

**REPUBLIQUE DU CONGO**

\*\*\*\*\*

**MINISTERE DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE**

**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT  
SANITAIRE (PNDS) 2007-2011**

*SCAS/DGS 12 mai 2008*





## TABLE DE MATIERE

<b>PREAMBULE</b> .....	9
<b>CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE CONGO</b> .....	13
1.1. LIMITES.....	13
1.2. CLIMAT ET VEGETATION.....	13
1.3. RESEAU HYDOGRAPHIQUE.....	13
1.4. DEMOGRAPHIE.....	14
1.5. ORGANISATION POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE.....	14
1.6. ASPECTS-SOCIO-ECONOMIQUES.....	15
EVOLUTION RECENTE DE L'ECONOMIE CONGOLAISE, 2002-2005 .....	15
<b>CHAPITRE II : SITUATION SANITAIRE NATIONALE ET PAUVRETE</b> .....	21
2.1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION.....	21
2.2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE.....	22
2.4.4. Organisation du système de santé.....	33
2.4.5. Partenariat en faveur de la santé.....	56
<b>CHAPITRE III : acquis, problèmes et défis majeurs, LIMITES, OPPORTUNITES ET menaces</b> .....	63
3.1. ACQUIS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS 1992-1996.....	63
3.2. PRINCIPAUX PROBLEMES DU SECTEUR SANTE.....	64
3.3. DEFIS MAJEURS.....	65
3.3.1. Défis liés au développement économique et social du Pays.....	65
3.3.2. Défis liés à la santé environnementale.....	65
3.3.3 Défis liés aux maladies.....	65
3.3.4. Défis liés au système de santé.....	65
3.4. LIMITES ET CONTRAINTES MAJEURES .....	66
3.4.1. Faiblesses du financement.....	66
3.4.3. Faibles capacités de gestion du système de santé.....	66
3.4.4. Insuffisante préparation des populations et communautés à assurer les responsabilités liées à la prise en charge de leur santé.....	66
<b>3.5 OPPORTUNITES ET MENACES</b> .....	67
3.5.1. Opportunités pour le PNDS 2007-2011 .....	67
3.5.2. Menaces à la mise en œuvre du PNDS 2007-2011.....	67
<b>CHAPITRE IV : OBJECTIFS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PNDS 2007-2011</b> .....	68
4.1. OBJECTIF GENERAL : .....	68
<b>4.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES/RESULTATS</b> .....	68
<b>4.3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES</b> .....	68
4.3.1. : Axes stratégiques.....	68
4.3.2. Approches opérationnelles .....	69
<b>CHAPITRE V : CADRE LOGIQUE DE PROGRAMMATION PAR AXE STRATEGIQUE</b> .....	77
<b>CHAPITRE VI : CADRE DE MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION</b> .....	87
6.1.1. Administration et coordination de la mise en œuvre dans les départements..	87
6.1.2. Pilotage du PNDS.....	87
<b>6.2. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE ET EVALUATION</b> .....	89
6.2.2.2. : REVUES ANNUELLES DES PLANS D'OPERATIONS DES CSS ET DEPARTEMENTS.....	89
6.2.2.3. : REVUES ANNUELLES DES PROGRAMMES.....	90

6.2.2.4. : Evaluation a mi parcours du PNDS 2007-2011.....	90
6.2.2.5. : Evaluation finale.....	90
<b>CHAPITRE VII : MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>91</b>
7.1. : MESURES D'ACCOMPAGNEMENT.....	91
7.2. RECOMMANDATION.....	92
<b>CHAPITRE VIII : CADRE DE PROGRAMMATION DES DEPENSES SELON LES AXES ET LES</b>	
<b>LIGNES D' ACTIONS.....</b>	<b>93</b>
<b>RECAPITULATIFS DES DEPENSES PAR AXES EN F CFA.....</b>	<b>100</b>

## PREFACE

Les motions et recommandations des grands forums nationaux tels que le troisième congrès extraordinaire du Parti Congolais du Travail ( PCT ) de 1979, le Conseil National de Santé et du Développement Social de 1988 et la Conférence Nationale Souveraine de 1991 ont consacré des grandes lignes à l'action de développement sanitaire dans notre pays, de même, la souscription du Congo aux déclarations et actes internationaux majeurs relatifs à la santé en Afrique et dans le monde. La loi 014/92 du 29 avril 1992 instituant le Plan national de développement sanitaire ( PNDS ) illustre cette volonté politique de promouvoir la santé du peuple congolais.

Fort de tous ces atouts et des orientations clairvoyantes du Président de la République contenues dans son projet de société **La Nouvelle Espérance** et afin de faire face à la lourde charge de la morbidité et mortalité due la maladie et à la pauvreté, le Congo s'est doté d'un nouveau plan national de développement sanitaire 2007 - 2011 qui se fonde sur le système de santé de district ( SSD ) , les soins de santé primaires ( SSP ) et l'initiative de Bamako ( IB ).

Ce Plan national de développement sanitaire ( PNDS ) 2007 - 2011 va constituer pour les cinq ( 5 ) prochaines années, l'outil de travail du Ministère en charge de la santé à travers lequel la Politique nationale de santé (PNS) adoptée en 2000 trouvera son application.

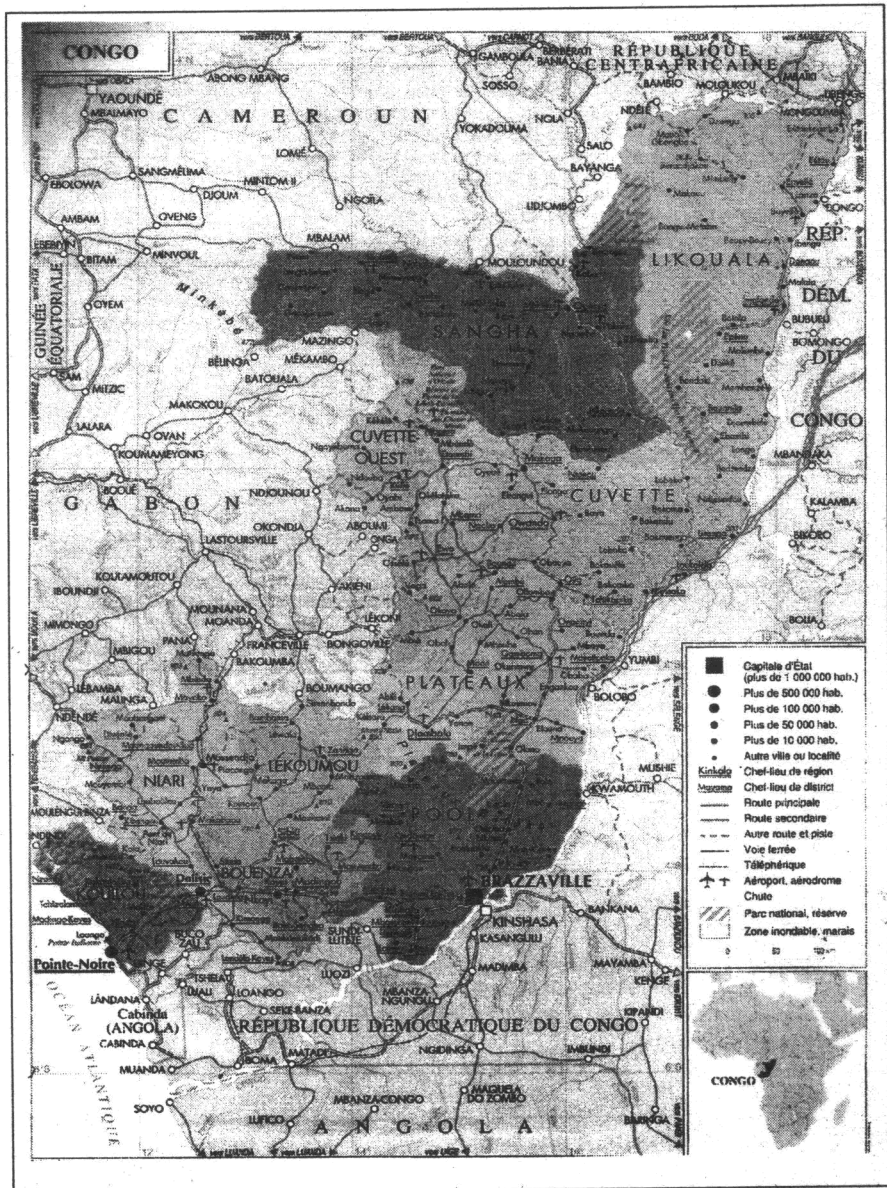
Nous osons espérer que la mise en oeuvre de ce plan, contribuera à amener le Congo vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, avec l'effort de tous.



*Emilienne RAOUL*  
**Emilienne RAOUL**

Ministre de la Santé, des Affaires Sociales et de la Famille







## PREAMBULE

Les années 90 ont été pour le Congo, une décennie des conflits armés qui ont anéanti les efforts consentis dans le domaine de la santé, plus précisément dans la mise en œuvre du PNDS 1992-1996. Pour faire face à cette situation, un Plan d'urgence 2000-2002, inséré dans le Programme intérimaire post conflit (PIPC), avait été élaboré, adopté et appliqué par le Gouvernement.

Au terme de l'exécution de ce plan, l'analyse de la situation sanitaire nationale a révélé la survivance de nombreux problèmes de santé, le dysfonctionnement des services. Pour répondre à ces insuffisances, des plans quinquennaux de développement sanitaire des départements ont été élaborés.

Le présent Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2007-2011, intègre cette dynamique et vise l'amélioration de l'état de santé des populations en général et de la femme et de l'enfant en particulier. A travers le renforcement du système de santé, le PNDS se fonde, non seulement sur le Système de santé de district (SSD), les Soins de santé primaires (SSP), l'Initiative de Bamako (IB), mais aussi sur les orientations contenues dans le projet de société du Président de la république "la Nouvelle espérance", le Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), le Plan national d'atteinte des OMD et les plans quinquennaux des départements.

Le PNDS 2007-2011 représente un cadre de référence pour l'action sanitaire des cinq (5) prochaines années et se caractérise par quatre (4) objectifs spécifiques :

- la réduction au ¼ du taux de mortalité maternelle en 2011, soit 586 décès pour 100.000 naissances vivantes ;
- la réduction au ¼ du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en 2011, soit 24 décès pour 1000 naissances en ce qui concerne la mortalité néonatale ; 56 décès pour 1000 naissances pour la mortalité infantile et 87 décès pour 1000 naissances en ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile ;
- le contrôle du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose ainsi que la maîtrise et l'inversion des tendances actuellement en cours relatives aux autres maladies en 2011, soit 2,1 de prévalence du VIH/SIDA, 86,25 pour 1000 d'incidence du paludisme et 262,5 pour 100.000 habitants d'incidence de la tuberculose ;
- la réduction de l'importance et des effets des facteurs environnementaux et le changement des comportements non favorables à la santé en 2011.

Ces objectifs se fondent sur les stratégies suivantes :

- le renforcement des capacités de gestion du système de santé à tous les niveaux ;
- l'accroissement de la couverture sanitaire nationale en CSI et en HiR rationalisés offrant respectivement un PMA et un PCA complets ;
- le renforcement de la qualité des soins et des services dans les centres de santé intégrés et les hôpitaux y compris dans les formations sanitaires des Forces armées congolaises (FAC) ;

- l'intégration des composantes opérationnelles des programmes spécifiques de santé dans le PMA des CSI et le PCA des hôpitaux ;
- la réduction des exclusions et des inégalités à l'accès aux soins et services de santé de bonne qualité en rapport avec le genre, la pauvreté et autres facteurs ;
- la redynamisation des populations à la gestion de leur propre santé et au fonctionnement du système de santé ;
- le renforcement du partenariat par la coopération multilatérale et par la collaboration intersectorielle et associative.

Le cadre logique de programmation qui, indique les lignes d'actions découlant de chacun de ces axes, a permis d'estimer la nature des dépenses du plan en fonctionnement et en investissement et de bâtir le budget. Des indicateurs de performance et d'impact en annexe permettront de suivre et d'évaluer les progrès accomplis et le niveau d'atteinte des objectifs fixés.



## LISTE DES ABREVIATIONS

ARV	Anti rétro viraux
BM	Banque mondiale
BADEA	Banque arabe pour le développement économique de l'Afrique
BAD	Banque africaine de développement
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CENAMES	Centrale nationale d'achat des médicaments
CHUB	Centre hospitalier et universitaire de Brazzaville
CMS	Centre médico-social
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CODIR	Comité de direction
COGES	Comité de gestion
COMEG	Congolaise des médicaments essentiels et génériques
COSA	Comité de santé
CP	Comité de pilotage
CSI	Centre de santé intégré
CSS	Circonscription socio-sanitaire
CTS	Comité technique de suivi
DDS	Direction départementale de la santé
DGS	Direction générale de la santé
DSRP	Document stratégique de réduction de la pauvreté
DTC3	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la oqueluche 3 <sup>ème</sup> dose
EG/CSS	Equipe de gestion de la CSS
FRPC	Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance
I.B	Initiative de Bamako
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IEC/CC	Information éducation communication/Changement de comportements
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
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
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PIP	Programme d'investissement public
PIPC	Programme intérimaire post conflit
PMA	Paquet minimum d'activités
PMAE	Paquet minimum d'activités élargi
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé
PPTE	Pays pauvre très endetté
PSE	Paquets de services essentiels
SCAS	Service de la coordination de l'action sanitaire
SNIS	Système national d'information sanitaire
SSP	Soins de santé primaires
TNN	Tétanos néo-natal
UNFPA	Fonds des nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance

# CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE CONGO

## 1.1. Limites

Située en Afrique centrale, la République du Congo a une superficie de 342.000 km<sup>2</sup>. Elle dispose d'une façade maritime de 170 Km de longueur. Elle est limitée au Nord par la République Centrafricaine et le Cameroun, à l'Est et au Sud par la République Démocratique du Congo et la République d'Angola (enclave du Cabinda) et à l'Ouest par la République Gabonaise.

## 1.2. Climat et végétation

### 1.2.1. Climat

La République du Congo est située dans la zone des climats chauds et humides. Elle reçoit des précipitations moyennes de l'ordre de 500 ml d'eau au sud et près de 2000 ml au nord. La température moyenne se situe autour de 25°C; les écarts thermiques sont faibles au nord (2°C) et s'amplifient au sud (6°C). Le nord du pays bénéficie d'un climat équatorial et il pleut toute l'année avec une accalmie de décembre à février, puis en juillet. Dans le sud-ouest le climat prend une tendance tropicale humide; la saison des pluies dure 8 à 9 mois (d'octobre à mai), interrompue par une petite saison sèche en janvier ou février. La grande saison sèche dure 3 à 4 mois (mai-septembre). Les régions du centre (Plateaux Batékés et Cuvette Congolaise) connaissent un climat intermédiaire : le climat subéquatorial. Ces climats sont nuancés suivant les départements par divers facteurs notamment les masses d'eau, les courants marins et le relief.

### 1.2.2. Végétation

Le Congo est couvert par deux grandes zones de végétation constituées par :

- les zones forestières dont la superficie couvre environ 60% du territoire national, dont 10% sont constitués de forêts denses et humides qui ont une superficie estimée à 20 millions d'hectares ;
- les zones de savane représentent près de 40% de la superficie du Congo et totalisent environ 12 millions d'hectares.

Ces écosystèmes sont propices à l'éclosion de nombreuses pathologies tropicales.

## 1.3. Réseau hydrographique :

Le réseau hydrographique du Congo est composé de deux principaux bassins fluviaux : Le bassin du Congo dont 7% seulement de la superficie totale, soit 230.000 Km<sup>2</sup>, est situé sur le territoire congolais. Le principal collecteur est le fleuve Congo qui borde le pays sur plus de 600 Km. Ses principaux affluents de la rive droite sont : l'Oubangui, la Likouala aux herbes, la Sangha, la Likouala-Mossaka, la Ndeko, l'Alima, la N'Keni, la Léfini et le Djoué

Le bassin du Kouilou-Niari qui s'étend sur une superficie de 56.000 km<sup>2</sup>, le collecteur le plus important étant le fleuve Kouilou. Il porte le nom de Niari dans son cours moyen et celui de N'Douo dans son cours supérieur. Les différents affluents sont la Bouenza, la Loutété, la Loudima et la Louessé.

Ces deux bassins constituent d'importants axes de circulation et une réserve riche en ressources halieutiques. Des crues occasionnent des inondations cycliques particulièrement dans les départements de la Likouala, de la Cuvette et de la Sangha.

#### **1.4. Démographie**

En 2005, la population congolaise était estimée à 3 551 500 habitants<sup>1</sup>, avec une densité moyenne d'environ 10,4 habitants au km<sup>2</sup>. Cette population est majoritairement jeune (la proportion de jeunes de moins de 20 ans est de 55%), elle est concentrée dans les principales villes (58%), la population féminine représente 51,7% de la population totale. Le taux de croissance démographique annuel est de 2,6% (2005)<sup>2</sup>.

Cette population est inégalement répartie entre les zones rurales (43%) et les zones urbaines (57%). Plus de 61% de la population sont concentrés dans les deux plus grandes villes du pays (Brazzaville, Pointe-Noire). Ce phénomène est imputable à la présence des principales structures socio-économiques nationales dans ces agglomérations.

L'espérance de vie à la naissance (51,9 ans)<sup>3</sup>. Le taux de fécondité est élevé ; l'indice synthétique est égal à 6,3. Le taux de natalité est estimé à 44,4 pour mille. Il induit une croissance démographique importante dont le taux est de l'ordre de 3,8%. Une telle évolution démographique pourrait se traduire par un doublement de la population congolaise tous les 25 ans.

#### **1.5. Organisation politique et administrative**

##### **1.5.1. Organisation politique**

L'histoire politique de la République du Congo a été marquée dans les années 90 par un retour au multipartisme, après la Conférence Nationale Souveraine de 1991. Le processus de démocratisation a été perturbé par les troubles socio politiques récurrents intervenus de 1993 à 1998. Une période de transition a été instaurée au lendemain de la fin de la guerre de juin à octobre 1997, période qui est arrivée à son terme en 2002 avec l'organisation des consultations électorales générales.

La Constitution du 20 janvier 2002 en ses articles 56, 89 et 133 institue un régime de type présidentiel composé de trois pouvoirs : un pouvoir exécutif représenté par le Président de la République, Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement élu pour sept (7) ans renouvelables une fois; un pouvoir législatif représenté par l'Assemblée Nationale et le Sénat et un pouvoir judiciaire exercé par la Cour Suprême, la Cour des Comptes et de Discipline Budgétaire, les Cours d'Appel et les autres juridictions nationales.

##### **1.5.2. Organisation administrative**

La loi n°3-2003 du 17 janvier 2003 fixant l'organisation administrative territoriale structure le territoire national en départements, communes, arrondissements, districts, communautés urbaines, communautés rurales, quartiers et villages. Le territoire national est ainsi structuré en 12 départements, 6 communes, 19 arrondissements et 86 districts administratifs.

Le département est placé sous l'autorité du préfet. Les districts, les communes et les arrondissements sont respectivement administrés par des sous-préfets, des maires et des administrateurs maires délégués. Chaque département dispose d'un conseil

<sup>1</sup>CNSEE (2006) *Enquête congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté* (ECOM 2005).

<sup>2</sup>Rapport BE2005.

<sup>3</sup>PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain*, 2005.

départemental et chaque commune d'un conseil municipal. Ces différents conseils sont des organes de gestion et de développement des ressources de ces collectivités locales.

**Tableau n°1** : Structuration du territoire du Congo en Départements, Districts, Communes et Arrondissements

N°	Départements	Nbre de Districts	Répartition des Communes	Arrondissements
01	Brazzaville	0	1	7
02	Pointe - Noire	0	1	6
03	Kouilou	6	0	0
04	Niari	14	2	4
05	Bouenza	10	1	2
06	Lékoumou	5	0	0
07	Pool	13	0	0
08	Plateaux	11	0	0
09	Cuvette	9	0	0
10	Cuvette Ouest	6	0	0
11	Sangha	5	1	2
12	Likouala	7	0	0
Total		86	6	21

Selon les termes de la loi n°10-2003 du 06 février 2003 portant transfert des compétences aux collectivités locales, les départements participent à l'établissement de la tranche départementale de la carte sanitaire nationale; élaborent et exécutent le plan d'urgence de santé et d'hygiène, gèrent les aides sociales aux personnes vulnérables, construisent ou acquièrent, équipent, entretiennent, gèrent et assurent la maintenance des installations des crèches, garderies d'enfant, postes de santé, centres de santé,

centres de santé intégrés, centres de promotion et de réinsertion sociale. Cette loi ne confère pas aux conseils départementaux des compétences ayant trait aux hôpitaux de base. Enfin, les textes d'application de cette loi déterminent les inscriptions budgétaires en faveur du développement des collectivités locales.

## 1.6. Aspects socio-économiques

### 1.6.1. Habitat, logement, eau et assainissement

#### 1.6.1.1. Habitat et logement

En 2005<sup>4</sup>, le parc de l'habitat était dominé par des maisons individuelles à hauteur de 64,1% suivi des maisons à plusieurs appartements qui représentent 30,9%. Ces deux types d'habitat sont davantage observés en milieu urbain tandis qu'en milieu rural on distingue beaucoup plus des maisons individuelles constituées de 2 à 4 chambres. Le taux d'occupation étant de 1,7 personnes par pièce. On note que 58,5% des ménages sont propriétaires de leur logement contre 21,1% locataires, les autres sont logés soit par la famille à hauteur de 15,7%, soit par l'employeur ou par des tiers.

En milieu rural le logement est dominé par des maisons en terre tandis qu'en milieu urbain les murs sont en parpaing y compris le sol. En effet, 7% des ménages en milieu urbain possèdent des logements dont le sol est en ciment et 81,4% en milieu rural des ménages le sol des logements est en terre. Dans l'ensemble, la tôle ondulée constitue le matériau utilisé pour la toiture 83,3%.

<sup>4</sup> Enquête congolaise auprès des ménages, pour l'évaluation de la pauvreté (ECOM 2005); CNSEE 2006.

#### 1.6.1.2. Approvisionnement en eau:<sup>5</sup>

En ce qui concerne l'accès à une source d'eau, 90,8% des ménages sont situés à moins de 30 minutes de marche d'un point d'eau, mais 68,4% ont de l'eau potable. 51,8% des ménages s'approvisionnent à la SNDE dont 84,7% sont des ménages des zones urbaines. Les rivières, les sources, les marigots constituent les sources d'approvisionnement en eau des ménages des zones rurales soit 43,1%, les puits protégés et non protégés représentent respectivement 14,4,% et 13,8%.

#### 1.6.1.3. Assainissement

Selon la même enquête, 18,9% des ménages possèdent un système sain d'évacuation des ordures. Ce système exclusivement urbain concerne un ménage sur trois. Quant au milieu rural, le système le plus utilisé est la nature (71,4%), le système d'incinération représente 24,4% .

#### 1.6.1.4. Sources d'énergies

Environ, 11,8% seulement des ménages n'utilisent pas un combustible provenant du bois pour la cuisine. Ce taux est de 19,2 % en milieu urbain contre 2,2 % en milieu rural dont 91,6% utilisent le bois et 6,2% le charbon de bois.

### 1.6.2. Education et alphabétisation

#### 1.6.2.1. Scolarisation primaire, milieu et département de résidence :

Dans l'ensemble, selon les données issues de l'ECOM 2005, les taux bruts et nets de scolarisation primaire se situent respectivement à 128,3% et 86,8%. Ce qui montre un niveau de scolarisation assez élevé. Ce taux est plus élevé en milieu rural (132,1%) qu'en milieu urbain (125,1%). La situation inverse est observée en ce qui concerne le taux net de scolarisation avec en milieu urbain 91,1% contre 81,7% en milieu rural. Quel que soit l'indicateur utilisé la scolarisation primaire des garçons est supérieure à celles des filles (133,1% contre 123,5% pour le taux brut et 87,2% contre 86,3% pour le taux net).

Par ailleurs, du point de vue du parcours scolaire, le Taux brut d'accès (TBA) qui constitue le premier point du profil de scolarisation, a connu une augmentation en 2004 par rapport en 2002 soit 69% contre 62% en 2002. La proportion d'élèves terminant le cycle primaire en 2005 est de 57,5% rapportée au taux brut d'admission qui est de 69%, implique une rétention de 84%.

La capacité d'accueil à l'école primaire est en nette progression depuis 2002 soit 89% en 2005 contre 83% en 2002 ceci trouve son explication par la reprise de l'école sur toute l'étendue du territoire national après les conflits armés.

Le manuel scolaire qui est perçu comme un élément central de la pratique pédagogique pour améliorer la qualité de l'éducation, présente une situation très critique tant au niveau individuel de l'élève qu'à l'échelle de l'établissement. La distribution donne 15 élèves pour 1 livre de lecture et 45 élèves pour 1 livre de calcul au primaire en 2005.

En ce qui concerne les services spécifiques à l'école : eau, électricité, latrines, équipement sportif, etc., le tableau ci-dessous montre la situation par département.

<sup>5</sup> Plan national pour l'atteinte des OMS secteur Education 2006

Tableau 2: % d'écoles disposant des services spécifiques

Départements	Point d'eau	Electricité	Latrines	Equipement sportif	Bureaux pour maîtres	Logements pour maîtres
Brazzaville	51,72	21,55	91,38	0	77,60	6,90
Kouilou	18	6,88	32,80	0	79,89	21,16
Niari	6,60	0	47,64	0	57,55	45,75
Bouenza	6,56	1,64	60,66	0	98,36	9,84
Lékoumou	2,22	0	60	0	42,22	22,22
Pool	1,42	0,35	23,05	0	23,40	4,96
Plateaux	7,92	0,38	49,06	0	22,26	38,11
Cuvette	0,47	0	51,42	0	57,55	13,21
Cuvette-Ouest	0,47	0,82	50,82	0	54,92	40,98
Sangha	0	0	44,64	0	1,79	3,57
Likouala	0	0	0	0	22,22	14,44

Source : Annuaire statistique 2004-2005, DEP/MEPSA, Brazzaville 2006

#### 1.6.2.2. Scolarisation secondaire<sup>6</sup> :

Au secondaire, les taux bruts et nets de scolarisation se situent respectivement à 65,3% et 44,4%. Le milieu urbain enregistre les taux les plus élevés (84,9% contre 35,6% pour le taux brut et 57,7% et 24,1% pour le taux net). La différence entre garçons et filles n'est pas significative 65,5 pour les garçons et 65,1% pour les filles en ce qui concerne le taux brut de scolarisation, le taux net de scolarisation entre garçons et filles est de 44, 1% pour les garçons et 44,7% pour les filles.

#### 1.6.2.3. Alphabétisation

Il ressort de l'ECOM que dans l'ensemble 80,4% de personnes de la tranche d'âge de 15 ans et plus savent lire et écrire dans une langue quelconque. Ce taux d'alphabétisation particulièrement élevé masque certaines disparités selon le milieu ou la zone de résidence. Le taux d'alphabétisation est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural : 89,9% en milieu urbain contre 65,4% en milieu rural. D'après l'ECOM, la différence entre la ville et la campagne résulterait de :

- l'existence d'une infrastructure scolaire plus dense et sans doute plus accessible en milieu urbain ;
- l'implantation des programmes d'alphabétisation des adultes en milieu urbain exclusivement. Les villes de Brazzaville et de Pointe-Noire ont chacune un niveau d'alphabétisation supérieur à 90% soit 91,1% pour Brazzaville et 90,4% pour Pointe-Noire.

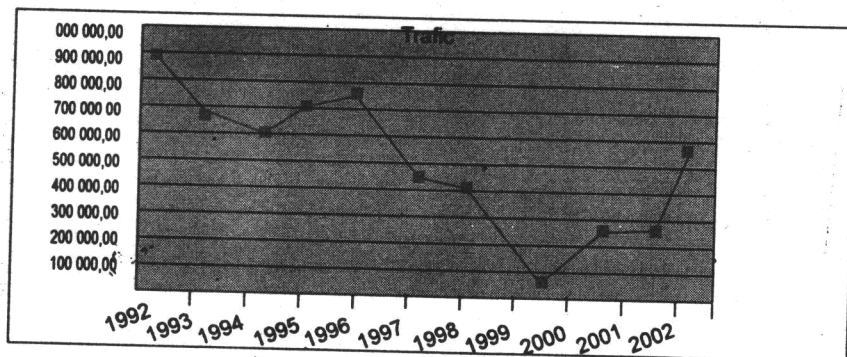
#### 1.6.3. Transports et communications

En Afrique Centrale, le Congo bénéficie d'une position géographique privilégiée qui a été au cours de l'histoire, le mobile de l'édification d'un système de transport de surface reliant la sous région à l'Océan atlantique. Ce système (port maritime, chemin de fer, ports fluviaux et voies fluviales) a longtemps desservi les pays de la sous-région de l'Afrique. Fort de cet atout, les transports ont joué un rôle assez considérable dans l'économie congolaise. Malheureusement, la demande s'est amenuisée au fil du temps en raison notamment de la dégradation des infrastructures de transport et des troubles

<sup>6</sup> Plan national pour l'atteinte des OMS, secteur Education 2006.

socio-politiques récurrents de la dernière décennie. C'est le cas du trafic ferroviaire comme l'indique le graphique ci-dessous :

Graphique n° 1 : Evolution du trafic ferroviaire de 1992 à 2002



Source : Plan National de Transport Octobre 2003 MTACMM

La baisse du trafic a coïncidé avec les périodes de grandes perturbations institutionnelles. Au plan national, le réseau routier et les infrastructures aéroportuaires sont fortement dégradés. Par contre, au cours de ces cinq dernières années, le réseau de télécommunication s'est fortement développé grâce à la téléphonie mobile.

#### 1.6.3.1. Transports ferroviaires et maritimes

Le réseau ferroviaire congolais compte 795 Km, dont 512 reliant Brazzaville à Pointe-Noire, par le Chemin de fer Congo-Océan (CFCO) et 285 Km reliant Mont-Mbelo à Mbinda (frontière avec le Gabon), par la voie de la Compagnie minière de l'Ogoué (COMILOG).

Le trafic portuaire de marchandises représente aujourd'hui moins de 20% du niveau enregistré au début des années 1980. En effet, le port maritime a été affecté dans ses performances par les faiblesses du CFCO. De 1988 à 1999, le trafic a chuté de 4.105.858 tonnes à 1.107.489 tonnes, soit un recul de 73,0 %.

#### 1.6.3.2. Transports fluviaux

Les transports fluviaux sont d'une importance vitale pour l'efficacité de la chaîne de transit Pointe-Noire - Bangui et pour l'économie de Brazzaville et des localités du Nord du pays. Leur évolution, étroitement liée à celle des transports maritimes et ferroviaires, se caractérise également par la baisse des activités des ports fluviaux de Brazzaville, Mossaka, Ouesso et Impfondo principalement.

#### 1.6.3.3. Transports aériens

Les transports aériens sont très peu développés. Ils sont centrés sur les deux principaux aéroports internationaux de Brazzaville et Pointe-Noire. Quelques aérodromes secondaires permettent de desservir certaines localités de l'intérieur du pays notamment Nkayi, Dolisie, Zanaga, Ouesso, Impfondo, Makoua, Sibiti, Ewo, Owando et Ollombo.



#### 1.6.3.4. Transports routiers

Le réseau routier est également très peu développé. Il compte environ 6.000 km avec moins de 1.000 km de tronçons bitumés. L'état de dégradation très avancée des routes et pistes agricoles entrave considérablement la mobilité des populations des zones rurales, limitant de ce fait leur accès aux services de base et l'approvisionnement des grands centres urbains en vivres et produits agricoles.

#### 1.6.4. Cadre macro-économique et budgétaire

##### 1.6.4.1. Evolution récente de l'économie congolaise, 2002-2005

Au cours de l'année 2005 et selon les estimations les plus récentes, la situation macroéconomique du Congo a été caractérisée, d'une part, par une consolidation de la croissance économique, une nette amélioration des finances publiques, un redressement des comptes extérieurs et, d'autre part, par une consolidation de la situation monétaire et une baisse de l'indice des prix à la consommation.

Ainsi, le Produit intérieur brut (PIB) en francs courants s'est élevé à 3 154,2 milliards en 2005, dont 38,8% pour le secteur non pétrolier contre 2 327,8 milliards en 2004, 2 071,7 milliards en 2003 et 2104,9 milliards en 2002. Le taux de croissance en termes réels s'est établi à 7,9% (contre 3,6% l'année précédente<sup>7</sup>, 0,8% en 2003 et 4,6% en 2002) entraînant ainsi une hausse de 5,3 % du revenu réel par habitant (1 621,8 dollars par habitant contre 1 318,8 dollars par habitant en 2004, 1 110,6 dollars en 2003 et 965,1 dollars en 2002). Sur la même période, l'indice des prix à la consommation a enregistré une hausse modérée (2,8% en moyenne annuelle contre 3,6% en 2004, -1,3% en 2003 et 3,8% en 2002).

S'appuyant sur le programme à moyen terme avec le FMI au titre de la FRPC, le budget de l'année 2005 avait comme objectif prioritaire, sous la contrainte d'une gestion prudente des finances publiques, la mise en œuvre d'une politique de réduction de la pauvreté, conformément aux orientations arrêtées dans le cadre du DSRP-I. Cette réduction de la pauvreté passait par la relance des secteurs de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche, et par la poursuite des grands travaux, pour désenclaver les zones intérieures grâce au développement des télécommunications et à un meilleur approvisionnement en eau et en électricité.

Un autre objectif du gouvernement était la poursuite de la restauration de la crédibilité financière de l'Etat, à travers les efforts d'apurement des arriérés extérieurs, le paiement courant des échéances de la dette extérieure, et la mise en œuvre d'une solution pour le règlement des arriérés intérieurs au titre de la dette sociale et commerciale. Au total, les recettes budgétaires réalisées au 31 décembre 2005 se sont établies à 1 247,0 milliards contre 737,9 milliards un an auparavant (603,6 milliards en 2003 et 571,7 milliards en 2002), soit une hausse de 69,0%.

Au niveau des échanges extérieurs du Congo, selon les estimations actualisées de la BEAC, le solde extérieur courant pour l'année 2005 s'est établi à 394,1 milliards (soit 12,5% du PIB) contre 184,4 milliards une année auparavant (303,2 milliards en 2003, soit 14,6% du PIB et 132,1 milliards en 2002, soit 6,3% en 2002). Cette amélioration résulte principalement de l'augmentation de la production pétrolière et de la hausse des cours mondiaux des principaux produits de base.

<sup>7</sup> Les estimations du taux de croissance réelle présentées lors du Comité monétaire et financier national du 21 février 2006 étaient respectivement de 7,7% en 2005 et 3,6% en 2004. Les estimations du taux de croissance réelle établies par la mission du FMI lors de la 2<sup>ème</sup> revue du programme au titre de la FRPC en avril 2006 sont de 3,6% pour l'année 2004 et de 7,9% pour l'année 2005.

Le gouvernement a signé le 6 décembre 2004 un accord avec le Fonds monétaire international au titre de la Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance (FRPC)<sup>8</sup> pour la période d'octobre 2004 à septembre 2007. La FRPC a deux principaux objectifs, à savoir :

- assurer la stabilité du cadre macro-économique afin de stimuler une croissance économique durable génératrice d'emplois et de revenus ;
- réduire la pauvreté visant essentiellement à promouvoir la croissance économique et à améliorer les conditions de vie des populations :
  - la bonne gouvernance et la transparence dans les principaux secteurs économiques ;
  - la construction des infrastructures économiques de base ;
  - le développement de l'agriculture ;
  - le financement prioritaire des projets sociaux dans l'éducation et la santé.

Cette FRPC permet, entre autres, de bâtir un solide programme sur la base des orientations précisées dans le Document de stratégie de la réduction de la pauvreté (DSRP) déclaré par le gouvernement comme le seul cadre de référence pour les interventions de ses partenaires au développement. Les axes stratégiques du DSRP sont :

- la consolidation de la paix et promotion de la bonne gouvernance ;
- la consolidation du cadre macro-économique et relance des secteurs clés ;
- l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et protection sociale ;
- le développement des infrastructures ;
- le renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA, la paludisme, la tuberculose et autres maladies.

La mise en oeuvre du programme économique soutenu par le FMI au titre de la FRPC a été accompagnée par des progrès dans l'application des réformes macro-économiques, financières et structurelles, bien que des défis majeurs demeurent quant à la gestion transparente des ressources naturelles du pays. Les progrès réalisés en matière de réformes structurelles et dans la stabilisation du cadre macro-économique ont permis à la République du Congo d'accéder, au mois d'Avril 2006, au point de décision dans le cadre de l'assistance du FMI à l'initiative de réduction de la dette des Pays pauvres très endettés (PPTE). Ce qui ouvre des perspectives encourageantes pour les prochaines années en matière d'allègement de la dette publique.

---

<sup>8</sup> Pour un montant total équivalent à 54,99 millions de DTS (soit 65% de la quote-part du Congo) et environ 44,3 milliards de francs CFA.

## CHAPITRE II : SITUATION SANITAIRE NATIONALE ET PAUVRETE

### 2.1. Etat de santé de la population

#### 2.1.1. Ampleur de la mortalité

Les indicateurs démographiques et de santé du Congo<sup>9</sup>, mettent en évidence l'état préoccupant de la santé de la population. Il en est ainsi de l'espérance de vie, des taux de mortalité infantile, de mortalité infanto-juvénile, de mortalité maternelle et de la prévalence des malnutritions, notamment celles des enfants.

L'espérance de vie à la naissance était estimée à 51,9 ans<sup>10</sup> en 2005 ; la mortalité générale à 14 décès pour 1000, la mortalité infantile à 75 décès pour 1000, la mortalité infanto-juvénile à 117 pour 1000 et le ratio de mortalité maternelle à 781 décès pour 100 000 naissances vivantes. L'enquête démographique et de santé réalisée en 2005, révèle que 26 % des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique et 14 % d'entre eux ont une insuffisance pondérale<sup>11</sup>, et la prévalence moyenne des petits poids de naissance est égale à 13,3 %.

#### 2.1.2. Facteurs associés à la mortalité infanto-juvénile

Les niveaux de mortalité infantile et de mortalité maternelle dépendent d'un grand nombre de facteurs dont l'influence indépendante est difficile à déterminer. Il en existe cependant qui jouent un rôle critique qu'il convient d'établir pour guider les politiques de santé dans le cadre des stratégies de réduction de la pauvreté.

Les facteurs réputés importants et influents sont les facteurs démographiques, culturels, socioéconomiques et individuels ainsi que les caractéristiques des ménages et des communautés. Les caractéristiques des communautés à prendre en compte sont : l'accès à une source d'eau potable, l'existence de latrines, la proximité d'une structure sanitaire (moins de quatre kilomètres). Les caractéristiques des ménages sont principalement leur revenu, leur taille et leurs pratiques religieuses. Le niveau d'instruction est la caractéristique principale à prendre en compte pour la mère et celles de l'enfant sont l'ordre de naissance, l'intervalle inter génésique et le sexe.

Au Congo, l'analyse des déterminants de la mortalité des enfants, confirme l'impact des conditions socioéconomiques. C'est ce que confirment les données de l'enquête démographique et de santé 2005 qui établissent une corrélation entre la mortalité des enfants et les caractéristiques socioéconomiques. Il apparaît également que le milieu de résidence a une influence sur la mortalité. Les taux de mortalité sont plus faibles en milieu urbain qu'en milieu rural, le premier étant mieux doté en structures sociales de base (eau potable, latrines, structures sanitaires). Plus le ménage dispose de revenu, plus le taux de mortalité est faible. Les facteurs individuels (ordre de naissance et intervalle inter génésique) exercent une influence sur la mortalité des enfants. Les ménages de taille moyenne, (2-3 enfants), présentent un niveau de mortalité inférieure à celui des ménages de petite taille et de grande taille.

<sup>9</sup> PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2005 et CNSEE : Enquête démographique et de santé 2005

<sup>10</sup> PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2005

<sup>11</sup> PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2005

Tableau n°3 : Mortalité des enfants selon quelques caractéristiques socioéconomiques

<b>Quotient de mortalité pour 1000 naissances vivantes</b>					
<b>Caractéristiques socioéconomiques</b>	<b>Mortalité néonatale</b>	<b>Mortalité post-néonatale</b>	<b>Mortalité infantile</b>	<b>Mortalité juvénile</b>	<b>Mortalité infanto- juvénile</b>
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	36	31	66	44	108
Rural	35	58	93	48	136
<b>Régions</b>					
Brazzaville	42	27	69	43	109
Pointe-Noire	25	35	60	45	108
Sud	25	61	86	48	130
Nord	50	49	99	48	142
<b>Caractéristiques des Ménages</b>					
<b>Revenu</b>					
Le + pauvre	34	57	91	48	125
Second	35	61	96	38	130
Moyen	29	45	74	60	130
Quatrième	41	35	76	52	124
Le + riche	37	19	56	30	85
<b>Caractéristiques de la mère</b>					
Aucune instruction	54	80	134	78	109
Niveau primaire	42	53	95	43	134
Collège	28	38	66	46	109
Lycée et +	25	19	44	25	68
<b>Caractéristiques de l'enfant</b>					
1 <sup>er</sup>	39	44	82	47	125
2-3	28	40	68	46	111
4-6	39	46	86	41	124
7	43	78	121	61	175
<b>Intervalle inter génésique</b>					
<	50	69	119	66	177
2 années/naissance. Précédente					
2 années	34	44	78	35	110
3 années	30	43	73	47	117
4 années	26	38	65	44	106
<b>Sexe</b>					
Fille (référence)	32	46	78	43	117
Garçon	39	45	83	49	129

Tableau établi à partir des données des tableaux 1.2.2 et 1.2.3 de l'EDS 2005, pp. 185-186.

## 2.2. Situation épidémiologique

Le profil épidémiologique est marqué par la prédominance des maladies infectieuses, la recrudescence des maladies transmissibles (tuberculose, trypanosomiase, schistosomiase) et la progression inquiétante du VIH/SIDA.

## 2.2.1. Maladies transmissibles

### 2.2.1.1. Paludisme

Le paludisme a représenté en 2006, la première cause de morbidité avec 55,1% des motifs de consultation. Au total 157 757<sup>12</sup> cas ont été notifiés pour 253 décès enregistrés soit un taux de létalité égal à 0,16 %. Les enfants de moins de 5 ans, représentent 41,6% des cas avec un taux de létalité de 74,3 %. La situation du paludisme au Congo est préoccupante. Plusieurs facteurs sont incriminés :

- la résistance du plasmodium aux antipaludiques usuels observée dans tout le pays (chloroquine : 80 à 90%, sulfadoxine-pyriméthanine : 15 à 30%), a conduit à changer le protocole de traitement du paludisme en 2006 ;
- la pénurie fréquente de médicaments dans les formations sanitaires ;
- le non-respect des schémas thérapeutiques basés sur les dérivées de l'artémisinine, préconisés par la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- la faible utilisation de la moustiquaire et des matériaux traités à l'insecticide ;
- la non application des autres orientations de la lutte intégrée contre les vecteurs, notamment celles en rapport avec l'assainissement du milieu.

### 2.2.1.2. Tuberculose

En 2005, 9 959 cas ont été détectés soit un taux d'incidence annuelle de 350 cas pour 100 000 habitants dont 40,6% de Tuberculose pulmonaire à bacilloscopie positive (TPM+). La couche de la population la plus atteinte est celle âgée de 15 à 44 ans, avec 75 % de tous les malades. Cette incidence élevée serait attribuée à des multiples facteurs, notamment :

- la co-infection avec le VIH observée, le taux de séroprévalence du VIH chez les TPM+ est de 17 %<sup>13</sup> ;
- la faible capacité de détection des cas en raison de l'éloignement du Centre de diagnostic et de traitement (CDT) ;
- la forte proportion des abandons évaluée à 27% en 2004<sup>14</sup> ;
- la précarité des conditions de vie de la population dont 50 % vivent en dessous du seuil de pauvreté ;
- la faible intégration du programme dans le PMA des formations sanitaires ambulatoires.

Tableau n°4 : Evolution de la détection des cas de 2000 à 2005

Années	TPM+		reprises	échecs	TPM-		TEP	total
	Nx cas	rechutes			-15ans	15 et +		
2000	4218	172	132	24	750	1302	2838	9436
2001	4319	254	114	31	717	1632	2813	9880
2002	4207	177	89	43	644	1429	2619	9208
2003	3477	150	67	15	464	1616	2075	9053
2004	4121	350	27	100	492	2255	2511	9856
2005	3640	299	70	38	718	2531	2663	9959

Source : Rapport du Programme national de lutte contre la tuberculose, 2005.

<sup>12</sup> EDSC – 1 Congo CNSEE, 2005.

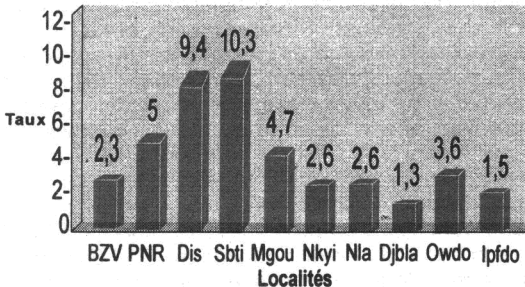
<sup>13</sup> Rapport PNLT/DLM, 2005.

<sup>14</sup> Rapport du PNLT, 2004.

### 2.2.1.3. Infection à VIH et le Sida

Selon les résultats de l'enquête réalisée en 2003<sup>14</sup>, le taux de prévalence du VIH est égal à 4,2% chez les sujets âgés de 15 à 49 ans. D'importantes disparités sont observées par départements et localités. Les localités de Sibiti et Dolisie ont les taux les plus élevés avec respectivement 10,3 % et 9,4%, alors que les prévalences les plus faibles sont observées à Djambala et Impfondo avec 1,3% et 1,5%. Le graphique ci-dessous indique la répartition des taux de prévalence par chefs lieux de départements et communes.

Graphique n° 2 : séroprévalence du VIH par départements en 2003



En outre la situation est caractérisée par :

- une prévalence particulièrement élevée dans les tranches d'âge de 35 à 39 ans ( 8,4%) et 40 à 44 ans ( 7,8%) ;
- une tendance à la féminisation de l'épidémie, avec des taux moyens de 4,7% chez les femmes contre 3,8% chez les hommes ;
- des taux de prévalence présentant selon le niveau d'instruction: 5,4% chez les non scolarisés, 4,1% pour les personnes du niveau primaire, 4,8% pour le niveau collège, 3% pour le niveau lycée et 2,5% pour le niveau universitaire.
- des groupes vulnérables constitués par : les adolescents, les femmes victimes de violences sexuelles, les professionnelles du sexe, les orphelins du SIDA, les enfants nés de mères séropositives, les agents de la force publique, les ex combattants, les personnes déplacées, sinistrées et réfugiées, les personnes handicapées, les malades mentaux, les toxicomanes et le personnel de santé ;
- une propagation de l'infection à VIH dans les communautés favorisée par la pauvreté, le faible niveau économique de la femme, la résistance à l'utilisation du préservatif, le vagabondage sexuel et la prostitution, le déni de l'existence du SIDA et la recrudescence des violences sexuelles.

De source hospitalière, 40% des lits d'hôpitaux sont occupés par les malades du SIDA dans les principales villes ; le taux de mortalité due au SIDA a augmenté à Brazzaville de 14% en 1991 à 21,5% en fin 2003. C'est la première cause de mortalité chez les adultes de 15 à 45 ans. Chez les enfants de 0 à 4 ans, 7% des causes de décès sont attribuables au SIDA. Cette progression galopante du VIH/SIDA a une répercussion

<sup>14</sup> Rapport de l'enquête CREDES/ CNLS 2003.

certaine sur l'ensemble du système de santé en général. Ainsi, le VIH/SIDA, par la diversité des affections opportunistes qu'il engendre, sature-t-il les capacités du système sanitaire en terme de diagnostic, de suivi des malades et des traitements, de structures et d'équipements, de personnel et de formation.

#### 2.2.1.4. Infections sexuellement transmissibles (IST)

En 2003, près de 17 734 cas d'infections sexuellement transmissibles ont été notifiés par les formations sanitaires. La séro-prévalence de la syphilis a été estimée à 5% (source). Le caractère de maladies honteuses attribué aux IST conduit souvent à une automédication, ce qui laisse penser que les données notifiées sont en dessous de la réalité.

#### 2.2.1.5. Infections respiratoires aiguës (IRA)

En 2002, les IRA représentaient 29,8% des causes de décès des enfants de moins de 5 ans enregistrés dans les hôpitaux. En 2005, les données de la carte sanitaire indiquent que les IRA venaient au second rang des motifs de consultation chez les enfants de moins de 5 ans avec 7,1% des cas.

#### 2.2.1.6. Maladies diarrhéiques

En 2002, 19 411 cas de maladies diarrhéiques ont été notifiés, comprenant 55,4% de diarrhées simples, 22,6 de gastro-entérites, 14,7% d'amibiases et 7,4% de shigelloses. En 2005, les maladies diarrhéiques arrivaient au cinquième rang de la hiérarchie des principales causes de décès dans les hôpitaux. L'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale au niveau des ménages est passée de 41%, en 1994, à 64%, en 2005.

#### 2.2.1.7. Trypanosomiase humaine africaine

Avec 3 629 cas notifiés en 2005, la trypanosomiase humaine touche actuellement 5 sur 12 départements (Niari, Bouenza, Pool, Plateaux et Cuvette). Elle est localisée dans trois grands foyers :

- le foyer de la vallée du NIARI qui concerne les localités de Boko-Songho, Madingou, Nkayi et Loudima ;
- le foyer du couloir qui couvre les districts de Ngabé, Mpouya, Gamboma et Makotipoko ;
- le foyer de la Cuvette qui concerne les districts de Mossaka et de Loukolela.

#### 2.2.1.8. Schistosomiase urinaire

Elle sévit dans plusieurs foyers avec des taux de prévalence qui varient entre 5 et 35% en milieu scolaire. Au total 2 018 cas ont été enregistrés en 2002, répartis entre les départements de la Bouenza (62,9%), du Kouilou (19,1%), de Brazzaville (10,4%) et du Niari avec 6,2% des cas. Une recrudescence de la schistosomiase a été observée dans les anciens foyers du Niari, de la Bouenza, du Kouilou et s'accompagne d'une extension de la maladie dans d'autres départements, notamment ceux de la Lékoumou.

#### 2.2.1.9. Lèpre

En fin 2005, 215 cas ont été enregistrés soit un taux de prévalence de 0,67 pour 10.000 habitants. 9,1% des cas nouveaux sont constitués par les enfants. Par ailleurs, 207 cas ont été détectés soit un taux de 0,64% pour 10.000 habitants. Le pourcentage des multi bacillaires parmi les nouveaux cas est de 79,2%.

#### 2.2.1.10. Ulcère de Buruli

L'ulcère de Buruli a fait son apparition en 2000 dans les départements du Kouilou, du Niari et de la Bouenza. En 2005, 293 cas cumulés ont été enregistrés et répartis comme suit : 77,8% dans le Kouilou, 12,3% dans le Niari et 12,1% dans la Bouenza.

#### 2.2.1.11. Onchocercose

L'onchocercose sévit principalement dans trois foyers : le bassin du fleuve Congo avec son affluent le Djoué, le bassin du fleuve Kouilou-Niari et le bassin de l'Oubangui. Les deux premiers sont hyper endémiques. Environ 700 000 personnes sont exposées à l'onchocercose dans les deux grands foyers. Chez les adultes, les taux de cécité de type 1 et de type 2 sont respectivement de 1,7% et de 3,4 % en zone d'endémie onchocercarienne contre 0,5 et 0,7% en zone non onchocercarienne.

Les stratégies de lutte se basent sur les traitements passifs ou individuels dans les communautés hypo-endémiques et ceux de masse ou Traitement par ivermectine sous directives communautaires (TIDC) dans les communautés méso et hyper-endémiques. L'adhésion à la chimiothérapie est en évolution avec un taux de couverture thérapeutique égal à 65% au cours de ces dix dernières années.

La couverture géographique correspondant au pourcentage des villages à traiter, couverts par la distribution de l'ivermectine était de 92,3% en 2002. L'objectif annuel de traitement de la population éligible visée étant de 435 565 personnes, la couverture thérapeutique correspondant au pourcentage de la population totale de la zone cible hyper et méso-endémique, traitée n'était que de 22,8%.

#### 2.2.1.12. Maladies évitables par la vaccination

Au cours des années 2005 et 2006, les maladies évitables par la vaccination ont été, grâce à l'amélioration des taux de couverture vaccinale, réduites à des taux de prévalence assez bas. Quoique des efforts réels aient été accomplis dans l'amélioration de la couverture vaccinale, ces taux cachent des disparités d'un département à un autre et même à l'intérieur d'un même département. De même, l'objectif de réaliser un taux de couverture vaccinale égale à 80% par antigène et dans chaque circonscription socio-sanitaire est loin d'être atteint.

#### 2.2.1.13. Rougeole

Depuis l'année 2005, un net recul de l'incidence de la maladie est observé. Cette régression résulte des effets conjugués des activités du PEV de routine et des campagnes de vaccination organisées en 2005. C'est ainsi que le taux de couverture vaccinale contre la rougeole est passé de 55,6% en 2005 à 63,3% en 2006. En 2006, 183 cas de rougeole ont été notifiés sur l'ensemble du territoire dont 5 décès (cf. Rapport de DLM 2006).

#### 2.2.1.14. Poliomyélite

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative éradication de la poliomyélite, la surveillance active des Paralysies flasques aiguës (PFA) a permis de notifier 86 sur 23 cas attendus en 2006. Il sied de signaler qu'aucun cas de poliovirus sauvage n'a été signalé au Congo depuis 2001. Toutefois, le Congo court des risques considérables d'importation du virus en raison de sa circulation dans les pays limitrophes.

#### 2.2.1.15. Tétanos néonatal et maternel

De 2005 à 2006, le nombre de cas de Tétanos néonatal et maternel (TNM) est passé de 12 à 2 cas (Pool 1 cas ; Likouala 1 cas) (cf. Rapport de DLM 2006). Etant donné



la faiblesse de la surveillance active et du système national d'information sanitaire dans son ensemble, une sous notification de la maladie est fort probable.

#### 2.2.1.16. Fièvre jaune

En 2006, 99 cas ont été notifiés dont 2 décès (cf. Rapport de DLM 2006). Il faut noter que depuis l'introduction du vaccin anti-amarile, la régression de la maladie est perceptible en milieu hospitalier. Ici également, des faiblesses de la surveillance épidémiologique sont observées, seules 19 CSS sur 41 ont notifiés les cas.

#### 2.2.1.17. Méningites

En 2006, au total 163 cas dont 27 décès dus à la méningite purulente ont été enregistrés dans les formations sanitaires (cf. Rapport de DLM 2006). En dépit de ce que la méningite cérébro-spinale fait partie des huit maladies à potentiel épidémique, sa surveillance, n'est pas encore organisée. Les laboratoires de plusieurs hôpitaux de CSS ne disposent pas toujours de techniciens de laboratoire ayant une formation appropriée. Le plateau technique, les réactifs et consommables requis font également défaut.

#### 2.2.1.18. Choléra

Au delà des épidémies de choléra observées en 1998 (160 cas dont 11 décès), 1999 et 2001 à Brazzaville et à Pointe-Noire, aucun cas n'a été notifié sur l'ensemble du territoire depuis lors. Cependant, il convient de rappeler que des cas de choléra ont été signalés dans le district de Madingo-Kayes (département du Kouilou).

Il convient de signaler l'épidémie récente 2006-2007 dans les départements du Kouilou, de Pointe-Noire, de Brazzaville et de la Bouenza, au cours de laquelle il a été notifié 7 353 cas pour 109 décès enregistrés<sup>15</sup>.

#### 2.2.1.19. Maladies émergentes

##### 2.2.1.19.1. Fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE)

Inconnue jusque là dans le pays, la fièvre hémorragique à virus Ebola a fait son apparition en 2001 dans le département de la Cuvette-Ouest qui a été le théâtre de quatre épidémies successives. En 2001, 57 cas ont été enregistrés avec une létalité de 73,7%. L'épidémie d'octobre 2002 à mai 2003 a été la plus meurtrière, 143 cas ont été notifiés avec une létalité de 89,5%. La troisième enregistrée de septembre 2003 à janvier 2004 a concerné 35 cas dont 29 décès et la dernière, avec 12 cas dont 9 décès, a été enregistrée en 2005.

La gestion de ces épidémies s'est heurtée à plusieurs difficultés inhérentes au contexte économique et socioculturel du département de la Cuvette-Ouest. Il s'agit, notamment, du délabrement du système de santé de ce département dans son ensemble, du degré d'ignorance de la maladie par la population, de leurs habitudes alimentaires particulièrement orientées vers la consommation des viandes de chasse, de l'enclavement du département du fait de l'état de dégradation très avancée des routes et pistes agricoles, et du refus de coopérer avec les équipes d'intervention. A cause de la persistance de l'épizootie, le risque épidémique reste important avec possibilité d'extension aux départements et pays limitrophes.

<sup>15</sup> Comité National de coordination de lutte contre le choléra. Mai 2007

#### 2.2.1.19. 2. Monkey pox

Une épidémie de Monkey pox a sévi dans le département de la Likouala en juin 2003. Dix (10) cas ont été notifiés et confirmés par le Center of diseases control (CDC) d'Atlanta. Aucun décès n'a été enregistré.

#### 2.2.1.19. 3. La grippe aviaire

Bien qu'aucun cas n'ait été signalé sur l'ensemble du territoire, le risque reste possible en raison de la migration des oiseaux. La surveillance doit être par conséquent maintenue.

### 2.2.2. Maladies non transmissibles

#### 2.2.2.1. Hypertension artérielle

En 2006, 4586 cas d'hypertension artérielle (HTA) ont été enregistrés. L'hypertension artérielle reste la première maladie cardiovasculaire observée chez l'adulte. Une enquête<sup>16</sup> sur l'hypertension artérielle et les autres facteurs de risque cardiovasculaires réalisée à Brazzaville en 2004 auprès de 2095 sujets révèle une prévalence globale égale à 32,5%. Cette prévalence est plus élevée chez les sujets âgés de 54-65 ans (68,2%) ; et une précocité du phénomène a été observée dans le groupe de 25-34 ans (19%). Enfin l'HTA est présente dans toutes les classes sociales, aussi bien dans les zones urbaines que rurales.

#### 2.2.2.2. Diabète sucré

En 2004, 491 cas ont été enregistrés dont 6 décès dans les registres des services hospitaliers. On estime que le diabète sucré toucherait environ 20 000 personnes, soit une prévalence de 6%.

#### 2.2.2.3. Cancers

En moyenne 80 à 90 nouveaux cas sont notifiés par année dans le registre des cancers du service de cancérologie du CHU de Brazzaville. Le cancer du col de l'utérus arrive au premier rang, suivi respectivement, par celui du sein (17%) et le cancer primitif du foie. La plupart des malades arrivent à un stade très avancé de la maladie et très peu d'entre eux ont accès à un traitement.

#### 2.2.2.4. Drépanocytose

Une étude, effectuée en 1986 sur le sang du cordon ombilical de nouveau-nés, a montré que 22,25% des sujets étaient hétérozygotes et 1,25% homozygotes.<sup>17</sup> La drépanocytose est l'une des principales causes des hospitalisations enregistrées dans les services de pédiatrie. La maladie étant souvent associée à une autre cause (paludisme, IRA, malnutrition, diarrhées, douleurs articulaires...), la déclaration des décès imputables directement à la drépanocytose pose souvent problème. En effet, le décès survient dans un tableau d'anémie sévère ou d'infection, ce qui justifie la sous notification de la maladie dans les formations sanitaires.

### 2.2.3. Santé de la reproduction

En dépit du taux de couverture en CPN évalué 88%<sup>18</sup> et des femmes assistées par un personnel qualifié pendant l'accouchement 86%<sup>19</sup> le taux de mortalité maternelle

<sup>16</sup> G. Kimbally Kaky, *Enquête sur l'HTA et les autres facteurs de risque à Brazzaville, juin 2004.*

<sup>17</sup> *Rapport annuel DLM/DGS 2002.*

<sup>18</sup> EDSC I 2005 Congo/CNSEE.

<sup>19</sup> EDSC I 2005 Congo/CNSEE.

reste élevé, estimé à 781 pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux de mortalité maternelle figure parmi les plus élevés des pays africains à développement humain moyen. Il est attribué principalement aux avortements provoqués (41%), aux complications infectieuses des césariennes (31,6%), aux hémorragies (10%) et à l'éclampsie (8,5%).

En sus de la faible qualité des soins et services fournis aux femmes pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, divers autres facteurs sont incriminés. Il s'agit notamment de la faible utilisation du Traitement préventif intermittent (TPI) à la sulfadoxine-pyriméthamine (3%) des moustiquaires imprégnées d'insecticides (7 %) et des méthodes contraceptives (13%).

Au-delà de la mortalité, très peu de données renseignent sur la morbidité maternelle. Toutefois, une enquête réalisée en 2006 a permis de dénombrier 242 cas de fistules obstétricales. Dans 35 % des cas, les actes chirurgicaux pratiqués pour la réparation des lésions ont abouti à des échecs.

#### **2.2.4. Santé des adolescents et des jeunes**

Les adolescents représentent près d'un tiers de la population avec une forte concentration en milieu urbain (56,6%). On note une précocité des rapports sexuels souvent non protégés (âge moyen 14 ans). Ceci corrobore avec la forte prévalence des grossesses chez les adolescentes (8,5%).

Pour promouvoir la santé des jeunes dont plus 80% fréquentent l'école, les pouvoirs publics avaient développé les services de santé pré-scolaire, scolaire et universitaire. Cependant, le déficit des connaissances en santé de la reproduction, l'absence des services adaptés et la faible utilisation des services en la matière exposent de plus en plus les adolescents à des comportements néfastes pour leur santé génésique : tabagisme, violence, consommation abusive d'alcool, des drogues et autres substances hallucinogènes. Une étude des Connaissances aptitudes et pratiques (CAP) réalisée en 2003, par la Direction générale de la population révèle que 67,7% des jeunes et adolescents n'ont pas de connaissance sur les services de santé reproductive, 75% ne fréquentent pas lesdits services, et 30,26% des adolescents ont recours à l'automédication pour traiter les IST.

#### **2.2.5. Santé bucco-dentaire**

L'enquête réalisée par la Direction de la santé de la famille en 2002 en milieu scolaire avait révélé que 30% d'élèves interrogés et examinés ont reconnu avoir souffert de la carie dentaire. Malheureusement cette étude n'avait pas permis d'apprécier la prévalence des autres affections bucco-dentaires telles que la stomatite gangreneuse, le nomma, le cancer de la bouche, les manifestations bucco- dentaires de l'infection à VIH, les traumatismes et les kystes des maxillaires.

#### **2.2.6. Maladies par carences nutritionnelles**

##### **2.2.6.1. Malnutritions sévères et aiguës**

L'évaluation de l'état nutritionnel, réalisée en 1999<sup>20</sup>, a révélé que la prévalence moyenne des petits poids de naissance est égale à 13,3 %, elle varie de 13,6 % en milieu rural à 9,4 % en milieu urbain), la malnutrition chronique est observée auprès de 26% des enfants de moins de cinq ans. En outre la malnutrition sévère touche 1 adolescent sur 5.

##### **2.2.6.2. Carences en micro nutriments**

<sup>20</sup> MSP, URNAH, Médecins d'Afrique, *Situation nutritionnelle au Congo Brazzaville, Rapport d'enquête, 2000.*

Les troubles liés aux carences en micro nutriments ont été observés ces dernières années. L'évaluation de l'état nutritionnel de 1998 a révélé l'ampleur des troubles dus à la carence en iode (TDCI) dont la prévalence moyenne est égale à 10,2%. Les départements les plus touchés sont la Likouala (19,1%), la Cuvette (15,8%) et la Sangha (13,3%).

Par ailleurs, les taches de Bitot sont observées en milieu urbain chez 6,2 % des enfants et 9,7 % des femmes. En milieu rural, ces prévalences s'élèvent respectivement à 12,6% et à 10,1%. Ces observations indiquent que la carence en vitamine A est un réel problème de santé publique au Congo, notamment dans certaines zones écologiques (Cuvette-Ouest, Plateaux, Pool, Lékoumou et Niari).

### **2.2.7. Santé mentale**

Les pathologies mentales les plus courantes dans la Région africaine de l'OMS<sup>21</sup> comprennent des troubles mentaux courants : la dépression, la schizophrénie, l'épilepsie, les problèmes de santé mentale des enfants, les troubles mentaux d'origine organique, les troubles dus aux stress post traumatiques, l'usage et l'abus des substances psycho-actives. En l'absence de données fiables, l'ampleur de ces pathologies est encore mal connue.

Toutefois, des facteurs aggravant la mauvaise santé mentale sont bien présents. Il s'agit des stress post traumatiques qui ont suivi les conflits socio-politiques récurrents que le Congo a connus, l'augmentation du chômage, l'accroissement de la pauvreté au sein de la population, le manque de structures sociales pour assister les plus vulnérables, l'augmentation de la consommation des substances psycho-actives, l'augmentation des actes de violence en particulier les viols de femmes et d'enfants, les ravages du VIH et du SIDA.

Afin de mieux faire face aux problèmes de santé mentale, le Congo dispose depuis 2002 d'une stratégie nationale de santé mentale dont la mise en œuvre gagnerait à être renforcée.

### **2.2.8. Handicaps et réadaptation**

Une étude réalisée en 2002 à Brazzaville et à Pointe-Noire établit un pourcentage élevé de handicaps auprès des sujets âgés de 10 à 39 ans. Trois types de handicaps majeurs sont notés dans 80% des cas : surdité (37,3%), paralysies (32,8%) et cécité (27,9%).

## **2.3. Facteurs environnementaux et comportements sanitaires des ménages**

Il est reconnu que les principaux facteurs de la production de santé sont les comportements des individus, des ménages et des communautés, de même que leur accès aux services de base. En d'autres termes, la connaissance et les pratiques de santé au niveau des ménages sont des éléments dont l'influence est déterminante sur la production de santé.

### **2.3.1. Hygiène et assainissement**

#### **2.3.1.1. Accès à l'eau potable**

Les maladies diarrhéiques et parasitaires comme le choléra, la fièvre typhoïde, la shigellose, sont provoquées entre autres par l'utilisation d'eau non potable. Outre ces aspects sanitaires, l'accès à l'eau potable revêt une grande importance pour les

<sup>21</sup> OMS, *Stratégie régionale de la santé mentale*, 49ème réunion du Comité régional pour l'Afrique, Windhoek, septembre, 1999.

femmes et les enfants des zones rurales, ces derniers étant généralement commis aux tâches de transport de l'eau.

Selon l'EDS 2005, un ménage sur deux au Congo, utilise l'eau provenant d'un robinet, le robinet pouvant être situé hors de la parcelle (25%), à l'intérieur de la parcelle (22%) ou dans le logement (3%). La proportion des ménages ayant accès à l'eau potable est plus élevée en milieu urbain (87%). Seulement 8% des ménages ruraux ont accès à l'eau en provenance des robinets. A Brazzaville, l'existence de l'eau courante n'élimine pas les difficultés d'approvisionnement en eau. Le recours à l'eau de pluie, des rivières, des sources et des puits reste important<sup>22</sup>. Les difficultés d'accès à l'eau potable dans les quartiers de Brazzaville sont à deux niveaux :

- la faible couverture du réseau d'adduction d'eau dans les nouveaux quartiers ;
- les interruptions de la fourniture d'eau au robinet de façon récurrente dans les quartiers ayant un réseau.

Ceci oblige les ménages à des surcoûts domestiques. Par exemple, le bidon de vingt cinq litres d'eau est couramment acheté à 150 FCFA<sup>23</sup> l'unité. Lorsque l'on sait que la consommation journalière moyenne d'un individu à Brazzaville est d'environ 20 litres d'eau, cela revient à 110 litres d'eau pour un ménage de 5,52 personnes. D'un point de vue financier, il s'agit d'une dépense supplémentaire journalière d'environ 800 FCFA<sup>24</sup>, soit 24 000 FCFA<sup>25</sup> mensuellement, environ la moitié du SMIG.

De plus en plus le problème d'eau se pose avec acuité à Brazzaville et dans le reste du pays. La pratique de bains dans les ruisseaux et rivières qui arrosent les différentes localités reste monnaie courante.

Tableau n°4 : Modes d'approvisionnement en eau des ménages

LogementEau	Nb. cit. (rang 1)	Fréq.	Nb. cit. (rang 2)	Fréq.	Nb. cit. (somme)	Fréq.
Non réponse	8	0,9%	245	26,8%	8 (1,97)	0,9%
Eau courante	761	83,2%	21	2,3%	782 (1,03)	85,5%
Puits	41	4,5%	203	22,2%	244 (1,83)	26,7%
Rivière/Source aménagée	9	1,0%	83	9,1%	92 (1,90)	10,1%
Eau de pluie	7	0,8%	271	29,6%	278 (1,97)	30,4%
Eau livrée (camion citerne, voisins)	89	9,7%	84	9,2%	173 (1,49)	18,9%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>915</b>		<b>915</b>		<b>915</b>	

Le réseau d'adduction d'eau n'a pas suivi le développement spatial de la ville. Les quartiers situés à la périphérie (principalement habités par les couches pauvres) sont faiblement raccordés au réseau ce qui oblige bien souvent les ménages à recourir à

<sup>22</sup> C'est ce que confirme l'étude de Defoundoux (H), Samba (G), Lena (S), Bitemo (M).. Brazzaville, pauvreté et problèmes environnementaux, Paris, CICRED, 2006.

<sup>23</sup> En raison de 50 FCFA l'eau livrée et 100 FCFA le transport par « pousse-pousse » (chariot) utilisé par ailleurs dans l'évacuation des déchets ménagers.

<sup>24</sup> Soit 1,45 dollars (au taux de 550 FCFA).

<sup>25</sup> Soit 43,63 dollars (ibid.).

d'autres sources d'approvisionnement en eau. Le lien s'établit ici directement avec les maladies endémiques telles que la typhoïde, le choléra ou les autres maladies diarrhéiques. Dans les quartiers pourvus en eau, le réseau connaît des défaillances sérieuses du fait notamment de la vétusté et de l'inadéquation de la tuyauterie de plomb.

### 2.3.1.2. Assainissement

Les pouvoirs publics n'arrivent pas à prendre en charge de manière efficace l'assainissement des villes et villages, notamment dans son volet gestion des ordures et déchets ménagers. Dans les zones urbaines, la situation est plus catastrophique. En matière d'environnement immédiat des ménages, l'EDS 2005, notifie que 69% de la population disposent de latrines rudimentaires et 11%, de latrines améliorées.

En terme de pollution, dans les villes et principalement à Brazzaville (circonscription administrative la plus peuplée), 36,3%<sup>26</sup> des ménages jettent leurs ordures ménagères dans la nature, c'est-à-dire le long des cours d'eau et dans les caniveaux. La population brûle et/ou enfouit les ordures dans le sol à proximité de leurs habitations. Il est enfin à noter que certaines décharges sont créées pour servir de remblai à des zones marécageuses ou érodées qui seront transformées par la suite en terrain à bâtir (exemple : ravinements de Mfilou, de Talangai et de la Tsieme). Cette transformation hâtive laisse une grande marge d'incertitude quant à la stabilité des sols et au risque de glissements ou d'affaissement de terrain, sans parler des dangers potentiels sur le plan sanitaire (foyers d'endémies, émanations de gaz, etc.).

Des déchets de toutes sortes sont présents dans les décharges. Ils proviennent des ménages, des commerces, des artisans et des formations sanitaires. Ils sont composés de déchets organiques biodégradables, de déchets dangereux ou toxiques, de déchets non biodégradables et de déchets contaminants. Les décharges sont souvent une importante source de pollution des eaux de surface et des nappes souterraines par la percolation des liquides (lixiviats) issus de la décomposition des déchets.

A Brazzaville comme dans les autres agglomérations urbaines, les eaux usées collectées sont évacuées directement dans les cours d'eau sans traitement préalable. Les eaux usées des ménages sont rejetées essentiellement dans les cours des parcelles et sur les voies publiques. Les eaux usées produites par les principaux établissements hôteliers et hospitaliers sont rejetées sans traitement dans le milieu naturel. Les eaux usées, fortement chargées des matières en suspension, sont également rejetées sans traitement dans les cours d'eau.

## 2.3.2. Comportements en rapports avec la santé de l'enfant et de la mère

### 2.3.2.1. Santé de l'enfant

Par rapport à la santé de l'enfant, les comportements nutritionnels (allaitement maternel ou supplémentation vitaminique), la prise en charge à domicile des infections de l'enfant sont considérés comme essentiels pour la réduction de la morbidité et la mortalité infantile. Les connaissances et les comportements sanitaires des ménages congolais vis-à-vis de la diarrhée se sont améliorés de même en ce qui concerne la prévention du paludisme. Par contre, on note une régression en ce qui concerne l'allaitement exclusif prolongé.

<sup>26</sup> Defoundoux et al., *Brazzaville, pauvreté et problèmes environnementaux*, Paris, CICRED, 2006.

### 2.3.2.2. Allaitement maternel

La pratique de l'allaitement maternel est généralisée au Congo, 94% des enfants sont allaités<sup>27</sup>. Sa proportion est légèrement plus forte en milieu rural (96%) qu'en milieu urbain (92%). Cependant son exclusivité pendant les six premiers mois de la vie comme le recommande l'OMS est insuffisante. 81%<sup>28</sup> des mères ayant accouché ne suivent pas cette directive.

### 2.3.2.3. Traitement de la diarrhée à domicile

La déshydratation due à la diarrhée est une cause importante de mortalité chez les enfants. Le traitement à domicile de la diarrhée à l'aide des sels de réhydratation orale (SRO) ou de liquides recommandés préparés à domicile (thérapeutique de réhydratation par voie orale-TRO) permet de réduire le nombre de décès. Selon l'EDS 2005, au cours des périodes diarrhéiques, 56% des enfants, ont reçu des liquides supplémentaires sous forme de SRO, dont 53% en milieu urbain et 50% en milieu rural. 54% ont reçu une supplémentation sous forme de TRO.

L'utilisation de ces méthodes varie en fonction du niveau d'instruction de la mère, de la proximité d'un agent ou d'une structure de santé. On note que le différentiel pauvre/riche dans le cadre du traitement à domicile à l'aide des sels de réhydratation orale (SRO) ou de TRO, n'est pas significatif. La pratique est légèrement plus élevée chez les pauvres que chez les non pauvres. Les données parcellaires-communiquées par les structures de santé, montrent que le recours à ces modalités est en nette progression.

### 2.3.2.4. Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée

Il est reconnu que l'utilisation de moustiquaires, notamment les moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée constitue une mesure efficace de prévention du paludisme. Elle contribue à faire baisser le taux de morbidité et de mortalité du paludisme chez les enfants de moins de cinq (5) ans. L'utilisation de la moustiquaire est assez répandue. Selon l'EDS 2005, 76% de la population congolaise, utilisent les moustiquaires comme mesure de prévention du paludisme. Mais la proportion est moins élevée en milieu rural (68%). En effet, 72% des femmes en zone urbaine déclarent dormir sous une moustiquaire, contre 59% en zone rurale. 53% des femmes pauvres (quintile Je plus pauvre) déclarent dormir sous une moustiquaire, contre 73% des plus riches ; 76% des enfants en milieu urbain utilisent la moustiquaire contre 59% en zone rurale. La prévention du paludisme par l'utilisation des moustiquaires, surtout imprégnées est tributaire du niveau de bien être, de la localisation et du niveau d'instruction et d'information du ménage.

## 2.4. Organisation et fonctionnement du système de santé du Congo

### 2.4.1. Politique nationale de santé

#### 2.4.1.1. Vision

Au Congo la protection et la promotion de la santé constituent un droit fondamental de la personne humaine. La santé, composante indissociable et instrument du développement socioéconomique, représente un secteur d'investissement et doit de ce fait obéir aux règles d'utilisation rationnelles des

<sup>27</sup> CNSEE (2005), *Etudes démographiques et de santé*, p. 157 et suivantes.

<sup>28</sup> Op. cit.

ressources afin que le meilleur état de santé de la population soit le garant de la prospérité, du développement économique et social du pays.

#### 2.4.1.2. Fondements

La politique nationale de santé repose sur quatre fondements majeurs.

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

#### 2.4.1.3. Principales orientations stratégiques

La Politique nationale de santé repose sur les axes stratégiques ci-après : promotion et protection de la santé, garantie de l'accessibilité aux soins et services, intégration des activités, promotion du secteur privé, renforcement des capacités de gestion du système de santé, décentralisation du système de santé, rationalisation des activités et utilisation des ressources ainsi que la participation des collectivités et des individus.

#### 2.4.1.4. Buts et objectifs

La Politique nationale de santé vise l'amélioration de l'état de santé des populations afin de promouvoir leur participation au développement socioéconomique du pays. La concrétisation de ce but passe par la réalisation de trois objectifs généraux :

- promouvoir et protéger la santé des individus et des collectivités sur l'ensemble du territoire ;
- garantir l'accessibilité des populations aux services et aux soins de santé de bonne qualité ;
- renforcer les capacités nationales à la gestion du système de santé.

#### 2.4.1.5. Principes directeurs

La Politique nationale de santé édicte quatre principes directeurs qui doivent guider sa mise en œuvre :



- le ministère en charge de la santé assure la tutelle technique et administrative de la mise en œuvre de la politique nationale de santé sous le contrôle des pouvoirs exécutif et législatif;
- l'Etat doit restructurer l'organisation et le fonctionnement de l'administration pour la mobilisation et l'utilisation optimale des ressources en vue d'une meilleure gestion du système de santé ;
- l'Etat doit assurer, grâce à ses fonctions de régulation et d'arbitrage et en tant que garant de la santé des citoyens, les conditions d'une saine concurrence et d'un développement harmonieux du système national de santé ;
- L'Etat recherche un meilleur rapport coût – efficacité dans la gestion du système national de santé en fonction des ressources disponibles et des priorités identifiées.

## **2.4.2. Organisation et fonctionnement du système de santé**

Sur le plan conceptuel un système de santé est un ensemble de structures et de procédures mises en place dans un pays pour évaluer les risques sanitaires, contrôler les maladies, restaurer la santé, prévenir les maladies et promouvoir la santé. Elles comprennent des structures de soins, de gestion et de coordination de l'action sanitaire ainsi que des institutions d'aide à la prise de décision et des structures de production de ressource.

Perçu tel quel, aucun texte ne définit à ce jour, l'organisation et le fonctionnement du système national de santé. Toutefois, le secteur de la santé du Congo comprend deux composantes essentielles : le secteur public constitué des structures de gestion, de soins et d'appui sous tutelles soit du ministère en charge de la santé, soit des autres départements ministériels et le secteur privé composé des structures privées à but non lucratif (ONG, Associations, Confessions religieuses) et celles à but lucratif. Ce système s'articule autour de trois niveaux opérationnels hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau comprend une structure d'administration et de gestion.

### **2.4.2.1. Administration et gestion**

Le système de santé est administré par le Ministère en charge de la Santé, lequel est structuré en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique, conformément aux textes en vigueur<sup>29</sup>.

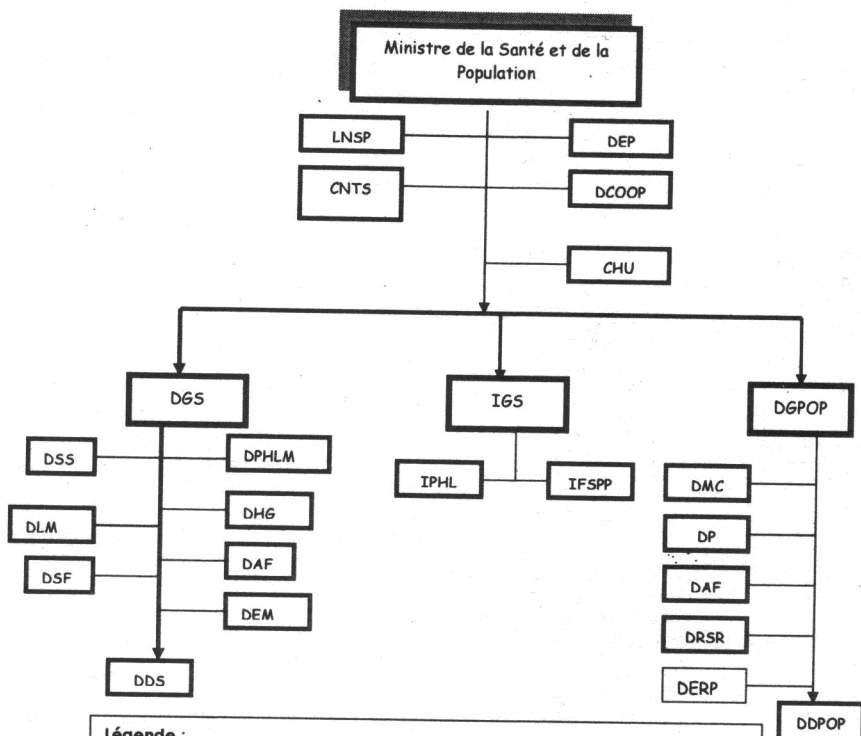
#### **2.4.2.1.1. Niveau central**

Le niveau central a un rôle stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources. Il comprend le Cabinet du ministre en charge de la santé, les directions rattachées (DEP, DIRCOOP), l'Inspection Générale de la Santé, la Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de la Population et les Directions des Organismes sous tutelle (CHU, LNSP, CNTS). Les directions et l'inspection générale sont composées de directions ou inspections divisionnaires.

<sup>29</sup> Decret n° 98 - 256 du 16 Juillet 1998. portant organisation de la direction générale de la santé.

Decret n°2003 - 167. du 8 Août 2003. portant organisation du Ministère de la santé et de la population.

L'organigramme ci-dessous illustre l'organisation précitée.



**Légende :**

- LNSP = Laboratoire national de santé publique
- CNTS = Centre national de transfusion sanguine
- COMEG = Congolaise des médicaments essentiels génériques
- DEP = Direction des études et de la planification
- DCOOP = Direction de la coopération
- CHU = Centre Hospitalier et Universitaire
- DGS = Direction Générale de la Santé
- DSS = Direction des Services Sanitaires
- DLM = Direction de la Lutte contre la Maladie
- DSF = Direction de la Santé de la Famille
- DPHLM = Direction des Pharmacies, Laboratoires et du Médicament
- DHG = Direction de l'Hygiène Générale
- DAF = Direction de l'Administration et des Finances
- DEM = Direction de l'Équipement et de la Maintenance
- DDS = Direction Départementale de la Santé
- IGS = Inspection Générale de la Santé
- IPHL = Inspection des Pharmacies et Laboratoires
- IFSP = Inspection des Formations Sanitaires Publiques et Privées
- DGPOP = Direction Générale de la Population
- DMC = Direction de Migration et des Catastrophes
- DP = Direction de la Prospective
- DAF = Direction de l'Administration et des Finances
- DRSR = Direction de la Recherche en Santé de la Reproduction
- DERP = Direction des Études, de la Recherche et de la Planification
- DDPOP = Direction Départementale de la Population

Le fonctionnement du ministère de la santé, dans le cadre de la structure organique ci-dessus décrite révèle de multiples faiblesses parmi lesquelles figurent :

- les chevauchements des attributions ; à titre d'exemple, le Décret 98-258 relatif à l'Inspection générale de la santé (IGS) stipule que l'IGS veille au bon fonctionnement du système de santé, alors que cette attribution est du ressort de la Direction générale de la santé, conformément aux dispositions du décret 98-256 du 16 Juillet 1998 ;
- les délégations de responsabilités peu pertinentes, telles que celles attribuant au Service de coordination de l'action Sanitaire, la mission de coordonner la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) ;
- les délégations de responsabilités peu efficaces, doublées de confusions de rôles : les organismes sous tutelle ne sont ni des projets, ni des programmes ; le niveau de leur coordination opérationnelle n'est pas clairement établi ;
- l'inexistence des liens fonctionnels entre le Centre national de transfusion sanguine, le Laboratoire national de santé publique avec les structures d'appui clinique au système de soins de santé et avec la Direction générale de la santé du fait de leur ancrage au Cabinet ;
- l'inexistence des liens fonctionnels entre la Direction générale de la santé et le CHU de Brazzaville, hôpital au demeurant général qui, à l'instar des autres hôpitaux généraux, devrait relever de l'autorité du Directeur général de la santé (décret n° 256/98 du 16 juillet 1998 portant organisation et fonctionnement de la Direction Générale de la Santé) ;
- l'existence au sein de la Direction générale de la santé, de programmes de lutte contre la maladie ne disposant pas de textes juridiques.

#### 2.4.2.1.2 Niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire joue un rôle d'appui technique aux Circonscriptions socio-sanitaires (CSS) dans la transmission des informations, l'adaptation spécifique des normes nationales aux conditions locales, leur application et la supervision des Equipes Cadres des CSS. Il comprend les directions départementales de la santé composées chacune des services suivants : actions sanitaires, études, planification et formation, administration, finances, personnel et matériel. Quoique existant dans les départements, les Secteurs opérationnels des grandes endémies (SOGE) et les services d'hygiène générale, ne figurent pas dans l'organigramme des directions départementales de la santé tel que défini par l'arrêté n°223 du 5 février 1997.

Dans le cas spécifique du département de la Cuvette, la localisation du secteur opérationnel n° 3 à Makoua, hors du chef lieu, ne facilite pas les prises de décision. A ce jour, deux des douze (12) départements de la santé sont animés par un médecin formé en santé publique, trois bénéficient de l'assistance technique et financière de l'Union européenne à travers le Projet d'appui au système de santé du Congo Brazzaville (PASCOP). Cet appui du PASCOP est organisé autour des médecins de santé publique à l'exception de la Cuvette. Les services attachés à ces directions départementales sont pour la plupart animés par du personnel auxiliaire généralement très peu formé en santé publique et/ou en administration sanitaire. Cette situation traduit la sous administration des directions départementales de la santé et limite souvent les capacités de leadership et d'appui technique aux Equipes cadres des circonscriptions socio-sanitaires.

En ce qui concerne la logistique, seules cinq (5) directions départementales sur douze (12) disposent des locaux appropriés. Les infrastructures sont vétustes, délabrées et manquent de mobilier, de matériel bureautique de base, de moyens nautiques et de

télécommunication. En dépit des contributions financières des CSS (Hôpitaux et CSI), la non standardisation de mécanismes de financement interne, le faible taux de décaissement des fonds alloués par l'Etat, la gestion irrationnelle des ressources financières disponibles limitent les capacités financières des DDS.

#### 2.4.2.1.3. Niveau périphérique et opérationnel

Le niveau périphérique est l'unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre du plan. Il est représenté par les Circonscriptions socio sanitaires (CSS) lesquelles sont subdivisées chacune en aires de santé. Selon les normes établies, chaque CSS doit couvrir entre 50 000 et 100 000 habitants en milieu rural, et 100 000 à 300 000 habitants en milieu urbain. Cependant, pour des raisons d'accessibilité géographique, quelques CSS du milieu rural pourraient compter moins de 50 000 habitants.

Une CSS est composée d'un réseau de formations sanitaires ambulatoires, tant publiques que privées (centre de santé, CSI, cabinets médicaux, centres médico-sociaux) soutenues par un hôpital de référence. La CSS est administrée par une Equipe cadre chargée de planifier, de mettre en œuvre les activités et de gérer ses ressources.

Du point de vue organisationnel, aucun texte ne fixe l'organisation structurelle des Equipes cadres des CSS, en dépit de la composition et des attributions définies par l'arrêté n° 223 du 5 février 1997 portant organisation et fonctionnement des directions régionales de la santé et des Circonscriptions socio sanitaires. De fait, les Equipes cadres de CSS ont chacune un bureau exécutif dont la composition n'est pas standardisée. Ce bureau est généralement constitué du médecin-chef de CSS et de quatre sections :

- action sanitaire ;
- relation avec les communautés ;
- système d'information sanitaire ;
- section administration et gestion.

L'Equipe cadre est assistée par un comité de gestion, organe de participation de la population. Des 27 CSS planifiées en 1992, seules 5 ont eu une équipe cadre fonctionnelle et 13 ont engagé le processus de rationalisation des centres de santé et des hôpitaux de référence de leurs CSS, fondé sur le recouvrement des coûts, l'utilisation des *Stratégies diagnostic et traitement*, l'intégration des soins et le développement du paquet standard d'activités sur une approche programmatique, la participation communautaire au management des CSI. A l'exception de quelques unes d'entre elles, la plupart des Equipes cadres de CSS sont dépourvues de locaux, de moyens de transport (véhicules tout terrain, motos, hors bords), du matériel de bureau et de didactique.

Le processus de rationalisation et de développement des CSS a connu un relâchement du fait du faible accompagnement technique par le niveau central et de l'inadéquation de l'allocation des ressources. Par ailleurs, il n'existe pas de mécanismes étatiques de financement des CSS. Celles-ci recourent à un financement assuré de façon interne par les contributions des centres de santé et des hôpitaux de base. Ce financement interne n'est pas codifié et des disparités sont constatées d'une CSS à une autre. Ces disparités concernent à la fois les montants, la périodicité de versement et les lignes budgétaires.

On observe en outre de très faibles taux de visites de supervision effectuées par le niveau central et les Equipes cadres des CSS. Ceci a pour conséquence la mauvaise utilisation des ordigrammes, des normes et procédures en consultations prénatales (CPN) et en consultation préscolaire ainsi que la non observance des principes de co-gestion entre les professionnels de la santé et les membres du comité de santé.

#### **2.4.2.2. Organisation opérationnelle**

Le système de dispensation de soins est constitué de trois types de structures opérationnelles<sup>30</sup>. Ce sont les formations sanitaires ambulatoires, les formations sanitaires d'hospitalisation et les formations sanitaires spécialisées. Deux secteurs assurent l'offre des soins : le secteur public et le secteur privé.

##### **2.4.2.2.1. Formations sanitaires ambulatoires.**

Le PNDS 1992-1996 prévoyait de développer un réseau de 199 centres de santé intégrés desservant chacun, une population allant de 2 500 habitants à 10 000 habitants en milieu rural et de 10 000 à 15 000 habitants en milieu urbain. A terme, l'ensemble du territoire national devrait compter 266 CSI. L'évaluation de la situation sanitaire nationale faite en 2002 a montré que, sur l'ensemble du territoire, seuls 60 CSI, soit 31% avaient été rationalisés et développaient un Paquet minimum d'activités (PMA) complet. Le système de soins est encore caractérisé par la présence de multiples postes et centres de santé non rationalisés. En 2005, entre 20 et 30% des formations sanitaires de premier contact étaient fermées pour de multiples raisons, notamment : le manque de personnels, de matériels techniques et le délabrement des infrastructures<sup>31</sup>.

Le plan actuel (2007-2011) prévoit développer 41 Circonscriptions socio-sanitaires<sup>32</sup>, pour une couverture de 351 centres de santé dont 227 devront être développés au cours des cinq (5) années à venir. En raison de l'enclavement de certains départements et de l'inaccessibilité de certaines formations sanitaires (HR), les plans de découpage en CSS de tous les départements ont été révisés. Les activités des centres de santé reposent sur l'application du paquet minimum d'activités, qui comprend :

- les soins curatifs, préventifs, promotionnels et ré-adaptatifs ;
- l'administration et la gestion des ressources ;
- la mise en œuvre des stratégies mobiles et avancées.

De façon générale, les centres de santé non rationalisés délivrent des paquets d'activités incomplets, généralement limités aux consultations curatives et prénatales<sup>33</sup>. En outre, faute de système performant d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques, toutes les formations sanitaires connaissent de fréquentes ruptures de stocks de médicaments qui empiètent considérablement sur la qualité des soins.

La nécessité d'appliquer correctement le PMA permet de solutionner, au niveau du CSI, environ 80 % de problèmes de santé d'une communauté, étant entendu que 10 à 15 % relèvent de l'hôpital de base et le reste, soit 5 à 10 %, des hôpitaux généraux.

Les centres de santé intégrés disposent, à la différence des centres de santé non rationalisés d'un minimum d'équipement standard comprenant un microscope, un appareil à tension un pèse-bébé...

Les enquêtes réalisées dans les formations sanitaires ambulatoires relèvent des faiblesses dans la mise en œuvre du PMA. Ces faiblesses sont beaucoup plus marquées dans les centres non rationalisés. Les faibles performances des CSI rationalisés dans la mise en œuvre du PMA s'expliquent dans une large mesure par l'absence des

<sup>30</sup> Decret n° 96 / 525 du 31 décembre 1996, portant définition, classification et mode de gestion des formations sanitaires publiques en République du Congo.

<sup>31</sup> Cf. Carte sanitaire.

<sup>32</sup> Note de service n°00215/MSP/CAB/DGS du 26 juin 2006.

<sup>33</sup> Evaluation de la situation sanitaire nationale. CTS / PNDS. 2002.

supervisions constatées au sortir de la période de conflits, par la destruction des plateaux techniques des centres et par le déplacement des nombreux agents formés à l'application des instructions.

#### 2.4.2.2.2. Utilisation des services

Selon l'EDSC-1, l'utilisation des services de santé est moyenne. Cette situation est fortement influencée par le statut socioéconomique des ménages et par l'image des structures de santé telle que perçue par les ménages. Selon l'étude « Brazzaville, pauvreté et problème environnementaux », la faiblesse du pouvoir d'achat explique le recours à l'automédication en première intention (46%) des chefs de ménage, la structure de santé intervenant en seconde intention (26,7%).

#### 2.4.2.2.3. Utilisation des CSI

L'utilisation des CSI a été appréciée à travers les résultats de la consultation curative, du suivi prénatal, du suivi de la croissance et du programme élargi de vaccination de routine, notamment en ce qui concerne le BCG, le DTC3-P3, le VAR, le VAT 2. Il ressort des enquêtes réalisées dans les CSI rationalisés que :

- le taux moyen d'utilisation de la consultation curative est de 0,3 nouveaux cas par habitant et par an en milieu urbain et 0,18 nouveaux cas en milieu rural ;
- le taux d'utilisation de la consultation prénatale, se situe autour 54,3% ;
- le taux de couverture de la consultation des enfants de moins de 5 ans est égal à 52,5% en milieu rural et 35% en milieu urbain ;
- les taux de couverture vaccinale réalisés par les CSI pour les antigènes de référence sont respectivement de 65,4 % pour le DTC3P3, et 66,5 % pour le VAT2 en 2005.

Dans l'ensemble, l'utilisation des CSI reste faible du fait des ruptures fréquentes des stocks de médicaments essentiels génériques, de la sous-information des communautés sur les actions de santé et des faiblesses observées dans la supervision et le monitoring des activités.

#### 2.4.2.2.4. Formations sanitaires d'hospitalisation

Les formations sanitaires d'hospitalisation comptent 6 hôpitaux généraux à savoir : le Centre hospitalier universitaire de Brazzaville (CHUB), l'Hôpital Adolphe Sicé de Pointe-Noire, l'Hôpital 31 juillet d'Owando, l'Hôpital Central des Armées, l'Hôpital général de Dolisie et l'Hôpital général de Loandjili, 16 hôpitaux de base et 12 cliniques. Leur capacité globale est d'environ 3000 lits, tous secteurs confondus, soit un ratio de 1 lit d'hospitalisation pour 1000 habitants, indice conforme à la norme préconisée par l'OMS. Les profils des formations sanitaires d'hospitalisation diffèrent selon la typologie et l'environnement de leur implantation.

#### 2.4.2.2.5. Hôpitaux de base.

En 1992, le Plan prévoyait de développer 27 hôpitaux de base (Hôpital de référence des CSS) dont les activités devraient être structurées autour de la rationalisation de quatre services d'hospitalisation : chirurgie, maternité, pédiatrie et médecine. Mais les niveaux de fonctionnement variaient d'un hôpital à un autre et la rationalisation n'était pas effective.

A ce jour, 24 Hôpitaux de Base sont fonctionnels avec une capacité d'accueil globale d'environ 1945 lits. La plupart des hôpitaux sont confrontés à des pénuries de médicaments, à un sous équipement, à un manque de source d'énergie et d'approvisionnement en eau ainsi qu'à l'absence de directives techniques pour la prise en charge des malades.

Les résultats de la collecte des données sur les équipements biomédicaux, effectuée dans 14 hôpitaux de référence (9 ruraux, 5 urbains) indiquent que seuls 6 d'entre eux (4 urbains et 2 ruraux) disposent d'un équipement d'imagerie médicale fonctionnelle; 4 n'ont pas d'équipements de stérilisation et 2 ne disposent d'aucune boîte abdominale complète pour les actes de chirurgie courante. De façon générale, les hôpitaux de base sont dans un état de dénuement tel que toute perspective d'offre de services de bonne qualité est conditionnée par une remise à niveau de leurs plateaux techniques et de leurs infrastructures.

Les taux moyens d'occupation des lits sont de 77,2% en milieu urbain et de 48,5% en milieu rural ; la durée moyenne de séjour varie de 5,2 jours en milieu urbain à 3,8 jours en milieu rural.

La continuité de la prise en charge des patients entre les niveaux de soins est appréciée à partir des résultats de la référence et contre référence. Dans l'ensemble, les hôpitaux de base ont un faible taux de réalisation de la référence en raison de leur non rationalisation. Trois hôpitaux de base seulement (hôpitaux des CSS de Dolisie, Kinkala et Makélékélé) avaient amorcé le processus de rationalisation avant 1997. Les problèmes identifiés en la matière étaient liés, d'une part aux ressources financières du patient, et de l'autre à la perception de l'hôpital par ce dernier. De manière générale, le fonctionnement des hôpitaux de base est marqué par les contraintes suivantes :

- insuffisance et obsolescence des équipements médico-techniques ;
- vétusté des infrastructures ;
- insuffisance qualitative et quantitative du personnel ;
- insuffisance d'intégration dans le système de santé de district.

#### 2.4.2.2.6. Hôpitaux généraux

L'hôpital général est une formation sanitaire qui dispose de plusieurs services et unités cliniques spécialisés et d'un plateau technique permettant de réaliser une activité médicale continue et complémentaire à celle dévolue aux hôpitaux de base. Il représente le deuxième niveau de référence du système de soins. La situation actuelle des 6 hôpitaux généraux se présente ainsi qu'il suit :

- Si à l'ouverture, grâce à l'appui de la coopération chinoise, l'Hôpital Général 31 Juillet d'Owando disposait de la quasi-totalité des services cliniques et de spécialité avec une capacité d'accueil de 250 lits, cet établissement hospitalier ne présente plus les caractéristiques d'un établissement de cette catégorie par manque d'équipement technique approprié et de personnel adéquat. Il n'offre plus par conséquent les prestations de spécialités normalement attendues ;
- Au-delà de ces spécificités, les hôpitaux généraux sont également marqués par l'obsolescence des équipements, l'insuffisance de personnel qualifié, les pénuries de médicaments et les dispositifs médicaux. En outre la maintenance des équipements disponibles est quasi inexistante ;
- Le niveau du plateau technique qu'offrent les hôpitaux généraux a été, entre autre, apprécié sur la base de la disponibilité et de la fonctionnalité des équipements essentiels de diagnostic et de traitement des cas. Ce sont le scanner, l'électroencéphalogramme, la bombe à cobalt, le microtome, le

- mammographe, l'analyseur de gaz de sang, l'analyseur multiparamétrique de biochimie, l'endoscope pneumologique, l'endoscope urologique et l'équipement d'hémodialyse. Il ressort de cette appréciation que des six hôpitaux généraux, seul le CHU de Brazzaville dispose de 7 équipements fonctionnels sur 10 ;
- L'hôpital Adolphe Sicé ne dispose que de deux (2) équipements fonctionnels (électroencéphalogramme et endoscope pneumologique) et l'hôpital central des armées d'un scanner. Aucun des équipements ciblés n'existe dans les autres hôpitaux ;
- L'insuffisance quantitative et qualitative du personnel médical est une caractéristique majeure des hôpitaux généraux. A titre indicatif, l'hôpital A. Sicé de Pointe-Noire compte 560 agents dont 12 spécialistes soit 2,14%, 28 agents administratifs soit 5%. Le personnel médical pour l'ensemble des agents ne représente que 7,7%.
- A l'exception du CHU de Brazzaville, les services fournis par les hôpitaux généraux ne diffèrent pratiquement pas de ceux offerts par les hôpitaux de base.

#### 2.4.2.2.7. Hôpital Général de Loandjili :

Créé par la loi n° 7 - 2007 du 14 juin 2007, l'hôpital de Loandjili est un hôpital général qui a une capacité de 203 lits répartis entre 5 secteurs principaux : Pédiatrie et néonatalogie, chirurgie générale, médecine et réanimation, gynéco-obstétrique et SPE. On compte 817 agents...

#### 2.4.2.2.8. Hôpital général Adolphe Sicé

L'hôpital général Adolphe Sicé a une capacité de 400 lits répartis entre 7 services spécialisés : gastro-entérologie, gynécologie obstétrique, pédiatrie, néonatalogie, maladies infectieuses, hématologie et chirurgie. En 2005, cet établissement a accueilli plus de 30 000 malades en hospitalisation, avec un taux d'occupation des lits égal à 68% et une durée moyenne de 5 jours.

Parmi les facteurs qui entravent le fonctionnement de l'hôpital figurent : la multiplicité des circuits d'admission des patients, le volume important de consultations primaires, le déficit du plateau technique et la faible motivation du personnel. Son jumelage avec l'hôpital du Havre, en France, a permis la réalisation des missions d'échange d'expériences, la formation des techniciens en maintenance biomédicale et le renforcement partiel de son plateau technique.

#### 2.4.2.2.9. Hôpital général de Dolisie

Conçu pour une capacité de 200 lits, cette structure est un hôpital interdépartemental pour les départements du Niari, de la Bouenza et de la Lékoumou. A son inauguration en 1989, il comportait les spécialités cliniques ci-après : médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique, pédiatrie, néonatalogie, ophtalmologie, ORL, et stomatologie. En raison des dommages subits pendant la guerre, le fonctionnement actuel de l'hôpital général de Dolisie est réduit aux consultations externes de médecine générale et aux accouchements eutociques. Actuellement cet hôpital est en cours de réhabilitation.

#### 2.4.2.2.10. Hôpital général 31 juillet 1968

Avec une capacité de 100 lits d'hospitalisation, et au-delà de sa vocation interdépartementale initiale, l'hôpital général 31 juillet d'Owando fonctionne comme un hôpital de base, et ne dispose d'aucun service de spécialité.



#### 2.4.2.2.11. Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

##### Statut et missions

Le CHUB est un établissement public à caractère administratif et social doté d'une personnalité morale et ayant une autonomie de gestion. Le CHUB est un hôpital de référence de troisième niveau, qui a pour vocation d'être un centre d'excellence en matière de soins, de formation et de recherche médicale. Il est chargé d'assurer les soins de qualité aux patients, de contribuer à la formation initiale et à la formation permanente du personnel médical et paramédical et de promouvoir la recherche biomédicale.

##### Organisation et fonctionnement

Le CHUB est administré par un Comité de direction et dirigé par un directeur général. Il dispose de trois organes consultatifs : le Conseil d'établissement, la Commission médico-technique et la Commission paritaire d'avancement.

##### Capacité hospitalière et Plateau technique

En 2006, le CHUB avait une capacité d'hébergement de 761 lits, répartis entre quatre principaux secteurs d'activités :

- Médecine et spécialités médicales : 333 lits soit 43,73%
- Chirurgie et spécialités chirurgicales : 173 lits soit 22,73%
- Pédiatries : 168 lits soit 22,07%
- Gynécologie obstétrique : 87 lits soit 11,43%

Ces lits sont répartis dans 265 salles d'hospitalisation, dont 48 chambres individuelles soit 18,3 %. Les chambres collectives représentent 81,7%.

Au cours de ces dernières années, d'importants efforts ont été consentis pour l'acquisition de nouveaux équipements et la remise en état du plateau technique du CHUB. En dépit de ces efforts, le CHUB demeure confronté à d'importants problèmes de maintenance des équipements biomédicaux. Les taux de disponibilité observés en octobre 2004, variaient de 47,1% à 100%. La moyenne est estimée à 69,4%. Les unités médico-techniques qui regroupent les différents laboratoires de l'établissement présentaient les taux de disponibilité les plus bas, avec une moyenne de 56,1%. Il convient de noter que certaines unités cliniques ne sont plus fonctionnelles ou sont devenues très limitées dans leurs capacités opérationnelles en raison de l'indisponibilité des équipements techniques, cas de l'hémodialyse, des urgences et des services de réanimation.

##### Ressources humaines

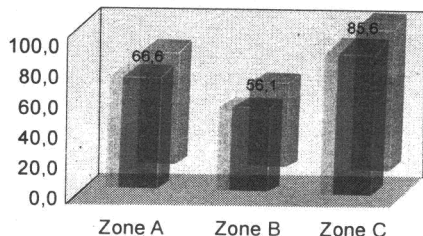
Au 31 décembre 2006, le CHUB comptait un effectif total de 1787 agents répartis comme suit : 46,5% de personnel paramédical, 37,6% de personnel administratif et 8,4% de personnel médical.

Sur le plan du statut professionnel, le CHUB emploie deux catégories de personnel : les contractuels (1111) et les fonctionnaires (676). Les contractuels sont recrutés par le CHUB qui assure leurs charges salariales. Ils représentaient 62,1% des effectifs en 2006. Les fonctionnaires affectés au CHUB représentent 37,8% de ces effectifs au cours de la même année. Tous les fonctionnaires affectés au CHU par détachement perçoivent un seul et unique salaire versé par le CHU. Le graphique ci-contre illustre la répartition de ces effectifs par catégories professionnelles.

Cette structure du personnel a des implications importantes sur les coûts de fonctionnement du CHUB d'autant plus que les ratio lits/personnels indiquent des surnombres pour certaines catégories professionnelles : 1 sage femme pour 1,5 lit ; 1 IDE pour 3 lits ; 1 Agent technique de Santé pour 3 lits. Par ailleurs, le personnel médical

dans son ensemble ne représente que 8,9% des effectifs. Certains services en dépit de leur importance ne disposent que d'un seul spécialiste, cet état de fait handicape sérieusement le CHUB dans sa vocation d'enseignement, de recherche et d'établissement de référence tertiaire.

**Graphique n° 3 : Taux de disponibilités moyens par zone, octobre 2004**

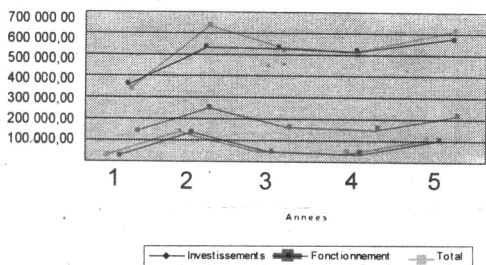


Ressources financières

Les ressources financières effectivement consommées par le CHUB sont passées de 3 495 464 044 francs CFA en 1999 à 6 049 144 847 francs CFA en 2003, soit un taux de croissance égal à 173,1%. Cette croissance concerne essentiellement le fonctionnement dont les taux de réalisation sont passés de 42% en 1999 à 95% en 2003. Toutefois, des efforts d'investissements non négligeables ont été consentis pour

l'acquisition de divers équipements et la réhabilitation des infrastructures au cours de cette période.

**Evolution du budgets du CHUB de 1999 à 2003**



Les réalisations budgétaires des années 2002 et 2003 indiquent que l'Etat demeure le principal pourvoyeur des ressources de fonctionnement et d'investissement du CHUB. Ses apports étaient respectivement de 92,7% en 2002 et 81,7% en 2003. On observe

également que les ressources propres du CHU sont passées de 7,3% en 2002, à 18,3% en 2003.

Prestations sanitaires

En 2006, le taux moyen d'occupation des lits était de 60 % avec une durée moyenne de séjour de 6 jours. 26 374 admissions étaient enregistrées, avec un taux de mortalité hospitalière globale de 10%. Les données disponibles ne renseignent pas sur la qualité et la nature des prestations rendues par le CHUB. Toutefois, les faibles taux de disponibilité des équipements techniques observés, montrent les limites réelles des performances attendues du CHUB.

#### 2.4.2.2.12. Etablissements administratifs publics

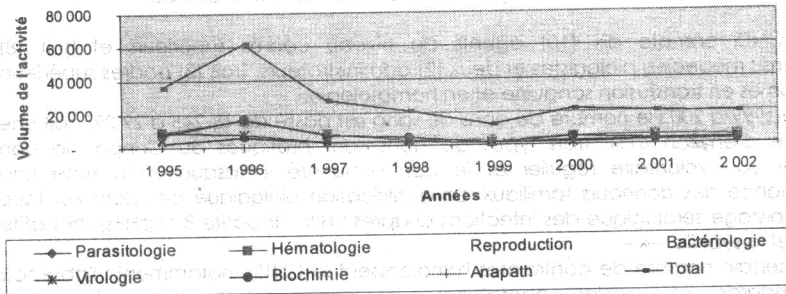
Les établissements administratifs publics comprennent : le Laboratoire national de santé publique (LNSP), le Centre national de transfusion sanguine (CNTS), la Congolaise des médicaments essentiels génériques (COMEG), et les centres de traitement ambulatoire spécialisés (2 centres de traitement ambulatoire du SIDA, 2 centres antituberculeux et 2 centres de traitement des lépreux).

#### 2.4.2.2.13. Laboratoire national de santé publique

Selon les termes du décret N° 69/290 du 21 juillet 1969, le Laboratoire national de santé publique (LNSP) est un établissement public, doté d'une autonomie de gestion et dont les missions essentielles sont : la recherche, les examens de laboratoire, les vaccinations, l'appui et le contrôle de qualité du réseau national des Laboratoires périphériques. Le LNSP est structuré en six départements : virologie, bactériologie, reproduction, parasitologie, hématologie et biochimie.

Au cours des dix dernières années, la situation du LNSP n'a pas cessé de se dégrader. Le volume global des analyses réalisées au LNSP de 1996 à 2002 a régressé de plus de 46,4 %, avec en corollaire la chute des recettes qui sont passées de 175 944 920 CFA en 1996 à 85 633 165 CFA en 2002, soit une chute de 51,3 % au cours de cette période. Le graphique ci-dessous illustre cette situation.

Graphique n° 11 : Evolution de l'activité du LNSP de 1995 à 2002



De nombreux facteurs expliquent cette dégradation. Il s'agit notamment de :

- la faiblesse du plateau technique : le renouvellement amorcé en 1996 a été stoppé en 1997. A ce jour, environ 60% des équipements du LNSP sont hors d'usage ;
- la mauvaise répartition des ressources humaines. Le LNSP compte actuellement 85 agents dont 43 administratifs soit 50,6% et 42 professionnels techniques soit 49,4%, dont 9 personnels cadres. Cette structure du personnel témoigne de la piètre du personnel administratif et de l'insuffisance du personnel technique ;
- l'approvisionnement inadéquat en réactifs et dispositifs médicaux. La part du budget du LNSP consacrée au renouvellement des réactifs et dispositifs médicaux ne dépasse guère 9%, alors que la norme indicative est de 30%, pour garantir la viabilité d'un laboratoire.

#### 2.4.2.2.14. Centre national de transfusion sanguine (CNTS)

Selon les termes du décret 94-613 du 26 octobre 1994 portant son organisation, sa création et son fonctionnement, le CNTS est un établissement public à caractère administratif et scientifique doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est chargé notamment d'élaborer la politique nationale de transfusion sanguine, de promouvoir le don du sang, de promouvoir la recherche opérationnelle et d'assurer la coordination nationale des activités de transfusion sanguine.

Le CNTS dispose à ce jour d'un réseau de services constitué par : le Centre départemental de transfusion sanguine de Brazzaville, et le Centre inter-départemental de transfusion sanguine de Pointe-Noire. Celui d'Owando n'est pas encore fonctionnel. Par ailleurs, des postes de transfusion sanguine et de dépôts de sang sont implantés dans les hôpitaux ci-après : Talangai, Makélékélé, A. Sicé, Tié-Tié, Nkayi, Dolisie, Sibiti, Abala, Gamboma, Owando, Ouessou, Impfondo et CHUB.

Le personnel du centre national de transfusion sanguine est actuellement composé de 106 agents toutes catégories confondues dont 70% exercent à Brazzaville et à Pointe Noire. Cet effectif compte :

- 54 contractuels ;
- 36 fonctionnaires détachés ; ces derniers émargent au budget de l'Etat et bénéficient d'un complément de salaire versé par le CNTS ;
- 10 temporaires ;
- 6 agents de l'Etat associés exerçant dans les hôpitaux de référence.

Le CNTS compte dix (10) agents de niveau cadres supérieurs et huit (8) techniciens : médecins, biologistes et deux (2) administrateurs. Trois (3) cadres supérieurs sont diplômés en transfusion sanguine et en hématologie.

De 1999 à 2003 le nombre de dons de sang est passé de 18 245 à 29 297 soit une croissance d'environ 61%. Trois types de dons sont pratiqués au Congo : le don familial, le don volontaire régulier et le don rémunéré « masqué ». On note une prédominance des donneurs familiaux. La qualification biologique des dons est faite par le dépistage sérologique des infections ci-après : HIV, Hépatite B (AgHBs), hépatite C (HCV) et la syphilis.

Un certain nombre de contraintes handicapent le CNTS ; notamment : l'absence des standards et modes opératoires, la non maîtrise des mécanismes d'approvisionnement en dispositifs médicaux et autres matériels.

#### 2.4.2.2.15. Services de santé des Forces armées congolaises (FAC)

Les formations sanitaires des Forces armées congolaises comprennent : 1 Hôpital général (Hôpital central des armées Pierre MOBENGO de Brazzaville), deux hôpitaux départementaux Pointe-Noire et Dolisie, une clinique chirurgicale à Pointe-Noire (Clinique océan) et 10 infirmeries, avec une capacité globale de 540 lits dont 300 pour l'Hôpital central des armées. Toutes ces formations sanitaires reçoivent également des malades civils sans distinction. Elles sont approvisionnées par une pharmacie centrale basée à Brazzaville.

En 2003, le service de santé des armées a signé un protocole d'accord de partenariat avec le MSP sur l'utilisation du personnel cadre de l'Armée. La faible mobilisation des fonds alloués dans le cadre du budget d'investissement ou de fonctionnement a limité l'exécution optimale des missions assignées. En 2005, l'effectif comptait 879 agents dont 537 militaires (61%) et 341 civils (39%).

#### 2.4.2.2.16. Centres de traitement ambulatoire

Deux centres de traitement ambulatoire sont implantés à Brazzaville et à Pointe-Noire. Ils sont le produit de la coopération du Congo avec la Croix rouge française. Ils assurent la prise en charge psychosociale et médicale des malades du SIDA et des personnes vivant avec le VIH.

#### 2.4.2.2.17. Programmes et projets spécifiques

Les programmes spécifiques concernent divers domaines de santé prioritaires. A ce jour, le ministère a mis en place des programmes et projets spécifiques<sup>34</sup>. Tous ces programmes et projets sont fondés soit sur des politiques, soit sur des stratégies nationales. Pour la plupart, ils sont organisés et fonctionnent sur un mode vertical. Les niveaux d'organisation et de fonctionnement, y compris les mécanismes de suivi et évaluation, sont très variables d'un programme à un autre en fonction du soutien obtenu de la coopération multilatérale. Toutefois, on observe une intégration progressive de leurs activités au niveau opérationnel.

De façon générale, la mise en œuvre de leurs activités est fortement tributaire des financements extérieurs. Ainsi, certains programmes connaissent des périodes de fort ralentissement voire d'interruption de leurs activités faute de ressources extérieures. C'est le cas des programmes de lutte contre la trypanosomiase, la schistosomiase et les maladies diarrhéiques.

#### 2.4.2.2.18. Secteur privé

Le secteur privé de soins est régi par le décret n°88/430 du 6 juin 1988 fixant les conditions d'exercice libéral de la Médecine et des professions, paramédicales et pharmaceutiques en République Populaire du Congo. Il se subdivise en deux sous secteurs : le privé à but lucratif et le privé à but non lucratif représenté par les structures des confessions religieuses, des ONG et des associations. Le réseau privé de soins est en pleine expansion et comprend des structures de médecine moderne et des structures de médecine traditionnelle.

Les structures de médecine moderne sont composées des formations sanitaires ambulatoires et d'hospitalisation (les cabinets médicaux, les cabinets de spécialités, les cabinets de soins infirmiers, les centres médico-sociaux, les cliniques) et les structures pharmaceutiques (les dépôts pharmaceutiques ; les grossistes répartiteurs et des officines pharmaceutiques). Il existe également des laboratoires d'analyse biomédicale. Le tableau n° 5 ci-dessous présente la répartition des structures privées par type et par milieu d'implantation.

---

<sup>34</sup> Programme Elargi de Vaccination

Programme National de Lutte contre la tuberculose

Programme National de Lutte contre le paludisme

Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA

Programme National de Lutte contre l'onchocercose

Programme National de Lutte contre la lèpre et Ulcère de Buruli

Programme National de Lutte contre la trypanosomiase

Programme National de Lutte contre la schistosomiase

Programme National de Lutte contre les maladies diarrhéiques

Projet Prévention Transmission Mère – Enfant (PTME)

Projet Initiative Congolaise d'Accès aux Anti Rétro Virus

Projet d'Appui au Système de Santé du Congo Brazzaville

Tableau n° 5 : répartition des structures privées par type et par milieu d'implantation

Type de structure	Milieu d'implantation			Total
	Urbain	Semi urbain	Rural	
Polyclinique	3	0	0	3
Clinique	33	2	1	36
Cabinet médical	143	5	1	149
Cabinet de soins infirmier	221	33	47	301
CMS	43	5	14	62
Officine	183	8	1	192
Dépôt pharmaceutique	22	105	28	155
Laboratoire biomédical	17	3	0	20
Centre Kinésithérapie	3	1	0	4
Centre de radiologie	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>669</b>	<b>162</b>	<b>92</b>	<b>923</b>

Source : carte sanitaire 2005

#### 2.4.2.2.19. Structures de médecine traditionnelle

Elles comprennent des unités de soins implantées dans certaines formations sanitaires, des centres thérapeutiques animés, soit par des ordres confessionnels, soit par des tradipraticiens regroupés en association ou agissant seuls. La stratégie de promotion de la médecine traditionnelle, mise en œuvre à compter de l'année 1986, repose sur le recensement des plantes médicinales, l'identification des tradipraticiens, la production et l'homologation des remèdes traditionnels. Les faiblesses majeures résidant dans la non publication du projet de loi cadre sur la médecine traditionnelle, la faible organisation des tradipraticiens et la modicité des ressources allouées à la constitution de l'herbier et du droguier national.

Les faiblesses du secteur public et la présence de nombreux diplômés sans emploi, ont contribué à l'émergence d'un secteur privé qui toutefois, s'est implanté sans respecter la réglementation en vigueur, notamment dans les quartiers péri-urbains. La contribution du secteur privé au financement de la santé n'est pas documentée.

### 2.3.3. Ressources pour la santé

#### 2.3.3.1. Ressources humaines

De 2002 à 2006, les effectifs du personnel, toutes catégories confondues, sont passés de 5 130 à 10 376 agents, soit une augmentation de 49,44% en quatre ans comme l'indiquent les tableaux ci-dessous. Cette évolution consécutive aux récents recrutements opérés dans la fonction publique ne couvre pas tous les besoins. Suite à la révision à la baisse des traitements du personnel soignant, de nombreux qualifiés du secteur santé n'ont pas accepté d'intégrer la fonction publique.

Tableau n°6 : Répartition du personnel du secteur public par sexe, par spécialité et catégorie professionnelle

Spécialité et catégorie professionnelle		Masculin	Féminin	Total	%
Personnel médico - sanitaire	Catégorie I, échelle 1 et 2	1.485	787	2.272	21,90
	Catégorie II, échelle 1, 2 et 3	1.605	4.417	6.022	58,04
	Catégorie III, échelle 1	133	443	576	5,55
<b>S/TOTAL</b>					<b>85,49</b>
Personnel administratif	Catégorie I, échelle 1 et 2	128	49	177	1,71
	Catégorie II, échelle 1, 2 et 3	344	515	859	8,28
	<b>S/TOTAL</b>				<b>9,99</b>
Personnel de catégorie biomédicale	Catégorie I	6	0	6	0,06
	Catégorie II	6	3	9	0,09
	<b>S/TOTAL</b>				<b>0,14</b>
Autres personnel d'appui (chauffeur, cuisinier etc)		300	155	455	4,39
	<b>S/TOTAL</b>				<b>4,39</b>
<b>TOTAL général</b>		<b>4.007</b>	<b>6.369</b>	<b>10.376</b>	<b>100</b>

Source : Rapport d'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé avril 2007

Il ressort du tableau ci-dessus que la répartition du personnel public, par spécialité et par catégorie professionnelle indique que le personnel médico sanitaire compte 8.870 agents soit 85,49%.

Tableau n°7 : Répartition du personnel de santé du secteur privé par département et par sexe

Département	Masculin	Féminin	Total	%
Kouilou + Pointe - Noire	514	311	825	29,0
Niari	70	32	102	3,6
Lékoumou	39	15	54	1,9
Bouenza	123	47	170	6,0
Pool	31	21	52	1,8
Plateaux	27	2	29	1,0
Cuvette	45	24	69	2,4
Cuvette - Ouest	29	10	39	1,4
Sangha	22	7	29	1,0
Likouala	14	5	19	0,7
Brazzaville	852	609	1464	51,2
<b>Total</b>	<b>1.766</b>	<b>1083</b>	<b>2.849</b>	<b>100,0</b>

Source : Rapport d'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé avril 2007

Tableau n°6 Répartition des effectifs du personnel de santé par catégorie en 2006

Personnel soignant	Effectif	%
Médecins	737*	7,8
Assistants sanitaires	965	10,2
Sages femmes	958	10,1
Infirmiers Diplômés d'Etat	1 185	12,5
Techniciens supérieurs en santé publique	22	0,2
Agents Techniques de Santé	2 006	21,1
Aides soignants	418	4,4

		<b>Professeurs de Lycée</b>	18	0,2
		Pharmaciens	36	0,4
		Ingénieurs sanitaires	2	0,0
		Techniciens Qualifiés de Laboratoire	159	1,7
		Techniciens Auxiliaires Laboratoire	470	5,0
		Psychologues	8	0,1
		Techniciens de radiologie	1	0,0
		Garçons et filles de salle	237	2,5
		Monitrices sociales	994	10,5
		<b>Sous total 1</b>	<b>8 216</b>	<b>86,6</b>
		<b>Personnel administratif</b>		0,0
		Administrateur de santé	84	0,9
		<b>Attaché des SAF</b>	68	0,7
		Administrateur s de SAF	16	0,2
		Secrétaires d'administration socio sanitaire	700	7,4
		Secrétaires comptables	223	2,3
		Agents techniques principaux	111	1,2
		Commis	21	0,2
		<b>Sous total 2</b>	<b>1 223</b>	<b>12,9</b>
		<b>Personnel de service</b>		0,0
		Agents subalternes de bureau	10	0,1
		Chauffeurs	23	0,2
		Autres	19	0,2
		<b>Sous total 3</b>	<b>52</b>	<b>0,5</b>
		<b>Total</b>	<b>9 491</b>	<b>100,0</b>

Source : Rapport DAF-DGS 2006

(\*) Toutes qualifications confondues

Il ressort du tableau ci-dessus ce qui suit : 8 216 personnels soignants (86,6%), 1 223 personnels administratifs (12,9%). Malgré l'effectif important du personnel soignant, il existe des disparités entre les zones urbaines et les zones rurales. Par contre, le personnel de service ne représente que 0,6%, ce qui explique l'insuffisance de salubrité notamment dans les structures sanitaires.

### 2.4.3.2. Médicaments

#### 2.4.3.2.1. Approvisionnement

En raison de la très faible production locale, limitée à la production des fluides et gaz médicaux, l'approvisionnement du Congo en médicaments est essentiellement basé sur l'importation. Deux réseaux d'importation de médicaments desservent le marché, le réseau public et le réseau privé. Le réseau privé est le plus important, il est contrôlé par 6 importateurs : LABOREX, SEP, COOPHARCO, SAIPHARMA, BETA PHARMA, ZENUPHA. Il comprend en outre des structures d'approvisionnement appartenant à des ONG et ordres confessionnels (CARITAS, CROIX ROUGE et ARMEE DU SALUT).

Le réseau public est constitué par la COMEG qui est un établissement public doté d'une autonomie de gestion. Il s'agit d'une centrale d'approvisionnement mise en place en partenariat avec l'Union européenne et les autres institutions de coopération, dans le cadre du PASCOB.



Les volumes des importations de médicaments ne sont pas clairement maîtrisés. Toutefois, le montant des achats de médicaments représentaient environ 18 milliards de francs CFA en 2005, Prix grossiste hors taxes (PGHT), auquel il faut ajouter les importations des sociétés pétrolières (AGIP et Total Fina) qui sont estimées à 2 milliards et les apports du marché informel qui avoisinent le montant de 1 milliard, soit un montant global annuel de l'ordre de 21 milliards de francs CFA.

Les dons contribuent également à l'approvisionnement en médicaments. En dépit de sa souscription à la résolution relative aux dons de médicaments, le Congo ne dispose pas de directives officielles.

#### 2.4.3.2.2. Sélection des médicaments

Le Congo dispose d'une liste nationale de médicaments essentiels dont la première date de 1980. La liste actuelle est le résultat de la révision de l'édition faite et adoptée en 2006. L'entrée des médicaments au Congo est conditionnée par l'obtention de divers visas : un visa de commercialisation ou Autorisation de mise sur le marché (AMM), un visa de Renouvellement du visa de commercialisation (RAMM) et un visa d'Extension du visa de commercialisation (EAMM). Pour les médicaments chimiques, la situation est satisfaisante par contre les produits sanguins labiles fabriqués par le CNTS, les gaz médicaux de la Société des gaz industriels, les vaccins utilisés dans le cadre du PEV, ne sont soumis à aucune procédure d'homologation. Pour ce dernier cas, on devrait utiliser le système de certification de l'OMS. Le cadre juridique actuel ne prévoyant pas le recours à une commission, la fonction d'homologation est exercée par la direction des pharmacies.

Le nombre de produits pharmaceutiques en circulation au Congo est considérable (environ 3 000 produits). Dans le contexte actuel, il est impossible de donner une indication chiffrée exacte.

#### 2.4.3.2.3. Assurance et contrôle de qualité des médicaments

La situation est caractérisée par une organisation administrative, une base juridique et des ressources matérielles et technologiques peu adaptées. Le Congo ne dispose d'aucun service de laboratoire pour le contrôle qualité. Mais il recourt au système de certification de l'OMS.

#### 2.4.3.2.4. Usage des médicaments

Le profil des prescriptions et l'utilisation des produits pharmaceutiques donnent lieu à penser que le corps médical et pharmaceutique, ainsi que d'autres prescripteurs et le grand public, n'utilisent pas rationnellement les médicaments. La prescription et la dispensation ne répondent pas toujours aux règles de l'art. Les pratiques en matière de dispensation manquent de rigueur scientifique. On considère que le non respect de la prescription, la résistance à la prescription des génériques et la « non observance des prescriptions » posent de graves problèmes de santé publique. Les conséquences sont nombreuses : gaspillage des ressources, risque accru des maladies iatrogènes.

En outre, l'automédication, de plus en plus répandue et pratiquée, constitue un facteur de risque supplémentaire de l'usage irrationnel du médicament. Cette pratique apparaît comme une formule "meilleur marché" pour les usagers pour lesquels les coûts des honoraires et des soins sont parfois inaccessibles. Elle permet, en outre, d'éviter aussi les files d'attente observées dans les services de santé.

Bien que l'exercice professionnel de la pharmacie exige la présence, dans toute officine, d'au moins un pharmacien diplômé, en pratique, celle-ci reste théorique. C'est ainsi qu'il est fréquent que des assistants et des mandatés sans formation appropriée s'occupent des usagers. Les insuffisances de leurs compétences influent sur le choix du

produit, la qualité et la quantité de l'information communiquée aux usagers. Au niveau du CSI, il existe une liste de MEG utilisable au moyen de procédures standardisées des *Stratégies de diagnostic et traitement* visant à en garantir l'usage rationnel. Cependant 60% de CSI seulement appliquent ces stratégies.

Une politique pharmaceutique nationale a été adoptée en 2004. Les problèmes en rapport avec la sélection, l'importation, le contrôle qualité, la distribution et l'usage rationnel des médicaments font l'objet de dispositions spécifiques dont la mise en œuvre est attendue dans le cadre de l'adoption d'un plan directeur.

### **2.4.3.3. Ressources financières**

#### **2. 4. 3.3.1. Structure de financement de la santé**

La structure de financement de la santé reste classique. On distingue en effet le financement interne le financement externe. Le financement interne ne concerne que le budget du département de la santé du fait de l'absence de données des autres départements ministériel, des structures de santé privées et du financement des communautés. Au niveau des financements externes, on distingue les emprunts et les dons. Les données recueillies sur les deux sources de financement ont permis de reconstituer le tableau de l'évolution de la structure de financement du budget du Ministère de la santé, des affaires sociales et de la familiale. Il ressort de ce tableau ce qui suit :

#### **2. 4. 3.3.2. Le financement interne**

Les dépenses publiques de santé sont essentiellement couvertes par le budget de l'Etat. De 2002 à 2005, la part de ce dernier dans le financement est demeurée au-dessus de 80 % sur toute la période, exception faite de l'année 2003 où elle a connu son plus bas niveau (66,4%). Il est certain qu'en prenant en compte toutes les autres sources de financement, ces proportions auraient changé, mais non dans des proportions qui auraient remis en cause la place de l'Etat comme premier pourvoyeur de fonds sur le plan interne. Et, cela pour deux raisons : le secteur privé est encore balbutiant et les établissements bien structurés sont encore rares d'une part, et la prise en compte des fonds publics affectés aux départements ministériels fournissant des services de santé devrait améliorer la part de l'Etat.

#### **2. 4. 3.3.3. Le financement externe**

Après avoir connu un pic où il est passé de 4,2% des ressources en 2002 à 33,6% en 2003, le financement externe est revenu à la tranche de 16 à 20% entre 2004 et 2005. Du point de vue des éléments du financement extérieur, on relève une importance variable entre les emprunts et les dons. En effet, en 2002 et en 2005, le poste des emprunts a été plus important par rapport à celui des dons. Mais en 2003 et en 2007, on a enregistré une situation inverse. Ceci peut s'expliquer par le fait que le déficit public est financé par les emprunts extérieurs lorsque les dons ne sont pas en mesure de le couvrir.

De nouveaux mécanismes de financement extérieur ont été développés au cours des dernières années. Ce sont : le Fonds global pour le VIH /SIDA, le paludisme et la tuberculose, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), le Fonds global pour les médicaments antituberculeux (GDF), le Plan commun des nations unies pour le Congo, la Stratégie de réduction de la pauvreté, l'initiative des Pays pauvres très endettés (PTE), le Fonds d'accélération des programmes (FAP).

#### 2. 4. 3.3.4. Limites dans la gestion des dépenses de santé

On dénombre trois types de limites qui entravent la bonne gestion des dépenses publiques. Ces limites sont liées au processus d'élaboration du budget du département, à son exécution et au suivi et évaluation. Par ailleurs, l'inexistence de conférence budgétaire interne au département inhibe toute possibilité de budget consensuel adopté par l'approche participative et donc la possibilité de faire des ajustements utiles et de présenter un budget qui tienne compte de la stratégie du secteur. Enfin, l'élaboration de ce budget sectoriel ne prend pas en compte le recouvrement des coûts et des « fonds santé » des conseils départementaux et communaux dans les sources de financement (recettes).

Au niveau de l'exécution, le budget de la santé souffre d'une multitude d'intervenants ; ce qui génère des conflits de compétence, bien que non ouverts. Les crédits alloués ne sont pas sécurisés dans la mesure où le budget s'exécute sur une base caisse, au gré des disponibilités de la trésorerie. Les dépenses sont payées au gré des urgences, suivant les priorités qui ne tiennent toujours pas compte du niveau d'avancement des travaux et en fonction des pressions des uns et des autres. Cette situation a entre autres conséquences :

- l'accumulation de nombreux impayés ;
- le risque de paiement des dépenses hors budget ;
- le paiement sans tenir compte du service fait ;
- l'inadéquation entre les inscriptions budgétaires et les marchés publics ;
- la régularisation des dépenses par des engagements postérieurs.

En ce qui concerne le suivi et l'évaluation, en dépit de la multitude de structures devant contrôler et suivre les projets inscrits au budget d'investissement, il sied de savoir que ce volet constitue l'une des principales faiblesses au niveau de la gestion des dépenses de santé. D'une manière générale, les facteurs qui sont à l'origine de ce handicap sont à la fois d'ordre humain, institutionnel et matériel. Le principal problème découle de l'insuffisance en personnel qualifié apte à réaliser les tâches qu'imposent le suivi et l'évaluation des projets.

Les problèmes institutionnels proviennent du non-respect des procédures de gestion et de l'absence des données fiables permettant de suivre les projets inscrits au budget. Comme certains projets ne font pas l'objet d'une étude préalable de faisabilité avant leur inscription au budget, il en résulte que les fiches projets fournies au Ministère du plan sont erronées et cela biaise tout le processus de suivi et évaluation des projets.

Il faut également souligner le manque de coordination des actions et l'absence de liens fonctionnels entre les différentes administrations impliquées dans le suivi évaluation des projets inscrits au budget. Ce manque de coordination ne favorise pas l'application des critères rationnels dans le suivi, le contrôle et l'évaluation des projets.

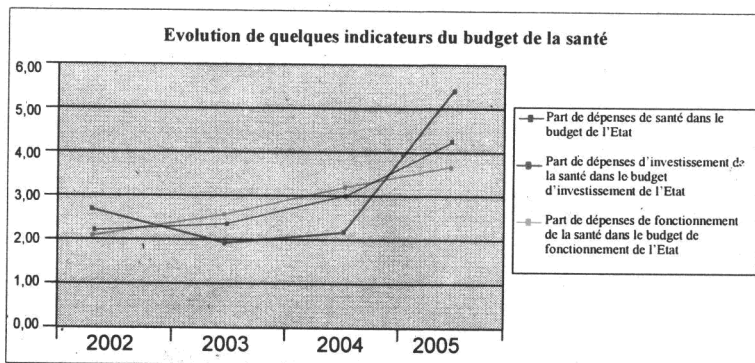
#### 2.4.3.3.5. Evolution des dépenses de santé

Les données sur les prévisions et les décaissements des crédits de fonctionnement et d'investissement des budgets du Ministère de la santé, des affaires sociales et de la familiale ainsi que ceux des budgets de l'Etat ont permis de calculer les taux de décaissement des budgets de fonctionnement et d'investissement du Ministère de la santé et la part des dépenses de santé dans le budget total (voir ci-dessous). A cet effet, les faits caractéristiques suivants du financement du système de santé à travers le budget de l'Etat peuvent être relevés :

- la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat n'atteint pas 5% ;

- les taux de décaissement du budget de fonctionnement n'atteignent pas 75% et ceux du budget d'investissement sont en dessous de 55% en dehors de l'année 2005 où le niveau atteint était de 96,7% ;
- ces deux constats permettent de mettre en évidence l'inadéquation entre la politique proclamée et sa mise en œuvre. En effet, la santé est reconnue comme étant un secteur prioritaire dans les plans et programmes de développement du pays et de ce fait, sa part dans le budget devait être plus élevée sinon tendre vers les 10% tel que recommandé par l'OMS ou atteindre 15% selon l'engagement des chefs d'Etat africains (Abuja en 2001).

Les différentes évolutions des parts des dépenses de santé dans les budgets de fonctionnement et d'investissement sont présentées dans le graphique suivant :



On peut faire deux observations :

- une progression de la part des dépenses de santé dans le budget de fonctionnement, ce qui n'est pas le cas pour le budget d'investissement pour lequel on a observé une régression entre 2002 et 2003 puis une légère augmentation en 2004 et un bond en 2005. Ainsi le budget de fonctionnement a-t-il connu une progression comprise entre 2% et 4% et celui d'investissement une croissance allant de 1,90% à 6% ;
- dans le budget global, on note une croissance des dépenses de santé de l'ordre de 2% à 4,5%. Cette croissance est loin de tenir les engagements, notamment le relèvement de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat à la hauteur de 15% selon l'engagement des chefs d'Etat africains.

Tableau 7 : Evolution de la structure de financement du budget de la santé

Sources	2002	2003	2004	2005
	En millions de francs CFA			
<b>Financement interne</b>	16 599,6	14 423,8	19 663,7	32 099,7
<b>Etat (Budget)</b>	16 599,6	14 423,8	19 663,7	32 099,7
<b>Financement externe</b>	735,0	7 283,2	4 849,6	6 408,8
<b>Emprunts</b>	735,0	1 571,3	4 329,6	1 540,4
Bilatéraux	735	917,3	187	144,4
Multilatéraux		654	4 142,6	1 396
<b>Dons</b>	0,0	5 711,9	520,0	4 868,4
Bilatéraux				
Multilatéraux		5 711,9	520,0	4 868,4
<b>TOTAL</b>	<b>17 334,6</b>	<b>21 707,0</b>	<b>24 513,3</b>	<b>38 508,5</b>

	En pourcentage			
	2002	2003	2004	2005
<b>Financement interne</b>	95,8	66,4	80,2	83,4
<b>Etat (Budget)</b>	95,8	66,4	80,2	83,4
<b>Financement externe</b>	4,2	33,6	19,8	16,6
<b>Emprunts</b>	4,2	7,2	17,7	4,0
Bilatéraux	4,2	4,2	0,8	0,4
Multilatéraux	0,0	3,0	16,9	3,6
<b>Dons</b>	0,0	26,3	2,1	12,6
Bilatéraux	0,0	0,0	0,0	0,0
Multilatéraux	0,0	26,3	2,1	12,6
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Sources:** Ministère de la Santé, Ministère du Plan, Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget, Bailleurs multilatéraux (OMS, UNFPA, PNUD, UNICEF, Union Européenne, Banque Mondiale BAD, BADEA ...), Bailleurs Bilatéraux: (France, Chine...)

Tableau n° 8 : Evolution des crédits alloués et des utilisations du Ministère de la Santé et de la Population

Années	Fonctionnement			Investissement			Budget de l'Etat	Part des dépenses de Santé
	Prévisions	Décaissement	Taux de décaissement	Prévisions	Décaissement	Taux de décaissement		
	En millions de francs CFA		(%)	En millions de francs CFA		(%)		
2002	17 504	11 518	65,8	9 317	5 081,6	54,5	746 494,40	2,22
2003	18 125	11 788	65,0	6 000	2 635,8	43,9	606 097,70	2,38
2004	22 984	16 404	71,4	7 750	3 259,7	42,1	650 365,60	3,02
2005	Nd	21 469	Nd	10 988	10 630,7	96,7	769 532,80	4,17

**Sources:** Ministère de la Santé, Ministère du Plan, Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget

Les principaux canaux par lesquels l'aide publique est acheminée au Congo sont les programmes et projets des agences de coopération multilatérale, les conventions de financement, les dons affectés par divers partenaires en médicaments, matériels et autres dispositifs médicaux.

#### 2.4.3.3.6. Ménages

En conformité avec l'initiative de Bamako de 1987, le recouvrement des coûts a été lancé dans le pays au cours des années 80, bien avant l'adoption du PNDS. Les fonds générés par le recouvrement des coûts sont gérés au niveau local par un comité composé de professionnels de santé locaux et par les membres des communautés. En

moyenne 60 % à 70 % des fonds recueillis sont utilisés pour le renouvellement des stocks des médicaments. Le solde restant est destiné à couvrir les charges de fonctionnement de la formation sanitaire : paiement des primes aux agents de santé et frais de fonctionnement des comités de Santé. Enfin, à part quelques initiatives de portée très limitée, le Congo manque d'expérience de mutualisation du risque maladie.

#### **2.4.4. Système national d'information sanitaire**

On ne peut pas véritablement parler de l'existence d'un Système national information sanitaire (SNIS) intégré et cohérent. Des éléments du SNIS (réseau de surveillance épidémiologique, suivi de la gestion des programmes de santé, système d'alerte et gestion des ressources) sont organisés et développés par différentes structures. Chaque projet ou programme anime en son sein un volet du système d'information et de surveillance épidémiologique.

Néanmoins, depuis 2002, des progrès ont été réalisés dans le renforcement de certains sous systèmes du SNIS. Il s'agit, notamment de :

- la détermination des besoins informationnels ;
- la définition des indicateurs à tous les niveaux ;
- l'élaboration des supports de collecte et des rapports standard de données pour le CSI, l'hôpital de référence, la CSS, et la DDS et leur diffusion ;
- la formation des médecins-chefs des CSS et des directeurs départementaux de la santé.

En perspective, il reste la formation à la collecte, au traitement et à la diffusion des données, l'acquisition des équipements de télécommunication et du matériel informatique pour la transmission des données, la mise en place des banques de données et la production et la publication des annuaires statistiques.

Toutes ces actions de renforcement du SNIS devront s'inscrire dans le cadre d'une stratégie nationale de son développement dont la mise en œuvre serait réalisée à travers des plans opérationnels qui prendront en compte la dimension genre.

#### **2.4.5. Partenariat en faveur de la santé**

##### **2.4.5.1. Organes de participation et de concertation**

##### **2.4.5.1.1. Le Conseil national de Santé et du Développement Social**

Créé par décret n° 84/290 du 26 mars 1984, le Conseil national de la santé et de développement social est un organe consultatif chargé de donner des avis et recommandations sur la politique sanitaire nationale, sur les structures sanitaires et les problèmes relevant de la gestion de la santé. A l'origine Il devrait constituer un cadre important de concertation avec les secteurs connexes. Il faut cependant noter que cette institution n'a plus joué ce rôle depuis 1988. Cette structure est devenue caduque.

##### **2.4.5.1.2. Les Comités de gestion (COGES) des HIR et les Comités de direction (CODIR) des H2R**

Ils comprennent les comités de gestion des CSS et des hôpitaux de première référence et les comités de direction des hôpitaux généraux. Selon les dispositions du décret n° 96-525 du 31 décembre 1996 précité, le COGES a pour missions de :

- participer à l'élaboration du Plan d'actions annuel de l'hôpital ;

- assurer le suivi de la gestion de l'ensemble des ressources de l'hôpital ;
- approuver le budget, le compte d'exploitation et le rapport d'activités de l'hôpital ;
- participer à la résolution des questions relatives à l'hygiène, à la sécurité des locaux et du domaine de l'hôpital ;
- informer la population sur les activités, le fonctionnement et l'accessibilité sociale, économique et culturelle de l'hôpital.

A ce jour, aucun hôpital de base ne dispose d'un comité de gestion fonctionnel. Les hôpitaux généraux sont dotés de comité de direction mais très peu tiennent des sessions régulières.

#### 2.4.5.1.3. Les Comités de santé (COSA)

Les COSA des CSI, les associations des comités de santé des CSS sont des organes de cogestion composés des représentants de la communauté des aires de santé. Les COSA constituent l'organe de dialogue entre la communauté et le centre de santé. Au sein d'une CSS, les COSA peuvent fédérer et constituer ainsi une association des COSA de la CSS, organe d'avis et de concertation impliqué dans la gestion de la CSS.

Dans le cadre du processus de rationalisation des CSI, 91 comités de santé ont été mis en place. Leurs faiblesses résident dans la moindre représentativité des femmes (23%), le manque de formation de leurs membres et la focalisation de leurs activités sur la gestion des ressources financières générées par les CSI.

#### 2.4.5.2. Principaux partenaires et domaines d'interventions dans le secteur de la Santé

Le nombre d'intervenants dans le secteur de la santé est peu important en dépit de toutes les initiatives de plaidoyer menées par le gouvernement et par certains de ses partenaires. Le manque d'intérêt relatif pour le Congo a également été ressenti pendant la période de crise. Les agences du système des Nations unies, l'Union européenne et la Banque mondiale sont les principaux partenaires multilatéraux. La France, la Chine, l'Italie et les Etats-Unis représentent les principales coopérations bilatérales. Quelques ONG internationales et locales interviennent aussi dans le secteur de la santé, notamment comme agences d'exécution au niveau opérationnel. Les plus importantes sont : Médecins sans frontière (MSF), sections France et Hollande, International rescue committee (IRC), Nueva frontera, Croix rouge, Association congolaise pour le bien-être familial et Médecins d'Afrique.

#### 2.4.5.2.1. Coopération multilatérale

##### Avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Les programmes de coopération technique de l'OMS avec le Congo, exécutés au cours des dix dernières années ont été généralement structurés autour des pôles principaux suivants :

- la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles ;
- la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- l'organisation et le développement des services de santé ;
- l'approvisionnement en eau potable et la salubrité de l'environnement ;
- la promotion de la santé et l'approvisionnement en médicaments.

Afin de répondre aux besoins induits par la crise, les urgences et l'action humanitaire ont été intégrées comme domaine d'activité à part entière à partir de

l'année 2000 et depuis l'année 2002, des domaines spécifiques de travail sont consacrés à la lutte contre le VIH / SIDA, le paludisme et la tuberculose.

#### Avec le Fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF)

Le Plan cadre des opérations, élaboré en application de l'accord de base conclu entre le Congo et l'UNICEF en 1996, couvre la période 2004-2008. Ses domaines d'action concernent le développement intégré et la survie du jeune enfant, le Programme élargi de vaccination (PEV), la nutrition, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et la Maternité sans risque (MSR).

#### Avec le Fonds des nations unies pour la population (UNFPA)

Dans le domaine de la santé, à travers le programme de coopération 2004-2008, l'Intervention du UNFPA porte sur :

- l'accès aux services de santé de bonne qualité y compris l'assistance par un personnel qualifié lors de l'accouchement ;
- les soins obstétricaux d'urgence ;
- la planification familiale ;
- le traitement et soins des fistules obstétricales dans les zones d'intervention ;
- la disponibilité des services de santé sexuelle et de la reproduction y compris la prévention du VIH/SIDA ;
- le renforcement des capacités institutionnelles et techniques de coordination et de gestion des programmes de SR ;
- la sécurisation des produits pour les soins obstétricaux d'urgence, les contraceptifs et les préservatifs masculins et féminins.

#### Avec le Programme des nations unies pour le développement (PNUD)

Depuis l'année 2000, le PNUD exécute un programme post-conflit centré sur trois volets à savoir :

- les réponses aux besoins immédiats des populations ;
- l'appui à la bonne gouvernance ;
- le développement durable.

Divers projets de ce programme sont en rapport avec la santé : la prévention du VIH/SIDA dans les écoles du Congo, l'appui à l'élaboration du Document de stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP) et le suivi des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

#### Avec le Fonds des nations unies pour l'alimentation (FAO)

La FAO intervient dans le pays à travers des programmes et projets qui ont des effets indirects positifs sur la santé de la population. Il s'agit entre autres du Programme spécial de sécurité alimentaire (PSSA).



#### Avec le Programme alimentaire mondial (PAM)

L'intervention du PAM est réalisée à travers un programme biennal. Celui en cours est un programme intérimaire post-conflit dénommé « Intervention prolongée du secours et du redressement », mis en œuvre à travers plusieurs composantes. Il s'agit de :

- l'assistance aux groupes vulnérables ;
- le programme de récupération nutritionnelle ;
- l'appui alimentaire aux malades du VIH / SIDA ;
- Le programme d'appui à la réhabilitation des structures de base.

Cette assistance a couvert la période 2004-2006 et se poursuit dans le cadre du programme 2007-2008.

#### Avec l'Union Européenne (UE)

L'Union européenne finance, à travers le 9<sup>ème</sup> FED, le Projet d'appui au système de santé du Congo Brazzaville (PASCOP). Ce projet renforce les capacités institutionnelles du ministère à travers le comité technique de suivi du PNDS. Il renforce l'administration sanitaire locale au niveau de quatre (4) directions départementales (DDS) et cinq (5) circonscriptions socio-sanitaires (CSS) et appuie la mise en place de la nouvelle centrale d'achat des médicaments essentiels génériques dénommée la Congolaise des médicaments essentiels génériques (COMEG).

#### Avec la Banque mondiale (BM)

Cette institution internationale intervient dans un important projet de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

#### Avec la Banque africaine de développement (BAD)

La BAD intervient en matière de santé, dans la construction/réhabilitation des centres de santé à travers le Projet de réinsertion des groupes défavorisés (PARGD).

#### Banque arabe pour le développement économique de l'Afrique (BADEA)

La BADEA intervient également dans la construction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires des soins à travers des projets à court et moyen terme.

#### 2.4.5.2.2. Coopération bilatérale

##### Coopération avec la France

La coopération française a mis en place un mécanisme de planification stratégique. Le document stratégique préparé dans ce cadre fixe quatre axes principaux dont l'un est consacré à l'amélioration des conditions et du cadre de vie des populations. Cet axe stratégique prévoit des interventions en matière de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la trypanosomiase, la politique du médicament, la réhabilitation des CSI et l'appui au Centre national de transfusion sanguine.

##### Coopération avec l'Italie

Elle intervient dans le cadre des urgences et de l'action humanitaire, à travers les organismes internationaux, notamment l'OMS et l'UNICEF, pour les Journées nationales de vaccinations. La coopération italienne a contribué au financement du programme d'urgence de lutte contre la fièvre hémorragique à virus Ebola dans le département de la Cuvette-Ouest et à la réhabilitation et la construction d'infrastructures sanitaires.

##### Coopération avec la Chine

Elle intervient dans la construction et l'équipement des hôpitaux ainsi que dans l'offre de service.

#### Coopération avec le Japon

Elle intervient dans le renforcement de la lutte contre le paludisme la formation/recyclage des techniciens de laboratoires, formation à la maintenance, la prise en charge de l'expertise ou l'assistance technique dans le cadre du projet et l'appui au renforcement des capacités locales de gestion de la cellule de gestion et suivi des projets santé de coopération Congo/Japon.

#### *2.4.5.2.3. Coopération sous régionale*

Le Congo est membre de la Communauté économique des Etats de l'Afrique centrale (CEEAC), de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC) et de l'Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC), organisme spécialisé de la CEMAC en matière de santé. Ces institutions communautaires assurent la mise en œuvre de la composante Santé du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) et des politiques et stratégies régionales de lutte contre les endémies et épidémies, notamment le paludisme, la tuberculose, et l'infection par le VIH. L'OCEAC participe à la formation des gestionnaires des systèmes et des programmes de santé de l'Afrique centrale et à la recherche opérationnelle en santé.

L'un des principaux défis en matière d'intégration sous-régionale est le renforcement des capacités gestionnaires et opérationnelles de la mise en commun des compétences et des savoirs pour le développement sanitaire régional. A cet effet, la réouverture à Brazzaville du Centre inter-Etats d'enseignement supérieur de santé publique en Afrique centrale (CIESPAC) est l'une des priorités majeures.

Le Congo est partie prenante de diverses initiatives sous-régionales, notamment l'initiative des pays riverains du Congo et de l'Oubangui pour la lutte contre le SIDA, les programmes de lutte contre les épidémies, l'éradication de la poliomyélite avec l'organisation des journées de vaccination synchronisées. En outre, des accords de coopération inter pays sont établis pour les évacuations sanitaires et la formation des cadres.

#### *2.4.5.2.4. Action sanitaire des ONG nationales et des églises*

De nombreuses ONG nationales ont signé des accords de partenariat avec le ministère en charge de la santé. Elles interviennent principalement dans les domaines de l'information, l'éducation et la communication pour la santé, la promotion de la santé, la lutte contre le VIH/SIDA, le développement communautaire, l'organisation des soins et la prestation de services divers. Certaines d'entre-elles travaillent en partenariat avec les agences du système des nations unies et des organismes de coopération bi et multilatérale (ACBEF, médecins d'Afrique, urgence d'Afrique, etc.).

L'action sanitaire des confessions religieuses est réalisée à travers leurs œuvres sociales. Elles soutiennent notamment des centres de santé, et sont impliquées dans divers programmes de lutte contre la maladie (vaccination, lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme...) et de promotion de la santé.

Les ONG locales du secteur de la santé et les confessions religieuses sont partie prenante dans la mise en place de la COMEG et siègent au conseil d'administration. Elles participent aussi au comité de pilotage du PNDS.

#### 2.4.5.3. Mécanismes et instruments de Coordination des interventions dans le secteur santé

Dans le secteur de la santé, la coordination s'opère entre le gouvernement et les partenaires, entre les agences du système des nations unies et entre les ONG à travers plusieurs mécanismes.

##### 2.4.5.3.1. Coordination entre le Gouvernement et les partenaires,

Les instruments et mécanismes de coordination entre le gouvernement et les partenaires sont constitués par le comité de pilotage et le comité technique de suivi du PNDS, le comité de coordination inter agences pour la vaccination ainsi que les réunions de revues sectorielles.

Le comité de pilotage et le comité technique de suivi du PNDS ont été mis en place par le décret n° 95-3 du 4 janvier 1995. Conformément à ce décret, le comité de pilotage a pour fonctions principales de :

- suivre et évaluer la mise en œuvre du PNDS ;
- approuver les plans d'opérations du plan national de développement sanitaire élaboré par le comité technique ;
- assurer la liaison avec les organisations non gouvernementales, les agences de coopération bilatérales et multilatérales ;
- coordonner et harmoniser les aides extérieures relatives à la mise en œuvre du PNDS.

Le comité technique de suivi du PNDS a pour fonctions de :

- élaborer les projets des plans d'opérations annuels en tenant compte des stratégies définies par le PNDS ;
- apporter un appui multiforme aux départements en vue de réaliser des exercices de micro-planification ;
- planifier et mettre en œuvre les cycles de formation requis dans le cadre du PNDS ;
- approfondir, au sein des commissions spécialisées, la réflexion sur les aspects conceptuels et pratiques, liés à la mise en œuvre du PNDS.

##### 2.4.5.3.2. Coordination inter-agences du système des nations unies.

La réunion des chefs d'agences constitue le principal mécanisme de coordination au sein des agences du système des nations unies, à travers des réunions régulières dans lesquelles les questions de santé sont discutées selon les besoins. Deux groupes sectoriels thématiques ONUSIDA et sécurité alimentaire participent à cette coordination.

Depuis l'année 2001, les agences du système élaborent chaque année des Plans communs d'assistance (CAP) des nations unies pour le Congo comme outils de plaidoyer, de mobilisation des ressources et de coordination de leurs interventions. Le financement de ces plans communs est demeuré faible au fil des années. Les raisons évoquées sont, notamment, la faiblesse du plaidoyer, la situation de post conflit et l'arrêt progressif de l'urgence ainsi que le classement du Congo dans la catégorie des pays à revenus intermédiaires.

##### 2.4.5.3.3. Coordination entre partenaires en général,

Des mécanismes spécifiques de coordination entre les partenaires ont été également mis en place. C'est le cas du Comité de coordination inter-agences (CCIA), pour le PEV et pour le RSS, présidé par le ministre en charge de la santé et du comité de

coordination nationale pour le fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA dont la présidence est assurée par l'épouse du chef de l'Etat.

## **CHAPITRE III : ACQUIS, PROBLEMES ET DEFIS MAJEURS, LIMITES, OPPORTUNITES ET MENACES**

### **3.1. Acquis de la mise en œuvre du PNDS 1992-1996**

La mise en œuvre du PNDS 1992-1996 a permis un certain nombre de réalisations qui apparaissent comme des acquis opérationnels à prendre en compte pour le plan 2007-2011. Ces acquis ont été tant soit peu renforcés pendant l'exécution du Plan d'urgence 2000-2002 adopté par le gouvernement et intégré dans le Programme intérimaire post-conflit (PIPC).

#### **3.1.1. Formation des cadres**

La mise en œuvre du PNDS 1992-1996 a permis de focaliser les efforts sur la formation des cadres, notamment les médecins chefs des CSS et autres professionnels de santé impliqués dans le développement des CSS. Contrairement à la situation qui prévalait au moment du lancement du PNDS 1992-1996, le Congo dispose, à ce jour, d'un nombre non négligeable de médecins formés en santé publique qui devront permettre le renforcement des CSS.

#### **3.1.2. Expérience de rationalisation des CSI**

Même si, depuis le lancement du PNDS, la mise en place des CSI reste faible, le ministère a acquis une expérience pour leur rationalisation. A ce jour, 31% des CSI planifiés en 1992 ont été rationalisés. Les CSI et les aires de santé développés dans les départements de Brazzaville, du Kouilou, du Pool, des Plateaux, du Niari et de la Lékoumou témoignent de cette expérience sur l'organisation et le fonctionnement d'un CSI rationalisé, dans toutes ses composantes : organisation du PMA, recouvrement des coûts, utilisation des médicaments essentiels, relations avec la communauté à travers les organes de participation.

#### **3.1.3. Participation des communautés à la gestion de la santé**

De nombreux COSA ont été mis en place dans le cadre du processus de rationalisation des CSI. En dépit de leurs faiblesses notamment sur le plan de la représentativité des femmes (23%), de la formation, et de la participation aux activités des aires de santé, l'implication de la communauté dans la planification et la mise en œuvre constitue est un gage majeur de la réussite des interventions. L'implication de communauté est un des fondements de la pérennisation et de l'appropriation du plan par les populations.

#### **3.1.4. Partenariats pour la santé**

Au sortir de la période des conflits que le Congo a traversée, le partenariat entre le gouvernement, les agences de coopération bilatérale ou multilatérale et les ONG internationales et locales a été très déterminant. Ainsi les domaines comme la lutte contre la poliomyélite, les violences sexuelles, la malnutrition le VIH/Sida ont-ils connu des avancées significatives avec l'amélioration de la couverture en VPO, la réduction de la prévalence des viols, la réduction de l'incidence et de la mortalité du fait de la malnutrition et la structuration de la riposte nationale à la pandémie du SIDA. Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2007-2011, il s'agira d'identifier les domaines stratégiques clés autour desquels se construiront des partenariats solides.

### **3.1.5. Coordination de la mise en œuvre du PNDS**

En dépit de sa mise en place tardive (décret n° 95-3 du 04 janvier 1995), Le comité technique de suivi du PNDS a joué un rôle important dans la coordination de la mise en œuvre du PNDS. Malgré la non tenue des sessions du comité de pilotage, le CTS/PNDS a constitué le cadre du développement d'une approche participative et intersectorielle dans l'analyse des problèmes de santé, la définition des stratégies et le suivi de la mise en œuvre. Le PNDS 2007-2011 devra veiller au renforcement des organes de coordination afin de garantir des approches intégrées de résolutions des problèmes de santé.

### **3.1.6. Textes d'application de la loi portant institution du PNDS**

Divers textes réglementaires ont été pris en application de la loi n° 014-92 du 29 avril 1992, portant institution d'un PNDS. Ces textes traitent principalement de :

- attributions et organisation du comité de pilotage et du comité technique de suivi du PNDS: décret n° 95-3 du 04 janvier 1995 ;
- création de la Centrale nationale d'achat de médicaments essentiels (CENAMES) : décret n° 95-207 du 13 novembre 1995 ;
- définition, classification et mode de gestion des formations sanitaires publiques en République du Congo : décret n°96-525 du 31 décembre 1996 ;
- approbation des statuts de la CENAMES : arrêté n° 402-96 du 11 mars 1996 ;
- organisation et fonctionnement des régions sanitaires et des CSS : arrêté interministériel n° 223-97 du 05 février 1997 ;
- recouvrement des coûts : arrêté interministériel n° 224-97 du 05 février 1997 ;
- recouvrement des coûts : arrêté interministériel n°3089/MSP/MEFB du 9 juillet 2003.

## **3.2. Principaux problèmes du secteur santé**

L'analyse de la situation sanitaire nationale a permis d'identifier et de regrouper les problèmes auxquels le Congo fait face actuellement, dans le secteur de la santé. Il s'agit notamment de :

- l'importante mortalité de la mère et de l'enfant attribuée essentiellement aux maladies transmissibles et aux problèmes de santé de la reproduction ;
- l'importante charge de morbidité attribuée essentiellement aux maladies telles que : paludisme, VIH/SIDA, tuberculose, maladies diarrhéiques, maladies émergentes et divers maladies non transmissible... ;
- faible accès des populations aux soins et services de santé de qualité ;
- la faible performance du système de santé : qualité et disponibilité médiocres des services et des soins, incapacité de répondre efficacement et en temps utile aux situations d'urgence et faibles capacités de coordination et de mobilisation des ressources ;
- la faible capacité de gestion des ressources humaines, financières, équipements, médicaments et dispositifs médicaux ;
- la précarité de la santé environnementale ;
- le manque d'un système d'information sanitaire cohérent et performant ;
- la faible participation de la communauté à la gestion du système de santé.

### **3.3. Défis majeurs**

De l'examen de ces principaux problèmes, il découle un certain nombre de défis à relever afin de favoriser le développement du secteur de la santé.

#### **3.3.1. Défis liés au développement économique et social du Pays**

Dans le contexte actuel, il s'avère indispensable d'infléchir les tendances à l'appauvrissement et de créer des conditions favorables à la participation effective des populations et des différents acteurs dans les prises de décision.

#### **3.3.2. Défis liés à la santé environnementale**

En matière de santé environnementale, il s'agit de :

- promouvoir les comportements favorables à la santé ;
- renforcer les capacités en génie sanitaire ;
- améliorer l'accès à l'eau potable tant dans les centres urbains que dans les zones rurales ;
- réorganiser le système d'élimination des ordures ménagères et des déchets biomédicaux ;
- renforcer les mécanismes de gestion communautaire de l'environnement.

#### **3.3.3. Défis liés aux maladies**

En ce qui concerne les maladies, les défis à relever sont :

- créer des conditions permettant la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles et de celles liées à la santé de la reproduction ;
- redynamiser le système de surveillance épidémiologique ;
- augmenter la couverture vaccinale jusqu'à au moins 80% ;
- accroître l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides longue durée ;
- intégrer les activités des différents programmes dans le PMA des CSI et le PCA des hôpitaux ;
- décentraliser la prise en charge et la surveillance des IST, du VIH/SIDA et tuberculose y compris l'accès aux ARV ;
- prévenir les handicaps et créer les conditions permettant une meilleure intégration économique et sociale des personnes handicapées ;
- renforcer le système de réponse aux urgences.

#### **3.3.4. Défis liés au système de santé**

Un développement sanitaire durable ne saurait être envisagé sans :

- renforcer et diligenter la décentralisation du système de santé notamment dans les Circonscriptions Socio Sanitaires ;
- assurer une bonne couverture en infrastructures sanitaires ;
- garantir l'accès aux médicaments essentiels génériques, aux soins et services de santé de bonne qualité ;
- assurer une meilleure gestion des ressources humaines, financières, matérielles y compris les médicaments ;
- garantir l'assistance humanitaire aux populations victimes des conflits et des catastrophes ;
- renforcer les capacités de planification et de gestion des services et de mobilisation des ressources financières additionnelles ;

- mettre en place un système d'information sanitaire opérationnel ;
- renforcer les mécanismes de coordination des partenaires au développement du secteur santé et de collaboration intersectorielle ;
- redynamiser les organes de coordination : conseil national de santé, comité technique de suivi du PNDS ;
- renforcer la participation active des communautés, des ONG, de la société civile et du secteur privé au développement du système de santé ;
- assurer une articulation harmonieuse entre l'Etat et les collectivités locales décentralisées en ce qui concerne les nouveaux rôles qui leur sont dévolus en matière de santé, dans le cadre de la décentralisation administrative.

### **3.4. Limites et contraintes majeures**

Il s'agit des limites et contraintes observées dans la mise en œuvre du PNDS à compter de sa mise en œuvre de l'année de son adoption. En dépit de l'adoption de la loi portant institution d'un PNDS, la volonté politique a été insuffisamment traduite dans son exécution. De 1992 à 2001, aucune inscription budgétaire n'a été faite en faveur du PNDS. Des retards ont été observés dans la prise des textes d'application de la loi et le faible niveau de décentralisation du système de santé limitait les responsabilités des circonscriptions socio-sanitaires. De même, le comité de pilotage du PNDS n'avait tenu qu'une seule réunion depuis sa mise en place.

#### **3.4.1. Faiblesses du financement**

L'insuffisance voire l'absence de financements requis pour soutenir les travaux de réhabilitation des CSI, la construction des locaux de travail des équipes cadres des CSS et l'acquisition des médicaments et des équipements techniques constituent les faiblesses majeures de la mise en place des CSS et CSI. Les progrès observés ont été réalisés essentiellement grâce à l'appui des agences de coopération. L'adoption du PNDS 1992-1996 n'avait pas été accompagnée d'un plan de financement.

#### **3.4.2. Efforts peu orientés vers le renforcement des districts sanitaires dans leur globalité**

Du fait de la priorité accordée aux CSI, tous les efforts y étaient consacrés au point de "négliger", dans une certaine mesure, toutes les autres composantes des CSS, notamment les hôpitaux de référence, les pharmacies et les équipes cadres des CSS.

#### **3.4.3. Faibles capacités de gestion du système de santé**

Les faiblesses de gestion du système de santé apparaissent au niveau :

- des capacités de planification et de mise en œuvre ;
- du système d'information sanitaire, des déficits en personnels ;
- de l'insuffisance des ressources financières et des performances des formations sanitaires relatives notamment à la complétude des paquets d'activités et à la qualité des soins et prestations ;
- des programmes spécifiques et des structures administratives des directions centrales et départementales.

#### **3.4.4. Insuffisante préparation des populations et communautés à assurer les responsabilités liées à la prise en charge de leur santé**

D'importantes dérives ont été observées dans le fonctionnement des COSA expliquées en majeure partie par le fait que les populations n'ont pas été suffisamment



préparées à assumer leurs nouveaux rôles, déterminés par leur participation à la gestion de la santé dans leurs aires de santé.

### **3.5. Opportunités et menaces**

#### **3.5.1. Opportunités pour le PNDS 2007-2011**

Divers facteurs et conditions contextuels apparaissent comme des opportunités à une mise en œuvre efficace du PNDS 2007-2011. Il s'agit notamment de :

- l'expression de la volonté politique d'élever à la hauteur de 15% la part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé à partir l'engagement des Chefs d'Etat à Abuja ;
- la consolidation de la paix et de la stabilité politique ;
- l'installation des centres de sous ordonnancement dans les départements ;
- le renforcement de la décentralisation administrative ;
- l'adoption de la loi sur la fonction publique territoriale ;
- l'adoption de Document de stratégie de réduction de la pauvreté et l'insertion des OMD dans le DSRP ;
- le plan national pour l'atteinte des OMD ;
- les Programmes d'investissements publics (PIP) 2007-2009 avec le volet 2007 ;
- Le Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) du secteur de la santé intégrant le cadre global ;
- la situation macro-économique favorable ;
- la participation des partenaires au développement sanitaire ;
- l'accès du Congo à divers mécanismes de financement du secteur GF, GAVI, HMN, CERF, GDF... ;
- l'évolution croissante de la part du budget de l'Etat affecté à la santé ;
- l'expression de la volonté politique d'arriver au point d'achèvement dans le cadre de l'IPTE

#### **3.5.2. Menaces à la mise en œuvre du PNDS 2007-2011**

Plusieurs facteurs peuvent menacer la mise en œuvre du PNDS 2007-2011 notamment :

- le non aboutissement du processus permettant d'arriver au point d'achèvement dans le cadre de l'IPTE ;
- l'instabilité institutionnelle du fait des changements fréquents des acteurs au niveau du département ministériel ;
- la propagation de la pandémie du VIH/SIDA ;
- la pauvreté ;
- la non application des stratégies de motivation des agents ;
- la survenue des troubles inhérents au processus électoral.

## CHAPITRE IV : OBJECTIFS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2007-2011

Le présent Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2007-2011 prend en compte les objectifs de la Nouvelle Espérance et s'insère dans l'optique du DSRP, des OMD du secteur de la santé. Pour ce faire, le PNDS se fixe les objectifs ci-après.

### 4.1. Objectif général

Le PNDS vise à améliorer de l'état de santé de la population en général et en particulier de la femme et de l'enfant par le renforcement du système de santé.

### 4.2. Objectifs spécifiques

A terme, le PNDS 2007-2011 vise les objectifs spécifiques suivants :

- La réduction du taux de mortalité maternelle de  $\frac{1}{4}$ , soit 586 décès pour 100.000 naissances vivantes ;
- La réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de  $\frac{1}{4}$ , soit 24 décès pour 1000 naissances en ce qui concerne la mortalité néonatale ; 56 décès pour 1000 naissances pour la mortalité infantile et 87 décès pour 1000 naissances en ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile ;
- le contrôle du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose, l'inversion des tendances actuelles, soit 2,1 de prévalence du VIH/SIDA, 86,25 pour 1000 d'incidence du paludisme et 262,5 pour 100 000 habitants d'incidence de la tuberculose ainsi que la maîtrise des autres maladies ;
- la réduction de l'importance et des effets des facteurs environnementaux et le changement des comportements non favorables à la santé.

### 4.3. Orientations stratégiques

#### 4.3.1 : Axes stratégiques

La mise en œuvre du PNDS 2007-2011 reposera sur les axes stratégiques ci-dessous :

- le renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux du système de santé ;
- l'accroissement de la couverture sanitaire nationale en CSI publics et privés, et hôpitaux de référence rationalisés offrant respectivement des PMA et des PCA complets y compris dans les services de santé des FAC ;
- le renforcement de la qualité des soins et des services dans les CSI, les hôpitaux et dans les formations sanitaires privées et dans les services de santé des FAC ;
- l'intégration des composantes opérationnelles des programmes spécifiques par la mise en place des directives et instructions techniques relatives à chacun des programmes ;
- la réduction des exclusions et des inégalités à l'accès aux soins et services de bonne qualité en rapport avec le genre, la pauvreté et autres facteurs ;

- la redynamisation de la participation des populations à la gestion de leur propre santé et au fonctionnement du système de santé par le renforcement des organes et des mécanismes de participation ;
- le renforcement du partenariat par la coopération bilatérale et multilatérale et la collaboration intersectorielle et associative.

### **4.3.2. Approches opérationnelles**

#### *4.3.2.1. Renforcement des capacités de gestion du système de santé à tous les niveaux*

##### *4.3.2.1.1. Développement des ressources humaines*

##### Stratégie et plan de développement des ressources humaines

Une stratégie nationale et un plan national de développement des ressources humaines pour la santé seront élaborés et adoptés. La stratégie nationale portera sur un horizon de 10 à 15 ans et le plan de développement des ressources humaines sera complémentaire au PND 2007-2011.

##### Formation initiale des cadres

Le développement des ressources humaines sera également centré sur la formation initiale des cadres, afin de corriger progressivement les déficits observés actuellement. Une attention particulière sera accordée aux domaines de l'épidémiologie, de la santé publique, de la gestion des services de santé et aux spécialités médicales négligées. Dans cette perspective, l'ouverture des seconds cycles de santé publique et de la filière pharmacie à la Faculté des sciences de la santé (FSS) apporterait une contribution majeure à ces formations initiales.

Des cadres de concertation entre les ministères de la santé, de l'enseignement technique professionnel et de l'enseignement supérieur en vue de la révision des curricula de la formation et de la création des filières et cycles de formation jugés pertinents.

##### Formation continue des cadres

En dépit des efforts accomplis, la formation continue in situ des cadres sera poursuivie, notamment en faveur des personnels des CSI, des hôpitaux de référence, des CSS et des animateurs des programmes spécifiques afin d'accompagner l'introduction de nouvelles stratégies et améliorer la qualité des soins et des prestations. Dans cette perspective, les CSS de Makélékélé, Gamboma et Dolisie seront développés en terrain de formation in situ des personnels de santé et des membres des Comités de santé.

La formation en cascade reste la règle. De ce fait, des pools de formateurs départementaux seront développés identiques au pool de formateurs nationaux mis en place pour le renforcement des CSS. En sus des cycles de formation continue à la carte seront mis en place, en collaboration avec la FSS, en fonction des besoins des cycles adressés aux directeurs départementaux, médecins-chefs des CSS et des chefs des programmes spécifiques.

#### *4.3.2.2 : Développement du système national d'information sanitaire*

Dans le cadre du développement du système national d'information sanitaire (SNIS), les efforts sont à accomplir dans :

- la définition des indicateurs requis pour le suivi et l'évaluation du fonctionnement du système national de santé à ses différents niveaux ;
- la standardisation des supports d'enregistrement et de transmission des données ;
- la définition du circuit de l'information sanitaire et des rôles et attributions des différents acteurs du système de santé sera poursuivie. Il s'agit notamment de la vulgarisation des outils standardisés de collecte et de transmission de l'information, du renforcement des capacités des acteurs en matière de collecte, de traitement et d'analyse des données et de la mise en place d'une banque de données sanitaires nationales.

Une attention particulière sera accordée au renforcement des capacités des équipes cadres des CSS et de l'organe de centralisation des données du SNIS, au niveau national, où sera chargé de gérer la banque de données.

Le développement du SNIS devra permettre à terme de produire périodiquement un annuaire de statistiques sanitaires nationales et de construire la carte sanitaire nationale de laquelle découleront les normes d'équipement, de gestion et de fonctionnement des services et de mettre en place un observatoire de la santé.

#### 4.3.2.3 : Réforme du système de financement de la santé :

La réforme du système de financement de la santé passera par :

- une analyse préalable approfondie du système actuel, qui devra aboutir à la construction des comptes nationaux de santé ;
- la mise en place de mécanismes de solidarité (mutuelles, sécurité sociale) complémentaires aux paiements directs effectués par les usagers ;
- l'instauration des budgets programmes comme modes de planification et de gestion dans les CSS ;
- la redéfinition des rôles et attributions des organes de participation communautaire.

#### 4.3.2.4 : Accroissement de la couverture nationale en Centres de Santé Intégrés et Hôpitaux de Référence rationalisés.

##### 4.3.2.4.1. Structuration du territoire national en CSS

Comme pour la phase 1992-1996, la décentralisation du système de santé constitue une orientation stratégique majeure du PNDS 2007-2011, complétée par le renforcement des CSS dont le processus de mise en place a été engagé au cours des années précédentes.

La circonscription socio-sanitaire ou district sanitaire demeure à la fois l'unité de planification et l'unité opérationnelle de base du système national de santé. Conformément au modèle OMS du district sanitaire, chaque CSS est définie comme un territoire géographique clairement circonscrit, couvrant une population bien déterminée et comprenant deux échelons : le premier échelon de soins constitué par les formations sanitaires ambulatoires (Centres de santé intégrés publics, cabinets des soins infirmiers, cabinets médicaux, centres médico-sociaux et cabinets des soins traditionnels) desservant chacun une aire de santé ou une portion de la population bien précise ; le second échelon de soins représenté par l'hôpital de première référence.

Les structures opérationnelles de la CSS comprennent, entre autres, une pharmacie et tous les autres établissements de santé installés sur son territoire (publics et privés). La CSS est dirigée par une équipe cadre ou une équipe de gestion.

Les organes de participation de la population à la gestion de leur santé au sein de la CSS demeurent les relais communautaires au niveau des communautés, les comités de santé (COSA) au niveau des CSI, les comités de gestion (COGES) de la CSS et de l'hôpital de première référence, les associations des comités de santé dans les CSS et les organes de gestion du secteur privé.

La loi n°10-2003 du 6 février 2003 portant transfert des compétences aux collectivités locales place les CSI sous la gestion des conseils locaux.

Zones	Populations	
	CSS	Aires de santé
Urbaines	100 000 à 300 000 hbts	10.000 à 15 voir 20.000 hbts
Rurales	50.000 à 100.000	2.500 à 10.000 hbts

Les critères démographiques ci-dessus, retenus en 1992, demeurent la base pour la structuration du territoire en CSS et en aires de santé. Ils avaient permis la structuration du territoire national en 27 CSS. Entre-temps, avec la création du département de la Cuvette-Ouest, une CSS y a été mise en place. Cette structuration a montré son caractère. Les limites de certaines CSS étaient floues notamment dans les départements du Pool et du Kouilou. La structuration du territoire national en circonscriptions socio-sanitaires a été parachevée en 2006 et un texte réglementaire a été pris (cf note de service n°215/MSP/CAB/DGS du 26 juin 2006). Le territoire compte 41 CSS réparties par département comme suit :

Tableau 9: Répartition des CSS par départements et districts couverts

Départements	Nbre de CSS	Circonscriptions Socio Sanitaires	Districts couverts	Hôpitaux de Référence
Bouenza	4	1 - CSS de Nkayi-Loudima	Nkayi, kayes, Loudima,	Nkayi
		2 - CSS de Madingou-	Madingou, Boko -songho, Mabombo	Madingou
		3 - Mouyondzi	Mouyondzi, Kingoué, Tsiaki	Mouyondzi
		4 - CSS de Loutété	M'Fouati, Yamba, Loutété	Loutété
Brazzaville	7	1 - CSS de Makélékélé	Arrondissement Makélékélé	Makélékélé
		2 - CSS de Bacongo	Arrondissement 2 Bacongo	Mpissa ex CNSS
		3 - CSS de Poto-Poto	Arrondissement 3 Poto-Poto	
		4 - CSS de Moungali	Arrondissement 4 Moungali	
		5 - CSS de Ouenzé	Arrondissement 5 Ouenzé	Ouenzé ex CNSS
		6 - CSS de Talangaï	Arrondissement 6 Talangaï	Talangaï
		7 - CSS de Mfilou	Arrondissement 7 Mfilou	Mfilou
Cuvette	3	1 - CSS de Mossaka - Loukoléla	Mossaka, Loukoléla, Liranga	Mossaka
		2 - CSS de l'Alima	Oyo, Tchikapika, Boundji,	Oyo
		3 - CSS d'Owando	Owando, Makoua, Ntokou, Ngoko	Owando
Cuvette - Ouest	2	1 - CSS d'Itoumbi	Itoumbi, Kellé, Mbomo,	Itoumbi
		2 - CSS d'Ewo	Ewo, Mbama, Okoyo	Ewo
Kouilou	8	1 - CSS Lumumba	Arr n°1 Lumumba	A. Sicé
		2 - CSS Mvoumvou	Arr n°2 Mvoumvou	Loandjili
		3 - CSS Tié-Tié	Arr n°3 Tié-Tié	Tié-Tié
		4 - CSS de N'Goyo	Arr n° 5 N'Goyo	N'Goyo
		5 - CSS de Mongo-M'Poukou	Arr n° 6 Mongo-M'Poukou	Siafoumou
		6 - CSS de Loandjili	Arr n°4 Loandjili	Loandjili
		7 - CSS de Madingo-Kayes	Madingo-Kayes, Nzambi, Kakamoeka	Madingo-Kayes
		8 - CSS de Hinda - M'Vouti	Hinda, Mvouti et Tchiamba-Nzassi	Bilala
Lékoumou	2	1 - CSS de Zanaga-Bambama	Zanaga, Bambama	Zanaga
		2 - CSS de Sibiti	Sibiti, Mayéyé, Komono	Sibiti
Likouala	2	1 - CSS d'Enyelle - Betou	Enyelle, Betou	Enyelle
		2 - CSS d'Impfondo	Impfondo, Bouaniela Epena, Dongou	Impfondo
Niari	3	1 - CSS de Dolisie	Dolisie, Makabana Louvakou, Kimongo, Londelakayes	Dolisie

Départements	Nbre de CSS	Circonscriptions Socio Sanitaires	Districts couverts	Hôpitaux de Référence
		2 - CSS de Kibangou	Banda, Nyanga, Divenié, Kibangou	Kibangou
		3 - CSS de Mossendjo	Mossendjo, Moungoundou-Sud, Moungoundou Nord, Mayoko, Mbinda, Yaya, Tsimba	Mossendjo
Plateaux	3	1 - CSS de Djambala-Lékana	Djambala, Lékana, Mpouya, Ngo, Mbon	Djambala
		2 - CSS de Gamboma	Gamboma, Ongogni, Makotipoko	Gamboma
		3 - CSS d'Abala	Ollombo, Allembe, Abala	Abala
Pool	5	1 - CSS de Kinkala-Boko	Kinkala, Boko, Louingui, Loumo	Kinkala
		2 - CSS Goma Tsé-Tsé	Linzolo, Goma Tsétsé, Mbanza-Ndounga	Linzolo
		3 - CSS de Mindouli	Mindouli,	Mindouli
		4 - CSS de Kindamba	Kindamba, Vindza	Kindamba
		5 - CSS d'Ignié - Ngabé	Ignié, Ngabé, Mayama	Odziba
Sangha	2	1 - CSS de Souanké	Sembé, Souanké, Ngbala,	Souanké
		2 - CSS de Ouesso	Picoanda, Mokéko, Ouesso	Ouesso
<b>Total</b>	<b>41</b>			

#### 4.3.2.4.2. Transfert des techniques et des responsabilités

La décentralisation reposera également sur le transfert aux CSS de l'organisation, la réalisation et du suivi d'un ensemble de techniques compatibles avec les paquets d'activités requis pour les CSI et les hôpitaux de référence conformément aux paquets des services dévolus à chaque structure. Ce transfert de techniques sera accompagné d'un transfert de responsabilités compatibles avec l'obligation de rendre les soins et autres prestations de qualité, disponibles et accessibles de façon équitable à la population.

#### 4.3.2.5. Renforcement des circonscriptions socio-sanitaires.

Le renforcement des CSS reposera sur trois piliers essentiels :

- l'amélioration des compétences et des capacités techniques ;
- la disponibilité du médicament essentiel générique ;
- le soutien logistique requis.

Les équipes cadres des CSS et les personnels en poste dans les centres de santé et les hôpitaux de référence bénéficieront de sessions de formation/recyclage selon les besoins. Chaque hôpital de référence devant offrir un Paquet complémentaire d'activités (PCA) centré sur la chirurgie, la maternité, la pédiatrie et la médecine. Leurs plateaux techniques (blocs opératoires, blocs d'accouchements, unités de radiologie et laboratoires) seront remis à niveaux conformément à des standards établis.

Parallèlement tous les hôpitaux de référence seront engagés dans le processus de rationalisation au terme duquel :

- toutes les activités primaires seront "sorties de l'hôpital", pour être réalisées par les CSI ;
- les médicaments essentiels génériques et les protocoles thérapeutiques standards seront utilisés dans les services ;
- le circuit financier sera assaini et les ressources générées par l'hôpital devront permettre en priorité le renouvellement des stocks de médicaments essentiels, des fournitures et la motivation du personnel.

L'hôpital jouera effectivement son rôle d'hôpital de référence et d'encadrement pour les CSI de sa CSS. Chaque CSS disposera d'une pharmacie qui sera chargée d'assurer l'approvisionnement des CSI et des hôpitaux de référence en médicaments essentiels génériques et autres dispositifs médicaux.

#### **4.3.2.6. Renforcement de la qualité des soins et des services**

##### *4.3.2.6.1. Réforme de la politique du médicament*

Il s'agit résolument d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels génériques dans les formations sanitaires publiques, condition *sine qua non* de la dispensation des soins et de la reconquête de la crédibilité des centres de santé et hôpitaux publics. Pour ce faire, le processus de mise en place de la centrale nationale d'achat des médicaments a été conduit à son terme. Rendue opérationnelle, elle devra assurer un approvisionnement adéquat en médicaments essentiels de bonne qualité ainsi que leur distribution aux circonscriptions socio-sanitaires à un coût garantissant leur accessibilité aux populations.

##### *4.3.2.6.2. Promotion de l'usage rationnel des médicaments*

En application des dispositions de la Politique pharmaceutique nationale, la législation et la réglementation pharmaceutiques seront révisées afin de garantir la qualité et l'usage rationnel des médicaments. Parallèlement à la disponibilité des médicaments essentiels, les stratégies de diagnostic et traitement seront révisées selon les besoins et mises en place dans les tous les CSI. De même, un effort de standardisation des protocoles thérapeutiques sera encouragé dans les hôpitaux de référence

##### *4.3.2.6.3. Renforcement de la qualité des soins et services*

Il s'agira de :

- rationaliser les CSI et les hôpitaux de référence conformément à des plans de rationalisation et des projets d'établissements prenant en compte les dispositions de la loi sur la réforme hospitalière ;
- équiper au moins 80 % des formations sanitaires ambulatoires et les hôpitaux dans tous les départements en matériel technique selon les normes ;
- actualiser et appliquer dans l'ensemble des formations sanitaires les normes et procédures en Maternité sans risques (MSR) et en Suivi et promotion du développement de l'enfant (SPDE) ;
- accélérer la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ;
- développer les programmes d'assurance qualité des soins et des services dans l'ensemble des formations sanitaires.



L'amélioration de la qualité des soins et des services dans les formations sanitaires sera accompagnée de la mise en place des dispositifs appropriés de traitement et de destruction des déchets hospitaliers et biomédicaux.

#### **4.3.2.7. Intégration des composantes opérationnelles des programmes spécifiques**

##### **4.3.2.7.1. Renforcement des programmes de lutte contre les maladies**

Le renforcement des programmes spécifiques sera réalisé par :

- l'affectation des ressources humaines complémentaires et la restructuration des équipes de direction de ces programmes lesquelles sont réduites à une ou deux personnes ;
- la mise à disposition du soutien logistique requis, l'affectation des ressources nationales (inscriptions budgétaires et exécution effective) et la mobilisation des ressources externes additionnelles requises pour assurer le financement des opérations desdits programmes. Il s'agira de faire en sorte que le financement des programmes spécifiques ne dépende plus exclusivement des ressources extérieures.

##### **4.3.2.7.2. Intégration de leurs composantes opérationnelles**

L'intégration reste un des principes clefs qui président à la mise en œuvre des opérations des programmes spécifiques dans les CSS, particulièrement dans les CSI où les activités des différents programmes seront exécutées par le personnel en poste, sous la supervision des équipes cadres. De ce fait, les équipes de direction des programmes spécifiques s'emploieront à transférer aux directions départementales de la santé et aux équipes cadres des CSS les compétences requises pour l'organisation de la mise en œuvre et le suivi des opérations recommandées par les stratégies des différents programmes. Les PMA des CSI et les PCA des hôpitaux de référence devront ainsi prendre en compte les stratégies des différents programmes spécifiques.

#### **4.3.2.8. Réduction des exclusions et des inégalités à l'accès aux soins et services de qualité.**

- la gratuité des ARV, antituberculeux et autres médicaments des programmes spécifiques ;
- la gratuité des Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI) à la Consultation prénatale (CPN), à Consultation préscolaire (CPS), à la vaccination des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans ;
- l'accès aux soins tertiaires des plus pauvres ;
- la mise en place des mécanismes de prise en charge des cas sociaux dans les centres de santé par les COSA.

#### **4.3.2.9. Redynamisation de la participation des populations à la gestion et au fonctionnement du système de santé**

La participation communautaire est l'un des principes des Soins de santé primaires (SSP) et de l'Initiative de Bamako (IB). Ce faisant, il sera organisé, dans le cadre de la mise en œuvre du plan, des restructurations des comités de santé pour les centres de santé rationalisés et la mise en place desdits comités pour les centres de santé à rationaliser. Il en sera de même pour les hôpitaux de référence où seront structurés ou installés des comités de gestion (COGES), des comités de direction (CODIR) dans les

hôpitaux généraux et des relais communautaires dans les aires de santé. Ces organes de participation communautaire bénéficieront d'un encadrement et d'une formation appropriés.

#### **4.3.2.10. Renforcement du partenariat par la coopération bi et multilatérale et la collaboration intersectorielle et avec la société civile.**

Le renforcement des partenariats constitue un pilier important de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire. Ces partenariats impliquent le ministère de la santé et les autres secteurs, les communautés, les collectivités locales, les ONG et associations, les agences de coopération bilatérales et multilatérales ainsi que les opérateurs privés à but lucratif.

Une approche multisectorielle, pluridisciplinaire et communautaire sera privilégiée et développée notamment en ce qui concerne :

- le plaidoyer en faveur de la mobilisation des ressources ;
- la mobilisation et la participation des communautés ;
- la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions opérationnelles ;
- le renforcement des capacités.

## CHAPITRE V : CADRE LOGIQUE DE PROGRAMMATION PAR AXE STRATEGIQUE

Axe stratégique 1	Lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Chronogramme				
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
<b>Renforcement des capacités de gestion du système de santé à tous les niveaux</b>	<b>1.1 : Renforcement du cadre institutionnel et juridique du développement sanitaire</b>	Existence des textes publiés et appliqués	Rapports du MSASF/DGS J.O	////	////			
	<b>1.2 : Renforcement du cadre de gestion des formations sanitaires (plan de rationalisation, projets d'établissement, plan directeur et outils de gestion administrative, technique et financière)</b>	Existence d'un cadre de gestion des formations sanitaires renforcé	Rapports du MSASF/DGS	////	////			
	<b>1.3: Développement des ressources humaines pour la santé</b>	Existence d'un plan de développement des ressources humaines	Rapport DEP	////	////	////	////	////
	<b>1.4: Développement du Système national d'information sanitaire</b>	Existence d'un plan de développement du SNIS	Rapports DEP	////	////	////	////	////
	<b>1.5: Elaboration et mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé</b>	Existence d'une stratégie de financement de la santé	Rapports du MSASF/DGS	////	////	////	////	////
	<b>1.6: Réhabilitation/équipement des structures des niveaux central, intermédiaire et périphérique</b>	Nbre de structures réhabilitées et équipés	Rapports du MSASF/DEP	////	////	////	////	////
	<b>1.7: Développement de la recherche sur le système de santé</b>	Nbre de protocoles de recherches mis en œuvre	Rapports de recherche	////	////			
	<b>1.8: Coordination, suivi et évaluation de la mise en œuvre du PND5</b>	Nbre de réunions, de sessions d'évaluations tenues	Comptes rendus Rapports d'évaluation	////	////	////	////	////

Axe stratégique 1	Lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Chronogramme				
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
Renforcement des capacités de gestion du système de santé à tous les niveaux	1.9: Développement de la recherche opérationnelle sur le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose	Nbre des protocoles de recherche mis en œuvre	Rapports de recherche		////	////	////	////
	1.10: Renforcement du fonctionnement des structures administratives, des soins et d'appui technique dans le domaine du management, de l'organisation administrative, de supervision intégrée, de la communication intra-sectorielle et les échanges de bonnes pratiques	Nbre de structures renforcées		////	////	////	////	////
	1.11: Etudes/construction du siège du ministère de la santé et de la population	Existence du siège du MSP construit	Bordereau de livraison		////	////	////	////
	1.12: Mise en place d'un plan de riposte aux catastrophes et aux situations d'urgence	Existence d'un plan de riposte mis en œuvre	Rapport du MSP	////	////	////	////	////
	1.13: Appui à l'organisation par le Congo des rencontres nationales, régionales et internationales sur la santé	Nbre de rencontres organisées	Rapports du MSP	////	////	////	////	////
	1.14: Appui au fonctionnement des structures médico-sociales près des ambassades de Paris, Pérou et Libreville	Nbre de structures appuyées	Rapport du MSP	////	////	////	////	////
	1.15: Etudes/Audits/Documentation	Nbre d'études/Audits réalisés	Rapports du MSP	////	////	////	////	////
	1.16: Mise en place d'une cellule de coordination et de suivi du financement du secteur santé			////	////	////		

Axe Stratégique 2	Lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Chronogramme				
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
<b>Accroissement de la couverture sanitaire nationale en soins de santé de base</b>	2.1: Construction /Equipement de 31 CSI à PMAE	Nbre des CSI à PMAE construits et équipés	Bordereau de livraison	///	///	///	///	///
	2.2: Réhabilitation/Equipement de 74 CSI à PMAE	Nbre des CSI PMAE réhabilités et équipés	Bordereau de livraison	///	///	///	///	///
	2.3: Réhabilitation/Equipement de 122 CSI à PMAE dont 23 CSI des Forces Armées Congolaises (FAC)	Nbre des CSI à PMAE réhabilités et équipés	Bordereau de livraison	///	///	///	///	///
	2.4: Construction /Equipement de 6 (Odziba, Souanké, Mfilou, Bitala, Poto-poto, Moungali)	Nbre des HR construits et équipés	Bordereau de livraison	///	///	///	///	///
	2.5: Etudes/Construction /Equipement de 2 H2R (Oyo et Ouesso)	Nbre des H2R construits et équipés	Bordereau de livraison	///	///	///	///	///
	2.6: Réhabilitation /Equipement de 24	Nbre des H1R réhabilités et équipés	Bordereau de livraison	///	///	///	///	///
	2.7: Transformation/Equipement de 12 CSI à PMAE en	Nbre des CSI à PMAE transformés	Bordereau de livraison	///	///	///	///	///
	2.8: Création du centre spécialisé de traitement de la drépanocytose	Existence du centre	Bordereau de livraison	///	///	///	///	///
	2.9: Renforcement des services de santé préscolaire, scolaire et universitaire	Nbre des services renforcés	Bordereau de livraison	///	///	///	///	///

Axe stratégique 3	Lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Chronogramme				
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
<b>Renforcement de la qualité des soins et des services</b>	<b>3.1:</b> Promotion des normes d'organisation, d'équipement et de fonctionnement des formations sanitaires	Existence des normes	Rapport du MSP	////				
	<b>3.2:</b> Missions de supervision (niveaux central, intermédiaire et périphérique)	Nbre de supervisions réalisées	Rapports de supervisions	////	////	////	////	////
	<b>3.3:</b> Missions de monitoring action	Nbre de monitoring réalisés	Rapports	////	////	////	////	////
	<b>3.4:</b> Missions d'inspection et de contrôle	Nbre de missions d'inspection et de contrôle effectuées	Rapport du MSP	////	////	////	////	////
	<b>3.5:</b> Construction ouvrages d'approvisionnement en eau dans 39 hopitaux 1ère référence et 227 CSI dont 23 CSI des FAC	Nbre d'ouvrage construits	Bordereau de livraison	////	////	////	////	////
	<b>3.6:</b> Mise en place des unités de maintenance du matériel bio médical des et H2R	Nbre d'unités de maintenance mises en place	Rapport du MSP	////	////	////	////	////
	<b>3.7 :</b> Elaboration d'un plan de maintenance des structures sanitaires des soins	Existence du plan	Rapport/ DEP	////	////	////	////	////
	<b>3.8:</b> Installation des plaques solaires dans 227 CSI et 39	Nbre de structures des soins avec plaques solaires	Bordereau de livraison	////	////	////	////	////
	<b>3.9:</b> Construction des ouvrages d'élimination des déchets bio médicaux dans 41 et 227 CSI	Nbre d'ouvrage construits	Bordereau de livraison	////	////	////	////	////

Axe stratégique 3  Renforcement de la qualité des soins et des services	Lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Chronogramme				
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
	3.10: Dotation des et les CSI en stocks initiaux de médicaments essentiels génériques (MEG) et médicaments traditionnels améliorés (MTA)	Nbre de structures dotées	Bordereau de livraison	////	////	////	////	////
	3.11: Dotation des pharmacies des CSS en stocks initiaux des médicaments essentiels génériques	Nbre de pharmacies dotées	Bordereau de livraison	////	////	////	////	////
	3.12: Renforcement des unités cliniques spécialisées des 6 H2R (A. Sicé, Loandjii, Dolisie, CHU, HCA et 31 juillet)	Nbre d'unités renforcées	Rapport du MSP	////	////	////	////	////
	3.13: Renforcement des capacités opérationnelles du laboratoire national de santé publique	Nbre des départements renforcés	Rapports du MSASF	////	////	////	////	////
	3.14: Renforcement des capacités opérationnelles du CNTS à rendre disponibles les produits sanguins sécurisés dans tous les et les CSI à PMAE	Nbre de structures disposant des produits sanguins sécurisés	Rapports du MSASF	////	////	////	////	////

Axe stratégique 4	Lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Chronogramme				
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
<b>Intégration des composantes opérationnelles des programmes spécifiques de santé</b>	<b>4.1:</b> Mise en œuvre du plan national de communication intégrée en matière de santé	Existence du plan mis en œuvre	Rapport du MSP	///	///	///	///	///
	<b>4.2:</b> Mise en œuvre du plan national de passage à l'échelle de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVH)	Existence du plan mis en œuvre	Rapport du MSP	///	///	///	///	///
	<b>4.3:</b> Mise en œuvre du plan national de passage à l'échelle de la PTME	Existence du plan mis en œuvre	Rapport du MSP	///	///	///	///	///
	<b>4.4:</b> Mise en œuvre de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infant-juvénile	Existence de la feuille de route mise en œuvre	Rapport du MSP	///	///	///	///	///
	<b>4.5:</b> Mise en œuvre de la stratégie et du plan de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	Existence du plan mis en œuvre	Rapport du MSP	///	///	///	///	///
	<b>4.6:</b> Renforcement des capacités opérationnelles du programme élargi de vaccination	Existence d'un programme renforcé	Rapport du MSP	///	///	///	///	///
	<b>4.7:</b> Renforcement des capacités opérationnelles du programme national de lutte contre le paludisme	Existence d'un programme renforcé	Rapport du MSP	///	///	///	///	///
	<b>4.8:</b> Renforcement des capacités opérationnelles du programme national de lutte contre la tuberculose	Existence d'un programme renforcé	Rapport du MSP	///	///	///	///	///
	<b>4.9:</b> Renforcement des capacités opérationnelles du programme national de lutte contre le SIDA	Existence d'un programme renforcé	Rapport du MSP	///	///	///	///	///
	<b>4.10:</b> Renforcement des capacités d'intégration des programmes de lutte contre la lèpre, la schisto, l'ulcère de Buruli, l'onchocercose...	Existence des programmes renforcés	Rapport du MSP	///	///	///	///	///



Axe stratégique 4	Lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Chronogramme				
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
<b>Intégration des composantes opérationnelles des programmes spécifiques de santé</b>	4.11: Renforcement des capacités opérationnelles de lutte contre les maladies non transmissibles	Maîtrise des maladies non transmissibles	Rapport du MSP	///	///	///	///	///
	4.12: Recherche sur la médecine traditionnelle	Existence des protocoles de recherche mis en oeuvre	Rapports de recherche	///				
	4.13: Mise en oeuvre du projet de suivi et du développement de l'enfant	Existence du projet mis en oeuvre	Rapport du MSP	///	///	///	///	///

Axe stratégique 5	Lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Chronogramme				
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
<b>la réduction des exclusions et des inégalités d'accès aux soins et services de qualité en rapport avec le genre, la pauvreté et autres facteurs</b>	5.1 : Elaboration d'un texte accordant la gratuité de la prise en charge globale des PVVIH/SIDA	Existence du texte publié	Rapports du MSASF/DGS J.O.	////				
	5.2 : Augmentation des subventions de l'Etat pour la PEC des PVVIH/SIDA pour l'accès aux soins verticaux	Nbre de pauvres pris en charge	Rapports du MSASF/DGS	////	////			
	5.3 : Responsabilisation des COSA, ONG et relais communautaires dans l'imprégnation, vulgarisation et la distribution auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans des Mill	Nbre de COSA, ONG et relais opérationnels	Rapports des COSA, ONG et Relais communautaires	////	////	////	////	////
	5.4 : Amélioration de l'accessibilité des femmes enceintes vulnérables à la CPN et au TPI à la SP	Nbre de femmes vulnérables ayant accès à la CPN et au TPI	Rapports	////	////			////
	5.5 : Mise en place des mécanismes de solidarité dans les aires de santé (mutuelle)	Existence des mécanismes de solidarité	Rapport MSASF/DGS	////	////	////		

Axe stratégique 6	Lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Chronogramme				
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
<b>Renforcement de la participation communautaire</b>	6.1: Restructuration/mise en place des comités de santé (COSA) et des associations des COSA des CSS	Nbre de COSA et associations restructurés et mis en place	Rapport du MSP	////	////	////	////	////
	6.2: Restructuration/mise en place des comités de gestion (COGES) des hôpitaux de 1 <sup>ère</sup> référence	Nbre de COGES restructurés et mis en place	Rapport du MSP	////	////	////		
	6.3: Mise en place des comités de direction (CODIR) des hôpitaux de 2 <sup>ème</sup> référence	Nbre de CODIR restructurés et mis en place	Rapport du MSP	////	////			
	6.4: Formation des relais communautaires, des COSA, COGES et CODIR en matière, entre autres, de prise en charge des problèmes majeurs de la santé	Nbre d'organes formés	Rapports de formation	////	////	////	////	////

Axe stratégique 7	Lignes d'actions	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification	Chronogramme				
				A 1	A 2	A 3	A 4	A 5
<b>Renforcement du partenariat et de la collaboration intersectorielle</b>	7.1: Renforcement de la coopération sanitaire internationale	Existence d'une coopération renforcée	Rapport MSP	///	///			
	7.2: Appui au développement du CIESPAC	Existence d'un CIESPAC renforcé	Rapport MSP		///	///		
	7.3: Renforcement de la collaboration inter sectorielle	Existence d'une collaboration renforcée	Rapport MSP	///	///	///	///	
	7.4: Contractualisation du secteur privé avec la société civile et la communauté.	Existence d'un secteur privé intégré	Rapport MSP	///	///	///	///	

## CHAPITRE VI : CADRE DE MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION

### 6.1. Administration et coordination de la mise en œuvre

L'administration de la mise en œuvre du PNDS 2007-2011 et la coordination des interventions seront effectuées par les institutions et organes existants : le conseil national de santé et du développement social, le comité de pilotage du PNDS, le comité technique de suivi du PNDS, les comités interministériels et divers comités ad hoc.

#### 6.1.1. Pilotage du PNDS

##### 6.1.1.1. Conseil national de la santé et du développement social

Créé en 1984, Le conseil national de santé et du développement social est un organe consultatif chargé de donner des avis et recommandations relatifs à l'amélioration des conditions de vie des populations et de proposer des orientations sur les choix stratégiques pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Le conseil national de santé et du développement social sera consulté une fois tous les deux (2) ans (en 2009 et 2011), sur la mise en œuvre du PNDS 2007-2011. La participation de l'ensemble des secteurs ministériels et de la société civile à ce conseil national devra permettre la prise en compte de leurs contributions à la réalisation des résultats visés par le plan. Une attention particulière sera accordée aux déterminants ci-après : approvisionnement en eau, éducation, communications, assainissement du milieu et réduction de la pauvreté des ménages.

##### 6.1.1.2. Conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS)

Institué en 2004, par décret n°2004-399 du 27 août 2004, le conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) est un organe multisectoriel et pluridisciplinaire de coordination et d'orientation de lutte contre le VIH/SIDA et les Infections sexuellement transmissibles (IST). A ce titre, il est chargé, notamment de :

- mettre à jour la politique nationale et les orientations stratégiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- coordonner la gestion de l'ensemble des ressources internes et externes ainsi que l'ensemble des diverses interventions liées à la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- délibérer sur toutes les questions relatives au VIH/SIDA et les IST,
- assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST sur toute l'étendue du territoire ;
- assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources en faveur des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST ;
- promouvoir la décentralisation et la multisectorialité de la réponse nationale au VIH/SIDA.

##### 6.1.1.3. Comité de pilotage

Créé par décret n°\_\_\_en 1995, le Comité de pilotage du Plan national de développement sanitaire est l'organe de coordination, d'orientation, de contrôle, de programmation et d'évaluation du PNDS. Il est chargé notamment, de :

- suivre et évaluer la mise en œuvre du PNDS ;
- approuver les plans d'opérations du PNDS élaborés par le comité technique de suivi et faire des recommandations appropriées;
- assurer la liaison avec les organisations non gouvernementales, les agences de coopération bilatérale et multilatérale ;

- aider à la mobilisation des ressources et à la coordination des aides extérieures ;
- formuler les recommandations sur la mise en œuvre du PNDS. Le comité de pilotage du PNDS se réunira une fois par an.

#### 6.1.1.4. Comité Technique de suivi de la mise en œuvre

Le Comité technique de suivi est l'organe chargé de la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire, responsable notamment de :

- l'élaboration et la proposition au Comité de Pilotage de plans d'opérations annuels ;
- l'appui technique aux départements et districts sanitaires ;
- la planification et la mise en œuvre des cycles de formation requis ;
- l'approfondissement au sein des groupes de travail et commissions spécialisées ou comités *ad hoc* de la réflexion sur les aspects conceptuels et pratiques de la mise en œuvre du plan ;
- l'organisation du suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation périodique du plan national de développement sanitaire.

A ce titre, le secrétariat du comité technique de suivi devra, élaborer l'ensemble des dossiers techniques de la mise en œuvre du PNDS, organiser le suivi des opérations et des budgets et préparer les revues annuelles des plans d'opération exécutés avec le concours des divers partenaires et préparer les conférences des directeurs départementaux.

L'importance des missions assignées au CTS-PNDS indique la nécessité de redéfinir ses missions et ses attributions ainsi que les mécanismes de coordination technique des partenaires impliqués dans la mise en œuvre du PNDS.

#### 6.1.1.5. Comités interministériels

Des Comités interministériels, créés par voie réglementaire, seront requis pour prendre en charge les questions conjointes ou intersectorielles impliquant le ministère de la santé et d'autres départements ministériels. Les dossiers techniques soumis aux Comités inter ministériels seront préparés par le Comité Technique de Suivi du PNDS. Ce dernier en assurera le secrétariat.

#### 6.1.1.6. Comités inter-agences de coordination

La réunion des chefs d'agences constitue le principal mécanisme de coordination au sein des agences du système des nations unies. Au-delà des réunions régulières dans lesquelles les questions de santé sont discutées, les groupes thématiques ONUSIDA et sécurité alimentaire participent également à la coordination inter-agences.

Par ailleurs, deux mécanismes spécifiques de coordination entre les partenaires ont été mis en place au cours des dernières années. Il s'agit du Comité de coordination inter-agences (CCIA) pour le PEV et du Comité de coordination nationale pour le Fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA (CCM).

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

#### 6.1.2.1. Conseils départementaux

Selon l'article 20 de la Loi n°10/2003 du 6 février 2003, portant transfert des compétences aux collectivités locales, les départements ont compétence à :

- participer à l'établissement de la tranche départementale de la carte sanitaire nationale ;
- élaborer et exécuter les plans d'urgence de santé et d'hygiène ;
- assainir le milieu en hygiène générale ;
- gérer les aides sociales aux personnes vulnérables ;

- construire ou acquérir, équiper, entretenir, gérer et assurer la maintenance des installations des crèches, garderies d'enfants, postes de santé, centres de santé, santé de santé intégrés, centres de promotion et réinsertion social, etc.

#### **6.1.2.2. Directions départementales de la santé**

En raison de leurs attributions, les directions départementales de la santé sont responsables de l'appui technique nécessaire aux CSS dans l'élaboration des plans opérationnels annuels, le suivi de leur mise en œuvre et leur évaluation. Les directions départementales organiseront périodiquement les réunions trimestrielles de coordination et annuelles de revue des plans opérationnels.

#### **6.1.3. Rôle des équipes-cadres des circonscriptions socio-sanitaires**

Au niveau des circonscriptions socio-sanitaires, les équipes cadres devront élaborer, chaque année, des plans opérationnels qui sont soumis à validations lors des réunions de revue annuelle. Elles sont responsables de la mise en œuvre des plans opérationnels.

### **6.2. Suivi de la mise en œuvre et évaluation**

#### **6.2.1. Supervision et monitoring des activités**

La supervision des activités des centres de santé, par les équipes cadres des CSS, sera déterminante dans le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des activités dans les départements. La supervision des services cliniques et techniques des hôpitaux des indicateurs de couverture, de performance et de qualité des services et des soins seront établis. Le monitoring sera réalisé par les équipes des centres de santé et les membres des COSA tous les six (6) mois.

#### **6.2.2. Evaluation de la mise en œuvre**

L'évaluation du plan sera réalisée à travers les revues annuelles, les revues à mi parcours et l'évaluation finale, effectuées respectivement par les équipes des directions départementales, le comité technique de suivi et le comité de pilotage.

##### **6.2.2.1 : Revues annuelles des plans du PNDS**

Il tiendra chaque année une revue du PNDS à laquelle participeront tous les partenaires. Cette revue qui interviendra après les revues des départements /CSS et des programmes aura pour objectif de veiller sur la cohérence et la complémentarité des interventions, de faire le point sur la mise en œuvre global du plan et d'adapter si possible certaines interventions et stratégies. Il s'agira également à cette occasion de faire le point de l'évolution des actions des secteurs connexes sur les questions ayant une influence directe sur la mise œuvre du PNDS.

##### **6.2.2.2 : Revues annuelles des plans d'opérations des CSS et départements**

Les revues annuelles des plans d'opérations dans les CSS et les départements devront permettre de faire le bilan de la mise en œuvre du PNDS dans chaque département. Ces évaluations s'attacheront principalement aux taux de réalisation des activités et d'atteinte des résultats visés dans les départements.

##### **6.2.2.3 : Revues annuelles des programmes**

Une revue annuelle des programmes impliqués dans la mise en œuvre du PNDS 2007-2011 sera instituée. L'objectif visé est d'effectuer l'état d'avancement des opérations des différents programmes, centré sur les niveaux d'exécution des activités planifiées, les taux d'atteinte des résultats attendus et les niveaux de réalisations des

budgets. Les réunions de revue des programmes seront préparées par le secrétariat du comité technique de suivi.

#### *6.2.2.4 : Evaluation à mi parcours du PNDS 2007-2011*

Une évaluation à mi-parcours sera conduite en 2009, centrée sur les performances accomplies, l'atteinte des résultats, des objectifs visés par le plan ainsi que les taux de réalisation des budgets. L'évaluation à mi-parcours devra impliquer l'ensemble des départements et l'ensemble des programmes.

#### *6.2.2.5 : Evaluation finale*

Elle sera réalisée en fin 2011 et comprendra une évaluation interne et une évaluation externe. Les observations porteront principalement sur l'atteinte des résultats et des objectifs visés par le plan. Une attention particulière sera attribuée à l'évaluation de l'impact produit par les interventions mises en œuvre sur l'état de santé de la population, l'organisation et le fonctionnement des services, la performance du système de santé dans son ensemble.

L'évaluation terminale sera cumulative et reposera à la fois sur les indicateurs construits à partir des données de routine, et sur des enquêtes spécifiques destinées à cerner les données qui sauraient être fournies par le système d'information de routine.

Des indicateurs de performance avec les différentes cibles permettront de suivre les progrès accomplis et ceux d'impact permettront d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés (voir en annexe).



## **CHAPITRE VII: MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ET RECOMMANDATIONS**

### **7.1 : Mesures d'accompagnement**

Dans le souci d'une bonne mise en œuvre du PNDS 2007-2011 et afin de garantir le succès escompté par l'atteinte des résultats, une série de mesures doivent être prises. Il s'agit des mesures qui portent sur :

- les performances, du système de santé et sa faible capacité de réponses aux situations d'urgence ;
- l'environnement sanitaire ;
- les ressources humaines, financières matérielles et autres.

#### **7.1.1 : Mesures touchant aux performances et à la capacité de réponse**

Il s'agira principalement de renforcer et actualiser le cadre juridique en vue de :

- permettre une réponse adaptée aux différents problèmes par la mise à disposition d'un cadre brisant l'excès de sécurité des personnels du fait de l'absence de sanctions ;
- redéfinir les attributions, les missions des autres composantes des circonscriptions sanitaires, notamment les pharmacies, les équipes cadres des CSS et les organes de direction des hôpitaux de référence ;
- garantir la coordination des interventions des différents partenaires ;
- doter les structures des compétences et des équipements nécessaires permettant la complétude des paquets d'activités et la qualité des soins et prestations ;
- favoriser l'accès des plus pauvres aux services de santé de base ;
- organiser un recensement général de la population nécessaire pour la détermination des cibles des résultats et des interventions

#### **7.1.2 : Mesures touchant à l'environnement sanitaire**

La paix et la sécurité des biens dans le pays feront l'objet d'une attention particulière au niveau des autorités politiques, administratives, militaires et sanitaires afin de réduire à sa plus simple expression toute velléité de tension. Pour leur part, les populations, bénéficiaires des services de santé devront être suffisamment préparées à assumer leur rôle dans la co-gestion des de la santé.

#### **7.1.3 : Mesures touchant aux ressources humaines, financières et matérielles.**

La mise en œuvre du PNDS 2007-2011 bénéficiera de :

- la mise en place des mécanismes spécifiques à l'importance à accorder au développement et à la gestion des ressources humaines du secteur santé ;
- l'affectation effective de ressources financières conséquentes dans le cadre tant du fonctionnement que de l'investissement ;
- la prévision de ligne budgétaire d'amortissement ;
- la mise en place effective de la nouvelle centrale d'achat de médicaments essentiels génériques ;
- la poursuite et du renforcement des partenariats avec les agences de coopération ;
- La mise en œuvre effective de l'initiative 20/20 tant sur le plan des inscriptions que des réalisations.

#### **7.1.4 : Mesures touchant à la pérennité du Plan.**

Dans le cadre de la pérennisation du PNDS, il conviendra d'accorder une attention particulière à :

- l'organisation des évaluations à mi-parcours et en fin de terme portant principalement sur les performances accomplies, les niveaux et taux de réalisation des interventions planifiées et les taux d'atteinte des résultats ;
- l'organisation des sessions de formations continue du personnel en service ;
- le renforcement du comité technique de suivi du PNDS, au regard des missions qui lui sont assignées ;
- le développement de l'approche contractuelle avec le privé, la communauté et la société civile.

#### **7.2. Recommandations**

Les recommandations s'adressent respectivement au comité de pilotage du PNDS, au gouvernement et aux directions départementales de la santé.

##### **7.2.1.Recommandations au comité de pilotage du PNDS**

- Prendre à cœur ses missions et attributions ;
- Mobiliser des ressources financières additionnelles, en faveur de la mise en œuvre du PNDS ;
- affecter effectivement les crédits nécessaires à l'exécution du Plan.

##### **7.2.2 .Recommandations au Gouvernement**

- adopter et publier les textes d'application du PNDS(organisation et fonctionnement), des CSI, hôpitaux de base, hôpitaux généraux, statut des formations sanitaires ;
- affecter dans les directions départementales de la santé et autres circonscriptions socio-sanitaires, des médecins et autres cadres formés en santé publique ;
- exécuter effectivement les budgets annuels affectés à la santé ;
- allouer des crédits conséquents au secteurs santé en vue de l'atteinte des objectifs du millénaire< pour le développement ;
- Prolonger l'âge requis d'admission à la retraite à 60 ans.

##### **7.2.3.Recommandations aux DDS**

Former effectivement les membres des organes de participation des communautés, à la co-gestion.

## CHAPITRE VIII : CADRE DE PROGRAMMATION DES DEPENSES SELON LES AXES ET LES LIGNES D' ACTIONS

Axe 1	Lignes d'actions	Coûts en FCFA	Nature de dépenses	
			Fonctionnement	Investissement
<b>Renforcement des capacités de gestion du système de santé à tous les niveaux.</b>	1.1 : Renforcement du cadre institutionnel et juridique du développement sanitaire	15 000 000	15 000 000	0
	1.2 : Renforcement du cadre de gestion des formations sanitaires (plan de rationalisation, projets d'établissement, plan directeur et outils de gestion administrative, technique et financière)	1 200 000 000	1 200 000 000	0
	1.3 : Développement des ressources humaines pour la santé	1 015 000 000	865 000 000	150 000 000
	1.4 : Développement du système national d'information Sanitaire	520 000 000	420 000 000	100 000 000
	1.5: Elaboration et mise en oeuvre de la stratégie de financement de la santé	155 000 000	155 000 000	0
	1.6: Réhabilitation/Equipement de l'inspection générale de la santé	40 000 000	0	40 000 000
	1.7: Réhabilitation/Equipement de la direction de la coopération	40 000 000	0	40 000 000
	1.8: Réhabilitation/Equipement de la direction des études et de la planification	40 000 000	0	40 000 000
	1.9: Réhabilitation/Equipement de la direction générale de la santé	50 000 000	0	50 000 000
	1.10: Réhabilitation/Equipement des directions centrales de la DGS	465 500 000	0	465 500 000
	1.11: Réhabilitation/Equipement de cinq (5) directions départementales de la santé	342 500 000	0	342 500 000
	1.12: Construction/Equipement de sept (7) directions départementales de la santé	932 000 000	0	932 000 000

<b>Renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux suite 1</b>	1.13: Réhabilitation/Équipement des sièges des circonscriptions socio-sanitaires	1 370 000 000	0	1 370 000 000
	1.14: Réhabilitation/Équipement des locaux des pharmacies des CSS	1 537 500 000	0	1 537 500 000
	1.15: Appui à la recherche sur le système de santé	465 000 000	100 000 000	365 000 000
	1.16: Appui à la coordination, au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS	500 000 000	500 000 000	0
	1.17: Appui à la recherche opérationnelle sur le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose	255 000 000	255 000 000	0
	1.18: Appui au fonctionnement des directions départementales de la santé	1 350 000 000	1 350 000 000	0
	1.19: Appui au fonctionnement des circonscriptions socio-sanitaires/district sanitaire	1 230 000 000	1 230 000 000	0
	1.20: Appui au fonctionnement des structures de soins	35 638 500 000	35 638 500 000	0
	1.21: Appui au fonctionnement du laboratoire national de santé publique	900 000 000	900 000 000	0
	1.22: Appui au fonctionnement du centre national de transfusion sanguine	900 000 000	900 000 000	0
	1.23: Etudes/construction du siège du ministère de la santé et de la population	2 400 000 000	0	2 400 000 000
	1.24: Appui au renforcement des capacités de riposte aux catastrophes et aux situations d'urgence	1 028 000 000	1 028 000 000	0
	1.25: Réhabilitation/Équipement de la Direction Générale de la Population	100 000 000	0	100 000 000
	1.26: Construction/Équipement des directions départementales de la population	1 200 000 000	0	1 200 000 000
	1.27: Participation aux rencontres régionales et internationales sur la santé	1 000 000 000	1 000 000 000	0
	1.28: Appui à l'organisation par le Congo des rencontres nationales, régionales et internationales sur la santé	600 000 000	600 000 000	0
1.29: Appui au fonctionnement des structures administratives du niveau central	40 200 000 000	40 200 000 000	0	

	<p><b>1.30 :</b> Appui au fonctionnement des structures médico sociales près des ambassades de Paris, Prétoria et Libreville</p>	13 720 000 000	13 720 000 000	0
<p><b>Renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux</b></p>	<p><b>1.31 :</b> Etudes/Audits/Documentation</p>	1 500 000 000	1 500 000 000	0
<p><b>Coût total axe 1</b></p>		<b>110 709 000 000</b>	<b>101 576 500 000</b>	<b>9 132 500 000</b>

Axe 2	Lignes d'actions	Coûts en FCFA	Nature de dépenses	
			Fonctionnement	Investissement
<b>Accroissement de la couverture sanitaire nationale en soins de santé de base</b>	2.1: Construction /Equipement de 31 CSI à PMAE	1. 860. 000. 000	63. 000. 000	1. 797. 000. 000
	2.2: Réhabilitation/Equipement de 74 CSI à PMAE	6. 750. 550. 000	148. 000. 000	6. 602. 550. 000
	2.3: Réhabilitation/Equipement de 122 CSI à PMAE dont 23 CSI des Forces armées congolaises (FAC)	6. 653. 000. 000	309. 000. 000	6. 344. 000. 000
	2.4: Construction /Equipement de 6 (Odziba, Souanké, Mfilou, Bilala, Poto-poto, Mounjali)	4. 950. 000. 000	0	4 950 000 000
	2.5: Etudes/Construction /Equipement de 2 H2R (Oyo et Ouesso)	4. 950. 000. 000	0	4 950.000 000
	2.6: Réhabilitation /Equipement de 24	16. 500. 000. 000	0	16 500 000 000
	2.7: Transformation/Equipement de 12 CSI à PMAE en	10. 500. 000. 000	0	10 500 000 000
	2.8: Création du centre spécialisé de traitement de la drépanocytose	700. 000. 000	200.000 .000	500. 000. 000
	2.9: Renforcement des services de santé préscolaire, scolaire et universitaire	892. 400. 150	392. 400. 150	500. 000. 000
<b>Coût total axe 2</b>		<b>53 755 950 150</b>	<b>1 112 400 150</b>	<b>52 643 550. 000</b>

Axe 3	Lignes d'actions	Coûts en FCFA	Nature de dépenses	
			Fonctionnement	Investissement
	3.1: Promotion des normes d'organisation, d'équipement et de fonctionnement des formations sanitaires	15 000 000	15 000 000	0
	3.2: Missions de supervision (niveaux central, intermédiaire et périphérique)	1 500 000 000	1 500 000 000	0
	3.3: Missions de monitoring action	500 000 000	500 000 000	0
	3.4: Missions d'inspection et de contrôle	60 000 000	60 000 000	0
	3.5: Construction ouvrages d'approvisionnement en eau dans 39 hôpitaux 1ère référence et 227 CSI dont 23 CSI des FAC	1 039 200 000	0	1 039 200 000
	3.6: Appui à la mise en place des unités de maintenance du matériel bio médical des et H2R	705 000 000	0	705 000 000
	3.7 : Elaboration d'un plan de maintenance des structures sanitaires des soins	300.000.000	10.000.000	290.000.000
	3.8: Installation des plaques solaires dans 227 CSI et 39	4 476 000 000	0	4 476 000 000
	3.9: Construction des ouvrages d'élimination des déchets bio médicaux dans 41 et 227 CSI	886 000 000	0	886 000 000
	3.10: Appui à la dotation des et les CSI en stocks initiaux de médicaments essentiels génériques (MEG) et médicaments traditionnels améliorés (MTA)	8 000 000 000	8 000 000 000	0
	3.11: Dotation des pharmacies des CSS en stocks initiaux des médicaments essentiels génériques	1 800 000 000	1 800 000 000	0
	3.12: Renforcement des unités cliniques spécialisées des 6 H2R (A, Sicé, Loandjili, Dolisie, CHU, HCA et 31 juillet)	27 750 000 000	600 000 000	27 150 000 000
	3.13: Renforcement des capacités opérationnelles du laboratoire national de santé publique	1 110 000 000	300 000 000	810 000 000
	3.14: Renforcement des capacités opérationnelles du CNTS à rendre disponibles les produits sanguins sécurisés dans tous les et les CSI à PMAE	1 500 000 000	600 000 000	900 000 000
	<b>Coût total axe 3</b>	<b>49 .641 .200. 000</b>	<b>13 385 000 000</b>	<b>36 256 200 000</b>

Axe 4	Lignes d'actions	Coûts en FCFA	Nature de dépenses	
			Fonctionnement	Investissement
<b>Intégration des composantes opérationnelles des programmes spécifiques de santé</b>	4.1: Mise en œuvre du plan national de communication intégrée en matière de santé	960 000 000	900 000 000	60 000 000
	4.2: Mise en œuvre du plan national de passage à l'échelle de la prise en charge globale des Personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVH)	29 028 256 350	23 661 615 000	5 366 641 350
	4.3: Mise en œuvre du plan national de passage à l'échelle de la PTME	1 000 000 000	600 000 000	400 000 000
	4.4: Mise en œuvre de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale	990 000 000	825 000 000	165 000 000
	4.5: Mise en œuvre de la stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PECIME)	1 159 950 000	775 000 000	384 950 000
	4.6: Renforcement des capacités opérationnelles du programme élargi de vaccination	2 000 000 000	1 500 000 000	500 000 000
	4.7: Renforcement des capacités opérationnelles du programme national de lutte contre le paludisme	1 400 000 000	1 100 000 000	300 000 000
	4.8: Renforcement des capacités opérationnelles du programme national de lutte contre la tuberculose	1 175 000 000	1 005 000 000	170 000 000
	4.9: Renforcement des capacités opérationnelles des autres programmes nationaux de lutte contre la maladie	4 320 000 000	3 600 000 000	720 000 000
	4.10: Renforcement des capacités opérationnelles de lutte contre les maladies non transmissibles	1 400 000 000	900 000 000	500 000 000
	4.11: Recherche de la médecine traditionnelle	135 000 000	90 000 000	45 000 000
	4.12: Appui au projet de survie et du développement de l'enfant	800 000 000	550 000 000	250 000 000
<b>Coût total axe 4</b>		<b>44 368 206 350</b>	<b>35 796 615 000</b>	<b>8 851 591 350</b>



Axe 5	Lignes d'actions	Coûts en FCFA	Nature des dépenses	
			Fonctionnement	Investissement
<b>Renforcement de la participation communautaire</b>	5.1: Appui à la restructuration/mise en place des comités de santé (COSA) et des associations des COSA	90.800.000	90 800 000	0
	5.2: Appui à la restructuration/mise en place des comités de gestion (COGES) des hôpitaux de 1 <sup>ère</sup> référence	60.000.000	60 000 000	0
	5.3: Appui à la mise en place des comités de direction (CODIR) des hôpitaux de 2 <sup>ème</sup> référence	72.000.000	72 000 000	0
	5.4: Appui à la formation des relais communautaires, des COSA, COGES et CODIR en matière, entre autres, de prise en charge des problèmes majeurs de la santé	1.020.000.000	1 020 000 000	0
<b>Coût total axe 5</b>		<b>1.242.800.000</b>	<b>1.242.800.000</b>	<b>0</b>

Axe 6	Lignes d'actions	Coûts en Fcfa	Nature des dépenses	
			Fonctionnement	Investissement
<b>Renforcement du partenariat et de la collaboration intersectorielle</b>	6.1: Appui au renforcement de la coopération sanitaire internationale	500 000 000	500 000 000	0
	6.2: Appui au développement du CIESPAC	800 000 000	0	800 000 000
	6.3: Appui à la collaboration inter sectorielle et à la société civile	40 000 000	40 000 000	0
	6.4: Appui à la contractualisation du secteur privé avec la société civile et la communauté.	100 000 000	100 000 000	0
<b>Coût total axe 6</b>		<b>1.440.000.000</b>	<b>640 000 000</b>	<b>800 000 000</b>

## Récapitulatifs des dépenses par axes en FCFA

AXES STRATEGIQUES	NATURE DES DEPENSES		TOTAL
	Fonctionnement	Investissement	
forcement des capacités de gestion à tous les ux du système de santé	101.576.500.000	9.132.500.000	110.709.000.000
roissement de la couverture sanitaire nationale en soins de santé de base	1.112.400.150	52.643.550.000	53.755.950.150
ancement de la qualité des soins	13.375.000.000	35.966.200.000	49.341.200.000
ation des composantes opérationnelles des mmes spécifiques de santé	35.806.615.000	8.861.591.350	44.668.206.350
forcement de la participation communautaire	1.242.800.000	0	1.242.800.000
forcement du partenariat et de la collaboration intersectorielle	640.000.000	800.000.000	1.440.000.000
<b>TOTAL PNDS 2007 - 2011</b>	<b>153.753.315.150</b>	<b>107.403.841.350</b>	<b>261.157.156.500</b>