

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

2006-2015

TABLE DES MATIERES

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS.....	IV
PREFACE.....	VI
RESUME ANALYTIQUE	VII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : PRINCIPALES REALISATIONS DU PNDS I ET JUSTIFICATION DU PNDSII.....	3
1.1. RESUME DES PRINCIPALES REALISATIONS DU PNDS I	3
1.2. JUSTIFICATION DU PNDS II	4
CHAPITRE II: ANALYSE DE LA SITUATION.....	5
2.1. CONTEXTE PHYSIQUE, DEMOGRAPHIQUE, POLITIQUE, SOCIAL ET ECONOMIQUE.....	5
2.1.1. Contexte physique	5
2.1.2 Contexte démographique	5
2.1.3. Contexte politique	8
2.1.4. Contexte économique.....	9
2.1.5. Contexte social.....	13
2.2 EAU, ASSAINISSEMENT, HABITAT ET STYLES DE VIE.....	14
2.3 SITUATION DE LA FEMME CENTRAFRICAINE	15
2.4 SITUATION DES PERSONNES AGEES	15
2.5 ALIMENTATION ET NUTRITION	15
2.6 ETAT DE SANTE DE LA POPULATION	16
2.6.1 Morbidité	16
2.6.2 Mortalité	19
2.7 SYSTEME NATIONAL DE SANTE	20
2.7.1 Analyse de la politique de santé, des plans et stratégies passés et en cours	20
2.7.2 Organisation du Système de santé	21
2.7.3 Gestion des services de soins.....	21
2.8 INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MEDICAMENTS	26
2.8.1 Infrastructures.....	26
2.8.2 Equipements	27
2.8.3 Médicaments, consommables et fournitures essentielles	27
2.9 RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE.....	28
2.9.1 Disponibilité et distribution des ressources humaines de santé	28
2.9.2 Formation du personnel	32
2.9.3 Gestion des ressources humaines.....	32
2.10 FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE	33
2.10.1 Sources de financement	33
2.10.2 Efforts nationaux pour le Financement de la santé.....	33
2.10.3 Répartition des dépenses de santé par niveau et par nature	36
2.10.4 Mécanismes de financement.....	37
2.11 PRINCIPAUX PROBLEMES DE SANTE ET DEFIS MAJEURS	38
2.11.1 Problèmes liés à l'état de santé des populations.....	38
2.11.2 Problèmes liés à la performance du système de santé	38
2.11.3 Problèmes liés à l'environnement.....	39
2.11.4 Défis Majeurs	39
2.11.5 Forces, faiblesses, contraintes, menaces et opportunités	40
CHAPITRE III: ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET PRIORITES D' ACTIONS	41
3.1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	41
3.1.1 Renforcement des capacités du cadre institutionnel et du partenariat	41

3.1.2	Promotion de la Santé de la Reproduction (SR).....	42
3.1.3	: Renforcement de la lutte contre la maladie, Gestion des Urgences et Catastrophes	42
3.1.4	Promotion d'un environnement propice à la santé	43
3.2.	OBJECTIFS SPECIFIQUES (RESULTATS) ET ACTIONS PRIORITAIRES.....	43
3.2.1	Un Cadre institutionnel et un partenariat sont renforcés à tous les niveaux	43
3.2.2	Des services de santé de la reproduction de qualité impliquant les hommes et les communautés sont disponibles pour les femmes en âge de procréer, les enfants et les jeunes.	46
3.2.3.	La morbidité et la mortalité attribuables aux maladies les plus courantes y compris le VIH/SIDA, les maladies non transmissibles et les situations d'urgences sont réduites.....	47
3.2.4.	La promotion d'un environnement physique et d'un style de vie propice à la santé est assurée.....	49
CHAPITRE IV: ESTIMATION DES BESOINS ET DES COUTS.....		50
4.1.	RESSOURCES HUMAINES	50
4.2.	INFRASTRUCTURES.....	51
4.3.	MATERIELS ET EQUIPEMENTS.....	52
4.4.	LABORATOIRE	54
4.5.	MOYENS DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION	55
CHAPITRE V: PLAN DE FINANCEMENT POUR LA PERIODE TRIENNALE 2006 - 2008		57
5.1.	ESTIMATION DES COUTS PAR ORIENTATION STRATEGIQUE	57
5.2.	EVALUATION DES FONDS DISPONIBLES ET PREVUS	57
5.3.	DETERMINATION DE L'ECART ENTRE LES BESOINS ET LES RESSOURCES DISPONIBLES.....	57
5.4.	MOYENS ET STRATEGIES POUR COMBLER L'ECART.....	57
CHAPITRE VI: CADRE DE MISE EN ŒUVRE		59
6.1.	STRUCTURES ET ORGANES DE MISE EN ŒUVRE.....	59
6.2.	MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE FINANCEMENT	60
6.3.	ROLE DES COMMUNAUTES ET DES PARTENAIRES.....	61
6.4.	FACTEURS FAVORISANT LA MISE EN ŒUVRE	61
6.5	CONTRAINTES DANS LA MISE EN ŒUVRE	61
CHAPITRE VII: SUIVI ET EVALUATION.....		62
7.1.	MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION.....	62
7.2.	COUT DE LA COMPOSANTE SUIVI/EVALUATION ET CADRE DE MISE EN ŒUVRE	62
CONCLUSION.....		63
ANNEXE 1 : DESCRIPTION DU PROCESSUS D'ELABORATION DU PNDS II.....		64
CYCLE DE PREPARATION DU DEUXIEME PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS II)		65
ANNEXE 2 : LES OBJECTIFS, CIBLES ET INDICATEURS DE SUIVI DU PNDS II.....		66
ANNEXE 3 : CADRE LOGIQUE DU PNDS II.....		69
ANNEXE 4 : ORGANES DE GESTION DU PNDS II.....		71

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

• ARV	: Anti-Rétroviraux
• ANTC	: Association Nationale des Tradipraticiens de Centrafrique
• APOC	: Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose
• ASC	: Agent de Santé Communautaire
• ASSOMESCA	: Association des Oeuvres Médicales pour la Santé en Centrafrique
• AVCI	: Années de Vie Corrigée de l'Incapacité
• AVP	: Années de Vie Perdues
• AVPI	: Années de Vie Perdues du fait d'une Incapacité
• BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
• BK	: Bacille de Koch
• CAB	: Cabinet du Ministre
• CERPHAMETA	: Centre de Recherche en Pharmacopée et en Médecine Traditionnelle
• CEMAC	: Communauté Economique et Monétaire d'Afrique Centrale
• CICR	: Comité Internationale de la Croix Rouge
• CIPD	: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
• CNHUB	: Centre National Hospitalier et Universitaire
• CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
• COGES	: Conseils ou Comités de gestion
• COOPI	: Coopération Italienne (ONG)
• CPN	: Consultation Périnatale
• CRAME	: Centre de Réapprovisionnement A Médicaments Essentiels
• CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
• DGSP	: Direction Générale de la Santé Publique et de la Population
• DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
• DOTS	: Traitement Directement Observé (sigle anglais)
• DPM	: Direction de la Pharmacie et du Médicament
• DR	: Direction des Ressources
• DTC	: Diphtérie – Tétanos – Coqueluche
• ED	: Enquête Démographique
• EDS	: Enquête Démographique et de Santé
• ECD	: Equipe Cadre de District
• ECVR	: Enquêtes sur les Conditions de Vies des ménages en milieu Rural
• ECVU	: Enquêtes sur les Conditions de Vies des ménages en milieu urbain
• EIBC	: Enquête Intégrale Budget Consommation
• EVF	: Education à la Vie Familiale
• FACSS	: Faculté des Sciences de la Santé
• FAO	: Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
• FMI	: Fonds Monétaire International
• FOSA	: Formation Sanitaire
• GAVI	: Alliance Mondiale pour les vaccins et la vaccination
• HCR	: Haut Commissariat aux Réfugiés
• HTA	: HyperTension Artérielle
• IADE	: Infirmier Accoucheur Diplômé d'Etat
• IB	: Initiative de Bamako
• IDA	: Agence Internationale de Développement
• IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
• IDH	: Indice du Développement Humain
• IEC	: Information, Education et Communication
• IPH	: Indice de Pauvreté Humain
• IRA	: Infections Respiratoires Aiguës
• ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
• IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
• LMD	: Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
• LNBCSP	: Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique
• MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
• MEPCI	: Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale
• MICS	: Enquête à Indicateurs Multiples
• MII	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
• MNT	: Maladies Non Transmissibles
• MSF	: Médecins Sans Frontière
• MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
• MSR	: Maternité Sans Risque
• MST	: Maladies sexuellement transmissibles

• NEPAD	: Nouveau Partenariat pour le Développement de l’Afrique
• OAC	: Organisations à Assises Communautaires
• OAPI	: Organisation Africaine pour la Propriété Intellectuelle
• OEV	: Orphelins et autres Enfants Vulnérables
• OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
• OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
• ONG	: Organisation Non Gouvernementale
• ONUSIDA	: Programme des Nations Unies sur le VIH/SIDA
• OPEP	: Organisation des Pays Exportateurs du Pétrole
• PAM	: Programme Alimentaire Mondial
• PMA	: Pays les Moins Avancés
• PAS	: Programme/Politique d’Ajustement Structurel
• PCT	: Poly ChimioThérapie
• PDVA	: Programme des Départs Volontaires Assistés
• PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
• PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
• FASR	: Facilités d’Ajustement Structurel Renforcé
• FRPC	: Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance
• PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
• PEV	: Programme Elargi de Vaccination
• PF	: Planification Familiale
• PIB	: Produit Intérieur Brut
• PIS	: Plan Intérimaire de Santé
• PMA	: Paquet Minimum d’Activités
• PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
• PNPPA	: Politique Nationale de Promotion des Personnes Agées
• PNSR	: Politique Nationale de la Santé de la Reproduction
• PPTTE	: Pays Pauvres Très Endettés
• PTPE	: Prévention de la Transmission du VIH des Parents à l’Enfant
• RCA	: République Centrafricaine
• RGPH	: Recensement Général de la Population et de l’habitat
• RHS	: Ressources Humaines pour la Santé
• RS (1,2,...7)	: Région Sanitaire N° (1,2,...,7)
• SFDE	: Sage Femme Diplômée d’Etat
• SG	: Secrétariat Général du Ministère
• SIDA	: Syndrome d’Immunodéficience Acquis
• SMI	: Santé Maternelle et Infantile
• SNIS	: Système National d’Information Sanitaire
• SODECA	: Société de Distribution d’Eau en Centrafrique
• SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence
• SR	: Santé de la Reproduction
• SSP	: Soins de Santé Primaires
• TGFG	: Taux Global de Fécondité Générale
• TIDC	: Traitement à l’Ivermectine sous Directives Communautaires
• THA	: Trypanosomiase Humaine Africaine
• TNS	: Taux Nets de Scolarisation
• TSL	: Technicien Supérieur de Laboratoire
• TSS	: Technicien Supérieur de Santé
• UCM	: Unité de Cession du Médicament
• UE	: Union Européenne
• UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
• UNICEF	: Fonds des Nations Unies Pour l’Enfance
• VAA	: Vaccin Anti Amarile
• VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux
• VAT	: Vaccin Anti Tétanique
• VPO	: Vaccin Poliomyélitique Oral
• VIH	: Virus de l’Immunodéficience Humaine

PREFACE

La République Centrafricaine a élaboré une Politique Nationale de Santé (PNDS) en 2000, laquelle vient d'être révisée en 2004. Le présent Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) est l'instrument de mise en œuvre de cette politique. Il a été élaboré sur la base des recommandations de l'évaluation du premier PNDS qui a été exécuté sur la période 1994-1998.

Fruit d'un large consensus grâce au processus participatif mis en place pour son élaboration avec l'implication de tous les acteurs et partenaires à divers niveaux du système de santé, le PNDS II se veut une réponse aux aspirations légitimes des populations en matière de santé.

En effet, après l'élaboration d'un module de formation en planification sanitaire, des responsables de santé et d'autres secteurs ont été formés à tous les niveaux du système : central, régional et préfectoral. Ces responsables formés ont appuyé les membres des équipes cadres des préfectures dans l'analyse de la situation et la microplanification, l'unité géographique retenue à la base étant la sous-préfecture en milieu rural et l'arrondissement pour la ville de Bangui.

Tous les microplans élaborés ont été validés par les organes des Soins de Santé Primaires, notamment les comités sous-préfectoraux et d'arrondissements. Par la suite, les plans préfectoraux et régionaux ont été validés par les Comités préfectoraux et régionaux. Enfin, les plans régionaux, après synthèse au niveau central, ont été validés respectivement par le Comité de Pilotage et le Comité National de Coordination des Soins de Santé Primaires.

Le PNDS actuel s'inscrit dans le prolongement du premier plan (PNDS I) et du Plan Intérimaire de Santé (PIS) 2000-2002. Il résume la description de l'analyse de la situation sanitaire du pays avec les principaux problèmes du secteur et les propositions d'interventions selon les axes stratégiques définis dans la politique nationale de santé qui sont : le renforcement du cadre institutionnel et du partenariat, la promotion de la santé de la reproduction, le renforcement de la lutte contre les principales maladies y compris le VIH/SIDA et la promotion d'un environnement propice à la santé.

Le PNDS II est élaboré pour une durée de dix ans et couvre la période 2006 - 2015. Il sera mis en œuvre à travers des plans triennaux glissants dont la première phase correspondra à celle du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP).

J'adresse toute ma gratitude au nom du Gouvernement à tous les partenaires nationaux et internationaux qui ont appuyé à des degrés divers l'élaboration de ce document, notamment l'Union Européenne et l'Organisation Mondiale de la Santé pour leurs soutiens financiers, techniques et matériels.

Je félicite les membres de la Cellule Nationale d'Elaboration du PNDS qui, en dépit des conditions de travail difficiles, ont su conduire le processus à terme.

Que tous les intervenants du secteur de la santé trouvent ici un cadre approprié devant guider leurs interventions dans le pays afin de répondre efficacement aux attentes des populations.

La Ministre de la Santé Publique
et de la Population

Mme Léa KOYASSOUM DOUMTA

RESUME ANALYTIQUE

La santé, l'un des secteurs prioritaires au plan national, est une composante essentielle de la lutte contre la pauvreté en RCA. Depuis plus d'une décennie, les pouvoirs publics centrafricains ont placé l'amélioration de la santé des populations au centre des préoccupations du développement national. Cependant, malgré les efforts déployés par le Gouvernement et ses partenaires, la situation sanitaire du pays n'est pas satisfaisante au regard du mauvais niveau des indicateurs de l'état de santé comme l'espérance de vie, les taux de mortalité infantile et maternelle, ainsi que la prévalence des maladies y compris le VIH/SIDA.

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

Le Plan National de Développement Sanitaire, en tant qu'instrument de mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé en République Centrafricaine, est basé sur une programmation à long terme (10 ans) et regroupe de ce fait l'ensemble des interventions prioritaires dans le secteur.

Le présent plan décrit la situation sanitaire de la population centrafricaine en mettant l'accent sur les éléments qui limitent la performance du système de santé et propose des stratégies novatrices permettant l'accès des citoyens à un meilleur état de santé. Prenant en compte les objectifs du millénaire pour le développement, la politique de santé pour tous dans la Région africaine au 21^{ème} siècle, l'Agenda 2020 et d'autres stratégies régionales et sous régionales, le PNDS II garantit l'équité et la justice sociale pour tous les centrafricains.

Les niveaux d'indicateurs de l'état de santé sont alarmants. En effet, en vingt ans, l'espérance de vie à la naissance de la population centrafricaine a reculé pour se situer à 40 ans pour les hommes et à 45,7 ans pour les femmes selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2003. Quant à la mortalité, le taux de mortalité générale est passé de 26‰ à 17‰ de 1959 à 1988. C'est à partir des années 90 que l'on a commencé à observer une tendance à la hausse. La pandémie du Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises (SIDA) en RCA, combinée à la profonde détérioration des conditions de vie de la population, explique le niveau de mortalité global élevé à ce jour qui est de 20,1 ‰. Le taux de mortalité infantile est passé de 97‰ en 1995 à 130,6‰ en 2000 et à 132‰ en 2003. Ce taux est inadmissible comparé à ceux d'autres pays (64 pour mille au Gabon et 5 pour mille en France). Celui de la mortalité infanto juvénile (enfants de moins de 5 ans) est de 220 pour mille (RGPH 2003) alors qu'il n'est que de 91 pour mille au Gabon et de 6 en France. La mortalité maternelle quant à elle, est passée de 683 à 948 pour 100.000 naissances vivantes de 1988 à 1995. Selon les données du RGPH 2003, ce taux est de 1355 pour 100000 naissances vivantes contre 420 pour 100.000 naissances vivantes au Gabon et 5 pour 100.000 naissances vivantes en Finlande.

La morbidité est dominée par les groupes des maladies ci-après :

Le premier groupe est constitué du VIH/SIDA (15%), du paludisme (38%) et de la tuberculose (9016 cas en 2004).

Le deuxième groupe est constitué des autres endémies comme l'onchocercose (11 préfectures sur 16 touchées), la lèpre (1,15 cas pour dix mille en 2003), la bilharziose (9580 cas en 2004) et la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), endémique dans 4 foyers (702 cas en 2004). La dracunculose est en voie d'éradication. D'autres maladies parasitaires sévissent dans le pays, mais leur situation épidémiologique n'est pas bien connue.

Le troisième groupe est représenté par les maladies menaçant la survie de l'enfant de moins de 5 ans que sont : les maladies diarrhéiques (25,7% en 2000) ; les infections respiratoires aiguës (17,45% en 2003) ; la malnutrition protéino-énergétique sévère et modérée et les carences en micro-nutriments ; les maladies cibles du PEV (rougeole, coqueluche, tétanos-néonatal) dont la prévalence est étroitement associée à la faiblesse de la couverture vaccinale. Les efforts d'éradication de la poliomyélite ont été compromis en 2004 par la survenue d'une grosse épidémie (30 cas de polio virus sauvage enregistrés).

L'analyse de la situation sanitaire et l'évaluation des stratégies et des politiques passées mettent en exergue les principaux problèmes suivants, outre ceux liés à l'état de santé des populations ci-dessus d'écrits : faible performance du système de santé ; insuffisance et vétusté des infrastructures et des équipements ; ruptures fréquentes de médicaments et vaccins ; insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines ainsi que leur mauvaise répartition ; insuffisance et mauvaise gestion des ressources financières ; environnement peu favorable à la santé des populations.

Prenant en compte les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces du secteur, les axes politiques et stratégiques prioritaires sont définis comme suit, conformes à la politique nationale de santé dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations centrafricaines : i) le renforcement des capacités du cadre institutionnel et du partenariat ; ii) la lutte contre la maladie et la gestion des urgences et catastrophes ; iii) la promotion de la Santé de la Reproduction, iv) la promotion d'un environnement propice à la Santé.

Des organes de mise en œuvre et des mécanismes de suivi sont définis à chaque niveau du système de santé. Un choix des cibles et des indicateurs est fait pour le suivi et l'évaluation du PNDS qui sera mis en œuvre à travers des plans triennaux dont le premier cycle coïncide avec le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.

Le coût total des interventions prioritaires est estimé à trois cent vingt cinq milliards cinq cent cinquante six millions quatre cent quatre vingt-quatre mille (325 556 484 000 Francs CFA).

VISION ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Vision

La vision de la politique nationale de santé, qui est de contribuer à l'amélioration de l'espérance et de la qualité de vie des centrafricains, se fonde sur une perspective de lutte contre la pauvreté prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé, la responsabilisation et la participation des communautés y compris les femmes et les jeunes dans le processus du développement sanitaire, le contexte politique et économique avec accent particulier sur la bonne gouvernance, et la capacité de l'Etat et de ses partenaires à mettre en œuvre cette politique.

Objectifs DU SECTEUR DE LA SANTE POUR LA PERIODE 2005-2015

Objectif général

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations centrafricaines, en particulier les couches les plus vulnérables et les plus pauvres.

Objectifs spécifiques

- a. Rendre performant le système national de santé ;
- b. Réduire le taux de mortalité maternelle de 1355 en 2003 à 339 pour 100.000 naissances vivantes en 2015 ;
- c. Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 220 en 2003 à 73 pour 1000 naissances vivantes en 2015 ;
- d. Réduire les taux de morbidité et de mortalité chez les jeunes et les adolescents ;
- e. Contribuer à réduire le taux de prévalence du VIH de 15% en 2005 à au moins 8 % en 2015
- f. Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies transmissibles (paludisme : de 38% en 2000 à 20% en 2015 ; Tuberculose : de 9016 nouveau cas en 2004 à moins de 5000 nouveau cas en 2015.) et les autres maladies non transmissibles ;
- g. Contribuer à l'amélioration du cadre physique et environnemental de vie des populations.

INTRODUCTION

Pour assurer la relance de son développement socio-économique, la République centrafricaine a inscrit la santé comme un des domaines prioritaires de ses actions en faveur des populations. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a finalisé et mis en œuvre le premier plan national de développement sanitaire (PNDS I) pour la période 1994-1998.

En 1998, le Gouvernement a procédé à une évaluation spéciale du secteur de la santé suivie en 1999 d'une évaluation externe du PNDS I. Ces deux évaluations ont permis de mettre en évidence les principaux points forts¹ et faibles² de ce PNDS et de formuler des recommandations dont les principales sont:

- La formulation d'une politique nationale de santé avant l'élaboration du PNDS II ;
- L'élaboration d'un nouvel organigramme comprenant moins de directions et services et regroupement des programmes pour une utilisation rationnelle des ressources ;
- La révision de l'Arrêté N° 185/MSPP/CAB/SG/DGSPP du 13 janvier 1994 fixant les normes en activités, en équipements et en personnel afin de proposer un personnel minimum par niveau de formation, de revoir les catégories des Centres de santé et d'en retenir un seul type avec un paquet minimum d'activités ;
- La mise en place immédiate d'un système pour le suivi et le contrôle des ressources financières par la création d'un comité consultatif composé des cadres du Ministère et des partenaires ;
- L'amélioration de la gestion des programmes par l'intégration des activités ;
- L'amélioration du système d'approvisionnement en médicaments par la création des dépôts régionaux et préfectoraux ;
- Le renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) par l'élaboration de nouveaux outils et la formation du personnel.

Ainsi, un plan intérimaire 2000-2002 a été élaboré et mis en œuvre, une politique nationale de santé a été formulée et adoptée en 2000.

En 2003, compte tenu des changements politiques majeurs intervenus dans le pays, le Ministère de la Santé Publique et de la Population, avec l'appui des partenaires au développement notamment l'OMS et l'Union Européenne, a relancé le processus d'élaboration du PNDS II qui coïncide avec l'élaboration par le Gouvernement de sa politique de réduction de la pauvreté. Il faut noter aussi que l'élaboration du PNDSII est intervenu au moment où le pays a engagé des réformes de grande ampleur telles que l'adoption d'une nouvelle Constitution le 27 décembre 2004 et l'organisation d'élections présidentielles et législatives en 2005.

Ainsi, le secteur de la Santé pourra compter sur les ressources additionnelles qui seront mobilisées à travers l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). Le PNDS II offrira donc l'opportunité de réorienter les actions de santé pour cibler davantage les groupes vulnérables et en même temps de s'acheminer vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), autre engagement du Gouvernement centrafricain. Le document du PNDS II intègre ces deux contextes nouveaux pour être en adéquation avec les préoccupations de développement national et d'amélioration de l'état de santé des populations surtout les plus pauvres. Le document prend également en compte la composante santé du NEPAD et d'autres initiatives mondiales, régionales et sous régionales.

Le processus d'élaboration du PNDS II comporte quatre étapes essentielles que sont : l'analyse de la situation sanitaire, la révision du document de politique nationale de santé, l'élaboration du plan national de développement sanitaire et un programme triennal glissant de sa mise en œuvre qui est en adéquation avec le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Le MSPP a mis en place un processus

¹ Points forts : Regroupement de plusieurs programmes sous la responsabilité d'un seul directeur coordinateur, formation des agents de santé dans le domaine de la lutte contre la maladie, développement des outils de gestion du SNIS et de la supervision intégrée, amorce de la décentralisation avec autonomie de gestion des hôpitaux et de l'UCM, décentralisation de la gestion du personnel...

² Points faibles: Verticalité des programmes, forte dépendance vis-à-vis du financement extérieur, inexistence de plans opérationnels annuels pour l'ensemble des programmes, non prise en compte des structures nationales de référence, insuffisance de coordination et de collaboration, faiblesse des supervisions et de l'évaluation, mauvaise gestion du SNID, insuffisance d'opérationnalisation des préfectures sanitaires...

participatif et décentralisé. Il a pris un Arrêté portant création des organes de gestion du processus d'élaboration du PNDS II sur une base consensuelle définissant leurs attributions, leur composition ainsi que les modalités de leur fonctionnement (cf. annexe 4).

Selon un canevas fourni par le MSPP, les sous-préfectures et les arrondissements de Bangui ont été amenés à élaborer leurs micros plans en vue de refléter les objectifs et priorités du niveau local. Ces micros plans ont été consolidés et harmonisés lors d'une retraite organisée avec l'appui de l'OMS, de l'Union européenne et de l'Unicef. La première mouture de ce premier document a été présentée au Comité de pilotage puis au Comité National de Coordination des Soins de Santé Primaires pour validation. La suite du processus prévoit une réunion des partenaires au développement pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du PNDS II.

Le présent document rappelle la vision et les objectifs de la politique nationale de santé et est structuré de la façon suivante:

- Principales réalisations du PNDS I et justification du PNDS II ;
- Analyse de la situation ;
- Priorités de santé ;
- Estimation des besoins et des coûts ;
- Plan de financement ;
- Cadre de mise en œuvre ;
- Suivi et évaluation ;
- Conclusion ;
- Annexes.

CHAPITRE I : PRINCIPALES REALISATIONS DU PNDS I ET JUSTIFICATION DU PNDSII

1.1 RESUME DES PRINCIPALES REALISATIONS DU PNDS I

Le PNDS I avait pour objectifs de :

- mettre en place un système de santé viable capable de soutenir le développement socio-économique du pays ;
- assurer un accès équitable aux soins de qualité à chaque centrafricain ;
- satisfaire les besoins prioritaires de la population et particulièrement des groupes cibles mères enfants et populations défavorisées ;
- permettre aux individus, aux familles et aux communautés de faire face eux-mêmes à leurs besoins fondamentaux de santé.

Les stratégies retenues étaient les suivantes :

- le maintien des acquis ;
- la promotion des actions de moindre coût ;
- le renforcement de l'approche intégrée des actions de santé ;
- la promotion de la participation communautaire.

L'évaluation du PNDS I a montré que les objectifs tels que rappelés ci-dessus n'étaient pas bien définis et non pertinents par rapport aux problèmes de santé identifiés. Ces objectifs répondaient mieux à des orientations stratégiques. Quant aux stratégies proposées, seuls le renforcement de l'approche intégrée des actions de santé et la promotion de la participation communautaire ont été jugés pertinents pour contribuer à la résolution des problèmes.

Pour la mise en œuvre du PNDS I, l'approche programme qui a été utilisée (19 programmes élaborés) a favorisé plus la verticalité que l'intégration, ce qui est contraire à l'idée du renforcement de l'approche intégrée. En outre, le financement du PNDS I n'a pas bénéficié de toute l'attention requise de la part du gouvernement et des partenaires au développement (bailleurs de fonds). A chaque niveau du système, il n'a pas été élaboré des plans annuels pour la mise en œuvre du PNDSI.

Les principales réalisations du PNDS I ont été les suivantes :

- la formation du personnel en matière de gestion des programmes ;
- l'élaboration de nombreux textes réglementaires sur le recouvrement de coûts dont ceux conférant l'autonomie partielle de gestion aux formations sanitaires avec implication de la communauté ;
- l'amélioration de la disponibilité des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) dans les formations sanitaires ;
- la dotation des structures en matériels, en équipements bio-médicaux et en moyens roulants.

Cependant le manque d'indicateurs récents de départ et d'arrivée n'a pas rendu possible l'évaluation du niveau d'atteinte des objectifs pour chacun des programmes. L'insuffisance des ressources financières, les troubles militaro-politiques, l'irrégularité des salaires et l'insécurité notamment sur les axes routiers ont été les principales contraintes à la mise en œuvre du PNDS I.

Par contre, l'exercice d'élaboration et de mise en œuvre du PNDS I a été utile pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population qui, pour la première fois, a disposé d'un tableau de bord pour la conduite de ses activités.

1.2. JUSTIFICATION DU PNDS II

L'élaboration du PNDS II se situe dans le prolongement du PNDS I et du Plan Intérimaire de Santé (PIS). En dehors des contraintes qui perdurent, les faiblesses relevées au cours processus d'élaboration et de mise en œuvre du PNDS I ont été prises en compte dans l'élaboration du présent plan et guideront sa mise en œuvre.

Il s'agira désormais de promouvoir effectivement l'approche intégrée dans la mise en œuvre des activités, d'adopter les stratégies du PNDS comme base de planification pour toute intervention dans le secteur, de pouvoir mobiliser effectivement les ressources requises, de disposer de bases factuelles devant permettre de mesurer les progrès, de veiller à élaborer des plans annuels, et de mettre en place des organes de suivi de l'exécution du plan. La collaboration avec les autres secteurs et partenaires tant publics que privés, nationaux qu'internationaux sera encouragée et recherchée.

CHAPITRE II: ANALYSE DE LA SITUATION

2.1. CONTEXTE PHYSIQUE, DEMOGRAPHIQUE, POLITIQUE, SOCIAL ET ECONOMIQUE

2.1.1 Contexte physique

La République Centrafricaine est un pays enclave, situé au cœur du continent et qui s'étend sur 623.000Km². Elle est limitée avec le Tchad au Nord, le Soudan à l'Est, le Cameroun à l'Ouest et, au Sud, avec la République Démocratique du Congo et la République du Congo. Ce pays, situé en zone tropicale pluvieuse (jusqu'à 8 mois de pluies au Sud), est caractérisé par une importante couverture forestière (de près de 3,5 millions d'hectares), un relief plat et accidenté et un réseau hydrographique dense qui compte 2 grands fleuves et plus de 30 importantes rivières.

Par ailleurs, le pays possède de multiples ressources minières; notamment: du diamant, de l'or et de l'uranium dont la plupart demeure inexploitée.

Ce contexte physique favorise le développement de nombreuses maladies transmissibles, et constitue un handicap majeur de développement sanitaire en raison de l'impraticabilité des routes et de l'existence de nombreuses zones enclavées.

2.1.2 Contexte démographique

a. Données générales

Les résultats du RGPH 2003 indiquent que la population centrafricaine ajustée en décembre 2003 était de **3.895.139** habitants dont 1.475.315 habitants (38%) résident en milieu urbain et 2.419.824 en milieu rural (62%).

b. Données de la population par sexe et milieu de résidence

La répartition de la population par sexe montre que les femmes représentent légèrement plus de la moitié (50,2 %) de l'effectif total. Le nombre d'hommes vivant en milieu urbain est légèrement plus élevé que celui des femmes. Ce léger déséquilibre s'expliquerait en partie par l'exode rural des hommes vers les centres urbains à la recherche de l'emploi.

Tableau 1 : Répartition de la population centrafricaine par sexe et milieu de résidence

<i>Milieu de résidence</i>	Masculin	% Masculin	Féminin	% Féminin	Total	%
Urbain	737.657	49,7	737.658	50,3	1.475.315	37.9
Rural	1.200.233	49,6	1.219.591	50,4	2.419.824	62.1
Ensemble RCA	1.937.890		1.957.249		3.895.139	100

Source : RGPH03

c. Données de population par sexe et par région administrative

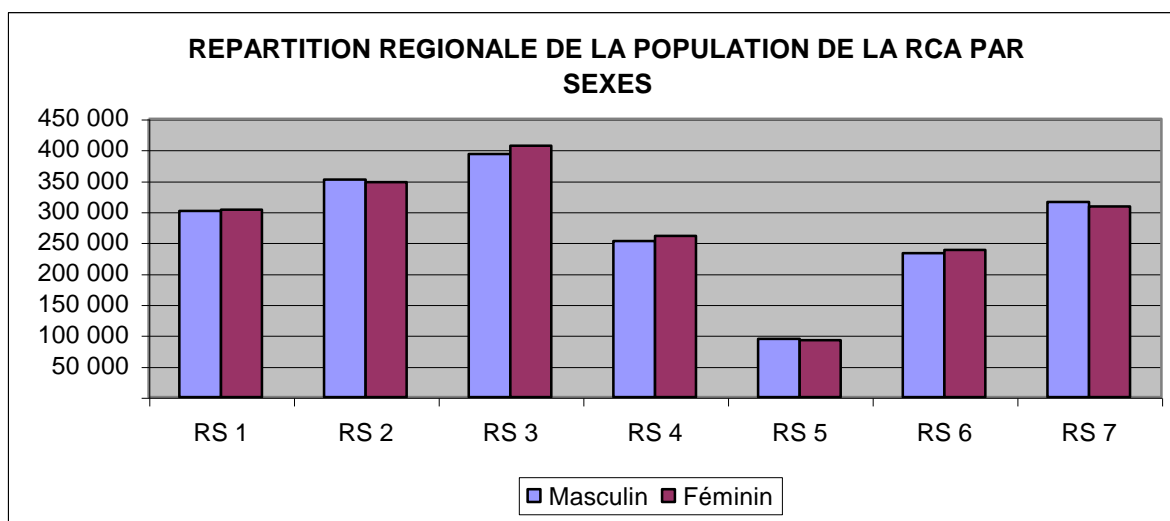
Les régions administratives sont inégalement peuplées. Les régions les plus peuplées sont la région3 (20,5%), la région2 (17,6%), la région7 (16,3%) et la région1 (15,5%).

Tableau 2: Répartition régionale de la population centrafricaine par sexe

REGION	Population ajustée			Pourcentage
	Masculin	Féminin	TOTAL	
REGION 1	300 872	302 727	603 599	15,5%
REGION 2	351 852	347 684	699 535	17,6%
REGION 3	392 721	407 006	799 727	20,5%
REGION 4	252 585	260 360	512 946	13,2%
REGION 5	93 860	91 940	185 800	4,8%
REGION 6	232 430	238 331	470 761	12,1%
REGION 7	315 006	307 765	622 771	16,3%
RCA	1939326	1955813	3895139	100%

Source : RGPH03

Figure n°1: Répartition régionale de la population centrafricaine par sexe



Source : RGPH03

d. Données de la population par sexe et densité par préfecture

Le tableau 3 montre que le Nord-Est du pays demeure encore sous peuplé avec moins d'un habitant au kilomètre carré. Il s'agit notamment des préfectures de : Bamingui-Bangoran (0,4 h/km² en 1975 et 0,7 h/km² en 2003), Haut-M'bomou (0,4 h/km² en 1975 et 1,0 h/km² en 2003) ; Haute-Kotto et Vakaga (0,4 h/km² en 1975 et 1,0 h/km² en 2003). La capitale Bangui enregistre une densité deux fois et demi supérieure à celle de 1975 : 3 777,5 h/km² contre 9 295,1 h/km² en 2003. Il en est de même pour toutes les autres préfectures.

Tableau 3 : Répartition par sexe de la population centrafricaine et densité par préfecture

Préfecture	Superficie en Km ²	Population			Rapport de Masculinité en %	Densité
		Masculin	Féminin	Total		
Lobaye	19 235	122 337	124 538	246 875	98,2	12,8
Ombella-Mpoko	31 835	178 535	178 189	356 725	100,2	11,2
TOTAL RS1	51 070	300 872	302 727	603 599	99,4	11,8
Mamberé Kadeï	30 203	184 026	180 769	364 795	101,8	12,1
Nana-Mamberé	26 600	116 620	117 046	233 666	99,6	8,8
Sangha-Mbaéré	19 412	51 206	49 869	101 074	102,7	5,2
TOTAL RS2	76 215	351 852	347 684	699 535	101,2	9,2
Ouham	50 250	182 265	186 955	369 220	97,5	7,3
Ouham-Pendé	32 100	210 455	220 051	430 506	95,6	13,4
TOTAL RS3	82 350	392 721	407 006	799 727	96,5	9,7
Kemo	17 204	58 520	59 900	118 420	97,7	6,9
Nana Gribizi	19 996	58 623	59 193	117 816	99,0	5,9
Ouaka	49 900	135 443	141 267	276 710	0,95	5,5
TOTAL RS4	87 100	252 585	260 360	512 946	97,0	5,9
Bamingui Bangoran	58 200	21 382	21 847	43 229	97,9	0,7
Haute Kotto	86 650	47 602	42 714	90 316	111,4	1,0
Vakaga	46 500	24 876	27 379	52 255	90,9	1,1
TOTAL RS5	191 350	93 860	91 940	185 800	102,1	1,0
Basse Kotto	17 604	122 966	126 184	249 150	97,4	14,2
Mbomou	61 150	81 291	82 717	164 008	98,3	2,7
Haut Mbomou	55 530	28 172	29 430	57 602	95,7	1,0
TOTAL RS6	134 284	232 430	238 331	470 761	97,5	3,5
Bangui (RS7)	67	315 006	307 765	622 771	102,4	9295,1
TOTAL RS7	67	315 006	307 765	622 771	102,4	9295,1
ENSEMBLE RCA	623 000	1 939 326	1 955 813	3 895 139	99,2	
%		49,8%	50,2%	100,0%		

e. Evolution de la fécondité

Caractérisée par une fécondité précoce, la République Centrafricaine est classée parmi les pays qui ont une forte fécondité. Malgré cette situation, elle fait partie des pays de la sous- région où la stérilité touche un grand nombre de femmes en âge de procréer. Le tableau 4 ci-dessous donne l'évolution de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 1959 à 2003.

Tableau 4: Evolution des indicateurs de fécondité de 1959 à 2000

INDICATEURS	ED 1959-60	RGP 1975	RGP 1988	EDS 1994-95	MICS 2000	RGPH 2003
ISF	5,7	5,9	6,1	5,1	-	5,1
TGFG (mille)	157	174	191	181	-	161,9
TBN (mille)	48	43	42	38	-	39,1
Taux stérilité primaire (%) (femme 40-49 ans)	19	18	26	8	-	10,2
Taux stérilité secondaire (%) (femme 40-49 ans)	-	-	11	-	-	-
Taux d'utilisation de la contraception	-	-	-	3,1	6,9	

f. Evolution de la mortalité

De 1959 à 1988, période pendant laquelle l'environnement socio-économique était favorable, le taux de mortalité en RCA a connu une baisse sensible passant de 26‰ en 1959, à 18‰ en 1975 pour atteindre 17‰ en 1988. A partir des années 90, la situation sanitaire en RCA a commencé à se dégrader. La mortalité infantile qui est une composante de la mortalité générale, est passée de 97‰ en 1995 à 131‰ en 2000, puis à 132‰ en 2003, soit une hausse de 36,1%.

La pandémie du sida en RCA, combinée à la profonde dégradation des conditions de vie de la population sont autant de facteurs de détérioration de la mortalité globale (20,06‰).

Tableau 5 : Evolution des indicateurs de la mortalité de 1959 à 2003

INDICATEURS	ED 1959- 60	RGP 1975	RGP 1988	EDS 1994-95	MICS 2000	RGPH 2003
TBM (‰)	26	18	17	-	-	20,06
Quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0)	-	261	211	157	194	220
Quotient de mortalité infantile (1q0)	190	185	132	97	131	132
Quotient de mortalité juvénile (5q1)	-	93	91	67	73	101

g. Evolution de la migration

Très peu de statistiques sont disponibles sur la migration. Le solde migratoire inter censitaire pour la période de 1975 à 1988 était supposé nul. Une telle hypothèse n'est plus plausible aujourd'hui au regard des multiples crises militaro-politiques que le pays a connues ces dernières années.

Les données de la cartographie censitaire de 1999-2000 ont permis une estimation approximative de la population. Il ressort de ces données et de celles du recensement de 2003 que la population centrafricaine est passée de 3.008.159 habitants à 3.895.139, soit un gain de 886.980 habitants en trois (3) ans.

En résumé, la population centrafricaine est stable, jeune et rurale à 62%. Essentiellement concentrée dans les régions III, II, VII et I, elle se caractérise par un taux d'accroissement annuel de 2,5%, une mortalité maternelle et infantile élevée et une faible espérance de vie à la naissance. Les femmes et les enfants de moins de 15 ans représentent plus de 80% de la population et constituent les couches les plus vulnérables, de même que les nomades et les pygmées, ce qui présage d'une forte pression sur les services de santé et d'une forte demande en services de santé. L'équité et l'efficacité dans la fourniture des services de santé impliquent donc le ciblage des priorités de ces groupes en particulier.

2.1.3 Contexte politique

Le régime issu du changement politique a mis en place un Gouvernement et un Conseil National de Transition, reflète d'un large consensus national, qui associe toutes les forces vives de la Nation (partis politiques toutes sensibilités confondues, syndicats, société civile et organes de presse). Aucun parti politique n'a été dissout par les nouvelles autorités. De nombreux organes de presse privés ainsi que les centrales syndicales continuent d'exercer leurs activités. Les institutions de Transition étaient chargées entre autres, d'organiser le « Dialogue national » tenu en août et septembre 2003 et de conduire la transition pour une période de deux (2) ans. Elles étaient en outre chargées de préparer et d'organiser les différentes consultations générales et locales devant permettre le retour à une vie constitutionnelle et la pratique d'une bonne gouvernance.

A ce jour, le pays est revenu à une vie constitutionnelle normale grâce à l'organisation d'un référendum constitutionnel et des élections législatives et présidentielles respectivement en décembre 2004 et en mai 2005.

En résumé, l'instauration progressive d'un environnement politique favorable au développement suscite chez les populations de réels espoirs qu'il est indispensable de satisfaire à travers la bonne gouvernance et la culture de la paix.

2.1.4 Contexte économique

a. Evolution du contexte économique

Depuis plus d'une dizaine d'années, le pays reste très vulnérable à cause de l'instabilité engendrée par des séries d'événements politico-militaires. Son économie qui en sort très sinistrée est caractérisée par un large secteur informel, une faible capacité à générer des revenus, un marché de capitaux inexistant et reste sensible à la volatilité du prix des produits de base et à la fuite des capitaux. Les facteurs tels que la dégradation du tissu économique, les tracasseries administratives et l'insécurité sur les principaux axes où se déroulent les trafics favorables aux flux d'imports et exports ne contribuent pas à stimuler globalement le commerce intérieur et extérieur en RCA.

Par ailleurs, l'une des principales manifestations de cette crise économique est le non-paiement régulier des salaires qui a engendré des troubles sociaux et politiques dans le pays. Elle a détérioré les conditions de vie de la population, amplifié la pauvreté et rendu l'accès difficile de la majorité de la population aux services sociaux de base.

Depuis 1990, la croissance économique de la République Centrafricaine n'a pas connu un rythme soutenu et durable. Le taux moyen de croissance annuel du PIB réel depuis lors est de 1,8% inférieur au taux de pression démographique (2,5%) et apparaît très faible comparativement à l'ensemble des pays les moins avancés (PMA : 4% en moyenne sur la même période)³. Ce qui s'avère très insuffisant pour réduire la pauvreté en RCA⁴.

b. Principaux emplois du PIB

Entre 2000 et 2004, le produit intérieur brut a connu une légère hausse (726,2 milliards en 2002), soit une augmentation moyenne de 3,8% sur la période. Cette croissance qui est essentiellement portée par le secteur primaire reste encore faible comme indique le tableau n°6.

³ Rapport du Groupe de travail croissance et relance du secteur privé", Diagnostic de la croissance (analyse des tendances économiques). P. 4. STP/CSLP, version révisée 2004.

⁴ Plusieurs études ont montré que pour combattre la pauvreté dans les pays en développement, il faut que la croissance soit forte (autour de 7%) et durable (sur au moins 10 ans).

Tableau 6: Evolution du PIB de 2000 à 2004

Secteur	2000	2001	2002	2003	2004
Secteur Primaire	341,4	365,3	370,4	380,3	383,8
Agriculture	174,3	195,2	197,4	209,3	213,8
Subsistance	165,1	185,7	193,2	206,7	211
Culture de rente	9,2	9,5	4,2	2,6	2,8
Elevage	71,3	76,9	80,7	82,9	84,6
Chasse et Pêche	33,5	36	38,6	40,3	44,8
Forêts	62,3	57,2	53,7	47,8	40,6
Secteur secondaire	101,6	105	104,1	99,8	99,3
Manufacture	44,8	46	47,7	46,1	45,7
BTP	26,7	29	29,7	30,9	30,9
Autres	30,1	30	26,7	22,8	22,7
Secteur tertiaire	199,3	202,3	207,6	188	193
Services marchands	128,9	140,7	142,6	136,5	140,5
Transport	25,6	26,8	27,9	26,6	27,4
Commerce	68,2	75,2	75,7	72,3	74,4
Autres	35,1	38,7	39	37,6	38,7
Non marchands	70,4	61,6	65	51,5	52,5
Administration centrale	39,4	39,8	45,1	47	45
Coopération internationale	31	21,8	19,9	4,5	7,5
PIB au Prix des facteurs	642,3	672,6	682,1	668,1	676,1
Taxes indirectes	34,2	29,6	36,5	23,6	25,3
Droits de douanes	6,6	7	7,6	7,7	5,2
PIB au prix des facteurs	683,1	709,2	726,2	699,4	706,6

Source: Aide mémoire du FMI, Octobre 2004

Le PIB par habitant est passé de 470 dollars US en 1977 à 349 dollars en 1995, puis 265 dollars en 2000, pour s'établir à 415 dollars en 2003 classant la RCA au 169^{ème} rang sur 177 pays en terme d'Indice du Développement Humain (IDH) en 2004. Le pays présente des caractéristiques de pauvreté 84^{ème} rang sur 95 pays en terme d'Indice de Pauvreté Humain (IPH : 47,7%). Aussi, la pauvreté qui est reconnue préoccupante, se manifeste par des disparités entre milieu urbain et rural. En effet, selon les résultats des enquêtes sur les conditions de vies des ménages en milieu urbain et en milieu rural (ECVU et ECVR), la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 72,9% en milieu rural dont 60,4% sont concernés par la pauvreté alimentaire⁵. En milieu urbain, la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 68,3% dont 51% sont concernés par la pauvreté alimentaire.

c. Finances publiques

Le tableau des opérations financières de l'Etat ci-dessous, qui donne un aperçu de la politique budgétaire, montre que la situation des finances publiques reste fragile en dépit des mesures d'assainissement mises en œuvre dans le cadre de l'ajustement structurel (PAS, FASR, FRPC). En effet, les recettes de l'Etat demeurent insuffisantes pour couvrir les besoins prioritaires de la population notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation.

⁵ Concerne les personnes qui ne parviennent pas à satisfaire 75% du minimum des dépenses requises pour obtenir la ration calorique minimale par adulte par jour de 2400 kca/j.

Tableau 7: Opérations financières de l'Etat (2001-2004)

	2001	2002	2003	2004(**)
Recettes totales	63,2	78,4	53,7	41,2
Recettes fiscales	51,8	61,4	45,1	34,9
Taxes directes	15,2	17,2	13,8	12
Taxes indirectes	24,8	33,3	20,9	14,5
Taxes sur le commerce extérieur	11,8	10,9	10,4	8,4
Dont taxe l'import	7	7,6	6,7	4,4
Recettes non fiscales	11,4	17	8,6	6,3
Dépenses totales	-93,6	-114,5	-97,2	-61,1
Dépenses primaires	-51	-57,3	-58,1	-39,1
Salaires et traitements	-29,2	-33,1	-34,5	-24,8
Biens et services	-14,6	-17,1	-16,3	-9,9
Transferts et subventions	-7,2	-7,1	-7,3	-4,4
Intérêts de la dette	-9,8	-11,2	-7,9	-5,1
Dette extérieure	-8,5	-7,3	-5	-4,4
Dette intérieure	-1,3	-3,9	-2,9	-0,7
Dépenses en capital	-32,8	-46	-31,2	-16,9
Sur ressources intérieures	-9,7	-13,5	-11,2	-6,4
Sur ressources extérieures	-23,1	-32,5	-20	-10,5
Solde global	-30,4	-36,1	-43,5	-19,9
dont solde primaire	2,5	7,6	-15,6	-4,3
Variation des arriérés	-7,3	21,4	27,3	17,6
Intérieur	-15,1	-4,7	3,5	0,8
Extérieur	7,8	26,1	23,8	16,8
Balance globale (base caisse)	-37,7	-14,7	-16,2	-2,3
Financement	37,8	11,2	16,2	5,8
Extérieur	26,5	10,8	15,5	-3
Projets	23,1	32,5	25,8	5,7
Dons	21,8	26,5	12,3	1,2
Prêts	1,3	6	3	4,5
Autres			10,5	
Programme	12,2	2,3	9,1	1,7
Dons	2,5	1	4,1	0,7
Prêts	9,7	1,3	5	1
Amortissement	-15,2	-24	-19,4	-10,4
Dette extérieure payée	6,4	0	0	0
Intérieur	11,3	0,4	0,7	8,8
Système bancaire	9,2	1	1,1	8,8
BEAC	9	2,1	-1	8,2
FMI	7,3	0	0	3,1
Autres	1,7	2,1	-1	5,1
Banques commerciales	0,2	-1,1	2,1	0,6
Non bancaire	2,1	-0,6	-0,4	0
Solde résiduel de financement	-0,1	3,5	0	-3,5
PIB*	709,2	726,2	699,2	703,2

NB. *Aide mémoire FMI, 30/10/2004 ; (**) Réalisation 3 premiers trimestres 2004

d. Dette extérieure

La République Centrafricaine fait partie des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). En 2003, l'encours de la dette qui est de 566 milliards de FCFA représente environ 80% du produit intérieur brut.

Conscient de la situation d'extrême pauvreté dans laquelle se trouve la majeure partie de la population centrafricaine, le gouvernement entreprend des efforts pour finaliser le Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP), qui devra déterminer les principaux axes d'intervention pour la lutte contre la pauvreté et servir de cadre de coopération avec les partenaires au développement.

Cet exercice qui se situe dans la droite ligne d'accès à l'initiative PPTE, devra offrir des perspectives meilleures pour le financement des secteurs sociaux de base dont la santé, en raison d'un allègement important de la dette.

e. Perspectives économiques

Selon les données récentes, après la morosité économique de 2003, liée aux récents évènements politico-militaires et à l'environnement international peu favorable (baisse des cours de principales cultures de rentes, hausse du prix du pétrole), les perspectives semblent s'améliorer progressivement grâce à :

- la consolidation de la paix et surtout du climat de sécurité à travers le déploiement des troupes de la Communauté Economique et Monétaire d'Afrique Centrale (CEMAC) et de l'armée nationale à l'intérieur du pays ;
- la reprise et l'amélioration de la production dans le secteur minier et forestier qui afficherait un taux de croissance de plus de 5 % suite à l'application des mesures prises par les états généraux desdits secteurs ;
- l'accroissement du volume de fret dans les trois modes de transport (aérien, fluvial et routier) ;
- la reprise de la demande intérieure portée par les efforts de paiement des salaires dans le secteur public et la reprise des activités agricoles ;
- le retour à la légalité constitutionnelle.

A cela, il faut ajouter la reprise progressive des relations avec la communauté internationale qui a permis la levée de mesures de suspension sur certains projets importants. C'est dans ce contexte qu'un programme post conflit approuvé en juillet 2004 par le Fonds Monétaire International (FMI) est en cours d'exécution. Le Gouvernement a également engagé des mesures d'assainissement des finances publiques qui portent sur l'élargissement de la base taxable, la maîtrise des dépenses publiques, l'assainissement de la gestion des entreprises du secteur public. En vue de garantir l'allocation de crédits conséquents des secteurs prioritaires, un comité chargé du suivi des engagements des dépenses en faveur desdits secteurs a été mis en place. Cependant, l'environnement international reste un sujet de préoccupation pour deux faits majeurs, notamment :

- l'envolée du cours du pétrole et l'appréciation de l'euro par rapport au dollar, et
- la persistance de la guerre en Asie, au Moyen Orient et dans la Sous-Région.

f. Emploi

Le secteur primaire, principalement l'agriculture, occupe 80 % de la population active et consacre une part très importante du produit en revenu non monétaire pour la subsistance de la population. Le développement du secteur informel a créé de nombreux débouchés pour les jeunes diplômés sans emploi et les jeunes victimes de la déperdition scolaire. L'Etat qui est le premier pourvoyeur d'emplois modernes encourage la création d'emplois dans le secteur privé qui malheureusement a connu d'importantes destructions.

En résumé, on note au niveau de l'Etat un faible niveau des recettes publiques, par conséquent un faible niveau de décaissement des ressources pour les dépenses de santé. Les ressources allouées aux différentes structures de soins sont inégalement réparties et la transparence dans leur gestion est à améliorer. Au niveau des partenaires extérieurs, les informations sur le financement sont parcellaires et les procédures de décaissement des fonds alloués sont longues et parfois complexes. Les dépenses de santé des ménages sont excessives dans un contexte de pauvreté.

Le Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP) en cours d'élaboration et les opportunités offertes par le fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et le fonds GAVI laissent espérer de meilleures perspectives pour le financement de la santé.

2.1.5 Contexte social

Le pays est doté d'un ciment socioculturel intercommunautaire forgé par l'histoire de la Centrafrique et matérialisé par la pratique d'une seule langue nationale: le Sango. Cette unité dans la diversité ethnique est aussi l'un des socles de l'unité nationale qui, à l'aube des indépendances, a créé les conditions de stabilité, de paix, de sécurité et de croissance économique d'une Nation dont « Bangui la coquette » était la vitrine.

a. Santé

Sur les 3 895 139 habitants que compte le pays, 67 % vivent avec moins d'un dollar par jour. Cette pauvreté compromettrait de façon durable l'accès d'une plus grande proportion de la population aux soins de santé.

Les autres facteurs limitant l'accès aux soins sont les problèmes de mauvaise gouvernance dans les formations sanitaires tels que la mauvaise gestion des ressources et la démotivation du personnel pour cause d'accumulation d'arriérés de salaires ne permettant pas l'amélioration de la qualité des services, le mauvais accueil, la longue file d'attente et le racket des patients dans les structures de soins. Le problème d'accessibilité se pose aussi en termes d'insuffisance, de mauvaise répartition des infrastructures et des ressources, et du faible pouvoir d'achat des populations. Même là où les infrastructures existent, le coût d'accès aux soins médicaux, les frais de transport pour atteindre les structures éloignées restent prohibitifs eu égard au faible pouvoir d'achat des ménages notamment en milieu rural.

b. Education

D'une manière générale, le système éducatif centrafricain continue d'exclure une partie importante de la population centrafricaine. Sur le plan de l'alphabétisation, plus de la moitié des centrafricains est encore analphabète. Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans et plus (48,2% dont 27% pour les femmes) demeure inférieur aux moyennes du continent et de la zone CEMAC estimées respectivement à 61,2% et 67,7%. A l'intérieur d'un groupe socio-économique, on observe que la discrimination selon le genre est très prononcée dans les groupes pauvres où les hommes sont 3 fois plus alphabétisés que les femmes tandis que l'écart n'est que de 1,3 dans les groupes riches.

Au niveau primaire le taux brut de scolarisation et le taux net de scolarisation (TNS) en 2003 étaient respectivement de 68,7% et 40,7%. Ces taux sont généralement en défaveur des filles et du milieu rural. Au niveau du genre, les taux de parité sont non seulement faibles, mais inférieurs à la moyenne régionale : 3 garçons sur 2 filles sont scolarisés. De façon générale les enfants des parents non pauvres ont 2,4 fois plus de chances d'être scolarisés (49%) que les enfants des pauvres (20,4%). A l'intérieur d'un groupe socio-économique donné, la discrimination garçons/filles en matière de scolarisation des enfants au primaire apparaît plus importante chez les pauvres avec un TNS de 25 % pour les garçons et 19 % pour les filles contre 66 % pour les garçons et 64 % pour les filles chez les groupes non pauvres. Selon les données des recensements (RGPH 88 et RGPH2003) et de l'enquête MICS 2000, le taux net de scolarisation du primaire est en constante dégradation passant de 47,8% en 1988 à 42,9% en 2000, puis à 40,7% en 2003. Peu d'élèves inscrits en première année du primaire atteignent la classe de CM1 (12,8%) ou CM2 (7%). Sur ce plan, les enfants des groupes non pauvres inscrits en première année du primaire ont deux fois plus de chance d'atteindre la 5^{ème} année sans échec que les enfants des pauvres.

Au niveau secondaire, le taux brut de scolarisation est de 21%. L'objectif du sommet mondial pour l'enfance fixant à 80 % la proportion des enfants devant terminer le fondamental 1 est encore loin d'être atteint. Seulement 11 % des enfants âgés de 12-17 ans fréquentent le secondaire.

Les contraintes majeures au développement du système éducatif centrafricain se résument en quatre catégories : l'accès et l'accessibilité, l'équité, les problèmes de financement et l'instabilité sociopolitique.

Par ailleurs, il se pose un problème au niveau du nombre et de la qualité des enseignants. Le programme des départs volontaires assistés (PDVA) dans les années 80 doublé de la pandémie du VIH/SIDA a vidé le système éducatif d'une partie importante de ses agents; et depuis cette date, les mesures prises pour combler le vide (la formation accélérée des maîtres à raison de 250 par an sur trois ans sur financement Banque Mondiale à partir de 1990) n'ont pas pu résoudre le problème de l'insuffisance des effectifs surtout au niveau du Fondamental 1. A ces problèmes, il faut ajouter l'insuffisance généralisée et prononcée de manuels scolaires et autres supports pédagogiques.

En conclusion, le système éducatif souffre d'une capacité très faible à scolariser les enfants en âge d'aller à l'école et à alphabétiser les adultes. La forte déperdition scolaire, le faible taux de scolarisation des jeunes filles, l'insuffisance de qualité de l'enseignement dispensé et la répartition inégale des infrastructures scolaires figurent parmi les contraintes majeures du système éducatif. La détérioration du système éducatif a des repercussions négatives sur la santé de la population en termes d'accès à l'information sanitaire et à l'utilisation des services de santé et à l'adoption de comportement favorable à la santé.

2.2 EAU, ASSAINISSEMENT, HABITAT ET STYLES DE VIE

A la précarité de la situation de santé des populations, il faut ajouter les conditions d'hygiène et de logement très critique. En 2000, le taux de desserte en eau potable était de 55% dont 48% en milieu rural. En milieu urbain, la Société de Distribution d'Eau en Centrafrique (SODECA) dessert 11500 abonnés dont 8500 à Bangui et 3000 dans sept (7) centres secondaires. Sur les 31 villes de plus de 10000 habitants, seules huit (8) sont dotées d'un système de fourniture d'eau potable, ce qui représente un taux actuel de couverture de 22%.

En milieu rural, il existe à ce jour 2 900 points d'eau moderne réalisés sur l'ensemble du pays, représentant un taux de couverture de 34 % de la population rurale. Si l'on considère que la RCA compte près de 9 000 villages, centres ruraux et centres semi-urbains, il en découle que le taux demeure très bas. Par ailleurs, il existe également d'énormes disparités spatiales avec des taux qui varient de 2 à 66% ; à cela s'ajoute 20 à 25% de pompes en panne. Les derniers événements ont conduit à de nombreuses dégradations de forages, au pillage des bases logistiques qui assuraient et géraient la maintenance des points d'eau. Les distances à parcourir par les ménages pour atteindre les sources d'eau potable restent longues. Cela rend difficile l'appropriation et l'application des enseignements d'une hygiène élémentaire comme l'hygiène corporelle, vestimentaire et alimentaire.

Sur le plan de l'assainissement, la situation est très préoccupante bien que l'on note une habitude d'utilisation des latrines traditionnelles et faiblement des latrines améliorées dans les villages (0,6%) ; celles-ci ne répondent pas souvent à des conditions d'hygiène adéquates.

En matière d'habitat, la situation est aussi préoccupante. Les contraintes résultent du fait que le problème de l'habitat est tributaire de plusieurs facteurs (institutionnels, politiques, socioculturels et financiers). La République Centrafricaine ne dispose pas d'une politique cohérente de développement du secteur. La constitution des titres fonciers reste encore faible dans les centres urbains, soit seulement 20 % de la demande. Au niveau national, plus de 72 % des logements sont de type traditionnel. Au niveau de Bangui 10,20 % de la population vivent dans les habitats du type traditionnels améliorés, 62,92 % dans les habitats en semi-dur auto-construits (moellons hourdés au mortier de ciment pour la fondation, les murs en parpaings de terre compressés ou des briques cuites ; toitures en tôles) et seulement 11,82 % qui vivent dans les habitats modernes (habitat en dur)⁶. Concernant les matériaux, 79,8 % des logements ont un mur construit en briques de terre et 3% en ciment. A cela, s'ajoute le manque de systèmes d'égouts et de drainage dans les centres urbains. On relève qu'au moins 14 à 18% des habitants de la ville de Bangui sont inondés de 10 à 20 jours par an.

⁶ Source : Recensement de 1988

Le secteur privé demeure peu intéressé par l'habitat en République Centrafricaine en dehors de quelques initiatives dans la fabrication des briques cuites et l'auto construction massive des logements en semi durs.

La typologie de l'habitat en République Centrafricaine met en évidence le malaise qui affecte l'image du sous-secteur tel que la consommation d'espace, la prolifération d'un habitat incontrôlé en milieu urbain, la densification des quartiers centraux, la construction insuffisante de logements, le coût élevé de la construction, l'absence d'une politique de promotion des matériaux locaux...

En résumé, l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement adéquat et l'accès à un habitat décent tant en milieu rural qu'urbain sont faibles dans le pays. Cette carence qui est liée à l'arrêt ou à l'insuffisance des financements affecte particulièrement les ménages pauvres se situant d'une part en milieu rural et d'autre part à la périphérie des centres urbains où se développe l'habitat spontané et anarchique. Ainsi, on assiste au développement des maladies du péril hydrique et des épidémies (Shigelloses, Choléra, Hépatite E).

Les nouveaux styles de vie, les comportements à risque, les abus et tabous alimentaires constituent autant de facteurs de morbidité pour les Centrafricains dont l'ampleur mérite d'être évaluée.

2.3 SITUATION DE LA FEMME CENTRAFRICAINE

Tout ce qui a trait à la sexualité et à la fécondité est souvent géré par des coutumes rigides. Les normes sociales sont encore favorables à une forte fécondité, notamment en milieu rural, et favorise les unions précoces. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), une proportion importante des filles entrent précocement en union (57,7% avant 15 ans). Or la précocité des unions et les grossesses rapprochées dues à l'ignorance et à la non utilisation des méthodes contraceptives portent atteinte à la santé.

Selon les données MICS 2000, les pratiques traditionnelles néfastes comme les mutilations génitales féminines (35,9% au niveau national), le lévirat, le sororat, les violences corporelles (45,4%), les violences sexuelles (32,2%) et les tabous alimentaires constituent autant de facteurs de risque pour la santé du couple mère-enfant. Pour lutter contre ces pratiques, le Gouvernement, par le biais du Ministère de la Famille, des affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, a élaboré une politique nationale de promotion de la femme assortie de plans d'action.

2.4 SITUATION DES PERSONNES AGEES

Avec le vieillissement d'une partie de la population, la situation des personnes âgées (4,2% pour les 60 ans et plus) commence à être un sujet de préoccupations pour le Gouvernement qui a doré et déjà pris les mesures suivantes :

- élaboration et adoption d'une Politique Nationale de Promotion des Personnes Agées (PNPPA) ;
- élaboration d'un plan d'action national de promotion des personnes âgées.

2.5 ALIMENTATION ET NUTRITION

La disponibilité alimentaire en République Centrafricaine est très satisfaisante. Les principales denrées de consommation sont : la viande provenant de la chasse et de l'élevage, le poisson, les tubercules, les céréales, les légumineuses, les légumes, les produits de cueillette, les fruits. Malgré cette diversité de produits alimentaires, les problèmes nutritionnels frappent les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et certains groupes vulnérables à cause des habitudes alimentaires fondées sur un régime non équilibré et l'existence de tabous alimentaires.

2.6 ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

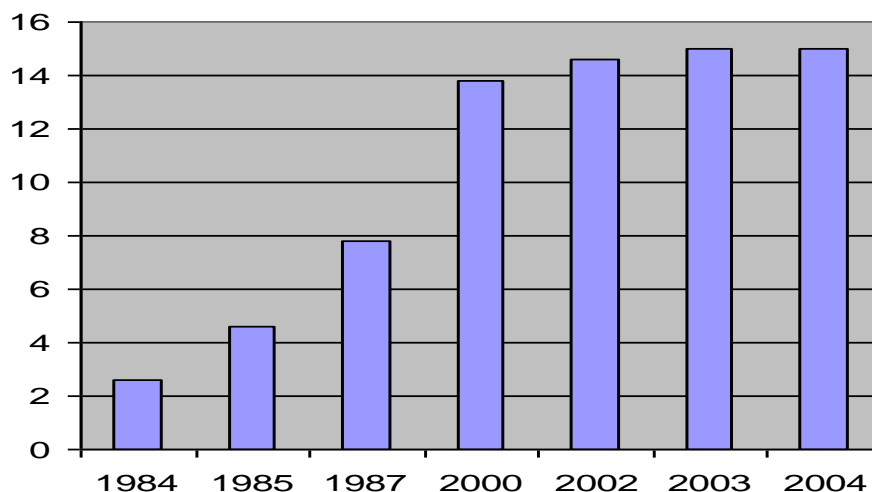
2.6.1 Morbidité

a. VIH/SIDA, Malaria, Tuberculose

En RCA, le VIH/SIDA est en passe de devenir la première cause de morbidité et de mortalité. En effet selon l'ONUSIDA/RCA 2003, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA est estimé à plus de 300.000 dont 230.000 adultes âgés de 15 à 49 ans. La même source indique que la plupart de ces gens ne connaissent pas leur statut sérologique. L'évolution de cette maladie est marquée par un taux de prévalence croissant passant de 2% en 1984 à 15% 2004 (voir figure n°2). Il convient de noter que les femmes, les enfants et les jeunes constituent les cibles de prédilection de cette maladie. La transmission parents-enfant du VIH se situe dans l'ordre de 35%. Si l'on sait que cette cible constitue plus de 80 % de la population centrafricaine, on mesure alors l'ampleur du dégât au plan national caractérisé par le rétrécissement de la « fenêtre d'espoir », la régression des cohortes de ressources humaines pour la santé et la menace qui pèse sur le développement socio-économique.

Il convient de noter le poids des facteurs aggravants tels que les infections sexuellement transmissibles (IST) qui constituent le lit de contamination. Compte tenu de la situation socioéconomique du pays, il est recommandable d'intensifier les actions de prévention tout en assurant à toute personne vivant avec le VIH/SIDA un plein accès aux anti-rétroviraux (ARV).

Figure n°2 : Evolution de la prévalence du VIH/SIDA en RCA



Au plan national, le paludisme touche 37,66% de la population parmi lesquelles environ 32% sont des enfants de moins de 5 ans. Il figure parmi les trois premières causes de morbidité et de mortalité chez les personnes de tous âges avec un taux de létalité hospitalière de 0,5%⁷. La couverture de la population cible reste faible à cause des difficultés de mobilisation des ressources. On note en effet que seulement 12,75% des enfants de moins de 5 ans bénéficient d'un traitement correct dans les formations sanitaires et 5% dorment sous moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Par ailleurs, 22,64% des femmes enceintes suivent une chimioprophylaxie correcte à la chloroquine et 1,11% dorment sous MII.⁸

Il s'avère donc que cette maladie frappe de façon endémique aussi bien les bras valides que des populations vulnérables telles que les femmes enceintes et les enfants.

En ce qui concerne la tuberculose, la situation devient plus préoccupante à cause de la forte prévalence du VIH/SIDA et du fort taux de résistance du Bacille de Koch (BK) aux antituberculeux (30% selon

⁷ SNIS 94-98

⁸ Rapport Programme National de Lutte contre le Paludisme, 2004

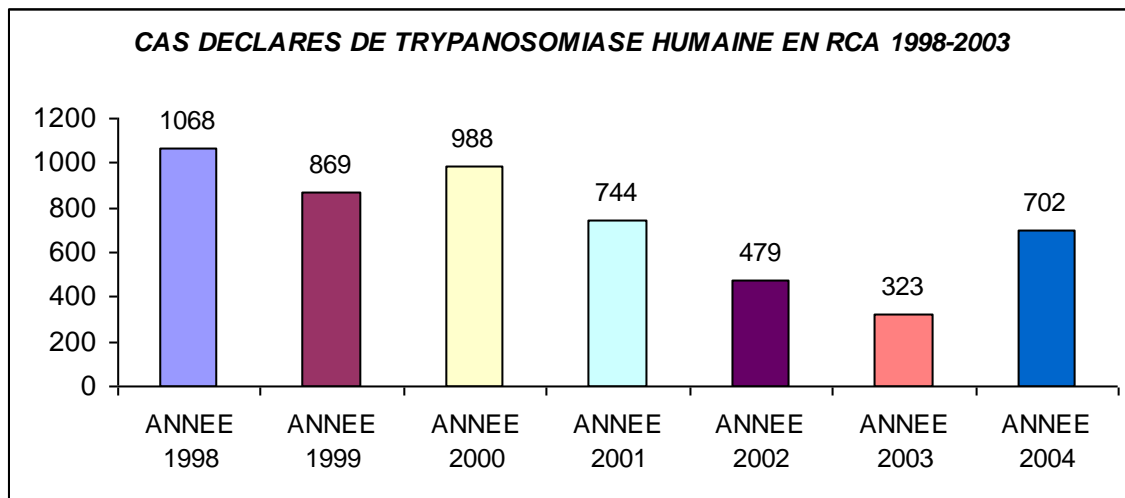
l'Institut Pasteur de Bangui)⁹. Le risque annuel d'infection est de 3% et on estime à 9016 le nombre de nouveaux cas en 2004.

b. Autres Endémies

▪ Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)

Depuis les années 1990, on observe une recrudescence progressive de la maladie dans tous les anciens foyers (Sangha Mbaéré (RS2), Ouham (RS3), Haut Mbomou (RS6). En effet, aux trois anciens foyers traditionnels s'est ajouté un quatrième foyer dans la Lobaye. La situation de crise vécue dans le pays et notamment dans la région sanitaire 3 où se trouve le foyer de l'Ouham a empêché les déplacements des équipes sanitaires dans les villages endémiques entraînant une faible couverture en activités de prospection et une diminution de détection des cas en 2003 (cf. figure n°3 ci-dessous).

Figure n°3 : Cas déclarés de THA en RCA



Source : Rapport de mission OMS 2004

Les données disponibles sur cette endémie témoignent d'une régression notable du nombre de cas dépistés à partir de 2001. En effet, le nombre de cas dépistés est passé de 988 à 323 cas, soit une baisse significative de plus de deux tiers (67,31%).

▪ Onchocercose

La maladie est endémique dans 11 Préfectures sur les 16 que compte le pays. La taille de la population dans les régions hyper et méso endémiques est estimée à 1500 000 habitants. Un traitement de masse à l'ivermectine a été mis en œuvre de 1993 à 1996 par la stratégie mobile. Le taux de couverture thérapeutique variait de 50% à 65%. Cette stratégie a été remplacée en 1997 par le traitement à l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC), soutenu par le Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC). Cette nouvelle stratégie a amélioré la couverture de la population touchée de l'ordre de 74,47% à 78,4% entre 1997 et 2003. Aucune évaluation n'est encore réalisée pour déterminer l'impact de cette intervention sur la santé de la population des zones méso et hyper endémiques.

▪ Dracunculose

Des progrès notables en terme d'éradication ont été réalisés. En effet, le pays est en phase de pré éradication avec une notification de zéro cas depuis 2002.

▪ Lèpre

La bonne couverture en poly chimiothérapie (PCT) a entraîné une réduction de la prévalence de la maladie qui est passée de 7 cas pour dix mille habitants en 1996 à 2,52 cas pour 10.000 habitants en fin 2003 puis à 0,9 pour dix mille habitants au cours du 1^{er} semestre de 2005. En valeur absolue, le nombre de cas de la

⁹ Rapport de l'Institut Pasteur de Bangui 2000

lèpre est passé de 2445 cas en 1994 à 315 cas en juin 2005. Ainsi le seuil d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique en RCA vient d'être atteint

▪ **Bilharziose**

Selon le rapport SNIS 2000, 9580 cas ont été notifiés indiquant ainsi l'ampleur de la prévalence de la maladie. Cependant, il est à déplorer qu'aucune étude épidémiologique n'a été réalisée afin d'en apprécier la sévérité, la sensibilité au traitement existant et la faisabilité des interventions de contrôle.

Outre ces endémies, plusieurs autres pathologies parasitaires sous surveillance sont encore prévalentes dans le pays à cause des problèmes d'hygiène, d'accès à l'eau potable et d'assainissement.

c. Maladies menaçant la survie de l'enfant

▪ **Maladies diarrhéiques**

Sur le plan national, le taux de prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans a évolué en dents de scie entre 1988 (26,5%) et 2000 (25,7 %). Dans la plupart des cas les causes sont diagnostiquées, bien documentées et sensibles aux traitements habituels. Certains de ces traitements peuvent être administrés même au niveau des domiciles par les familles et les agents de santé communautaire (ASC). Il reste que l'accessibilité à un traitement adéquat et à temps n'a pas toujours été à la hauteur des attentes des populations.

▪ **Infections Respiratoires Aiguës (IRA)**

Avec un taux de prévalence de 15,4% selon les résultats de l'EDS 94-95, les IRA occupaient la première place des causes de décès des enfants de moins de 5 ans. Le taux de prévalence est tombé au niveau national à 10,3% (MICS 2000), pour remonter à 17,45% en 2003. Les enfants du milieu rural sont plus affectés (11,7%) que ceux du milieu urbain (8,0%). On sait que la plupart des cas sont sensibles aux traitements usuels que les programmes de lutte contre les IRA devraient mettre à la portée des communautés de base.

▪ **Maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV)**

Elles constituent une entité morbide dont la fréquence d'apparition, les modes de transmission, les facteurs de risque et les populations à risque sont connues et bien documentés.

Le programme national de vaccination, très souvent en riposte aux épidémies, est moins performant dans la gestion du PEV de routine. Ainsi, l'on voit apparaître encore des cas de certaines maladies cibles du PEV comme en témoigne le tableau 8 ci-dessous.

Tableau 8 : Tendances de la morbidité et de la mortalité des maladies cibles du PEV de 1999 à 2004

Années Maladies	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Rougeole	577	3	3373	51	283 7	198	929	34	652	87	1087	82
Tétanos néo-natal	48	14	37	22	ND	ND	22	9	31	12	34	8
Paralysie Flasque Aiguë	39	2	40	2	84	4	63	0	48	0	118	0
Polio confirmé	1	0	3	0	0	0	0	0	1	0	30	1
Coqueluche	ND	ND	ND	ND	135 8	45	0	0	80	1	797	21
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diphthérie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Source : Cellule de Surveillance Epidémiologique Intégrée/ DMPM

Au regard des tendances des cas et décès des différentes maladies sous surveillance, il ressort que l'incidence de ces maladies augmente d'une année à l'autre. Ceci traduit à la fois les efforts faits dans l'amélioration de la notification des cas mais aussi les faibles performances dans la lutte contre ces maladies. Pour certaines maladies comme le tétanos materno-néonatal, les cas restent encore sous notifiés avec une létalité très élevée.

L'émergence des épidémies de ces maladies témoigne de la détérioration de la couverture vaccinale pour les différents antigènes comme témoigne la figure n°5.

▪ **Malnutrition**

Selon l'enquête MICS 2000, la situation de la malnutrition protéino-énergétique globale (sévère et modérée) chez les enfants de moins de 5 ans demeure un problème préoccupant. Les taux de prévalence de l'insuffisance pondérale et du retard de croissance sont respectivement de 24,2% et 38,5% ; 8,6% des enfants souffrent de malnutrition aiguë, 13% naissent avec un poids inférieur à 2500g ; 68,2% des enfants âgés de 6 à 36 mois accusent une carence en vitamine A. 84% des enfants de la même tranche d'âge sont anémiés. Par ailleurs, 55,5% des femmes enceintes souffrent d'anémie. Le goitre endémique dû à la carence en iode reste prévalent (plus de 61% en 1991).

d) Maladies non transmissibles

En dehors du cas des maladies carencielles, les données statistiques épidémiologiques sur les maladies non transmissibles, hypertension artérielle (HTA), diabète, cancers, drépanocytose, maladies mentales et toxicomanie, maladies bucco-dentaire, etc.) sont rares, voire inexistantes. Ce qui ne permet pas de faire une analyse en terme d'ampleur, de sévérité et de faisabilité des interventions pour le contrôle de ces maladies.

e) Urgences épidémiologiques et catastrophes

Les principales maladies à fort potentiel épidémique en RCA sont : la méningite à méningocoque, les diarrhées rouges (347 cas en 2003), les hépatites virales dont l'hépatite E (587 cas en 2003), les salmonelloses, la rougeole, la coqueluche et la grippe. Malheureusement les données statistiques concernant ces maladies ne suffisent pas pour procéder à une analyse sérieuse.

Les catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme sont souvent le fait des agitations sociales, des mutineries et conflits armés, des coups d'État, des inondations et sécheresses. Cela met le pays dans un état d'insécurité et de précarité.

Malgré cette situation favorable à l'éclosion des épidémies et à la survenue des catastrophes, les capacités de réponse du pays sont souvent très limitées. On note en effet, un manque de préparation adéquate, une insuffisance de stocks de sécurité (en vaccins, médicaments et consommables) et un manque aigu des moyens logistiques y compris ceux de communication pour une surveillance continue et, le cas échéant, une riposte prompt et efficace.

2.6.2 Mortalité

L'une des conséquences de la situation telle qu'analysée ci-dessus est la perte des acquis dans le secteur. En effet, le taux brut de mortalité était de 16,7 pour mille en 1988 ; actuellement ce taux est de 20,1 pour mille (RGPH 03). Parallèlement, l'espérance de vie a chuté progressivement, passant de 49,5 ans en 1988 à 44 ans en 2000 (MICS 2000), et à 42,7 ans en 2003 (RGPH 03). Quant aux taux de mortalité spécifiques, ils se sont tous fortement dégradés.

Le taux de mortalité infantile est passé de 97 pour mille naissances vivantes en 94/95 (EDS 94-95) à 130,6 pour mille en 2000 (MICS 2000) puis à 132 pour mille en 2003 (RGPH 03). Le taux de mortalité infantile est plus accentué en milieu rural (141 pour mille) qu'en milieu urbain (116 pour mille), plus élevé chez les garçons (137 pour mille) que chez les filles (127 pour mille). La mortalité infanto-juvénile est tout aussi

forte. Le taux se situe autour de 220 pour mille, avec des tendances plus ou moins élevées selon le genre et le lieu de résidence. Il est plus élevé chez les garçons (230 pour mille) que chez les filles (210 pour mille), plus fort en milieu rural (238 pour mille) qu'en milieu urbain 188 pour mille.

Le ratio de mortalité maternelle est en augmentation passant de 683 décès pour cent mille naissances vivantes en 1988 (RGPH 88) à 948 en 1995 (EDS/RCA 94-95) puis à 1355 décès pour cent mille naissances vivantes en 2003 (RGPH 03).

L'analyse devrait être poussée jusqu'à déterminer le nombre d'Années de vie corrigé de l'incapacité (AVCI), années de vie perdues (AVP), années de vie perdues du fait d'une incapacité (AVPI). Malheureusement, ces calculs ne sont pas possibles avec les données disponibles.

En conclusion, les taux de mortalité bruts et spécifiques sont à des niveaux inacceptables en RCA bien que les causes directes et les facteurs de risques soient bien connus, de même que l'existence d'interventions efficaces pour les réduire.

2.7 SYSTEME NATIONAL DE SANTE

2.7.1 Analyse de la politique de santé, des plans et stratégies passés et en cours

Les faiblesses constatées à l'évaluation du premier PNDS ont été partiellement corrigées par la mise en œuvre du plan intérimaire 2000-2002. Une politique de santé clairement définie, prenant en compte les recommandations de l'évaluation a été formulée et adoptée au niveau technique et politique, mais aucun texte réglementaire n'a été pris pour l'entériner. La politique de santé du pays est fondée sur les soins de santé primaires (SSP). Une telle politique nécessite le respect d'un certain nombre de principes tels que l'équité, l'accessibilité, l'égalité ou la justice sociale.

De nombreux textes législatifs et réglementaires ont été adoptés pour faciliter la mise en œuvre du PNDS I avec la pleine participation des communautés bénéficiaires et en partenariat avec les ONG, la société civile, les associations professionnelles ainsi que le secteur privé. Cependant, la coordination de ces différents intervenants reste faible à tous les niveaux du système. Le mode de collaboration entre les secteurs public et privé devrait être précisé davantage.

Plusieurs mécanismes institutionnels ont été développés notamment la création des organes des SSP à tous les niveaux du système, l'instauration du système de recouvrement de coût et de la cogestion des services de santé, l'autonomie partielle de gestion conférée aux formations sanitaires ainsi que la décentralisation au niveau des préfectures sanitaires. Malgré tout, on note encore des faiblesses liées à la mauvaise gestion des fonds générés par le recouvrement des coûts dans les formations sanitaires, la non application des textes régissant le recouvrement des coûts.

Dans le domaine du développement des politiques, le Ministère de la Santé avec l'appui de ses partenaires, a élaboré en plus de la politique nationale de santé, des politiques sous sectorielles, notamment la Politique pharmaceutique nationale et la Politique Nationale de Santé de la Reproduction. D'autres projets de textes sont déjà élaborés et en voie d'adoption comme la Politique nationale pour l'utilisation des produits sanguins et dérivés. Le processus d'élaboration d'une Politique nationale de la médecine traditionnelle est engagé.

Par ailleurs, plusieurs programmes élaborés par le Ministère avec l'appui de ses partenaires manquent de financement pour leur mise en œuvre.

L'adoption de la nouvelle politique de santé permettra au Ministère de la Santé de disposer d'un cadre officiel qui définit les orientations politiques et stratégiques pour le secteur. Le Ministère de la Santé devra promouvoir la décentralisation pour pallier la mauvaise gestion des formations sanitaires et pour résoudre l'épineux problème de l'accès des indigents aux structures de soins. Un plaidoyer en faveur des programmes prioritaires est nécessaire pour mobiliser les fonds indispensables à leur mise en œuvre.

2.7.2 Organisation du Système de santé

L'organisation structurelle du système de santé est régie par les dispositions du Décret n° 02.109 du 23 mai 2002, portant organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population et fixant les attributions du Ministre. L'analyse de l'organisation du système de santé a été faite dans ce contexte. Cependant, un nouveau texte organique, non encore appliqué, vient d'être adopté par décret n° 05.121 du 06 juin 2005.

Calquée sur la résolution sur le scénario de développement sanitaire en trois phases en vue d'instaurer la santé pour tous les Africains, adoptée par le 35^{ème} Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique à LUSAKA en 1985, l'organisation du système de santé en République Centrafricaine est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central est chargé de : concevoir, élaborer et appliquer la politique du Gouvernement dans le domaine de la santé publique et de la population ; coordonner, contrôler et évaluer les activités des services qui concourent à la mise en œuvre de cette politique ; définir les stratégies sanitaires ; assurer la gestion de toutes les ressources humaines, financières et techniques qui lui sont confiées pour accomplir sa mission ; proposer et faire exécuter toutes mesures propres à lutter contre les problèmes de santé de la population ; élaborer les plans nationaux de développement du secteur de la santé ; veiller à la mobilisation des ressources nécessaires à la prise en charge de la santé publique et de la population ; promouvoir les structures privées de soins et contrôler leurs activités ; coopérer avec les organismes nationaux et internationaux intervenant dans le secteur de la santé ; participer aux négociations avec les Organisations bilatérales et multilatérales ; examiner et faire des propositions au sujet des Traités, Conventions et autres Accords internationaux dans le domaine de la santé.

Le niveau intermédiaire comprend sept Régions Sanitaires (RS) correspondant aux régions administratives du pays. Chaque RS est composée de deux à trois préfectures sauf la RS n°7 (Bangui) qui compte huit arrondissements. Les chefs-lieux des RS fixés par la loi n° 96.013 du 13 janvier 1996, portant création des Régions et fixant leurs limites territoriales, ne sont que provisoires. Ce sont : Bimbo pour la RS n°1, Berberati pour la RS n°2, Bossangoa pour la RS n°3, Sibut pour la RS n°4, Bria pour la RS n°5, Bangassou pour la RS n°6, et Bangui pour la RS n°7. Coordonné par la Direction Générale des Services Régionaux, ce niveau a pour mission de servir de relais entre l'autorité centrale et le niveau périphérique. Il est chargé de : appliquer les directives de l'action politique sanitaire reçue du niveau central ; coordonner et contrôler l'ensemble des activités sanitaires des secteurs public et privé dans sa zone de juridiction ; exercer au niveau de la région, des activités de type intégré ; fournir l'appui technique aux préfectures pour la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires.

Le niveau périphérique est composé de 16 préfectures et de 8 circonscriptions sanitaires de Bangui qui correspondent au découpage administratif du pays. La préfecture sanitaire et les circonscriptions sanitaires de Bangui sont chargées de : appliquer les directives de la région ; coordonner et contrôler l'ensemble des activités de la préfecture et des arrondissements ; apporter aux formations sanitaires toute l'assistance nécessaire à l'exécution des activités de type intégré. En terme géographique, la préfecture, entité vaste, est loin de répondre aux critères de définition d'un district sanitaire.

Avec l'adoption du nouvel organigramme, les Directions Régionales sont rattachées à la nouvelle Direction de Cabinet créée. Il est important de veiller à ce que chaque niveau dispose de compétences requises et de moyens humains et matériels pour son bon fonctionnement. Les critères de définition du district sanitaire devront être revus en tenant compte de la capacité de l'Etat de les rendre opérationnels, de même que les mécanismes de collaboration entre les niveaux selon une approche systémique pour garantir la continuité des soins.

2.7.3 Gestion des services de soins

a) Disponibilité des services

Le pays a défini un Paquet Minimum d'Activités (PMA) par niveau et par type de formation sanitaire (FOSA). Ce PMA reste encore très théorique dans son application car, beaucoup d'activités prévues ne sont pas effectivement menées faute de plateau technique conséquent.

b) Accessibilité aux services

L'accessibilité géographique aux services de santé dans un rayon de 5 km est passée de 45% en 1995 (EDS 1994/95) à 65,2% en 2000 (MICS). Cette amélioration cache des disparités selon le milieu de résidence (98% pour le milieu urbain et 47% pour le milieu rural). Il faut noter qu'au moins 25% de la population dans l'arrière pays parcourent plus de 10 Km à pieds ou en utilisant les moyens de fortune pour atteindre une formation sanitaire.

Quant à l'accessibilité financière, la dégradation des conditions socio-économiques du pays entraînant un faible pouvoir d'achat des ménages ne leur garantit un meilleur accès aux soins de santé. La réglementation sur le recouvrement des coûts a prévu des dispositions pour la prise en charge des indigents et des cas d'urgence. Mais, le fait que ces textes soient diversement interprétés, voire non appliqués, exclut bon nombre des couches de la population aux prestations des soins. D'ailleurs les critères d'indigence n'ont jamais été définis.

S'agissant de l'accessibilité culturelle, beaucoup de barrières culturelles telles que les croyances, l'influence de la chefferie et de la religion constituent autant de facteurs limitant l'accès aux soins.

Par ailleurs, beaucoup d'opportunités et d'occasions manquées à cause des horaires de travail des FOSA non adaptés à ceux des utilisateurs empêchent bon nombre de malades d'accéder aux services de soins. Les barrières qui limitent l'accessibilité aux services de santé sont nombreuses et sont de plusieurs ordres : administratif, financier, géographique, culturel et comportemental. De gros efforts de sensibilisation des prestataires de soins et des bénéficiaires sont à envisager pour minimiser ces barrières et améliorer l'accessibilité des populations aux services de soins.

c) Santé de la Reproduction (SR)

Jusqu'à une époque récente, les préoccupations en matière de santé de la reproduction étaient axées essentiellement sur les soins maternels et infantiles. Au cours de la dernière décennie et suite à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), des besoins supplémentaires nouveaux sont apparus en particulier ceux des adolescents / jeunes et des hommes.

C'est ainsi qu'une politique nationale de santé de la reproduction a été élaborée et adoptée en octobre 2003. Cette politique définit les composantes prioritaires non seulement celles qui sont spécifiques aux quatre volets de la SR (enfant, adolescent et jeune, femme et homme), mais aussi les composantes communes dont la lutte contre les pratiques néfastes à la santé sexuelle et reproductive (les violences domestiques, les mutilations génitales, etc.).

L'analyse qui suit porte essentiellement sur la santé de la femme, la survie de l'enfant (allaitement maternel), la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes ainsi que la planification familiale.

▪ Santé reproductive de la femme

La tendance des principaux indicateurs est présentée dans le tableau 5. La couverture prénatale est faible. Cependant selon les résultats de l'évaluation des besoins pour une maternité sans risque en 2000, le mauvais état de santé des mères, les mauvaises conditions de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, les soins inadéquats aux nouveau-nés et les difficultés de référence et contre-référence des femmes enceintes et des nouveau-nés s'ajoutent aux principales causes de mortalité maternelle et néonatale.

▪ Santé reproductive de l'enfant

les indicateurs de mortalité et de morbidité de l'enfant sont décrits aux points 2.6.1. c et 2.6.2

En ce qui concerne l'alimentation de l'enfant, l'allaitement maternel exclusif est recommandé en RCA jusqu'à l'âge de 6 mois à cause de ses avantages à la fois nutritionnels et protecteurs pour le bébé, et économiques pour la famille. Cependant, si 99,6% des bébés sont allaités au sein (EDS 94-95), seulement 8% de ceux-ci bénéficient de l'allaitement exclusif jusqu'à 2 mois.

▪ **Santé reproductive des adolescents et des jeunes**

La promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes reste insuffisante. En effet plus de la moitié des premiers rapports sexuels ont lieu avant 15 ans (MICS 2000) et environ 36% des adolescentes de 15 à 19 ans ont déjà un enfant ou sont tombées enceintes pour la première fois (EDS 94-95). La mauvaise maîtrise du comportement sexuel se traduit par des grossesses non désirées et des avortements clandestins, grands pourvoyeurs de décès maternels dans cette tranche d'âge. A cela il faut ajouter d'autres problèmes dont l'ampleur est en augmentation tels que la mauvaise santé buccodentaire et les comportements à risque (l'alcoolisme, le tabagisme et la drogue).

▪ **Planification Familiale (PF)**

La prévalence contraceptive est de 3% pour les méthodes modernes et 12% pour les méthodes traditionnelles (EDS/RCA 94-95). Selon l'enquête MICS 2000, la proportion des femmes utilisant la contraception est de 27,9% dont 6,9% pour les méthodes modernes et 21,1% pour les méthodes traditionnelles. La même source indique aussi que près de trois quarts des femmes en union ont déclaré n'avoir jamais utilisé une méthode moderne pour espacer leurs naissances. D'après une étude sur l'analyse des barrières à l'utilisation des services de la PF en 2002, cette situation s'expliquerait par l'ignorance et le désir de faire des enfants, mais aussi par la qualité des prestations des services. Selon l'EDS/RCA 94 - 95, l'abstinence sexuelle après accouchement est de 5,7 mois chez les femmes en âge de procréer. Cependant, dans la capitale, elle serait moins de 2 mois après l'accouchement pour 44% des femmes en âge de procréer. Plus de la moitié de ces femmes présentent un faible intervalle entre les naissances (inférieur à 2 ans).

d) Utilisation et qualité des services

En ce qui concerne l'utilisation des services et la qualité des services de soins, l'analyse portera sur les activités de soins curatifs, préventifs, promotionnels et de la médecine traditionnelle. En général, l'utilisation des services de santé reste encore très insuffisante et la qualité des services médiocre.

▪ **Soins curatifs**

Selon les données du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) 2000, le taux de fréquentation des hôpitaux représente 12% de l'ensemble du pays ; le taux moyen d'occupation des lits (35,4%), la durée moyenne de séjour (4 jours). On note une faible fréquentation pour les soins curatifs dans les FOSA. La qualité de l'offre de soins laisse à désirer. En effet, le mauvais accueil, la longue attente des malades pour recevoir le traitement, les tarifs trop élevés, le racket des patients par le personnel sont autant de facteurs qui limitent la fréquentation des FOSA à tous les niveaux (primaire, secondaire et tertiaire).

▪ **Soins préventifs**

- **Consultations Prénatales (CPN)**. La couverture des activités préventives prioritaires n'est pas suffisante. En effet, selon l'enquête MICS 2000, seulement 34% des femmes enceintes ont consulté au moins quatre fois un personnel de santé durant leur grossesse moins qu'en 1994/1995 (40%)¹⁰, soit 51% des femmes urbaines et seulement 24% des femmes rurales¹¹. L'enquête a révélé également que le suivi des grossesses est fortement associé au niveau d'instruction des femmes¹².
- **Accouchements dans les structures de soins**. Au niveau national, 44% des femmes enceintes ont utilisé les formations sanitaires en 2000 contre 50% en 1995. La fréquence des accouchements dans les formations sanitaires est liée à la proximité des parturientes des formations sanitaires¹³ ; plus les parturientes sont proches des FOSA, plus elles accouchent dans celles-ci. C'est le cas en milieu urbain (environ 74%), plus particulièrement dans la capitale Bangui (85%) contre environ 26% en milieu rural. L'assistance aux accouchements dépend également du niveau de suivi des femmes enceintes. En effet, environ 60% des femmes qui ont eu au moins trois consultations prénatales font recours à l'assistance du personnel qualifié lors de l'accouchement. Les accoucheuses traditionnelles continuent encore à jouer un rôle important puisqu'elles assistent environ une mère sur quatre (22,5%) lors des accouchements.

¹⁰ EDS 1994/1995

¹¹ 22% des femmes enceintes n'ont même pas effectué une seule visite

¹² Selon MICS 2000, 59% des femmes enceintes ayant un niveau secondaire ou plus effectuent au moins quatre visites prénatales contre 44% pour celles ayant un niveau primaire et 33% pour celles qui sont analphabètes.

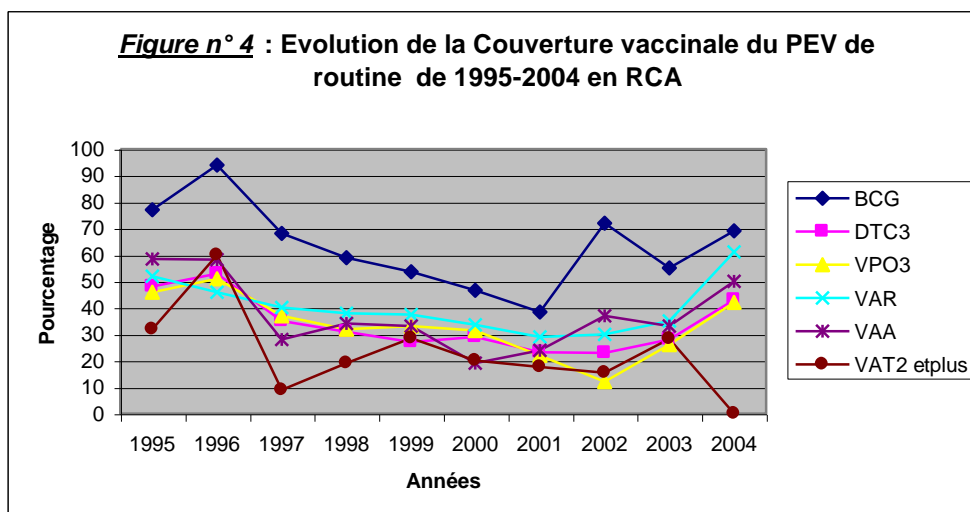
¹³ Selon l'enquête MICS réalisée en 2000, environ 53% des femmes enceintes accouchent à domicile.

- **Suivi des nourrissons** (enfants de 0 à 11 mois). La couverture était de 39% en 2000 pour l'ensemble du pays. La moyenne des visites par nourrisson est de 5,2%. Ceci est largement inférieur aux normes préconisées par l'OMS.
- **Couverture vaccinale du PEV de routine chez les enfants de 0 à 11 mois et chez les femmes enceintes et en âge de procréer.** La couverture vaccinale de routine était satisfaisante en 1995-1996 ; avec les événements militaro-politiques répétés, cette couverture a chuté et a perduré de 1997 à 2001, puis il y a eu une tentative d'amélioration en 2002. En 2004 avec la stabilité, la paix sociale retrouvées, l'appui du fonds de l'Alliance Globale Internationale pour la Vaccination et les Vaccins (GAVI), la reprise des activités itinérantes de vaccination, l'organisation des revues semestrielles, l'organisation des campagnes de vaccination accélérées dans la ville de Bangui, de Bimbo et de Bégoua, on note une bonne performance du PEV de routine en termes d'amélioration du taux de couverture vaccinale pour tous les antigènes (sauf VAT2 et plus) comparativement à 2003 (voir tableau 9 et figure 4 ci-dessous).

Tableau 9 : Taux de couverture vaccinale des antigènes du PEV de routine de 1995 à 2004

Antigènes	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
BCG	77	94	68	59	53,6	46,5	38,3	72	55	69
DTC3	48	53	35	31	27	29	23,3	23	28	43
VPO3	46	51	37	32	33	31,3	22	12	26	42
VAR	52	46	40	38	37,5	33,5	29	30	35	61
VAA	58,5	58,3	28	34	33	19,2	24	37	33	50
VAT2 et plus	32	60	9	19	28,6	20	17,7	15,4	28,3	ND

Source : MSPP Service PEV



▪ Soins promotionnels

En tant qu'activité devant amener les populations à s'auto responsabiliser vis à vis de leur santé, Les activités de promotion de la santé sont menées dans le cadre de la stratégie des SSP. De ce fait, l'Information, l'Education et la Communication (IEC) fait partie intégrante du paquet minimum d'activités de chaque structure. Des campagnes de sensibilisation de masse sont organisées à l'occasion des journées mondiales thématiques. Malgré tous les efforts déployés, une couche importante de la population est loin d'adopter des comportements favorables à la santé comme en démontrent les résultats des enquêtes menées.

▪ Médecine et Pharmacopée Traditionnelles

La population centrafricaine dans sa majorité, a toujours fait recours à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles pour satisfaire ses besoins en matière de soins de santé. L'inaccessibilité financière et géographique, le mauvais accueil dans les formations sanitaires conventionnelles drainent davantage la

population vers ce type de soins. Cet engouement pour la médecine traditionnelle entraîne une prolifération des tradithérapeutes dont la plupart se livrent au charlatanisme. La volonté politique de faire de ce sous-secteur une priorité, s'est manifestée par la création au sein des différents organigrammes du Ministère de la Santé des structures administratives chargées de développer la médecine traditionnelle. Des textes ont été pris pour autoriser l'exercice de la médecine traditionnelle. Cela a permis aux tradipraticiens de s'organiser en une association dénommée Association Nationale des Tradipraticiens de Centrafrique (ANTC) dont le siège se trouve au Ministère de la Santé Publique et de la Population. Par ailleurs, il existe au sein de l'Université de Bangui un Centre de Recherche en Pharmacopée et en Médecine Traditionnelle (CERPHAMETA). Cependant, peu de progrès ont été réalisés dans ce domaine à cause du manque de politique clairement définie et de l'insuffisance des ressources.

e) Suivi, évaluation du système de santé

En RCA, plusieurs mécanismes de suivi et d'évaluation du système de santé sont utilisés pour mesurer la performance du secteur. Il s'agit de :

- **Système National d'information Sanitaire (SNIS)**

Il permet la collecte des données de routine au niveau des formations sanitaires. Les points faibles du SNIS identifiés lors de l'évaluation du PNDS I ont été corrigés en partie par la mise en place de nouveaux outils de collecte des données et la formation du personnel à l'utilisation de ces outils.

- **Autres mécanismes**

La surveillance épidémiologique par poste sentinelle, le monitoring, la supervision et les résultats de certains travaux de recherche sont parfois utilisés pour suppléer la carence du SNIS.

Les données de base sont fournies par les Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat de 1988 et de 2003, les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) 94-95, les Enquêtes à Indicateurs Multiples (MICS) 96 et 2000.

2.8 INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MEDICAMENTS

2.8.1 Infrastructures

Tableau 10 : Répartition des établissements sanitaires selon les régions

Régions Sanitaires et Niveau Central	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	Niveau Central	Total	%
	Etablissements sanitaires									
Publics										
Hôpitaux centraux	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	0,6
Hôpitaux Régionaux	NA	1	1	1	1	1	0	NA	5	0,75
Hôpitaux Préfectoraux ou de Districts	1	4	2	2	2	2	0	NA	13	1,9
Centres de Santé catégorie A	6	4	6	7	0	8	NA	NA	31	4,75
Centres de Santé catégorie B	6	3	1	2	7	3	NA	NA	22	3,28
Centres de Santé catégorie C	19	24	14	19	3	25	NA	NA	104	15,54
Centres de Santé catégorie D	0	4	3	0	0	0	4	NA	11	1,64
Centres de Santé catégorie E	0	3	0	0	0	2	8	NA	13	1,9
Postes de Santé/autres	82	53	125	65	36	58	26	NA	445	66,5
Dépôts MEG	2	3	2	3	3	4	0	NA	17	2,54
LNBCSP	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	0,15
Centre de référence IST/SIDA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	0,15
CNTS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	0,15
UCM (Centrale d'achat)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	0,15
Total Ets sanitaires publics	116	99	154	99	52	103	38	8	669	100
Privés										
Dispensaire/Autres Ets.	0	27	8	3	1	17	0	3	59	
Cabinets médicaux et cliniques	0	0	0	0	0	0	28	NA	28	
Grossistes répartiteurs/Autres	0	2	0	0	0	0	NA	2	4	
Pharmacies d 'Officines	0	0	0	0	0	0	22	NA	22	
Dépôts pharmaceutiques	ND	ND	ND	ND	ND	4	NA	NA	4	
Total Ets sanitaires Privés	0	29	8	3	1	21	50	5	117	
TOTAL RCA	116	128	162	102	53	124	88	13	786	

Sources : Microplans sous préfectures/Carte sanitaire 2003

On remarque dans le tableau ci-dessus que la majorité des FOSA du pays sont représentées par des structures de type communautaire (environ 94%).

Tableau 11: Indicateurs de couverture en infrastructures sanitaires du secteur public

Régions	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	Total
Population	603.599	699.535	799.727	512.946	185.800	470.761	622.771	3.895.139
% de la population	16%	18%	19%	13%	5%	12%	17%	100%
Superficie	51 070	76 215	82 350	87 100	191 350	134 284	67	622 436
Nbre serv. /1000km ²	2	1,3	1,9	1,1	0,3	0,8	567	1
Rayon moyen en Km	1,10	1,22	1,00	1,63	4,66	1,67	0,05	34,25
Nbre Serv: 10000 hbts	2,24	1,75	2,54	2,41	3,57	2,74	0,71	2,09

Source : Carte sanitaire février 2003

L'analyse de la répartition des infrastructures de santé du secteur public fait ressortir une inégale répartition selon les régions.

Selon la densité d'infrastructures par 1000 km², on distingue 3 groupes :

- Groupe 1 : les RS 5 et 6, comptent moins d'une infrastructure pour 1000 km² ;
- Groupe 2 : Les RS 1, 2, 3 et 4 comptent environ 1 à 2 infrastructures pour 1000 km² ;
- Groupe 3 : La RS7 compte à elle seule 567 infrastructures pour 1000 km².

L'analyse du nombre de services pour dix mille habitants indique que les régions à grande étendue et à faible densité de population semblent avoir le plus grand nombre de services par rapport à la population : 2,74 pour la RS6 ; 3,57 pour la RS5 ; 2,54 pour la RS3 ; 1,75 pour la RS2 ; 2,24 pour la RS1 ; 2,41 pour la RS 4 et ; 0,71 pour la RS 7.

Une étude complémentaire devrait permettre de s'assurer d'une part de l'adéquation des zones d'implantation de ces infrastructures, et d'autre part de leur état de fonctionnalité (présence du personnel qualifié, existence d'un minimum d'équipements et disponibilité des MEG). La situation actuelle ne permet pas de catégoriser les centres et postes de santé en fonction de l'état d'avancement de leur dégradation par préfecture et par région sanitaire. La multiplicité des catégories de centres de santé n'apporte aucune valeur ajoutée dans le fonctionnement des FOSA à la base et rend difficile la fixation et l'application des normes en infrastructures, en équipements, en matériels, en personnel et en activités.

Au niveau national, deux hôpitaux de référence sont dans un état de dégradation avancée ; il s'agit de l'Hôpital de l'Amitié et du CNHUB. Le complexe pédiatrique doit faire l'objet d'une évaluation fonctionnelle pour mesurer les besoins éventuels en extension. En ce qui concerne l'hôpital communautaire, les travaux de construction prévus dans le protocole de financement ne sont pas toujours réalisés, alors que cet hôpital est de plus en plus sollicité surtout en situations d'urgence.

A l'état actuel il n'y a pas de structure spécialisée en matière de gestion des infrastructures (système d'inventaire, contrôle, recensement des travaux, planification des travaux et suivi de leur mise en œuvre).

De l'analyse de la situation, il ressort que les besoins en réhabilitation des infrastructures existantes et en construction de nouvelles infrastructures sont immenses. Cette situation nécessite une analyse plus approfondie pour permettre au pays d'arriver à une identification pertinente des priorités, à leur planification rationnelle et à la mobilisation des ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

2.8.2 Equipements

Au stade actuel du processus, les données collectées concernant les équipements par structure de soins sont partielles et ne permettent pas une analyse poussée.

Les équipements des Formations Sanitaires proviennent de l'Etat et pour la plupart des dons des partenaires bilatéraux (Chine, Japon, Allemagne, Italie, France et Egypte), multilatéraux (Union Européenne, UNICEF, UNFPA, OMS), certaines ONG internationales et nationales (MSF, Emmaüs Suisse, COOPI, CICR, ASSOMESCA, etc.).

Les diversités des sources d'approvisionnement et l'absence d'un plan de développement des équipements sont à l'origine des problèmes actuels (la non disponibilité en pièces de rechange, l'absence de maintenance). Tous ces problèmes conduisent à une brève durée de vie de ces équipements et à leur faible rendement.

Le service de maintenance des équipements bio médicaux est peu fonctionnel. Bien que les attributions soient clairement définies, le nombre et la qualité du personnel sont insuffisants, la capacité organisationnelle est faible, la coordination des actions de maintenance et la disponibilité des moyens de travail (matériels et finances) sont insuffisantes.

2.8.3 Médicaments, consommables et fournitures essentielles

▪ Réglementation pharmaceutique

Malgré l'existence d'une politique nationale pharmaceutique fondée sur la consommation des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) et un premier plan directeur, les activités pouvant améliorer le secteur n'ont pas été mises en œuvre totalement.

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) qui est le point focal de la réglementation est dépourvue de logistiques pour assumer ses fonctions de contrôle et de supervision des établissements pharmaceutiques privés et publics.

A l'heure actuelle il n'existe pas de données fiables pour faire une analyse objective de la structure de prix adoptée et appliquée dans le pays.

- **Acquisition (procédures)**

On a très peu de données chiffrées pour l'analyse approfondie des procédures d'acquisition des médicaments. Toutefois, l'acquisition des médicaments est réglementée tant dans le secteur public que privé. Elle est soumise à la procédure unique de gré à gré.

- **Contrôle de qualité**

Il n'existe pas de laboratoire de contrôle de qualité.

- **Distribution des MEG**

La distribution se fait de façon anarchique en utilisant le plus souvent les opportunités du moment. Les grossistes de la place ne sont pas organisés pour assurer une distribution correcte du médicament.

- **Utilisation rationnelle**

Les ordigrammes rédigés ne sont pas vulgarisés, peu disponibles dans les FOSA et ne sont pas utilisés. En outre, ils ne sont pas mis à jour. Les guides et les formulaires thérapeutiques ne sont pas disponibles.

Les aspects touchant au développement des ressources, à l'information pharmaceutique et aux activités promotionnelles, à la recherche opérationnelle ainsi qu'à la coordination et à la collaboration avec le secteur privé ne sont pas suffisamment documentés.

2.9 RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population de la République Centrafricaine accorde une place importante aux Ressources Humaines pour la Santé (RHS) dans le cadre de la mise en oeuvre de sa politique sanitaire nationale. En effet, les autorités administratives sanitaires sont très préoccupées par la disponibilité qualitative et quantitative du personnel de santé capable d'assurer la prise en charge des tâches inhérentes à l'exécution de la politique nationale de santé. Un accent particulier est mis sur la nécessité de renforcer les effectifs dans certaines catégories professionnelles telles que les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les médecins spécialistes de divers domaines cliniques et en santé publique, ainsi que des médecins universitaires de haut rang magistral. Par ailleurs, les besoins en personnels paramédicaux spécialisés d'une part, et ceux en formation continue du personnel en poste dans les structures sanitaires périphériques d'autre part restent une autre préoccupation des autorités sanitaires nationales.

2.9.1 Disponibilité et distribution des ressources humaines de santé

- **Aperçu Général de la situation**

Les données recueillies en septembre 2004 sur le personnel de santé du secteur public ont permis d'avoir une meilleure connaissance de la situation des RHS notamment, les effectifs par catégories professionnelles, les variables démographiques, la distribution territoriale au sein des infrastructures sanitaires, etc. Toutefois, ce recueil de données n'a pas été étendu au secteur privé hormis le privé confessionnel. Le personnel de santé du privé lucratif ainsi que ceux des organismes caritatifs et projets de coopération bilatérale et multilatérale de promotion sanitaire n'ont pas été pris en considération faute de données disponibles. En conséquence, les données actuelles sur les RHS en RCA ne sont pas exhaustives bien que celles disponibles permettent d'avoir un aperçu sur la situation.

- **Situation du personnel du secteur public**

L'effectif du personnel de santé du secteur public est de 3314 agents toutes catégories confondues parmi lesquels 1915 prestataires de soins de santé exerçant dans divers types de structures sanitaires. Les tableaux et figures qui suivent donnent la répartition de l'ensemble du personnel par groupe d'âges, la

répartition du personnel du secteur public par sexe, par région et par catégorie professionnelle, et la répartition du personnel médical dans les services centraux.. .

Tableau 12 : Répartition du Personnel toutes catégories confondues par tranches d'âges

Tranches d'âges	Effectifs	Pourcentage (%)
20 - 24 ans	30	0,90
25 – 29 ans	52	1,57
30 – 34 ans	164	4,95
35 –39 ans	725	21,88
40 – 44 ans	627	18,92
45 – 49 ans	695	20,97
50 – 55 ans	515	15,54
56 ans et plus	120	3,62
Age inconnu	386	11,65
TOTAL	3 314	100%

Source : MSPP/DR

Tableau 13: Répartition du personnel de santé du secteur public par sexe et par région selon les catégories professionnelles

PROFESSIONS	RS 1		RS 2		RS 3		RS 4		RS 5		RS 6		RS 7		TOTALS		
	M.	F.	M	F.	M.	F.	M.	F.	M	F.	M.	F.	M.	F.	H	F	GL
Médecins Généralistes	7	2	7	0	9	2	8	0	5	2	8	0	20	2	64	8	72
Médecins Spécialistes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	2	30	2	32
Pharmaciens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Chirurgiens dentistes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	5
Techniciens Supérieur de santé	9	0	5	0	4	0	5	0	1	5	3	0	26	8	49	13	62
Techniciens Supérieur en:																	
• Santé Publique	1	0	2	0	1	0	4	0	1	2	2	0	0	2	11	4	15
• Anesthésie-Réanimation	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	10	7	14	8	22
• Laboratoire	1	0	2	0	2	0	4	0	1	0	1	0	19	3	30	3	33
• Ophtalmologie	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	0	4
• Odontologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8	0	8
• Kinési-Rééducation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	3	2	5
Sages-Femmes/Infirmiers acch.	0	27	5	15	4	14	1	10	1	4	3	9	3	142	20	221	241
Infirmiers Diplômés d'Etat	22	4	31	5	32	4	25	2	16	2	22	4	63	38	211	59	270
Assistants/Assainissemnt DE/TSE	14	4	9	3	14	0	13	0	9	0	9	0	17	3	85	10	95
Assistants de Santé/Inf. Assist.	32	7	37	1	31	6	46	8	4	4	28	2	84	52	262	80	342
Assistances Accoucheuses	0	31	0	35	0	21	0	19	0	12	0	12	0	133	0	273	273
Assistants/Agents d'Hygiène	25	4	18	3	17	0	19	0	5	0	10	0	21	10	115	17	132
Agents Santé Communautaire	30	8	19	2	20	2	14	6	20	0	54	3	36	45	193	66	259
GRAND TOTAL	141	87	137	64	136	49	140	45	63	32	140	30	337	451	1101	768	1869

Source : MSPP/DR M : Masculin, F : Féminin, DE : , TSE :

Figure n°5: Répartition du personnel de santé du secteur public par sexe et par région (N = 1860)

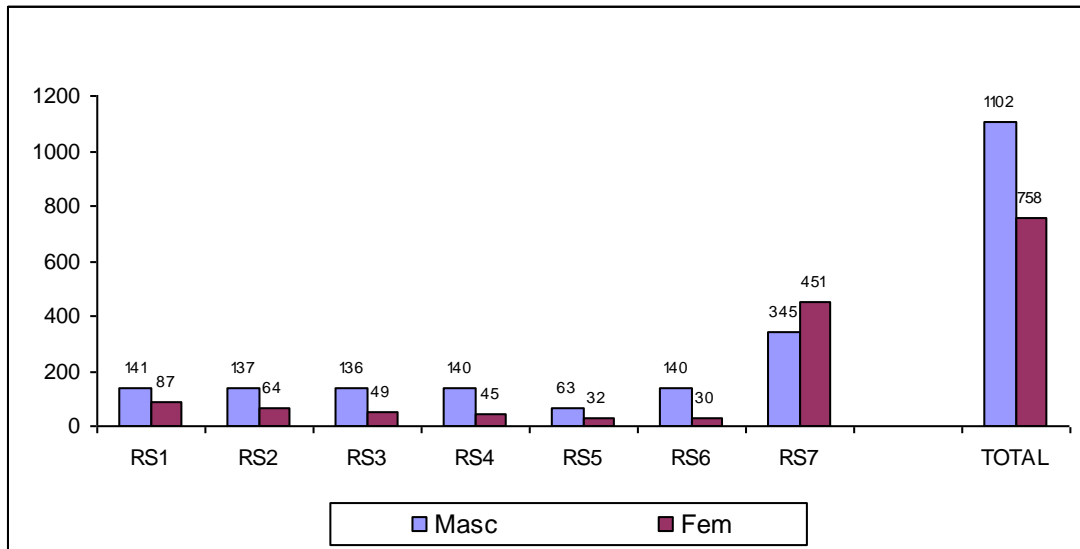
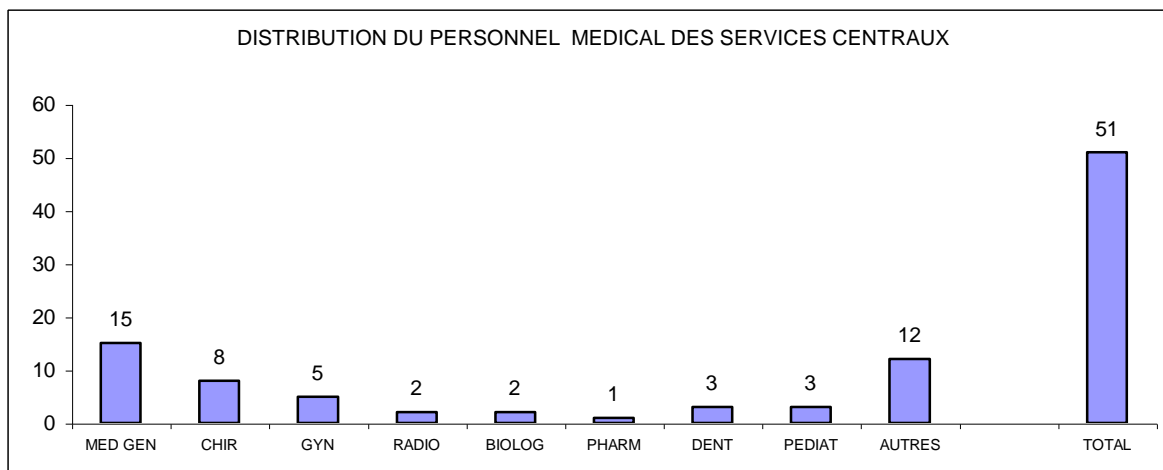


Tableau 14 : Répartition du personnel médical des services centraux

Ets. Cent.	H.Comm		H.Amitié		CNHUB		Comp.Péd		Labo. Nat		MST		CNTS		Totaux		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Global
Médecins	5	0	5	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0	0	15	0	15
Chirurgiens	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	2	8
Gynécolog.	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	
Radiologues	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
Cardiologue	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Néphrolog.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Neurologue	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Urologue	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
Path.Inf.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Biologistes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	2	
Pneumo.	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
Acupunct.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Pharmacien	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Dermatolog.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Ophthalmolo.	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
Stomatolog.	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	
Pédiatres	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	3	
Dentistes	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	
TOTAL	16	4	14	2	8	0	6	0	2	0	1	0	1	48	6	54	

Source : MSPP/DR

Figure n° 6 : Distribution du personnel médical des services centraux



L'analyse des résultats de ces tableaux et figures permet de faire les constatations suivantes :

- **Nature des ressources humaines disponibles**

L'effectif du personnel de santé en service dans les infrastructures sanitaires publiques est de 1915 agents dont la répartition par catégories révèle de très grandes disparités interprofessionnelles. En effet, on constate une quasi inexistence de certaines catégories professionnelles telles que les pharmaciens huit (8) et chirurgiens dentistes cinq (5). Les autres catégories se répartissent comme suit:

- Médecins généralistes et spécialistes: 104 soit 5,40% ;
- Cadres Paramédicaux Spécialisés: 87 soit 4,52% ;
- Sages-femmes et Infirmiers Accoucheurs: 241 soit 12,52% ;
- Infirmiers et Infirmières Diplômés d'Etat: 270 soit 14,03% ;
- Personnel d'Hygiène et de Salubrité : 227 soit 11,79% ;
- Assistants de Santé et Assistantes Accoucheuses: 615 soit 31,96% ;
- Agents de Santé Communautaire: 259 soit 13,46%.

- **Distribution géographique du personnel**

La distribution régionale du personnel est quasi homogène dans cinq des sept régions sanitaires du pays où les effectifs représentent entre 11,61% et 15,57% (cf. figure n°5). Dans les deux autres régions sanitaires (RS7 et RS5), on note un grand déséquilibre des effectifs (Région n°7 avec 401 personnes, soit 27,37% ; RS5 avec 95 personnes, soit 6,48%). Par ailleurs, on constate la concentration des médecins spécialistes au niveau de la seule RS7. Le sex-ratio hommes/femmes de la distribution globale du personnel de santé est de 1,43. Toutefois, ce ratio est variable selon les régions, allant de 1,97 dans la RS5, à 4,66 dans la RS6 en passant par 3,11 dans la RS4. Par contre dans la RS7, on relève une inversion de ce sex-ratio en faveur des femmes avec 0,76.

Les tendances observées dans cette distribution régionale du personnel de santé du secteur public sont révélatrices d'un déséquilibre dans la répartition géographique des ressources humaines de santé. Celui-ci est au profit de la Région Sanitaire n°7 (abritant la capitale nationale) où est concentré plus du quart (27,37%) des effectifs totaux du personnel. Par ailleurs, la proximité de Bangui de la Région Sanitaire n°1 expliquerait que celle-ci dispose de 15,56% de l'effectif total du personnel de santé, ce qui la place en seconde position derrière la Région sanitaire n°7.

La modicité des effectifs au niveau de la RS5 se justifierait par la faible densité démographique de celle-ci et par les difficultés d'accessibilité géographique. Les régions n°7 et n°1 disposent à elles seules de près de la moitié des effectifs du personnel de santé du secteur public (47,03%) pour 1.226.370 habitants (31,5% de la population). Par contre, les régions sanitaires 3 et 2 qui sont les plus peuplées 1.499.262 habitants (38,5%) ne disposent que d'un peu plus du quart (26,34%) des effectifs totaux du personnel de santé du secteur public.

- **Distribution du personnel de santé dans les services centraux**

Les services centraux sont constitués des hôpitaux nationaux de référence et de formation universitaire. L'ensemble du personnel médical spécialisé du pays (36) est concentré dans ces infrastructures sanitaires. Leur répartition révèle l'existence de divers spécialistes en nombre plus ou moins limité selon les cas. C'est ainsi que les chirurgiens et les gynéco-obstétriciens avec 13 Agents constituent 36,11% tandis que les autres spécialistes ne comptent que pour 2,77% à 8,33% de l'effectif total.

Plus de la moitié des effectifs (1716) ont plus de 45 ans ce qui traduit un besoin en renouvellement pour les 10 prochaines années.

▪ Situation du personnel du secteur privé confessionnel

Il convient de noter que le recueil de données du personnel de santé du secteur privé a été effectué uniquement au niveau du privé confessionnel à l'exclusion des services lucratifs. Ainsi, 792 agents ont été dénombrés dont 76% de la catégorie professionnelle et 24% des auxiliaires soignants.

La plupart de ces personnels sont concentrés dans les RS2 et 6 avec un effectif total de 242 agents, soit 43,78 % de l'effectif total du secteur privé confessionnel. Cela se justifierait par une plus forte implantation des confessions religieuses au niveau de ces deux régions. Par contre les RS5 et 1 comptent les plus faibles effectifs de personnel de santé avec seulement 78 agents, soit 9,85%.

2.9.2 Formation du personnel

La formation du personnel de santé est une des préoccupations des autorités sanitaires nationales. En effet, le Ministère de la Santé est désireux de disposer de ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant en vue de la mise en œuvre efficiente de sa politique sanitaire nationale. Pour ce faire, il attache beaucoup d'importance à la formation initiale tout comme à la formation continue.

La formation initiale du personnel de santé est assurée par quatre institutions publiques dont la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Bangui. Il ressort du tableau 15 qu'une catégorie de personnels paramédicaux spécialisés est formée au pays. Cependant, le nombre de diplômés formés chaque année est relativement limité. La formation de médecins spécialistes se fait à l'étranger en Afrique tout comme dans des pays occidentaux sur financement des partenaires au développement et pays amis. Les besoins en formations spécialisées sont déterminés par l'Etat en tenant compte des problèmes prioritaires de santé. Au niveau des structures sanitaires et des programmes de santé, les activités de formation continue sont organisées en fonction des besoins spécifiques et sur initiative des responsables locaux ou nationaux.

Tableau 15 : Situation des Institutions de formation du personnel de santé

Institution	Lieu	Type Personnel	Conditions d'entrée	Durée d'études	Diplômés/promotion
Faculté des Sciences de la Santé	Bangui	Médecins Généralistes	23 ans, Bac Cou D, concours	7 ans	25
		Techn. Sup. Labo	23 ans, Bac Cou D, concours	4 ans	20
		Tech. Sup. Anesth. Réan.	45 ans, concours interne	2 ans	15
		Techniciens Rééducation, Orthopédistes	23 ans, Bac A ,B ,C ,D concours	2 ans	20
		SFDE/IADE	23 ans Bac A ,B ,C ,D concours	3 ans	15
		AADE/TSE	23 ans Bac A ,B ,C ,D concours	3 ans	15
		IDE	23 ans Bac A ,B ,C ,D concours	3 ans	20
Instituts Annexes FACSS	Bouar	As. Accoucheuse	23 ans BEPC/BC, concours	2 ans	15
	Bimbo	Assistant Hygiène	23 ans BEPC/BC, concours	2 ans	10
	Bambari	Assistant Santé	23 ans BEPC/BC, concours	2 ans	15

Source : MSPP

2.9.3 Gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines du secteur public de la santé relève de la Direction des Ressources. Cette Direction est constituée de trois services parmi lesquels le Service des Ressources Humaines (SRH) qui assure la gestion des effectifs et le plan de carrière professionnelle. Les besoins qualitatifs et quantitatifs en personnel sont déterminés sur la base des micro- planifications régionales élaborées au niveau des Directions Régionales de la Santé. La Direction dispose d'une banque de données sur divers aspects relatifs au personnel de santé notamment les effectifs, la répartition territoriale, le redéploiement, les départs à la retraite. La Direction des Etudes et de la Planification est chargée de la programmation des formations en fonction des besoins exprimés par le Ministère.

2.10 FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE

2.10.1 Sources de financement

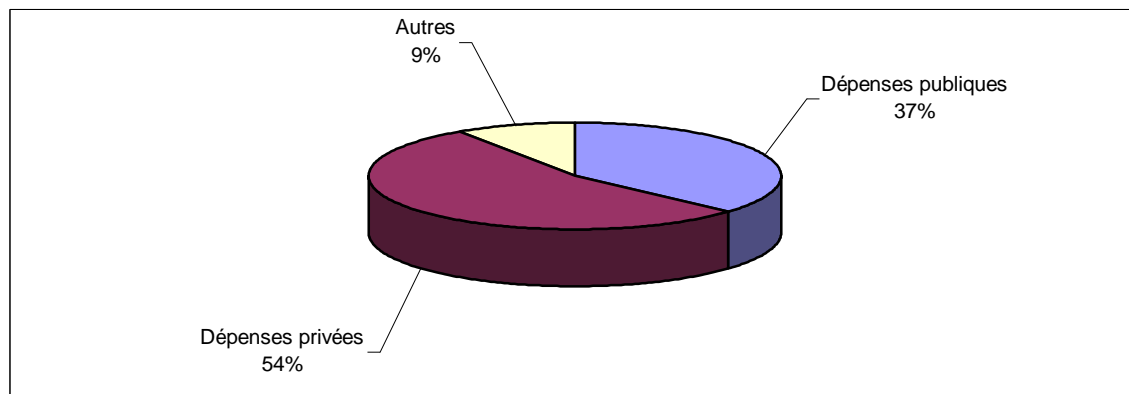
Le secteur de la Santé bénéficie de quatre principales sources de financement que sont ; le financement public (ressources propres et ressources extérieures), les collectivités, les communautés et le secteur privé.

Tableau 16 : Contribution moyenne par type de dépenses dans le financement de santé (2000-2004)

Type de dépenses	Moyenne de contribution (en milliards de FCFA)	Pourcentage par acteur
Dépenses publiques	10,6	37 %
Dépenses privées (ménages et entreprises privées)	15,6	54 %
Autres (Communautés/Collectivités)	2,7	9 %
Dépenses totales	28,9	100 %

Source : Rapport groupe de travail PNDS II

Figure n° 7 : Ventilation de dépenses totales par contribution moyenne



Au regard de ce qui précède, plus de la moitié (54%) du financement de santé sont assurés par les dépenses privées alors que les dépenses publiques représentent un peu plus du tiers (37%) et les autres dépenses (9%).

2.10.2 Efforts nationaux pour le Financement de la santé

En dépit des difficultés d'ordre macroéconomique mentionnées dans le contexte général, on note au plan national, un effort de la part du Gouvernement pour soutenir les actions de santé. Sur la période 2000-2004, les prévisions de dépenses en faveur du secteur de la santé représentent en moyenne 1,5% du PIB et 8,8% du budget général de l'Etat.

Tableau 17 : Financement public de la santé (2000-2004).

	2000	2001	2002	2003	2004
Dépenses de fonctionnement	5,185	5,844	5,924	5,874	5,54
- Salaires	2,9	3,08	3,1	3,4	3,2
- Biens et services	2	2,44	2,5	2,2	2,2
- Autres	0,285	0,324	0,324	0,274	0,14
Dépenses d'investissement	5,7	4,7	5,8	4,8	4,7
- Budget en capital	0,4	0,5	0,9	1,1	0,6
- Financement extérieur	5,3	4,2	4,8	3,7	4,0
Dépenses totales santé	10,885	10,544	11,724	10,674	10,24
Total Budget de l'Etat	144,5	109,9	159,4	113,6	105,4
Budget santé % Budget général	7,5%	9,6%	7,4%	9,4%	9,7%
en % du PIB	1,6%	1,5%	1,6%	1,5%	1,4%
Budget santé par tête d'habitant	3532,5	3436,6	3741,6	3387,5*	

Sources : Lois de finances 2000-2004. Programmes Triennaux d'Investissements

a) Financement sur ressources propres de l'Etat

Tableau 18 : Dépenses budgétaires (2000 à 2004) sur ressources propres

(En milliards de FCFA)

	2000	2001	2002	2003	2004
Dépenses de fonctionnement	5,185	5,844	5,924	5,870	5,540
- Salaires	2,9	3,08	3,1	3,4	3,4
- Autres	2,286	2,764	2,824	2,474	2,34
Dépenses d'investissement	0,419	0,534	0,961	1,144	0,681
Dépenses totales prévues de santé	5,604	6,378	6,885	7,014	6,158
Réalisation sur biens et services	Nd	nd	nd	0,118	Nd
Réalisation salaire	Nd	nd	nd	3,4	Nd
Total réalisation	Nd	nd	nd	3,518	Nd
Taux de réalisation	Nd	nd	nd	50,1 %	Nd

Source : Comité de suivi des engagements des dépenses en faveur des secteurs sociaux. Rapport 2003.

En dépit de l'absence de données, on note que sur le total des ressources propres inscrites au budget de l'Etat en faveur de la santé, le taux d'exécution disponible est de 50,1% en 2003. Ce taux reste dominé par les dépenses de salaires.

En dehors de l'année 2003 pour laquelle les données sur l'exécution des différentes natures des dépenses sont disponibles, d'importants arriérés de paiement ont été accumulés.

Aux efforts du gouvernement, s'ajoutent ceux consentis par les autres acteurs du financement du système de santé :

b) Participation communautaire

Elle reste le moyen de financement approprié pour atteindre les bénéficiaires sous deux formes :

Le recouvrement de coûts ; instauré en 1994, ce moyen de financement s'effectue par l'achat des médicaments, les consultations, les actes et les hospitalisations. Les tarifs des consultations varient de 500 FCFA à 2000 FCFA selon le niveau de la structure et la qualification des praticiens. Pour les prestations, les tarifications varient selon la nature des actes et les habitudes de prescription, ce qui rend difficile l'accès d'une bonne partie de la population aux soins de base.

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

c) Financement privé

Il concerne en grande partie les formations sanitaires privées (cabinets médicaux et cliniques privées). Aussi, les entreprises privées installées dans le pays financent les actions de santé par la couverture à 80% des frais médicaux de leur personnel et participent également à la construction d'infrastructures de santé dans leur localité.

d) Financement sur ressources extérieures

La RCA bénéficie fortement de l'appui extérieur dans le financement des dépenses d'investissement du secteur de la santé sous forme de subventions et de prêts.

Depuis ces dernières années, la tendance générale de l'aide extérieure pour le pays est à la baisse. Le financement extérieur en faveur du secteur de la santé se situe à 4 milliards de Francs CFA en 2004 contre 5,3 milliards en 2000 soit une baisse d'environ 25%. S'il est constitué des investissements et de

l'assistance technique, il n'est pas possible en l'état actuel où les informations ne sont pas disponibles de préciser leurs valeurs respectives. Toutefois, hormis le financement des activités de lutte contre le SIDA qui a bénéficié d'un prêt de l'Agence Internationale de Développement (IDA) qui est gelé, la quasi-totalité du financement de la santé est assurée par des subventions.

Tableau 19 : Exécution des dépenses d'investissement de la santé sur ressources extérieures.
(En milliards de FCFA)

	2000	2001	2002	2003	2004
Prévision	5,3	4,2	4,8	3,7	4
- Subvention	5,3	4,1	2,8	3,5	3,5
- Prêts	0	0	2	0,175	0,5
Exécution	5,3	4,1	4,8	3,675	4
Taux d'exécution	100%	98%	100%	99%	99%

Source : Programmes Triennaux d'Investissement/ Mini-Plan.

Sur la base des données du tableau ci-dessus, le taux d'exécution moyen des dépenses d'investissement sur ressources extérieures est de l'ordre de 99%. On note que le faible taux d'exécution des dépenses sur ressources propres de l'Etat est heureusement compensé par la bonne exécution des dépenses sur ressources extérieures.

Les financements extérieurs proviennent des:

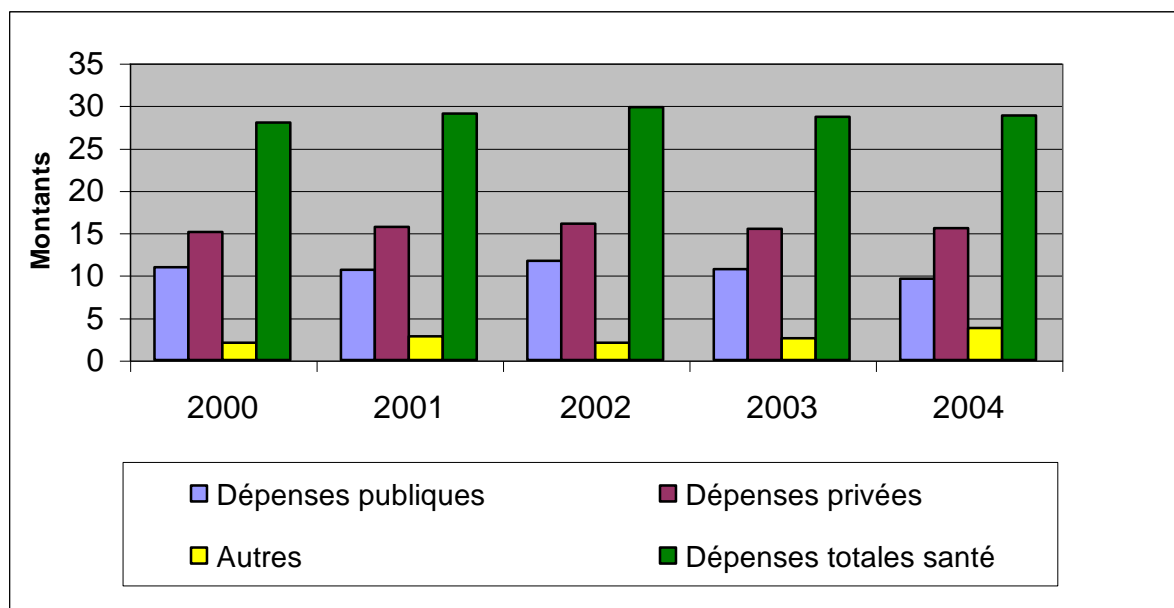
- Sources bilatérales (France/AFD, Japon, Chine, Egypte, Allemagne, Suisse), et multilatérales (Union Européenne, BAD, IDA) ;
- Agences du système des Nations Unies : OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, HCR, PAM, FAO,
- Organisations Non Gouvernementales Internationales (COOPI, MSF Espagne, CICR, OXFAM-QUEBEC, Amis d'Afrique, Croix Rouge Française) et nationales (ASSOMESCA, ACABEF) et autres organisations caritatives confessionnelles ; et
- Autres initiatives (Fonds mondial, Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole (OPEP), GAVI, etc.).

Le tableau et la figure ci-dessous indiquent la ventilation des dépenses totales de la santé (publiques, privées et autres) entre 2000-2004.

Tableau 20: Dépenses totales de santé

(En milliards de FCFA)

	2000	2001	2002	2003	2004
Dépenses publiques	10,9	10,6	11,7	10,7	9,56
Dépenses privées	15,08	15,66	16,04	15,44	15,53
Autres	2,02	2,82	2,04	2,53	3,74
Dépenses totales santé	28,01	29,08	29,77	28,68	28,83
PIB en valeur	683,1	709,2	726,2	699,4	703,2
Dépenses de santé % PIB	En moyenne 4,1%				

Figure n°8 : Ventilation des dépenses totales de santé (2000-2004)

Source : Rapport groupe de travail PNDS II

2.10.3 Répartition des dépenses de santé par niveau et par nature

Depuis plusieurs années, la politique du gouvernement a privilégié les secteurs sociaux de base. Pour cette raison, l'affectation des ressources du secteur de la santé entre différents niveaux de soins suit l'organisation administrative du système de santé et répond au souci accordé en priorité aux soins de santé de base.

En effet, les ressources du secteur sont réparties entre différents niveaux du système de santé de la manière suivante :

- niveau primaire : 57%
- niveau secondaire : 2%
- niveau tertiaire : 41% (dont 17% pour l'administration central)

Quant aux dépenses par nature d'activités, le tableau ci-après présente leurs principales ventilations sur le budget de l'Etat de 2000 à 2004.

Tableau 21 : Répartition par nature des dépenses budgétaires.

(En milliards de FCFA)

Nature des dépenses	2000	2001	2002	2003	2004
Appui administratif/technique	2,584	2,496	2,356	0,882	0,5440
Dépenses des hôpitaux	2,611	1,750	2,600	2,308	2,4800
Dépenses des programmes	1,790	2,976	3,870	3,492	3,0310
Formation	0,359	0,039	0,022	0,191	0,0400
Autres	3,539	3,284	2,874	3,799	4,4144
Total	10,885	10,544	11,724	10,674	10,2400

Sources: Loi de finances

Sur la période, le tableau dégage la moyenne des dépenses par nature d'activités tel qu'il suit:

- 28% des dépenses sont prévues pour l'exécution des programmes ;
- 21,7 % sont consacrées au fonctionnement des établissements de soins et de diagnostic ;
- 16,4 % réservés à l'appui technique administratif et
- 1,2 % à la formation.

2.10.4 Mécanismes de financement

a) Procédure budgétaire

La préparation du budget procède par l'évaluation des besoins du Ministère et l'inscription dans le budget de l'Etat après arbitrages des crédits sollicités par les Ministères en charge de l'Economie et des Finances sous contrainte budgétaire.

L'exécution est autorisée par la loi de Finances et suit la procédure simplifiée qui est :

- l'engagement de crédits par l'administrateur au niveau du Ministère de la santé ;
- la liquidation (constat et calcul du montant de la dette de l'Etat);
- le contrôle (intervient pour vérifier la moralité des dépenses en conformité avec la nomenclature budgétaire) ;
- l'ordonnancement (l'ordre donné au comptable pour le paiement), et enfin ;
- le paiement (libère l'Etat de sa dette).

b) Autres procédures de financement

Les autres partenaires au développement financent les dépenses de la santé dans le cadre de leur cycle de coopération et selon les procédures qui leur sont spécifiques.

c) Performances des mécanismes de financement

▪ *Sur ressources propres*

Le taux d'exécution du budget de la santé, hors salaires et dépenses sur financement extérieur est difficile à appréhender du fait des difficultés de trésorerie et de la procédure budgétaire qui entraîne un décalage considérable entre engagement et paiement.

La procédure ne garantit pas l'effectivité des dépenses de santé. Les lignes budgétaires du Ministère de la Santé sont gérées par l'administration centrale (DR). Les structures du Ministère au niveau central, après l'engagement des crédits effectué par la DR, reçoivent les matériels et fournitures et se chargent de la répartition dans les services déconcentrés. Malheureusement, cette procédure ne permet pas de vérifier l'effectivité des dépenses au profit des autres bénéficiaires que sont les directions centrales, régionales et les districts sanitaires, ce qui altère la qualité des services.

Les procédures sont habituellement longues. Une conséquence est que les structures bénéficiaires, à tous les niveaux, reçoivent leurs équipements, fournitures et matériels avec un décalage important, parfois aux cours des exercices suivants l'année de leur exécution autorisée par la loi des finances. Le décaissement tardif faute de ressources disponibles perturbe la mise en œuvre des activités de santé, l'entretien des

équipements et infrastructures de santé et introduit un dysfonctionnement des services indispensables pour la production des soins.

L'inadéquation entre ressources et dépenses. Il est généralement observé que deux difficultés sont liées à la préparation et à l'exécution du budget de la santé : d'abord il n'est pas possible de connaître à l'avance les ressources allouées pour l'exercice futur et ensuite, l'affectation des ressources lors de la préparation du budget ne s'appuie que sur la reconduction mécanique des crédits et l'inscription de mesures nouvelles qui pourraient être prises. Cette inadéquation rend difficile une bonne programmation des dépenses du Ministère. Par ailleurs, certaines dépenses exécutées sous forme de procédure d'urgence (régie d'avance) ne sont pas en conformité avec l'objet de la dépense. C'est l'exemple des dépenses alimentaires en faveur des hôpitaux qui souvent sont exécutées sans tenir compte du taux d'occupation de lits par les malades.

La lourdeur dans l'administration. L'une des difficultés observées dans l'exécution des dépenses est la faiblesse dans le traitement des dossiers financiers tout le long du circuit des dépenses surtout dans son aspect comptable (paiement). Cet état de chose constitue une entrave dans la mobilité de la chaîne des dépenses (engagement, liquidation, ordonnancement et paiement).

▪ *Sur ressources extérieures*

L'exécution des dépenses sur ressources extérieures est très satisfaisante au regard du taux de décaissement présenté (cf. tableau 19). Cependant, la faible capacité de coordination des donateurs au niveau national ne permet pas toujours de rationaliser leurs interventions.

2.11 PRINCIPAUX PROBLEMES DE SANTE ET DEFIS MAJEURS

L'analyse de la situation sanitaire décrite ci-dessus fait ressortir les principaux problèmes suivants qui peuvent être regroupés sous 3 rubriques :

2.11.1 Problèmes liés à l'état de santé des populations

- Baisse de l'espérance de vie ;
- Taux élevés de mortalité maternelle et néonatale ;
- Taux élevés de mortalité infantile et infanto-juvénile ;
- Forte prévalence des maladies transmissibles : VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose ;
- Forte prévalence des maladies menaçant la survie de l'enfant (IRA, maladies diarrhéiques, maladies cibles du PEV, malnutrition et carences nutritionnelles) ;
- Persistance et émergence de certaines endémies : Trypanosomiase, Onchocercose, lèpre, autres maladies parasitaires ;
- Menace d'épidémies et de catastrophes à cause de l'existence des maladies à potentiel épidémique, des aléas climatiques ou des situations créées par l'homme ;
- Emergence des maladies non transmissibles : maladies cardio-vasculaires, HTA, diabète, drépanocytose, maladies mentales, cancers, etc.

2.11.2 Problèmes liés à la performance du système de santé

a) Problèmes liés au cadre institutionnel et au pilotage du secteur

- Insuffisance du cadre institutionnel ;
- Faible utilisation des services (mauvais accueil, lenteur dans la prise en charge des urgences, racket des malades) ;
- Insuffisance dans le contrôle de qualité de l'offre en médecine traditionnelle ;
- Insuffisance de coordination des interventions des partenaires ;
- Insuffisance de mobilisation des ressources additionnelles ;
- Insuffisance dans la gestion du système de santé de district : équipes cadres de district (ECD) peu performantes, aires géographiques des districts sanitaires trop espacées, dysfonctionnement des COGES et inefficacité des organes des SSP ;
- Faible performance du système national d'information sanitaire (SNIS).

b) Problèmes liés aux infrastructures, équipements et moyens roulants

- Vétusté des infrastructures et équipements sanitaires ;
- Destruction et pillage des infrastructures, équipements sanitaires et moyens roulants ;
- Absence de normes en matière de construction d'infrastructures sanitaires ;
- Absence d'un plan de développement des infrastructures et équipements sanitaires ;
- Faiblesse dans la maintenance des équipements bio-médicaux.

c) Problèmes liés aux médicaments et vaccins

- Insuffisance dans l'application des textes régissant le sous secteur pharmaceutique ;
- Insuffisance du système d'achat et de distribution des médicaments ;
- Absence de structure de contrôle de qualité des médicaments ;
- Non-respect des ordigrammes entraînant une prescription irrationnelle des médicaments ;
- Vente illicite des produits pharmaceutiques.

d) Problèmes liés aux ressources humaines

- Grandes disparités régionales dans la répartition des RHS ;
- Concentration du personnel féminin à la capitale nationale ;
- Très faibles effectifs de personnel médical de sexe féminin ;
- Insuffisance quantitative des médecins spécialisés, des pharmaciens et chirurgiens dentistes ;
- Insuffisance de la formation continue du personnel ;
- Non-intégration du personnel formé ;
- Démotivation du personnel due à l'irrégularité et blocage de salaires ;
- Insuffisance des mesures incitatives du personnel ;
- Insuffisance des données sur les RHS du secteur privé ;
- Absence de plan de carrière.

e) Problèmes liés au financement de la santé

- Faible niveau des décaissements des fonds alloués par l'Etat dû aux difficultés de trésorerie ;
- Absence de budget destiné à l'alimentation des malades en provinces ;
- Inadéquation des ressources par rapport aux besoins ;
- Forte dépendance vis à vis du financement extérieur ;
- Difficultés à cerner le financement privé et communautaire ;
- Mauvaise gestion et détournement des fonds par les COGES ;
- Absence de mécanismes alternatifs au financement des soins.

2.11.3 Problèmes liés à l'environnement

- Faible pouvoir d'achat de la population ;
- Analphabétisme très prononcé ;
- Faible couverture du pays en eau salubre et potable et à l'assainissement de base ;
- Styles de vies et comportements des populations peu favorables à la santé (tabac, alcool, drogue) ;
- Importance des facteurs socioculturels : pratiques néfastes à l'égard des femmes et jeunes filles, violences physiques, violences sexuelles ;
- Insuffisance de prise en compte des questions de genre dans les stratégies de santé.

2.11.4 Défis Majeurs

Pour remédier aux problèmes décrits ci - dessus, il apparaît qu'il y a des besoins urgents qui constituent d'énormes défis à relever. Il s'agit de :

- ✓ Renforcer le cadre institutionnel afin de le rendre capable de produire des services de santé de qualité pour répondre effectivement aux besoins de santé des populations, notamment des populations défavorisées ou en situation difficile y compris les personnes âgées, les adolescents, les populations réfugiées et déplacées, les pygmées et les populations nomades ;

- ✓ Améliorer la performance du programme national de santé de la reproduction en vue de réduire la morbidité et la mortalité materno-néonatale et infanto-juvénile, avec comme priorités la grossesse à moindre risque et la PCIME ;
- ✓ Créer des conditions favorables à la lutte contre la maladie afin de réduire de façon significative la charge morbide et le taux de mortalité parmi les populations centrafricaines ;
- ✓ Mettre en place un environnement politique, légal, physique et social plus favorable à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions pour l'amélioration de la santé des populations centrafricaines ;
- ✓ Développer une culture de bonne gestion des services de santé permettant une bonne organisation et gestion d'un partenariat dynamique dans le cadre des engagements nationaux (dialogue national,...), des initiatives sous-régionales et régionales (NEPAD, ...) et des autres initiatives mondiales, afin de réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), auxquels le Gouvernement a souscrit ;
- ✓ De cultiver une bonne compréhension des interrelations entre santé, genre, pauvreté et environnement afin de faire de la Santé le secteur d'activité et d'investissement prioritaire du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.

2.11.5 Forces, faiblesses, contraintes, menaces et opportunités

a) Forces

- ✓ Volonté politique du Gouvernement de faire de la santé un des secteurs prioritaires dans la lutte contre la pauvreté ;
- ✓ Adhésion de la communauté à la stratégie des Soins de Santé Primaires/ Initiative de Bamako ;
- ✓ Implication des différents acteurs dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi des politiques et des stratégies du secteur de la santé ;
- ✓ Adhésion de la communauté à la politique de recouvrement de coûts des soins de santé ;
- ✓ Autonomie partielle de gestion accordée à toutes les FOSA publiques ;
- ✓ Adoption et mise en œuvre de la politique de médicaments essentiels génériques ;
- ✓ Mise en place d'un système de cogestion des FOSA (population et personnel de santé) à travers les Organes des SSP avec une place importante accordée à la femme;
- ✓ Gestion du personnel de santé confiée aux Préfectures sanitaires par Décret.

b) Faiblesses

- ✓ Insuffisance d'opérationnalisation de la préfecture comme entité de mise en œuvre des activités des différents programmes ;
- ✓ Mode de paiement en vigueur créant des exclus aux soins (indigents) ;
- ✓ Instabilité du personnel;
- ✓ Impunité des auteurs des malversations financières dans les FOSA ;
- ✓ Insuffisance de leadership en matière des SSP.

c) Opportunités

- ✓ Multiplicité des partenaires internationaux au développement appuyant le secteur ;
- ✓ Soutien du Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose, de GAVI pour le PEV;
- ✓ Implication du secteur de la santé dans le processus de la lutte contre la pauvreté pouvant accéder à terme la RCA à l'Initiative PPTE ;
- ✓ Disponibilité de plusieurs ONGs nationales et internationales pour les actions de santé.

d) Menaces

- ✓ Instabilité socio-politique ;
- ✓ Insécurité notamment sur les axes routiers ;
- ✓ Influence des pesanteurs socioculturelles ;
- ✓ Irrégularité dans le paiement des salaires (arriérés accumulés de salaires) ;
- ✓ Pauvreté ;
- ✓ Suspension des financements extérieurs.

CHAPITRE III: ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET PRIORITES D’ACTIONS

3.1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Pour faire face aux problèmes majeurs et défis relevés, quatre axes stratégiques sont retenus, à savoir :

- le renforcement des capacités du cadre institutionnel ;
- la promotion de la Santé de la Reproduction ;
- le renforcement de la lutte contre la maladie, et la gestion des urgences et catastrophes ;
- la promotion d’un environnement propice à la santé.

3.1.1 Renforcement des capacités du cadre institutionnel et du partenariat

Le système de santé en RCA mérite une réorientation particulière pour que les axes dégagés dans le cadre du PNDS apportent des solutions aux problèmes identifiés dans l’analyse de la situation.

A cet effet, des réformes seront envisagées pour rendre le système de santé plus performant et l’adapter aux nouveaux besoins de la population.

Les services de santé seront organisés de manière à offrir une distribution optimale et équitable des soins globaux et intégrés à chaque niveau du système de soins ; le système de référence et de contre référence sera fonctionnel et permettra de minimiser le coût des prestations offertes à la population. La recherche en santé sera développée en vue de disposer d’approches nouvelles pour améliorer l’utilisation des services.

Les ressources humaines seront renforcées en quantité et en qualité grâce à un programme de formation adapté aux réalités de terrain, à l’utilisation du personnel disponible, motivé et mieux réparti selon les besoins pour corriger les inégalités.

Les ressources financières et matérielles seront mieux réparties et adaptées aux besoins prioritaires de chaque niveau, dans un contexte de bonne gestion. La lutte contre le racket et la corruption se fera avec l’implication de la communauté.

La gestion du système sera renforcée grâce aux données factuelles provenant du SNIS et d’autres enquêtes pour adapter les prestations aux besoins. Un accent sera mis sur la supervision et le monitoring.

La création d’un fonds de décentralisation pour soutenir les initiatives communautaires au niveau des districts sera encouragée avec l’appui des partenaires. Ces initiatives cibleront l’approvisionnement en médicaments, la construction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires, l’acquisition et la maintenance des équipements, l’accessibilité financière aux soins, la supervision, l’entretien et la maintenance des points d’eau, etc.

En ce qui concerne les médicaments, un accent sera mis sur la fourniture adéquate des médicaments essentiels et la décentralisation des structures d’approvisionnement avec le concours des partenaires privés lucratifs ou non. Des dépôts seront créés dans toutes les préfectures et chefs-lieux des Sous-préfectures pour rapprocher les MEG des populations.

Des normes de développement des infrastructures sanitaires et équipement et de leur maintenance seront élaborées. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population concevra des documents normatifs relatifs aux infrastructures sanitaires, ainsi que des textes juridiques réglementant l’implantation et la construction des établissements de soins par les ONGs, les organismes nationaux ou internationaux, et les autres partenaires privés intervenant dans le domaine de la santé. Il établira des plans standard pour les bâtiments administratifs, logements et établissements de soins du pays. A cet effet, il sera créé une structure centrale digne de ce nom dotée de compétences techniques. Cette structure est un organe chargé d’étude, du suivi et du contrôle des projets des infrastructures, équipements sanitaires et maintenance.

La stimulation d’une approche multisectorielle pour l’amélioration de l’état de santé et la collaboration avec les secteurs partenaires dans le cadre des actions intersectorielles ainsi que le renforcement de la coordination et de l’intégration des actions seront encouragés.

Pour garantir un meilleur accès de la population aux services de santé de qualité, il est indispensable de renforcer les mécanismes de financement existants et de définir les mécanismes nouveaux pour générer des ressources additionnelles.

Il s'agit pour les collectivités de s'impliquer de manière active dans le financement de la santé par une budgétisation annuelle des actions de santé. Il est important également pour le Département de la santé de réaliser une étude pour cerner l'importance du recouvrement des coûts dans les dépenses totales de la santé. Les communautés sensibilisées devraient être capables de créer de mutuelles ou micro-assurances fondées sur des cotisations (tontines) dont une partie sera versée sur un compte de santé, des caisses d'assurance maladie, et d'accepter la réédition de l'expérience de la carte d'abonnement sanitaire.

Il s'agit pour l'Etat d'augmenter de manière significative son intervention dans le budget de la santé. Il devra allouer 15% de la part de son budget au financement de la santé.

Les partenaires seront invités à renforcer davantage leur appui financier au Ministère de la Santé dans le cadre de nouvelles initiatives comme le Fonds Mondial, l'Alliance Mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), l'initiative PPTE, le NEPAD, etc. .

Chaque année, il sera élaboré un compte national de santé.

En vue de créer une capacité à long terme de prestations de service dans le secteur de la santé, il sera développé une approche contractuelle et de sous-traitance faisant intervenir les partenaires privés locaux, les ONGs et autres associations dont l'expérience, le savoir-faire, la connaissance du pays et les capacités à travailler sur le terrain sont reconnus pour réaliser certaines activités spécifiques.

La collaboration entre le personnel de santé et les tradi-praticiens sera développée dans le cadre des Soins de santé Primaires. Pour garantir la qualité et l'innocuité des plantes médicinales, le Ministère en charge de la santé va réglementer ce secteur par le recensement et la sélection des véritables tradipraticiens en utilisant les référentiels d'homologation des procédures d'identification des tradipraticiens et des médicaments issus de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles élaborés par l'Organisation Africaine pour la Propriété Intellectuelle (OAPI).

3.1.2 Promotion de la Santé de la Reproduction (SR)

La promotion de la santé de la mère et de l'enfant se fera à travers les axes stratégiques définis dans la politique nationale de Santé de la Reproduction. Ces axes comprennent l'intégration du paquet minimum des activités de SR dans les formations sanitaires, l'amélioration de la couverture et de l'accès équitable aux services intégrés de la SR de qualité à la population, la promotion et la protection de la femme et de l'enfant, l'implication des hommes dans les activités de la SR, l'information, l'Education et la Communication (IEC) en matière de SR, l'appui sur les programmes SR et sur les autres programmes ou Ministères connexes.

Un accent sera mis sur les actions de prévention, d'information et d'éducation sanitaire en direction des familles et des communautés ainsi que sur la prise en charge des enfants malades et des grossesses et accouchements à risque. L'amélioration de la disponibilité et de l'accès, et l'utilisation des services de santé de qualité s'adressant aux femmes et aux enfants, surtout en zones rurales, seront renforcées.

Les capacités institutionnelles de planification, de mise en œuvre, de gestion des ressources et de leadership en matière de santé de la mère et de l'enfant seront également renforcées. De même, le rôle des individus, des familles et des communautés en matière d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant sera accru.

Enfin la création et le renforcement du partenariat national et des réseaux nationaux et internationaux de lutte contre la mortalité maternelle et infantile seront encouragés.

3.1.3 : Renforcement de la lutte contre la maladie, Gestion des Urgences et Catastrophes

La lutte contre le paludisme sera entreprise dans le cadre de l'initiative « Faire reculer le paludisme » en développant de nouveaux mécanismes de financement, d'achats et de distribution des moustiquaires

imprégnées d'insecticides. La stratégie PCIME sera appliquée dans tous les districts du pays pour s'attaquer aux maladies meurtrières de l'enfant comme les IRA, les diarrhées, la rougeole, la malnutrition, le paludisme.

Le VIH/SIDA sera combattu en utilisant les nouvelles thérapies disponibles et en renforçant les actions de prévention de façon à réduire la progression inquiétante de la pandémie aux conséquences désastreuses sur l'économie et la société centrafricaines. La lutte contre la tuberculose sera entreprise à travers l'application de la stratégie DOTS ou autres activités communes de lutte avec le VIH/SIDA en partenariat avec le secteur privé. Les autres endémies majeures comme la trypanosomiase, l'onchocercose, la lèpre, la filariose lymphatique, les bilharzioses, et les autres helminthiases seront combattues par le biais des programmes de lutte existants ou à développer en mettant en œuvre les stratégies les plus pertinentes.

Des actions de lutte appropriées seront envisagées pour s'attaquer aux maladies émergentes et aux maladies non transmissibles dont l'ampleur commence à prendre des proportions inquiétantes. Il s'agit des maladies mentales, des maladies cardiovasculaires, du diabète, des cancers et les toxicomanies.

Un plan de préparation et de réponse aux urgences sera élaboré dans le cadre de la lutte contre les épidémies et les catastrophes.

3.1.4 Promotion d'un environnement propice à la santé

La volonté politique manifeste des pouvoirs publics se traduisant en toute circonstance par la promotion de la bonne gouvernance, gage d'une paix durable, devra constituer la garantie fondamentale pour la réussite de toutes les actions de développement en général et de l'amélioration de la santé de la population en particulier.

Etant entendu la multiplicité et la multisectorialité des déterminants de la santé, des actions multiformes visant à préserver un environnement favorable et celles en rapport avec la promotion de la santé seront entreprises et/ou encouragées, afin qu'une couche croissante de la population accède aux services sociaux de base et adopte des comportements compatibles avec une vie de qualité, en prenant en compte l'aspiration du genre humain à vivre sa différence complémentaire en toute dignité. Avec le vieillissement d'une partie de la population, des programmes de santé publique visant les personnes âgées seront encouragés.

Une redéfinition des modalités de la participation des communautés sera envisagée en vue de mieux stimuler la participation et l'implication de celles-ci dans les actions de promotion de la santé. Les populations seront habilitées à améliorer leur propre état de santé par le biais d'un programme d'éducation sanitaire basé sur l'utilisation de nouvelles techniques de communication. L'accès à l'eau potable et à l'assainissement sera amélioré grâce aux actions de sensibilisation de la population, du contrôle de la qualité de l'eau et de l'application du code d'hygiène. Les questions nutritionnelles figureront au rang des priorités sanitaires.

3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES (RESULTATS) ET ACTIONS PRIORITAIRES

3.2.1. Un Cadre institutionnel et un partenariat sont renforcés à tous les niveaux

- **Système de santé réformé aux plans organisationnel et réglementaire**
 - Développer les capacités d'analyse des politiques de santé, de suivi et d'évaluation de la performance du système de santé ;
 - Renforcer les capacités du Ministère de la Santé sur les aspects de la législation et de la Réglementation sur le secteur de la santé en particulier dans le domaine de la médecine traditionnelle ;
 - Elaborer et réviser les normes en personnels, infrastructures et équipements ;
 - Actualiser la carte sanitaire ;
 - Elaborer un plan national de développement des infrastructures sanitaires ;
 - Elaborer le code de la santé publique ;
 - Formaliser l'approche contractuelle public/privé ;

- Effectuer une étude de faisabilité de la restructuration des districts sanitaires et les rendre performants ;
 - Réviser et appliquer l'organigramme du Ministère de la Santé en vue de faciliter la mise en œuvre du PNDS ;
 - Mettre en place un cadre juridique de renforcement de la participation des communautés dans la promotion de leur état de santé ;
 - Renforcer les capacités de planification, de mise en œuvre, de coordination, de suivi et d'évaluation des différents programmes prioritaires de santé ;
 - Renforcer la décentralisation des structures et des ressources pour répondre aux besoins des populations.
- **Structures de santé réhabilitées et/ou construites dans le pays et surtout dans les régions les plus démunies**
 - Réhabiliter les infrastructures sanitaires : Centre d'urgence d'accueil de CNHUB, Hôpital Communautaire, Hôpital de l'Amitié, Complexe Pédiatrique, LNBCSP, PTPE (ex. Centre drépanocytaire) et 1 magasin de stockage ;
 - Réhabiliter 109 FOSA : 2 HR (Bossangoa et Bambari) ; 6 HP (Bouar, Bozoum, Paoua, Kaga-Bandoro, Bria et Obo) ; 100 CS ; 1 dépôt de médicaments (CRAME Bossangoa) ;
 - Construire les infrastructures (92) 2 HR (Ombella-Mpoko, Bria) 16 DPS ; 60 CS ; 3 dépôts régionaux (RS 4, 5 et 6) ; 11 dépôts préfectoraux.
- **Structures sanitaires équipées en matériels techniques et consommables bio-médicaux et chirurgicaux**
 - Evaluer les besoins en équipements ;
 - Elaborer les plans d'équipements ;
 - Equiper les structures sanitaires.
- **Médicaments essentiels, vaccins, réactifs et autres consommables disponibles**
 - Effectuer une étude pour déterminer les besoins en médicaments, vaccins, réactifs de laboratoire et autres consommables ;
 - Elaborer les plans de distribution des médicaments et vaccins ;
 - Recapitaliser les ressources de l'UCM ;
 - Approvisionner en médicaments les FOSA ;
 - Promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;
 - Renforcer le système d'assurance qualité des médicaments y compris les médicaments traditionnels.
- **Ressources humaines disponibles à tous les niveaux selon les normes**
 - Doter le pays d'une politique nationale de développement des ressources humaines en santé ;
 - Elaborer un plan de développement des ressources humaines ;
 - Faire une étude de faisabilité sur la création d'une filière de formation de spécialistes médicaux/paramédicaux ;
 - Assurer la formation à l'extérieur de : 25 médecins spécialistes (gynécologues, pédiatres, chirurgiens); 16 médecins de santé publique; 15 Autres spécialistes médicaux ; 15 pharmaciens; 6 médecins biologistes ; 15 chirurgiens dentistes ; 15 spécialistes paramédicaux ; 20 Techniciens de maintenance ; 10 Administrateurs des hôpitaux ;
 - Assurer la formation continue de : 45 assistants opératoires ; 2100 agents de santé;
 - Procéder à l'intégration des personnels de santé dans la Fonction Publique (79 médecins généralistes, 15 pharmaciens, 15 chirurgiens dentistes, 623 paramédicaux, 29 personnels administratifs et 77 agents de santé communautaire) ;

- Redéployer le personnel de santé sur l'ensemble du territoire en tenant compte des besoins et de la densité de la population ;
 - Rendre plus performante la gestion des ressources humaines à travers des plans de recrutement, de redéploiement du personnel, de rétention du personnel y compris la motivation et la gestion des carrières.
- **Dans chaque communauté, des Comités de santé, des mutuelles de santé et autres mécanismes de solidarité redynamisés ou créés pour faciliter le dialogue social vis-à-vis des actions de santé et le partage des risques**
 - Appuyer la mise en place des mutuelles de santé dans 5 préfectures (Ouham, Ouham Pendé, Nana Grébizi, Lobaye, Mambéré Kadé) ;
 - Créer/redynamiser les comités de santé à tous les niveaux;
 - Créer des fonds de décentralisation avec l'appui des partenaires (secteur privé, société civile) ;
 - Développer le partenariat avec le secteur privé, les ONG et les associations à travers l'approche contractuelle.
- **Politique de recouvrement des coûts rigoureusement appliquée dans un souci d'équité**
 - Former/recycler les membres de COGES en gestion des FOSA ;
 - Effectuer le monitoring du financement communautaire à tous les niveaux ;
 - Renforcer le contrôle de gestion des fonds des COGES provenant du recouvrement des coûts.
- **Part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé améliorée et sa répartition équitable**
 - Augmenter les allocations à hauteur de 15% du budget national de l'Etat ;
 - Décaisser effectivement les crédits alloués au secteur de la santé ;
 - Répartir équitablement les budgets alloués selon les niveaux.
- **Capacité de mobilisation des ressources additionnelles auprès des autres partenaires renforcée**
 - Former les acteurs locaux en matière de négociation et de plaidoyer ;
 - Faire un plaidoyer auprès des collectivités locales, des ONGs et autres associations, secteur privé pour un partenariat dynamique au financement de la santé ;
 - Faire une étude sur les meilleures pratiques et leçons apprises en matière de partenariat existant dans le secteur de la santé.
- **Mécanisme efficace de suivi et de supervision du fonctionnement du système de santé développé et rendu opérationnel**
 - Renforcer les structures du SNIS, en matériels et en supports adaptés aux besoins par niveau ;
 - Renforcer les compétences des prestataires des services à l'analyse et à l'utilisation des données collectées à leur niveau ;
 - Promouvoir l'intégration effective des données des structures privées dans le SNIS ;
 - Elaborer un système de données à base communautaire et le rendre fonctionnel ;
 - Procéder à un suivi régulier et à des évaluations périodiques du SNIS ;
 - Organiser des réunions multipartites périodiques avec les différents partenaires ;
 - Promouvoir des mécanismes de planification intégrée ;
 - Suivre et contrôler la gestion des crédits ;

- Elaborer des comptes nationaux de santé ;
- Faire une revue des dépenses publiques de santé.

▪ **Recherche en santé développée**

- Développer des actions de recherche en santé ;
- Définir le profil de recherche ;
- Promouvoir la documentation, la création de réseaux d'échanges sur la recherche, de fonds d'appui à la recherche ainsi que la coordination pour améliorer la qualité des prestations des services ;
- Renforcer les compétences des agents en matière de recherche ;
- Assurer un plaidoyer auprès des décideurs pour l'utilisation des résultats de la recherche.

3.2.2 Des services de santé de la reproduction de qualité impliquant les hommes et les communautés sont disponibles pour les femmes en âge de procréer, les enfants et les jeunes.

▪ **Services de santé en faveur des femmes améliorés et disposent d'un paquet minimum d'activités selon les normes**

- Elaborer un programme national en SR ;
- Former/recycler en MSR, PTPE et Genre : 100 formateurs; 200 prestataires de Maternité Sans Risque (MSR), y compris ONGs; 200 prestataires PTPE, y compris ONGs; 85 agents de santé scolaire; 350 Matrones ;
- Evaluer les besoins en équipements en matière de MSR, Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), produits contraceptifs ;
- Rendre opérationnel le système de référence et de contre référence (outils de référence ; 14 ambulances, radio codan, groupes électrogènes) ;
- Equiper les structures en matériel : 8 ordinateurs + accessoires; 100 tables d'accouchement ; 20 motocyclettes ; produits contraceptifs ;
- Sensibiliser les communautés sur les bienfaits des services de SR, en Genre ;
- Assurer le suivi- supervision, évaluation ;
- Mobiliser et faire participer les communautés aux efforts d'amélioration de la qualité des services de santé en SR.

▪ **Services de santé en faveur des enfants améliorés et disposent d'un paquet minimum d'activités selon les normes**

- Effectuer une étude sur l'état nutritionnel et les pratiques de soins des enfants de moins de 5 ans (MICS 2005) ;
- Fournir un appui institutionnel à la coordination du programme ;
- Former en PCIME clinique et doter en médicaments et matériels (médecins, formateurs régionaux, agents de santé, superviseurs) ;
- Introduire et étendre la PCIME communautaire (atelier d'orientation, analyse de situation, élaboration et validation du plan stratégique PCIME communautaire) ;
- Augmenter la couverture vaccinale (commande et distribution de vaccins et de matériels de vaccination, vaccination en stratégies avancée et mobile) ;
- Renforcer le système d'information sanitaire (multiplication des outils, confection des cartes de vaccination maternelle et infantile, achat et installation des radios codan, édition d'un bulletin trimestriel d'information sur le PEV) ;
- Renforcer la chaîne de froid (Achat matériels chaîne de froid, renouvellement et entretien d'un groupe électrogène de secours, achat outillage) ;
- Doter en matériels roulants et les entretenir (véhicules, motocyclettes, bicyclettes) ;
- Réaliser les initiatives d'éradication/élimination/contrôle (polio, tétanos materno-néonatal, rougeole) ;

- Assurer la sécurité des injections ;
- Introduire de nouveaux vaccins ;
- Renforcer la communication en matière de PEV ;
- Fournir un appui à la gestion du programme (équipement, formation et motivation) ;
- Assurer le suivi, la supervision et l'évaluation du programme.

▪ **Services de SR en faveur des adolescents/jeunes disponibles et renforcés selon les normes**

- Réactualiser l'avant projet du programme national de santé des adolescents et des jeunes ;
- Réhabiliter /Etendre le centre de santé scolaire et universitaire de Bangui ;
- Etendre les services de santé scolaire : 8 à Bangui; 16 dans les préfectures sanitaires ;
- Etendre le programme Education à la Vie Familiale (EVF) dans les curricula des écoles du fondamental 1 et 2 au profit des jeunes scolarisés aux autres préfectures ;
- Soutenir les organisations de jeunesse en milieu informel pour leur implication en matière de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (formation, sensibilisation, équipement, création des centres d'écoute).

3.2.3 La morbidité et la mortalité attribuables aux maladies les plus courantes y compris le VIH/SIDA, les maladies non transmissibles et les situations d'urgences sont réduites.

▪ **Courbe de séroprévalence du VIH/SIDA infléchie ; la prise en charge globale des PVVIH et des OEV assurée**

- Appuyer les ONGs, Associations, les Organisations à Assises Communautaires (OAC) pour la mise en œuvre des actions de prévention du VIH/SIDA et la prise en charge psychosociale et la lutte contre la stigmatisation ;
- Etendre les unités de conseil dépistage volontaire jusqu'aux centres de santé ;
- Sensibiliser les communautés sur la prévention du VIH/SIDA sur l'ensemble du territoire ;
- Mener des actions spécifiques auprès des groupes à haut risque pour un comportement sexuel responsable ;
- Assurer la prise en charge précoce des IST dans toutes les FOSA ;
- Elaborer et exécuter la politique en matière d'approvisionnement, de promotion et de distribution des préservatifs masculins et féminins ;
- Adopter et diffuser le document de politique nationale ainsi que la loi relatifs à l'utilisation du sang et de ses dérivés ;
- Etendre les actions de sécurité sanguine à toutes les FOSA y compris le traitement des déchets issus des soins de santé ;
- Créer des centres de transfusion sanguine préfectoraux et des Banques de sang dans les centres de santé ;
- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de protection du personnel socio-sanitaire ;
- Favoriser l'accès à une prise en charge médicale de qualité (IO, ARV) aux personnes vivant avec le VIH/SIDA sur toute l'étendue du territoire ;
- Créer et mettre en œuvre un cadre normatif pour le suivi et l'accompagnement des PVVIH et des OEV ;
- Renforcer la PTPE à travers le dépistage précoce, la prise en charge médicale et psychologique ;
- Former / Recycler le personnel y compris les ASC dans la prise en charge médicale, et psychosociale des PVVIH ;
- Renforcer les capacités des structures de lutte contre le SIDA et les IST ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan sectoriel santé de lutte contre le SIDA ;
- Intégrer les activités de lutte contre le SIDA dans les organes des SSP ;
- Créer et rendre opérationnel un mécanisme de coordination des partenaires du secteur santé intervenant dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Organiser la surveillance épidémiologique de deuxième génération du VIH ;
- Créer et mettre en réseau une base des données sur les IST/VIH/SIDA ;
- Assurer le suivi évaluation.

- **Prévalence du paludisme maîtrisée ; la prise en charge des cas et la prophylaxie assurées**
 - Renforcer les mesures de prévention (sensibilisation des communautés, promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées) ;
 - Renforcer les capacités du personnel y compris les ASC et les ONGs sur la prévention du paludisme et la prise en charge des cas et sur la technique d'imprégnation ;
 - Renforcer la recherche opérationnelle, le monitoring et l'évaluation ;
 - Fournir un appui à la gestion du programme (infrastructures, équipements, médicaments et produits) et renforcer le partenariat ;
 - Documenter et vulgariser les initiatives à base communautaire.

- **Mesures de prévention et de la prise en charge de la tuberculose renforcées**
 - Sensibiliser les communautés, les ONGs, les OAC et les agents de santé sur la prévention de la tuberculose ;
 - Doter le programme en matériel logistique et en équipements biomédicaux ;
 - Former le personnel y compris les ASC dans la prise en charge des cas ;
 - Fournir les anti-tuberculeux, les réactifs nécessaires et autres produits consommables ;
 - Assurer le suivi-évaluation.

- **Autres endémies, épidémies, catastrophes et maladies non transmissibles combattues**
 - Eliminer la lèpre**
 - Former et superviser les agents ; dépister et traiter les cas ; tenir les réunions de sensibilisation ; assurer la surveillance épidémiologique ; prévenir et prendre en charge les cas d'invalidités ; fournir un appui en matériel de bureau et en logistique ; assurer le suivi-évaluation ;
 - Contrôler la THA**
 - Dépister et traiter les cas ; assurer la lutte anti-vectorielle ciblée (Nola, Batangafo, Obo et Lobaye) ; former/Recycler le personnel ; fournir un appui en équipement /logistique ; assurer le suivi, la supervision et l'évaluation ;
 - Contrôler l'onchocercose et les autres filarioses**
 - Sensibiliser la population ; former/Recycler les agents ; assurer l'approvisionnement en ivermectine ; raffiner la cartographie de l'onchocercose ; établir la cartographie de la filariose lymphatique ; organiser l'atelier de formation et de planification de l'Initiative Vision 2020 (lutte contre la cécité) ; planifier et mettre en oeuvre les programmes de lutte appropriés ; assurer le suivi, la supervision et l'évaluation ;
 - Eradiquer la dracunculose**
 - Former/Recycler les agents de santé et les ASC ; évaluer la situation sanitaire des villages endémiques ; assurer la surveillance épidémiologique ; mettre en place un système de récompense des cas ; renforcer les capacités dans les villages endémiques en forages ; élaborer et mettre en œuvre un plan intégré d'IEC ; effectuer des voyages d'échange d'expériences ; assurer le suivi, la supervision et l'évaluation du programme ;
 - Gérer les situations d'urgences**
 - Evaluer la vulnérabilité ; élaborer un plan de préparation et de riposte aux épidémies et catastrophes ; mettre en œuvre le plan ; assurer la formation du personnel ; procéder aux investigations ; disposer des Kits d'urgence ;
 - Lutter contre les maladies non transmissibles (MNT)**
 - Evaluer l'importance épidémiologique des principales maladies non transmissibles (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies mentales, maladies bucco-dentaires, diabète, drépanocytose etc.) ; élaborer et /ou mettre en œuvre les programmes appropriés ; développer des programmes d'IEC en vue de réduire les risques liés à l'environnement physique et aux comportements des individus ; intégrer la surveillance des maladies non

transmissibles à celle des maladies transmissibles ; élaborer des guides pour la prise en charge des maladies non transmissibles ; former le personnel à la prise en charge correcte de ces maladies.

3.2.4 La promotion d'un environnement physique et d'un style de vie propice à la santé est assurée

- **Disponibilité en eau potable accrue pour les populations rurales**
 - Sensibiliser les communautés à l'entretien des points d'eau existants ;
 - Aménager les points d'eau existants ;
 - Sensibiliser les communautés sur l'aménagement des sources d'eau naturelles existantes ;
 - Assurer le contrôle de la qualité de l'eau.

- **Réglementation en matière d'eau, d'assainissement et styles de vie sain appliquée**
 - Sensibiliser les communautés sur les bienfaits de l'hygiène du milieu ;
 - Equiper les communautés en matériels pour l'hygiène du milieu par la vulgarisation d'ouvrages d'assainissement à moindre coût ;
 - Veiller à la sécurité des aliments ;
 - Veiller à l'élimination des excréta et autres déchets y compris les déchets bio médicaux ;
 - Organiser une fois par mois une journée d'hygiène du milieu dans chaque communauté ;
 - Appuyer le suivi des activités d'hygiène du milieu ;
 - Vulgariser et appliquer le code d'hygiène.

CHAPITRE IV: ESTIMATION DES BESOINS ET DES COUTS

4.1. RESSOURCES HUMAINES

Tableau 22: Coûts en personnel selon les catégories et les besoins par niveau

(en milliers de francs CFA)

Catégorie professionnelle	Besoins pour 10 ans (2006-2015) par niveau								Total besoin	Coût estimatif
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	Niveau central		
Médecins Généralistes	8	14	11	8	6	10	7	15	79	1765658
Médecins Spécialistes	2	5	4	4	4	4	2	0	25	510074
Pharmaciens.	1	2	2	2	2	2	0	4	15	253006
Chirurgiens-Dentistes	1	2	2	2	2	2	2	2	15	289942
Techniciens Supérieurs de Santé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Techniciens Supérieurs en :										
• Santé Publique,	2	3	4	2	3	3	8		25	172408
• Anesthésie Réanimation	3	4	7	4	3	4	4		29	224294
• Laboratoire	3	4	5	2	3	3	13		33	286308
• Ophtalmologie,	2	3	4	3	3	3	1		19	123552
• Odontologie	2	3	4	3	3	3	0		18	116424
• Kinési-Rééducation	2	3	4	3	3	3	0		18	128162
Sages-Femmes/Infirmiers accouch.	6	16	8	11	10	15	0	0	66	568287
Infirmiers Diplômés d'Etat	15	20	8	15	11	22	20	0	111	888211
Assistants/Assainissement DE/TSE	12	17	8	11	9	6	13	0	76	594591
Assistants de Santé/Inf. Assistants	22	40	50	20	25	20	0	0	177	807408
Assistants Accoucheuses	18	20	15	15	13	15	0	0	96	545076
Assistants/Agents d'Hygiène	18	20	12	15	14	10	8	0	97	532224
Personnel Administratif	4	4	3	3	3	4	8	0	29	272160
Agents Santé Communautaire	10	15	15	12	10	15	0	0	77	266112
Total besoins	131	195	166	135	127	144	86	21	1005	
Coût par niveau	952363	1467038	1291896	1149157	1084333	1252430	834634	312046		8343897

Tableau 23 : Coûts de formation du personnel selon les spécialités et les besoins par année

(en milliers de francs CFA)

Catégories professionnelles	2006	2007	2008	Total
25 médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien)	45000	85000	125000	255000
16 Méd. de Santé Publique	31200	57200	83200	171600
15 Autres spécialistes médicaux	30000	60000	75000	165000
15 Pharmaciens.	20000	37500	57500	115000
6 Médecins. biologistes	30000	30000	30000	90000
15 Chirurgiens-Dentistes	12500	25000	37500	75000
15 Spécialiste paramédicaux (odontologie, ophtalmologie, ORL)	25000	50000	50000	125000
20 Techniciens de maintenance	25000	50000	25000	100000
10 Administrateurs des Hôpitaux	25000	50000	25000	100000
45 Assistants opératoires	4500	3600	0	8100
2100 agents de santé	105000	105000	105000	315000
Coûts par niveau	353200	553300	613200	1519700

4.2. INFRASTRUCTURES

Tableau 24: Coûts des infrastructures à construire par type et par région sur 10 ans de 2006-2015

(en milliers de francs CFA)

Types d'infrastructure à construire	Besoins pour 10 ans (2006-2015) par niveau								Total besoin	Coût estimatif en milliers FCFA
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	National		
Hôpitaux centraux	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	0	0
Etablissements de Diagnostic	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	0	0
Hôpitaux régionaux	1	0	0	0	1	0	0	NA	2	840 000
Directions régionales de santé	1	0	0	0	1	0	0	NA	2	210 000
Directions préfectorales de santé/Bureaux d'Arrondissements	1	2	2	3	3	3	8	NA	22	1 038 220
Hôpitaux préfectoraux	1	0	0	0	0	0	NA	NA	1	375 000
Autres FOSA	35	38	28	44	37	47	13	NA	242	29 100 016
Logements	6	0	0	0	6	0	0	0	12	430 008
Centres Nutritionnels	1	1	0	1	1	1	1	0	6	270 000
Bâtiments annexes Ministère	0	0	0	0	0	0	0	1	1	450 000
Nombres par niveau	46	41	30	48	49	51	22	1	288	
Coûts par niveau	5 431 414	4 739 884	3 537 404	5 524 102	5 422 370	5 884 846	1 723 224	450 000		32 713 244

Tableau 25 : Coûts des infrastructures à réhabiliter par type et par région sur 10 ans de 2006-2015

(en milliers de francs CFA)

Types d'infrastructures à réhabiliter	Besoins pour 10 ans (2006-2015) par niveau								Total besoin	Coût estimatif
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	National		
Hôpitaux centraux	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	8 500 000
Etablissements de Diagnostic	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	3	126 000
Hôpitaux régionaux	NA	1	1	1	0	1	NA	NA	4	672 000
Directions régionales de santé	NA	1	1	1	NA	1	1	NA	5	198 000
Directions préfectorales de santé/Bureaux d'Arrondissements	0	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	0
Hôpitaux préfectoraux	1	3	2	2	2	2	NA	NA	12	2 700 000
Autres FOSA	96	95	151	96	44	99	13	NA	594	25 200 000
Logements	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centres Nutritionnels	0	0	1	0	0	0	0	0	1	72 000
Bâtiments annexes Ministère	0	0	0	0	0	0	0	68 000	1	68 000
Nombre par niveau	97	100	156	100	46	103	14	8	624	
Coûts par niveau	4 297 800	4 912 975	7 106 200	4 730 400	2 316 700	4 157 675	5 911 225	869 400		36 806 875

4.3. MATERIELS ET EQUIPEMENTS

Tableau 26: Coûts des matériels et équipements par nature et par niveau de 2006-2015

(en milliers de francs CFA)

Désignations	Besoins pour 10 ans (2006-2015) par niveau								Total besoin	Coût estimatif
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	National		
Matériels bureautiques										
Matériel de reprographie	6	8	6	8	8	8	2	12	58	754000
Ordinateurs + accessoires	6	9	6	11	10	10	3	30	85	212500
Matériels roulants										
Bicyclettes	245	160	420	195	108	140			1268	101440
Cyclomoteurs	45							30	75	90000
Motocyclettes	24	80	54	60	30	84	18	40	390	1170000
Véhicule 4x4 de supervision/fonction	15	18	15	18	14	20	8	32	140	2100000
Ambulances	9	9	6	8	5	9	8	5	59	2655000
Camions de ravitaillement	1	1	1	1	1	1	0	2	8	560000
Radio Emetteur Récepteur	9	10	3	15	12	20	0	12	81	202500
Equipements										
Energie										
Groupes électrogènes < 50 KVA	8	7	5	10	12	12	0	0	54	810000
Groupes électrogènes > 50 KVA	0	3	2	1	1	1	0	4	12	2400000
Installations solaires	32	45	30	31	15	45	0	0	198	594000
Lampes	410	350	480	200	120	200	0	0	1760	17600
Imagerie										
Echographes	8	8	6	3	3	3	24	20	75	900000
Scanner corps entier								1	1	760000
Mammographes	1	3	3	3	3	3	0	3	19	171000
Appareils de radiographie fixe	2	3	3	3	3	3	0	7	24	1440000
Appareils de radiographie mobile	3	6	5	5	3	5	0	2	29	580000
Développeuses automatiques	2	3	3	3	3	3	0	6	23	299000
Développeuses manuelles	5	9	8	8	6	8	0	0	44	132000
Vidéo endoscope								2	2	24000
Amplificateurs de brillance								3	3	90000
Chaîne de froid										
Réfrigérateurs solaires	2	2	6	2	18	20	0	0	50	250000
Réfrigérateurs Mixte	39	81	66	55	11	43	22	50	367	311950
Banque de sang	1	3	3	3	3	3	0	14	30	300000
Congélateurs	13	4	24	20	14	30	16	4	125	187500
Climatiseurs	22	20	16	10	6	12	0	150	236	94400
Mobilier										
Mobilier de bureau	32	36	40	35	20	45	15	100	323	58140
Tables d'accouchement	100	100	120	150	50	100	8	12	640	320000
Tables de consultation	110	200	250	70	50	100	28	100	908	227000
Lits d'hospitalisation	50	200	300	100	50	100	0	200	1000	160000
Lits orthopédiques	2	4	3	3	3	3	0	40	58	11600
Fauteuils dentaires	2	4	3	3	3	3	0	7	25	300000
Tables de consultation ophtalmologique	1	3	2	3	3	3	0	3	18	189000

Tables opératoires universelles	5	11	9	10	7	9	3	11	65	455000
Tables opératoires orthopédiques	0	2	3	3	3	3	0	2	16	192000
Equipements de spécialités										
Electroencéphalographe	0	0	0	0	0	0	0	2	2	10000
Electrocardiographe	1	1	1	1	1	1	0	2	8	40000
Appareils d'électrothérapie	0	0	0	0	0	0	0	2	2	18000
Matériels de rééducation	1	2	3	3	2	2	0	4	17	136000
Fibroscope	0	0	0	0	0	0	0	2	2	10000
Bloc de Stérilisation automatique	0	0	0	0	0	0	3	12	15	450000
Autoclave vertical	5	11	9	10	7	9	0	18	69	1725000
Poupinel électrique	5	11	9	10	7	9	8	18	77	55055
Microscopes opératoires	0	3	2	3	3	3	0	11	25	112500
Fibroscope bronchique	0	0	0	0	0	0	0	2	2	10000
Unité d'hémodialyse	0	0	0	0	0	0	0	1	1	443000
Equipements cabinet dentaire	2	4	3	3	3	3	0	7	25	75000
Boîtes de chirurgie	20	33	27	35	20	45	3	48	231	1155000
Bistouri électrique	11	11	9	10	7	9	3	24	84	226800
Moniteur d'anesthésie	2	4	3	3	3	3	3	24	45	180000
Extracteur d'oxygène	11	11	9	10	7	9	3	24	84	420000
Equipements de salle opératoire	11	11	9	10	7	9	3	24	84	100800
Equipements de salle de plâtre	11	11	9	10	7	9	3	6	66	79200
Lampes scialytiques plafonniers	6	11	9	10	7	9	3	12	67	670000
Lampes scialytiques mobiles	5	15	12	10	7	10	1	18	78	390000
Service maintenance										
Valise de maintenance individuelle	2	3	3	3	3	3	1	12	30	24000
Valise de maintenance collective	1	1	1	1	1	1	1	14	21	588000
Batterie de Cuisine <100lits	1	3	3	3	2	3	3	0	18	630000
Batterie de Cuisine >100lits	0	1	1	1	1	1	0	6	11	770000
Equipements de buanderie	6	11	9	10	7	9	3	8	63	6300000
Coûts par niveau	2843585	5011295	4129935	4239800	3255395	4420985	1554720	8079770		33535485

4.4. LABORATOIRE

Tableau 27 : Coûts des matériels et équipements par nature et par niveau de 2006-2015

(en milliers de francs CFA)

Désignations	Besoins pour 10 ans (2006-2015) par niveau								Total besoin	Coût estimatif
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	National		
Microscopes	23	30	30	35	15	40	10	20	203	182700
Chaîne Elisa + Accessoires	1	2	3	3	3	3	3	3	21	240000
Hémoglobinomètres Sahali	2	3	2	3	3	3	0	2	18	16110
Spectrophotomètres	2	3	2	3	3	3	0	0	16	25600
Spectrophotomètres (ASM Junior + imprimante)	0	0	0	0	0	0	0	9	9	36 000
Centrifugeuse manuelle	2	3	2	3	3	3	0	4	20	18000
Fauteuil de prélèvement	2	3	2	3	3	3	0	9	25	7500
Table Gynécologique	2	3	2	3	3	3	14	4	34	17000
Réfrigérateurs -80°	0	0	0	0	0	0	0	6	6	84000
Etuves 37°	0	0	0	0	0	0	0	18	18	23400
Cytomètres à flux (Facscount system)	0	0	0	0	0	0	0	2	2	82000
Quantiplex bDNA (charge virale)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	34500
Etuves 600 litres	0	0	0	0	0	0	0	3	3	39000
Bain-marie	0	0	0	0	0	0	0	9	9	13500
Appareil à Electrophorèse + imprimante	0	0	0	0	0	0	0	3	3	4800
PH mètre	0	0	0	0	0	0	0	3	3	5400
Agitateurs de plaque	0	0	0	0	0	0	0	9	9	1755
Mini Vidas + Onduleur	0	0	0	0	0	0	0	3	3	118500
Automate d'hématologie (Sysmex KX -21)	0	0	0	0	0	0	0	3	3	462000
Générateurs + cuves d'électrophorèse	0	0	0	0	0	0	0	3	3	7200
Micritome Leitz	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2880
Hotte biohazard MSC1 12	0	0	0	0	0	0	0	3	3	6606
Microscope à fluorescent	0	0	0	0	0	0	0	3	3	4500
Agitateurs de Blots	0	0	0	0	0	0	0	3	3	5130
Autres équipements de labo	32	36	30	35	20	40	0	20	213	319500
Coûts équipements en milliers	89090	117585	116390	132585	92085	144585	52000	1025261		1769581

4.5. MOYENS DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION

Tableau 28 : Coûts des matériels de communication et d'information par nature et par niveau de 2006-2015

(en milliers de francs CFA)

Désignation	Besoins pour 10 ans (2005-2015) par niveau								Total besoin	Coût estimatif
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	National		
Matériels UVM : Caméoscope, appareil photo numérique	2	2	2	2	2	2	2	2	16	40000
Radio Emetteur Récepteur	9	10	3	15	12	20	0	12	81	202500
Installation d'un système de transmission numérique de donnée	1	1	1	1	1	1	1	2	9	108000
Edition des bulletins d'information sanitaire	18000	18000	24000	18000	12000	18000	6000	8000	122000	61000
Carnets de l'enfant	26839	29843	35573	22328	8128	21004	28294	0	172009	86004,5
Fiches de suivi de la croissance des nourrissons	113144	149348	176865	196418	39361	95348	108884	0	879368	439684
Fiches de consultation pré et post natale	45228	48110	59924	55116	19964	36158	47812	0	312312	156156
Partogramme	8156	11873	4163	5011	3517	4877	17102	0	54699	1668319,5
Fiche de PF	3657	3765	5373	440	2018	1331	60600	0	77184	15436,8
Supports des données SNIS	4640	3960	6160	3960	2080	4120	1520	320	26760	13380
Rapports trimestriels Hôpitaux/Centres de Santé	2720	3840	2160	2480	1040	3520	1200	320	17280	5184
Rapports trimestriels poste de santé	6800	4480	10000	4960	2640	5280	0	0	34160	6832
Rapports trimestriels préfectures sanitaires	240	360	240	360	360	360	480	0	2400	720
Feuilles récapitulatives préfecture sanitaire	160	240	160	240	240	240	160	0	1440	1209,6
Registre de consultation externe	1540	1530	1920	1270	520	1520	300	160	8760	121413,6
Registres d'hospitalisation	1020	1440	810	930	390	1320	0	327	6237	86444,82
Matériels de communication (talkie-walkie)	0	0	0	0	0	0	25	100	125	62500
Autres supports	45228	48110	59924	55116	19964	36158	47812	0	312312	78078
Coût par niveau	439766,9	583079	356400	399671	213152	352093	675475	119846	-	3139482

Tableau 29 : Coûts de fonctionnement par niveau

(en milliers de francs CFA)

Types de dépenses de fonctionnement	Besoins pour 10 ans (2006-2015) par niveau								Coût estimatif en milliers FCFA
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	National	Total
Fonctionnement des services	2868615,923	3257367,112	3793975,898	2442950,334	888345,576	2239371,140	3016673,519	8821552,962	27328852,5
Suivi et évaluation du PNDS	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	230 000	300 000
Salaires	4 510 035	5 121 072	5 964 885	3 840 804	1 396 656	3 520 737	4 742 811	903 000	30 000 000
Médicaments et consommables médicaux-chirurgicaux	42 000	76 500	42 000	87 000	45 000	60 000	45 000	7 500 000	7 897 500
Anti-rétroviraux	21 459 750	24367200	28382250	18275400	6645600	16752450	22567350		138 450 000
Vaccins et seringues	420 712	489 554,5	553 151	361 661	137 895,5	360 000	428 894		2 751 868
Réactifs et consommables bio-médicaux	50000	50000	50000	50000	50000	50000	50000	650000	1000000
Coût par niveau	26 492 497	33 371 694	38 796 262	25 067 815	9 173 497	22 992 558	30 860 729	18 104 552	207 728 120

Tableau 30 : Récapitulatif de l'estimation des coûts par type de besoin et par niveau sur 10 ans

(en milliers de francs CFA)

Besoins	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	Niveau Central	Coût Total
Intégration RH	952363	1467038	1 291 896	1 149 157	1 084 333	1 252 430	834 634	312046	8 343 897
Formation RH	0	0	0	0	0	0	0	1519700	1 519 700
Construction	5 431 414	4 739 884	3 537 404	5 524 102	5 422 370	5 884 846	1723 224	450000	32 713 244
Réhabilitation	4 297 800	4 912 975	7 106 200	4 730 400	2 316 700	4 157 675	591 125	8694000	36 806 875
Matériels et équipements biomédicaux	2 843 585	5 011 295	4 129 935	4 239 800	3 255 395	4 420 985	1 554 720	8079770	33 535 485
Matériels et équipements de laboratoire	89 090	117 585	116 390	132 585	92 085	144 585	52 000	1025261	1 769 581
Moyens de communication et d'information	439 766	583 079	356 400	399 671	213 152	352 093	675 475	119846	3 139 482
Fonctionnement des services	2 868 615,923	3 257 367,112	3 793 975,898	2 442 950,334	888 345,576	2 239 371,140	3 016 673,519	8821552,962	27 328 852,5
Suivi et évaluation du PNDS	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	230 000	300 000
Salaires	4 510 035	5 121 072	5 964 885	3 840 804	1 396 656	3 520 737	4 742 811	903 000	30 000 000
Subvention médicaments essentiels	42 000	76 500	42 000	87 000	45 000	60 000	45 000	7 500 000	7 897 500
Anti-rétroviraux	21 459 750	24 367 200	28 382 250	18 275 400	6 645 600	16 752 450	22 567 350		138 450 000
Vaccins et seringues	420 712	489 554,5	553 151	361 661	137 895,5	360 000	428 894		2 751 868
Réactifs et consommables bio-médicaux	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	650 000	1000000
Coût par niveau	43 415 130,9	50 203 489,6	55 334 486,9	41 243 530,3	21 557 532,1	39 205 172,1	36 291 906,5	38 305 175,8	325 556 484

CHAPITRE V: PLAN DE FINANCEMENT POUR LA PERIODE TRIENNALE 2006 - 2008

5.1. ESTIMATION DES COUTS PAR ORIENTATION STRATEGIQUE

Tableau 31 : Estimation des besoins financiers par types de dépenses

(en milliers de francs CFA)

Types de dépenses	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Investissement	611 425	41 477 250	38 341 625								80 430 300
Fonctionnement :											
Salaires	3 169 949	3 385 579	3 513 028								10068556
Médicaments	3 424 035	2 995 835	3 248 835								9668705
SIDA	11126298	7 501 243	8 175 947								26803488
Autres	7 423 406	7 487 175	5 789 450								20700031
Sous total fonctionnement	25 143 688	21 369 832	20 727 260								67 240 780
Total	25755113	62847082	59068885								147671080

Les besoins financiers par orientations stratégiques sont les suivants (en francs CFA):

- Renforcement des capacités du cadre institutionnel et du partenariat : 101 642 766 000
- Promotion de la santé de la reproduction : 9 993 275 000
- Renforcement de la lutte contre la maladie, la gestion des urgences et catastrophes : 35 660 039 000
- Promotion d'un environnement propice à la santé : 375 000 000

5.2. EVALUATION DES FONDS DISPONIBLES ET PREVUS

Tableau 32 : Estimation des financements disponibles et planifiés par source

(en milliers de francs CFA)

Sources du financement	2006	2007	2008	Total
Etat	6 676 314,00	9 133 767,00	6 848 958,00	22 659 039,00
Communautés: recouvrement des coûts	643 877,81	1 571 177,05	1 476 722,10	3 691 776,96
Collectivités/ municipalités locales	515 102,25	1 256 941,64	1 181 377,68	2 953 421,57
Partenaires au développement	7 569 203,25	22 956 095,75	8 951 859,25	39 477 158,25
Diverses initiatives (Fonds mondial, GAVI, IDA)	9 356 390,00	5 000 000,00	5 917 000,00	20 273 390,00
Autres sources			251 000,00	251 000,00
Total	24 760 887,31	39 917 981,44	24 626 917,03	89 305 785,78

5.3. DETERMINATION DE L'ECART ENTRE LES BESOINS ET LES RESSOURCES DISPONIBLES

Tableau 33 : Estimation de l'écart entre les besoins et le disponible

(en milliers de francs CFA)

Désignation	2006	2007	2008	Total
Besoins exprimés	25 755 113	62 847 082	59 068 885	147 671 080
Disponible et planifié	24 760 887,31	39 917 981,44	24 626 917,03	89 305 785,78
Ecart	994 225,69	22 929 100,56	34 441 967,97	58 365 294,22

5.4. MOYENS ET STRATEGIES POUR COMBLER L'ECART

Pour combler l'écart du financement, le Ministère de la Santé Publique et de la Population se propose d'organiser une réunion de mobilisation de ressources avec ses principaux partenaires.

En outre, le Gouvernement s'emploiera à définir des mécanismes pour que davantage les partenaires traditionnels (Communautés, Collectivités locales, Associations et ONGs, Secteur privé) et d'autres partenaires nouveaux (bilatéraux et multilatéraux) soient encouragés à investir dans le secteur de la santé.

Les communautés sensibilisées devraient être capables de mieux gérer les ressources provenant du recouvrement des coûts afin de créer un espace budgétaire susceptible de financer certaines dépenses locales. En outre, elles devraient être capables de créer de mutuelles ou micro-assurances fondées sur des cotisations (tontines) dont une partie sera versée sur un compte de santé.

L'Etat devra décentraliser les collectivités locales de façon à leur permettre de jouir d'une autonomie d'action pouvant conduire à une augmentation des subventions allouées à la santé.

En vue de créer une capacité à long terme de prestations de service dans le secteur de la santé, il sera développé une approche contractuelle et de sous-traitance faisant intervenir les partenaires privés locaux, les ONGs et autres associations dont l'expérience, le savoir-faire, la connaissance du pays et les capacités à travailler sur le terrain sont reconnus pour réaliser certaines activités spécifiques.

Les efforts déployés par le Gouvernement pour une relance économique pourraient aboutir à terme à développer le secteur privé productif, lequel contribuerait au financement de la santé par le biais d'assurance maladie, la création d'infrastructures, l'achat des médicaments et des équipements.

Les partenaires seront invités à financer de nouveaux programmes et à renforcer davantage leur appui financier au Ministère de la Santé dans le cadre de nouvelles initiatives comme le Fonds Mondial, l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la vaccination (GAVI), l'initiative PPTE, le NEPAD, etc. .

L'Etat s'efforcera de verser au moins 15% du budget national au secteur de la santé.

CHAPITRE VI: CADRE DE MISE EN ŒUVRE

6.1. STRUCTURES ET ORGANES DE MISE EN ŒUVRE

Le Gouvernement a la responsabilité de la mise en œuvre des politiques et plans de santé. La mise en œuvre des politiques se fera à travers les plans nationaux de développement sanitaire que le Ministère de la Santé Publique devra élaborer. Le deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II) s'inspire des réalités nationales et tient compte de la faisabilité des interventions et de la capacité de l'Etat, des communautés et des partenaires à satisfaire les besoins essentiels de santé des populations notamment des groupes les plus vulnérables. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population assure l'exécution du plan et joue un rôle de premier rang dans la coordination générale des interventions grâce à ses organes tant du niveau central que du niveau décentralisé.

Au niveau central :

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population mettra en place un Comité de Pilotage et un Comité de Suivi ainsi que des mécanismes de concertation périodiques pour évaluer le niveau d'avancement des activités. En plus, il arbitrera les allocations des ressources entre les différents niveaux.

Le Comité de Pilotage : les termes de référence du Comité de Pilotage seront élaborés par le MSPP.

Le Comité National de Coordination des SSP : c'est l'instance habilitée à donner des orientations sur la mise en œuvre des plans et à faire des recommandations au Gouvernement. Le Comité National de Coordination procédera tous les deux (2) ou trois (3) ans à une évaluation des orientations stratégiques pour s'assurer de leur pertinence par rapport à l'évolution du contexte national.

L'organe technique de suivi et d'évaluation : Il sera créé un organe technique de suivi et d'évaluation du PNDS II qui sera le prolongement de la Cellule Nationale d'Elaboration du PNDS II. Cet organe, dont la composition sera limitée à cinq (5) ou six (6) membres issus des Départements de la Santé, du Plan, des Finances et des Affaires Sociales ainsi que d'un représentant des partenaires et de la société civile, aura pour tâches de : appuyer les directions techniques dans l'élaboration des plans d'action annuels ; développer les outils de suivi et de la mise en œuvre du PNDS; veiller à la mise en œuvre des plans d'actions ; établir des rapports périodiques à présenter au Ministre de la Santé Publique et de la Population.

La réunion de concertation des partenaires et la réunion de coordination : ces instances déjà créées seront redynamisées de façon à favoriser les échanges d'informations entre différents partenaires sur la mise en œuvre du PNDS. Les partenaires et les membres de la société civile seront régulièrement tenus informés des progrès et des difficultés rencontrées. En connaissance de cause, ils appuieront le Ministère de la Santé dans le rôle de plaidoyer pour la mobilisation des ressources, la mise en œuvre coordonnée des actions de terrain et la mobilisation sociale.

La Conférence annuelle des professionnels de la santé : lors des assises de cet organe, créé par Arrêté du Ministre de la Santé, il sera procédé à l'examen et à l'adoption des plans d'actions annuels ainsi qu'à la présentation du bilan des actions menées au cours de l'année écoulée en vue d'une replanification.

Au niveau régional :

Les Régions Sanitaires assureront la coordination technique des interventions opérationnelles sous l'autorité du Comité Régional des SSP. Elles élaboreront leurs propres plans et fourniront l'appui technique et logistique aux districts de santé pour l'élaboration de leurs plans annuels et le suivi de leur mise en œuvre. Chaque Région Sanitaire mettra en place un comité technique restreint de coordination qui se réunira de façon périodique pour le suivi de l'exécution du plan.

Au niveau périphérique :

Les plans annuels des districts intégreront les micro- plans des Centres de Santé et des structures de référence. Les responsables des districts de santé organiseront sous la supervision des Préfets, les ateliers d'adoption des plans et veilleront à leur mise en œuvre et au suivi des plans adoptés.

La mise en œuvre du PNDS sera appuyée, suivie et contrôlée par les organes suivants :

- Le Comité de Développement ou Conseil Général de Préfecture et ses sous organes (les Conseils Sous-Préfectoraux, les Conseils Municipaux et les Conseils de Villages) ;
- Le Comité Préfectoral des Soins de Santé Primaires avec ses sous organes (les Comités Sous-Préfectoraux de SSP, les Comités Communaux et les Comités Villageois des SSP) ;
- Le Conseil de Gestion de l'hôpital de district et les Comités de Gestion des Centres et Postes de santé (COGES).

Pour permettre à ces organes de mieux s'acquitter de leur mission, leurs membres seront formés aux méthodes de suivi des activités des Soins de Santé Primaires et aux techniques de contrôle de gestion des FOSA.

Tous les trois (3) niveaux auront à produire des rapports périodiques qui indiqueront les acquis, les faiblesses et les solutions à envisager pour les résoudre.

6.2. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE FINANCEMENT

La mise en œuvre du PNDS II se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et préfectoral) avec l'appui des partenaires au développement. Des plans opérationnels seront élaborés à tous les niveaux du système de santé avec une focalisation des actions au niveau opérationnel (préfectures et sous préfetures). L'idée est d'arriver à des plans opérationnels intégrés qui tiennent compte des réalités locales et qui répondent aux besoins et attentes des populations.

Le PNDS II s'étend sur dix ans et couvre la période 2006-2015. Sa mise en œuvre se fera aux travers des plans triennaux de santé dont le premier est élaboré sur la période 2006-2008. Ce plan triennal prend largement en compte les stratégies et actions retenues dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté en cours de finalisation.

Pour ce qui est du financement du PNDS II, les sources restent les mêmes : Etat, Communautés, Secteur privé et Partenaires au Développement.

L'Etat financera le PNDS II par la formation et l'intégration du personnel, le paiement des salaires et l'allocation budgétaire annuelle sous forme de crédits répartis entre les structures et les divers niveaux du système de santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population veillera à la mobilisation de ressources additionnelles pour le financement du PNDS II à travers le cadre des dépenses à moyen terme de l'Etat et le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP).

Les Collectivités et les Communautés continueront à participer au financement du PNDS II par le biais de subventions, du recouvrement des coûts, des systèmes de prépaiement (assurances-maladies, mutuelles, forfait obstétrical, etc.). En outre, elles apporteront des contributions en nature pour certaines réalisations d'utilité publique en matière de santé.

Le secteur privé interviendra dans le financement de la santé sous diverses formes : sécurité sociale, contrats de services, sous-traitance, gestion des structures de santé, approvisionnement en médicaments, etc.

Les partenaires au développement seront encouragés à poursuivre leurs aides sous forme de dons en matériels et équipements, en médicaments, de subventions financières ou d'appui pour l'accès à divers fonds créés dans le cadre d'initiatives existantes ou nouvelles (Fonds mondial, GAVI, etc.).

Les modalités de financement seront périodiquement revues et améliorées pour permettre un financement global du PNDS II et assurer l'équité dans l'offre des services.

6.3. ROLE DES COMMUNAUTES ET DES PARTENAIRES

Outre le financement et la mobilisation des ressources, les communautés et les collectivités locales seront impliquées activement dans tout le processus de planification de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du PNDS II. Leurs capacités seront renforcées pour la prise en charge de leurs problèmes de santé.

De par leur présence au sein des différents organes, les ONGs et Associations de santé ainsi que les représentants des Départements ministériels connexes apporteront leurs appuis, chacun dans son domaine de compétence, pour la mise en œuvre du PNDS II.

Les partenaires au développement soutiendront les efforts du Gouvernement et contribueront à la mobilisation des ressources, au renforcement du partenariat et du cadre institutionnel pour faciliter la mise en œuvre du PNDS II. Ils seront impliqués à toutes les étapes du processus.

6.4. FACTEURS FAVORISANT LA MISE EN ŒUVRE

Parmi les facteurs favorisant la mise en œuvre du PNDS II, l'on note :

- la volonté politique du Gouvernement de faire de la santé un des secteurs prioritaires dans la lutte contre la pauvreté pouvant conduire à terme la RCA à accéder à l'initiative PPTÉ;
- l'intérêt porté par le Gouvernement dans tout le processus d'élaboration du PNDS II;
- l'adhésion de la communauté à la stratégie des soins de santé Primaires Initiative de Bamako et à la politique de recouvrement de coûts des soins de santé ;
- l'autonomie partielle de gestion accordée à toutes les FOSA publiques ;
- La mise en place d'un système de cogestion des FOSA (population et personnel de santé) à travers les Organes de SSP avec une place importante accordée à la femme;
- la gestion du personnel de santé confiée aux Préfectures sanitaires par Décret
- l'accès à des ressources nouvelles provenant du Fonds mondial pour la lutte contre le paludisme et la tuberculose, de GAVI ;
- la multiplicité des partenaires internationaux au développement appuyant le secteur ;
- la disponibilité de plusieurs ONG nationales et internationales intervenant dans le secteur de la santé.

6.5 CONTRAINTES DANS LA MISE EN ŒUVRE

Les principales contraintes à la mise en œuvre du PNDS II sont :

- l'insuffisance d'opérationnalisation de la préfecture comme entité de mise en œuvre des activités des différents programmes ;
- la mobilité et l'instabilité du personnel;
- la résistance aux changements liés à la réforme du secteur ;
- l'impunité des auteurs des malversations financières dans les FOSA ;
- L'insuffisance de leadership en matière de SSP ;
- l'insécurité notamment sur les axes routiers ;
- l'irrégularité dans le paiement des salaires (arriérés accumulés de salaires) ;
- la pauvreté ;
- la suspension des financements extérieurs.

CHAPITRE VII: SUIVI ET EVALUATION

7.1. MECANISMES DE SUIVI ET D’EVALUATION

Pour le suivi et l’évaluation du PNDS II, les instruments ci-après seront utilisés :

a) En matière de suivi

- **Système National d’Information Sanitaire (SNIS)**

Les données de routine collectées dans le cadre du SNIS permettront d’assurer le suivi à chaque niveau du système. De même, la surveillance épidémiologique des maladies se fera à travers les programmes nationaux.

- **Enquêtes**

Pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, des enquêtes épidémiologiques ou sociales seront menées.

- **Supervision et monitoring**

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités de santé. Le niveau central supervisera trimestriellement les activités des régions sanitaires. Les préfectures sanitaires seront supervisées tous les deux mois par les Régions et assureront mensuellement à leur tour une supervision rapprochée des formations sanitaires de leurs zones respectives.

- **Revue**

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population, en collaboration avec le Ministère du Plan et les partenaires, organisera des revues périodiques tant internes qu’externes.

b) En matière d’évaluation

Des évaluations périodiques seront réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des plans triennaux en 2008, 2011 et 2014. Les conclusions de ces évaluations guideront l’élaboration d’autres plans. Une évaluation à mi-parcours sera faite en 2010 suivie d’une évaluation finale en 2015. Ces deux dernières évaluations seront externes.

Le tableau en annexe 2 présente les objectifs, les cibles et quelques indicateurs retenus pour le suivi et l’évaluation du PNDS II.

7.2. COUT DE LA COMPOSANTE SUIVI/EVALUATION ET CADRE DE MISE EN ŒUVRE

Le coût de cette composante tel que mentionné aux tableaux 29 et 30 s’élève à trois cent millions (300 000 000) de FCFA et se décompose comme suit :

- Fonctionnement du Comité Technique de suivi : 50 000 000 FCFA ;
- Réunions annuelles de suivi : 30 000 000 FCFA ;
- Réunions du Comité National de Coordination : 60 000 000 FCFA ;
- Revues : 30 000 000 FCFA ;
- Enquêtes : 30 000 000 FCFA ;
- Evaluation : 30 000 000 FCFA ;
- Suivi au niveau décentralisé : 70 000 000 FCFA.

CONCLUSION

Le présent Plan National de Développement Sanitaire 2006-2015 est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dont le but est d'améliorer l'état de santé de la population centrafricaine. Il sera exécuté à travers des plans triennaux et des plans d'action annuels de manière à l'adapter à l'évolution du contexte politique et socio-économique du pays.

La paix, la stabilité politique et économique du pays, la volonté politique au plus haut niveau de l'Etat, le développement d'un partenariat nouveau et fort, la collaboration multisectorielle, l'amélioration du financement du secteur de la santé, la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, l'implication effective de la société civile y compris la communauté constituent entre autres les facteurs déterminants pour la mise en œuvre du Plan.

Pour ce faire, le Gouvernement de la République Centrafricaine, conscient de la gravité de la situation sanitaire de ses populations, s'engage à allouer dans la limite de ses capacités, les ressources nécessaires et à prendre toutes mesures utiles à la mise en œuvre du plan. Il compte sur la solidarité nationale et internationale pour la mobilisation des ressources additionnelles requises en vue de l'atteinte des objectifs fixés.

ANNEXE 1 : DESCRIPTION DU PROCESSUS D'ELABORATION DU PNDS II

Après l'évaluation du PNDS I réalisée en 1999, l'une des recommandations formulées était l'élaboration du deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II). Ainsi, un Plan Intérimaire de Santé (PIS) couvrant la période 2000-2002 fut élaboré. Son objectif principal était d'amener le pays à disposer du PNDS II.

Malheureusement, il a fallu attendre la fin de cette période triennale pour que le processus soit engagé de façon tout à fait timide. En effet, c'est le 18 juillet 2002 que l'OMS a rétrocédé au Ministère de la Santé Publique et de la Population, le véhicule acheté pour conduire l'exercice. Dès le 23 juillet 2002, un Arrêté signé du Ministre de la Santé Publique et de la Population (Arrêté n° 0270/MSPP/CAB/DGSA/DEP) mettait en place les organes de gestion du processus. Six mois plus tard, un autre texte (Arrêté n° 080/MSPP/CAB/CM du 20 Janvier 2003) a été pris pour modifier le premier Arrêté et renforcer ainsi le cadre institutionnel (cf copie Arrêté en annexe). Le processus fut officiellement lancé le 14 mars 2003, la veille du sursaut patriotique lequel a aussitôt entraîné son arrêt à cause des dégâts enregistrés, entre autres la suspension des financements potentiels et la destruction du véhicule affecté par l'OMS.

Il aura fallu attendre quelques mois pour que le processus reprenne par :

- la rédaction et l'adoption d'un manuel de formation en planification sanitaire (Novembre 2003) ;
- la formation des formateurs des niveaux central, régional et périphérique (123 cadres formés en Janvier 2004) ;
- la constitution et le lancement officiel des travaux des groupes thématiques (10 Mars 2004) ;
- la formation de 168 membres des équipes cadres et personnes ressources des Régions Sanitaires numéros 5 et 6 (Mars 2004) ;
- le briefing des membres des équipes des circonscriptions sanitaires et personnes ressources des Arrondissements de Bangui (RS7) suivi de la microplanification (Juin 2004) ;
- le briefing des membres des équipes et personnes ressources des Régions Sanitaires 1, 2, 3 et 4 suivi de la microplanification (Septembre 2004) ;
- la rédaction des drafts 0 et 1 du PNDS II avec l'appui des consultants internationaux de l'OMS et d'un expert de l'Union Européenne (Novembre et Décembre 2004) ;
- la validation du draft 1 par le Comité de Pilotage (Janvier 2005) ;
- la rédaction des drafts 2 et 3 (Mars 2005) ; et
- l'examen et la validation du draft 3 par le Comité National de Coordination des Soins de Santé Primaires (Mai à Juin 2005). Cette étape a également connu la participation de trois consultants de l'OMS venus d'AFRO et de Genève.

Comme cela vient d'être décrit, le processus, malgré les difficultés rencontrées, a été systématique et participatif.

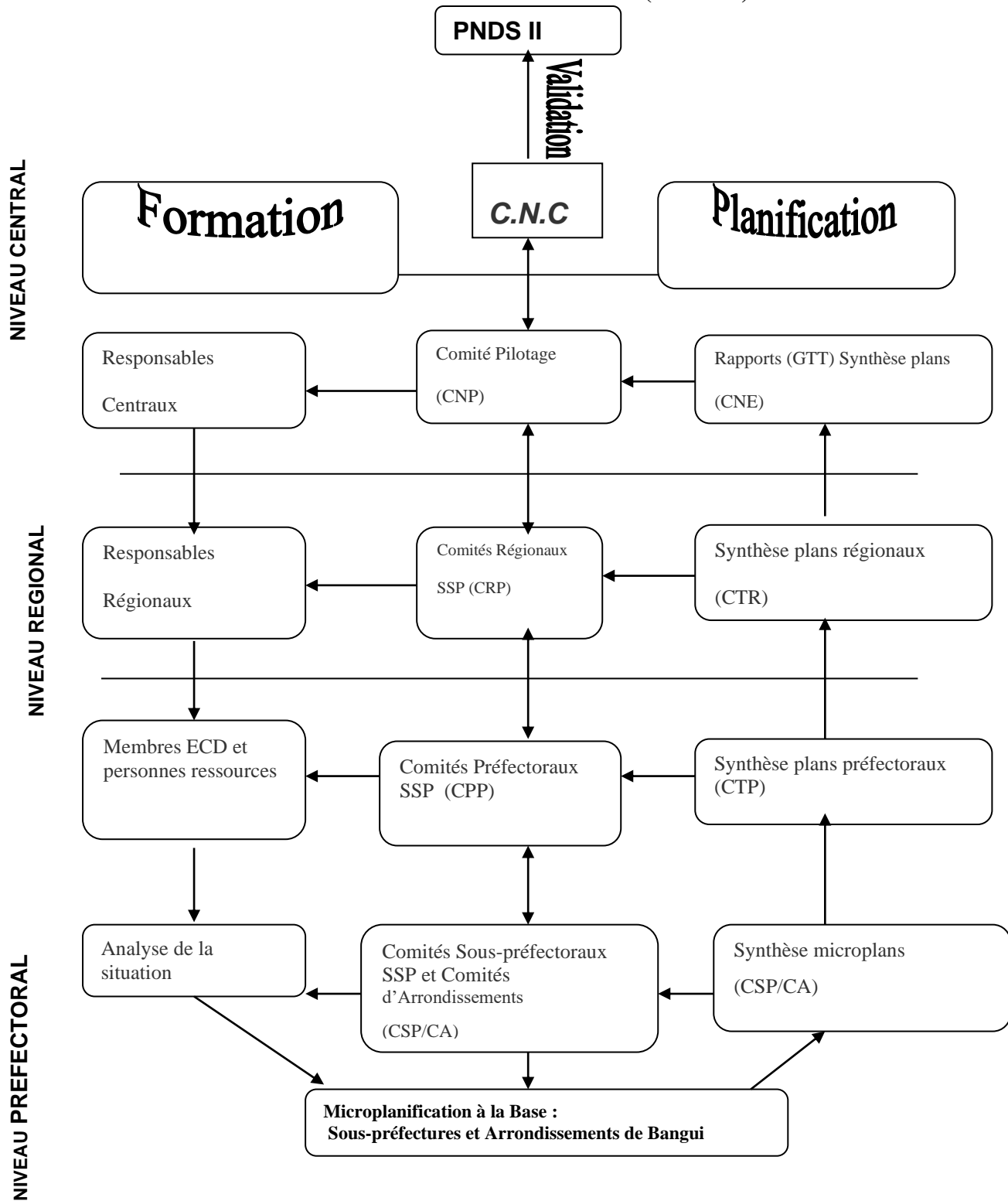
Les points forts à retenir sont :

- la formation des formateurs et des membres des équipes cadres ;
- l'implication des communautés (organes des SSP) dans l'analyse de la situation, l'élaboration et la validation des microplans ;
- l'appui de deux partenaires clés, notamment l'Union Européenne et l'OMS ;
- la volonté politique partagée des différents Ministres de la santé au cours du processus.

Les points faibles relevés sont les suivants :

- l'absence d'intéressement des membres de la cellule d'élaboration du PNDS II et de ceux des groupes thématiques a conduit à la démotivation de certains membres et à la non production des rapports des groupes thématiques ;
 - l'étouffement du processus de validation des microplans dans certaines régions par manque de dynamisme des responsables de santé concernés ;
 - l'absence de véhicule au niveau de la cellule devant permettre la supervision sur le terrain lors de l'analyse de la situation et de la microplanification a énormément joué sur la qualité des documents produits ;
- La figure ci-après résume l'ensemble du processus.

ANNEXE 2 : CYCLE DE PREPARATION DU DEUXIEME PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS II)



Abréviations :

CNC : Comité National de Coordination des SSP

SSP : Soins de Santé Primaires

ECD : Equipe Cadre de District

GTT : Groupe Thématique de Travail

ANNEXE 3 : LES OBJECTIFS, CIBLES ET INDICATEURS DE SUIVI DU PNDS II

Objectifs	Cibles	Indicateurs	Sources de vérification
Objectif général : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations centrafricaines, en particulier les couches les plus vulnérables et les plus pauvres.	Augmenter l'espérance de vie à la naissance de 42,7 ans en 2003 à 50 ans en 2015	Espérance de vie à la naissance	RGPH Enquêtes démographiques
Objectifs spécifiques			
Objectif spécifique 1 : Rendre performant le cadre institutionnel du Système de santé ;	Augmenter le taux d'accès aux services de santé de 62,5% en 2005 à au moins 85% en 2015.	Taux d'accès aux services de santé	SNIS Enquêtes
	Porter le nombre de districts existants de 16 en 2005 à 71 en 2015.	Nombre de districts sanitaires créés	Texte réglementaire
	Rendre au moins 80% des districts opérationnels.	Proportion de districts opérationnels	SNIS Rapports de supervision Enquêtes
	Augmenter de 11,8% le taux d'utilisation des services de santé de qualité en 2005 à au moins 50% en 2015.	Taux d'utilisation des services de santé de qualité	Enquêtes
	Augmenter de 15 à au moins 71 en 2015 le nombre de dépôts pharmaceutiques fonctionnels dans le pays.	Nombre de dépôts pharmaceutiques fonctionnels	Rapports SNIS/Supervision
	Comblent le vide en matière de normes et plans standards de construction et équipement des infrastructures.	L'existence d'un document de normes et plans standards de construction et équipement des infrastructures	Rapports du MSPP
	Accroître les capacités d'accueil du MSPP	Bâtiment annexe du MSPP (R+1) construit	PV de Réception définitive
	Construire 3 DRS supplémentaires	Nombre de DRS construites	PV de Réception définitive
	Augmenter de 2 à 22 le nombre de DPS et bureaux d'arrondissements	Nombre de DPS et bureaux d'arrondissements construits	PV de Réception définitive
	Construire 12 logements dans les bases des nouvelles directions régionales	Nombre de Logements construits	PV de Réception définitive
Construire et équiper selon les normes 242 FOSA et 6 centres nutritionnels dans les régions sanitaires	Nombre de FOSA et centres nutritionnels construits et équipés selon les normes	PV de Réception définitive Bordereaux de livraison	
Réhabiliter et équiper selon les normes 611 FOSA et 1 centre nutritionnel dans les régions sanitaires	Nombre de FOSA et centre nutritionnel réhabilités et équipés selon les normes	PV de Réception définitive Bordereau de livraison	
Réhabiliter 4 établissements centraux de soins et 3 établissements de diagnostic	Nombre d'établissements centraux et établissements de diagnostic réhabilités	PV de Réception définitive	

	<p>Porter de 1 à 17 le nombre d'hôpitaux préfectoraux et régionaux équipés en appareils de radiologie</p> <p>Porter de 1 à 55 le nombre de structures de santé de base équipées en échographes</p> <p>Augmenter de 62 le nombre de groupes électrogènes dans les régions et préfectures sanitaires</p> <p>Porter de 7 à 59 le nombre d'ambulances dans les hôpitaux centraux, régionaux, préfectoraux et les centres de santé A</p> <p>Augmenter le parc automobile du MSPP de 140 véhicules de fonction et de supervision</p> <p>Doter les FOSA et les autres structures du département en personnels adéquats selon les normes</p> <p>Porter de 32,4% à au moins 80% la complétude des rapports du SNIS</p>	<p>Nombre d'hôpitaux préfectoraux et régionaux équipés</p> <p>Nombre de structures de santé équipées</p> <p>Nombre de groupes électrogènes acquis</p> <p>Nombre d'ambulances acquis</p> <p>Nombre de véhicules acquis</p> <p>Ratios personnels santé/population par catégories</p> <p>Taux de complétude</p>	<p>Bordereaux de livraison</p> <p>Bordereaux de livraison</p> <p>Bordereaux de livraison</p> <p>Registre du parc auto du MSPP</p> <p>Registre du parc auto du MSPP</p> <p>Fichiers du personnel Carte sanitaire Textes réglementaires</p> <p>Rapports SNIS</p>
Objectif spécifique 2 : Réduire le taux de mortalité maternelle	<p>- Réduire de 1355 en 2003 à 339 pour 100000 naissances vivantes en 2015 le taux de mortalité maternelle</p> <p>- Accroître la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié de 44% à au moins 85% en 2015</p>	<p>Taux de mortalité maternelle</p> <p>Taux de couverture prénatale</p> <p>Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</p> <p>Taux de prévalence contraceptive</p>	<p>RGPH Enquêtes démographiques</p> <p>SNIS</p> <p>SNIS</p> <p>MICS</p>
Objectif spécifique 3 : Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile	<p>Réduire de 220 en 2003 à 73 pour 1000 naissances vivantes en 2015 le taux de mortalité infanto-juvénile</p>	<p>Taux de mortalité infanto-juvénile</p> <p>Taux de mortalité infantile</p> <p>Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole</p>	<p>RGPH Enquêtes démographiques MICS</p>
Objectif spécifique 4 : Réduire le taux de morbidité et de mortalité chez les jeunes et les adolescents	<p>Réduire le taux d'avortements clandestins chez les adolescentes de 12,7% en 2000 à moins de 3% en 2015</p> <p>Traiter correctement 100% des cas d'IST diagnostiqués chez les jeunes et les adolescents</p> <p>Réduire de 50% le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les jeunes et les adolescents</p>	<p>- Nombre de grossesses précoces chez les adolescentes</p> <p>- Nombre d'avortements clandestins chez les adolescentes ;</p> <p>- Taux de prévalence des IST chez les adolescents ;</p> <p>- Taux de prévalence de l'infection à VIH/SIDA chez les jeunes et les adolescents.</p> <p>- Taux de mortalité spécifique par causes chez les jeunes et les adolescents</p>	<p>- Enquêtes - MICS - SNIS</p>

	(données de base non disponibles)		
Objectif spécifique 5 : Contribuer à la réduction du taux de prévalence du VIH	<p>Avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle</p> <p><u>Cibles pour 2015 :</u> Réduire à moins de 5% le taux de prévalence du VIH/SIDA</p> <p>Augmenter de 7% à au moins 50% le taux d'utilisation de la contraception</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de prévalence du VIH/SIDA - Taux de prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans - Taux de prévalence contraceptive - Nombre d'enfants orphelins du SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - MICS - Rapports ONUSIDA - Rapports CNLS - Rapports MSPP - SNIS
Objectif spécifique 6 : Réduire les taux de mortalité et de morbidité liées aux maladies transmissibles et aux maladies non transmissibles	<p>Avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle</p> <p><u>Cibles pour 2015 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de prévalence du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans réduit de 32% en 2000 à moins de 20% - Proportion d'enfants de 0 à 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées passant de 5% en 2000 à au moins 50% - Proportion des femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées passant de 1,11% à au moins 50% - Accroître le nombre des cas de tuberculose dépistés de 4500 par an à au moins 9000 - Etendre le traitement DOTS à toutes les FOSA du pays 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de prévalence du paludisme - Proportion d'enfants de 0 à 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées - Proportion des femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées - Nombre de cas de tuberculose dépistés par an - Proportion des FOSA appliquant la stratégie DOTS - Taux de prévalence spécifique - Taux de létalité attribuable aux maladies transmissibles et non transmissibles 	<ul style="list-style-type: none"> - SNIS - Enquêtes - Rapports OMS - Rapports évaluations
Objectif spécifique 7 : Contribuer à l'amélioration du cadre physique et environnemental de vie des populations	<p>Accroître le taux d'accès à l'eau potable de 63% à au moins 80%</p> <p>Accroître le taux d'accès à l'assainissement de 14% à au moins 50%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'accès à l'eau potable - Taux d'accès à l'assainissement 	<ul style="list-style-type: none"> - MICS - Enquêtes - SNIS - Rapports secteurs connexes - Rapports supervision

ANNEXE 4 : CADRE LOGIQUE DU PNDS II

Objectifs spécifiques	RESULTATS ATTENDUS PAR OBJECTIF SPECIFIQUE	Indicateurs	Moyens de vérification	Hypothèses ou présomptions
Objectif 1 : Rendre performant le système national de santé	Résultat 1.1 : Des structures de santé sont réhabilitées et/ou construites selon les normes dans le pays et surtout dans les régions les plus pauvres.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'infrastructures sanitaires créées et ou réhabilitées. - Taux d'accessibilité dans un rayon de 5 km 	<ul style="list-style-type: none"> - MICS - Rapports SNIS - PV de réception 	- Réticence des bailleurs de fonds
	Résultat 1.2 : Les structures sanitaires à tous les niveaux sont équipées en matériels techniques, médicaments essentiels, vaccins et consommables bio-médicaux et chirurgicaux	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion des FOSA équipées selon les normes - Taux de disponibilité des médicaments dans les FOSA - Taux de disponibilité des vaccins dans les centres PEV 	<ul style="list-style-type: none"> - Bordereaux de réception - Rapports de supervisions et de monitoring - Inventaires 	- Insuffisance de financement
	Résultat 1.3 : Les ressources humaines sont disponibles à tous les niveaux selon les normes	<ul style="list-style-type: none"> - Ratios personnel de santé/population 	<ul style="list-style-type: none"> - Fichier du personnel - Carte sanitaire - Textes d'intégration et d'affectation 	<ul style="list-style-type: none"> - Tension de trésorerie de l'Etat - Menace de la pandémie du SIDA - Irrégularité des salaires
	Résultat 1.4 : Dans chaque communauté, des Comités de santé, des COGES, des mutuelles de santé et autres mécanismes de solidarité sont redynamisés et créés pour faciliter le dialogue social vis à vis des actions de santé et le partage des risques	<ul style="list-style-type: none"> - Proportion de comités de santé redynamisés - Nombre de structures de solidarité créées 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports des équipes cadres des districts sanitaires - PV des réunions 	Pauvreté
	Résultat 1.5 : Les structures déconcentrées de l'Etat, les ONGs et la société civile sont impliquées dans la gestion des plans préfectoraux de santé et d'arrondissements de Bangui	Nombre de partenaires locaux participant à la gestion des plans de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'activités des ECD - Rapports d'évaluation - Conventions et contrats 	Résistance du personnel de santé au changement
	Résultat 1.6 : Un mécanisme efficace de suivi et de supervision du fonctionnement du système de santé est développé et rendu opérationnel.	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de complétude des rapports du SNIS - Taux de promptitude des rapports du SNIS 	<ul style="list-style-type: none"> - Bulletins d'information sanitaire - Rapports de supervision 	Faiblesse des moyens de communication
Objectif 2 : Réduire le taux de mortalité maternelle	Résultat 2 : Les services de SR en faveur des femmes sont améliorés et disposent d'un paquet minimum d'activités selon les normes	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de mortalité maternelle - Taux d'accouchements assistés par le personnel qualifié - Prévalence contraceptive - Taux de couverture prénatale (4 CPN) 	<ul style="list-style-type: none"> - SNIS - Enquêtes - MICS 	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs culturels néfastes - Insécurité à l'intérieur du pays
Objectif 3 : Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile	Résultat 3 : Les services de SR en faveur des enfants de 0 à 5ans sont améliorés et disposent d'un paquet minimum d'activités selon les normes	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de mortalité infantile - Taux de mortalité infanto-juvénile - Pourcentage des enfants de 0 à 1 an ayant bénéficié d'une surveillance de croissance - Taux de malnutrition aiguë chez les enfants de 0 à 5ans - Taux de malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5ans - Couverture vaccinale par antigène 	<ul style="list-style-type: none"> - Bulletin d'information sanitaire - MICS - SNIS 	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs culturels néfastes - Insécurité à l'intérieur du pays

<p>Objectif 4: Réduire les taux de morbidité et de mortalité chez les jeunes et les adolescents</p>	<p>Résultat 4 : Les services de SR en faveur des adolescents /jeunes sont disponibles et renforcés selon les normes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de grossesses précoces chez les adolescentes. - Nombre d'avortements clandestins chez les adolescentes ; - Taux de prévalence des IST chez les adolescents ; - Taux de prévalence de l'infection à VIH/SIDA chez les adolescents. - Taux de mortalité spécifique par causes chez les jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquêtes - MICS - SNIS 	<ul style="list-style-type: none"> - Insécurité - Disponibilité des ressources humaines en quantité et qualité à tous les niveaux
<p>Objectif 5 : Contribuer à réduire le taux de prévalence du VIH</p>	<p>Résultat 5: La propagation du VIH/SIDA est stoppée; la prise en charge thérapeutique et psychosociale des PPVIH et des OEV est assurée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de prévalence du VIH/SIDA - Taux du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans - Proportion d'enfants infectés nés de mères séropositives - Nombre d'OEV pris en charge - Nombre de PVVIH pris en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - MICS - Rapports ONUSIDA - Rapports CNLS 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance vis-à-vis du financement extérieur - Coût élevé de la prise en charge thérapeutique - Pauvreté
<p>Objectif 6: Réduire les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies transmissibles et aux autres maladies non transmissibles</p>	<p>Résultat 6.1 : La prévalence du paludisme est maîtrisée; la prise en charge des cas et la prophylaxie sont assurées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de prévalence du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans - Proportion d'enfants de 0 à 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées - Proportion des femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées 	<ul style="list-style-type: none"> - MICS - Rapports MSPP - SNIS 	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs culturels - Aléas - Pauvreté
	<p>Résultat 6.2 : La prévalence de la tuberculose est maîtrisée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de cas de tuberculose dépistés par an - Nombre de malades sous traitement DOTS 	<ul style="list-style-type: none"> - MICS - Rapports OMS - Rapports évaluations 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des cas d'infection à VIH - Rupture en médicaments spécifiques
	<p>Résultat 6.3 : La lutte contre les autres maladies transmissibles et non transmissibles y compris les épidémies et les catastrophes est renforcée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de prévalence spécifique - Taux de létalité attribuables aux maladies transmissibles et non transmissibles 	<ul style="list-style-type: none"> - SNIS - Enquêtes 	<ul style="list-style-type: none"> Modes de vie non favorables à la santé (abus de drogues, d'alcool, sédentarité, régime non équilibré, manque d'exercice physique, etc.)
<p>Objectif 7 : Contribuer à l'amélioration du cadre physique et environnemental de vie des populations</p>	<p>Résultat 7.1 : La disponibilité en eau potable est accrue pour les populations rurales</p>	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'accès à l'eau potable Taux d'accès à l'assainissement 	<ul style="list-style-type: none"> - MICS - Enquêtes - SNIS - Rapports secteurs connexes 	<ul style="list-style-type: none"> Survenue des catastrophes (conflits armés, sécheresse, inondation, etc.)
	<p>Résultat 7.2 : La réglementation en matière d'eau, d'assainissement et de styles de vie sains est appliquée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de vulgarisation des textes - Nombre de ménages ayant appliqué le code d'hygiène et les autres textes 	<ul style="list-style-type: none"> - MICS - Enquêtes - SNIS - Rapports supervision 	<ul style="list-style-type: none"> Pauvreté

ANNEXE 5 : ORGANES DE GESTION DU PNDS II

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

CABINET

CHARGE DE MISSION

N° 080 /MSPP/CAB/CM.-

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Unité – Dignité – Travail

ARRETE

MODIFIANT L'ARRETE N° 0270/MSPP/CAB/SG/DGSA/DEP DU 23 JUILLET 2002 PORTANT CREATION DES ORGANES DE GESTION DU PROCESSUS D'ELABORATION DU DEUXIEME PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

- Vu La Constitution du 14 Janvier 1995 ;
- Vu Le Décret N° 01.076 du 1^{er} Avril 2001 portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement d'Action et de Combat ;
- Vu Le Décret N° 03.007 du 16 Janvier 2003 portant nomination ou confirmation des Membres du Gouvernement ;
- Vu Le Décret N° 02.180 du 12 juillet 2002 portant nomination du Ministre des Finances et du Budget ;
- Vu Le Décret N°02.109 du 02 Mai 2002 portant organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population ;
- Vu l'Arrêté N° 254/MSPP/CAB/SG/DGSP/DSC/SCASSP du 22 septembre 1995 modifiant et complétant les dispositions de l'Arrêté N°0392 du 24 septembre 1998 portant création des structures et organes des Soins Santé Primaires ;
- Vu l'Arrêté N° 0225/MSPP/CAB du 20 Juin 2002 portant création des organes et structures des Soins et de Santé Primaire dans la ville de Bangui ;
- Vu Les Recommandations de l'Evaluation Finale du Premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1994-1998.

ARRETE

TITRE I : DE LA CREATION DES ORGANES

Article 1^{er} : Il est créé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du Ministère de la Santé Publique et de la "Population des organes de gestion du processus d'élaboration du 2^{ème} Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II).

Article 2 : les organes de gestion du processus d'élaboration du PNDS II, émanation

des organes et structures des Soins de Santé Primaires, sont définis comme suit :

Niveau national :

- Le Comité National de Pilotage (CNP) ;
- La Cellule Nationale d'Elaboration du PNDS II (CNE) ;
- Les Groupes Thématiques de Travail (GTT).

Niveau Régional :

- Le Comité Régional de Pilotage (CRP) ;
- Le Comité Technique Régional (CTR).

Niveau Préfectoral :

- Le Comité Préfectoral de Pilotage (CPP) ;
- Le Comité Technique Préfectoral (CTP) ;
- Les Comités Sous-Préfectoraux (CSP).

TITRE II : DES ATTRIBUTIONS ET DE LA COMPOSITION DES ORGANES

CHAPITRE 1 : LE COMITE NATIONAL DE PILOTAGE

Article 3 : Le Comité National de Pilotage de PNDS II est chargé de :

- Définir les orientations relatives à l'élaboration du PNDS II ;
- Mobiliser les ressources internes et externes (multilatérales et bilatérales) nécessaires à la réalisation de cette activité ;
- Valider les résultats des travaux des organes techniques ;
- Prendre les mesures nécessaires pour le bon déroulement du processus d'élaboration du PNDS II.

Article 4 : Le Comité de Pilotage du PNDS II est composé ainsi qu'il suit :

- **Président** : Le Ministre de la Santé Publique et de la Population ;
- **1^{er} Vice - Président** : Le Ministre de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale ;
- **2^{ème} Vice – Président** : Le Représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- **Rapporteur Général** : Le Chargé de Mission, Coordonnateur de la cellule Nationale d'Elaboration du PNDS II ;
- **Rapporteur Général Adjoint** : Le Directeur des Etudes et de la Planification au Ministère de la Santé Publique et de la Population.
- **Membres** :

Présidence de la République

- Un représentant
-

Assemblée Nationale

- Un représentant

Primature

- Un représentant

Ministère de la Santé Publique et de la Population

L'Inspecteur Central des Services de Santé ;
Les Inspecteurs ;
Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique et de la Population ;
Les Directeurs Généraux ;
Les Directeurs des Services Centraux ;
Le Chef de Service de Coordination et de Suivi des Activités des SSP ;
Les Conseillers Techniques.

Ministère des Finances et du Budget

- Le Chargé de Mission, Responsable du Budget ;
- Le Directeur Général des Services Centraux ;
- Un représentant du Comité Permanent de suivi des Programmes d'Ajustement Structurel.

Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale

- Le Secrétaire Général du Ministère ;
- Le Chargé de Mission à la Division des Programmes et projets ;
- Le Coordonnateur du Comité de Pilotage du Processus d'Elaboration du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté ;
- L'Expert National chargé des Infrastructures Sociales.

Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique

- Le Doyen de la faculté des Sciences de la Santé.

Ministère des Affaires Sociales, de la Promotion des Femmes et de la Réinsertion des Handicapés

Deux représentants.

Ministère Chargé de l'Intérieur

Un représentant.

Partenaires au Développement

- Le Représentant Résident du PNUD ;
- Le Représentant de l'UNICEF ;
- Le Représentant du FNUAP ;
- Le Représentant de la GTZ ;
- Un Représentant de la Délégation de la Commission Européenne ;
- Le Chef de la Cellule d'appui au Programme sectoriel Santé de l'Union Européenne ;
- Un Représentant de la Banque Mondiale ;
- Un Représentant de la Coopération Française ;
- Un Représentant de l'Ambassade du Japon ;
- Un Représentant de l'Ambassade de Chine ;
- Un Représentant de l'Ambassade d'Egypte ;
- Le Coordonnateur du Comité technique de lutte contre le VIH/SIDA.

Secteur Privé Lucratif et Non Lucratif/ Associations Professionnelles

- Un Représentant du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens Dentistes ;
- Un Représentant de l'ASSOMESCA ;
- Un Représentant de la Croix-Rouge Centrafricaine ;
- Un Représentant de l'Amicale des Sages Femmes, Infirmiers Accoucheurs et Infirmiers ;
- Un Représentant de COOPI ;
- Un Représentant de l'ACABEF ;
- Un Représentant de Médecins Sans Frontières ;
- Un Représentant des Pharmaciens du secteur privé ;
- Un Représentant de l'Association nationale des Femmes Centrafricaines ;
- Deux Représentants des Syndicats ;
- Un Représentant de l'Association Nationale des tradipraticiens.

CHAPITRE 2 : LA CELLULE NATIONALE D'ELABORATION DU PNDS II

Article 5 : La Cellule Nationale d'Elaboration du PNDS II est chargée de :

- Former les membres des organes techniques décentralisés au processus de planification ;
- Faire la synthèse des travaux des GTT ;
- Appuyer les différents niveaux de la pyramide sanitaire dans l'élaboration des micro-plans préfectoraux et sous-préfectoraux y compris Bangui ;
- Contribuer à l'élaboration des plans régionaux ;
- Préparer les dossiers à soumettre au CNP ;
- Elaborer le PNDS II ;
- Préparer et organiser la table ronde des bailleurs de fonds.

Article 6 : La Cellule Nationale d'Elaboration du PNDS II est composée comme suit :

- Le Chargé de Mission au Ministère de la Santé Publique et de la Population, Coordonnateur ;
- Le Directeur des Etudes et de la Planification, Rapporteur Général ;
- Un Médecin de la Santé Publique, membre ;
- Un Enseignant de rang magistral à la FAC.S.S., membre ;
- Un Médecin Hospitalier, membre ;
- Un Pharmacien, membre ;
- Un Economiste de la Santé, membre ;
- Un Juriste, membre ;
- Un Administrateur Social, membre ;
- Un Architecte ou Ingénieur en bâtiment, membre ;
- Un statisticien Informaticien, membre ;
- Une Opératrice de Saisie.

CHAPITRE 3 : LES GROUPES THEMATIQUES DE TRAVAIL

Article 7 : les Groupes Thématiques de Travail sont chargés de traiter des questions sanitaires d'intérêt national en rapport avec les sujets suivants :

- Réforme du Système de santé ;
- Renforcement institutionnel ;
- Développement des ressources humaines ;
- Pharmacie, Médicaments et Laboratoire ;
- Réforme du sous-secteur hospitalier ;
- Infrastructures et équipements ;

- Décentralisation et qualité des services ;
- Finances et gestion ;
- Lutte contre la maladie et promotion de la Santé ;
- Préparation et réponse aux urgences ;
- Promotion de la recherche.

En fonction de la situation du moment, d'autres sujets peuvent utilement être traités.

Article 8 : les GTT sont chargés, dans leurs domaines respectifs, de :

- Faire l'analyse de la situation ;
- Proposer des orientations stratégiques ;
- Proposer des normes et/ou des standards selon les cas ;
- Faire des recommandations.

CHAPITRE 4 : LE COMITE REGIONAL DE PILOTAGE DU PNDS II

Article 9 : le Comité Régional de Pilotage du PNDS II est chargé de :

- Adapter les orientations relatives à l'élaboration du PNDS II au contexte régional ;
- Mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de cette activité ;
- Valider le plan régional et le transmettre au CNP ;
- Prendre toute mesure nécessaire pour le bon déroulement du processus.

Article 10 : La Composition du CRP du PNDS II est la suivante :

Intérieur du Pays :

- **Président** : Un des Préfets de la Région Sanitaire à tour de rôle pour un mandat d'un an (ou le Chef de Région Administratives s'il en existe).
- **Secrétaire Général** : Le Directeur de la Région Sanitaire ;
- **Secrétaire Général Adjoint** : Le Responsable Régional de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale.

- **Membres**

- Les Préfets de la Région Sanitaire ;
- Les Chefs de Services Régionaux de la santé ;
- Les Responsables Régionaux des autres départements ministériels ;
- Les Députés ;
- Les Maires des Communes ;
- Les Conseillers Economiques et Sociaux ;
- Les Responsables des Organisations Féminines et des autres Organisations et Institutions locales ;
- Les Représentants des Confessions Religieuses ;
- Les Responsables Régionaux des Agences et des projets intervenant dans le domaine de la santé ;
- Les ONG installés dans la Région Sanitaire.

VILLE DE BANGUI :

- **Président** : Le Maire de la Ville de Bangui ;
- **Secrétaire Général** : Le Directeur de la Région Sanitaire N° 7
- **Secrétaire Général Adjoint** : Le Directeur Régional des Affaires sociales de Bangui ;
- **Membres** :
 - Les Maires des Arrondissements, Présidents des Comités des Soins de Santé Primaires des Arrondissements ;
 - Les Députés de la Ville de Bangui ;
 - Une Représentante de l’O.F.C.A. de chaque Arrondissement ;
 - L’Equipe cadre de la Région Sanitaire de la Ville de Bangui ;
 - Les Responsables Régionaux des autres Départements Ministériels ;
 - Les Représentants des Confessions Religieuses (un Catholique, un Protestant, un Musulman) ;
 - Un Représentant des Agences et des ONG qui participent au développement sanitaire de la Ville de Bangui ;
 - Un Représentant des Clubs de Jeunesse.

CHAPITRE 5 : LE COMITE TECHNIQUE REGIONAL

Article 11 : Placé sous le Comité Régional de Pilotage du PNDS II, le Comité Technique Régional est chargé de :

- Apporter un appui technique aux préfetures pur l’élaboration du plan de Santé de District ;
- Définir les besoins propres de l’administration régionale ;
- Elaborer le plan régional de développement sanitaire à soumettre au CRP.

Article 12 : Le CTR est composé comme suit :

- **Président** : Le Directeur de la Région Sanitaire ;
- **1^{er} Vice – Président** : Un Représentant du secteur privé ou confessionnel intervenant dans le domaine de la santé.
- **Rapporteur Général** : Le Médecin-chef de l’Hôpital Régional ;
- **Rapporteur Général Adjoint** : Le Chef de Service Régional de Coordination des Soins de Santé Primaires.
- **Membres** :
 - Les Chefs de Services et Sections au niveau régional ;
 - Les Représentants des secteurs apparentés à la santé ;
 - Les Représentants des partenaires régionaux intervenant dans le secteur de la santé (secteur privé à but lucratif et non lucratif).

CHAPITRE 6 : LE COMITE PREFECTORAL DE PILOTAGE DU PNDS II

Article 13 : Le Comité Préfectoral de Pilotage du PNDS II n'est rien d'autre que le Comité Préfectoral des Soins de Santé Primaires.

Article 14 : Le CPP du PNDS II est chargé de :

- Veiller à l'application des orientations relatives à l'élaboration du PNDS II ;
- Mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de cette activité ;
- Valider le plan préfectoral à soumettre au Comité Régional de Pilotage du PNDS II ;
- Prendre toute mesure nécessaire pour le bon déroulement du processus.

Article 15 : La Composition du CPP est celle définie dans les Arrêtés mettant en place les structures et les organes des Soins de Santé Primaires au niveau national y compris Bangui.

Dans le cas de Bangui, le CPP est assimilé au comité d'Arrondissement.

CHAPITRE 7 : LE COMITE TECHNIQUE PREFECTORAL

Article 16 : Placé sous le Comité Préfectoral des SSP, le Comité Technique Préfectoral d'élaboration du PNDS II est chargé de :

- Apporter un appui technique aux Comités Sous-Préfectoraux ;
- Faire la synthèse des plans sous-préfectoraux de santé ;
- Proposer des orientations opérationnelles ;
- Proposer les normes et /ou les standards pour les prestations des services ;
- Proposer les paquets minimum d'activités par type de structures et par niveau (Poste de Santé, Centre de Santé, Hôpital Préfectoral, Service Préfectoral de Santé) ;
- Elaborer le Plan de Développement Sanitaire de la Préfecture et le soumettre au Comité Préfectoral.

Article 17 : Le Comité Technique Préfectoral est composé ainsi qu'il suit :

Président : Le Chef de la Préfecture Sanitaire ;

1^{er} Vice-Président : Le Représentant du secteur privé intervenant dans le domaine de la santé ;

Rapporteur Général : Le Chef de Section Planification / Programmation ;

Rapporteur Général Adjoint : Le Chef de Section Soins et Supervision.

Membres :

- Les Médecins Chefs des Hôpitaux préfectoraux, des Centres de Santé et Postes de Santé ;
- Les Chefs de section au niveau préfectoral ;
- Les Présidents, rapporteurs et trésoriers des COGES ;
- Les Représentants des secteurs apparentés à la santé ;
- Les Représentants des Partenaires préfectoraux intervenant dans le secteur de la santé (secteur privé à but lucratif et non lucratif).

CHAPITRE 8 : LES COMITES SOUS-PREFECTORAUX

Article 18 : Les Comités Sous-Préfectoraux sont ceux définis dans l'Arrêté mettant en place les structures et organes des Soins de Santé Primaires.

Article 19 : Les Comités Sous-Préfectoraux sont chargés de :

- Faire l'analyse de la situation ;
- Identifier les problèmes prioritaires ;
- Proposer les normes et/ ou les standards pour les prestations des services ;
- Proposer les paquets minimum d'activités par type de Centres et Postes de Santé ;
- Elaborer le plan de santé de la sous-préfecture et le transmettre au Comité Préfectoral de Pilotage.

Article 20 : La Composition des CSP est celle définie dans l'Arrêté mettant en place les structures et organes de soins de Santé Primaires.

TITRE III. DU FONCTIONNEMENT DES ORGANES

Article 21 : Pour assurer un fonctionnement optimal des organes de gestion du processus d'élaboration du PNDS II, les membres doivent faire preuve de disponibilité à tous les niveaux.

Les rythmes des réunions sont arrêtés ainsi qu'il suit :

- Le Comité national de Pilotage du PNDS II se réunit trimestriellement en session ordinaire pour faire le point du processus d'élaboration du PNDS II ;
- Le Comité Régional de Pilotage du PNDS II se réunit tous les deux mois en session ordinaire ;
- Le CTR se réunit une fois par mois en session ordinaire ;
- Le CPP se réunit une fois par mois en session ordinaire ;
- Le CTP se réunit deux fois par mois en session ordinaire ;
- Les Comités Sous-Préfectoraux se réunissent deux fois par mois en session ordinaire.

Article 22 : Pour le bon accomplissement de leur mission, les membres des organes précités peuvent se réunir en session extraordinaire en cas de besoin.

Ils peuvent faire appel à toute personne ressource dont la compétence est jugée utile pour participer à leurs réunions.

Article 23 : Des textes ultérieurs préciseront et compléteront les dispositions du présent Arrêté.

Article 24 : Le Présent Arrêté, qui prend effet à compter de la date de sa signature, sera enregistré et publié partout où besoin sera.

Fait à Bangui, le 20 Janvier 2003

Dr Joseph KALITE