A titre illustratif la production et la gestion des RHS souffre de : (i) l'absence d'un plan national de développement des RHS, (ii) l'inadéquation besoin/ formation, (iii) l'opacité dans le recrutement dans la fonction publique, (iv) l'amateurisme dans les affectations des ressources humaines ne tenant pas compte des besoins ressentis ;
- c. une mobilisation de ressources peu alignée sur les besoins de formation. L'ensemble du budget de l'éducation (incluant le Ministère de l'Éducation, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et le METPFQE) représente 8% du budget global de l'État pour l'exercice 2013. Les dépenses en éducation sont inférieures à la moyenne internationale avec un peu moins de 4% du PIB qui y est consacré. En ce qui concerne la formation paramédicale, malgré une certaine progression des investissements, ceux-ci restent insuffisants comme le reflètent les budgets de fonctionnement limités des établissements et la précarité des conditions matérielles de fonctionnement. Le constat est aussi celui d'un déploiement inefficace des ressources allouées à ce secteur. Les EPM comptent par exemple 165 employés admi-

nistratifs alors qu'on compte seulement quelques enseignants permanents (3 par exemple à l'école de Brazzaville). Au METPFQE, les sommes disponibles pour l'investissement sont en 2014, 11 fois supérieures à celles disponibles en fonctionnement. Les programmes de la FSSA mobilisent un réseau relativement large d'enseignants (professeurs et assistants professeurs de divers départements, praticiens, etc.) mais la quasi-totalité de ces enseignants ont un statut de vacataires. Ils assurent ainsi des charges de cours sans réel ancrage dans les programmes, ce qui crée un contexte peu favorable à la collaboration, au travail d'équipe et au renouvellement pédagogique.

Au terme de cette analyse, il apparaît que le système de formation initiale du personnel paramédical est encore peu développé et accuse des dysfonctionnements importants qui constituent des sérieux obstacles au développement du système de santé.

4. Formation continue des RHS

Le Ministère de la Santé et de la Population ne dispose pas à ce jour d'un plan de formation continue du personnel de santé. Néanmoins quelques expériences d'appui à la formation continue du personnel ont été réalisées grâce aux partenaires. Il s'agit du projet PARAMED et le projet d'appui au développement des ressources humaines (PADRHS), réalisés en partenariat avec l'AFD. Malheureusement les acquis de ces projets ne font pas l'objet d'une appropriation par le Ministère, afin de mieux développer ce volet.

Problèmes prioritaires retenus

1. Inexistence d'un plan de développement des RHS,
2. insuffisance des effectifs au niveau du secteur de la santé,
3. Répartition inéquitable des RHS sur le territoire national entre les milieux urbain et rural
4. Inadéquation entre les besoins et la production des RHS,
5. Absence d'un cadre de concertation entre les différents Ministères de la santé, de la fonction publique, des finances, les Ministères des enseignements et les collectivités locales,
6. Absence d'un cadre organique pour la gestion prévisionnelle des RHS.

1.3.2.4. Le système national d'information sanitaire (SNIS)

1. Gestion de l'information de routine

Le Congo ne dispose pas d'un plan stratégique du développement du système national d'information sanitaire. A la place le pays a élaboré et mis en œuvre le plan stratégique de suivi et évaluation qui a couvert la période de 2012-2015. Ce plan décrit le circuit de l'information, la périodicité de la collecte et de la transmission des données ainsi que les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le SNIS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Collecte des données. Les outils de collectes standardisés existent au niveau des CSI, DS et HB mais pas au niveau des hôpitaux généraux. Les outils de collecte et de traitement de données en version papier sont encore beaucoup utilisés à différents niveaux du SNIS. Cependant, un certain nombre d'outils informatiques de saisie et d'analyse des données sont mis à disposition par à différent niveau du système même s'ils ne sont pas souvent utilisés. Il s'agit de :

- Le BILGICEIL. Il s'agit d'un classeur Excel semi-automatique élaboré avec l'appui de l'OMS et l'UNFPA pour la collecte, la compilation des données, la production et la transmission des rapports via internet. La feuille est saisie au niveau du district sanitaire. Les données viennent du CSI sous format papier. Sur 12 Départements, seuls les gestionnaires des données des 9 départements (Pointe-Noire, Kouilou, Niari, Bouenza, Lékoumou, Pool, Plateaux, Likouala et Brazzaville) ont été formés à l'utilisation de ce classeur et ont été dotés en modem pour la transmission des données via internet. Les trois départements (Cuvette, Cuvette-Ouest et Sangha) n'ont pu bénéficier de cet outil par manque de financement ;
- Le logiciel Channel pour la gestion des stocks de médicaments et produits de santé de la reproduction ;
- DVDMT : utilisé pour la gestion des données de vaccination ;
- Le logiciel DHIS2 instauré dans 21 sur 44 districts sanitaires pour la collecte digitalisée des données, le traitement, l'analyse et la visualisation des données issues des structures sanitaires sous le financement basé sur la performance ;
- Le Logiciel CANREG utilisé par le CHU de Brazzaville pour la collecte des données sur les cancers.

Circuit de transmission des données. En matière de SNIS, le Congo dispose d'un système d'information organisé autour des trois niveaux de la pyramide sanitaire. Le circuit de transmission des données est clair en ce qui concerne les données provenant des CSI, des HB et des ECD. En effet, les districts sanitaires dis-

posent d'outils standards qu'ils renseignent régulièrement et qu'ils transmettent à la Direction Générale en charge de l'information sanitaire. En ce qui concerne les hôpitaux généraux et les autres structures sous tutelles, des rapports non standardisés sont envoyés au cabinet.

De plus, il existe des circuits parallèles mis en place par les programmes de santé avec dans la plupart des cas, l'appui technique et financier de partenaires au développement. Par conséquent, on note l'existence de plusieurs supports de collectes dans les FOSA, pour les mêmes objectifs, dans les mêmes structures et remplis par les mêmes agents. Cette fragmentation du système d'information pourrait s'expliquer en partie par les faiblesses du système national d'information sanitaire. La mutualisation des ressources des programmes transversaux avec celles du SNIS pourrait contribuer à améliorer l'efficacité du SNIS.

Qualité des données. La qualité des données reste une préoccupation majeure au Congo. Dans la plupart des cas, les écarts entre les données des enquêtes et les données administratives sont très importants. Les taux de complétude des CSI est supérieur à 87% cependant pour les hôpitaux ce taux est à 100%. Cette complétude des DS est trompeuse car elle ne renseigne pas sur la complétude des CSI et la faiblesse des informations collectées. En ce qui concerne la promptitude, aucun DS et HG ne transmettent son rapport dans les délais à la Direction de l'information sanitaire. Cette faible promptitude limite la capacité de riposte du système de santé face aux problèmes de santé. Toutefois, pour les maladies à potentiel épidémique qui sont sous surveillance spécifique, un rapport hebdomadaire est produit.

Utilisation de l'information pour la prise de décisions. Le processus décisionnel basé sur les données factuelles générées par le SNIS doit encore être renforcé au Congo.

2. Carte sanitaire

Le Ministère de la Santé et de la Population dispose de deux productions de la carte sanitaire. Il existe l'édition de 2005 et celle de 2015 illustrée à partir des données des annuaires statistiques 2014. La seconde édition renseigne aussi bien sur le découpage administratif (départements et districts sanitaires) que sur l'implantation des structures de santé au sein des districts sanitaires. Elle documente également sur la population et plusieurs autres indicateurs de santé.

3. Enquêtes et études sectorielles

Plusieurs enquêtes et études sont réalisées dans le secteur de la santé. Il s'agit de l'enquête à indicateurs multiples (MICS 2015), de l'enquête pauvreté (en 2005, 2009 et 2011), de l'enquête de séroprévalence du SIDA en 2009 et de l'enquête démographique et de santé (en 2005 et 2011-2012). Cependant, leur planification ne cadre pas avec celle de la planification stratégique pour laquelle ces enquêtes devraient fournir les données soit pour élaborer le PNDS et d'autres plans stratégiques, soit pour leur évaluation. A titre d'exemple, pour l'élaboration du PNDS 2018-2022, les données de l'EDS 2011-2012 sont utilisées. En revanche, celle de l'EDS 2017, en cours de préparation, ne seront disponibles qu'à partir de 2019 et ne pourront servir ni à l'élaboration du PNDS en cours (parce que le rapport sera publié après l'élaboration du PNDS) ni à son évaluation à mi-parcours (parce que son rapport sortira avant ladite évaluation). Des études telles que celles des comptes nationaux de la santé et l'enquête SARA ne sont toujours pas institutionnalisées.

4. Recherche en santé

La recherche dans le domaine de la santé n'est pas bien organisée au Congo. Le pays ne dispose pas d'unités de recherche clinique et sur le système de santé. La recherche est encore réalisée de façon individuelle par des spécialistes du domaine notamment au niveau de la Faculté des sciences de la santé et du CHU. Le Ministère de la santé n'est pas entouré d'agences susceptibles de lui apporter des avis, des recommandations, des référentiels et des guides dans le domaine de la protection des individus en matière de santé. Aucun mécanisme de capitalisation des données de la recherche n'existe au sein du Ministère de la santé par exemple sous forme « d'unité de veille sanitaire ». Cette unité devait assurer la veille des publications scientifiques, des rapports d'études et d'évaluation et produire de façon périodique une synthèse sur l'état de la recherche sur des thématiques de santé publique majeure. Sur le plan financier, le MSP ne dispose pas dans son budget d'une ligne dédiée à la recherche en santé.

Parmi les forces du SNIS, on peut citer : (i) l'existence d'une direction de l'information sanitaire au sein du MSP, (ii) l'élaboration et la mise œuvre du plan stratégique de suivi et évaluation du secteur de la santé 2011-2015, (iii) l'existence de gestionnaires de bases des données au sein de chaque DS et (iv) la mise à disposition d'outils de collecte des données standardisés dans tous les CSI et hôpitaux de district.

Parmi les faiblesses, on peut citer : (i) la non standardisation des outils de collecte, de compilation et d'analyse dans les hôpitaux généraux, les directions centrales, les institutions d'appui au diagnostic et la centrale d'achat, (ii) l'insuffisance des ressources matérielles, humaines, financières et de moyens dédiés à la gestion

des données, (iii) la faible complétude et promptitude des rapports, (iv) l'irrégularité des enquêtes, (v) la fragmentation du système d'information due à l'existence de systèmes parallèles mis en place par certains programmes de santé et/ou certains partenaires au développement et (vi) l'absence de mécanisme de capitalisation des données de la recherche en matière de santé, (vii) l'absence de d'institutionnalisation des études telles que les comptes nationaux de la santé, l'enquête SARA, etc., (viii) la qualité insuffisante des données, (ix) les décisions prises dans le secteur qui ne sont pas toujours fondées sur les bases factuelles générées par le SNIS.

5. Surveillance épidémiologique

S'agissant de la surveillance épidémiologique, on note : (i) l'existence d'une unité de coordination au niveau central, (ii) l'existence de structures de surveillance de routine au niveau national, intermédiaire et périphérique, (iii) la liste de maladies à potentiel épidémiques ou prioritaires avec définition de cas, (iv) la fiche de notification des cas disponibles dans les FOSA, (v) le secteur privé intégré dans la surveillance et (vi) l'implication de relais communautaires en cas d'épidémie et campagne de vaccination.

Parmi les problèmes relatifs à la surveillance épidémiologique, on peut citer : (i) l'absence de politique nationale et de plan stratégique pour la surveillance épidémiologique, (ii) au sein du MSP coexistent plusieurs sous unités de surveillance épidémiologiques et peu coordonnées telle que le PEV et la Surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR), (iii) la faible qualité des données recueillies, (iv) la non exhaustivité du recueil de l'information, (v) l'insuffisance des équipements, matériels et logistiques à tous les niveaux du système.

Problèmes prioritaires retenus

1. Inexistence d'un plan stratégique de développement du SNIS,
2. Existence de circuits parallèles d'information sanitaire,
3. Non prise en compte des données du secteur privé dans le SNIS,
4. Faible qualité des données du SNIS de routine,
5. Le processus de prise des décisions non basée sur les données factuelles générées par le SNIS,
6. Les études comme les comptes nationaux de la santé et l'enquête SARA ne sont pas encore institutionnalisées,
7. Absence d'articulation entre les enquêtes et le processus de planification, suivi et évaluation,
8. Absence des mécanismes de capitalisation des données de la recherche en santé,
9. Absence de politique nationale et de plan stratégique pour la surveillance épidémiologique.

1.3.2.5. Médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies

1. Le cadre légal, législatif et institutionnel porte sur les domaines du médicament et autres produits de santé

Afin de garantir un accès équitable aux médicaments et examens de laboratoire, le gouvernement s'est doté de la Politique Pharmaceutique Nationale en 2004. Pour sa mise en œuvre, un premier plan directeur pharmaceutique 2006-2010 a été mis en place et un deuxième 2013-2018 plan est en cours de mise en œuvre. Afin de réglementer l'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires publiques, la lettre circulaire n°001/MSASF/CAB du 16 mars 2007 interdit tout approvisionnement en dehors du circuit national d'approvisionnement.

2. Approvisionnement, stockage et distribution des médicaments et autres produits de santé

Il existe deux réseaux d'approvisionnement et de distribution des médicaments dans le pays : le réseau public et le réseau privé.

✓ Le réseau public d'approvisionnement

Le réseau public d'approvisionnement a été confié à la Centrale d'achats des Médicaments Essentiels et des Produits de Santé (CAMEPS) qui dispose actuellement de deux agences, une à Brazzaville et l'autre à Pointe-Noire, avec le projet de construire des dépôts départementaux. Le système d'approvisionnement en médicaments essentiels s'organise en 3 niveaux :

au niveau central, la centrale d'achats assure l'approvisionnement, le stockage, la distribution de l'ensemble des médicaments essentiels et produits de santé.

au niveau intermédiaire, les districts sanitaires jouent le rôle de dépôt de district et distribuent les médicaments aux centres de santé et HD. Le plan de distribution est normalement d'un approvisionnement trimestriel mais elle se fait actuellement en fonction des commandes reçues.

au niveau périphérique, les centres de santé et hôpitaux de référence ainsi que les hôpitaux généraux disposent en leur sein de points de dispensation de médicaments, qui approvisionnent les différents ser-

vices et dispensent les médicaments aux patients. Mais ce modèle de fonctionnement type « pharmacie à usage interne » est encore timide, l'essentiel des structures hospitalières fonctionnent encore selon le type « pharmacie officinale ». Toutefois, le circuit d'approvisionnement en médicaments n'est pas respecté, certaines formations sanitaires continuent à s'approvisionner auprès des grossistes privés, des officines et même à travers les circuits illicites. La principale raison en est la faible disponibilité des médicaments dans le circuit public.

Par ailleurs, de par leur statut, les hôpitaux généraux peuvent s'approvisionner directement auprès des fournisseurs de médicaments essentiels pour leur propre usage.

Le réseau public d'approvisionnement et de distribution des vaccins se fait à travers le Programme Élargi de Vaccination assisté par l'UNICEF dont la division logistique basée à Copenhague est chargée des achats sur la base des besoins exprimés par le programme. Le circuit officiel de distribution se présente comme suit : les départements (niveau intermédiaire) sont approvisionnés par le dépôt central une fois par trimestre soit 4 fois par an, les départements à leur tour approvisionnent les districts sanitaires (DS) mensuellement soit 12 fois par an et les districts sanitaires approvisionnent mensuellement les centres fixes de vaccination ou Centres de Santé Intégrés (CSI).

✓ **Le réseau privé d'approvisionnement**

Le réseau privé de distribution des médicaments s'organise à deux niveaux : les grossistes répartiteurs et les détaillants. Sept (7) grossistes répartiteurs se chargent de l'approvisionnement en médicaments.

Les grossistes répartiteurs s'approvisionnent auprès de leurs centrales de distribution basées à l'étranger, qui se chargent de collecter les médicaments auprès des industries pharmaceutiques. Les approvisionnements du secteur privé ne tiennent pas compte de la liste nationale des médicaments essentiels. En revanche, l'autorisation de mise sur le marché du Congo est obligatoire. Aucune procédure de contrôle qualité n'est mise en œuvre sur place. Le grossiste se fie aux garanties de qualité fournies par sa centrale de distribution. Ces grossistes assurent la fourniture des médicaments aux détaillants régulièrement autorisés par le Ministère de la santé que sont les officines de pharmacie, les dépôts pharmaceutiques, les entreprises ou organismes bénéficiant de l'assistance effective d'un pharmacien, les cabinets médicaux, cliniques médicales et coopératives, les organismes de bienfaisance bénéficiant ou non de l'assistance d'un pharmacien et éventuellement les formations sanitaires publiques. Cependant, les dépôts pharmaceutiques ne peuvent s'approvisionner que selon une liste limitative publiée par la direction en charge du médicament et de la pharmacie. Il est à noter que le circuit privé approvisionne également certaines structures du secteur public.

Le réseau privé d'approvisionnement et de distribution des vaccins se fait à travers les différentes officines qui s'approvisionnent auprès des grossistes agréés. Les vaccins achetés auprès des grossistes sont stockés au niveau des différentes officines qui en assurent la commercialisation auprès du public. Les ménages se procurent les vaccins au niveau des officines sur prescription des formations sanitaires publiques et privées qui assurent le service de vaccination.

3. Disponibilité des médicaments essentiels et génériques (MEG) dans les formations sanitaires

La disponibilité (basée sur les médicaments traceurs) est de 48,4% dans les hôpitaux de base et de 45,7% dans les centres de santé intégrés. Cette faible disponibilité est entre autres due au dysfonctionnement de deux premières Centrales Nationales d'Achats des mises en par le gouvernement. Les Centres de santé et les hôpitaux sont confrontés à des ruptures des stocks. Cependant, les données sur l'étendue de ces ruptures sont peu documentées.

Les CNS montrent que 80% de la dépense de santé des ménages vont à l'achat des médicaments. Cependant, il n'existe pas d'étude nationale sur l'accessibilité financière des populations aux médicaments.

4. Production locale des médicaments

Actuellement la production locale est limitée aux produits suivants : les solutés massifs, en particulier les sérums glucosés isotoniques et salés. Les fluides et gaz médicaux ne sont produits que par une seule société privée qui approvisionne l'ensemble du pays, avec une grave situation de dépendance face à ces monopoles. Le Congo vient de mettre en place une unité de production des antipaludiques à travers le Ministère de la recherche scientifique.

5. Vente illicite des médicaments et médicaments contrefaits

A l'exemple d'autres pays d'Afrique, le Congo est confronté à des réseaux de vente des médicaments. Loin d'être un phénomène marginal, ce commerce semble se structurer, autour de filières d'approvisionnement et de distribution remarquablement organisées. Mais l'organisation de ce trafic des médicaments n'est pas

documentée par le Ministère en charge de la Santé. Ce phénomène pourrait être favorisé par les dysfonctionnements observés dans le circuit officiel de d'approvisionnement et de distribution des médicaments. Bien que le Congo ait signé l'Appel de Cotonou du 12 octobre 2009 portant sur les faux médicaments, la convention Médicrime de 2016, dispositif international de lutte contre la criminalité pharmaceutique n'a pas encore été signée. Sur le plan local, il n'existe pas de plan de lutte contre la vente illicite de médicaments.

Avec les autres pays de la CEMAC, le Congo a adopté un plan sous régional de lutte contre les faux médicaments et les circuits illicites. Le Chef de l'État a pris des engagements fermes à ce propos à la tribune de l'Assemblée générale des Nations Unies.

6. Assurance qualité des médicaments

Il n'existe pas de laboratoire pour le contrôle de la qualité des médicaments. Pour assurer la qualité des médicaments utilisés, un contrat a été signé entre la CAMEPS et le laboratoire de contrôle qualité de la Centrale humanitaire médicopharmaceutique (CHMP) de Clermont-Ferrand en France en 2010, pour le contrôle des médicaments importés. En 2010, 40% des échantillons de médicaments prélevés et envoyés par la COMEG à la CHMP pour contrôle qualité se sont révélés non conformes.

Un projet de création d'assurance qualité est en cours d'élaboration. Dans l'attente le pays a reçu deux (2) minilab qui devraient permettre de réaliser quelques identifications sommaires. L'inspection pharmaceutique assez faible. Bien que les procédures d'inspections aient été adoptées, leur mise en œuvre reste limitée en raison des faibles capacités en ressources humaines et en logistique.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique commune des pays membres de la CEMAC, un référentiel d'homologation des médicaments a été adopté. Le pays devra le traduire en procédures nationales. Ces procédures serviront de base au travail de la commission nationale d'homologation des médicaments créée en 2017.

7. Approvisionnement, préparation, stockage et distribution des produits sanguins

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) assure la collecte, le stockage et la distribution du sang. Le CNTS est structuré en trois niveaux, à savoir : (i) le niveau central représenté par la direction générale, (ii) le niveau intermédiaire constitué par les Centres interdépartementaux de transfusion sanguine (CIDTS) de Brazzaville et de Pointe-Noire et les deux structures de coordination, la 1^{ère} couvrant les départements de la Likouala, de la Sangha, de la Cuvette, de la Cuvette-Ouest et des Plateaux et la seconde quant à elle couvre les départements de la Lékoumou, du Niari et de la Bouenza et (iii) le niveau périphérique constitué des 36 Postes de transfusion sanguine (PTS) et des dépôts de sang installés dans 24 formations sanitaires publiques et 4 formations sanitaires privées.

S'agissant de la collecte, le nombre de dons du sang était passé de 35.350 en 2007 à 53.611 en 2011 soit une augmentation de 52%. Trois types de dons sont pratiqués au Congo : le don familial, le don volontaire régulier et le don rémunéré « masqué ». Le don familial représente 60% des dons de sang.

Le stockage et la conservation des produits sanguins se fait dans le respect de la chaîne du froid en tenant compte des spécificités de chaque produit sanguin.

Le schéma d'organisation en termes de présence de poste de distribution de produits sanguins dans les structures sanitaires du pays n'a pas suivi le plan de développement sanitaire national, si bien que le taux de couverture est d'environ 25% dans le reste du pays excepté Pointe-Noire et Brazzaville où il approche les 100%.

Toutefois, des pénuries de sang restent fréquentes. Quant à la sécurisation du sang depuis 2009, la qualification biologique des dons de sang concerne 100% des produits sanguins pour tous les quatre marqueurs recommandés par l'OMS à savoir le VIH, les hépatites B et C et la syphilis. Ainsi, avec près de 7% de séroprévalence, l'hépatite B constitue le risque viral le plus important.

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

- l'absence d'une politique de transfusion sanguine et d'une stratégie de la promotion du don de sang bénévole,
- l'absence de textes réglementaires sur la collecte du sang humain, ses composantes et la préparation de leurs dérivés,
- l'absence de normes et procédures en transfusion sanguine (bonne pratique transfusionnelle),
- l'insuffisance du plateau technique et le faible niveau de spécification des équipements,
- l'absence d'un local approprié pour le stockage des consommables et la faible capacité de gestion des stocks.

Selon un rapport OMS sur l'étude des coûts des SONUC, le sang sécurisé ne répond qu'aux besoins de 10% des FOSA. L'offre de service du CNTS n'est pas toujours adaptée à la situation clinique des patients car les produits disponibles sont le sang total, le concentré de globules rouges, les concentrés plaquettaires et le plasma, le sang déleucocyté, déplasmatisé, irradié, phénotypé, indiqués dans certaines circonstances cliniques notamment chez le nouveau-né, la femme enceinte, etc. ne sont pas disponibles.

Problèmes prioritaires retenus

1. Faible disponibilité des MEG dans les formations sanitaires,
2. Faible accessibilité financière de la population aux MEG,
3. Insuffisance des ressources financières dédiées à l'approvisionnement, au stockage et à la distribution des MEG,
4. Absence de laboratoire de contrôle de qualité des médicaments,
5. Insuffisance de la production locale des médicaments,
6. Vente illicite des médicaments et circulation des médicaments contrefaits,
7. Faible couverture du pays en structures de dispensation des produits sanguins sécurisés.

1.3.2.6. Infrastructures et équipements médico-sanitaires

1. Cadre institutionnel et réalisation des travaux

Le Ministère dispose d'une entité administrative en charge des infrastructures et des équipements médico-sanitaire, conformément au décret n° du 2 juillet portant réorganisation du Ministère.

Toutefois, cette entité administrative ne dispose pas des compétences techniques requises en quantité et qualité suffisante.

2. Normes en matière d'infrastructures sanitaires

La situation actuelle concernant les normes des infrastructures sanitaires n'est pas satisfaisante. Le Congo ne dispose pas de normes et standards en matière d'infrastructures sanitaires. En effet, un document de normes et standards a été élaboré en 2011 mais il n'est toujours pas validé. Les critères géographiques et démographiques d'implantation ne semblent pas être maîtrisés. Il y a une inégale répartition des infrastructures de santé dans les départements et entre les districts sanitaires. De même, les plans architecturaux diffèrent d'une localité à une autre pour les infrastructures de même niveau.

3. Etat actuel des infrastructures sanitaires

Afin d'évaluer le niveau actuel des infrastructures de la santé, une commission « infrastructure et équipement » a été mise en place dans le cadre de la présente revue. Les résultats de cette commission qui a examiné les rapports d'activités des districts sanitaires, des directions départementales et des hôpitaux a permis de présenter l'état actuel des infrastructures d'abord au niveau central, niveau intermédiaire et au niveau périphérique. Les données présentées ci-dessous sont issues du rapport de cette commission.

• Infrastructures du niveau central

Sur le plan des infrastructures, le niveau central des structures opérationnelles incluent les hôpitaux des institutions spécifiques et infrastructures administratives et des logements du personnel. Ces infrastructures sont souvent vieillissantes et nécessitent un plan de réhabilitation global qui doit prendre en compte les problèmes d'adduction d'eau et d'épuration des eaux usées en ce qui concerne les hôpitaux.

• Infrastructures du niveau intermédiaire et périphérique

Les CSI et les HD sont pour la plupart dans un état qui nécessite des réhabilitations majeures. La plupart des bureaux des districts sanitaires sont abrités par les hôpitaux ou dans les directions départementales. Leur état reflète la situation décrite pour les hôpitaux. Comme vu précédemment, le nombre des DS est passé de 41 à 52 DS. Le nombre d'HD est de 31 pour l'ensemble du pays. Le tableau ci-dessous reprend le nombre des DS par département ainsi que les HD existant.

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

Problèmes prioritaires retenus

- Absence d'un organe de concertation entre les différents intervenants dans la construction des infrastructures sanitaires ;
- Faible capacité de l'organe technique du Ministère de la santé en charge du suivi des projets de construction ;
- Absence de normes et procédures pour la construction des formations sanitaires ;
- Absence d'une politique claire de développement des infrastructures sanitaires ;
- Inégale répartition des formations sanitaires dans le pays, certains DS ne disposent pas d'HD ;
- Etat avancé de vétusté des infrastructures sanitaires. Par exemple, cinq hôpitaux généraux et structures d'appui (CHUB, LNSP, CAMPS, CNTS, Hôpital Adolphe Sicé) nécessitent un vaste programme de réhabilitation. De même, les bâtiments administratifs de certains programmes de santé (DGHOS, PEV, PNLP, PNLO, PNLT) et 24 HB sur 31 fonctionnels sont aussi à réhabiliter ;
- Arrêt des travaux de construction des 12 HG par manque de financement ;
- L'implantation des équipes cadres des districts sanitaires dans des locaux inadaptés.

4. Situation des équipements médico-sanitaires

• Cadre institutionnel et réalisation

Dans le cadre du nouvel organigramme, il existe une entité administrative consacrée à la tâche avec des attributions y relatives. Néanmoins il n'existe pas de stratégie nationale de maintenance des équipements médico-techniques.

• Etat actuel des équipements dans les formations sanitaires

En ce qui concerne les CSI, les données de l'enquête sur les formations sanitaires indiquent qu'au niveau des CSI à PMAE, le matériel et l'équipement de consultation générale sont disponibles et fonctionnels dans plus de 70% des structures. Dans certains départements, selon le rapport de la revue, 47 CSI manquent de matériel basique (stérilisateur, boîte d'urgences chirurgicales civiles et matériel de gestion des déchets biomédicaux). Pour les autres CSI à PMAS, le matériel et l'équipement de consultation générale sont disponibles et fonctionnels dans plus de 70% des structures.

D'après le PPAC 2018-2022, le matériel de vaccination n'est disponible et fonctionnel que dans 57% des CSI à PMAE. En revanche, la chaîne du froid est disponible dans 50% des CSI à PMAS.

S'agissant du matériel de laboratoire, seul le microscope est disponible et fonctionnel, respectivement dans 76% des CSI à PMAE et dans 84% des CSI à PMAS.

Le matériel et l'équipement du suivi prénatal sont disponibles et fonctionnels dans plus de 84% des CSI à PMAE et dans plus de 61% CSI à PMAS. Cependant, le fœtoscope n'est disponible que dans 47% des CSI à PMAE.

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

La disponibilité et l'état des équipements médico-techniques sont plus préoccupants dans les HD. En effet, l'évaluation du PNDS 2007-2011 avait mis en évidence une situation critique en ce qui concerne les équipements médico-techniques de ces formations sanitaires :

- 1 seul hôpital de base sur 31 disposait de la totalité du matériel et fournitures indispensables pour une consultation curative de qualité ;
- 15 hôpitaux de base sur 22 disposaient de boîtes d'accouchement complètes ;
- 14 hôpitaux de base sur 22 d'une unité de radiologie opérationnelle et 10 d'un échographe ;
- dans la totalité des 31 hôpitaux de base enquêtés, les plateaux techniques requis pour la prise en charge médicale et chirurgicale des cas ont été indiqués comme insuffisants et vétustes ;
- 1 buanderie, 1 stérilisation centrale et 1 cuisine fonctionnelles n'ont été trouvées disponibles que respectivement dans 3 HB (Talangai, Mfilou, Impfondo) ; ces trois HB peuvent délivrer des soins médicaux de qualité.
- seuls 9 HB sur 31 disposaient dans leurs blocs d'accouchement de matériel et fournitures médicales tels que des ventouses, des lunettes de protection, des brosses pour lavage des

- mains, du coton stérile, d'un appareil d'aspiration, de trousse de réanimation ;
- 14 HB sur 31 disposaient d'un équipement de stérilisation fonctionnel.

En 2016, cette situation est restée quasiment la même. En effet, l'analyse de la disponibilité des équipements médico-techniques à partir des données de l'annuaire statistique de 2016 montre qu'aucun hôpital de base ne dispose de 11 principaux équipements rapportés.

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

• **Maintenance des infrastructures et équipements dans les formations sanitaires**

Les services de maintenance et d'équipements bio médicaux sont peu fonctionnels aussi bien au niveau des hôpitaux que de la Direction Générale des infrastructures, des équipements et de la maintenance. Il manque un répertoire actualisé au niveau du MSP du matériel et équipements des formations sanitaires. L'absence d'inventaire ne permet d'en déterminer les gaps. Il ressort des échanges organisés dans le cadre de la présente revue que les infrastructures et équipements de santé dans les FOSA souffrent du manque de maintenance préventive et curative régulière. Par exemple, l'inventaire de tous les équipements de la chaîne du froid du PEV réalisée en 2017 montre 24% des équipements nécessitent une réparation. Il n'existe pas de politique de maintenance des infrastructures et équipements dans les formations sanitaires.

Principaux prioritaires problèmes retenus

1. Absence d'inventaire des équipements dans les FOSA et autres structures de santé,
2. Absence de réglementation nationale en matière d'acquisition des équipements,
3. Faible disponibilité d'équipements médico-techniques dans les FOSA,
4. Vétusté avancée des équipements disponibles dans les FOSA,
5. Absence d'une politique et d'un plan de maintenance des équipements médico-techniques.

1.3.2.7. Prestations de soins et services

1. Disponibilité et qualité des soins et services de santé au premier échelon

Le Congo est subdivisé en 52 districts sanitaires. Il est desservi par un réseau de 682 formations publiques dont 232 postes de santé et 334 Centres de Santé Intégrés. Le deuxième PNDS (2007-2011) avait projeté de rationaliser 351 CSI dont 227 à développer au cours de la période de mise en œuvre. Ce résultat n'a pas été réalisé.

Selon l'ECOM-2011, la proportion des personnes vivant dans des ménages situés à moins de 30 minutes de marche d'un service de santé était de 65,8% en 2011 contre 68,7% en 2005, avec une forte disparité entre le milieu urbain (75,2%) et le milieu rural (46,5%). Ces chiffres montrent que l'accès géographique aux services de santé de base est un sérieux problème au Congo et qu'il y a encore d'importantes inégalités dans ce domaine au sein des populations congolaises. Le milieu urbain est plus favorisé par rapport au milieu rural.

Les DS ont la responsabilité d'organiser et d'offrir les soins de santé primaires. Toutes les composantes des soins de santé primaires tant préventives et curatives et que promotionnelles doivent être offertes à travers le Paquet Minimum et le Paquet Complémentaire d'Activités respectivement dans les CSI et les hôpitaux de district qui constituent les deux échelons de soins du DS.

✓ Utilisation et disponibilité des services curatifs

Le taux d'utilisation des services de santé est relativement faible selon l'ECOM 2011. Ce taux était de 24% ou 0,24 consultations/habitant et par an. Ceci veut dire qu'en moyenne un Congolais utilise les services de santé une fois tous les 4 ans. Le milieu urbain est plus favorisé par rapport au milieu rural. Ce taux est supérieur ou égal à 30% dans la Lékoumou, la Cuvette, le Pool et la Likouala mais baisse à 17% dans la Sangha, 19% dans le Kouilou et 20% dans les Plateaux. Ce taux est supérieur ou égal à 30% dans la Lékoumou, la Cuvette, le Pool et la Likouala mais tombe à 17% dans la Sangha, 19% dans le Kouilou et 20% dans les Plateaux.

Plusieurs faiblesses minent l'accès des populations aux soins curatifs de qualité parmi lesquelles on peut citer : (i) faible accessibilité géographique qui est passé de 68,7% en 2005 à 65,8% en 2011 ; (ii) inaccessibilité financière ; (iii) ruptures fréquentes des médicaments, (iii) négligence dans la mise en œuvre de certaines

stratégies internationales à haut impact comme la PCIMNE (moins de 17% de CSI publics d'après le rapport de l'étude organisée par l'OMS-Congo de 2015 ont intégrés cette stratégie) et abandon de l'usage des ordi-nogrammes/algorithmes, (iv) retard dans la mise en œuvre de la santé à assise communautaire (santé de base communautaire) et (iv) vétusté du plateau technique des centres de santé.

✓ **Disponibilité et qualité des soins et services de santé au premier échelon**

La première enquête SARA du pays est en cours de réalisation, par conséquent il n'existe pas d'évaluation récente des prestations sanitaires en terme de disponibilité, de qualité des services et surtout de capacité opérationnelle au niveau national au moment de la réalisation de l'analyse de la situation de ce PNDS. Malgré cette faiblesse, un certain nombre d'études sous-sectorielles (dont certaines datent de plus de 6 ans) ont été réalisées et ont permis de faire le constat suivant :

- a. **soins curatifs** : l'évaluation de la situation sanitaire conduite en 2012 avait relevé qu'en dehors de la vaccination, les autres activités du PMA offerts dans les CSI sont caractérisées par de faibles indicateurs de fréquentation. La même observation a été soulignée dans le rapport de la revue de 2018 qui souligne qu'en dehors des formations sanitaires des 21 districts sanitaires qui bénéficient de l'appui de la Banque Mondiale à travers le projet du Financement Basé sur la Performance (PBF) et ceux qui reçoivent le financement de GAVI-RSS, les autres districts sanitaires présentent de faibles performances en ce qui concerne l'offre des soins de santé primaires.
- b. **soins palliatifs** : pour tout le pays on note la présence d'un seul centre des soins spécialisé en soins palliatifs.
- c. **disponibilité des services de vaccination** : l'inventaire réalisé en 2017 montre que 80% de CSI disposent d'un centre fixe de vaccination parmi lesquels 172 (64%) disposent d'une chaîne du froid fonctionnelle. Le département à faible couverture en CSI disposant d'un centre fixe de vaccination est la Cuvette-Ouest avec 39%. Pour les autres départements, ce taux est au moins de 60%. En rapportant la population cible au niveau national, la couverture du pays en CFV est jugée encore insuffisante, d'où la nécessité d'augmenter le nombre de sites fixes de vaccination par l'implantation de nouveaux CSI et d'intégrer la vaccination dans les formations sanitaires privées afin de la rendre plus accessible. Le Congo a lancé l'approche « Atteindre Chaque District » en signle (ACD) en 2003. Malheureusement toutes les composantes de cette stratégie ne sont pas mises en œuvre. Aussi, il sied de noter que d'autres goulots d'étranglement limitent l'atteinte des objectifs vaccinaux (la détérioration de la chaîne du froid, la mauvaise gestion des données, l'insuffisance des moyens de transport, l'insuffisance de financement, le faible fonctionnement des équipes cadres de district sanitaire qui devraient superviser les activités).
- d. **disponibilité des services de planification familiale (PF)** : la proportion des formations sanitaires (FOSA) offrant des méthodes modernes de contraception est en baisse (79,4 2013 contre 73,1% en 2016) . Cette situation concerne notamment les FOSA de niveau 1 (79,4% en 2013 contre 76,0% en 2016) et les FOSA de niveau 3 (67,0% en 2013 contre 50,0% en 2016). La disponibilité des contraceptifs dans les FOSA est variable. Les FOSA du niveau 1 qui offrent au moins trois méthodes contraceptives à leurs clients représentent 71,8% et les FOSA de niveaux 2 et 3 offrant au moins cinq méthodes contraceptives modernes représentent 59,4%. Les médicaments pour la santé reproductive sont disponibles dans 75,6% de FOSA. La répartition par type d'établissements montre que 71,5% de FOSA de niveau 1 disposent de médicaments pour la santé maternelle, 100% de niveau 2 et 100% de niveau 3. La faible disponibilité des services de PF et de la santé reproductive est liée entre autres, à l'insuffisance des ressources humaines formées (68,8% seulement de FOSA disposent d'au moins un agent formé en PF). Parmi les FOSA ayant des agents formés en PF, 52,2% seulement maîtrisent la pose et le retrait des implants contre 38,9% sachant poser et retirer un dispositif intra-utérin/stérilet. Le même déficit en offre des services de PF et de la santé reproductive est observé dans le secteur privé (44% des formations sanitaires du secteur privé offrent la PF, aucune FOSA privée ne dispose de la gamme complète des contraceptifs).
- e. **soins prénataux** : malgré une bonne disponibilité (76,3%), des formations sanitaires offrant les soins prénatals (CPN) répertoriées en 2013 et un fort taux de couverture de femmes enceintes à la 4^{ème} visite prénatale (83,7%) , le pays continue d'enregistrer des ratios élevés de mortalité maternelle (436 décès pour 100.000 NV). Ce constat assez paradoxal fait penser à l'insuffisance de la qualité du suivi prénatal dans le pays. A titre illustratif, le paquet des services et soins prévus à la femme enceinte est rarement offert en totalité à la femme. Les services souvent déficitaires sont : (i) l'exploration échographique, la couverture contre le paludisme avec le (ii) TPI et (iii) la dotation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, (iv) la couverture vaccinale au VAT,(v) la déparasitage systématiques au mébendazole et(vi) la supplémentation en fer et acide folique.

2. Disponibilité et qualité des soins et services de santé du 2^{ème} échelon

Les hôpitaux de district ont pour mission d'offrir le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) qui intègre les disciplines diverses notamment : (i) la prise en charge des patients repérés par les centres de santé, (ii) la prise en charge des urgences médico-chirurgicales de base, (iii) la prise en charge des urgences néonatales, obstétricales et gynécologiques, (iv) les hospitalisations en médecine, chirurgie, pédiatrie et gynéco-obstétrique, (v) les consultations externes de certaines spécialités (urgences stomatologues, oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales de base), (vi) les explorations biologiques et radiologiques et (vii) l'encadrement du personnel, (viii) la supervision et (ix) la recherche.

Selon l'annuaire statistique 2016, tous ces services sont disponibles dans les 31 HD. Cependant, un certain nombre d'insuffisances sont constatées. Il s'agit de :

- a. **l'insuffisance des ressources humaines** : en moyenne, il n'existe qu'au plus trois (3) médecins, cinq (5) infirmiers diplômés d'état (IDE), deux (2) sages-femmes, un (1) manipulateur de radio et un (1) technicien supérieur de laboratoire (TSL) par hôpital. La majorité du corps soignant est constituée d'agents communautaires et de diplômés sans emploi en stage prolongé, violant ainsi le code du travail ;
- b. **l'insuffisance des ressources matérielles notamment l'absence de moyens d'exploration de base** : radio conventionnelle ou numérisée, échographes, automates de laboratoire, microscopes, fauteuil dentaire (quand il existe, il ne fonctionne pas), absence de respirateur d'anesthésie au bloc opératoire (quand il existe, il ne fonctionne pas ou ne sert qu'à administrer de l'oxygène au patient), absence de bombes d'oxygène au bloc opératoire (l'anesthésie ne s'administrant qu'avec de l'air ambiant, ce qui pose le problème de sécurité anesthésique), absence d'appareils de surveillance de base des malades au bloc opératoire notamment le pulso-oxymètre, le scope multi paramètre, absence ou vétusté des matériels de stérilisation (autoclaves, poubelles), absence d'une table chauffante pour la réanimation du nouveau-né, insuffisance de boîtes chirurgicales (césarienne, laparotomie, traumatologie) selon les hôpitaux.
- c. **l'insuffisance des MEG et autres produits de santé** : parmi les médicaments dont les ruptures de stocks sont fréquentes, on trouve les antirétroviraux, antituberculeux, anti-palustres, antibiotiques, anti-diarrhéiques, réactifs de laboratoire, les films de radio, les produits d'hygiène, etc.
- d. **l'hygiène hospitalière est tout aussi préoccupante** : les insuffisances en matière d'hygiène se caractérisent par l'absence d'eau courante dans plusieurs HD, l'absence de latrines modernes, une mauvaise aération et un mauvais éclairage des espaces de travail, une vétusté des lits, une absence de station d'épuration des eaux usées, etc.
- e. **des problèmes de gouvernance** : les comités de gestion ne sont pas tenus régulièrement, les chefs et les surveillants de service ne tiennent pas de réunions, certains organes de gestion et de concertation ne sont pas mis en place ou ne fonctionnent pas, s'ils existent, les rapports d'activités trimestrielles sont irrégulièrement produits et transmis à la direction générale en charge des formations sanitaires, les HD ne disposent pas de projet d'établissement, la coopération n'existe presque pas ainsi que la référence et contre-référence des patients.

Un certain nombre de services et soins sont offerts dans les formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé. Ils sont discutés dans cette section étant donné qu'ils font partie du PCA. C'est le cas des soins obstétricaux néonataux d'urgence complets, des soins et services de prévention de la transmission du VIH/Sida de la mère à l'enfant.

Selon le rapport de la revue finale de la FdR 2005-2018, la couverture du pays en soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet (SONUC) est insuffisante. Sur 301 FOSA offrant les services liés à la maternité, 40 (13%) étaient SONUC dont 10 SONUB et 30 SONUC¹⁵. Les besoins satisfaits en SONUC est de 5,6 % dans les formations sanitaires offrant les SONUC.

S'agissant de l'usage de l'outil de surveillance par excellence de l'évolution de l'accouchement (partogramme), son taux d'utilisation dans les formations sanitaires n'est que de 43,3% selon l'enquête SONUC de 2013.

Le taux de césarienne est passé de 3,2% en 2005 à 4,9% en 2014 selon le MICS2014-2015. L'accès à la césarienne a été amélioré grâce à l'initiative de gratuité instaurée par le gouvernement de la République depuis 2011. Ces 3 dernières années, cette initiative n'est plus effective dans la presque totalité des formations sanitaires du pays à cause des ruptures en intrants (kits césariennes) observées ces 4 dernières années.

L'offre de services de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est encore insuffisante. Parmi 932 femmes enceintes dépistées positives en 2012, six cent vingt-deux (622) soit 67% seulement ont eu accès aux médicaments antirétroviraux (ARV). De même, sur 549 enfants nés de mères séropositives 377 (69%) seulement ont pu bénéficier du diagnostic précoce et 194 ont eu accès à la prophylaxie aux ARV. D'après le Programme Biennal de Développement Sanitaire (PBDS 2015-2016) sur 168.482 femmes enceintes attendues, 30.537 (18%) femmes enceintes ont pu bénéficier du test de dépistage au VIH dans 94 formations sanitaires sur les 334 qui offrent la CPN soit à peine 27%, pour l'ensemble du pays.

3. Disponibilité des soins et services de santé spécialisés de qualité dans les hôpitaux généraux

Comme décrit plus haut, le Congo compte 7 hôpitaux généraux fonctionnels qui sont repartis dans 4 départements (Brazzaville, Pointe-Noire, Niari, Cuvette). Il s'agit des établissements suivants : (i) le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, (ii) l'Hôpital Spécialisé Edith Lucie Bongo Ondimba, (iii) l'Hôpital Général de Loandjili, (iv) l'Hôpital Général Adolphe Sicé, (v) l'Hôpital Général de Dolisie, (vi) l'Hôpital Général 31 juillet d'Owando et (vii) l'Hôpital Central des Armées.

Trois hôpitaux généraux (CHU, HELBO et Loandjili) se démarquent des quatre autres dans la nature des services spécialisés offerts en conformément à leurs statuts. Les services fournis par les autres ne diffèrent pratiquement pas de ceux offerts par les hôpitaux de district.

L'Hôpital Général Edith Lucie Bongo Ondimba d'Oyo dispose d'un équipement médical de pointe capable de réaliser les soins spécialisés. Mais à ce jour il se pose encore le problème d'insuffisance des spécialistes (médecins et infirmiers). Des spécialités qui hier faisaient défaut dans le pays comme l'hémodialyse, l'angiocardioraphie sont désormais disponibles et accessibles. A titre illustratif, la séance de dialyse coûte en moyenne 25.000 FCFA dans les établissements publics. Ce qui n'est pas encore accessible financièrement à la population.

La disponibilité des soins et services spécialisés de qualité dans les hôpitaux généraux n'a pas fait l'objet d'une évaluation au Congo. Les services comme la dialyse, l'IRM/scanner, la neurochirurgie, l'angiocardioraphie, ne sont disponibles que dans un seul hôpital général (HG Edith Lucie Bongo Ondimba) parmi les 7 hôpitaux généraux du pays.

Par ailleurs, la plupart des hôpitaux généraux manquent des spécialistes dans certains domaines notamment la neurochirurgie, la chirurgie cardio-vasculaire, l'anesthésie-réanimation, la chirurgie pédiatrique et l'oncologie. Cette insuffisance est plus criante pour l'hôpital Général 31 juillet d'Owando et de Dolisie réduits pratiquement à des simples hôpitaux de district.

Au terme de l'analyse de la situation sanitaire, la revue a fait également ressortir d'autres faiblesses : (i) l'absence de projets d'établissement, (ii) l'organisation et le fonctionnement inefficace des urgences, (iii) la faible capacité de l'organisation et de l'offre de soins, (iv) le faible accompagnement des hôpitaux de district et (v) la faible capacité d'administration et de gestion de ces établissements. Les examens paracliniques de pointe comme ceux de l'anatomo-pathologie et de mammographie ne sont toujours pas disponibles au CHU.

4. Disponibilité et qualité des services du laboratoire national de santé publique (LNSP)

Le LNSP est structuré en six départements : virologie, bactériologie, reproduction, parasitologie, hématologie et biochimie. Le LNSP ne joue pas pleinement son rôle et n'assure pas parfaitement ses missions à cause de (i) ruptures récurrentes en réactifs et consommables, (ii) d'une faible performance dans la surveillance épidémiologique, l'organisation et la réponse aux épidémies et (iii) d'une non observation de la démarche qualité en vue de sa certification selon les normes ISO 15189 (laboratoire d'analyses biomédicales) et ISO 17025 (laboratoire de contrôle de l'eau et des aliments).

5. Centres de traitement ambulatoire de l'infection à VIH/SIDA

Les CTA sont des établissements spécialisés qui offrent une série de services aux usagers. Ces services sont : les consultations externes et le dépistage et la prise en charge médicale des cas, la prise en charge psycho-sociale des cas, la récupération nutritionnelle et la recherche des perdus de vue.

Consultations externes et dépistages : sur un total, **14 133** consultations médicales ont été effectuées en 2017 contre **14 377** en 2016, soit en moyenne **1178 consultations par mois** en 2017 (14 consultations par jour et par médecin). Environ 506 personnes ont été dépistées en 2017 contre 1717 en 2016, soit une baisse d'environ 70 % due principalement au manque de réactifs et consommables. Deux techniques de dépistages sont utilisées. Il s'agit en 1^{ère} intention du Détermine HIV ½® et en 2^{ème} intention du test de l'IMMUNOCOMB. Le contrôle qualité externe se réalise au niveau du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et au Centre National de transfusion sanguine (CNTS). Sur un échantillon de 506 personnes dépistées, 32% étaient positives et 66% négatives, 2% indéterminées.

Prise en charge médicale des cas : sur les 476 nouveaux patients, 66% étaient de sexe féminin. La proportion la plus représentée était constituée de patients de plus de 50 ans. Les données colligées en 2016 et 2017 montrent que les patients se dépistent de plus en plus tardivement (reçus au stade Sida représentent 53% des nouveaux patients en 2017 alors qu'ils étaient 39 % en 2016). Au 31 décembre 2017, la file active globale était de 3.075 patients contre 2.993 en 2016, soit une augmentation de 82 patients. La file active sous ARV représente 93% de la file active globale. Celle-ci a connu une progression de 7% entre 2016 et 2017. S'agissant d'hôpital du jour, on a noté en 2017 une hausse de l'activité avec en moyenne 100 patients par trimestre. On note également une augmentation de référencement vers le CHU en passant de 19 en 2016 à 30 en 2017.

Prise en charge psycho-sociale des cas : 309 consultations psychologiques initiales ont été réalisées en 2017 contre 178 en 2016 et 2.508 consultations de suivi psychologique contre 892. Au total, 476 patients nouvellement inscrits ont bénéficié de consultations sociales initiales et 789 consultations sociales de suivi.

Récupération nutritionnelle : en 2017, 174 consultations nutritionnelles ont été réalisées. 232 patients ont bénéficié d'un appui nutritionnel.

Recherche des perdus de vues : en 2017, 338 Visites à Domicile (VAD) ont été organisées pour la recherche de perdus de vue.

6. Centre national de référence de la drépanocytose

Le centre national de référence de la drépanocytose Antoinette SASSOU NGUESSO est un établissement public créé par la loi n°28-2015 du 29 octobre 2015, son décret d'application n°2017-326 du 14 août 2017 oriente ses statuts et son fonctionnement. Son organe de coordination et délibérant est le comité de direction. Les missions du centre national de référence de la drépanocytose : (i) coordonner et assurer le dépistage, (ii) organiser une offre des soins promotionnels, préventifs et curatifs, (iii) coordonner et organiser la prise en charge globale de la drépanocytose et des autres maladies rares, (iv) renforcer la surveillance épidémiologique, (v) contribuer à la formation, le recyclage du personnel et à la recherche en santé publique, (vi) favoriser le partenariat, l'action des associations dans la lutte contre la drépanocytose et les autres maladies génétiques affectant le sang.

De juin 2016 à 15 juillet 2018, on a enregistré 7.870 consultations (3.484 hommes et 4.386 femmes) de drépanocytaires homozygotes dont 73 hémophiles sévères sous traitement, 112 Von Willebrand suivis et 63 thrombopathies constitutionnelles.

7. Capacité du pays dans la prévention, la préparation et le riposte contre les épidémies, les urgences sanitaires et les catastrophes

Dans le cadre de la prévention, du contrôle et de la riposte contre les urgences sanitaires et des catastrophes, le Congo a comme points forts en la matière : (i) l'existence d'un plan de préparation et de réponses aux urgences, (ii) l'existence d'une unité de coordination au niveau central, (iii) l'existence d'une équipe nationale pluridisciplinaire prête à la riposte, (iv) l'existence des structures de surveillance de routine au niveau national, intermédiaire et périphérique, (v) la disponibilité de la liste de maladies à potentiel épidémiques ou prioritaires avec définition de cas, (vi) l'existence de la fiche de notification des cas disponibles dans les FOSA, (vii) l'intégration du secteur privé dans la surveillance et (viii) l'existence de relais communautaires mobilisables en cas d'épidémie. Malgré ces atouts, il persiste plusieurs faiblesses qui minent la prévention, le contrôle, la riposte aux urgences sanitaires et aux catastrophes. Il s'agit notamment de :

- déficit dans la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International ;
- inexistence d'équipes formées à la prévention et à la riposte dans les départements et dans les districts sanitaires ;
- absence de politique nationale et de plan stratégique pour la surveillance épidémiologique ;
- absence d'une coordination de la surveillance intégrée composée de cadres de la santé humaine et de la santé animale et de cadres des autres secteurs ;
- insuffisance d'équipements et de la logistique à tous les niveaux du système (ordinateur, téléphone, automobiles moto....).

Problèmes prioritaires retenus

- Faible développement des soins de santé primaire
- Faible couverture du pays en CSI rationalisés
- Dysfonctionnement du système de référence et de contre-référence
- Retard dans la mise en œuvre de la santé à base communautaire
- Existence de 22 districts sanitaires sans hôpitaux de districts
- Non intégration des hôpitaux des districts dans les activités du DS
- Insuffisance des plateaux techniques des hôpitaux à tous les niveaux du système de santé
- Manque de clarté dans la hiérarchisation des hôpitaux généraux
- Non achèvement des travaux de construction des 12 hôpitaux généraux

1.3.2.8. Synthèse des problèmes identifiés et leurs causes

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

Les quatre principales causes immédiates sont (i) l'insuffisance qualitative et quantitative de l'offre des services de santé à travers le pays, (ii) la sous-utilisation des services de santé par la population, (iii) l'environnement peu favorable à la santé et (iv) la préparation et la gestion insuffisantes des épidémies, des urgences et catastrophes.

1. Insuffisance qualitative et quantitative de l'offre de santé à travers le pays

Cet état de la situation est due entre autres à (i) l'insuffisance de la couverture du pays en formations sanitaires rationalisée, (ii) la faible qualité de services et le coût élevé des prestations, (iii) la faible capacité en matière de gestion des ressources humaines, (iv) les ruptures fréquentes en médicaments, intrants et dispositifs médicaux, (v) l'obsolescence des équipements biomédicaux, (vi) l'insuffisance du financement des structures de santé, (vii) la faible coordination des structures de santé, (viii) la faiblesse de la communication pour le changement social et comportemental, (ix) la faible capacité en matière de priorisation des interventions, (x) la faible capacités en matière de planification, suivi et évaluation des projets et programmes dans la mise en œuvre et (xi) les faibles capacités de production et d'utilisation de l'information sanitaire de qualité, (xii) l'absence d'une perspective systémique pour la maîtrise de la recherche en santé.

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

Elle s'explique par (i) la faible qualité des services et le coût élevé des prestations, (ii) la couverture insuffisante en structure de santé, (iii) les faible capacités en matière de gestion des ressources humaines, (iv) les ruptures fréquentes en intrants et matériel biomédical obsolète, (v) la faible appropriation des problèmes de santé par les acteurs communautaires et (vi) la faiblesse de la communication pour le changement social et comportemental.

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

Ce problème a pour causes sous-jacentes : (i) la faible capacité en matière de gestion des ressources humaines, (ii) les faibles capacités à générer l'information sanitaire de qualité, (iii) les ruptures fréquentes en intrants et matériel biomédical obsolète, (iv) la faible capacité à prendre en charge les urgences sanitaires, (v) la faible appropriation des problèmes de santé par les acteurs communautaires, (vi) la faible prise en compte des problèmes de santé par les autres secteurs, (vii) la faiblesse de la communication pour le changement social et comportemental, (viii) les mauvaises conditions d'hygiène, (ix) la faible promotion de la gouvernance axée sur la redevabilité à tous les niveaux et (x) la faible coordination des structures de santé.

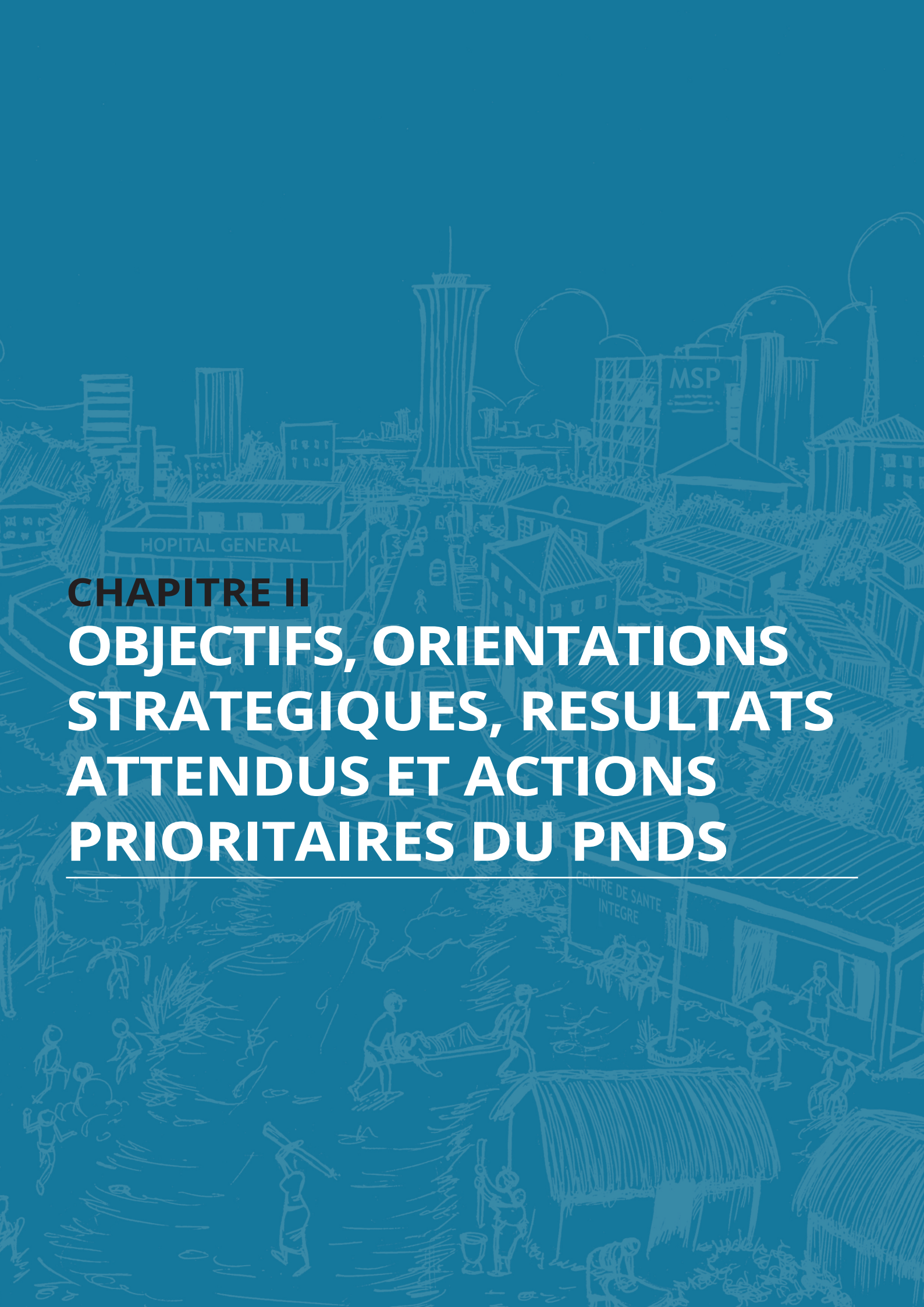
La pauvreté des ménages, le faible niveau d'inscription et de décaissement des ressources de la santé et l'absence d'une politique cohérente des ressources humaines pour la santé influent sur la situation actuelle de la santé de la population.

4. Préparation et gestion inadéquates des épidémies, des catastrophes et urgences sanitaires

La préparation, la gestion des épidémies, catastrophes et autres urgences de santé sont réglementées par les textes en vigueur. Ces derniers décrivent l'organisation et la mise en œuvre des différentes interven-

tions sur le terrain à différents niveaux (central, départemental et districts sanitaires). La préparation et la riposte font appel à l'intersectorialité (Ministères de l'Intérieur, des Finances, Affaires Sociales, Tourisme, Communication, etc.) ainsi que le partenariat bi et multilatéral.

Malgré ces dispositions organisationnelles et l'existence d'un plan national de riposte, la récente évaluation de l'OMS (JEE) réalisée en 2018 sur la menace d'importation de la MHVE montre que le Congo n'est pas suffisamment préparé en raison de (i) l'insuffisance des textes de coordination interministérielle et du partenariat notamment avec les sociétés de télécommunication ; (ii) la non sécurisation des financements recommandés par l'OMS sur les urgences et catastrophes ; (iii) le non pré positionnement des médicaments et intrants, (iv) la faiblesse du laboratoire national dans la confirmation des épidémies ; (v) l'inexistence d'un plan Intégré de Communication ; (vi) l'insuffisance des ressources humaines formée à la gestion des épidémies et catastrophes ; (vii) la faiblesse de la surveillance intégrée des maladies et riposte(SIMR) n'impliquant pas la communauté et les formations sanitaires du secteur privé et (viii) le manque de régularité dans la production du bulletin hebdomadaire.



CHAPITRE II **OBJECTIFS, ORIENTATIONS** **STRATEGIQUES, RESULTATS** **ATTENDUS ET ACTIONS** **PRIORITAIRES DU PNDS**

2.1. Rappel de la vision de la PNS

Un Congo doté d'un système de santé performant, résilient et à même de garantir l'accès universel à des services de santé de qualité et un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

2.2. Alignement entre le PNDS 2018-2022 et le PND 2018-2022

La République du Congo a choisi d'inscrire l'action gouvernementale dans une approche programmatique pour orienter la stratégie de développement économique et social du pays dans un plan quinquennal dénommé « Plan National de Développement » (PND). Ce plan contenant les grandes orientations nationales, permet à chaque secteur de la vie nationale d'élaborer son plan. Ainsi, dans le secteur de la santé, le présent PNDS 2018-2022 s'inspire des quatre programmes retenus dans le PND 2018-2022 que sont :

Programme n°1

Renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage du secteur de la santé : Ce programme vise (i) la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie de développement sectoriel, (ii) la réforme du secteur de la santé, (iii) la mobilisation et la sécurisation du financement, (iv) l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de développement des ressources humaines en santé, (v) le développement du système national d'information sanitaire y compris l'informatisation du secteur, (vi) la coopération, (vii) l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle, (viii) la production des données sur les politiques et les actions multisectorielles présentant un bon rapport coût/efficacité et (ix) la mise à disposition au niveau des FOSA des RH en quantité et qualité suffisantes.

Programme n°2

Amélioration de l'accès équitable des populations à des paquets de services essentiels et de qualité en vue d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle à travers : (i) le développement des soins de santé primaires par la revitalisation du district sanitaire, (ii) la mise en œuvre de l'approche communautaire dans la disponibilité des soins et services de santé, (iii) la réforme hospitalière qui permettra de redéfinir les missions des hôpitaux de tous les niveaux du système de santé et de renforcer leurs plateaux techniques pour leur permettre de remplir leurs nouvelles missions, (iv) la poursuite de la construction des 12 hôpitaux généraux dans les différents départements et le maintien aux normes des autres hôpitaux généraux, (v) l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels et génériques et tous les autres produits de santé tels que le vaccin et les produits sanguins dans les formations sanitaires, (vi) le développement de l'assurance maladie universelle, le renforcement de l'offre des services de santé maternelle, infantile, de l'adolescent et du jeune et (vii) la mise en place d'un réseau des laboratoires à travers le renforcement du Laboratoire National de Santé Publique, (viii) l'amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé la santé de la mère, (ix) l'amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de l'enfant et (x) l'amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de l'adolescent et du jeune.

Programme n°3

Sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgences selon l'approche englobant l'ensemble des menaces : ce programme vise (i) le renforcement des capacités du pays à faire face aux urgences sanitaires et à les prévenir conformément au règlement sanitaire international (RSI), (ii) l'amélioration de la disponibilité des services et systèmes de santé essentiels dans les départements en conflit et/ou fragiles et (iii) le renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies et des événements de santé publique à tous les niveaux y compris les capacités de diagnostic.

Programme n°4

Promotion d'un meilleur état de santé et de bien-être de la population, ce programme vise (i) le développement et la mise en œuvre de stratégies nationales de lutte contre les maladies transmissibles, les maladies tropicales négligées et la promotion de l'approche multisectorielle dans la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris la santé mentale et les soins palliatifs, (ii) le développement et la mise en œuvre de plans de communication pour l'acquisition des comportements favorables à la santé, (iii) le développement et la mise en œuvre de stratégies pour atteindre les populations marginalisées et défavorisées, (iv) l'amélioration de la participation et l'engagement de la population en faveur de la réduction des facteurs de risque par la promotion de la santé et l'éducation sur les droits de la personne et (v) l'engagement des acteurs privés et les secteurs connexes dans la réduction des facteurs de risque.

2.3. Liens entre le PNDS 2018-2022 et l'ODD n°3

Le tableau suivant fait le lien entre les axes stratégiques du PNDS 2018-2022 et les cibles de l'ODD n°3 auxquels ils contribuent.

Axes stratégiques du PNDS	Cibles des ODD
<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du pilotage et de la gouvernance du secteur de la santé 	<p>3.c accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement</p> <p>3.c accroître considérablement le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement</p>
<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'accès équitable des populations à des paquets de services essentiels et de qualité 	<p>3.1 d'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100.000 naissances vivantes</p> <p>3.2 d'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1.000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1.000 naissances vivantes au plus</p> <p>3.7 d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux</p> <p>3.8 faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable</p> <p>3.b appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès à des médicaments et vaccins essentiels à un coût abordable, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement, pour protéger la santé publique et en particulier assurer l'accès universel aux médicaments, de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui ménagent une flexibilité à cet effet</p>
<ul style="list-style-type: none"> Sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgences selon l'approche englobant l'ensemble des menaces 	<p>3.d renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Promotion d'un meilleur état de santé et de bien-être de la population 	<p>3.3 d'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles</p> <p>3.4 d'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être</p> <p>3.5 renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool</p> <p>3.6 d'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route</p> <p>3.9 d'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol</p> <p>3.a renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac</p>

2.4. Rappel des principes directeurs de la PNS

Cette vision est guidée par neuf principes à savoir :

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

2.5. But du PNDS

Permettre à toute la population congolaise de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

2.6. Objectifs du PNDS

Les objectifs stratégiques, généraux et spécifiques du PND 2018-2022 ont servi de base de réflexion pour formuler ceux du PNDS couvrant la même époque.

2.6.1. Objectif général

Contribuer à améliorer l'état de santé de la population congolaise.

2.6.2. Objectifs spécifiques

La mise en œuvre du PNDS 2018-2022 vise plus spécifiquement à :

1. réduire la mortalité maternelle de 436 à 210 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes d'ici 2022,
2. réduire la mortalité infanto-juvénile de 52 à 45 décès pour 1.000 naissances vivantes d'ici 2022,
3. réduire la mortalité liée aux maladies transmissibles de 10% d'ici 2022,
4. réduire de 20% la prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles d'ici 2022,
5. réduire de 20% la prévalence des comportements à risque chez les adolescents et chez les jeunes d'ici 2022,
6. réduire de 20% la vulnérabilité des populations face aux épidémies, autres catastrophes et événements de santé d'ici 2022.

2.7. Orientations stratégiques du PNDS

La mise en œuvre du PNDS se repose sur les orientations stratégiques suivantes :

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

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

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

Orientation stratégique 4 : promotion d'un meilleur état de santé et du bien-être de la population

2.8. Actions prioritaires par programme du PNDS 2018-2022

2.8.1. Cibles du PNDS à l'horizon 2022

Les cibles à l'horizon 2022 sont reprises dans le tableau suivant.

Tableau n°7 : Indicateurs, données de base et cibles à l'horizon 2022

1. Réduire la mortalité maternelle de 436 à 210 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes d'ici 2022		
Indicateurs	Données de base	Cibles pour 2022
Prévalence contraceptive	30,1%	60%
Taux des CPN4	83%	95%
Taux d'accouchements assistés par le personnel qualifié	43%	90%
Taux de césarienne	4,1%	12%
% des femmes enceintes qui dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticides	60%	80%
2. Réduire la mortalité infanto-juvénile de 52 à 45 décès pour 1.000 naissances vivantes d'ici 2022		
Indicateurs	Données de base	Cibles pour 2022
Taux de mortalité néonatale	21%	17%
Taux de mortalité infantile	39%	24%
Taux de mortalité juvénile	68%	50%
Taux de couverture vaccinale (enfants complètement vaccinés)	26%	50%
Taux de couverture vaccinale (Penta3)	67%	90%
% d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticides	60%	80%
Enfants de moins de cinq ans présentant une émaciation (modérée ou grave)	24,4%	12,2%
3. Réduire la mortalité liée aux maladies transmissibles de 10% d'ici 2022		
Indicateurs	Données de base	Cibles pour 2022
Taux de nouvelles infections liées au VIH	1,02% habitants	0,3% habitants
Taux d'incidence du paludisme	143% habitants	86% habitants
Taux d'incidence de la tuberculose	379% habitants	300% habitants
Taux de mortalité liée au paludisme	100 pour 100.000 hbts.	60 pour 100.000 hbts.
Taux de succès thérapeutique de la TB	69%	80%
Couverture des malades du VIH/Sida nécessitant la TAR	35%	90%
4. Réduire de 20% la prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles d'ici 2022		
Indicateurs	Données de base	Cibles pour 2022
Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge	ND	Réduction de 20% à partir de la donnée de base de 2018
Prévalence du manque d'activité physique chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge	ND	Réduction de 20% à partir de la donnée de base de 2018
Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires	ND	Réduction de 10% à partir de la donnée de base de 2018
Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux cancers	ND	Réduction de 10% à partir de la donnée de base de 2018
Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable au diabète	ND	Réduction de 10% à partir de la donnée de base de 2018

5. Réduire de 20% la prévalence des comportements à risque chez les adolescents et chez les jeunes d'ici 2022		
Indicateurs	Données de base	Cibles pour 2022
Proportion des adolescentes ayant conçues à 15 ans est passée de 7%	12,9%	10%
% d'accouchements des adolescentes de moins de 18 ans sur l'ensemble des accouchements enregistrés dans les formations sanitaires (milieu urbain)	8,2%	6%
6. Réduire de 20% la vulnérabilité des populations face aux épidémies, autres catastrophes et événements de santé d'ici 2022		
Indicateurs	Données de base	Cibles pour 2022
% de point d'entrée disposant de postes de centres de santé médicalisés	0	100%
% de point d'entrée disposant des portiques capables de détecter la température des immigrants	0%	100%
Taux de détection des maladies qui peuvent être des urgences sanitaires de portée internationale	0,5%	100%

Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018.

2.8.2. Programme 1 : renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage du secteur santé

Le programme de renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage du secteur de la santé est transversal. Conformément aux dispositions de la loi organique relative aux lois de finance, il est prévu la mise en place de budgets-programmes. A cet effet, chaque secteur doit disposer d'un programme de « gouvernance » en soutien aux autres programmes spécifiques. Ainsi, le programme de renforcement de gouvernance, du leadership et du pilotage du secteur de la santé comprend 4 sous-programmes qui sont : le sous-programme de pilotage du secteur de la santé, le sous-programme d'amélioration de la coordination et du partenariat du secteur santé, le sous-programme d'amélioration du financement de la santé et le sous-programme de mise à disposition au niveau des FOSA des RH en quantité et qualité suffisantes.

2.8.2.1. Résultats attendus du programme

Les résultats attendus du premier programme sont contenus dans le tableau ci- dessous

Tableau n°8 : Résultats attendus du premier programme « Le renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage du secteur de la santé »

Résultats attendus, données de base et cibles à l'horizon 2022									
Sous-programmes	Résultats attendus	Indicateurs	Données de base	2018	2019	2020	2021	2022	
Sous-programme 1 : le renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage	R1. La gouvernance des structures de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé	• Nombre d'organes de mise en œuvre du PNDS fonctionnels	0	0%	50%	100%	100%	100%	
		• %des réunions de chaque organe tenues dans les délais réglementaires	0	0%	100%	100%	100%	100%	
		• Nombre de textes relatifs au PNDS (décrets, arrêtés) promulgués	DND	50%	50%	100%	100%	100%	
		• Nombre de textes de mise en œuvre de la loi sur la décentralisation du secteur santé produits	DND	DND	50%	50%	100%	100%	
	R2. Les normes d'organisation et de fonctionnement des structures de santé sont appliquées à tous les niveaux du système de santé	• Nombre de structures de santé appliquant les normes d'organisation et de fonctionnement élaborées au niveau central	DND	18%	20%	50%	60%	80%	
	R3. La mise en œuvre des réformes sectorielles et intra sectorielles progressent dans les domaines ciblées lors des assises d'Ewo	• %des réformes sectorielles et intersectorielles ayant abouti	DND	10%	20%	30%	50%	70%	
	R4. La décentralisation est effective dans les 12 départements	• Nombre de DS fonctionnant dans le cadre de la décentralisation	0%	2%	40%	50%	60%	80%	
		• % de FOSA respectant les normes d'organisation et de fonctionnement des formations sanitaires à tous les niveaux	DND	30%	40%	50%	60%	75%	
	R5. Le processus de planification stratégique et opérationnelle est amélioré	• Nombre de structures de santé disposant de 5 PAO alignés au PNDS de 2018 à 2022	DND	100%	100%	100%	100%	100%	
	R6. L'efficacité dans l'utilisation des ressources financières est améliorée	• % de programmes de santé ayant les plans stratégiques alignés au PNDS2018-2022	20%	50%	100%	100%	100%	100%	
		• % de budget de l'État consacrée aux services de santé dans les DS	DND	50%	60%	60%	65%	75%	
	R7. La dépense de santé per capita est augmentée	• La dépense de santé par habitant par an en dollars US	76	80	85	90	100	100	
	R8. La part des ménages dans la dépense courante de santé diminue	• % de la part des ménages dans la dépense totale de santé	35%	30%	28%	25%	22%	20%	
	R9. Le décaissement du budget et de l'État consacré à la santé augmente	• Taux de décaissement du budget de l'État consacré à la santé	32%	60%	75%	80%	90%	95%	

Sous-programmes	Résultats attendus	Indicateurs	Données de base	2018	2019	2020	2021	2022
Sous-programme 1 : le renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage	R10. La qualité de l'information sanitaire de routine s'améliore	• Ecart entre les données de routine pour la couverture est celle des enquêtes/MICS/EDS	10%	7%	5%	3%	2%	2%
	R11. Le DIHS2 est implémenté dans tous les DS du pays	• % de DS dont toutes les structures de santé utilisent le DIHS2	41%	75%	100%	100%	100%	100%
Sous-programme 2 : l'amélioration de la coordination et du partenariat du secteur santé	R12. La coordination du secteur est renforcée à tous les niveaux du système de santé	• % de réunions tenues par le CCIA et CCN	0%	2%	50%	60%	80%	100%
		• % de réunions tenues par le conseil national de santé	0%	2%	50%	60%	80%	100%
		• % de réunions tenues par les organes de coordination au niveau départemental et au niveau périphérique	0%	2%	50%	60%	80%	100%
Sous-programme 3 : l'amélioration du financement de la santé	R13. Le dialogue politique en santé est redynamisé à tous les niveaux du système de santé	• % des recommandations/résolutions des organes de dialogue/parténariat sont mise en œuvre à tous les niveaux du système de santé	DND	10%	20%	30%	50%	70%
	R14. La couverture de l'assurance maladie universelle est augmentée	• Taux de couverture de l'assurance maladie universelle	2%	5%	10%	15%	20%	30%
Sous-programme 4 : la mise à disposition au niveau des FOSA des RH en quantité et qualité suffisantes	R15. L'utilisation des services de santé curatifs est améliorée	• Taux d'utilisation des services curatifs	26%	30%	35%	40%	45%	50%
	R16. Le plan de développement des ressources humaines est mis en œuvre							

Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018.

2.8.2.2. Différentes actions par sous-programme

2.8.2.2.1. Sous-programme 1 : renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage

1. Renforcement des dispositions légales et du cadre juridique du secteur de la santé

Un inventaire des lois et autres textes juridiques sera réalisé au début de la mise en œuvre du PNDS pour identifier les domaines dans lesquels les dispositions légales et juridiques nécessitent d'être renforcées. L'analyse non exhaustive réalisée à ce jour montre qu'il y a besoin de procéder à : (i) l'actualisation du texte mettant en place le conseil national et les conseils départementaux de santé, (ii) l'élaboration et la vulgarisation des nouveaux textes juridiques dans toutes les administrations et établissements de santé, (iii) la redynamisation du conseil national de santé, (v) la régulation du secteur santé, (vi) le renforcement de la régulation de la médecine libérale, (vii) la production et la vulgarisation des textes d'application des décrets du MSP, (viii) le renforcement de la régulation du secteur privé, (ix) l'élaboration de la loi portant sur l'utilisation de la cobaltothérapie, etc.

2. Elaboration/actualisation des normes de ressources, d'organisation et de fonctionnement des structures de santé

L'inventaire des normes d'organisation et de fonctionnement des structures de santé montre qu'il y a des domaines où les normes font défaut et d'autres où les normes existent mais elles nécessitent d'être actualisées compte tenu de l'évolution du contexte national. Les normes des ressources, d'organisation et de fonctionnement des structures de santé à tous les niveaux seront actualisées et/ou élaborées selon les cas. C'est le cas des normes d'organisation et de fonctionnement des DS, des normes des ressources, d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux à tous les niveaux du système de santé.

3. Renforcement des capacités des acteurs en planification stratégique, suivi et évaluation

Les acteurs à tous les niveaux en matière de planification opérationnelle et stratégiques (pour les acteurs de niveau central) seront renforcées. Des plans stratégiques sous sectoriels seront élaborés ou actualisés pour les aligner sur le PNDS. C'est le cas des plans stratégiques de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, le antitabac, l'alcoolisme, le plan stratégique de la santé mentale, etc. Chaque structure devra chaque année élaborer son plan d'action opérationnelle pour la mise en œuvre du PNDS. L'évaluation des plans opérationnels annuels se fera lors d'une revue annuelle du secteur de la santé.

2.8.2.2.2. Sous-programme 2 : amélioration de la coordination et du partenariat du secteur santé

1. Renforcement de la coordination et du partenariat intra et intersectoriel

Dans le but de renforcer le dialogue en santé, le dialogue pour la santé ainsi que le partenariat en faveur de la santé, des actions suivantes seront entreprises : (i) la mise en place des organes de mise en œuvre et de coordination du PNDS (le comité de pilotage/comité de coordination du secteur de la santé, le secrétariat du comité technique de suivi du PNDS, (ii) la redynamisation des organes de dialogue, de concertation et de gestion au niveau départemental et périphérique, (iii) le renforcement du CCIA, (v) le renforcement du partenariat public-privé, (vi) le renforcement du fonctionnement du CCN et de la coordination de lutte contre le VIH/Sida, IST et épidémies, la réforme des organes de coordination en vue d'établir les liens avec les instances de coordinations nationales et sous-sectorielles, l'élaboration d'un Compact qui sera signé par le gouvernement et les partenaires qui interviennent dans le secteur de la santé.

2. Renforcement de la participation communautaire

La mise en œuvre des soins de santé primaires à travers la revitalisation du district sanitaire nécessite une implication conséquente de la communauté. La participation communautaire doit aller au-delà des actions qui font de certains membres de la communauté des prestataires de tels ou tels soins ou service de santé sous la supervision des acteurs du Ministère de la santé ou dans certains cas, des partenaires du secteur de la santé. Des mécanismes doivent être mis en place pour que la communauté fasse entendre sa voix et participe à la prise de décisions sur les questions majeures de santé qui la concernent. Elle devra également jouer un rôle important dans l'évaluation des services de santé qui lui sont offerts par les formations sanitaires. Il s'agit des actions suivantes : (i) la mise en place de conseils départementaux de santé, des comités de direction des hôpitaux généraux (CODIR), de comités de gestion (COGES) des DS, de fédérations des comités de santé, de comités de santé (COSA) et (ii) la mise en œuvre de la politique de santé à base communautaire, (iii) la réalisation de campagnes de sensibilisation/information sur les actions menées en faveur de la communauté telle que l'assurance maladie universelle, etc., (iv) la réalisation d'enquêtes ménages périodiques auprès de la communauté pour mieux connaître son opinion sur l'organisation de l'offre et la qualité des services de santé, etc.

3. Renforcement de la redevabilité, du contrôle et de l'inspection des structures de santé dans le secteur de la santé

Le renforcement de la redevabilité est essentiel pour avancer vers la couverture universelle en santé. La plateforme de redevabilité et responsabilité mutuelle sera mise en place à travers les mécanismes nationaux existants (revue annuelle, comité de pilotage du PNDS/comité de coordination du secteur de la santé, etc.). Cette plateforme sera le cadre dans lequel seront suivis les engagements du gouvernement et des partenaires qui interviennent dans le secteur de la santé à travers le Compact. Cette plateforme permettra également de suivre les engagements des acteurs nationaux dans l'atteinte des résultats des différents programmes et sous-programmes du PNDS. Les capacités de l'Inspection Générale de la santé seront renforcées (formation, mises en place des organes, mise à disposition des ressources, etc.) pour lui permettre de réaliser efficacement sa mission. Les audits annuels seront commandités à tous les niveaux du système de santé. Les rapports de mise en œuvre du PNDS seront produits dans les délais. Ils seront à la fois techniques, administratifs et financiers.

4. L'appréciation des performances à tous les niveaux

Les performances des directions générales, centrales, départementales, les directeurs des structures de santé et les équipes cadre de district seront réalisés de façon régulière par les services de l'Inspection générale de la santé en utilisant les grilles des indicateurs de performances.

5. La mise en œuvre effective des dispositions de la décentralisation/déconcentration

La décentralisation administrative et territoriale doit être mise en œuvre de façon efficace pour créer un environnement favorable à la revitalisation du DS et de ce fait, à la réussite de stratégie des Soins de Santé Primaires. De ce point de vue, il est nécessaire que soit procédé dans le court terme à (i) la finalisation des textes d'application sur la décentralisation, (ii) le transfert effectif des ressources au niveau des collectivités locales par les Ministères concernés (le Ministère en charge des finances, le Ministère en charge de la fonction publique, le Ministère en charge de la décentralisation et de l'intérieur), (iii) le renforcement des capacités des acteurs dans la gestion de toutes les ressources transférées, (iv) la mise en place d'un cadre de coordination, de suivi et d'évaluation dans chaque département.

6. L'amélioration du système d'information sanitaire et le développement de la cyber santé

Cette ligne d'action se fera à travers : (i) l'élaboration du plan stratégique de développement du système national d'informations sanitaires et de la cyber santé, (ii) la standardisation des outils de collecte et traitement des données au niveau des hôpitaux généraux ainsi que la définition du circuit de l'information, (iii) l'alignement des sous-systèmes d'information sanitaire (projets et programmes) sur le système national, (iv) l'établissement d'un partenariat avec les sociétés de téléphonie mobile pour l'opérationnalisation de la cyber santé et (v) le développement d'un dossier patient électronique.

7. L'extension du DHIS2 dans l'ensemble des structures de santé à tous les niveaux

Cette ligne d'action se résume en (i) l'acquisition et l'installation des équipements et (ii) la formation du personnel au maniement de l'outil.

8. L'institutionnalisation des études (comptes de santé et des annuaires des statistiques)

Cette ligne d'action se fera à travers (i) la réalisation des deux enquêtes SARA (l'une en 2020 et l'autre en 2022), (ii) l'élaboration des quatre comptes de la santé, (iii) la réalisation d'une enquête ménage sur le « Baromètre-santé », (iv) la séro surveillance, (v) l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des données, (ix) la promotion de l'utilisation des résultats des études et de la recherche issus de la FSSA et des sociétés savantes.

9. Renforcement des capacités pour le suivi de la mise en œuvre des réformes sectorielles et intersectorielles

Un certain nombre de réformes sont en cours de mise en œuvre dans le pays. C'est le cas de la gratuité, de la décentralisation dans le secteur de la santé, de la réforme organique du Ministère de la Santé et de la Population entre autres. D'autres réformes sont initiées ou seront redynamisées dans le cadre de la mise en œuvre de ce PNDS. C'est le cas de la revitalisation du DS, de la réforme hospitalière, de l'assurance maladie universelle, etc. Ces réformes qui ont un impact sur les résultats attendus de la mise en œuvre du PNDS, nécessitent un bon suivi de la part du Ministère de la Santé et de la Population. Pour ce faire, un inventaire des réformes sectorielles et des réformes intersectorielles qui ont un impact sur les résultats attendus du secteur de la santé sera réalisé. Les responsabilités du suivi de la mise en œuvre de ces réformes seront formellement accordées à une structure du Ministère de la Santé et de la Population. Cette structure sera renforcée pour s'assurer de la mise en œuvre efficace des réformes.

2.8.2.2.3. Sous-programme 3 : amélioration du financement de la santé

(i) L'opérationnalisation de l'assurance maladie et la mise en place des mécanismes de pré-paiement

Dans un esprit de solidarité nationale et de mutualisation des risques, tous les congolais doivent à très court terme, être affiliés à un régime d'assurance. Cette assurance-maladie qui relève de la responsabilité du Ministère en charge de la protection sociale devra couvrir à la fois le secteur public, privé et informel.

(ii) L'amélioration de l'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources

Le Congo a consacré en moyenne 70 dollars USD par habitant et par an à la santé, avec des résultats moindres comparés aux autres pays de la sous-région qui ont eu des dépenses de santé nettement inférieures. De ce fait, dans un contexte marqué par une crise économique, la priorité est de voir comment améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources existantes dans le secteur de la santé. L'axe majeur de travail sera celui d'investir plus dans les interventions coûts-efficace dans le cadre des soins de santé primaires que de continuer à mettre plus des ressources dans les services de référence tertiaire.

Cette action sera soutenue pour une étude sur l'efficacité des dépenses de santé dans l'ensemble du secteur. L'étude permettra ainsi d'identifier les domaines dans lesquels l'efficacité pourra être améliorée et des actions à mener dans chacun de ces domaines.

(iii) L'augmentation des ressources du secteur de la santé

Des estimations récentes montrent que la dépense de santé par habitant et par an d'au moins 86 dollars USD sera nécessaire dans les pays en développement pour améliorer leurs chances de progresser vers la couverture sanitaire universelle. En même temps que l'on améliore l'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources du secteur, il sera nécessaire d'accroître la dépense totale de santé par habitant et par an. Celle-ci se fera essentiellement à travers les ressources domestiques. Le gouvernement fera des efforts pour diversifier les recettes fiscales et améliorer la mobilisation des ressources domestiques en vue de financer durablement la santé.

Le taux de décaissement nécessite également d'être amélioré. Pour ce faire, les différents responsables du secteur qui ont en charge la gestion des crédits seront briefés aux procédures du Ministère des finances. Des missions de suivi seront aussi organisées régulièrement pour s'assurer que les crédits mis à disposition sont dépensés en temps réel. Des mécanismes de sécurisation des dépenses en santé seront étudiées et partagées avec le Ministère en charge des finances pour leur mise en œuvre éventuelle.

(iv) L'instauration des budgets-programmes

La réforme du budget-programme sera entreprise pour permettre de mieux utiliser les ressources disponibles et faire ainsi des progrès vers la couverture universelle en santé. Cette réforme consistera à faire en sorte que la structure actuelle du budget de la santé passe d'un budget basé sur les inputs à une structure de budget sur les outputs. La structure de ce PNDS est conçue pour permettre la mise en œuvre aisée du budget-programme dans le secteur de la santé.

La mise en œuvre du budget-programme va nécessiter des réformes institutionnelles pour donner aux responsables des programmes et sous-programmes les capacités institutionnelles de mobiliser toutes les structures et acteurs qui interviennent dans la réalisation des résultats attendus de leurs programmes et sous-programmes respectifs.

(v) Le développement et la mise en œuvre des achats stratégiques

Les modalités d'achats seront modifiées pour passer d'achats passifs aux achats stratégiques avec les ressources du budget de l'État consacré à la santé. Cette réforme vient en soutien à la mise en œuvre du budget-programme. Il sera aussi question de faire la promotion du financement basé sur la performance débuté dans 21 districts sanitaires du pays.

2.8.2.2.4. Sous-programme : mise à disposition au niveau des FOSA des RH en quantité et qualité suffisantes

Mise à disposition au niveau des FOSA des RH en quantité et qualité suffisantes

La réussite de la mise en œuvre du PNDS passe par la mise à disposition de façon équitable des ressources humaines qualifiées et en quantité suffisante dans toutes les structures et formations sanitaires du pays. Pour ce faire, un plan de développement des ressources humaines pour la santé sera développé. Il inclura à la fois le renforcement de la formation de base ainsi que celui de la formation continue en vue d'améliorer la qualité des prestataires déjà en fonction. Pour pallier aux insuffisances observées sur le plan des effectifs, plan de recrutement du personnel de santé y compris les psychologues dans le cadre de la fonction publique nationale et territoriale sera élaboré et mis en œuvre.

Dans le but d'améliorer la gestion, augmenter la production des ressources humaines pour la santé et accroître les effectifs du Ministère de la santé publique et de la population, un cadre de concertation de tous les acteurs impliqués dans la gestion des ressources humaines pour la santé sera mis en place. La gestion prévisionnelle des ressources humaines pour la santé sera améliorée par la mise en place d'un cadre organique au sein du Ministère de la Santé et de la Population. La contractualisation sera utilisée pour faire face de façon temporaire aux problèmes de déficit en ressources humaines pour la santé dans certaines structures de santé.

La mise en place de la fonction publique territoriale dans le cadre de la décentralisation administrative sera mise à profit aux côtés d'autres incitatifs pour résoudre la question de l'équité dans la distribution des ressources humaines pour la santé entre le milieu urbain et le milieu rural.

2.8.3. Programme 2 : amélioration de l'accès équitable des populations aux paquets de services essentiels de qualité

Ce programme constitue le socle autour duquel sera bâtie la couverture universelle en santé en République du Congo. Il vise à faire en sorte que chaque Congolais quel que soit son lieu de résidence ou son niveau socioéconomique ait accès à des services de santé de qualité, qui soient à la fois intégrés, continus et globaux. Pour ce faire, deux sous-programmes sont prévus : il s'agit du sous-programme « Amélioration de l'offre des soins de santé de qualité à tous les niveaux du système de santé » et du sous-programme « Renforcement des programmes de santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes », la mise en évidence de ce dernier sous-programme étant liée à la situation de la santé de la mère et de l'enfant dans le pays.

Les résultats attendus de ce programme sont repris dans le tableau suivant. Il convient de noter que pour certaines données relatives à la disponibilité des services de santé dans les formations sanitaires, il n'existe pas de données de base. L'enquête SARA est en cours de réalisation au moment du développement de ce PNDS. Les chiffres dans le tableau sont cumulatifs.

2.8.3.1 Résultats attendus du programme

Au terme du PNDS 2018- 2022, les résultats attendus sont présentés dans le tableau ci- dessous.

Tableau n°9 : Résultats attendus du programme « Amélioration de l'accès des populations aux paquets des services essentiels de qualité ».

Sous programmes	Résultats attendus, données de base et cibles à l'horizon 2022							
	Résultats attendus	Indicateurs	Données de base	2018	2019	2020	2021	2022
Sous-programme 1 : Amélioration de l'offre des services de santé de qualité	R.1. La couverture sanitaire est améliorée	Taux de couverture sanitaire	60%	65%	70%	75%	80%	85%
	R.2. Les hôpitaux de tous les échelons disposent de plateaux techniques conformes aux normes nationales	% d'hôpitaux qui disposent des plateaux techniques conformes aux normes nationales	20%	30%	35%	40%	45%	50%
	R.3. Les infections des plaies chirurgicales diminuent dans les formations sanitaires	Le taux d'infection des plaies chirurgicales (en % de toutes les interventions chirurgicales)	10%	8%	6%	4%	3%	2%
	R.4. La couverture des SONUB est augmentée	Taux de couverture des formations sanitaires en SONUB	25%	30%	35%	40%	45%	50%
Sous-programme 2 : Renforcement des services de santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune	R.5. La couverture des SONUC est augmentée	Taux de couverture des formations sanitaires en SONUC	75%	78%	80%	85%	90%	95%
	R.6. Les services de CNP sont disponibles dans l'ensemble des formations sanitaires	% des formations sanitaires qui disposent des services des CPN opérationnels	ND	59%	60%	80%	90%	95%
	R.7. Les services de planification familiale sont disponibles dans toutes les formations sanitaires	% des formations sanitaires qui disposent des services de planification familiale opérationnels	ND	+20%	+30%	+40%	+45%	+ 50%
	R.8. Les services de vaccination de routine sont disponibles dans tous les CSI	% des CSI qui disposent des services de vaccination de routine opérationnels	ND	80%	90%	100%	100%	100%
	R.9. La PCIMNE est intégrée dans toutes les formations sanitaires	% des formations sanitaires qui disposent des services de PCIME opérationnels	ND	+20%	+30%	+40%	+50%	60%

Source : Travaux de la revue du secteur santé 2018.

2.8.3.2 Différentes actions du deuxième programme

2.8.3.2.1. Sous-programme 1 : amélioration de l'offre des services de santé de qualité

Le sous-programme « Amélioration de l'offre des services de santé de qualité » comprend 6 actions que sont : (i) le développement des soins de santé primaires à travers la revitalisation du DS, (ii) la réforme hospitalière, (iii) l'amélioration de l'accès des populations aux médicaments, vaccins, autres produits de santé et technologie, (iv) le développement des ressources humaines pour la santé et (v) le renforcement des capacités du Laboratoire National de Santé Publique et (vi) l'approche pangouvernementale pour l'amélioration de la santé de la population.

1. Développement des soins de santé primaires centrés sur la personne à travers la revitalisation du district sanitaire

Les soins de santé primaires constituent la stratégie de base de la nouvelle Politique Nationale de la Santé du Congo. Cette stratégie consistera à s'assurer que toutes les composantes des soins de santé primaires sont offertes à travers le PMA dans des CSI plus proches de la communauté et que les soins offerts sont à la fois intégrés, globaux et continus. La référence sera assurée par les HD et le cas échéant les HG.

Dans le contexte actuel du Congo, le développement des soins de santé primaires comme stratégie de base de la PNS consistera à passer d'un système de santé hospitalo-centré à un système de santé où le district sanitaire devient l'unité opérationnelle de mise en œuvre de la PNS. La mise en œuvre de cette stratégie se fera à travers la revitalisation des DS qui inclut entre autres : (i) le renforcement des capacités des équipes cadres des DS (ECD) dans le développement des soins de santé primaires et la gestion du DS, (ii) le découpage de tous les DS en aires de santé, la définition de la population de responsabilité de chaque aire de santé, (iii) l'extension de la couverture sanitaire à travers la réhabilitation/équipement de 150 CSI à travers le pays, (iv) la rationalisation des activités des CSI, (v) la rationalisation des services cliniques dans les HD y compris des maternités et des urgences et (iv) la promotion des soins de santé à base communautaire.

Le lancement de nouveaux DS se fera de manière progressive. Un état des lieux de chacun de nouveaux DS sera réalisé pour estimer les besoins en termes d'investissements pour permettre à chacun de ces DS de fonctionner de façon autonome. Le lancement de ces derniers interviendra une fois que ces investissements de base pour le fonctionnement du DS seront réalisés.

Le récent découpage, qui a fait passer le nombre des DS de 41 à 52 a accentué les besoins en HD comme premier niveau de référence. Dans le but de doter certains anciens DS et les nouveaux DS de structures de référence, les 22 CSI à Paquet Minimum d'Activités Élargi (PMAE) seront mis à profit. Leurs plateaux techniques seront renforcés pour leur permettre de réaliser les urgences médico-chirurgicales.

Dans le contexte de l'émergence des maladies non transmissibles et d'autres menaces de santé publique, le Paquet Minimum d'Activités et le Paquet Complémentaires d'Activités seront actualisées pour intégrer les activités relatives à la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, etc.), des maladies mentales et la promotion de la santé conformément à leurs plateaux techniques.

2. La réforme hospitalière

Cette action vise à rationaliser les services hospitaliers par la redéfinition des missions des hôpitaux en mettant en place des hôpitaux de référence primaire (hôpitaux des districts sanitaire), secondaire (hôpitaux départementaux) et tertiaire (hôpitaux nationaux et/ou centres hospitalo-universitaires). La réforme hospitalière inclura également, entre autres les actions suivantes : (i) l'identification de bassin de desserte des hôpitaux de tous les niveaux du système de santé, (ii) le renforcement des plateaux techniques des hôpitaux de tous les niveaux en fonctions de leurs missions actuelles, (iii) l'intégration des HD dans le système de santé du DS, (iv) l'appui des hôpitaux de tous les niveaux au renforcement des soins de santé primaires au niveau des DS. La réforme hospitalière inclura également un programme d'accréditation des hôpitaux ainsi que le renforcement de la gestion de ces derniers.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette réforme, les travaux de construction des 12 hôpitaux généraux départementaux vont se poursuivre, il en est de même des travaux de maintien et réhabilitation mineure des hôpitaux de base et hôpitaux généraux existants.

3. Amélioration de l'accès des populations aux médicaments, vaccins, autres produits de santé et technologie

La politique nationale pharmaceutique sera actualisée sur la base des résultats de l'évaluation. Le système national d'approvisionnement en médicaments sera renforcé, entre autres, par la mise à disposition des ressources financières à la CAMEPS pour assurer la disponibilité des médicaments essentiels et génériques dans toutes les formations sanitaires. Dans le même ordre d'idée, il sera créé deux (2) dépôts relais à la CAMEPS dans les départements. La production locale des médicaments sera renforcée, notamment à travers le partenariat public/privé en vue de l'extension de la gamme des molécules produites localement. Dans le même ordre d'idée, un encadrement sera accordé à la médecine traditionnelle pour améliorer sa contribution aux efforts du gouvernement en matière de santé.

La lutte contre la vente illicite des médicaments et la circulation des médicaments contrefaits sera renforcée à travers la législation et la mise en place d'un cadre de concertation multisectorielle impliquant tous les Ministères concernés. Un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments sera installé pour assurer la qualité des molécules disponibles dans les formations sanitaires.

Enfin, un plan stratégique de lutte contre la résistance aux antibiotiques sera élaboré et mis en œuvre.

Dans le contexte de la sortie de l'éligibilité de la République du Congo par rapport au financement de l'Alliance Globale pour le Vaccin et l'Immunisation, le gouvernement devra non seulement inclure l'achat de vaccins dans le budget de l'État consacré à la santé mais aussi et surtout de s'assurer que les fonds alloués sont effectivement décaissés à temps pour garantir la disponibilité du vaccin dans les formations sanitaires. Les capacités de production et de distribution des produits sanguins labiles seront également renforcées. Cette action se fera à travers l'augmentation de la couverture du pays en structures de dispensation des produits sanguins sécurisés, le plaidoyer auprès des décideurs pour la tenue d'un téléthon chaque année afin de mobiliser les fonds nécessaires au renforcement de la chaîne du froid et à l'acquisition des intrants, l'élaboration de la stratégie nationale de la promotion du don de sang, la mise en place des normes sur la transfusion sanguine ainsi que la sécurisation du financement d'achat des intrants et réactifs nécessaires pour la qualification des produits sanguins.

4. Le renforcement des capacités du Laboratoire National Santé Publique (LNSP)

Les capacités du LNSP seront renforcées pour lui permettre d'une part de remplir ses missions et d'autre part, pour le préparer à être transformé progressivement en Institut National de Santé Publique (INSP). Ce renforcement des capacités consistera en (i) la modernisation du plateau technique pour être conforme aux standards internationaux en matière de détection et de riposte face aux risques et urgences sanitaires, (ii) l'appui au développement d'un réseau de laboratoires de santé publique dans l'ensemble du pays et à l'amélioration de la qualité des services de laboratoires aux autres niveaux du système de santé (département et district sanitaire), (iii) le développement de son expertise dans les différents domaines qui relèvent de ses missions. Le renforcement des capacités du LNSP lui permettront également de développer ses capacités dans le contrôle des médicaments, la qualité de l'eau et des aliments.

5. Instauration de l'approche « pangouvernementale » dans certains DS à faible indicateurs de santé

Cette action sera entreprise dans les départements de la Likouala, du Pool, de la Cuvette-Ouest et de la Lékoumou en mettant en œuvre les activités suivantes : (i) l'élaboration des documents décrivant l'état de santé des populations de chaque DS ciblé, (ii) le choix des domaines d'intervention et différentes cibles à atteindre, (iii) la sélection des ONG crédibles et capables de réaliser les interventions sanitaires à haut impact, (iv) la contractualisation à base d'indicateurs de performance, (v) la tenue du monitoring des performances et des revues périodiques et (vi) la réalisation des enquêtes partielles démographiques de santé dans les DS sous « approche pangouvernementale ».

2.8.3.2.2. Sous-programme 2: renforcement des services de santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune

Le sous-programme « Renforcement des services de santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune » comporte 3 actions que sont : (i) l'amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de la mère, (ii) l'amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de l'enfant et (iii) l'amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de l'adolescent et du jeune.

1. Amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de la mère

La prévalence des méthodes contraceptives reste faible. Les taux élevés d'utilisation des consultations prénatales (CPN) et même des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié couplés à un ratio de mortalité toujours élevé laissent entrevoir des problèmes de qualité dans l'offre de ces différents services. De plus, la couverture des SONUB et SONUC reste faible à l'échelle nationale. Pour remédier à cette situation les interventions suivantes seront menées : (i) l'accélération de la mise œuvre du plan de repositionnement de la planification familiale, (ii) le renforcement de la qualité du suivi de la grossesse et du suivi post-natal de la femme avec les activités suivantes, (iii) la promotion de l'accouchement propre et de qualité, (iv) l'augmentation de la couverture du pays en formations sanitaires offrant les SONUB et SONUC de qualité.

2. Mise en œuvre du plan de repositionnement de la planification familiale.

Dans le cadre de la revitalisation des DS, l'offre des services de planification familiale sera renforcée dans tous les CSI publics et confessionnels existants, dans certains CSI privés mais également dans tous les CSI qui seront mis en place au cours de la mise en œuvre du PNDS. Dans ce même ordre d'idée, la qualité des services sera un axe qui bénéficiera de beaucoup d'attention. Pour ce faire, les capacités du personnel seront renforcées, les directives rendues disponibles dans toutes les CSI et les intrants seront régulièrement mis à disposition dans l'ensemble des CSI. La promotion de la planification familiale sera intensifiée pour accroître la demande au sein de la communauté.

3. Renforcement de la qualité du suivi de la grossesse et du suivi post-natal de la femme.

L'offre et la qualité des CPN seront améliorées. L'action portera sur : l'actualisation des normes, procédures, directives et outils conformément aux nouvelles recommandations de l'OMS, la mise à disposition régulière des intrants nécessaire à la réalisation de la CPN (antipaludiques pour le TPI, le fer et l'acide folique pour la prévention et le traitement de l'anémie, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les intrants pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les formations sanitaires, etc.). Cette action portera également sur l'amélioration de la qualité de prise en charge des pathologies intercurrentes à la grossesse, l'accès aux examens d'exploration y compris l'échographie ainsi que la mise en place d'un tutorat dans le centre de santé intégré en santé maternelle à Brazzaville et à Pointe-Noire.

4. Promotion de l'accouchement propre et de qualité

Cette intervention portera sur l'extension des services de maternité à travers le pays ainsi que l'amélioration de leur qualité. Les directives et protocoles sur les accouchements seront renforcés, les capacités des sages-femmes et des accoucheuses seront renforcées en prenant en compte les directives et protocoles actualisés, la promotion de l'usage de sulfate de magnésie pour la prise en charge de l'éclampsie sera renforcée, l'usage du partogramme sera systématisé dans toutes les formations sanitaires qui réalisent les accouchements et la lutte contre les infections sera renforcée. Une attention particulière sera accordée à l'amélioration des conditions d'hygiène dans les maternités. Les kits de césarienne seront rendus disponibles dans les CSI à PMAE et les HD.

5. Augmentation de la couverture du pays en formations sanitaires offrant les SONUC de qualité

Dans le cadre de la réforme hospitalière, il est prévu une remise à niveau des plateaux techniques de toutes les formations sanitaires du pays conformément aux missions des unes et des autres. Ceci permettra d'être assuré que tous les actes médicaux qui relèvent des SONUC seront réalisés dans les conditions requises. Les médicaments obstétricaux d'urgence seront pré-positionnés et l'accès aux produits sanguins sécurisés amélioré. Les audits des décès maternels et néonataux dans toutes les formations sanitaires et au niveau communautaire seront institutionnalisés et les procédures sur la prise en charge du nouveau-né sain et malade seront mises en place. Des moyens logistiques seront mis en place pour assurer la référence dans chaque DS.

6. Amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de l'enfant

L'amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de l'enfant se réalisera à travers :

- **la promotion de la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE).** Cette intervention va consister à renforcer les capacités des prestataires en vue d'améliorer la qualité de la consultation curative de l'enfant et d'assurer une prise en charge à la fois intégrée et efficace de l'ensemble des problèmes de santé qu'il présente au niveau du premier échelon (CSI). Les intrants relatifs à la PCIMNE seront rendus disponibles dans tous les CSI. Au niveau du deuxième échelon, l'accent sera mis sur la mise en place de la stratégie « Tri-évaluation-traitement (TETU) ».
- **l'amélioration de l'offre des services de vaccination.** L'inventaire réalisé en 2017 montre que 80% des CSI disposent d'un centre fixe de vaccination parmi lesquels 172 (64%) disposent d'une chaîne du froid fonctionnelle. Cette moyenne cache des disparités importantes. En effet, dans la Cuvette-Ouest, seuls 39% des CSI disposaient d'une chaîne du froid fonctionnelle. Pour les autres départements, ce taux est au moins de 60%. La couverture du pays en CFV est donc jugée globalement insuffisante.

Cette action vise à améliorer l'offre et la qualité des services de vaccination ainsi que leur utilisation. Elle s'inscrit dans le contexte du nouveau découpage sanitaire qui a augmenté le nombre des DS de 41 à 52. Ceci a eu pour effet d'accentuer les besoins en postes fixes nécessaire à la réalisation de la vaccination de routine. En ce qui concerne l'offre, l'intervention consistera à augmenter le nombre de sites fixes de vaccination conformément à la nouvelle carte sanitaire nationale, pour s'assurer que chaque enfant se trouve à moins de 5 km d'un site fixe de vaccination, pour approvisionner les sites fixes en matériel de chaînes du froid et mettre en place des dépôts des vaccins dans les 10 nouveaux DS.

De façon générale, l'accroissement de la capacité de la chaîne du froid prendra en compte les besoins relatifs à l'introduction de nouveaux vaccins. La maintenance de la chaîne du froid sera renforcée.

La stratégie « Atteindre Chaque District » en sigle ACD sera renforcée, notamment en mettant en œuvre toutes les composantes. Le renforcement du partenariat public/privé permettra d'impliquer les structures privées dans la réalisation des activités vaccinales de routine. Il sera également développé une stratégie urbaine de vaccination pour réduire le nombre d'enfants non vaccinés dans les grands centres urbains comme Brazzaville et Pointe-Noire.

Comme cela a été précédemment mentionné, dans le contexte de la sortie du Congo de l'éligibilité en rapport avec les appuis de GAVI, le gouvernement sécurisera chaque année les ressources financières suffisantes pour acheter le vaccin mais aussi il s'assurera que le décaissement de ces ressources financières est effectif et se fait suffisamment à temps pour éviter les ruptures des stocks de vaccin.

La formation des ECD dans le cadre de la revitalisation des DS comprendra des modules pour améliorer la capacité de ces derniers dans la gestion des activités vaccinales. Les besoins en personnel dédié aux activités seront pourvus. Le personnel en place et celui qui sera recruté y compris à travers la contractualisation sera formé.

Des ressources matérielles financières et matérielles seront également rendues disponibles par le gouvernement pour couvrir les coûts opérationnels notamment ceux relatifs aux activités mobiles et avancées.

En vue d'assurer une bonne conservation de la chaîne du froid, les locaux du Programme Elargi de Vaccination à Brazzaville et à Pointe Noire seront réhabilités.

- **l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants.** Les interventions en cours seront intensifiées. Il s'agit de la promotion de l'allaitement exclusif au sein, la supplémentation en micronutriment y compris la vitamine A, le déparasitage systématique au mebendazole et la prise en charge de la malnutrition.

7. Amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de l'adolescent et du jeune

L'amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de l'adolescent et du jeune se fera à travers :

- **l'augmentation de la couverture du pays en centres de santé scolaire et universitaire à travers** (i) l'élaboration de la politique de la santé scolaire et universitaire, (ii) l'élaboration des normes, standards et outils d'offre de la santé scolaire et universitaires, (iii) l'ouverture de 12 centres de santé scolaire et universitaires dans le pays à raison d'un centre par chef-lieu de département et (iv) les supervisions des centres de santé scolaire et universitaires.
- **le renforcement de la prévention des grossesses précoces et non désirées avec** (i) le renforcement dans les curricula de formation par les modules de la santé sexuelle et reproductive, (ii) le renforcement de l'offre de la planification familiale en faveur des jeunes et adolescents et (iii) la promotion des droits sur la santé sexuelle et reproductive.
- **le renforcement de la prévention des comportements à risque à travers** (i) l'élaboration et la mise en œuvre du plan de lutte contre l'alcoolisme au Congo, (ii) la sensibilisation/vulgarisation de la loi anti-tabac et autres substances psychotropes chez les jeunes et adolescents et (iii) la réglementation de l'accès dans les boîtes de nuit, caves et bars dancing, en partenariat avec le Ministère de l'Intérieur.

2.8.4. Programme 3 : sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgence selon l'approche englobant l'ensemble des menaces

Ce programme est axé sur la préparation et la réponse aux urgences reposant sur la mise en œuvre des dispositions d'un plan de détection rapide, de préparation et de réponse aux épidémies et autres événements sanitaires.

2.8.4.1. Résultats attendus

Les résultats attendus de ce programme sont repris dans le tableau suivant.

Tableau n°10 : Résultats attendus du Programme « sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgence selon l'approche englobant l'ensemble des menaces »

Sous-programmes	Résultats attendus	Indicateurs	Données de base	Evolution des résultats				
				2018	2019	2020	2021	2022
Sous-programme 1 : Gestion des épidémies en fonction des dispositions des RSI	R1. Les capacités du pays en matière d'alerte rapide des épidémies sont renforcées	Proportion des épidémies détectées à temps (choléra, Ebola, rougeole, rage, poliomyélite, fièvre jaune)	DND	25%	50%	75%	90%	100%
		Proportion des personnes touchées par les épidémies (choléra, Ebola, rougeole, rage, poliomyélite, fièvre jaune) enregistrées dans le pays	DND	100%	95%	65%	45%	20%
		Proportion d'épidémies (choléra, Ebola, rougeole, rage, poliomyélite, fièvre jaune) éliminées	DND	25%	75%	85%	95%	100%
	R2. Les moyens d'intervention en matière de riposte sont renforcés	Couverture du pays en service de santé des DS préparés à la riposte contre toute épidémie	DND	DND	50%	75%	95%	100%
		% des épidémies confirmées par le laboratoire national de santé publique	0%	0%	25%	50%	75%	90%
Sous-programme 2 : Gestion des catastrophes et autres événements de santé en fonction des dispositions des RSI	R3. Les capacités de gestion des catastrophes et autres risques sanitaires nationaux sont améliorées	% des départements disposant d'une carte de risque	0	0	2	3	4	12
		Nombre de simulations de riposte contre les différents types de catastrophes (érosion, inondation, crash d'avion, explosion)	0	0	2	1	0	0
		Proportion de décès des personnes disparues et des personnes directement affectées par des catastrophes pour 100.000 habitants	DND	-60%	-50%	-30%	-20%	-5%

2.8.4.2. Différentes actions du troisième programme

Les actions prioritaires à mener pour atteindre ces résultats sont :

2.8.4.2.1. Sous-programme 1: gestion des épidémies en fonction des dispositions du RSI

- **la mise en œuvre du plan national de prévention, de contrôle et de gestion des épidémies conformément au Règlement Sanitaire International (RSI) :** (i) le renforcement de la détection, actualisation du plan de mise en œuvre du RSI (détection, prévention et riposte), (ii) le pré positionnement des médicaments et intrants à tous les niveaux, (iii) le renforcement de la surveillance épidémiologique dans toutes les aires de santé, (iv) le renforcement des postes de santé des localités des points d'entrées suivants (Ollombo, Maya-Maya, Beach Brazzaville, Aéroport de Pointe- noire, Mossaka, Loukolela, Mpouya, Ngabé, Makotipoko, Impfondo, Bétou, Boko, Kimongo, Tchiamba-Nzassi, Ewo, Okoyo, Ouesso, Pokola, Mindouli, Mfoati et Bokossongo) conformément au RSI.

2.8.4.2.2. Sous-programme 2 : gestion des catastrophes et autres événements de santé en fonction des dispositions du RSI

- **les préventions et ripostes contre les catastrophes et autres événements à travers les actions suivantes :** (i) l'élaboration de la cartographie des risques et catastrophes sanitaires, (ii) l'appui à l'élaboration des plans blancs, (iii) les simulations des ripostes et (iv) le renforcement de l'hygiène en milieu sanitaire.

2.8.5. Programme 4 : promotion de la santé

Le programme de promotion de la santé est entendu au sens plus large incluant à la fois la prévention, la prise en charge des maladies ainsi que la promotion de la santé au sens strict du terme. Ainsi, il comprend 4 sous-programmes que sont : la lutte contre les maladies transmissibles, la lutte contre les maladies non transmissibles, la lutte contre les maladies tropicales négligées et l'amélioration du cadre et/ou des modes de vie de la population.

Ce programme vise à renforcer la prévention et la prise en charge des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles et celles des maladies tropicales négligées. Il vise également à créer par des actions multisectorielles, la promotion des comportements favorables à la santé dans la communauté. En ce qui concerne la prévention et la prise en charge des maladies, l'objectif visé est de s'assurer qu'à tous les niveaux du système de santé, conformément aux missions de ces derniers, on dispose des ressources humaines qualifiées en quantité suffisante, des directives et/ou protocoles actualisés et des intrants nécessaires pour améliorer l'efficacité de la lutte.

Les résultats attendus de ce programme sont repris dans le tableau suivant. Il s'agit des résultats basés essentiellement sur la disponibilité et la capacité opérationnelle des services des différents services de lutte contre ces trois groupes des maladies. Il convient de signaler que les données de base n'existent pas. Elles seront générées par l'enquête SARA qui est en cours de réalisation. Outre l'enquête SARA en cours de réalisation, deux autres enquêtes seront menées pour générer les données nécessaires au suivi de la mise en œuvre de ce programme.

2.8.5.1 Résultats du programme

Les résultats attendus de ce programme sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau n°11 : Résultats attendus du Programme « promotion de la santé »

Programme 4: Promotion de la santé								
Sous-programmes	Résultats attendus et cibles							
	Résultats attendus	Indicateurs	Données de base	2018	2019	2020	2021	2022
Sous-programme 1 : Lutte contre les maladies transmissibles	Lutte contre le paludisme							
	R.1. La capacité opérationnelle des services de lutte contre le paludisme est améliorée dans toutes les formations sanitaires	% des FOSA qui disposent des services opérationnels de lutte contre le paludisme dans les FOSA	ND	+20%	+25%	+30%	+40%	+45%
	Lutte contre la tuberculose							
	R.2. La capacité opérationnelle des services de traitement de la TBC est améliorée à tous les niveaux du système de santé	% des FOSA qui disposent des services opérationnels de lutte contre la TBC	ND	+15%	+30%	+35%	+40%	+50%
	Lutte contre le VIH/Sida							
	R.3. La capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge du VIH est améliorée à tous les niveaux du système de santé	% des FOSA qui disposent des services opérationnels de lutte contre le VIH	ND	+10%	+20%	+25%	+30%	+40%
Sous-programme 2 : Lutte contre les maladies non transmissibles	R.4. La capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles est améliorée	% des FOSA qui disposent des services opérationnels de lutte contre les maladies non transmissibles	ND	+10%	+15%	+20%	+25%	+30%
Sous-programme 4 : Lutte contre les maladies tropicales négligées	R.5. La capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge des maladies tropicales négligées est améliorée à tous les niveaux du système de santé	% des FOSA qui disposent des services opérationnels de lutte contre les MTN	+25%	+30%	+35%	+40%	45%	+50%
Sous-programme 5 : Adoption des comportements favorables à la santé	R.6. Toutes les politiques sectorielles ont intégré des interventions pour promouvoir la santé et protéger les populations contre les menaces à leur état de santé	% des secteurs/départements qui mettent en œuvre l'approche «Santé dans Toutes les Politiques»	20%	40%	60%	80%	100%	100%

2.8.5.2. Différentes actions du quatrième programme

Ce programme est subdivisé en quatre sous-programmes :

2.8.5.2.1 Sous-programme 1 : lutte contre les maladies transmissibles

✓ Lutte contre le paludisme

- 1. Prévention du paludisme.** Elle se fera à travers les interventions suivantes : la lutte anti vectorielle intégrée, l'organisation de campagnes de distribution de masse des MILDE une fois tous les deux ans, la distribution de routine des MILDE à la femme enceinte au cours des CPN et le renforcement de la distribution des TPI lors des consultations prénatales.

2. **Prise en charge du paludisme.** Les interventions à mettre en place pour renforcer la prise en charge du paludisme à tous les niveaux du système de santé sont : la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge du paludisme simple et grave, la mise à disposition des ACT et autres produits médicaux et le renforcement de la surveillance de la résistance aux antipaludiques.

✓ **Lutte contre la tuberculose**

1. **Renforcement de prévention de la tuberculose.** Trois interventions seront intensifiées dans le cadre de cette action. Il s'agit de la vaccination au BCG des enfants, le traitement des cas de tuberculose multi résistante et les cas de co-infection VIH-TB et le dépistage systématique des sujets contacts.
2. **Amélioration de la prise en charge de la tuberculose à travers** (i) la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge des cas, (ii) le renforcement des laboratoires en matière de dépistage dans les 44 CDT, (iii) la disponibilité des antituberculeux et intrants pour le dépistage, (iv) l'intégration du DOTS dans tous les CSI, hôpitaux et dans les formations sanitaires privées et (v) l'organisation de campagnes de dépistage actif de la maladie pour les populations des zones enclavées.
3. **Mise en place d'un centre de référence de prise en charge de la tuberculose multi résistante.** Vu le nombre de plus en plus croissant des cas de tuberculose multi résistants, un centre de référence de prise en charge de la tuberculose sera mis en place à Ignyé. Pour ce faire, un local excentré par rapport à la population pouvant contenir 150 lits sera réhabilité. Il sera doté d'un plateau technique ainsi que d'un laboratoire qui lui permettra de réaliser efficacement sa mission. Il disposera d'un personnel qualifié (formé sur la prise en charge de la tuberculose multi résistante) et en nombre suffisant. Les intrants seront également mis à disposition.

✓ **Lutte contre le VIH/Sida**

1. **Prévention du VIH/Sida et des IST à travers** (i) l'intensification de la communication dans la communauté, (ii) l'intensification du conseil dépistage volontaire dans les formations sanitaires et dans les communautés, (iii) l'intégration progressive de l'auto test, (iv) l'organisation des campagnes de dépistage mobile, (v) la distribution des préservatifs et gels auprès des PS, HSH, des jeunes de 15 à 24 ans, des autres groupes vulnérables et dans les lieux d'aisance, (vi) le renforcement de la sécurité transfusionnelle et le développement de la sécurité en milieu de soins, (vii) le développement des activités de suivi- évaluation et de la recherche, (viii) la mise en œuvre de la prophylaxie pré (Prep) et post exposition, (iv) le diagnostic et le traitement des IST et (ix) la mise à l'échelle de la stratégie d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) dans les formations sanitaires publiques et privées.
2. **Prise en charge du VIH/Sida et des IST à travers** (i) le renforcement de l'intégration de la prise en charge du VIH dans le paquet d'activités des structures sanitaires (tous les CDT et les autres formations sanitaires), (ii) l'accès aux ARV, aux médicaments des infections opportunistes et au bilan du suivi biologique, (iii) la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge psycho-sociale, nutritionnelle, juridique et dans l'accompagnement des PVVIH, (iv) la prise en charge psychologique, sociale, nutritionnelle et juridique des PVVIH, (v) la prise en charge globale des nouveau-nés nés de mères séropositives et (vi) la prise en charge des orphelins du Sida.
3. **Renforcement de la prise en charge nutritionnelle et sociale des PVVIH dans les 2 Centres de Traitement Ambulatoires (Brazzaville et Pointe-Noire).** Un état des besoins sera élaboré, les membres des associations de lutte contre le VIH/Sida seront formés ou recyclés dans la prise en charge nutritionnelle et psycho-sociale des PVVIH et les intrants mis à disposition.

2.8.5.2.2. Sous-programme 2 : lutte contre les maladies non transmissibles

✓ **Lutte contre le diabète, l'HTA et autres maladies cardio-vasculaires**

1. **Prévention du diabète, l'HTA et autres maladies cardio-vasculaires à travers** (i) l'organisation régulière de journées de pratique des activités physiques individuelles et collectives, (ii) la communication sur les habitudes d'une alimentation saine et (iii) la vulgarisation du guide de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) en milieu de soins et dans les communautés.
2. **Prise en charge du diabète, l'HTA et autres maladies cardio-vasculaires à travers** (i) la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge du diabète, l'HTA et autres maladies cardio-vasculaires, (ii) le dépistage précoce du diabète et l'HTA dans la population en général et systématisation en particulier chez la femme enceinte et (iii) l'accès aux antidiabétiques oraux (ADO) et à l'insuline et aux antihypertenseurs.

✓ **Lutte contre les cancers**

1. **Prévention du cancer à travers** (i) la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, (ii) l'immunisation des jeunes adolescentes contre le papilloma virus, (iii) la décentralisation des techniques de dépistage (frottis avec coloration, palpation des seins chez les femmes, toucher rectal chez les hommes, biopsie) des lésions précancéreuses dans toutes les formations sanitaires.

2. **Prise en charge du cancer à travers** (i) la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge précoce des lésions précancéreuses, (ii) l'amélioration de l'accès aux anticancéreux et à la radiothérapie, (iii) la prise en charge psycho- sociale et (iv) la mise à jour du registre des cancers.

✓ **Lutte contre la drépanocytose**

1. **Prévention de la drépanocytose à travers** (i) l'institutionnalisation des examens prénuptiaux et (ii) l'amélioration du traitement des symptômes pré-crisés.
2. **Prise en charge de la drépanocytose à travers** (i) la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge des crises de drépanocytaires, (ii) l'amélioration de l'accès aux examens de laboratoire et aux médicaments de prise en charge des crises des drépanocytaires et (iii) la prise en charge psycho-sociale des parents.

✓ **Lutte contre les maladies mentales**

1. **Prévention des maladies mentales et des troubles de stress post-traumatiques.** Elle s'opérera par (i) la célébration régulière de la journée de la santé mentale (10 octobre) et celle de la journée mondiale de lutte contre la drogue (26 juin) chaque année, (ii) la sensibilisation aux problèmes de santé mentale dans une optique de santé mentale et (iii) la mise en place et la redynamisation des groupes trauma-counseling hospitaliers et communautaires.
2. **Prise en charge des maladies mentales et des troubles de stress post-traumatiques (épilepsie, psychoses et névroses).** Elle s'opérera à travers (i) la formation continue du personnel en santé mentale, (ii) l'élaboration des ordinogrammes qui facilitent l'intégration des soins de santé mentale dans les PSE, (iii) l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale de qualité, (iv) l'accès aux médicaments psychotropes et (v) la lutte contre la stigmatisation des malades mentaux.

✓ **Lutte contre les accidents de voie publique**

1. **Prévention des accidents de voie publique en partenariat avec le Ministère de l'intérieur et de la décentralisation à travers** (i) le renforcement de la réglementation de la circulation routière, (ii) le renforcement du contrôle technique des véhicules (Veritas), le renforcement de l'entretien routier, (iii) le renforcement de la signalisation et (iv) le renforcement de l'éclairage public.
2. **Prise en charge des accidents de voie publique à travers** (i) la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge des cas, (ii) la mise en place des plans blancs dans les formations sanitaires et (iii) l'amélioration de l'accès prompt aux médicaments d'urgence.

2.8.5.2.3. Sous-programme 3 : lutte contre les maladies tropicales négligées

1. **Prévention des maladies tropicales négligées :** la lutte contre l'ulcère de Buruli, l'onchocercose, la filariose lymphatique, la lèpre et les autres maladies tropicales négligées reposera sur (i) le renforcement des capacités de gestion des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées et (ii) l'amélioration des conditions d'utilisation des relais communautaires.
2. **Prise en charge des maladies tropicales négligées à travers** (i) la mise à échelle des interventions de prise en charge intégrée de ces maladies, (ii) l'organisation des campagnes intégrées de chimiothérapie préventive et (iii) l'intégration des activités de lutte contre les maladies tropicales négligées dans les paquets de services offerts par les formations sanitaires des zones concernées.

2.8.5.2.4. Sous-programme 4 : amélioration du cadre et/ou du mode de vie des populations

Ce sous-programme concerne les actions de promotion des pratiques, comportements et attitudes qui sont favorables à la santé des populations. Il s'agit de mettre en œuvre les interventions contenues dans un plan intégré de communication (PIC) afin de réduire l'impact des facteurs de risque (consommation du tabac, consommation de l'alcool, consommation des substances psychotropes, la non observation des règles de circulation de la voie publique, le sédentarisme, la non pratique des examens prénuptiaux, etc.). L'approche de la santé dans toutes les politiques et l'approche de cadre-santé seront mises en œuvre dans le pays. Il s'agira de (i) la vulgarisation des principales maladies au sein de la population, (ii) le développement de la communication pour le changement de comportement avec implication de la communauté, (iii) la redynamisation des unités de lutte contre le Sida et des unités ministérielles de lutte contre le Sida, (iv) le renforcement des capacités de prévention et la sensibilisation au profit des groupes vulnérables, (v) l'intégration des activités de promotion de santé dans les plans opérationnels des tous les Ministères et (vi) la promotion de l'activité physique régulière individuelle et d'une alimentation saine.



CHAPITRE III **CADRE DE MISE EN OEUVRE** **DU PNDS**

3.1. Cadre de mise en œuvre

3.1.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre du PNDS

Le PNDS 2018-2022 sera mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé du Congo à travers des plans opérationnels annuels qui s'appuieront sur les quatre programmes retenus. Les organes de mise en œuvre du PNDS de coordination, le pilotage, le suivi et l'évaluation sont :

3.1.1.1. Les organes de coordination du PNDS

La coordination de la mise en œuvre du PNDS sera réalisée à travers les organes suivants :

3.1.1.1.1. Au niveau national

✓ **Le Conseil national de la santé**

Organe consultatif chargé de donner des avis et recommandations relatifs à l'amélioration des conditions de vie des populations. Il propose des orientations sur les choix stratégiques pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé (PNS).

✓ **Le Comité de pilotage du PNDS**

Organe de coordination, d'orientation, de contrôle, de programmation et d'évaluation. A ce titre, il est chargé notamment de :

- suivre et évaluer la mise en œuvre,
- approuver les plans opérationnels annuels et faire des recommandations appropriées,
- assurer la liaison avec les organisations non gouvernementales, les agences de coopération bi et multilatérale,
- aider à la mobilisation des ressources et à la coordination des aides extérieures et
- formuler les recommandations sur la mise en œuvre du plan.

La composition et les modalités de fonctionnement de cet organe sont fixées par voie réglementaire.

3.1.1.1.2. Mise en œuvre et coordination du PNDS au niveau départemental

✓ **Comités départementaux de suivi du PNDS**

Organe de coordination chargé d'assurer la mise en œuvre du PNDS 2018-2022 au niveau départemental, il est chargé de :

- piloter et de coordonner la mise en œuvre du PNDS au niveau départemental,
- organiser des réunions bilans de suivi et d'évaluation.

la composition et les modalités de fonctionnement de cet organe sont fixées par voie réglementaire.

3.1.1.1.3. Mise en œuvre et coordination du PNDS au niveau du district sanitaire

✓ **Les équipes cadres des districts sanitaires**

Les districts sanitaires constituent les unités de base pour la planification opérationnelle et la mise en œuvre des interventions dans leur globalité.

✓ **Le Comité de Gestion du district sanitaire (COGES)**

Organe de co-gestion du district sanitaire. Il regroupe les membres de l'équipe-cadre du district et le directeur de l'hôpital de district et les représentants des populations.

✓ **Le Comité de Gestion de l'hôpital de district**

Organe de co-gestion de l'hôpital de district. Il regroupe les membres de l'équipe administrative de l'hôpital et le médecin-chef du district sanitaire.

✓ **Le Comité de Santé (COSA)**

Organe de co-gestion du centre de santé intégré. Il regroupe les représentants des populations de l'aire de santé.

3.1.1.2. Les organes techniques de suivi du PNDS et son secrétariat

3.1.1.2.1. Le comité technique de suivi du PNDS (CTS-PNDS)

Cet organe joue le rôle d'organe technique du suivi de la mise en œuvre du plan. Le comité technique du suivi du PNDS est dirigé par le Ministre en charge de la santé. Sa composition et ses modalités de fonctionnement sont fixées par arrêté ministériel.

3.1.1.2.2. Le secrétariat du comité technique de suivi du PNDS (SCTS-PNDS)

Organe permanent du suivi de la mise en œuvre du PNDS. Le secrétariat dudit comité est assuré par le Directeur des études et de la planification. Le secrétariat du comité technique de suivi du PNDS est chargé de l'appui technique aux structures opérationnelles de mise en œuvre du plan et la coordination des agences de coopération. Sa composition et ses modalités de fonctionnement sont fixées par arrêté ministériel.

3.1.2. Responsabilité dans la mise en œuvre du PNDS

✓ Rôle du gouvernement

Le gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du présent PNDS. Le PNDS sera adopté en conseil des Ministres et sa mise en œuvre sera assurée par le Ministère de la Santé et de la Population. Le gouvernement mobilisera les ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre du PNDS.

Le Ministère de la Santé et de la Population assurera la gestion des ressources mises à sa disposition pour la réalisation des objectifs du plan en liaison avec le Ministère des Finances et du Budget, le Ministère du Plan, de la Statistique et de l'Intégration régionale, les partenaires techniques et financiers, la société civile et le secteur privé. Le Ministre de la Santé et de la Population informera annuellement le gouvernement de l'évolution de la mise en œuvre du PNDS sur la base du rapport annuel de performance du secteur ou du rapport du Conseil National de Santé.

✓ Rôle des différents niveaux de la pyramide sanitaire

Le PNDS 2018-2022 sera mis en œuvre aux trois niveaux du système national de santé selon les attributions de chacun d'eux :

- **le niveau central** : ce niveau est chargé de l'élaboration/actualisation des politiques, stratégies, normes (administratives, techniques, procédurales et de performances) et textes réglementaires, superviser les cadres évoluant au niveau départemental et des districts sanitaires. Aussi, il assurera un rôle de contrôle des établissements sous-tutelles dans l'accomplissement des missions qui lui sont dévolues, dans le cadre de la mise en œuvre du plan. Il garantira également le renforcement des capacités techniques et opérationnelles des structures. Tout ceci implique la mise en place d'un noyau des formateurs du niveau central, avec des compétences nécessaires dans la gestion des soins de santé primaire et au besoin avec l'expertise internationale sur la gestion axée sur les résultats, la négociation, la contractualisation, l'élaboration des stratégies sous-sectorielles, la production de l'information stratégique et le suivi-évaluation des politiques, plans et stratégies. Enfin, le niveau central assurera la mobilisation des financements extérieurs dans le cadre des initiatives globales de la santé.
- **le niveau départemental** assurera un encadrement technique de proximité et logistique des districts sanitaires et services de santé à caractère départemental (HG, HD, CSI) pour la mise en œuvre des orientations stratégiques définies par le niveau central. A cet effet, les directions départementales de la santé et de la population seront renforcées avec des équipes-cadres répondant au profil des postes. Elles seront dotées de compétences en matière de planification, d'exécution, de suivi budgétaire et de passation de marchés.
- **le district sanitaire** opérationnalisera les stratégies, les programmes et les projets retenus dans le cadre du plan, rendra compte au niveau du département et assurera le relais des informations au niveau des populations et au niveau départemental. Dans ce cadre, le renforcement de la performance du système de santé de district s'avère nécessaire. Pour y parvenir, il sera indispensable de renforcer i) les capacités gestionnaires des équipes cadres de district (ECD), ii) les capacités cliniques, techniques et gestionnaires des services de santé de manière à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des paquets d'interventions à haut impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité en particulier de la mère et de l'enfant.

✓ Rôle des autres Ministères impliqués

Le gouvernement mobilisera les ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre du PNDS.

- **La Primature** : coordonner les contributions de tous les Ministères et des partenaires techniques et financiers impliqués dans le secteur santé par la tenue régulière de Conseil National de Santé conformément aux dispositions des textes en vigueur. La primature favorise la mobilisation des ressources et fait le suivi de la mise en œuvre des recommandations du conseil national de santé. Elle assure la coordination de la mise en œuvre du PNDS.
- **Le Ministère de la Santé et de la Population** : mettre en œuvre, assurer le suivi et évaluer le Plan National de Développement Sanitaire et en assurera la redevabilité au sein du gouvernement. A cet effet, il assurera la gestion des ressources mises à sa disposition pour la réalisation des objectifs du PNDS en liaison avec le Ministère des Finances et du Budget, le Ministère du Plan, de la Statistique et de l'Intégration régionale, les partenaires techniques et financiers, la société civile et le secteur

privé. Le Ministre de la Santé et de la Population informera annuellement le gouvernement de l'évolution de la mise en œuvre du PNDS sur la base du rapport annuel de performance du secteur ou du rapport du Conseil National de Santé.

- **Le Ministère en charge de la fonction publique, de la réforme de l'État, du travail et de la sécurité sociale** : mettre en place l'Assurance Maladie Universelle et favorisera l'intégration des agents de santé selon le besoin exprimé par le Ministère en charge de la santé.
- **Les Ministères en charge de l'enseignement (Primaire, secondaire et de l'alphabétisation ; technique et professionnel, supérieur)** : améliorer la qualité des programmes en incorporant des leçons sur l'éducation à la santé globale en milieu scolaire et universitaire.
- **Le Ministère en charge des Finances et du Budget** : mettre à la disposition des différents Ministères, les ressources financières nécessaires à la réalisation des interventions programmées dans le PNDS qui relèvent de leurs responsabilités.
- **Les Ministères en charge de l'intérieur et de la décentralisation** : mettre en œuvre les dispositions de la fonction publique territoriale, assurer la mise en œuvre de la santé de base comme domaine transféré aux collectivités locales et veiller à la bonne gestion des ressources transférées.
- **Le Ministère en charge de l'aménagement, de l'équipement du territoire et des grands travaux** : finaliser les travaux de construction/réhabilitation des infrastructures programmées dans le PNDS.

3.1.2.1. Rôles des partenaires nationaux et internationaux

- **Les partenaires techniques et financiers** : les partenaires techniques et financiers soutiennent la mise en œuvre du PNDS, assurent le relais au niveau national des résolutions prise au niveau international, renforcement des capacités financières et techniques nationales. Ils s'alignent sur la PNS et le PNDS.
- **Le secteur privé, la société civile, les associations et ONG** : ils constituent le 2^{ème} pilier du secteur santé et contribuent de façon réglementaire à l'offre de soins et services de santé de qualité selon la carte sanitaire nationale.
- **Les ordres professionnels** : les ordres seront mis à contribution pour veiller au respect des dispositions d'éthique et de déontologie des différentes professions. Ils constituent l'aide à la décision par leur avis motivé en matière de couverture sanitaire. Ils prennent une part active aux commissions techniques et groupes de travail de l'organe de coordination du secteur.
- **Le syndicat** : les différents syndicats des professionnels et personnels de santé seront mis à contribution pour s'assurer du respect des obligations contractuelles. Leur rôle sera prépondérant dans la vulgarisation du code de conduite du fonctionnaire de l'administration publique. Ils participeront également aux différentes revues et évaluations de la performance du secteur.

3.1.3. Modalités de mise en œuvre

✓ Alignements des plans stratégiques des programmes de santé

Une fois le PNDS adopté par le gouvernement, les plans stratégiques des programmes de santé devront être actualisés pour s'aligner au PNDS. Cet alignement se fera à la fois sur le cycle de planification et de budgétisation et sur le contenu, c'est-à-dire sur les objectifs du PNDS auxquels ces programmes de santé devront désormais contribuer sur les programmes, les sous-programmes et les résultats attendus de ces derniers.

✓ Planification opérationnelle à tous les niveaux du système de santé

La mise en œuvre du PNDS se fera à travers l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action opérationnels (PAO) par toutes les structures et à tous les niveaux du Ministère de la Santé et de la Population. Ces plans se feront en fonction des missions des structures concernées. Ils auront une durée de mise en œuvre d'une année avec un cycle de planification correspondant au cycle budgétaire du gouvernement. L'alignement se fera en fonction des programmes et sous-programmes du PNDS.

Les plans des districts sanitaires et ceux des structures opérationnelles (hôpitaux généraux et autres structures qui offrent des prestations tels que le Centre National de Transfusion Sanguine, le Centre de Traitement Ambulatoire du VIH/Sida, etc.) serviront à la mise en œuvre des interventions prioritaires retenues.

Les plans d'action opérationnels des directions des directions générales et directions centrales et des programmes et départementales incluront des actions d'appui technique aux niveaux immédiatement inférieurs pour renforcer leurs capacités dans la mise en œuvre de leurs plans.

✓ Elaboration et mise en œuvre d'un cadre de dépenses à moyens termes

Conformément aux orientations de la loi organique n°36-2017 du 3 octobre 2017 relative aux lois de finances et ce en concertation avec les Ministères en charge du Plan et/ou Ministère des Finances et du

Budget, un cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) sera élaboré par la direction en charge de la planification. Ce CDMT sera basé sur les ressources réellement disponibles dans le secteur. Il s'agit du cadre dans lequel seront négociés les résultats attendus chaque année en fonction des ressources disponibles.

3.1.4. Mesures et réformes nécessaires

Un certain nombre de réformes sont nécessaires pour permettre une mise en œuvre efficace du PNDS, au nombre desquelles : la revitalisation du district sanitaire, pour la promotion des soins de santé primaires centrés sur la personne, la décentralisation, la mise en œuvre des budgets-programmes et l'opérationnalisation de l'assurance-maladie universelle.

✓ **Revitalisation du district sanitaire**

Le Ministère de la Santé et de la Population a fait de la revitalisation du district sanitaire une priorité. Cette réforme va consister à passer d'un système de santé hôpitalo-centré à un système de santé où le district sanitaire devient ainsi l'unité opérationnelle de la mise en œuvre de la PNS et du PNDS. Cette réforme va nécessiter une révision de la clé de répartition du budget de l'État entre les différents échelons des soins, en privilégiant les deux échelons (CSI et Hôpital de district) où sont censés trouver solution plus de 80% des problèmes de santé de la population.

La réforme du district qui a fait passer le nombre de ces derniers de 41 à 52 devra se mettre progressivement en place pour éviter la paralysie des activités due au lancement des nouveaux DS non préparés. Cette préparation inclura la transformation d'un CSI en hôpital de district, l'appui logistique nécessaire à l'offre des services essentiels (tel que la chaîne du froid pour la concertation des vaccins), aux activités de l'équipe cadre du district, l'affectation du personnel de santé, etc.

✓ **Mise en œuvre effective de la décentralisation**

La réforme relative à la décentralisation est nécessaire pour soutenir la revitalisation du district sanitaire qui est un axe essentiel du PNDS. Cette réforme devrait permettre de concrétiser le transfert des ressources dont les districts sanitaires ont besoin pour leur développement. Parmi ces ressources, il y a les ressources humaines pour la santé dont la rétention en milieu rural passe par la mise en place de la fonction publique territoriale.

✓ **Mise en œuvre des budgets-programmes**

Le budget-programme sera un outil essentiel pour faire des progrès vers la couverture universelle en santé. Sa mise en œuvre nécessite une révision de la loi des finances publiques. Il permettra de lier les résultats aux moyens et ressources qui seront mis à la disposition des différentes structures et différents acteurs aux résultats attendus de ces derniers. Il se fera sur base des quatre programmes et des sous-programmes développés dans le PNDS. Les différents programmes et sous-programmes seront logés dans les structures du Ministère de la santé publique et de la population, en fonction de leurs missions respectives. Ces structures seront comptables à la fois des résultats négociés dans le CDS-MT et des ressources mises à leur disposition pour la réalisation de ces derniers.

Les structures responsables des programmes seront dotées de moyens institutionnels (réformes structurelles et fonctionnelles) pour leur permettre de réaliser les résultats qui leur seront exigés.

✓ **L'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle (AMU)**

La mise en place de l'assurance maladie est essentielle pour l'atteinte des résultats inscrits dans le PNDS. Sa mise en place nécessite l'implication de plusieurs Ministères dont le Ministère de la santé, le Ministère en charge du travail et de la sécurité sociale, le Ministère des finances, le Ministère de la décentralisation, etc. Des progrès dans la mise en œuvre de l'assurance maladie passent par une meilleure coordination de tous les Ministères impliqués au sein du gouvernement. Ceci nécessite un engagement au sommet de l'État.

3.1.5. Procédures administratives, financières et comptables, contrôle de gestion

Dans un souci d'efficacité et de transparence de gestion, le Ministère de la Santé et de la Population mettra en place des mécanismes opérationnels de contrôle et procédera à des contrôles et des inspections à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

3.1.5.1. Procédures administratives, financières et comptables

Les procédures de gestion administrative, financière et comptable seront améliorées, disséminées et appliquées à tous les niveaux du système de santé. A cet effet, un manuel de procédures financières et comptables sera élaboré. Ce manuel définira clairement les responsabilités dans l'imputation des ressources, le calendrier de transmission et de publication des rapports d'exécution du budget. En ce qui concerne les

structures autonomes, le manuel de procédures sera mis à jour en tenant compte des réformes administratives. L'application de ces manuels de procédures nécessitera le renforcement des capacités des agents en charge de la gestion financière et comptable. De plus, les membres des Conseils d'Administration, des Comités de Direction et les administrateurs des hôpitaux et autres responsables impliqués dans la gestion seront formés sur la bonne gouvernance et sur les mécanismes de contrôle et d'audit interne. Pour faciliter le suivi des données financières et comptables, un tableau de bord retraçant les situations financières interne et externe du Ministère sera élaboré.

3.1.6. Modalités de contrôle de gestion

Les actions de l'Inspection Générale de la Santé seront renforcées, en rapport avec l'Inspection Générale des Finances et l'Inspection d'Etat. L'Inspection générale des services de santé procédera principalement au contrôle administratif, financier et sanitaire des établissements et services relevant du Ministère de la Santé et de la Population et veillera à la diffusion ainsi qu'à l'application de la législation, de la réglementation et des normes en vigueur. Il s'agira également de mesurer et d'expliquer les écarts entre les réalisations et les objectifs et moyens assignés et de conduire des enquêtes de suivi des dépenses jusqu'à leur terme.

En outre, la Direction des Affaires Administratives et financières de la DGAAR, en liaison avec l'Inspection Générale des Finances veillera au suivi de la régularité des opérations comptables et financières des établissements et services. Les autres directions de moyens, la DIEM et la DRH vont respectivement assurer l'inventaire régulier du patrimoine du Ministère et le contrôle annuel des effectifs.

Les directions départementales de la Santé et des directions départementales de la population, en rapport avec la DRF, seront chargées d'assurer le contrôle des opérations comptables et financières des établissements de leur circonscription. Le cabinet s'assurera chaque année de la qualité du contrôle interne du Ministère de la Santé et de la Population.

3.2. Conditions de succès et gestion des risques

3.2.1. Conditions de succès

3.2.1.1. Engagement politique au sommet de l'État

L'efficacité de la mise en œuvre de cette stratégie sectorielle repose sur les principales conditions suivantes :

- ✓ le respect de l'engagement politique pris au plus haut niveau en faveur d'une forte implication du budget dans le social, la santé en particulier et pour la réalisation des ODD. Cela devra se traduire par (i) un renforcement de leadership national, (ii) une mobilisation suffisante des ressources nécessaires et (iii) une régulation et un contrôle efficace à tous les niveaux,
- ✓ l'engagement des PTF pour un réel accompagnement de cette stratégie, la redéfinition du niveau de négociation des financements avec les partenaires doit être officialisée par un « Compact national » pour une meilleure prévisibilité des ressources externes,
- ✓ le renforcement de la participation communautaire car le partenariat communautaire dans le système de santé est un élément clef permettant de réduire les disparités dans l'accès aux soins de santé de base et garantissant un certain « contrôle citoyen » sur la mise en œuvre de cette stratégie sectorielle. A cela, il faudra associer des initiatives de renforcement des capacités des familles à être elles-mêmes les moteurs du changement des comportements nécessaires à l'amélioration de leur état de santé.

3.3. Analyse et gestion des risques et menaces

Domaines	Risques potentiels	Mesures de mitigation
1. Gouvernance	1.1. Echec de mise en œuvre de la réforme sur la gouvernance décidée depuis les assises d'Ewo	• finaliser tous les textes d'application (les arrêtés, les décisions) 2018-2022
		• vulgariser les textes d'application du PNDS 2018-2022
		• institutionnaliser la redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
		• renforcer la fonctionnalité des organes de mise en œuvre du PNDS 2018-2022
2. Financement de la santé	2.1. Persistance de la crise financière pendant la durée de mise en œuvre du PNDS 2018-2022	• renforcement de la mobilisation des ressources des partenaires
		• révision des textes traitant les mécanismes de gestion des fonds issus des recouvrements des coûts
		• rigueur sur les mécanismes de gestion des fonds dans les FOSA (intensification des contrôles)
		• révision à la baisse des ambitions (objectifs en fonction des ressources disponibles)
		• assouplir les procédures de décaissement des allocations budgétaires des structures de santé
	2.2. Insuffisance des ressources pour la revitalisation du DS	• développement des districts sanitaires de manière progressive
		• mobilisation des ressources locales à partir du principe de la responsabilité sociétale des entreprises et des collectivités locales
		• négociation avec des institutions de bienfaisance (GAVI, Fonds mondial,
	2.3. Retard dans la mise en œuvre du Budget-Programme	• plaider au plus haut niveau de l'État pour les dispositions particulières de financement du PNDS
• respect des cycles de planification des interventions à tous les niveaux		
• décaissement à temps des allocations budgétaires		
3. Médicaments Essentiels Génériques	3.1. Contreperformance de la CAMEPS de satisfaire les besoins des formations sanitaires en médicaments, réactifs et autres produits de santé	• gestion décentralisée des allocations budgétaires de la CAMEPS
		• mise en place des deux dépôts relais (Nkayi et Oyo)
		• respect des opérations de gestion de la centrale
		• contractualisation avec une centrale de la sous-région dans la collaboration des approvisionnements des FOSA du pays
4. Ressources Humaines en Santé	4.1. Absence du personnel de santé dans les formations sanitaires avec fermeture	• mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines
		• respect des dispositions de la loi sur la fonction publique territoriale
		• contractualisation des agents selon les besoins
		• répartition équitable des ressources entre le milieu rural et le milieu urbain
		• intensification des contrôles de présence au poste sur le terrain

Domaines	Risques potentiels	Mesures de mitigation
5. Informations sanitaires	5.1. Fiabilité des données produites à différents niveaux du système	• développement du DHIS2 dans toutes formations sanitaires
		• renforcement des supervision-formatives de la gestion des données dans toutes structures sanitaires (privées et publiques)
		• obligation de tenir des réunions de validation des données à tous les échelons
6. Prestations	6.1. Apparition de plusieurs épidémies, catastrophes et autres événements sanitaires à forte létalité	• actualisation du plan national de prévention, de préparation, de riposte contre les épidémies, urgences sanitaires, catastrophe et autres événements de santé
	6.2. La sous-utilisation des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> • affecter les ressources selon les besoins • soutenir la supervision des équipes des formations sanitaires au niveau des districts et du département pour garantir la qualité des soins et des services de santé • intensifier la sensibilisation sur les problèmes de santé au niveau des communautés • développer l'assurance maladie universelle



CHAPITRE IV **FINANCEMENT DU PNDS** **2018-2022**

Ce chapitre présente le volume global du financement nécessaire pour la mise en œuvre du PNDS 2018-2022. Cette présentation des besoins financiers du PNDS comprend : i) l'évaluation des besoins, (ii) les scénarios de financement et (iii) les sources potentielles de financement.

4.1. Estimation des besoins financiers du PNDS 2018-2022

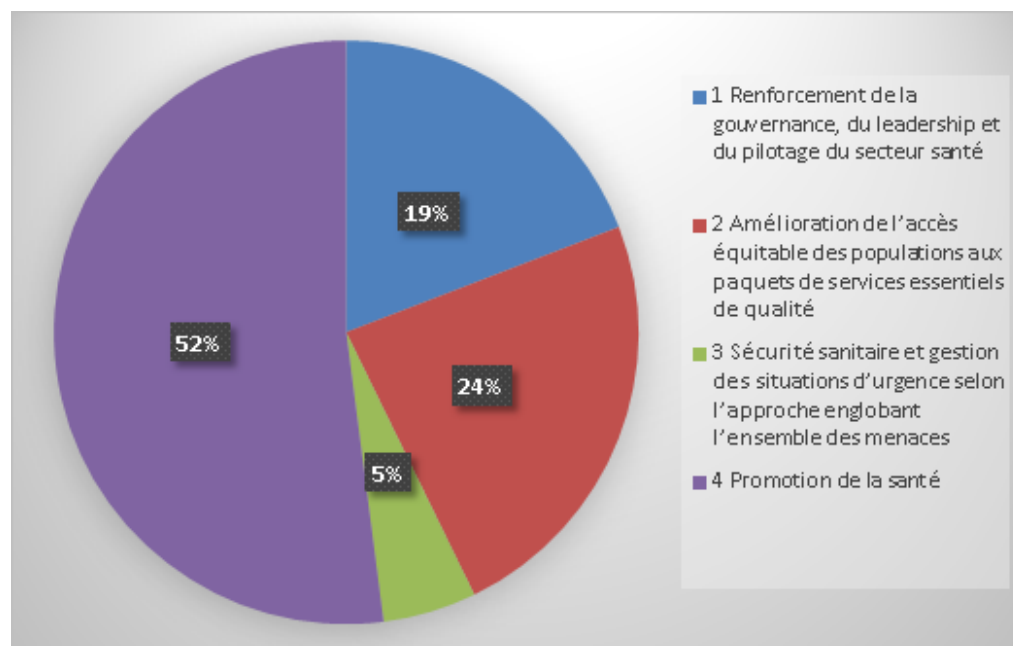
4.1.1. Coût global du PNDS

L'estimation des besoins réels de financement du PNDS 2018-2022 a été réalisée avec l'outil OneHealth. Cet outil permet d'estimer les coûts des interventions, en fonction des niveaux de leur mise à échelle en vue d'atteindre les objectifs fixés. Il permet également de faire une estimation de l'impact des interventions sur la santé.

Tenant compte des spécificités de l'outil et des hypothèses techniques, le coût total du PNDS (2018-2022) est évalué à 1.153,048 milliards FCFA, soit un effort budgétaire annuel moyen de près de 219,30 599 milliards de FCFA. Il en ressort que les programmes promotion d'un meilleur état de santé et de bien-être de la population (52%) et de l'amélioration de l'accès équitable des populations à des paquets de services essentiels et de qualité en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle (24 %) mobilisent la majorité des ressources (76%). Les 24 % des ressources restantes sont partagés entre le programme de la sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgences selon l'approche englobant l'ensemble des menaces (5%) et celui du renforcement de la gouvernance et du leadership (19%).

Il sied de rappeler que le programme promotion de la santé a intégré la prise en charge des pathologies. Car la version utilisée de l'outil OneHealth a prévu cette désagrégation. Ainsi, la méthode consistant à intégrer la prise en charge des différentes pathologies dans un programme ou un autre peut donc faire basculer les financements d'un programme vers un autre. Aussi, le programme 4 relatif à la promotion de la santé a intégré les différentes actions pour l'amélioration du cadre et/ ou du mode de vie des populations avec des implications au-delà même du secteur de la santé.

Graphique n°10 : Répartition du budget par "programme".



Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018) .

4.1.2. Analyse du coût global du PNDS

L'outil utilisé a permis de mettre en exergue les coûts par programme, sous-programme, résultat, catégorie de dépenses et part des dépenses par niveau du système de santé.

4.1.2.1. Coût par programme du PNDS 2018-2022

La répartition du budget selon les programmes du PNDS est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°12 : Répartition du budget par programme en millions de FCFA

Programme (Million de XAF)	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Total
1.Renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage du secteur santé	62 465	82 956	93 577	105 978	102 387	447 361
2.Amélioration de l'accès équitable des populations aux paquets de services essentiels de qualité	17 571	78 059	75 801	37 954	33 261	242 643
3.Sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgence selon l'approche englobant l'ensemble des menaces	9 719	11 640	11 489	9 975	9 802	52 626
4.Promotion de la santé	97 393	87 587	78 208	78 652	68 936	410 775
Total	187 129	260 155	258 979	232 479	214 306	1 153 048

Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018).

4.1.2.2. Coût par sous-programme du PNDS 2018-2022

Tableau n°13 : Présentation du coût par sous-programme du PNDS (en millions de FCFA)*

Sous-Programme (Million de XAF)	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Total
1.1. Renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage	31 691	41 162	41 952	44 386	31 091	190 280
1.2. Amélioration de la coordination et du partenariat du secteur de la santé	4 118	5 087	5 937	6 749	7 528	29 420
1.3. Amélioration de l'accès financier aux soins et services de santé des populations	10	440	0	0	0	450
1.4 Mise à disposition au niveau des FOSA des RH en quantité et qualité suffisantes	25919	35415	44702	53716	62493	222245
2.1. Renforcement de l'offre de soins et services de santé	38 263	107 799	114 763	85 936	89 835	436 597
2.2. Renforcement des programmes de santé de la mère, de l'enfant et des jeunes et des adolescents	5 955	6 526	6 725	6 860	7 193	33 258
3.1. Gestion des épidémies en fonction des dispositions des RSI	500	665	500	665	500	2 831
3.2. Gestion des catastrophes et autres événements de santé en fonction des dispositions des RSI	9 200	10 889	10 895	9 231	9 223	49 437
4.1. Lutte contre les maladies transmissibles	6 924	6 407	7 415	10 040	9 679	40 465
4.2. Lutte contre les maladies non transmissibles	20 150	20 150	20 150	20 150	20 150	100 750
4.3. Lutte contre les maladies tropicales négligées	2 571	2 765	2 969	3 183	3 409	14 897
4.4. Lutte contre les maladies évitables par la vaccination	9 306	10 365	9 306	9 306	9 306	47 587
4.5. Amélioration du cadre et/ ou du mode de vie des populations	58 443	47 900	38 368	35 973	26 392	207 076
Total	187 129	260 155	258 979	232 479	214 306	1 153 048

Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018).

* Pour une meilleure lecture de ce tableau : 1.1

- Premier chiffre : représente le programme

- Deuxième chiffres : représente le sous-programme

4.1.2.3. Coût par résultat

La répartition du budget selon les résultats du PNDS est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°14 : Répartition du budget par résultat*

Résultat attendu (Million de XAF)	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Total
Résultat attendu						
1.1.1 La gouvernance des structures de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé	10	16	0	0	0	26
Résultat attendu						
1.1.2 Le processus de planification stratégique et opérationnelle est amélioré à tous les niveaux du système de santé	475	425	926	2870	75	4769
Résultat attendu						
1.1.3 Le plan de développement des ressources humaines est mis en œuvre	11	4021	4511	5011	11	13565
Résultat attendu						
1.1.4 Le système d'information sanitaire permettant la planification, le suivi et l'évaluation est devenu performant	195	200	5	5	5	410
Résultat attendu						
1.1.5 Le financement du secteur de la santé est adéquat	31727	37352	37496	37627	32275	176477
Résultat attendu						
1.2.1 La coordination du secteur est renforcée	4117	5077	5937	6749	7528	29408
Résultat attendu						
1.2.2 Le partenariat du secteur est renforcé	1	10	0	0	0	11
Résultat attendu						
1.3.1 La couverture de l'assurance maladie universelle est augmentée	10	440	0	0	0	450
Résultat attendu						
1.4.1 La mise en œuvre du PNDS 2018-2022 est garantie grâce à la disponibilité des ressources humaines	25919	35415	44702	53716	62493	222245
Résultat attendu						
2.1.1 La couverture du pays en DS ayant une équipe cadre fonctionnant dans les normes est améliorée	551	5278	811	835	811	8287
Résultat attendu						
2.1.2 La couverture sanitaire du pays en services de santé de premier échelon (SSPE) capables d'offrir les paquets des services essentiels est améliorée	8812	36120	37623	15138	15287	112979
Résultat attendu						
2.1.3 La couverture sanitaire du pays en hôpitaux de district capables d'offrir des soins d'urgences 24 h/24 est améliorée	9	24742	25903	10543	5555	66752
Résultat attendu						
2.1.4 La couverture sanitaire du pays en établissements capables d'offrir les soins de spécialité essentiels de qualité et à moindre coût est améliorée	3003	5601	5588	5601	5588	25381
Résultat attendu						
2.1.5 L'accès aux médicaments, produits sanguins labiles, vaccins et technologies dans les structures de dispensation est garanti	3023	3807	3464	3595	3768	17657
Résultat attendu						
2.1.6 L'offre des analyses biomédicales est améliorée dans le pays	8	42	30	30	30	139

* Pour une meilleure lecture de ce tableau : 1.1.1

- Premier chiffre : représente le programme
- Deuxième chiffres : représente le sous-programme
- Troisième chiffres : représente le résultat

Résultat attendu (Million de XAF)	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Total
Résultat attendu 2.2.1 La couverture du pays en FOSA capables d'offrir les soins et services de la reproduction de qualité est améliorée	560	583	592	609	626	2970
Résultat attendu 2.2.2 La couverture en FOSA offrant l'ensemble des éléments traceurs des soins et services de santé infantile a augmenté.	1605	1658	1591	1584	1577	8014
Résultat attendu 2.2.3 La couverture en FOSA offrant les soins et services de santé des adolescents et les jeunes est améliorée	0	228	199	19	19	464
Résultat attendu 3.1.1 Les capacités du pays en matière d'alerte rapide des épidémies sont renforcées	500	671	506	665	500	2843
Résultat attendu 3.2.1 Les capacités de gestion des catastrophes et autres risques sanitaires nationaux sont améliorées	9200	10883	10889	9231	9223	49425
Résultat attendu 4.1.1 Lutte contre le paludisme : les services de prise en charge du paludisme sont disponibles dans toutes les formations sanitaires	2417	1107	1298	3126	1848	9795
Résultat attendu 4.1.2 Lutte contre la tuberculose : la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de traitement de la TBC sont améliorées	566	606	701	682	719	3274
Résultat attendu 4.1.3 Lutte contre le VIH/Sida : la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge du VIH sont améliorées	3941	4695	5416	6232	7112	27396
Résultat attendu 4.2.1 La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles	20 150	20 150	20 150	20 150	20 150	100 750
Résultat attendu 4.3.1 La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge des maladies tropicales négligées	2 571	2 765	2 969	3 183	3 409	14 897
Résultat attendu 4.4.1 La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de vaccination de routine sont améliorée y compris dans les nouveaux CSI	9 306	10 365	9 306	9 306	9 306	47 587
Résultat attendu 4.5.1 Toutes les politiques sectorielles ont intégré des interventions pour promouvoir la santé et protéger les populations contre les menaces à leur état de santé	58 443	47 900	38 368	35 973	26 392	207 076
Total	187 129	260 155	258 979	232 479	214 306	11 53 048

Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018).

4.1.2.4. Coût par catégorie de dépenses

Le graphique ci-dessous présente les affectations budgétaires du PND 2018 – 2022 par catégorie de dépenses.

Tableau n°15 : Répartition du budget par catégorie budgétaire (en millions de FCFA)

Coûts récapitulatifs avec médicaments désagregés par domaine de programme/niveau de prestation de soins (XAF)	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction						
Coût des programmes	0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures	986 129 047	1 012 366 471	1 040 500 930	1 070 170 670	1 101 548 707	5 210 715 825
Total Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction	986 129 047	1 012 366 471	1 040 500 930	1 070 170 670	1 101 548 707	5 210 715 825
Santé infantile						
Coût des programmes	0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures	1 179 158 617	1 160 978 967	1 142 137 989	1 122 202 027	1 101 400 258	5 705 877 857
Total Santé infantile	1 179 158 617	1 160 978 967	1 142 137 989	1 122 202 027	1 101 400 258	5 705 877 857
Immunisation						
Coût des programmes	0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures	3 737 906 284	4 005 192 026	4 290 159 495	4 593 776 491	4 914 927 983	21 541 962 279
Total Immunisation	3 737 906 284	4 005 192 026	4 290 159 495	4 593 776 491	4 914 927 983	21 541 962 279
Paludisme						
Coût des programmes	0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures	2 417 287 499	1 106 692 717	1 297 559 878	3 125 541 593	1 847 875 822	9 794 957 509
Total Paludisme	2 417 287 499	1 106 692 717	1 297 559 878	3 125 541 593	1 847 875 822	9 794 957 509
Tuberculose						
Coût des programmes	0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures	565 501 983	605 640 575	644 547 170	682 381 192	719 470 949	3 217 541 871
Total Tuberculose						
VIH/SIDA						
Coût des programmes	0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures	3 941 172 095	4 659 974 185	5 415 852 226	6 231 753 420	7 112 046 308	27 360 798 234
Total VIH/SIDA	3 941 172 095	4 659 974 185	5 415 852 226	6 231 753 420	7 112 046 308	27 360 798 234
Alimentation						
Coût des programmes	0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures	51 368 887	52 408 640	53 622 927	55 007 341	56 556 570	268 964 366
Total Alimentation	51 368 887	52 408 640	53 622 927	55 007 341	56 556 570	268 964 366

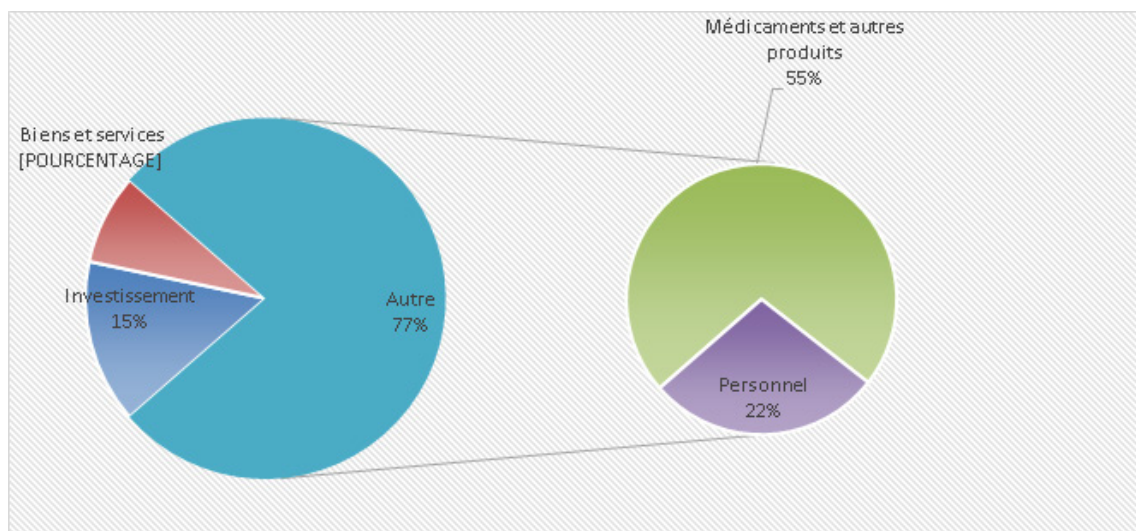
Coûts récapitulatifs avec médicaments désagrégés par domaine de programme/niveau de prestation de soins (XAF)							2018	2019	2020	2021	2022	Total
Eau, Assainissement et Hygiène												
Coût des programmes							0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures							58 442 814 399	47 900 283 866	38 368 269 999	35 972 993 723	26 391 575 829	207 075 937 816
Total Eau, Assainissement et Hygiène							58 442 814 399	47 900 283 866	38 368 269 999	35 972 993 723	26 391 575 829	207 075 937 816
Les maladies non transmissibles												
Coût des programmes							0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures							0	0	0	0	0	0
Total Les maladies non transmissibles							0	0	0	0	0	0
Troubles mentaux, neurologiques et de toxicomanie												
Coût des programmes							0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures							0	0	0	0	0	0
Total Troubles mentaux, neurologiques et de toxicomanie							0	0	0	0	0	0
Santé des adolescents												
Coût des programmes							0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures							0	0	0	0	0	0
Total Santé des adolescents							0	0	0	0	0	0
Maladies tropicales négligées												
Coût des programmes							0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures							2 570 689 782	2 764 741 345	2 968 879 951	3 183 483 777	3 409 293 498	14 897 088 353
Total Maladies tropicales négligées							2 570 689 782	2 764 741 345	2 968 879 951	3 183 483 777	3 409 293 498	14 897 088 353
Initiatives de Gratuité												
Coût des programmes							0	0	0	0	0	0
Médicaments, produits et fournitures							69 641 500 005	69 641 500 005	69 641 500 005	69 641 500 005	69 641 500 005	348 207 500 027
Total Initiatives de Gratuité							69 641 500 005	69 641 500 005	69 641 500 005	69 641 500 005	69 641 500 005	348 207 500 027
Total des coûts du programme							143 533 528 599	132 909 778 797	124 863 030 571	125 678 810 239	116 296 195 929	643 281 344 134
Ressources Humaines												
Salaires du personnel et bénéfices							29 715 912 808	40 171 616 811	50 319 262 814	60 145 810 017	69 701 046 019	250 053 648 469
Coûts totaux de la formation continue							0	0	0	0	0	0
Formation avant entrée en activité Coûts							0	0	0	0	0	0
Ressources Humaines Administration							4 899 975	4 345 617 264	4 792 105 264	5 305 825 364	292 105 264	14 740 553 131
Total Ressources Humaines							29 720 812 783	44 517 234 075	55 111 368 078	65 451 635 380	69 993 151 283	264 794 201 600

Coûts récapitulatifs avec médicaments désagregés par domaine de programme/niveau de prestation de soins (XAF)	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Infrastructure						
Coût de construction	0	18 299 060 566	18 299 060 566	0	0	36 598 121 131
Equipement, meubles et véhicules	0	12 287 549 361	13 271 982 848	4 988 486 016	0	30 548 018 225
Coût de réhabilitation	0	23 466 231 878	18 679 840 976	5 526 059 421	5 526 059 421	53 198 191 697
Coûts opérationnels et de maintenance	9 219 147 850	11 096 177 233	12 916 596 616	12 916 596 616	12 916 596 616	59 065 114 930
Infrastructure Administration	0	0	0	0	0	0
Total Infrastructure	9 219 147 850	65 149 019 037	63 167 481 005	23 431 142 053	18 442 656 037	179 409 445 983
Logistique						
Total coûts du dépôt	17 500 800	1 017 500 800	17 500 800	17 500 800	17 500 800	1 087 504 000
Total coûts des véhicules	0	0	0	0	0	0
Total des coûts des employés	0	0	0	0	0	0
Contrats de logistique avec tierce partie	0					0
Logistique d'administration	250 000 000	316 000 000	324 000 000	308 000 000	308 000 000	1 506 000 000
Total Logistique	267 500 800	1 333 500 800	341 500 800	325 500 800	325 500 800	2 593 504 000
Médicaments, produits et fournitures						
Médicaments, produits et fournitures (défini par l'utilisateur dans Logistique)	0	0	0	0	0	0
Achats du stock de sécurité	0	0	0	0	0	0
Pertes	0	0	0	0	0	0
Total Médicaments, produits et fournitures	0	0	0	0	0	0
Financement de la santé						
Coûts directs	3 013 292 800	11 046 036 801	11 016 036 801	11 006 036 801	5 506 036 800	41 587 440 004
Coût de la gestion du Programme	0	0	0	0	0	0
Total Financement de la santé	3 013 292 800	11 046 036 801	11 016 036 801	11 006 036 801	5 506 036 800	41 587 440 004
Systèmes d'information sanitaire						
Coûts de la dimension SIS	0	0	0	0	0	0
Coûts du domaine fonctionnel	288 160 000	1 042 999 660	172 560 000	337 999 660	172 560 000	2 014 279 320
Coût de la gestion du Programme	0	0	0	0	0	0
Total Systèmes d'information sanitaire	288 160 000	1 042 999 660	172 560 000	337 999 660	172 560 000	2 014 279 320
Gouvernance						
Activités de gouvernance	1 086 280 771	4 156 342 871	4 307 213 453	6 248 187 962	3 569 458 055	19 367 483 111
Coûts administratifs	0	0	0	0	0	0
Total Gouvernance	1 086 280 771	4 156 342 871	4 307 213 453	6 248 187 962	3 569 458 055	19 367 483 111
Total final	187 128 723 602	260 154 912 041	258 979 190 708	232 479 312 896	214 305 558 905	1 153 047 698 151

Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018).

En considérant le tableau ci-dessus, 85% du budget est alloué au fonctionnement (dont 8% pour les biens et services, 55% pour les médicaments et intrants essentiels et 22% pour les dépenses du personnel) et 15% consacré aux dépenses d'investissement.

Graphique n°11 : Répartition du budget

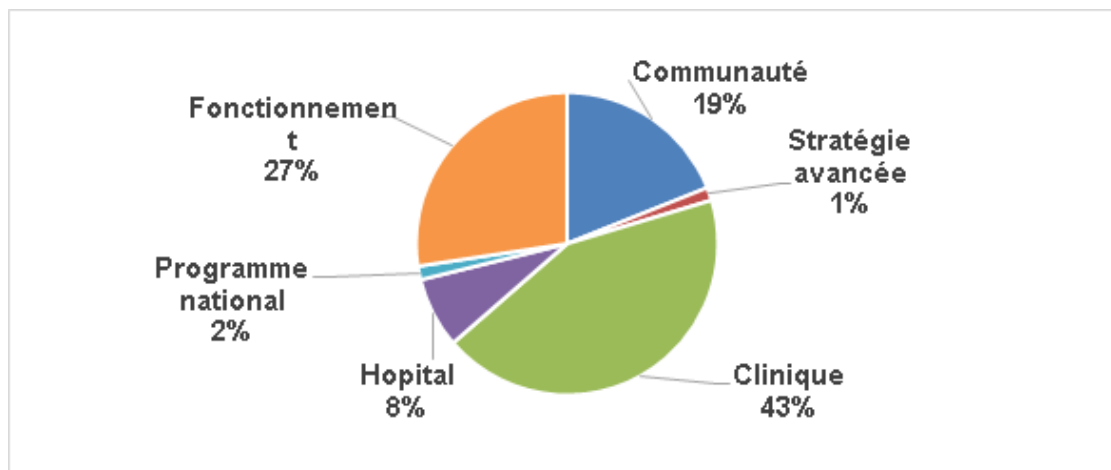


Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018).

4.1.2.5. Coût par catégorie et par niveau du système de santé

L'analyse des flux financiers du présent PNDS 2018-2022 a permis d'accroître les financements au niveau opérationnel. En effet, les financements à destination du niveau périphérique (20%) et celui intermédiaire (43%) devraient atteindre 63% contre 37% des financements pour le niveau central. Cet engagement s'inscrit dans la vision de la Nouvelle Politique Nationale de Santé d'accroître les financements vers la base du système de santé.

Graphique n°12 : Répartition du budget par niveau



Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018).

Tableau n°16 : Coût par catégorie et par niveau du système de santé

Années Niveaux d'intervention	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Communauté						
Produits et fournitures	60 949 634 472	49 768 422 892	40 349 815 108	38 887 809 653	28 688 241 458	218 643 923 583
Coût des programmes						-
Ressources Humaines	-	-	-	-	-	-
Infrastructure	-	-	-	-	-	-
Total	60 949 634 472	49 768 422 892	40 349 815 108	38 887 809 653	28 688 241 458	218 643 923 583
Stratégie avancée						
Produits et fournitures	1 575 352 683	1 815 812 082	2 069 336 992	2 335 881 362	2 615 483 660	10 411 866 779
Coût des programmes						-
Ressources Humaines	-	-	-	-	-	-
Infrastructure	449 230 407	2 128 617 582	2 201 300 084	480 755 348	480 755 348	5 740 658 768
Total	2 024 583 090	3 944 429 664	4 270 637 075	2 816 636 710	3 096 239 008	16 152 525 547
Clinique						
Produits et fournitures	78 346 761 295	78 260 307 872	78 955 300 228	80 511 738 624	80 560 510 177	396 634 618 195
Coût des programmes						-
Ressources Humaines	-	-	-	-	-	-
Infrastructure	8 760 430 772	33 779 459 282	35 006 389 898	12 350 771 252	12 350 771 252	102 247 822 454
Total	87 107 192 067	112 039 767 153	113 961 690 125	92 862 509 876	92 911 281 428	498 882 440 650
Hôpital						
Produits et fournitures	2 661 780 148	3 065 235 950	3 488 578 244	3 943 380 599	4 431 960 635	17 590 935 577
Coût des programmes						-
Ressources Humaines	-	-	-	-	-	-
Infrastructure	9 486 672	27 297 332 173	25 903 181 023	10 543 005 453	5 554 519 437	69 307 524 759
Total	2 671 266 820	30 362 568 124	29 391 759 267	14 486 386 053	9 986 480 072	86 898 460 336

Années Niveaux d'intervention	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Programme national						
Coût des programmes	-	-	-	-	-	-
Ressources Humaines	4 899 975	4 345 617 264	4 792 105 264	5 305 825 364	292 105 264	14 740 553 131
Infrastructure	-	1 943 610 001	56 610 000	56 610 000	56 610 000	2 113 440 002
Total	4 899 975	6 289 227 265	4 848 715 264	5 362 435 364	348 715 264	16 853 993 132
Maladies non transmissibles (activités préventives)						
Logistique	267 500 800	1 333 500 800	341 500 800	325 500 800	325 500 800	2 593 504 000
Médicaments, produits et fournitures (défini par l'utilisateur dans Logistique)	-	-	-	-	-	-
Achats du stock de sécurité	-	-	-	-	-	-
Pertes	-	-	-	-	-	-
Ressources Humaines	29 715 912 808	40 171 616 811	50 319 262 814	60 145 810 017	69 701 046 019	250 053 648 469
HR Admin Levels	-	-	-	-	-	-
Financement de la santé	3 013 292 800	11 046 036 801	11 016 036 801	11 006 036 801	5 506 036 800	41 587 440 004
Systèmes d'information sanitaire	288 160 000	1 042 999 660	172 560 000	337 999 660	172 560 000	2 014 279 320
Gouvernance	1 086 280 771	4 156 342 871	4 307 213 453	6 248 187 962	3 569 458 055	19 367 483 111
Total	34 371 147 178	57 750 496 943	66 156 573 868	78 063 535 240	79 274 601 674	315 616 354 904
Total final	187 128 723 602	260 154 912 041	258 979 190 708	232 479 312 896	214 305 558 905	1 153 047 698 151

Source : Ministère de la Santé et de la Population, travaux revue du secteur de la santé - 2018.

4.2. Scénarii de financement du PNDS 2018–2022

Le financement d'un PNDS (voire du système de santé) est assuré de façon universelle par trois principaux acteurs à savoir : l'État, les partenaires techniques et financiers (ONG comprises) et les ménages.

Le financement d'un PNDS est donc assujéti à l'évolution du cadre macroéconomique ainsi qu'à la capacité des principaux acteurs (ménages et partenaires techniques) à mobiliser et à sécuriser les financements nécessaires.

Aussi, les différentes composantes de financement n'ont pas la même fonction. En d'autres termes, les différentes sources de financement ne peuvent assurer la même fonction. Seule la source que représente l'Etat est à même de financer toutes les actions du financement. Les partenaires et les ménages ne financent que certaines catégories de dépenses de santé. On peut donc conclure que les différentes sources de financement de la santé sont complémentaires et ne sont pas substituables.

Dans un environnement normal de comptabilisation de la participation et de sécurisation des financements des ménages, à travers des systèmes de sécurité sociale (assurance maladie, pré-paiement, etc.), les financements des ménages peuvent servir à financer le PNDS en plus du panier de soins offerts à la population.

En ce qui concerne le Congo, l'état actuel de la gestion des finances publiques (avec l'absence d'un système national de sécurité sociale - assurance maladie) ne permet pas de confirmer cette approche. Le Congo ne disposant pas encore d'un système d'assurance maladie performant, où les financements des ménages sont sécurisés, la participation de ces derniers ne permet pas de financer un PNDS. En effet, les financements des ménages ne servent exclusivement qu'à payer l'accès aux soins et services de santé, soit un panier de soins disponible.

Il convient donc de différencier dans le cadre de ce PNDS 2018-2022, les différentes composantes de financement pour permettre de dégager de façon précise les différents gaps selon la nature des financements.

Concernant la mobilisation des partenaires techniques et financiers à financer le PNDS, seule l'approche de l'alignement aux priorités nationales, à travers la signature d'un compact (engagement à s'aligner au PNDS) permet de coordonner la participation des PTFs.

4.2.1. Financement du système de santé (PNDS 2018-2022 et panier de soins)

Tenant compte des contraintes techniques d'identification de la contribution des ménages dans ce PNDS 2018-2022 (en raison de l'absence des mécanismes d'assurance maladie), nous considérons uniquement les financements de l'État et des partenaires dans le financement du présent PNDS. Les contributions des ménages serviront de base de financement du panier de soins précédemment défini.

Tableau n°17 : Financement du PNDS 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Budget de l'État	1 303 629 000 000	1 129 549 000 000	1 148 549 000 000	1 177 049 000 000	1 200 589 980 000	5 959 365 980 000
Population	5 203 073	5 203 073	5 359 165	5 359 165	5 359 165	
Budget de l'État par habitant par an FCFA	250 550	217 093	214 315	219 633	224 026	
Budget de l'État par habitant par an USD	456	395	390	399	407	
Financement PNDS 2018-2022						
Budget du PNDS	187 128 723 593	260 154 912 054	258 979 190 713	232 479 312 953	214 305 558 946	1 153 047 698 259
Allocation Etat (hors dons et prêts)	141 018 317 354	140 764 169 044	142 021 526 650	144 339 596 906	145 919 202 875	714 062 812 829
GAP (à rechercher auprès des PTFs)	-46 110 406 239	-119 390 743 010	-116 957 664 063	-88 139 716 047	-68 386 356 071	-438 984 885 430
Proportion du Budget de l'État alloué à la santé	10,82%	12,46%	12,37%	12,26%	12,15%	12,01%
GAP par rapport au budget du PNDS	24,64%	45,89%	45,16%	37,91%	31,91%	38,07%

Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018).

Tableau n°18 : Scénario de financement du panier de soins

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Budget de l'État	1 303 629 000 000	1 129 549 000 000	1 148 549 000 000	1 177 049 000 000	1 200 589 980 000	5 959 365 980 000
Population	5 203 073	5 203 073	5 359 165	5 359 165	5 359 165	5 359 165
Population active formelle estimée	160 000	160 000	160 000	160 000	160 000	160 000
Budget de l'État par habitant par an FCFA	250 550	217 093	214 315	219 633	224 026	
Budget de l'État par habitant par an USD	456	395	390	399	407	
Financement du Panier de soins	50 000 000 000	60 000 000 000	72 000 000 000	86 400 000 000	90 000 000 000	358 400 000 000
Contribution des ménages (Projections CNS)	-	63 093 228 710	64 986 025 572	66 935 606 339	68 943 674 529	263 958 535 150
GAP par rapport au panier de soins	-	3 093 228 710	-7 013 974 428	-19 464 393 661	-21 056 325 471	-44 441 464 850
Besoins de financement de l'État pour le Financement du Panier de soins	50 000 000	-3 093 228 710	7 013 974 428	19 464 393 661	21 056 325 471	91 348 236 140
Coût moyen par an par habitant	9 610	11 532	13 435	16 122	16 794	13 498
Coût moyen par population active formelle	312 500	375 000	450 000	540 000	562 500	448 000
Coût moyen mensuel par population active	26 042	31 250	37 500	45 000	46 875	37 333
Besoins de financement de l'État pour le Financement du Panier de soins à condition de mobiliser l'intégralité du financement des ménages		-	7 013 974 428	19 464 393 661	21 056 325 471	47 534 693 560

Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018).

4.3. Sources potentielles de financement du PNDS

Eu égard à ce qui précède, le PNDS 2018-2022 dégage un gap d'environ 438 milliards de francs CFA, soit 38,07% du budget global dudit plan.

La caractéristique du financement de la santé au Congo implique que l'essentiel de ce déficit soit comblé par les partenaires techniques et financiers ainsi que l'État. Les ménages sont exclus, du fait du caractère complémentaire de leurs contributions liés à l'absence d'un mécanisme de collecte et de sécurisation de leurs financements.

Tenant compte du cadre budgétaire à moyen terme (CBMT), l'État s'est engagé à financer son système de santé en moyenne annuelle à hauteur de 12% de son budget national, soit 714 milliards de francs CFA. A ce titre, l'État est donc le premier acteur de financement du PNDS 2018-2022, à hauteur de 61,9%.

En s'appuyant sur les résultats des comptes nationaux de santé 2012-2015, qui portent à environ 65 milliards de francs CFA les dépenses de santé des ménages l'année, la contribution des ménages pourrait atteindre 263 milliards de francs CFA au cours de la période, soit 22,8% du coût global du PNDS 2018-2022 et 17,5% de l'ensemble du financement (PNDS et accès aux soins de santé ou paniers de soins). Cette captation de la contribution pourrait donc réduire le gap de financement nécessaire pour financer le système de santé dans son ensemble.

Comme la contribution des ménages ne peut pas être totalement intégrée, l'hypothèse retenue dans ce cas de figure est que le gap soit financé par les partenaires et l'État. La prise en compte de la participation des ménages est donc assujettie à l'opérationnalisation de l'assurance-maladie. Toutefois, cette participation ne pourra atteindre les projections des résultats des comptes nationaux de la santé que si l'État parvient à recouvrer l'intégralité de l'assiette que les ménages déclarent payer chaque année pour leurs accès aux soins et services de santé.

Le tableau ci-après présente la structuration du financement du PNDS 2018-2022. Ce financement est assuré par deux agents à savoir l'État et les partenaires. Dans ce cas de figure, la contribution des ménages est jugée faible avec des difficultés de sa collecte et de sa sécurisation faute d'un système assurantiel.

Tableau n°19 : Principaux acteurs de financement du PNDS 2018-2022

	Année 2018		Année 2019		Année 2020		Année 2021		Année 2022		TOTAL	
Budget du PNDS	187 128 723 593	100%	260 154 912 054	100%	258 979 190 713	100%	232 479 312 953	100%	214 305 558 946	100%	1 153 047 698 259	100%
Allocation Etat (hors dons et prêts)	141 018 317 354	75%	140 764 169 044	54%	142 021 526 650	55%	144 339 596 906	62%	145 919 202 875	68%	714 062 812 829	62%
Financement des PTF	46 110 406 239	25%	119 390 743 010	46%	116 957 664 063	45%	88 139 716 047	38%	68 386 356 071	32%	438 984 885 430	38%

Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018).

Le tableau suivant présente la structure du financement du système de santé (PNDS et panier de soins). Le panier retenu est celui en lien notamment avec le scénario n°3 du rapport Ministère de la Santé et de la Population et l'appui de la Banque Mondiale, l'OMS, l'UNICEF et Expertise France. Ce scénario permet de disposer de trois sources de financement, à savoir : l'État, les ménages et les partenaires techniques et financiers. L'État et les partenaires constituent la principale source de financement du système, avec une contribution des ménages située à des seuils acceptables (autour de 21,5%) pour une soutenabilité à long terme de participation.

Tableau n°19 bis : Principaux acteurs du financement de la santé (PNDS 2018-2022 et panier de soins)

	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Année 2022	TOTAL
Budget du PNDS	187 128 723 593	260 154 912 054	258 979 190 713	232 479 312 953	214 305 558 946	1 153 047 698 259
Coût du panier de soins	50 000 000 000	60 000 000 000	72 000 000 000	86 400 000 000	90 000 000 000	358 400 000 000
Coût du financement de la santé	237 128 723 593	320 154 912 054	330 979 190 713	318 879 312 953	304 305 558 946	1 511 447 698 259
Allocation Etat (hors dons et prêts)	141 018 317 354	140 764 169 044	142 021 526 650	144 339 596 906	145 919 202 875	714 062 812 829
Part financement Etat	59,5%	44,0%	42,9%	45,3%	48,0%	47,2%
Contributions ménages	61 255 561 855	63 093 228 710	64 986 025 572	66 935 606 339	68 943 674 529	325 214 097 005
Part financement ménages	25,8%	19,7%	19,6%	21,0%	22,7%	21,5%
Gaps (financer par les PTFs)	34 854 844 384	116 297 514 300	123 971 638 491	107 604 109 708	89 442 681 542	472 170 788 425
Part financement PTFs	14,7%	36,3%	37,5%	33,7%	29,4%	31,2%

Source : Ministère de la Santé et de la Population (revue du secteur de la santé 2018).



CHAPITRE V **SUIVI ET EVALUATION** **STRATEGIQUE DU PNDS** **2018-2022**

La réussite de la mise en œuvre du PNDS 2018-2022 nécessite la mise en place d'un système de suivi et évaluation. Il constitue un outil de suivi des progrès du PNDS et de plaider pour la mobilisation des ressources.

Le suivi est l'examen continu de l'exécution de la mise en œuvre du PNDS au regard des échéances convenues, ainsi que de l'utilisation des ressources (humaines, matérielles et financières) pour la réalisation des activités (formations, supervisions, etc.) et la mise en place des produits/services au bénéfice de la population.

Il répond à la question : **Que sommes-nous en train de faire ?** Il met l'accent sur les ressources, les activités et les résultats du cadre logique.

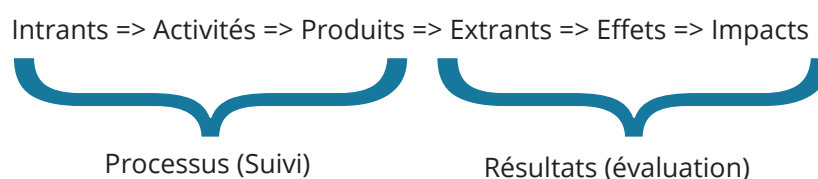
L'évaluation est l'examen périodique de l'exécution de la mise en œuvre du PNDS porté à intervalles réguliers sur la pertinence, la performance, l'efficacité et l'impact du PNDS au regard des objectifs énoncés.

Elle répond à la question : **Qu'avons-nous réalisé ?**

Ce chapitre décrit les grandes lignes d'un système de S&E performant qui permet de rendre disponibles dans les temps, les informations fiables de qualité et en assurer la redevabilité.

5. 1. Cadre logique du suivi évaluation

Le cadre logique est le cadre fondamental d'un plan de suivi et d'évaluation. Il présente les ressources (intrants) nécessaires qui seront utilisées et les activités à mener (processus), de même que les résultats (effets/produits) attendus qui vont concourir à l'atteinte des objectifs et buts (impact) du programme. Il met surtout l'accent sur les liens logiques qui existent entre les différents éléments, tel que représenté dans le schéma suivant, chaîne de résultats :



Il est donc important de se poser toujours les questions adéquates pour prendre en compte les événements associés et déterminer ainsi les indicateurs correspondants. Il s'agit essentiellement des questions listées dans la matrice d'orientation de la gestion axée sur les résultats ci-après :

Qu'est-ce qui est investi pour l'atteinte des objectifs ?	Il s'agit de déterminer les intrants pour mesurer les résultats du PNDS : personnels, équipements, fournitures, logistiques, etc.
Qu'est-ce qui a été réalisé ?	Il s'agit de déterminer les activités/interventions
Qu'est-ce qui a été produit ?	Il s'agit de déterminer les services et produits issus de la mise en œuvre des activités/interventions
Quels ont été les résultats ?	Il s'agit de déterminer les résultats immédiats (extrants) , à court terme (effets) et à long terme (impacts)

5. 2. Dispositif institutionnel du suivi et de l'évaluation du PNDS 2018-2022

5.2.1. Principaux mécanismes nationaux de coordination

Le dispositif institutionnel du suivi et évaluation du PNDS 2018-2022 devra impliquer des instances de coordination aux trois niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau central, le suivi et évaluation comportera deux volets : le volet stratégique assuré par le comité de pilotage et le volet thématique par un comité technique de suivi des plans.

5.2.1.1. Le comité interministériel de pilotage

Le suivi de la mise en œuvre sera assuré au niveau central par un comité de pilotage interministériel présidé par le Premier Ministre. Le comité de pilotage disposera d'un comité technique de suivi et d'un secrétariat technique pour l'assister dans ses tâches.

Le comité de pilotage a pour mission de : (i) donner les orientations politiques pour la mise en œuvre des activités du PNDS, (ii) assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux pour la mise en œuvre du PNDS et (iii) valider les différents documents et rapports élaborés par le comité technique de suivi des plans. Par ailleurs, il décidera des orientations à donner à la suite de la mise en œuvre de la stratégie en fonction des recommandations des différents rapports qui lui seront soumis.

Cet organe multisectoriel se réunira une fois par an. Sur la base du rapport du comité de pilotage, le Ministre en charge de la santé informera annuellement le gouvernement de l'évolution de la mise en œuvre du PNDS, en conseil des Ministres.

5.2.1.2. Le comité technique de suivi de la mise en œuvre du PNDS

Le comité technique de suivi du PNDS et le secrétariat technique seront mis en place par des arrêtés ministériels. Ces arrêtés préciseront leur composition, leurs attributions et leur fonctionnement. Le comité sera présidé par le Ministre en charge de la santé. Le secrétariat de ce comité sera assuré par la Direction en charge de la planification assistée de la Direction de l'information sanitaire, de l'évaluation et de la recherche et les services de coordination de la DGSSSa et DGPOP.

Le comité technique de suivi qui implique l'ensemble des acteurs et des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé aura pour mission de (i) veiller à la mise en œuvre du PNDS, (ii) assurer la coordination nationale de l'exécution des différents plans et programmes, (iii) donner des avis techniques sur la mise en œuvre des plans annuels, (iv) organiser les revues annuelles du Ministère de la Santé et de la Population, (v) valider les rapports de progrès du PNDS et d'adopter les différents plans (triennaux, annuels), (vi) donner les orientations politiques pour la mise en œuvre des activités du PNDS, (vii) assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux pour la mise en œuvre du PNDS et (viii) valider les différents documents élaborés par le comité technique de suivi des plans. Il se réunira deux fois par an et plus si nécessaire.

Sur la base du rapport du comité technique de suivi, le Ministre en charge de la santé informera régulièrement le comité de pilotage et le gouvernement de l'évolution de la mise en œuvre du PNDS, en conseil des Ministres.

Il se réunira deux fois par an.

5.2.1.3. Le secrétariat technique permanent

C'est un organe chargé de l'animation et de la coordination du dispositif de suivi et évaluation du PNDS. Il est assuré par la Direction des études et de la planification assistée par la DISER et les services de la coordination de la DGPOP et de la DGSSSa. Il aura pour mission de (i) préparer les réunions du comité technique de suivi et du comité interministériel, (ii) rédiger les rapports et procès-verbaux des réunions, (iii) veiller à la mise en œuvre et au suivi et évaluation du PNDS en collaboration avec les autres parties prenantes, (iv) assurer la coordination technique nationale de l'exécution des différents plans, (v) organiser les revues annuelles du PNDS, (vi) organiser ou de faciliter l'organisation des évaluations du PNDS et (vii) assurer la coordination des appuis des PTF à travers des revues.

5.2.2. Rôles et responsabilités des principales institutions et parties prenantes

5.2.2.1. Rôle du gouvernement

Le gouvernement est responsable de la réalisation des objectifs du PNDS 2018-2022. Il valide et adopte le plan de suivi et évaluation et en assure sa mise en œuvre à travers le Ministère de la Santé et de la Population qui en est le maître d'œuvre. Le gouvernement est responsable de la mobilisation des financements internes et externes annuels nécessaires au suivi et à l'évaluation du PNDS. Il assure le plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers.

De par son rôle de régulateur, le Ministère en charge de la santé affirme son leadership et coordonne toutes les interventions de suivi et d'évaluation.

5.2.2.2. Rôle des responsables du niveau intermédiaire du système de santé (Présidents des comités départementaux, directeurs départementaux et médecins chefs des districts sanitaires)

Les Présidents des comités départementaux de la santé seront chargés (i) de piloter et de coordonner la mise en œuvre du PNDS au niveau départemental et district et (ii) d'organiser les réunions bilans. Les Directeurs départementaux de la santé, les Directeurs départementaux de la population et les médecins-chefs des DS assureront le secrétariat et de ce fait, ils élaboreront les rapports périodiques d'exécution des plans.

- A l'initiative des DDS, des DDP et des médecins-chefs des DS, une réunion trimestrielle sera organisée sous la présidence du Président du comité départemental pour faire le point des avancées de la mise en œuvre du PNDS dans le Département.
- Ces réunions seront sanctionnées d'un procès-verbal à transmettre au secrétariat technique permanent du PNDS.

5.2.2.3. Rôle des autres parties prenantes

Le niveau central de l'administration sanitaire (Cabinet, Direction Générale et Directions Centrales), les Directions départementales et les districts sanitaires sont responsables, chacun en ce qui le concerne, du suivi et de l'évaluation du PNDS. Ils sont responsables de l'élaboration des plans d'actions et de leur évaluation annuelle.

Les Partenaires au développement sont représentés par leur tête de file au sein du Comité Technique de suivi du PNDS. Ils accompagnent les efforts du gouvernement conformément à la Déclaration de Paris. Ils fournissent l'appui nécessaire pour la mise en œuvre et la réalisation du suivi évaluation du PNDS. Leurs interventions dans le plan de suivi et évaluation s'inscrivent dans le domaine de la mobilisation des ressources, du financement et de l'appui technique.

5.3. Mécanismes de contrôle, de suivi et d'évaluation

5.3.1. Contrôle de la mise en œuvre du PNDS

Dans un souci d'efficacité et de transparence, le Ministère de la Santé et de la Population renforcera tous les mécanismes de contrôle et d'inspection à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Ainsi, les procédures de gestion administrative, financière et comptable d'une part, les mécanismes de contrôle et d'audit d'autre part, seront diffusés pour être appliqués à tous les niveaux du système de santé. Ceci nécessitera un renforcement des actions de l'Inspection générale de la santé en liaison avec l'Inspection générale d'Etat, l'Inspection générale des finances et les autres structures en charge du contrôle des audits et des moyens. L'Inspection générale de la santé sera également chargée de la mesure de la performance à tous les niveaux, avec une référence spéciale sur la redevabilité et la reddition des comptes

5.3.2. Etudes et évaluations

Des évaluations, études et enquêtes seront menées afin d'alimenter et renforcer le système de suivi et évaluation. Ces évaluations, études et enquêtes permettront d'évaluer l'impact des stratégies et interventions pendant la période de mise en œuvre du PNDS 2018-2022.

5.3.2.1. Suivi de la mise en œuvre

Le principe de redevabilité devra sous-tendre toutes les actions prévues dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du PNDS selon la gestion axée sur les résultats. Dans ce sens, un plan annuel d'activités sera élaboré par la Direction centrale, la Direction départementale, les districts sanitaires et structures de santé.

Les données de routine et de surveillance épidémiologique des maladies, collectées dans le cadre du système national d'information sanitaire permettront d'assurer le suivi à chaque niveau du système. Des enquêtes épidémiologiques ou sociales seront également menées pour suivre les progrès accomplis. Les programmes de santé devront renseigner des indicateurs spécifiques pour enrichir le rapport du Ministère de la Santé et de la Population.

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Le niveau central supervisera les équipes départementales de santé deux fois par an. Les équipes départementales de santé superviseront les équipes-cadres des districts sanitaires une fois par trimestre. A leur tour, les équipes-cadres des districts sanitaires superviseront une fois par mois les structures sous leur responsabilité. Les agents de santé quant à eux superviseront les relais communautaires tous les mois. Le Comité Technique de Suivi organisera des revues semestrielles et annuelles en collaboration avec toutes les parties prenantes.

Les Directions Départementales de la santé et les districts sanitaires organiseront des revues trimestrielles en rapport avec leurs plans d'actions qui découlent du PNDS.

Les outils de suivi comprennent les plans d'actions, les rapports d'activités, les rapports SNIS, les tableaux de bord et les rapports des revues/évaluations. Ils comprennent également les rapports trimestriels et semestriels de suivi de la mise en œuvre du PNDS, les rapports des différents comités de suivi, d'études et d'enquêtes ainsi que tous les autres documents d'aide à la décision (annuaire statistique, comptes de la santé, rapport d'exécution budgétaire, etc.).

5.3.2.2. Évaluation de la mise en œuvre du PNDS

Deux types d'évaluations de la mise en œuvre du PNDS sont prévus. Une évaluation à mi-parcours qui se fera en 2020 et une évaluation finale en 2022. Ces évaluations viseront à apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du PNDS 2018-2022. L'appréciation des résultats attendus de la mise en œuvre du PNDS se fera à partir des indicateurs de base tirés de l'EDS, du MICS et de l'ECOM. Il sera impératif de réaliser ces différentes enquêtes selon leur périodicité afin d'apprécier l'évolution des indicateurs de santé.

Tableau n° 20 : Récapitulatif des activités de suivi et d'évaluation

ACTIVITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	RESPONSABLE	SOURCE DE VERIFICATION	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
CONTROLE								
Réaliser l'inventaire du patrimoine sanitaire	DGAR/DI	Rapport d'inventaire	1	1	1	1	1	5
Effectuer le contrôle des effectifs des Ressources humaines en santé	DGAR/DRH	Rapport d'activité	1	1	1	1	1	5
Faire l'inventaire (recensement) des Ressources Humaines en santé	DGAR/DRH	Rapport d'inventaire	1	1	1	1	1	5
Diffuser les procédures de gestion administrative, financière et comptable	DGAR/DRF et DEP	Lettre de transmission et accusé de réception	0	1	0	1	0	2
Réaliser des inspections des établissements sanitaires.	IGS	Rapport d'inspection	1	1	1	1	1	5
Réaliser des missions de contrôle et d'audit	IGS et DGAR	Rapport d'audit	1	1	1	1	1	5
Elaborer et diffuser à toutes les parties prenantes les rapports de contrôle et d'audit	IGS et DGAR	Lettre de transmission et accusé de réception	1	1	1	1	1	5
Produire et diffuser le rapport annuel de contrôle des opérations comptables et financières des directions départementales	Inspection départementale de la santé/DDS	- rapport annuel - lettre de transmission et accusé de réception	1	1	1	1	1	5
Produire le rapport annuel de contrôle des opérations comptables et financières des FOSA	IGS/DGAR/DRF	Rapport annuel	1	1	1	1	1	5
ACTIVITES DE SUIVI								
Coordination								
Organiser une réunion du comité de suivi	CTS-PNDS	Rapport d'activité	2	2	2	2	2	10
Organiser des revues annuelles des directions départementales et des programmes de santé	DEP	Rapport de revue	1	1	1	1	1	5
Organiser des revues trimestrielles des DS	DDS	Rapport de revue	1	1	1	1	1	5
Organiser les revues trimestrielles des FOSA	DS	Rapport de revue	4	4	4	4	4	20
Produire le Rapport Annuel du MSP	DEP/DISER	Rapport annuel	1	1	1	1	1	5
Supervision								
Organiser une mission semestrielle de supervision intégrée du niveau central vers le niveau départemental	DGSSSA	Rapport de mission	1	1	1	1	1	5
Organiser une mission trimestrielle de supervision du niveau départemental vers le District	DDS	Rapport de mission	4	4	4	4	4	20
Organiser une mission mensuelle de supervision du District vers les FOSA	DS	Rapport de mission	12	12	12	12	12	60
Renforcements des capacités en planification, suivi et évaluation								

ACTIVITÉS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	RESPONSABLE	SOURCE DE VERIFICATION	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
ACTIVITES DE SUIVI								
Renforcer les capacités des programmes et directions centrales	DGSSSA et PTF	Rapport d'activité	X	X	X	X	X	
Renforcer les capacités des DDS	DGSSSA et PTF	Rapport d'activité	X	X	X	X	X	
Renforcer les capacités des DS	DDS	Rapport d'activité	X	X	X	X	X	
Renforcer les capacités au niveau des FOSA	DS	Rapport d'activité	X	X	X	X	X	
ACTIVITES D'EVALUATION								
Organiser un audit interne de la qualité des données	DISER	Rapport d'audit	X	X	X	X	X	
Organiser un audit externe de la qualité des données (DQA)	PTF et DISER	Rapport d'audit	0	0	1	0	1	2
Organiser une revue semestrielle du PNDS	DEP	Rapport de revue	1	1	1	1	1	5
Organiser une Revue annuelle du PNDS	DEP	Rapport de revue	1	1	1	1	1	5
Organiser une revue à mi-parcours du PNDS	DEP	Rapport de revue	0	0	1	0	0	1
Réaliser une évaluation finale du PNDS	DEP	Rapport d'évaluation final	0	0	0	0	1	1
ETUDES ET ENQUETES EN SANTE								
Réaliser une Enquête Démographique et de Santé (EDS).	DISER	Rapport d'enquête	0	0	1	0	0	1
Réaliser l'enquête SARA	DGSSSA	Rapport d'enquête	1	0	0	1	0	2
Réaliser l'enquête ménage « baromètre santé »	DISER	Rapport d'enquête	0	0	0	1	0	1
Réaliser une enquête de séro-surveillance et des indicateurs du VIH SIDA (ESIS)	CNLSE	Rapport d'enquête	0	1	0	1	0	2
Réaliser deux enquêtes de séro-surveillance sentimentales chez les femmes enceintes	PNLS	Rapport d'enquête	0	1	0	1	0	2
Réaliser deux enquêtes sur l'évaluation des indicateurs d'alerte précoce de la résistance du VIH aux ARV	PNLS	Rapport d'enquête	0	1	0	1	0	2
Réaliser des enquêtes sur les populations à risque	PNLS	Rapport d'enquête	0	1	0	1	0	2

5.4. Indicateurs du suivi évaluation

5.4.1. Définition et caractéristiques de l'indicateur

Un indicateur est une variable simple et fiable, objectivement vérifiable qui permet (i) d'observer les évolutions d'un phénomène, en le positionnant par rapport aux objectifs fixés, (ii) de mesurer des changements liés à l'intervention et (iii) d'apprécier la performance d'un programme de développement.

Il obéît aux critères suivants : (i) validité - mesure-t-il le résultat ? (ii) sensibilité - lorsque le résultat change, est-il sensible à ce changement ? (iii) fiabilité - est-ce une mesure uniforme dans le temps ? (iv) simplicité - sera-t-il facile de recueillir et d'analyser l'information ? (v) utilité - l'information sera-t-elle utile à la prise de décisions et à l'apprentissage ? et (vi) faisabilité - le projet a-t-il les moyens de recueillir l'information ?

5.4.2. Indicateurs clés

Les indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation axés sur les résultats seront répartis en deux grands groupes : (i) les indicateurs de suivi qui comprennent les indicateurs d'intrants et d'extrants et (ii) les indicateurs d'évaluation qui sont les indicateurs d'effet et d'impact.

N°	INDICATEURS D'IMPACT	MODE DE CALCUL	METHODE DE COL-LECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	BASELINE	NIVEAU 2022	SOURCE
1	Taux de mortalité générale	<u>Numérateur</u> : Nombre de décès dans la population générale <u>Dénominateur</u> : Population générale	Enquête	5 ans	8,3 ‰	7,1 ‰	EDS RGPH
2	Taux de mortalité lié au paludisme	<u>Numérateur</u> : Nombre de décès lié au paludisme <u>Dénominateur</u> : Population générale	Enquête	5 ans	100 pour 100.000 hbts.	60 pour 100.000 hbts.	EDS
3	Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux maladies cardiovasculaires	<u>Numérateur</u> : Nombre de décès liés aux maladies cardiovasculaires des personnes âgées de 30 à 70 ans <u>Dénominateur</u> : Population des personnes âgées de 30 à 70 ans	Statistiques hospitalières	Annuelle	ND	Réduction de 10% à partir de la donnée de base de 2018	Rapports des hôpitaux
4	Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable aux cancers	<u>Numérateur</u> : Nombre de décès liés aux cancers des personnes âgées de 30 à 70 ans <u>Dénominateur</u> : Population des personnes âgées de 30 à 70 ans	Exploitation des statistiques hospitalières	Annuelle	ND	Réduction de 10% à partir de la donnée de base de 2018	- Rapports des hôpitaux - Registre des cancers
5	Mortalité entre 30 et 70 ans attribuable au diabète	<u>Numérateur</u> : Nombre de décès liés au diabète des personnes âgées de 30 à 70 ans <u>Dénominateur</u> : Population des personnes âgées de 30 à 70 ans	Exploitation des statistiques hospitalières	Annuelle	ND	Réduction de 10% à partir de la donnée de base de 2018	Rapports des hôpitaux
6	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	<u>Numérateur</u> : Nombre de décès chez les enfants de moins de 5 ans <u>Dénominateur</u> : Population des enfants de moins de 5 ans	Enquête	5 ans	52 pour 1.000 NV	45 pour 1.000 NV	- EDS - MICS
7	Taux de mortalité néonatale	<u>Numérateur</u> : Nombre de décès chez les enfants de 0 à 28 jours <u>Dénominateur</u> : Population des enfants de 0 à 28 jour	Enquête	5 ans	21 pour 1.000 NV	17 pour 1.000 NV	- EDS - MICS
8	Taux de mortalité maternelle	<u>Numérateur</u> : Nombre de décès maternels <u>Dénominateur</u> : Nombre de naissances vivantes	Enquête	5 ans	436 pour 100.000 NV	210 pour 100.000 NV	- EDS - MICS

N°	INDICATEURS D'EFFET	MODE DE CALCUL	METHODE DE COL- LECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	BASELINE	NIVEAU 2022	SOURCE
1	Couverture vaccinale en Penta 3	Numérateur : Nombre d'enfants de 0-11 mois ayant reçu le Penta 3 <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de 0 -11 mois	- Exploitation de données de routine - Enquête	Mensuelle/ Tri-mestrielle	67%	90%	- Rapports d'enquête de couverture - Rapports d'activité
2	Taux de succès thérapeutique de la TB	<u>Numérateur</u> : nombre de malades ayant achevé avec succès leur traitement <u>Dénominateur</u> : Nombre total de malades ayant commencé leur traitement	Exploitation de données de routine	Annuelle	69%	80%	Rapports d'activité du programme
3	Taux de couverture des CPN4	<u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes ayant effectué 4 CPN <u>Dénominateur</u> : Nombre total de grossesses attendues	- Exploitation de données de routine - Enquête	Mensuelle/ Tri-mestrielle	83%	95%	- Rapport d'activité - EDS et MICS
4	Prévalence contraceptive	<u>Numérateur</u> : Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode moderne de contraception <u>Dénominateur</u> : Nombre total des femmes en âge de procréer (15 - 49 ans)	- Exploitation de données de routine - Enquête	Mensuelle/ Trimestrielle	30,1%	60%	- Rapport d'activité - EDS et MICS
5	Taux de nouvelles infections liées au VIH	<u>Numérateur</u> : Nombre de nouvelles infections liées au VIH <u>Dénominateur</u> : Population générale	Spectrum	Annuelle	1,02 pour 1.000 habitants	0,3 pour 1.000 habitants	Rapport du PNLS
6	% d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticides	<u>Numérateur</u> : Nombre d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans	Enquête	5 ans	60%	80%	- EDS - MICS
7	% des femmes enceintes qui dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticides	<u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes dormant sous MII <u>Dénominateur</u> : Nombre total des femmes enceintes	Enquête	5 ans	60%	80%	- EDS - MICS
8	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	<u>Numérateur</u> : Nombre d'accouchements pratiqués par un personnel qualifié (Médecin, infirmiers, sage femmes) dans un établissement sanitaire <u>Dénominateur</u> : Nombre total de naissances attendues	Enquête	5 ans	43%	90%	- EDS - MICS

N°	INDICATEURS D'EFFET	MODE DE CALCUL	METHODE DE COL- LECTE	FREQUENCE COLLECTE	DE	BASELINE	NIVEAU 2022	SOURCE
9	Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge	Numérateur : Nombre de personnes obèses et en surpoids âgées de 18 ans et plus Dénominateur : Population générale	Enquête	5 ans		ND	Réduction de 20% à partir de la donnée de base de 2018	EDS
10	Prévalence de la sédentarité chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge	Numérateur : Nombre de personnes sédentaires âgées de 18 ans et plus Dénominateur : Population générale	Enquête	5 ans		ND	Réduction de 20% à partir de la donnée de base de 2018	EDS
11	Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans (modérée ou grave)	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de cinq ans émaciés Dénominateur : population d'enfants de moins de cinq ans	Enquête	5 ans		24,4%	12,2%	EDS
12	Taux d'incidence du paludisme	Numérateur : Nombre total de nouveaux cas de paludisme Dénominateur : Effectif total de la population	- Exploitation de données de routine - Enquête	Annuelle		143 pour 1.000 habitants	86 pour 1.000 habitants	- Rapport d'activité du PNLP - EDS

N°	INDICATEURS D'EXTRANTS	MODE DE CALCUL	METHODE DE COLLECTE	FREQUENCE DE COLLECTE	BASELINE	NIVEAU 2022	SOURCE
1	Couverture des malades VIH/Sida nécessitant la TAR	Numérateur : Nombre de PWIH sous ARV Dénominateur : Nombre de PWIH (hommes et femmes) en besoin de traitement ARV	- Exploitation des données de routine - Spectrum	Annuelle	35%	90%	- Rapport d'activité du PNLS
2	Taux de césarienne	Numérateur : Nombre de césariennes Dénominateur : Nombre d'accouchements	Routine	Mensuelle/ Trimestrielle/ Annuelle	4,1%	12%	Rapport d'observatoire des décès maternels
3	% d'accouchements des adolescentes de moins de 18 ans sur l'ensemble des accouchements enregistrés dans les formations sanitaires (milieu urbain)	Numérateur : Nombre d'accouchements parmi les adolescentes de moins de 18 ans Dénominateur : Nombre d'accouchements en milieu urbain	Routine	Mensuelle/ Trimestrielle/ Annuelle	8,2%	6%	Rapport SNIS
4	% de point d'entrée disposant des postes de santé médicalisés	Numérateur : Nombre de points d'entrées disposant des postes de santé médicalisés Dénominateur : Nombre total des points d'entrées	- Enquête - Supervision	Annuelle	0	100%	- Carte sanitaire - Rapport d'activité
5	% de point d'entrée disposant des portiques capables de détecter la température des immigrants	Numérateur : Nombre de points d'entrées disposant des portiques capables de détecter la température des immigrants Dénominateur : Nombre total des points d'entrées	- Enquête - Supervision	Annuelle	0%	100%	- Carte sanitaire - Rapport d'activité
6	Taux de détection des maladies qui peuvent être des urgences sanitaires de portée internationale	Numérateur : Nombre de cas de maladies qui peuvent être des urgences sanitaires de portée internationale Dénominateur : Nombre total des personnes enregistrées aux points d'entrées	Routine	Mensuelle Trimestrielle Annuelle	0,5%	100%	Rapport d'activité des points d'entrées

5.4.2. Sources de données

L'évaluation des progrès et des performances de la mise en œuvre du PNDS repose sur les données des différentes sources dont les principales sont :

- le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) dont le dernier remonte à 2007. Il permet d'avoir des baseline (valeur de références) fiables,
- les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil,
- les enquêtes sanitaires dans la population notamment l'Enquête Démographique de santé et l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS),
- les données de routines et/ou d'enquête des établissements de santé,
- les comptes de la santé,
- la loi des finances et la loi de règlement.

5.4.3. Renforcement des capacités en suivi et évaluation

Le renforcement des capacités en suivi et évaluation est un élément capital pour la réussite de la mise en œuvre du PNDS 2018-2022. Les mécanismes de ce renforcement comprennent entre autres : (i) les supervisions formatives, (ii) les formations continues et dotation des équipements, (iii) les échanges et partages d'expériences, (iv) les évaluations périodiques et (v) les conférences régionales et internationales.

5.5. Collecte, analyse et diffusion des données

La collecte, l'analyse et la diffusion des données s'opèrent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et auprès des ménages (communauté).

5.5.1. Collecte des données

La collecte des données s'effectuera de deux manières dans le pays : (i) la collecte de routine et (ii) la collecte par enquête et étude.

5.5.1.1. Collecte de routine

Elle consiste à collecter de façon quotidienne les données au niveau communautaire et au niveau des structures sanitaires.

- **Au niveau communautaire :**
Les outils de collecte sont les fiches d'activités des relais communautaires, les fiches de synthèse des activités des relais communautaires, les rapports mensuels d'activités des relais communautaires, les fiches de supervisions des relais communautaires.
- **Au niveau des structures sanitaires :**
Les outils de collecte sont les registres de consultations curatives, les fiches de consultations curatives, les registres d'hospitalisation, les registres de décès, les fiches de consultations prénatales, les registres de consultations prénatales, les fiches de gestion de stocks de médicaments et d'intrants, formulaires, des registres de laboratoire.

Des outils harmonisés et adaptés seront mis en place par le système national de suivi et évaluation pour la collecte de ces données de routine à tous les niveaux. Des instructions claires de remplissage d'outils sous forme de directives seront adressées aux agents de collecte pour chaque type d'outil de collecte primaire et secondaire afin d'avoir un bon remplissage et des données fiables. Pour ce faire, ces instructions seront consignées dans un guide des directives mis à la disposition de chaque structure sanitaire.

Au sein des structures de santé de second niveau ou ayant un volume d'activités élevé, un personnel de santé sera chargé de traiter les registres de consultation, de vaccination et de toutes autres activités afin de réaliser les différents rapports de la structure. Dans le secteur communautaire, la plupart du temps, la personne qui mène l'activité est celle qui produit le rapport d'activité.

Les informations recueillies à partir des registres sont synthétisées dans le rapport mensuel standard produit par les formations sanitaires. Après validation, les données des rapports mensuels seront intégrées par la suite dans le DHIS-2 au niveau des districts sanitaires et les hôpitaux.

5.5.1.2. Collecte des données par enquête et étude

Des études et des enquêtes seront menées afin d'alimenter et renforcer le système de suivi et évaluation. Ces études et enquêtes permettront d'évaluer l'impact des stratégies et interventions pendant la période de mise en œuvre du PNDS 2018-2022.

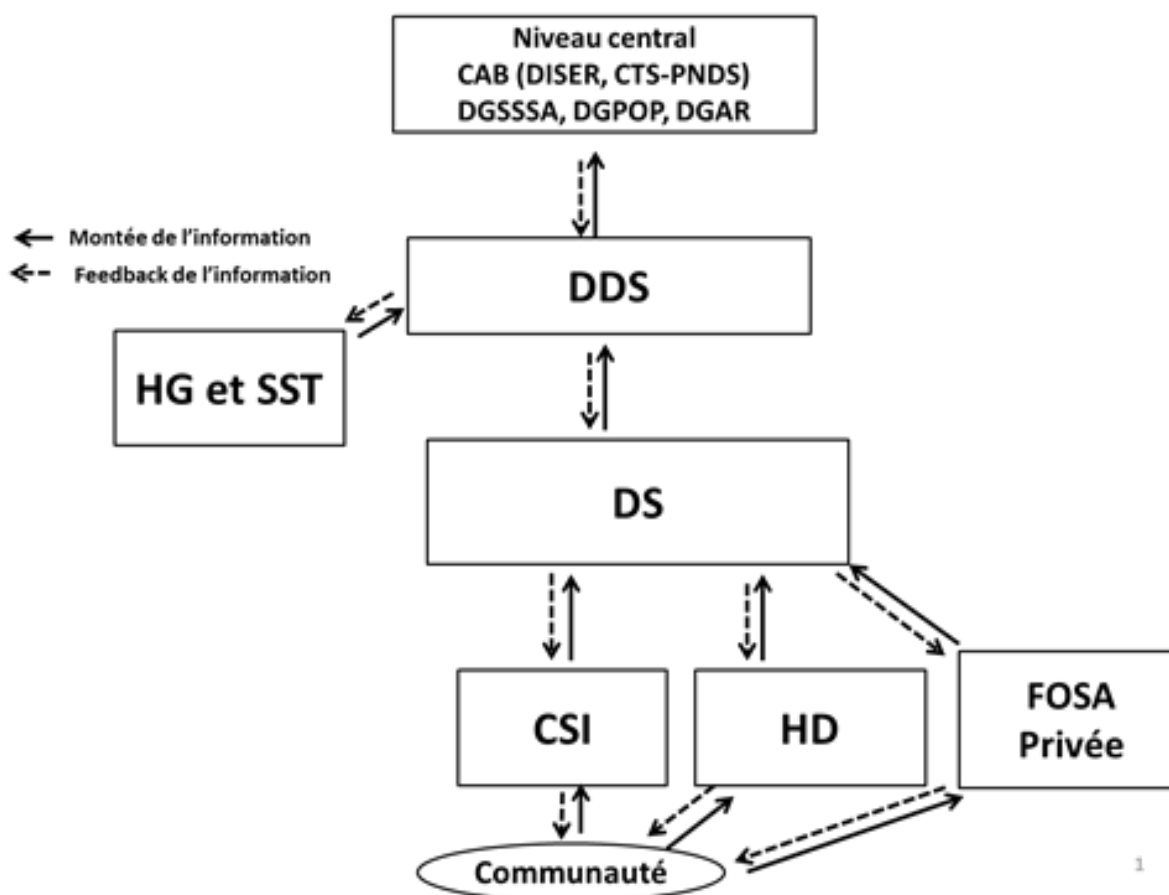
Tableau n° 21 : Enquêtes et études à réaliser

Enquêtes et études	Période de réalisation
EDS III	5 ans
EDS partielle	2 ans
MICS	5 ans
SARA	2 ans
Annuaire des statistiques sanitaires	Annuelle
Comptes de la santé	Annuelle
ESIS	5 ans
Enquête sur le financement de la santé	Une seule fois
Enquête ménage sur le « Baromètre santé »	Une seule fois

5.5.2. Synthèse des données et informations

Les données seront synthétisées mensuellement à chaque niveau dans des canevas de rapport mensuel standard élaboré à cet effet. Cette synthèse qui prend en compte les activités mensuelles des structures de santé sera désagrégée par âge et par sexe. Un contrôle de la qualité des données est effectué à tous les niveaux.

5.5.3. Circuit de transmission des données et informations



Le système de suivi évaluation comprend quatre (4) niveaux.

• **Le niveau 1 : Centre de Santé**

C'est le premier niveau de collecte des données à la base qui sera assurée par les prestataires de santé sur le terrain (personnel médical des centres de santé, agents communautaires de santé, éducateurs de pairs et autres agents de mobilisation des ONG, personnel des ONG). Le rôle de ce niveau est de collecter toutes les données empiriques utiles sur leurs activités respectives (en remplissant correctement les supports de collecte de données mis à leur disposition) et de les transmettre aux responsables du second pallier du système qui est le District sanitaire.

Les agents de santé communautaires après avoir rempli régulièrement les fiches d'activités transmettront leurs données au centre de santé dont ils dépendent. Les données transmises seront comptabilisées et compilées avec celles du centre de santé avant la transmission au district sanitaire.

La périodicité de transmission des données (essentiellement des registres) des autres prestataires sera mensuelle. La date butoire est fixée au plus tard au 5 du mois suivant. L'arrêt des activités pour la période en cours intervenant le dernier jour du mois en cours.

• **Le niveau 2 : District sanitaire**

Au niveau du district, le ou les responsables du suivi et évaluation rassembleront et compileront les rapports mensuels de tous les partenaires locaux placés sous leur responsabilité (centres de santé publics, privés, associatifs, confessionnels, projets). La saisie et la compilation seront informatisées sur le logiciel DHIS2 conçu dans le cadre du Suivi Evaluation des interventions.

L'équipe du suivi évaluation du niveau central assurera la formation des agents à la manipulation des commandes élémentaires dudit logiciel.

Les données et rapports sont transmis au niveau supérieur au plus tard le 10 du mois suivant.

• **Le niveau 3 : Direction départementale de la santé**

Au niveau de la DDS, le ou les responsables du suivi et évaluation rassembleront et compileront les rapports mensuels provenant des districts sous leur responsabilité. La saisie et la compilation seront informatisées sur le logiciel DHIS2 conçu dans le cadre du Suivi Evaluation des interventions.

L'équipe du suivi évaluation du niveau central assurera la formation des agents à la manipulation des commandes élémentaires dudit logiciel.

Les données et rapports sont transmis au niveau supérieur au plus tard le 15 du mois suivant.

• **Le niveau 4 : Central (Direction en charge de l'Information Sanitaire)**

Il correspond au niveau de centralisation et d'analyse détaillée de toutes les données de suivi évaluation du pays. La responsabilité principale des activités de ce niveau revient à l'équipe de suivi évaluation de la structure en charge de l'information sanitaire.

Des missions trimestrielles conjointes composées de la structure en charge de l'information sanitaire et des autres partenaires permettront d'assurer la complétude et la promptitude des données et de valider les données en vue du nettoyage de la base de données avant leur publication. Les principales tâches des équipes consisteront à :

- aider les agents techniques des structures partenaires ainsi que les agents de santé du milieu périphérique à collecter les données et les acheminer vers les niveaux intermédiaires,
- assurer le traitement statistique des données de suivi collectées au niveau central,
- rédiger les rapports mensuels d'activités des projets et assurer leur dissémination,
- organiser le feed-back de l'information afin de permettre une utilisation efficiente des données collectées pour recadrage éventuel des activités,
- rédiger les rapports d'activités trimestriels, semestriels et annuels.

Au niveau central, les données compilées et analysées seront validées par le comité technique de suivi.

Le rapport semestriel sera produit et transmis au comité de pilotage.

Cheminement et fréquence de transmission des données :

Structures de départ	Structures d'arrivée	Fréquences d'envoi	Dates limites probables
Centre de santé	DS	Hebdomadaire	Données de surveillance hebdomadaire
		Mensuelle	Le 5 du mois suivant
DS	DDS	Mensuelle	Le 10 du mois suivant
DDS et DDPOP	Cabinet/DISER	Trimestrielle	Au plus tard le 15 du mois commençant le trimestre suivant
	DGSSSA, DGPOP, DGAR		
DGSSSA, DGPOP, DGAR	MSP avec copie à Unité de S&E	Trimestrielle	Au plus tard le 15 du mois commençant le trimestre suivant
Structures sous tutelle LNSP, CNTS, CHUB et autres HG	DDS	Trimestrielle	Au plus tard le 15 du mois commençant le trimestre suivant

5.5.4. Rétro-information

La retro-information est indispensable pour l'amélioration de la performance des acteurs à différents niveaux. Elle permet d'améliorer la qualité des données. Chaque structure qui envoie un rapport recevra une rétro-information (feedback) systématique. Ces informations concernent (i) la confirmation de l'arrivée du rapport, (ii) la qualité des données reçues (écriture, manquants, cohérence et exactitude des données), (iii) le commentaire sur l'analyse et l'interprétation des informations reçues et (iv) un ou plusieurs tableaux récapitulatifs des données d'une ou plusieurs structures en vue de la comparaison des performances. Un canevas de rétro-information sera élaboré et mis à la disposition des agents à tous les niveaux.

5.5.5. Gestion des données

Pour renforcer la disponibilité et la fiabilité, la gestion des données sera faite à tous les niveaux soit sur support électronique ou sur support papier. Cette gestion concerne la collecte, le stockage, l'analyse et le traitement des données.

5.5.5.1. Base de données

Le développement et le déploiement du DHIS2 seront réalisés dans tous les départements sanitaires du pays et permettront de gérer efficacement les données et informations à tous les niveaux. Ce logiciel permettra de faire la compilation et la synthèse des données, de générer les tendances et donner des informations sur la performance du PNDS. Cette base de données est gérée par les unités de suivi et évaluation à différents niveaux. Les données seront périodiquement mises à jour et la période sera définie.

5.5.5.2. Analyse des données et informations

L'analyse des données se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire :

- au niveau de la structure de santé, le responsable du centre analyse les données recueillies au niveau communautaire et de sa structure de santé. Quant aux hôpitaux, les majors de services produisent les données de chaque service et les envoient au chef de service de gestion des malades pour compilation et analyse,
- au niveau du district, le gestionnaire des données analyse les données transmises par les structures sanitaires et en fait une agrégation de données,
- au niveau du département, le gestionnaire des données analyse les données transmises par les districts et en fait une agrégation de données,
- au niveau central, cette analyse est faite par l'Unité d'analyse des données qui sera mise en place sous le leadership de la DISER. Elle sera composée entre autres de la DEP, des services de coordination de la DGSSSa et de la DGPOP ainsi que les partenaires techniques et financiers. Les données transmises par les départements au niveau central doivent être désagrégés par district sanitaire.

Le déploiement du DHIS2 dans tous les départements permettra d'améliorer l'analyse des données.

5.5.5.3. Archivage des données

L'archivage des données est un élément clé dans la gestion des données. Elle permet à tout moment d'avoir accès à l'information pour une meilleure prise de décision d'une part et d'autre part, faciliter les revues, évaluations et autres missions d'audit.

Les registres, tous les rapports périodiques, d'évaluation, supervisions et les autres outils de collecte primaires seront conservés sous format papier dans les structures d'origine. Deux types d'archivage seront utilisés pour la conservation des documents : l'archivage physique et l'archivage électronique.

• L'archivage physique

Elle se fera à tous les niveaux. Les différents responsables des structures de mise en œuvre veilleront à l'archivage des différents documents du programme dans un espace dédié notamment dans les armoires de rangement. Les documents (registres, rapports, fiches, etc.) seront rangés par nature et période dans des boîtes d'archives.

Au niveau central, l'archivage des documents sera organisé conjointement par la DEP et la DISER. Les documents seront archivés au niveau de la DEP et la DISER assurera la gestion de la connaissance.

• L'archivage électronique

Les différents supports électroniques seront rangés par dossiers, fichiers et par date. La sauvegarde se fera aussi sur la base de données. Cette sauvegarde des données doit être périodique et une procédure de sauvegarde sera élaborée et mise à disposition des acteurs. Au niveau central, la sauvegarde se fera sur des serveurs à grande capacité.

5.5.6. Mécanisme d'assurance qualité

La qualité des données est un critère important dans l'appréciation des performances d'un programme. Le dispositif d'assurance qualité constitue de ce fait un cadre judicieux pour juger de la fiabilité des données en accord avec un ensemble standard d'approches, de techniques de collecte et de rapportage des données.

Pour adresser ce problème, les procédures et actions suivantes seront entreprises : (i) les personnes chargées de la collecte des données seront formées à l'utilisation des différents outils mis à leur disposition, ce qui leur permettra de collecter des données fiables et exactes, (ii) les registres, les fiches de collecte des données et autres outils standardisés sont distribués à tous les points de collecte des données, (iii) une base de données et un logiciel de gestion de toutes les données seront mis en place, (iv) les supervisions de toutes les activités seront instaurées à tous les niveaux et incluront la confrontation des données avec leurs sources pour déceler et corriger les éventuelles erreurs, (v) un audit annuel de la qualité des données sera instauré, et (vi) un protocole de correction des erreurs et des données manquantes est élaboré et appliqué par tous les acteurs qualifiés.

Pour assurer la qualité des données, un processus de vérification sera mis en place. Le premier niveau de contrôle sera fait au niveau de l'établissement sanitaire lors de l'élaboration des rapports. Un deuxième niveau de contrôle se fera lors de la validation mensuelle des données au niveau du District Sanitaire (DS) avant la validation trimestrielle au niveau de la Direction départementale. La structure en charge du SNIS organisera un audit annuel de la qualité des données.

5.5.7. Diffusion et utilisation des données

Le Secrétariat du comité technique de suivi et évaluation du PNDS et la DISER doivent fournir régulièrement des informations de qualité qui doivent être analysées par le Comité Technique de Suivi puis présentées au Comité de Pilotage pour la prise de décision.

Ces informations seront présentées sous forme de rapports que sont :

- le rapport sur les progrès et les performances du secteur de la santé et
- le rapport annuel sur les statistiques sanitaires.

Le premier rapport est le résultat de la revue annuelle qui réunit toutes les parties prenantes du système de santé. Ce rapport est alimenté par des données de différentes sources y compris les rapports des données de routine, les enquêtes (EDS, MICS, SARA), les travaux de recherche disponibles, les différents rapports d'évaluations. Il a pour objectif de décrire les progrès accomplis ou pas par rapport aux résultats définis dans le PNDS, à travers ses plans opérationnels annuels. Ce rapport est produit par le Comité technique à l'issue de la revue annuelle du secteur santé.

Le rapport annuel sur les statistiques est utilisé lors de l'élaboration du rapport sur les progrès et les performances du secteur de la santé. En revanche, il émane de la DISER qui devrait le produire annuellement. Cela devrait être un des résultats de la performance de la DISER. Il devra ensuite être disponible sur internet pour en faciliter la diffusion.



CONCLUSION

Le présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2018-2022), élaboré selon l'approche participative et inclusive est le cadre stratégique unique de mise en œuvre de la nouvelle Politique Nationale de Santé 2018-2030. Il vise à doter le pays d'un système de santé amélioré, résilient et durable. Les lignes d'actions retenues avec un consensus de tous les acteurs devront donc contribuer à promouvoir la santé, prévenir et prendre en charge et assurer la sécurité sanitaire.

En effet, les objectifs cibles retenus dans le cadre du présent PNDS 2018-2022 qui sont en cohérence avec les engagements nationaux et internationaux notamment les Objectifs de Développement Durable devraient aider le pays à tendre vers la couverture sanitaire universelle.

Le gouvernement pour sa part, s'est résolu à engager, à travers une priorisation du secteur de la santé en y consacrant 13% de son budget national, d'importants efforts pour atteindre les objectifs ciblés. Aussi, les efforts devront être faits pour mobiliser les ressources dans l'objectif de rapprocher le niveau d'exécution budgétaire à celui des inscriptions. De plus, le gouvernement devra travailler à améliorer la qualité de la dépense publique en santé pour une meilleure efficience et efficacité des dépenses.

Un engagement et un alignement des interventions de l'ensemble des partenaires et acteurs du système de santé devraient contribuer dans une certaine mesure à réduire le gap de financement constaté, soit 38% du coût global (438,985 milliards de franc CFA).

REFERENCES

1	Chemin d'avenir, allons plus loin ensemble
2	Ministère du plan, de la statistique et de l'intégration régionale du Congo, plan national de développement 2018- 2022
3	Ministère du plan, de la statistique et de l'intégration régionale du Congo, Rapport sur la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD), Mai 2018
4	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION, PLAN PLURI ANNUEL COMPLET 2018-2022
3	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Programme Biennal de Développement Sanitaire, Document de mise en œuvre du PND 2012-2016 dans le secteur de la santé, septembre 2014
5	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Plan stratégique multisectoriel de lutte antitabac au Congo 2018- 2022, avril 2018
6	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE DE BRAZZAVILLE, RAPPORT D'ACTIVITÉS 2017
7	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Rapport technique sur l'Analyse rapide du système d'information lié à la mise en œuvre de la SIMR au Congo, Mai 2018
8	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Comptes de la santé 2012- 2015, mai 2018
9	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA tuberculose, Avril 2015
10	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Rapport de la Revue du secteur de la santé au CONGO, juin 2018
11	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Politique nationale de la santé au CONGO d'ici 2030, juin 2018
12	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Carte sanitaire nationale du CONGO, édition 2015
13	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Découpage des districts sanitaires, mai 2017
14	République du Congo, Revue de la gestion des dépenses publiques et de la responsabilité financière (PEMFAR) (Banque Mondiale, Congo, 2015),
15	SRMNIA
16	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, les annuaires statistiques 2015 et 2016
17	Ministère de l'économie, du plan, de l'aménagement du territoire et de l'intégration, le RGPH- 2007 en quelques chiffres, juillet 2010
18	Ministère du plan, de la statistique et de l'intégration régionale du Congo, Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 2014- 2015
19	Enquêtes Démographiques et de Santé (EDSI et EDS II)
20	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Analyse du coût, du financement et de la mise en place du panier de soins de l'Assurance Maladie Universelle en République du Congo (Banque Mondiale), mai 2017
21	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Rapport de la revue finale de la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile 2008- 2015
22	SITAN- UNICEF 2017
23	Cadre de planification et de budgétisation du 13 ème PGT(OMS), 2018.
24	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Rapport des assises d'Ewo, décembre 2016
25	Ministère de la Santé et de la Population du Congo, Rapport de l'atelier de validation du plan annuel 2018 et de l'évaluation annuelle du programme élargi de vaccination, février 2018

RECONNAISSANCES

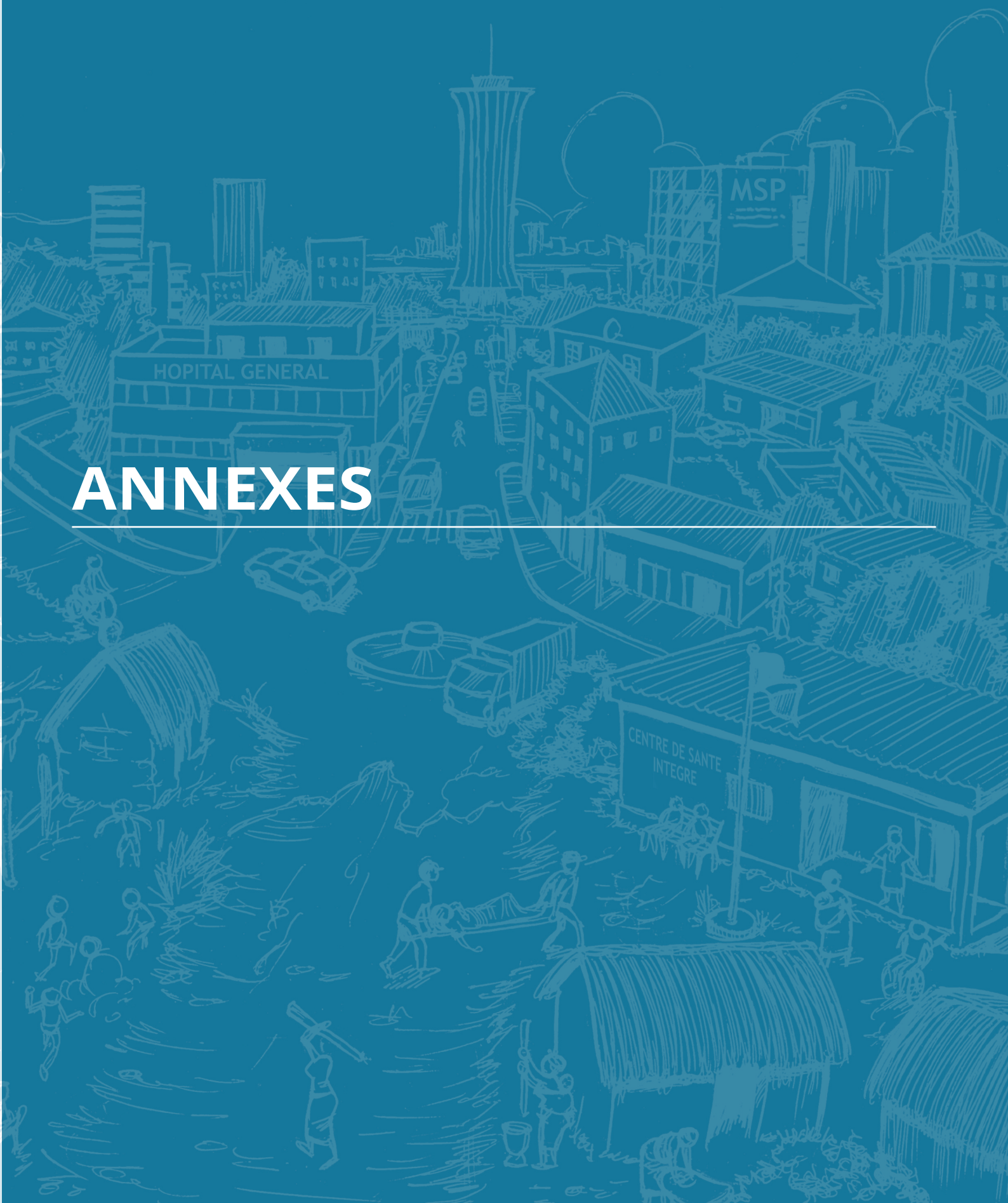
L'élaboration du PND 2018-2022 a été participative et chronophage. Elle a nécessité des énergies louables pour faire une bonne analyse situationnelle puis une révision de la Politique Nationale de Santé (PNS), en tenant compte de l'évolution du contexte national et international. Ce travail a été réalisé grâce à la coordination de **Madame Jacqueline Lydia MIKOLLO**, Ministre de la santé et de la Population.

Supervision	<ul style="list-style-type: none"> • M. Florent BALANDAMIO, Directeur de cabinet MSP • Dr. René ZITSEMELE CODDY, Conseiller Technique au MSP • M. Emeriand Dieu-Merci KIBANGOU, Directeur des Etudes et de la Planification au MSP
Consultant international	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Hyppolite KALAMBAY NTEMBWA, (Expert OMS)
Equipe de rédaction	<ul style="list-style-type: none"> • M. Emeriand Dieu-Merci KIBANGOU, Directeur des Etudes et de la Planification au MSP • Dr. Antoine LOUSSAMBOU, Médecin de santé publique • Dr. Jean-Claude EMEKA, Médecin de santé publique • M. Vivien-Hilaire NYANGA, Chef de service des études à la DEP/santé • M. Arsène ODZO-DIMI, chef de service statistique à la DEP/santé
Experts ayant contribué techniquement	<ul style="list-style-type: none"> • Pr. Agrégé Richard BILECKOT, Inspecteur Général de la Santé ; • Pr. Agrégé Donatien MOUKASSA, Directeur Général de l'Hôpital Général Edith Lucie Bongo-Odimba d'Oyo ; • Pr. Alexis Elira DOKEKIAS, Directeur du Centre National de Référence de la Drépanocytose ; • Vénérable Philomène FOUTY-SOUNGOU, Ancienne Première secrétaire du Senat et ancienne Ministre de la Santé ; • Pr Armand MOYIKOUA, Ancien recteur de l'université Marien NGOUABI • Pr. Ange Antoine ABENA, Ancien doyen de la Faculté des Sciences de la Santé (FSSA), ancien Ministre de l'Enseignement Supérieur ; • Pr. Hervé DIATA, Ancien doyen de la Faculté des Sciences Economiques ; • Pr. Roger Armand MAKANY, Directeur de l'Ecole Supérieure de Gestion et d'Administration des Entreprises (ESGAE) ; • Dr. Michel MBEMBA-MOUTOUNOU du bureau l'OMS-Congo ; • Dr. Dieudonné BAKALA du bureau l'OMS-Congo ; • Dr. Ray MANKELE du bureau l'OMS-Congo ; • Dr. Hermann DIDI-NGOSSAKI du bureau UNICEF ; • M. Martin INANA du bureau UNICEF ; • Dr. Cédric NDIZEYE, spécialiste en santé à la Banque Mondiale ; • Dr. Bernice NSITOU, Coordonnateur du PDSS II/ MSP ; • M. Jean De Dieu RUSATIRA, Expert FBP, PDSS II/MSP ; • Dr Paul NZABA, Expert FBP, PDSS II/MSP • M. Philippe SAMBA, Directeur de l'Information Sanitaire, de l'Evaluation et de la Recherche/MSP ; • Dr. Jean-Claude MOBOUSSE, Directeur Départemental de la santé de Brazzaville ; • Dr. Raphaël ISSOÏBEKA, Directeur de l'hôpital de référence de Talangaï ; • Dr. BOUEYA BOUESSO Christian Mikhael, Chef de service planification/DEP ; • M. Lucien Emmanuel Francky IBATA, Chef de service promotion de la santé / DHPS • Dr. Gilbert DZIESSI, Chef de département santé publique à la FSSA ; • Mr Jean Chrios MOUKALA, Economiste, Enseignant à l'université ; • Mme Caroline Mariaud ; • MASSENGO-BANZOUZI Rufin Grace, Collaborateur DEP ; • DJOBEZA-OLEKI Gloria Sergeline, Collaboratrice DEP ; • BIYOUUDI-BANTSIMBA May Fernandez, Collaborateur DEP.

**Appui logis-
tique**

- Mme OKOMBI OUMBA Christelle Natacha ;
- Mme BANTSIMBA née HOMBESSA Neil Hervie ;
- M. MBARIKO NGANA Jacques ;
- M. KABA Rosin Andoche ;
- M. ETOKA Rodrigue Stanislas ;
- Mme MOUKOKO Arouhete Solange ;
- M. MAKAYA Cédric Claise Romaric ;
- M. BOLANDA Jean Daniel ;
- Mme YAMBA Magalli Cynthia ;
- Mme MINGOLET BILONGUI Emeldie Luxène ;
- Mme ATIPO Christ Divine ;
- M. MASSENGO NSONGOLA Reiche Diauvani.

ANNEXES



Annexe n°1 : Liste des 22 CSI à PMAE à transformer en FOSA capables d'offrir les urgences médico-chirurgicales

Départements	Districts sanitaires	Hôpital de district
Likouala	Enyelle	Enyelle
	Impfondo	Impfondo
Sangha	Ouessou	Ouéssou
	Souanké	Souanké
Cuvette-Ouest	Etoumbi	Etoumbi
	Ewo	Ewo
Cuvette	Mossaka -loukolela	Mossaka
	Owando	Owando
	Alima	Oyo
Plateaux	Djambala-Lekana	Djambala
	Gamboma	Gamboma
	Abala	Abala
	Ngo-Mpouya	CSI à PMAE de Ngo
Pool	Ignié-Ngabé-Mayama	CSI à PMAE de Ignié
	Goma -tsétsé	Linzolo
	Kinkala	Kinkala
	Mindouli	Mindouli
	Boko-Louingui-Loumo	CSI à PMAE de Boko
	Kindamba-Vindza-Kimba	Kindamba
Bouenza	Mouyondzi-Yamba-Kingoué	Mouyondzi
	Madingou-Boko songho	Madingou
	Loutété- Mfouati	Loutété
	Nkayi	Nkayi
	Loudima	CSI à PMAE de Loudima
Lékoumou	Zanaga-Bambama-Komono	CSI à PMAE de Zanaga
	Sibiti	Sibiti
Niari	Mossendjo-Moungoundou sud- Yaya-Moutamba- Mayoko- Moungoundou nord- Mbinda	Mossendjo
	Kibangou-Banda-Divénié-Nyanga	Kibangou
	Dolisie-Kimongo-Louvakou- Iondela-kayes	Dolisie
Kouilou	Hinda-Mvouti-Ioango	Hinda
	Madingo kayes- Nzambi	Madingo-Kayes

Départements	Districts sanitaires	Hôpital de district
Pointe-Noire	Mongo Nkamba	CSI à PMAE Siafoumou
	Loandjili	Hôpital Gén Loandjili
	Lumumba	Hôpital Gén Adolphe Sicé
	Tié-Tié	Tié-Tié
	Ngoyo	Ngoyo
	Tchiamba -Nzassi	Tchiamba-Nzassi
	Mvou-Mvou	CSI Saint Joseph
Brazzaville	Madibou	CSI à PMAE Madibou
	Makélékélé	Hôp.Makélékélé
	Bacongo	Hôp. Bacongo
	Poto-Poto	Clinique Leyono
	Moungali	Clinique Evangelique Mayangui
	Ouenzé	Ex CNSS de Ouénzé
	Talangaï et Ile Mbamou	Hôp.Talangaï
	Mfilou	Hôp.Talangaï
	Djiri	Hôp.Nkombo

Annexe n°2 : Cadre logique du PNDS 2018-2022

PROGRAMME N°1 : Renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage du secteur santé					
Sous-programme 1. Renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°1.1.1 La gouvernance des structures de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé	Renforcement des dispositions légales et du cadre juridique de mise en œuvre du PNDS	<ul style="list-style-type: none"> Actualiser les textes relatifs au fonctionnement des organes de mise en œuvre du PNDS 2018-2022 à tous les niveaux du système (national, départemental et périphérique) Finaliser les textes juridiques de transformation du CNTS en ECOSANG, du LNSP en INSP et de structuration des programmes et projets de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de textes juridiques promulgués 	Journal officiel	<ul style="list-style-type: none"> Direct cab DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place tous les organes de mise en œuvre du PNDS 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'organes de mise en œuvre du PNDS mise en place par niveau 	Rapports de mise en place	<ul style="list-style-type: none"> Direct cab CTS-PNDS
		<ul style="list-style-type: none"> Finaliser les textes de mise en œuvre de la loi sur la décentralisation du secteur santé 	<ul style="list-style-type: none"> %des réunions tenues dans les délais réglementaires ; 	Rapports/Comptes rendus	<ul style="list-style-type: none"> Direct cab CTS-PNDS
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborer une loi sur l'utilisation de la cobaltothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de textes de mise en œuvre de la loi sur la décentralisation du secteur santé produits 	Recueil des textes	<ul style="list-style-type: none"> Direct cab DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborer un manuel des normes d'organisation et de fonctionnement des formations sanitaires à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> Promulgation de la loi 	Journal officiel	<ul style="list-style-type: none"> DGSSa
	Mise en place des normes d'organisation et de fonctionnement des structures de santé à tous les niveaux du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> % de structures de santé disposant le manuel des normes d'organisation et de fonctionnement des formations sanitaires à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> % de FOSA respectant les normes d'organisation et de fonctionnement des formations sanitaires à tous les niveaux 	Document normatif des normes	<ul style="list-style-type: none"> CTS-PNDS
				Rapports des équipes cadre de DS	<ul style="list-style-type: none"> DS

Sous-programme 1. Renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°1.1.1 La gouvernance des structures de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé	Mise en place des normes d'organisation et de fonctionnement des structures de santé à tous les niveaux du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer les grilles d'indicateurs de performance pour : <ul style="list-style-type: none"> ✓ CSI ✓ HD ✓ HG ✓ ECD ✓ DDS Organiser des sessions de formation sur la planification à tous les niveaux du système 	<ul style="list-style-type: none"> % de structures de santé disposant le manuel des normes % de structures de santé dont l'équipe administrative a bénéficié d'une formation sur la planification 	Document normatif des normes Rapports de la DEP	<ul style="list-style-type: none"> IGS DEP CTS-PNDS DGSS DGPOP
	Renforcement des capacités de planification stratégique des structures de santé à tous les niveaux du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Actualiser les plans stratégiques sous sectoriels et les politiques pour les besoins d'alignement avec le PNDS 2018-2022(VIH/Sida, tuberculose, SRMNIA, paludisme, etc.). Appuyer les sessions d'élaboration des plans opérationnels annuels de mise en œuvre du PNDS 2018-2022 à tous les niveaux Organiser périodiquement le monitoring des indicateurs de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> % de programmes de santé ayant les plans stratégiques alignés au PNDS2018-2022 % de structures de santé ayant un outil de monitoring des indicateurs de suivi des plans % de structures de santé organisant régulièrement les sessions de revue et d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de programmes de santé ayant un plan stratégique aligné au PNDS Tableaux muraux des indicateurs Rapports de revue Rapports d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> DEP CTS-PNDS Unité de coordination des projets et programmes de santé CTS-PNDS DEP
Résultat attendu n°1.1.2. Le processus de planification stratégique et opérationnelle est amélioré à tous les niveaux du système de santé	Renforcement du suivi et évaluation des plans opérationnels annuels	<ul style="list-style-type: none"> Organiser périodiquement les sessions de revue et d'évaluation Organiser des journées d'évaluation nationale annuelle sous l'égide du Ministre en charge de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre des journées d'évaluation nationale annuelle 	Rapports d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Direct cab DEP CTS-PNDS

Sous-programme 1. Renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
Résultat attendu n°1.1.2. Le processus de planification stratégique et opérationnelle est amélioré à tous les niveaux du système de santé	Renforcement de la redévisibilité, du contrôle et de l'inspection des structures de santé en mettant en œuvre les actions suivantes	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer un manuel d'inspection des structures de santé 	<ul style="list-style-type: none"> % de structures de santé inspectées en utilisant le manuel d'inspection 	Rapports de l'IGS • IGS
		<ul style="list-style-type: none"> Produire dans les délais des rapports, des comptes administratifs et financiers par chaque structure de santé 	<ul style="list-style-type: none"> % des établissements de santé ayant tenu leur comité de direction dans les délais ; Nombre de délibérations prises ou votées 	Rapports des CODIR • Présidents des CODIR
			<ul style="list-style-type: none"> % taux de promptitude et de complétude par structures de santé 	Rapports des équipes administratives • CTS-PNDS
		<ul style="list-style-type: none"> Transférer les ressources au niveau des collectivités locales (Ministère en charge des finances, Ministère en charge de la fonction publique, Ministère en charge de la décentralisation et de l'intérieur) 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un plan validé de transfert des ressources humaines ; 	Document/manuel DGAR, DGSS, DDS, DDPOP
		<ul style="list-style-type: none"> Organiser les sessions de formation des acteurs de gestion de toutes les ressources transférées par le niveau centrale dans le cadre de la décentralisation 	<ul style="list-style-type: none"> Densité du personnel de santé par département Proportion des collectivités locales formées sur la gestion des ressources en santé; Nombre de sessions de formations organisées 	Rapports d'activités • CTS-PNDS • DEP
Résultat attendu n°1.1.3. Le plan de développement des ressources humaines est mis en œuvre	mise en œuvre effective des dispositions de la décentralisation/déconcentration	<ul style="list-style-type: none"> élaborer le plan de développement des ressources humaines pour la santé, 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un plan de développement des ressources humaines pour la santé validé 	Rapport de formation • DGAR/DRH, • DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborer un plan de recrutement (2021-2023) des RHS 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de médecins et autres agents de santé recrutés 	Rapport de formation • DGAR/DRH, • DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> Mettre en application le cadre de concertation incluant tous les Ministères impliqués dans la gestion des ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> Le plan de développement des ressources humaines est disponible les notes de mise à disposition au MSP 	• La direction des ressources humaines • La direction des ressources humaines
		<ul style="list-style-type: none"> élaborer un plan de formation continue des RHS 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de réunions de concertation tenues 	• Différents comptes rendus • Cabinet MSP • DGAR/DARH
			<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un plan de formation continue des RHS 	Rapport de validation • Cabinet MSP • DGAR/DARH

Sous-programme 1. Renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage						
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables	
Résultat attendu n°1.1.4. Le système d'information sanitaire permettant la planification, le suivi et l'évaluation est devenu performant	Rentabilisation des enquêtes et études dans le domaine de la santé	<ul style="list-style-type: none"> Institutionnaliser les études (comptes de santé, des annuaires des statistiques, des enquêtes SARA et séro-surveillance santé) à travers l'inscription d'une ligne budgétaire, renforcement des capacités nationales (mise en place d'un programme des comptes de la santé) 	<ul style="list-style-type: none"> Existence des textes désignant les comités de coordination ; Périodicité/régularité des enquêtes ; Existence des feuilles de route Nombre de personnes formés/équipe technique 	Secrétariat/Archives	DISER,	
		<ul style="list-style-type: none"> Réaliser une enquête ménage sur le « Baromètre-santé », 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des indicateurs de santé 	Secrétariat/Archives	DISER, DEP,	
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborer un plan d'amélioration de la qualité des données 	<ul style="list-style-type: none"> Existence du document validé 	Document	DISER, DEP	
		<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'utilisation des résultats des études et de la recherche issues de la FSSA et des sociétés savantes 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des résultats de thèse vulgarisés par le MSP ; Nombre de recommandation traduite en action. 	Rapport des présentations Rapport d'activités de la DISER	DEP, DISER	
Résultat attendu n°1.1.5. Le financement du secteur de la santé est adéquat	Amélioration du financement des structures opérationnelles afin de mettre en œuvre les interventions du secteur santé	<ul style="list-style-type: none"> Révision des mécanismes d'attribution des budgets selon les besoins de chaque niveau de la pyramide sanitaire (plus de 30% du budget du MSP pour les structures opérationnelles) 	<ul style="list-style-type: none"> Part du budget du MSP attribué aux structures opérationnelles 	Rapports financiers Comptes de la santé	DEP	
		Intégrer le FBP dans toutes les formations sanitaires des 27 districts sanitaires	Pourcentage des formations sanitaires ayant intégrés le FBP comme mode de financement	Rapport des districts sanitaires	DGSSa	
		<ul style="list-style-type: none"> Faire le plaidoyer auprès des partenaires pour la mobilisation des fonds extérieurs 	<ul style="list-style-type: none"> Part des fonds extérieurs mobilisés 	Rapports financiers Comptes de la santé	DEP	
		<ul style="list-style-type: none"> Achat des médicaments des initiatives de gratuités (vaccins, ARV/ réactifs des examens de laboratoire, kits césarienne, antituberculeux, antipaludiques) 	<ul style="list-style-type: none"> Montant mobilisé pour chaque type de gratuités 	Rapports financiers Comptes de la santé	• DEP • DGAR	

Sous-programme 1. Renforcement de la gouvernance, du leadership et du pilotage					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°1.1.5. Le financement du secteur de la santé est adéquat	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des fonds additionnels par la mise en place des financements innovants pour combler le gap de financement de l'État du PNDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les mécanismes et outils de gestion orthodoxe des fonds issus du recouvrement des coûts dans les structures de santé (mise en place de guichets des banques dans les FOSEA) • Organiser chaque année une soirée d pour le besoins de financement de l'offre des produits sanitaires sécurisés 	<ul style="list-style-type: none"> • % de structures de santé ayant installé des guichets de banque dans leurs services de recettes • % de soirée de téléthon organisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Extraits des comptes bancaires des structures de santé Rapports des téléthons 	<ul style="list-style-type: none"> • IGS • DEP • DGAR • DEP, DISER
Sous-programme 2. Amélioration de la coordination et du partenariat du secteur de la santé					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°1.2.1. La coordination du secteur est renforcée	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la coordination et du partenariat du système à travers les actions ci-après 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser régulièrement les réunions du Conseil national de santé • Organiser régulièrement les réunions de CCIA • Organiser les réunions de fonctionnement du CCN et de la coordination de lutte contre le VIH/Sida, IST et épidémies • Organiser les réunions de fonctionnement de la coordination de lutte contre le VIH/Sida, IST et épidémies • Organiser régulièrement les réunions de la plateforme de production des RHS avec tous les Ministères impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> • % de réunions tenues • % de réunions tenues • Pourcentage des réunions tenues dans les délais réglementaires ; • Pourcentage des réunions tenues dans les délais réglementaires ; • % de réunions tenues 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports ce réunions Rapports ce réunions Rapports/Comptes rendus Rapports/Comptes rendus Rapports ce réunions 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet • Cabinet • DGSS • CNLSE • CTS-PNDS • Cabinet • CTS-PNDS
Résultat attendu n°1.2.2. Le partenariat du secteur est renforcé	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la participation communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place les conseils départementaux de santé, des comités de direction des hôpitaux généraux (CODIR), des comités de gestion (COGES) des DS, des fédérations des comités de santé, des comités de santé (COSA) • Finaliser les textes et outils de mise en œuvre de la politique de santé à base communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des textes de nomination/désignation des animateurs et membres. • Existence des textes et outils de mise en œuvre de la de la santé à base communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> Journal officiel/Archives Rapport du MSP 	<ul style="list-style-type: none"> • DGSS DGPOP • Cabinet

Sous-programme 3. Amélioration de l'accès financier aux soins et services de santé des populations					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°1.3.1. La couverture de l'assurance maladie universelle est augmentée	Mise en place de l'assurance maladie universelle destinée à couvrir tous les secteurs: formel (public privé) et informel	<ul style="list-style-type: none">Finaliser le processus de choix des paniers de soins (avec le panier socle et panier complémentaire)Elaborer les documents normatifs sur la nomenclature des actes et la tarification des soinsMettre en place les critères d'accreditation des structures de santéParticiper au choix des différents modes de paiementElaborer les outils de gestion du patient standard (GESPAT),Informatiser les structures de santé accréditées	<ul style="list-style-type: none">Disponibilité des paniers de soins promulgués.Disponibilité des documents normatifs promulgués.Disponibilité du critérium des structures de santé.Disponibilité du document indiquant les modes de paiementDisponibilité du GESPATPourcentage des structures de santé accréditées connectées au réseau	<p>Journal Officiel et toutes les structures de santé accréditées</p> <p>Journal Officiel et toutes les structures de santé accréditées</p> <p>Journal Officiel et toutes les structures de santé accréditées</p> <p>Journal Officiel et toutes les structures de santé accréditées</p> <p>Structures de santé accréditées</p> <p>Structures de santé accréditées</p>	<ul style="list-style-type: none">DEP,DGSS,DEP,DGSSDTIC
	Mobilisation du financement de la vaccination et des initiatives de gratuité ainsi que pour des médicaments essentiels génériques, réactifs, consommables et autres produits de santé de la CAMEPS avec les actions suivantes	<ul style="list-style-type: none">Sécuriser/pérenniser le financement de la vaccinationMobiliser et sécuriser les fonds dédiés aux urgences et catastrophesMettre en place des mécanismes de mobilisation des financements innovants de la santéSécuriser les fonds issus du recouvrement des coûts dans les structures de santéSécuriser le financement des initiatives de gratuitésEtendre l'approche de financement basée sur la performance (PBF) dans la motivation des prestataires dans les 52 DS	<ul style="list-style-type: none">Part du budget du secteur santé décaissée pour la vaccinationPart du budget du secteur santé décaissée pour les urgences et catastrophesNombre de taxes instituées sur les biens et produits de consommationNombre de structures de santé ayant mis en place des mesures de sécurisation des fondsPart du budget du secteur santé décaissée pour les gratuitésPourcentage des structures de santé bénéficiant du PBF par DS	<p>Compte financier du PEV central</p> <ul style="list-style-type: none">Compte financier DELMJournal officielSupports de gestion Comptes opérationnelsCompte financier des programmesRapports des structures et du projet.	<ul style="list-style-type: none">DGPOPInspection générale santéDEP, DAFDGSS,Inspection générale santéUnité de coordination des projets et programmes de santé et Cellule technique du projet

Sous-programme 4 : Mise à disposition au niveau des FOSA des RH en quantité et qualité suffisantes				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
Résultat attendu n°1.4.1 la mise en œuvre du PNDS 2018-2022 est garantie grâce à la disponibilité des ressources humaines	Développer les ressources humaines pour la santé.	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer le plan de développement des ressources humaines pour la santé, 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un plan de développement des ressources humaines pour la santé validé 	<ul style="list-style-type: none"> DGAR/DARH
		<ul style="list-style-type: none"> Elaborer un plan de recrutement (2021-2023) des ressources humaines en santé 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de ressources humaines en santé ayant un poste de travail officiel, 	<ul style="list-style-type: none"> DGAR
		<ul style="list-style-type: none"> Mettre en application le cadre de concertation incluant tous les Ministères impliqués dans la gestion des ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de réunions de concertation tenues 	<ul style="list-style-type: none"> Cabinet MSP
		<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan de formation continue des RHS 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un plan de formation continue des RHS 	<ul style="list-style-type: none"> Cabinet MSP
		<ul style="list-style-type: none"> Développer un plan de contractualisation du personnel médical en fonction des besoins de chaque département 	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un plan de contractualisation 	<ul style="list-style-type: none"> Cabinet MSP

PROGRAMME N°2 : Amélioration de l'accès équitable des populations aux paquets de services essentiels de qualité				
Sous-programme 1. Renforcement de l'offre de soins et services de santé				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
Résultat attendu n°2.1.1. La couverture du pays en DS ayant une équipe cadre fonctionnant dans les normes est améliorée	Développement des soins de santé primaires centrés sur la personne à travers la revitalisation du district sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place les 52 équipes cadre des districts sanitaires, 	<ul style="list-style-type: none"> • % de DS ayant une équipe cadre ayant au moins 5 cadres 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet du MSP • DGAR/DARH
		<ul style="list-style-type: none"> • Former les membres des 52 équipes cadres sur le développement d'un DS 	<ul style="list-style-type: none"> • % de DS ayant une équipe cadre dont au moins 3 personnes sont formés au développement d'un DS 	<ul style="list-style-type: none"> • CTS-PNDS
		<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer les plans de couverture des 52 DS par l'actualisation du découpage en aires de santé des DS 	<ul style="list-style-type: none"> • % de DS ayant élaboré un plan de couverture 	<ul style="list-style-type: none"> • S/CTS-PNDS • DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer techniquement et financièrement des supervisions trimestrielles de 52 équipes cadres de DS (736 supervisions) 	<ul style="list-style-type: none"> • % de supervisions appuyées dans les 52 DS 	<ul style="list-style-type: none"> • S/CTS-PNDS
		<ul style="list-style-type: none"> • Doter des moyens roulants, nautiques et autres équipements bureautiques dans 52 DS 	<ul style="list-style-type: none"> • % de DS possédant au moins 1 moyen de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • DEP
		<ul style="list-style-type: none"> • Aménager/équiper 4 services clés (maternité, Bloc opératoires, services des urgences et laboratoires) des 52 hôpitaux de district, 	<ul style="list-style-type: none"> • % de services DS possédant au moins 1 moyen de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • DEP • DGSS/DIEM

Sous-programme 1. Renforcement de l'offre de soins et services de santé				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
		<ul style="list-style-type: none"> Former les 12 DDS, les 12 DDPOP et les 52 médecins –chefs des équipes cadre de DS sur l'offre de paquets de service de santé à base communautaire Former les relais communautaires sur l'offre de paquets de service de santé à base communautaire Impression des outils de de travail des relais communautaires (outil de la PCIMNE-communautaire, outils de l'eTME communautaires) Créer un réseau de clubs de dialogue sur l'autonomisation communautaire dans la gestion des pathologies chroniques (HTA, Diabète, Cancer et tuberculose) et la santé reproductive (violences sexuelles, IST/VIH et avortement) et Réaliser une supervision par mois par binôme de relais communautaire dans les aires de santé par les CSI Aménager /réhabiliter/équiper : <ul style="list-style-type: none"> - 52 maternités, - 52 services d'accueil et urgences - 52 blocs opératoires -transformer 22 CSI à PMAE en structures de santé capables de servir de FOSA de référence dans les DS sans hôpital de district (capables de prendre en charge des urgences médicochirurgicales) 	<ul style="list-style-type: none"> % des responsables départementaux et de district sanitaires formés sur l'offre de paquets de service de santé à base communautaire % d'aires de santé ayant au moins un binôme de relais communautaires formés % d'aires de santé ayant au moins un binôme de relais communautaires opérationnels % d'aires faisant partie d'un club de dialogue sur l'autonomisation % de supervisions réalisées % de maternités aménagées % de services d'accueil-urgences réhabilités/aménagés % de blocs opératoires De CSI à PMAE transformés en FOSA capables d'offrir les soins et services de santé de qualité conformément aux normes du SSID 	Structures responsables • S/CTS-PNDS • S/CTS-PNDS • S/CTS-PNDS • S/CTS-PNDS • Équipe cadre des DS • DEP • S/CTS-PNDS
Résultat attendu n°2.1.2. La couverture sanitaire du pays en services de santé de premier échelon (SSPE) capables d'offrir les paquets des services essentiels est améliorée	Mise en œuvre effective de la santé à base communautaire dans les aires de santé			
Résultat attendu n°2.1.3. La couverture sanitaire du pays en hôpitaux de district capables d'offrir des soins d'urgences 24 h/24 est améliorée	Amélioration de l'offre du PCA des 52 FOSA de première référence (hôpitaux de district)			

Sous-programme 1. Renforcement de l'offre de soins et services de santé					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°2.1.3. La couverture sanitaire du pays en hôpitaux de district capables d'offrir des soins d'urgences 24 h/24 est améliorée	Amélioration de l'offre du PCA des 52 FOSA de première référence (hôpital de district)	<ul style="list-style-type: none"> • Equiper 52 laboratoires en matériel basique en vue d'offrir les examens basiques (automate d'hématologie, automate de biochimie, automate d'immunologie, microscope binoculaire) • Actualiser les outils/supports/documents normatifs de rationalisation des soins dans les 52 FOSA de première référence échelon (Schémas thérapeutiques standardisés, protocoles, directives, document d'évaluation de la qualité des SONUC) • Organiser les ateliers de formations des prestataires des services des maternités, des services d'accueil-urgences, des pharmacies et des blocs opératoires sur l'offre des prestations d'un le PCA (SONUC, PCIMNE, Schémas thérapeutiques standardisés, gestion des médicament, SNIS, supervision, etc..) Des 52 FOSA de première référence 	<ul style="list-style-type: none"> • % de laboratoire dotés en matériel basique en vue d'offrir les examens basiques • % de FOSA de première référence disposant de tous outils/supports/documents normatifs de rationalisation des soins • % des prestataires de l'offre des PSE formés dans chaque DS 	Procès-verbaux de réception des ouvrages	• DEP
				Rapports de supervision des équipes cadre de DS,	• S/CTS-PNDS
				Rapports de formation	• DGSS
				Rapports de travaux de finition	• Cabinet du MSP
Résultat attendu n°2.1.4. La couverture sanitaire du pays en établissements capables d'offrir les soins de spécialité essentiels de qualité et à moindre coût est améliorée	Poursuite des travaux de construction des 12 hôpitaux généraux départementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le plaidoyer pour la programmation du financement de travaux de finition des 12 hôpitaux généraux départementaux • Faire le plaidoyer pour l'équipement des 12 hôpitaux généraux départementaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'hôpitaux généraux départementaux dont les travaux de finition sont arrivés à terme • Nombre d'hôpitaux généraux départementaux ayant bénéficié d'un équipement répondant aux normes 	Procès-verbaux de réception	• Cabinet du MSP
		Achever et équiper deux unités d'hémodialyse : 1 au CHU de Brazzaville et 1 à l'hôpital général Adolphe Sicié de Pointe-Noire HGAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'unités de dialyse fonctionnelles 	Rapports de livraison	• DEP
	Maintien des hôpitaux généraux préexistants (CHUB, Dolisie, 31 juillet Owando, Adolphe Sicié, Loandjili et Blanche Gomes) :	Achever et équiper l'unité de néphrologie du CHU de Brazzaville	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients ayant bénéficié des soins de dialyse 	Rapports d'activités des HG	• DEP

Sous-programme 1. Renforcement de l'offre de soins et services de santé				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
		<ul style="list-style-type: none"> Moderniser les services des urgences des 6 hôpitaux généraux préexistants (CHUB, Dolisie, 31 juillet Owando, Adolphe Sicé, Loandjili et Blanche Gomes) : <ul style="list-style-type: none"> aménagement des locaux Dotation du matériel/équipement répondant aux normes de prise en charge de l'urgence médico-chirurgicale, pédiatrique et obstétricale obstétricales installation fluides médicaux (oxygène) et du matériel médico-technique usuels: tenu des 5 séminaires-ateliers de formation des prestataires sur l'accueil, prise en charge humanisée des patients Améliorer les plateaux techniques du service cardiologie dans 4 hôpitaux généraux (radiologie interventionnelle et de thrombolyse), Poursuite des travaux de construction des deux centres d'hémodialyse à Brazzaville et à Pointe Noire. Acquérir les équipements de biologie moléculaire de dépistage anténatale de la drépanocytose pour le CNRD Acquérir des équipements d'hémoglobino (Capillarys, HPLC/ Biorad) pour le CNRD 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de services d'accueil-urgences ayant bénéficié d'un aménagement des locaux Nombre de services d'accueil-urgences doté en trousses de médicaments de première nécessité Nombre de services d'accueil-urgences dont le personnel a été formé/recyclé sur l'accueil, la prise en charge humanisée des patients Nombre de services d'accueil ayant bénéficié d'un matériel basique permettant la prise en charge humanisée des patients 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités des HG
Résultat attendu n°2.1.4. La couverture sanitaire du pays en établissements capables d'offrir les soins de spécialité essentiels de qualité et à moindre coût est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> Maintien des hôpitaux généraux préexistants (CHUB, Dolisie, 31 juillet Owando, Adolphe Sicé, Loandjili et Blanche Gomes) : 			• DEP
				• DGSS
			<ul style="list-style-type: none"> Nombre de patients ayant bénéficié des soins de dialyse 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports d'activités des HG
			<ul style="list-style-type: none"> Nombre de centres d'hémodialyse fonctionnels 	<ul style="list-style-type: none"> DGSSa
			<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'examens réalisés 	<ul style="list-style-type: none"> Direction générale du CNRD
			<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'examens réalisés 	<ul style="list-style-type: none"> Direction générale du CNRD

Sous-programme 1. Renforcement de l'offre de soins et services de santé					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°2.1.4. La couverture sanitaire du pays en établissements capables d'offrir les soins de spécialité essentiels de qualité et à moindre coût est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> Maintien des hôpitaux généraux préexistants (CHUB, Dolisie, 31 juillet Owando, Adolphe Sicé, Loandjili et Blanche Gomes) : 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des dispositifs de communication intra hospitalière et inter hospitalière (hôpitaux en réseau) afin de contribuer au fonctionnement optimal de la référence et de la contre référence, Actualiser de la politique nationale des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de FOSA faisant partie de réseau d'intercommunication Existence de la politique nationale des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports de Direction de la technologie et Rapports des Hôpitaux Existence de politique nationale des médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> Direction de la technologie DGSSA
Résultat attendu n°2.1.5 L'accès AUX médicaments, produits sanguins labiles, vaccins et technologies dans les structures de dispensation est garanti	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'accès des populations aux médicaments, vaccins, autres produits de santé et technologie 	<ul style="list-style-type: none"> Réviser 1 fois pendant la période de mise en œuvre du PNDS 2018-2022 la liste nationale des médicaments essentiels et génériques (LNMEG) 	<ul style="list-style-type: none"> Existence de la nouvelle LNMEG 	<ul style="list-style-type: none"> Existence de la LNMEG 	<ul style="list-style-type: none"> DGSSA
		<ul style="list-style-type: none"> Financer un stock consistant de CAMEPS en médicaments, autres produits de santé et technologie afin qu'elle soit capable de satisfaire les besoins des FOSA (plus de 70% de molécules indispensables dans les FOSA et 100% des médicaments des programmes spécifiques , notamment : <ul style="list-style-type: none"> les Kits césarienne, médicaments de la contraception, les ARV, les antituberculeux, les antipaludiques, les anticancéreux 	<ul style="list-style-type: none"> % des fonds mobilisés pour l'achat d'un stocks répondant aux besoins des FOSA 	<ul style="list-style-type: none"> Compte financier de la CAMPES Rapport de la CAMPES 	<ul style="list-style-type: none"> DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> Créer deux (02) dépôts de relais départementaux de la CAMEPS (1 à Oyo et 1 Ouessou) afin de rapprocher les approvisionnements des FOSA 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de jours de rupture par molécule à la CAMPES Nombre de dépôts de relais départementaux créés 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport de la CAMPES Procès-verbaux de réception des nouveaux dépôts 	<ul style="list-style-type: none"> DGSS

Sous-programme 1. Renforcement de l'offre de soins et services de santé				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
Résultat attendu n°2.1.5 L'accès AUX médicaments, produits sanguins labiles, vaccins et technologies dans les structures de dispensation est garanti	Amélioration de l'accès des populations aux médicaments, vaccins, autres produits de santé et technologie	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités logistiques de la CAMPES afin d'assurer ses missions d'approvisionnement des FOSA 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de satisfaction des commandes des FOSA 	<ul style="list-style-type: none"> • Bordereaux de livraison des FOSA • Rapports des Hôpitaux • Rapports des équipes cadre de DS
		<ul style="list-style-type: none"> • Réhabiliter des locaux pouvant abriter 52 pharmacies de DS 	<ul style="list-style-type: none"> • % de DS ayant des locaux pouvant abriter une pharmacie de DS 	<ul style="list-style-type: none"> • DEP
		<ul style="list-style-type: none"> • Faire 52 dotations initiales de stocks de médicaments essentiels et génériques (MEG) 	<ul style="list-style-type: none"> • % de DS ayant bénéficié d'un stock initial de MEG 	<ul style="list-style-type: none"> • DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> • Actualiser les supports/outils standards de gestion des MEG dans les 52 pharmacies de DS 	<ul style="list-style-type: none"> • % de pharmacies de DS fonctionnant avec les supports/outils standards de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> • DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place la pharmacie à usage interne dans les 71 Hôpitaux (52 FOSA de première référence + 19 HG) 	<ul style="list-style-type: none"> • % d'Hôpitaux ayant mis en place la pharmacie à usage interne 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports de la CAMPES • Rapports de supervision des équipes cadre de DS • DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place 71 trousses d'urgences contenant des médicaments de première nécessité dans les services d'accueil-urgences des hôpitaux (52 FOSA de première référence + 19 HG+ CNDR/drépanocytose) 	<ul style="list-style-type: none"> • % d'Hôpitaux ayant des trousses d'urgence mis en place • Nombre de patients ayant bénéficié des médicaments de la trousse d'urgence mis en place dans les hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> • -Rapports de la Direction des pharmacies • -Rapports des hôpitaux • DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place la commission d'homologation des médicaments, autres produits de santé et technologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de réunions tenues 	<ul style="list-style-type: none"> • -Rapports de la commission • DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des instruments d'adhésion à la Médecine 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des instruments d'adhésion à la médecine 	<ul style="list-style-type: none"> • Document constitutifs d'instruments d'adhésion à la Médecine • DGSS

Sous-programme 1. Renforcement de l'offre de soins et services de santé				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
Résultat attendu n°2.1.5 L'accès AUX médicaments, produits sanguins labiles, vaccins et technologies dans les structures de dispensation est garanti	• Amélioration de l'accès des populations aux médicaments, vaccins, autres produits de santé et technologie	• Elaborer et mettre en œuvre une stratégie d'encadrement de la pharmacopée utilisée dans la médecine traditionnelle	• Existence d'un document stratégique d'encadrement de la pharmacopée utilisée dans la médecine traditionnelle	DGSS
		• Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de lutte contre la résistance aux antibiotiques	• Existence d'un document stratégique de lutte contre la résistance aux antibiotiques	• DGSS
		• Mettre en place des interventions de lutte contre les médicaments contrefaits	• Existence d'un document stratégique résumant les interventions de participation à lutte contre les médicaments contrefaits	• DGSS
	• Amélioration de l'accès des patients aux produits sanguins sécurisés	• Augmenter le nombre de structures de dispensation des produits sanguins sécurisés,	• Nombre de structures de dispensation des produits sanguins supplémentaires créés,	• DGSS
		• Elaborer la stratégie nationale de la promotion du don de sang	• Nombre de dons bénévoles de sang reçus pendant la période de mise en œuvre du PNDS 2018-2022	• Direction CNTS
		• Elaborer un référentiel sur les bonnes pratiques de la transfusion sanguine (normes ISO sur la transfusion sanguine)	• % de structures de dispensation de sang disposant du référentiel sur les bonnes pratiques de la transfusion sanguine	• Direction CNTS
	• Approvisionnement en vaccins et intrants nécessaires aux activités d'immunisation des cibles	• Organiser une soirée de téléthon chaque année pour mobiliser les financements innovants nécessaires au renforcement de la chaîne du froid et à l'acquisition des intrants,	• Nombre de soirée de téléthon organisé pendant la période de mise en œuvre du PNDS 2018-2022 • Montant mobilisé par soirée de téléthon	Cabinet
		• Réaménager les locaux de la sous-base PEV de Pointe-Noire,	• Capacités de conservations des vaccins pour quatre départements conformes aux normes	• DEP
		• Remettre à niveau de la chaîne du froid dans les centres fixes de vaccination	• Nombre de chaîne du froid remis aux normes dans chaque DS	• DGPOP/PEV

Sous-programme 1. Renforcement de l'offre de soins et services de santé				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
Résultat attendu n°2.1.5 L'accès AUX médicaments, produits sanguins labiles, vaccins et technologies dans les structures de dispensation est garanti	Lignes d'actions prioritaires <ul style="list-style-type: none"> • Approvisionnement en vaccins et intrants nécessaires aux activités d'immunisation des cibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Achat régulier des tous les antigènes en respectant le circuit officiel établi 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de jour de rupture de chaque antigène au dépôt central du PEV 	Rapports du PEV • DGPOP/PEV
		<ul style="list-style-type: none"> • Approvisionner régulièrement les dépôts départementaux en vaccins en fonction des besoins 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de jour de rupture de chaque antigène dans les dépôts départementaux du PEV 	Rapports des DDPOP Rapports des équipes cadre de DS • DGPOP/PEV
		<ul style="list-style-type: none"> -Finaliser les études de faisabilité du projet QUANTUM • Moderniser les équipements du LNSP pour être conforme aux standards internationaux en matière de détection et de riposte face aux risques et urgences sanitaires, 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du document des études 	Rapport • DGSS
Résultat attendu n°2.1.6 l'offre des analyses biomédicales est améliorée dans le pays	Renforcement du plateau technique du LNSP pour être en conformité avec ses nouvelles missions de l'Institut National de Santé Publique	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'expertise du LNSP pour qu'il assume ses missions de son nouveau statut de l'INSP en termes de: <ul style="list-style-type: none"> - recrutement du personnel, - formation des cadres dans les domaines spécifiques - contrôle des médicaments, - Contrôle de la qualité des aliments y compris l'eau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de départements ayant bénéficié des équipements • Nombre des épidémies confirmées par le LNSP 	Rapport de LNSP • DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un document normatif de bonnes pratiques des techniques de laboratoires périphériques qui servira à la régulation, à la supervision et au contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre du personnel ayant bénéficié de formation par département • Existence des équipements de contrôle -qualité • Nombre d'opérations de contrôle réalisées 	Bordereau de réception Rapport d'opération • DGSS
		<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des missions d'appui technique Chaque trimestre dans les laboratoires périphériques (laboratoires situés dans les hôpitaux) dans le cadre du renforcement du leadership de l'INSP dans la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • % de laboratoires périphériques disposant du document normatif de bonnes pratiques des techniques • Nombre de missions d'appui technique réalisées 	Rapport de supervision • DGSS

Sous-programme 1. Renforcement de l'offre de soins et services de santé				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
Résultat attendu n°2.1.7 la mise en œuvre du PNDS 2018-2022 est garantie grâce à la disponibilité des ressources humaines	Lignes d'actions prioritaires • Développement des ressources humaines pour la santé	• Elaborer le plan de développement des ressources humaines pour la santé,	• Existence d'un plan de développement des ressources humaines pour la santé validé	Rapport de validation
		• Elaborer un plan de recrutement (2021-2023) des ressources humaines en santé	• Nombre de ressources humaines en santé ayant un poste de travail officiel,	Rapport de la DARH
		• Mettre en application du cadre de concertation incluant tous les Ministères impliqués dans la gestion des ressources humaines	• Nombre de réunions de concertation tenues	Différents comptes rendus
		• Elaborer un plan de formation continue des RHS	• Existence d'un plan de formation continue des RHS	Rapport de validation
		• Développer un plan de contractualisation du personnel médical en fonction des besoins de chaque département	• Existence d'un plan de contractualisation	Rapport de validation
Sous-programme 2. Renforcement des programmes de santé de la mère, de l'enfant et des jeunes et des adolescents				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
Résultat attendu n°2.2.1 La couverture du pays en FOSA capables d'offrir les soins et services de la reproduction de qualité est améliorée	Lignes d'actions prioritaires Renforcement du suivi anténatal de la femme	• Actualiser le plan de repositionnement de la PF	• Existence d'un plan de repositionnement de la PF actualisé et validé	Plan de repositionnement
		• Intégrer la PF dans tous les CSI publics, confessionnels et dans certaines FOSA privées dans les 52 DS en vue d'accroître la couverture du pays en FOSA	• % de FOSA de premier échelon offrant toutes les méthodes contraceptives modernes	Rapports des équipes cadre DS
		• Approvisionner régulièrement les FOSA en contraceptifs modernes et technologie	• Nombre de jours de ruptures pour chaque contraceptif dans les pharmacies de DS	Rapports des équipes cadre DS
		• Intensifier la promotion de la planification familiale dans les milieux féminins (marchés, églises, entreprises, Ministères et établissements scolaires et universitaires)	• Taux de couverture en PF dans chaque DS	Rapports des équipes cadre DS

Sous-programme 2. Renforcement des programmes de santé de la mère, de l'enfant et des jeunes et des adolescents				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
Résultat attendu n°2.2.1 La couverture du pays en FOSA capables d'offrir les soins et services de la reproduction de qualité est améliorée	Renforcement de la qualité du suivi prénatal	<ul style="list-style-type: none"> • Actualiser les normes et procédures, directives et outils du suivi prénatals conformément aux nouvelles recommandations de l'OMS, 	<ul style="list-style-type: none"> • % de FOSA offrant les soins et services de suivi prénatal respectant les normes, directives, procédures et outils actualisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports de supervision des équipes cadre DS • Rapport de des enquêtes SARA
		<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponible le paquet complet des moyens et intrants de prévention des pathologies intercurrentes de la femme enceinte dans toutes les FOSA offrant les soins et services de suivi prénatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de jours de rupture moyens et intrants de prévention contre les pathologies de la femme enceinte (sulfadoxine pyriméthamine, du fer et acide folique, mebendazole et MIL-DA) dans les FOSA offrant les soins et services de suivi prénatal 	<ul style="list-style-type: none"> • DGPOP/DSF
		<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la couverture des DS en FOSA offrant la PTME 	<ul style="list-style-type: none"> • % de FOSA offrant les soins et services de suivi prénatal ayant intégré les activités de PTME 	<ul style="list-style-type: none"> • DGPOP/DSF
		<ul style="list-style-type: none"> • Rendre accessible les examens de suivi prénatal y compris l'échographie dans les hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> • % de femmes enceintes ayant bénéficié de tous les examens de suivi prénatal y compris de l'échographie • % de femmes enceintes ayant bénéficié de tous les examens de suivi prénatal à l'exception de l'échographie • % de femmes enceintes ayant bénéficié partiellement des examens de suivi prénatal mais de l'exploration échographique 	<ul style="list-style-type: none"> • DGPOP/DSF
	Promotion de l'accouchement propre et de qualité dans les FOSA offrant les accouchements	<ul style="list-style-type: none"> • Vulgariser les normes et directives sur les accouchements y compris les chartes dans toutes les maternités du pays 	<ul style="list-style-type: none"> • % de FOSA offrant les accouchements respectant les normes et directives y compris les chartes 	<ul style="list-style-type: none"> • DGPOP/DSF
		<ul style="list-style-type: none"> • Former les prestataires des accouchements sur l'accouchement propre et sur les SONUB/SONUC 	<ul style="list-style-type: none"> • % des FOSA offrant les accouchements dont les prestataires ont été formés/recyclés sur l'accouchement propre et sur les SONUB/SONUC 	<ul style="list-style-type: none"> • DGPOP/DSF

Sous-programme 2. Renforcement des programmes de santé de la mère, de l'enfant et des jeunes et des adolescents					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°2.2.1 La couverture du pays en FOSA capables d'offrir les soins et services de la reproduction de qualité est améliorée	Promotion de l'accouchement propre et de qualité dans les FOSA offrant les accouchements	<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place les mécanismes de prise en charge gratuites des complications obstétricales et néonatales dans les FOSA offrant les SONUC (solidarité entre parturientes, disponibilité des kits césariennes, etc...)• Institutionnaliser les audits des décès maternels et néonataux dans toutes les formations sanitaires et au niveau communautaire,• Intégrer la stratégie « Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE) » dans les FOSA du premier échelon,	<ul style="list-style-type: none">• % des FOSA offrant les accouchements	<ul style="list-style-type: none">• Rapports de supervision des équipes cadre DS	<ul style="list-style-type: none">• DGPOP/DSF
		<ul style="list-style-type: none">• Développer la stratégie « Tri-Evaluation- Traitement –d'Urgence (TETU) » dans les FOSA de 2^{ème} échelon	<ul style="list-style-type: none">• % des audits tenus en rapport avec les décès maternels survenus	<ul style="list-style-type: none">• Rapports de supervision des équipes cadre DS	<ul style="list-style-type: none">• DGPOP/DSF
	Amélioration de la qualité des soins curatifs de l'enfant dans les FOSA de 1 ^{er} et de 2 ^{ème} échelon	<ul style="list-style-type: none">• Développer la stratégie « Tri-Evaluation- Traitement –d'Urgence (TETU) » dans les FOSA de 2^{ème} échelon• Doter toutes les maternités en équipements de réanimation des nouveau-nés	<ul style="list-style-type: none">• % de FOSA de 1^{er} échelon faisant la PCIMNE dans chaque DS	<ul style="list-style-type: none">• Rapports de supervision des équipes cadre DS	<ul style="list-style-type: none">• DGPOP/DSF
		<ul style="list-style-type: none">• Intégrer services de vaccination dans les FOSA privées de chaque DS,	<ul style="list-style-type: none">• % de FOSA de 2^{ème} échelon faisant le TETU dans chaque département sanitaire	<ul style="list-style-type: none">• Rapports de supervision des équipes cadre DS	<ul style="list-style-type: none">• DGPOP/DSF
Résultat attendu n°2.2.2 La couverture en FOSA offrant l'ensemble des éléments traceurs des soins et services de santé infantiles traceurs est augmentée.	Amélioration de l'offre des services de vaccination, de supplémentation à la vitamine A et du déparasitage systématique	<ul style="list-style-type: none">• Organisation des activités supplémentaires de vaccination (AVS) chaque année	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de campagnes d'AVS (campagnes de masse et semaines africaines) organisées en 5 ans• Taux de couvertures vaccinales	<ul style="list-style-type: none">• Rapport des campagnes	<ul style="list-style-type: none">• DGPOP/DSF
		<ul style="list-style-type: none">• Organisation des activités supplémentaires de vaccination (AVS) chaque année	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de campagnes d'AVS (campagnes de masse et semaines africaines) organisées en 5 ans	<ul style="list-style-type: none">• Rapports	<ul style="list-style-type: none">• DGPOP/PEV

Sous-programme 2. Renforcement des programmes de santé de la mère, de l'enfant et des jeunes et des adolescents					Structures responsables	
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification		
Résultat attendu n°2.2.2 La couverture en FOSA offrant l'ensemble des éléments traceurs des soins et services de santé infantiles traceurs est augmentée.	Amélioration de l'offre des services de vaccination, de supplémentation à la vitamine A et du déparasitage systématique	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre la stratégie « atteindre chaque district (ACD) » • Introduire des deux nouveaux vaccins dans le PEV de routine 	<ul style="list-style-type: none"> • % de DS faisant partie de la 1^{ère} catégorie • Nombre de nouveau vaccin introduit dans le PEV de routine 	Rapports	• DGPOP/DSF	
		<ul style="list-style-type: none"> • Informatiser la gestion des données vaccinales (introduction de l'usage des tablettes//GPS) 	<ul style="list-style-type: none"> • % de FOSA offrant les activités vaccinales utilisant les tablettes 	Rapports de la direction de l'information Rapports de supervision des équipes cadre DS	• DTIC	
		<ul style="list-style-type: none"> • Intensifier la promotion de SMS appel rapide vaccinal 	<ul style="list-style-type: none"> • % de de FOSA offrant les activités vaccinales utilisant le SMS appel rapide vaccinal • % d'enfant ayant abandonnés le PEV rattrapés 	Rapports de supervision des équipes cadre DS	• DGPOP/DSF	
		<ul style="list-style-type: none"> • Faire la promotion de l'allaitement exclusif dans toutes les FOSA du 1er et 2ème échelon de chaque DS 	<ul style="list-style-type: none"> • % de FOSA faisant la promotion de l'allaitement exclusif 	Rapports de supervision des équipes cadre DS	• DGPOP/DSF	
		<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la prise en charge de la malnutrition dans FOSA du 1er et 2ème échelon de chaque DS 	<ul style="list-style-type: none"> • % de FOSA offrant les soins et services de prise en charge de la malnutrition dans chaque DS 	Rapports de supervision des équipes cadre DS	• DGSS	
Résultat attendu n°2.2.3 La couverture en FOSA offrant les soins et services de santé des adolescents et les jeunes est améliorée.	Amélioration de l'état nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer la politique de la santé scolaire et universitaire, 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de la politique nationale en santé scolaire 	Document disponible	• DGPOP/	
		<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer les normes, standards et outils d'offre de la santé scolaire et universitaires, 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence des normes standards et directives d'offre de la santé scolaire et universitaires, 	Document disponible	DGPOP	
		<ul style="list-style-type: none"> • Aménager les locaux des 12 centres de santé scolaire et universitaires dans les chefs-lieux de département 	<ul style="list-style-type: none"> • % des locaux aménagés 	Rapport	GPOP	
		<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser les supervisions des centres de santé scolaire et universitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • % des locaux aménagés 	Rapports de supervision des DDPOP	• DGPOP	

PROGRAMME N°3 : Sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgence selon l'approche englobant l'ensemble des menaces					
Sous-programme 1 : Gestion des épidémies en fonction des dispositions des RSI					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°3.1.1 Les capacités du pays en matière d'alerte rapide, des épidémies sont renforcées	Mise en œuvre du plan national de prévention, de contrôle et de gestion des épidémies conformément au Règlement Sanitaire International (RSI)	• Mettre en œuvre les dispositions du RSI (détection, prévention et riposte),	• % de DS dans lesquels le RS est mis en œuvre	Rapports de la DELM	DGSS/DELM
		• Pré-positionner les médicaments et intrants de riposte des épidémies dans les chefs de département,	• Nombre d'épidémies dont les médicaments de prise en charge ont été disponible	Rapports de la DELM	DGSS/DELM
		• Renforcer la surveillance épidémiologique dans toutes les aires de santé.	• % d'épidémies détectées à temps	• Bulletins hebdomadaires	DGSS/DELM
Sous-programme n°2 : Gestion des catastrophes et autres événements de santé en fonction des dispositions des RSI					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°3.2.1 Les capacités de gestion des catastrophes et autres risques sanitaires nationaux sont améliorées	Préventions et ripostes contre les catastrophes et autres événements	• Elaborer la cartographie des risques et catastrophes sanitaires,	• % des DS disposant de la cartographie de risques	• Cartographies de risques	DGSS/DELM
		• Appuyer l'élaboration des plans blancs dans tous les hôpitaux	• % d'hôpitaux ayant élaborés	• Rapports des hôpitaux	Administration des hôpitaux
		• Organiser les simulations des ripostes,	• Nombre de simulations des ripostes	• Rapports	DGSS/DELM
	Renforcement des services de santé de détection dans les points d'entrées (aéroports, Beach, ports secondaires, points d'accostage)	• Mettre en place les dispositifs de gestion des déchets biomédicaux dans les FOSA.	• % d'hôpitaux ayant des incinérateurs électriques	• Existence des incinérateurs	DGSS/DELM
		• Installer les portiques dans les points d'entrées au Congo (aéroports, Beach, ports secondaires, points d'accostage)	• % de points d'entrée possédant des portiques de détection de la fièvre	• Existence des incinérateurs	DGSS/DELM
		• Mettre en place des postes de santé médicalisés dans les points d'entrée au Congo	• % de points d'entrée possédant des postes de santé ayant	• Existence des incinérateurs	DGSS/DELM

PROGRAMME N°4 : Promotion de la sante					
Sous-programme 1 : Lutte contre les maladies transmissibles					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
Résultat attendu n°4.1.1. Lutte contre le paludisme: les services de prise en charge du Paludisme sont disponibles dans toutes les formations sanitaires	Prévention du paludisme	<ul style="list-style-type: none"> • Mener la intégrée lutte contre les vecteurs • Organiser des campagnes de distribution de masse des MILDE une fois tous les deux ans • Distribuer les MILDE à la femme enceinte au cours des CPN ; • Disponibiliser la sulfadoxine pyriméthamine dans toutes les FOSA offrant les soins prénatals pour les besoins du TPI • Assurer la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge du paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de séances de PID réalisé • Pourcentage de ménages ayant reçu des MILDE • Pourcentage es femmes enceintes ayant reçu la MILDE à la CPN • Pourcentage des femmes enceintes sous TPI • Nombre de formations réalisées par DS 	Rapport d'enquête Rapport d'enquête Rapport des CSI Rapport des CSI Rapport des formations Rapport de gestion des MEG	PNL P PNL P DS DS DS CSI
		Le renforcement de la surveillance de la résistance aux antipaludiques.			
		Prise en charge du paludisme	Disponibilité des ACT dans les formations sanitaires		
		Assurer la vaccination au BCG aux enfants NN	• Couverture en BCG des NN	Rapport des FOSA	Equipe cadre DS
		Prévention de la Tuberculose	• Traiter les cas de tuberculose multi résistante et les cas de coinfection TB-VIH) • Dépister systématique les sujets contacts	Unité de prise en charge des multi résistants Rapports du PNL T	PNL T PNL T
R4.1.2. Lutte contre la tuberculose : la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de traitement de la TBC sont améliorées					

Sous-programme 1 : Lutte contre les maladies transmissibles					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
R4.1.2. Lutte contre la tuberculose : la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de traitement de la TBC sont améliorées	Prise en charge de la Tuberculose	• Assurer la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge des cas	• Pourcentage des personnels formés	Rapports du PNLT	PNLT
		• Renforcer les capacités des laboratoires en matière de dépistage dans tous les CDT	• Pourcentage des acteurs des labos renforcés	Rapports de formation au niveau des labos	PNLT
		• Assurer la disponibilité des antituberculeux et intrants pour le dépistage	• Pourcentage des CDT n'ayant pas connu de rupture	Rapport de gestion des MEG	PNLT
		• Intégrer le DOTS dans tous les CSI publics, hôpitaux de district et dans quelques formations sanitaires privées	• Couverture des CSI et HD assurant le DOTS	Rapport du PNLT	PNLT
		• Organiser des campagnes de dépistage actif de la maladie pour les populations des zones enclavées	• Pourcentage de malades dépistés pendant les campagnes de dépistages actifs	Rapport des campagnes	PNLT
R4.1.3. Lutte contre le VIH/Sida : la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge du VIH sont améliorées	Prévention du VIH/Sida et des IST	• Faire l'extension de l'unité de référence de prise en charge de la tuberculose multi résistante du CHUB	• Erection d'un centre de prise en charge des TB/MR	Rapport de réception du centre	Cabinet
		• Améliorer la communication au niveau de la communauté	• Niveau de connaissance dans la communauté	Rapport d'enquête	PNLS
		• Renforcer le conseil de dépistage volontaire dans les formations sanitaires et dans les communautés	• Pourcentage des personnes connaissant leur statut sérologique	Rapport d'enquête	PNLS
		• Mettre en place les mécanismes progressifs de l'auto test	• Disponibilité des autotests	PV de livraison des tests	PNLS

Sous-programme 1 : Lutte contre les maladies transmissibles					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
R4.1.3. Lutte contre le VIH/Sida : la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge du VIH sont améliorées	Prévention du VIH/Sida et des IST	• Organiser des campagnes de dépistage mobile	• Pourcentage des cas dépistés au cours des campagnes	Rapports des campagnes	PNLS
		• Organiser la distribution des préservatifs et gels auprès des PS, HSH, des jeunes de 15 à 24 ans, des autres groupes vulnérables et dans les lieux d'aisance	• Nombre de campagnes réalisées	Rapports des campagnes	PNLS
		• Améliorer la sécurité transfusionnelle et le développement de la sécurité en milieu de soins	• Qualité des transfusions réalisées	Rapports des HD	PNLS
		Renforcer les activités de suivi-évaluation et de la recherche	Disponibilité des rapports de suivi et des projets de recherches	Rapports	PNLS
		Mettre en place des mesures de la prophylaxie pré (Prep) et post exposition	Nombre de séances d'éducation par les paires réalisées dans les milieux sensibles et à la TV	Rapports des séances	PNLT
		Assurer le diagnostic et le traitement des IST	Disponibilité des médicaments et intrants contre les IST	Rapports de gestion des MEG et intrants	PNLT
		Mettre à l'échelle la stratégie d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) dans les formations sanitaires publiques et privées.	Pourcentage des enfants nés des mères séropositives pris en charge dans les formations sanitaires	Rapports des maternités	PNLS
	Prise en charge du VIH/Sida et des IST	poursuivre l'intégration de la prise en charge du VIH dans le paquet d'activités des structures sanitaires (tous les CDT et les autres formations sanitaires)	Pourcentage des CDT et de formations sanitaires assurant la TAR	Rapport des DS	PNLT

Sous-programme 1 : Lutte contre les maladies transmissibles				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
R4.1.3. Lutte contre le VIH/Sida : la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge du VIH sont améliorées	Prise en charge du VIH/Sida et des IST	Assurer l'accès aux ARV, aux médicaments des infections opportunistes et au bilan du suivi biologique	Disponibilité des ARV, des médicaments des IO et des réactifs pour le suivi biologique	Rapport de gestion des MEG et intrants
		Assurer la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge psycho-sociale, nutritionnelle, juridique et dans l'accompagnement des PVVIH	Pourcentage des personnels formés dans ce cadre	Rapports des formations
		Assurer la prise en charge psychologique, sociale, nutritionnelle et juridique des PVVIH	Pourcentages des PVVIH ayant reçu une prise en charge psycho-sociale et juridique	Rapport des FOSA
		Assurer la prise en charge globale des nouveau-nés nés de mères séropositives	Pourcentage des NN ayant reçu une prise en charge globale	Rapport des maternités
		Assurer la prise en charge des orphelins du Sida	Pourcentage des orphelins couverts	Rapports des DS
		Assurer de la prise en charge nutritionnelle et sociale des PVVIH dans les 2 CTA	Pourcentage des PVVIH pris en charge dans les 2 CTA	Rapports des CTA

Sous-programme 2 : Lutte contre les maladies non transmissibles				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
R4.2.1. La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles	• Prévention du Diabète, l'HTA et autres maladies cardio-vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> Institutionnaliser des journées de pratique des activités physiques/sportives dans les communautés (églises, Clubs, ateliers, mutuelles, marchés, sociétés, établissement, Ministères) ; Organiser les séances de sensibilisation de masse (émissions radiotélévisées, communication dans les communautés) sur la promotion des habitudes d'une alimentation saine 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de regroupements par département reconnus réalisant de façon régulière (plus d'une fois au moins par trimestre) des pratiques sportives Nombre des communautés par département ayant bénéficié des séances de communication sur la promotion des habitudes d'une alimentation saine 	Rapport de conseils départementaux de santé DDS
		<ul style="list-style-type: none"> Actualiser les 	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de communautés ayant été dotées en supports supports contenant des messages de sensibilisation sur le diabète et sur les maladies cardiovasculaires au niveau communautaires par département 	Rapport de conseils départementaux de santé DDS
		<ul style="list-style-type: none"> Vulgariser le guide de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) en milieu de soins et dans les communautés. 	<ul style="list-style-type: none"> % de FOSA de premier échelon disposant le guide de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR et dans la communauté 	Rapports des équipes cadre de DS • Enquête SARA DS
		<ul style="list-style-type: none"> Former tous les chefs de FOSA de premier échelon de chaque DS sur les notions basiques de prise en charge du Diabète, l' HTA et autres maladies cardio-vasculaires 	<ul style="list-style-type: none"> % de chefs de FOSA de premier échelon formés sur les notions basiques de prise en charge du Diabète, l' HTA et autres maladies cardio-vasculaires 	Rapports des équipes cadre de DS • Enquête SARA DS
	• Prise en charge du Diabète, l' HTA et autres maladies cardio-vasculaires			

Sous-programme 2 : Lutte contre les maladies non transmissibles					Structures responsables	
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification		
R4.2.1. La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge des maladies non transmissible	• Prise en charge du Diabète, l' HTA et autres maladies cardio-vasculaires	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des séances de dépistage précoce de masse du diabète et l'HTA (églises, Clubs, ateliers, mutuelles, marchés, sociétés, établissements, Ministères) ; • Disponibiliser les antidiabétiques oraux(ADO) et à l'insuline et les antihypertenseurs dans chaque pharmacie du DS 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre campagnes de dépistage réalisées dans chaque DS • % de pharmacie de DS n'ayant pas connu une rupture en antidiabétiques oraux(ADO) et à l'insuline et les antihypertenseurs chaque année 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapports des équipes cadre de DS • Enquête SARA 	DS	
		<ul style="list-style-type: none"> • Prendre des mesures de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des textes réglementant l'usage du tabac et de l'alcool • Nombre de bistro ou de magasin fermés du fait du non-respect de la réglementation 	JO et rapports des services de police	DS	
	Prévention du cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'immunisation des jeunes adolescentes contre le papilloma virus, 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des jeunes adolescentes immunisées 	Rapports des DS	DS	
		<ul style="list-style-type: none"> • Décentraliser les techniques de dépistage (frottis avec coloration, palpation des seins chez les femmes, toucher rectale chez les hommes, biopsie) des lésions précancéreuses dans toutes les formations sanitaires, 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des FOSA ayant bénéficiés des formations sur les techniques 	Rapports des formations	DS	
	• Prise en charge du cancer	Assurer la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge précoce des lésions précancéreuses ;	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des personnels formés 	Rapports des formations	DS	
		Mettre en place les unités de radiothérapie au CHUB et à l'hôpital A. Sicé.	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de malades sous radiothérapie 	Rapport d'activité	DS	

Sous-programme 2 : Lutte contre les maladies non transmissibles				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
R4.2.1. La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles	• Prise en charge du cancer	<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'accès aux anticancéreux et à la radiothérapie; 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des anticancéreux 	Rapports de gestion des MEG
		<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge psycho- sociale ; Mettre à jour le registre des cancers. 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des malades couverts Mise à jour du registre des cancers 	Rapports
	• Prévention de la drépanocytose	<ul style="list-style-type: none"> Institutionnaliser la pratique des examens pré-nuptiaux 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des couples ayant réalisé des examens pré-nuptiaux 	Registre actualisé
		<ul style="list-style-type: none"> Prendre en charge les symptômes pré-crisis 	<ul style="list-style-type: none"> Baisse de la prévalence des cas de crise 	Rapport des mairies
	• Prise en charge de la drépanocytose	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge des crises des drépanocytaires ; 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des personnels formés 	Rapport du centre national de référence de la drépanocytose
		<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'accès aux examens de laboratoire et aux médicaments de prise en charge des crises des drépanocytaires 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des médicaments et réactifs de labo 	Rapports des formations
	• Prévention des maladies mentales et des troubles de stress post-traumatiques	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge psycho- sociale des parents 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage des parents couverts 	Rapport des MEG
		Sensibiliser aux problèmes de santé mentale dans une optique de santé mentale,	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de séances réalisées 	Rapports
		Mettre en place/redynamisation des groupes trauma-counseling hospitaliers et communautaires.	Nombre de groupes mis en place ou redynamisés	Rapports

Sous-programme 2 : Lutte contre les maladies non transmissibles					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
R4.2.1. La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge des maladies non transmissible	Prise en charge des maladies mentales et des troubles de stress post-traumatiques	assurer la formation continue du personnel en santé mentale	Pourcentage des personnels formés	Rapports	DS
		Elaborer des ordinogrammes qui facilitent l'intégration des soins de santé mentale dans les PSE	Disponibilité des ordinogrammes	Ordinogrammes	DS
		Assurer l'accès aux soins de santé mentale de qualité et l'accès aux médicaments psychotropes	Disponibilité des médicaments et des services	Rapports des FOSA	DS
		Lutter contre la stigmatisation des malades mentaux.	Personnels et parents sensibilisés	Rapports des formations	DS
	Prévention des accidents de voie publique en partenariat avec le Ministère de l'intérieur et de la décentralisation	Mettre en place des plans blancs dans les formations sanitaires	Pourcentage des FOSA ayant réalisé des simulations de prise en charge des urgences	Rapports	DS
Sous-programme 3 : Lutte contre les maladies tropicales négligées					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
R4.3.1. La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge des maladies tropicales négligées	Prévention des maladies tropicales négligées	<ul style="list-style-type: none"> Affecter des RHS et les moyens logistiques dans chaque programme de santé s'occupant des maladies tropicales négligées Former les relais communautaires dans chaque aire de santé sur les messages promotionnels et sur les définitions communautaires des différentes maladies tropicales négligées. 	<ul style="list-style-type: none"> % des programmes de santé dont les RHS et les moyens logistiques ont été améliorés Pourcentage des relais communautaires disposant des moyens de communications dans le cadre de la prévention de ces maladies 	Rapports d'évaluation des capacités de programmes Rapport d'enquête	DELM DELM

Sous-programme 3 : Lutte contre les maladies tropicales négligées					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
R4.3.1. La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de prévention et de prise en charge des maladies tropicales négligées	• Prise en charge des maladies tropicales négligées	• Intégrer la prise en charge des maladies tropicales négligées dans chaque FOSA de premier échelon de DS	• Pourcentage de FOSA de premier échelon de DS dont la prise en charge a été intégrée	Rapports d'évaluation des capacités de programmes	DELM
		• Organiser des campagnes intégrées de chimiothérapie préventive	Nombre de campagnes réalisées	Rapports	DELM
		Intégrer les activités de lutte contre les maladies tropicales négligées dans les paquets de services offerts par les formations sanitaires des zones concernées.	Pourcentage des FOSA ayant intégré la prise en charge des MTN dans les PSE	Rapports des FOSA	DS
Sous-programme 4: Lutte contre les maladies évitables par la vaccination					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
R4.4.1 La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de vaccination de routine sont améliorée y compris dans les nouveaux CSI	L'amélioration des couvertures vaccinales à travers	Organiser des campagnes de vaccination et des semaines africaines de la mère et de l'enfant (les AVS)	Nombre de campagnes réalisées	Rapports des campagnes	PEV
		Intégrer les activités du PEV de routine dans toutes les formations sanitaires du 1 ^{er} échelon tant publiques que privées	Pourcentage des FOSA ayant intégré les activités du PEV de routine	Rapports d'activités des FOSA	PEV
		Poursuivre et le renforcer le processus d'intégration des nouveaux vaccins dans les PEV de routine	Nombre de nouveaux vaccins intégrés	Rapports d'activités des FOSA	PEV

Sous-programme 4: Lutte contre les maladies évitables par la vaccination					
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification	Structures responsables
R4.4.1 La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de vaccination de routine sont améliorée y compris dans les nouveaux CSI	L'amélioration des couvertures vaccinales à travers	Mettre en œuvre effective de la stratégie « atteindre chaque district »	Disponibilité de la stratégie	Rapport de validation de la stratégie	PEV
		Mettre à niveau et maintenir la chaîne de froid sur l'ensemble du territoire	Qualité des antigènes	Rapport de suivi de la CDF	PEV
		Renforcer la sécurité des injections	Disponibilité de mécanismes de gestion des injections	Rapport	PEV
		Organiser la prise en charge des cas de Manifestations advenues post immunisation (MAPI) et organiser des activités de vaccination supplémentaire.	Réduction des cas des MAPI	Rapport PEV	PEV
	Le renforcement de la supplémentation en vitamine A et le déparasitage systématique au mebendazole.	Intégrer ces deux interventions dans les paquets de service des centres de santé en les offrant au cours des CPN et des activités de vaccination de routine et supplémentaires	Preuve d'intégration des activités	Rapports d'activités	PEV
		Promouvoir la supplémentation en vitamine A et du déparasitage systématique.	Pourcentage des enfants supplémentés et déparasités	Rapports d'activités	PEV

Sous-programme5 : amélioration du cadre et/ ou mode de vie des populations				
Résultats attendus	Lignes d'actions prioritaires	Contenu des lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Source de vérification
R4.5.1 Toutes les politiques sectorielles ont intégré des interventions pour promouvoir la santé et protéger les populations contre les menaces à leur état de santé	Mise en place de l'approche «Santé dans Toutes les Politiques» dans les secteurs connexes.	Sensibiliser les populations sur l'existence et moyens d'éviter les principales maladies	Nombre de campagnes réalisées	Rapports des campagnes
		Redynamiser des Unité de lutte contre le Sida et des unités ministérielles de lutte contre le Sida	Nombre des unités fonctionnelles à travers le pays	Rapport des DS
		Renforcer les capacités de prévention et la sensibilisation au profit des groupes vulnérables	Nombre de groupes vulnérables sensibilisés par département	Rapports des DS
		Intégrer les activités de promotion de santé dans les plans opérationnels des tous les Ministères	Pourcentage des Ministères ayant intégrés des activités de promotion de santé dans leurs plans opérationnels	Plans opérationnels des Ministères
				DS

