

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA POPULATION  
\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
Unité Dignité Travail  
\*\*\*\*



**PLAN STRATEGIQUE DE RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE  
SANTE EN RCA**

***DRFAT 1***

***Boali ; Septembre 2007***

## **TABLES DES MATIERES**

**PREAMBULE**

**RESUME**

**INTRODUCTION**

### **1. JUSTIFICATION**

### **2. CONTEXTE, HISTORIQUE ET ANALYSE DE SITUATION DU SYSTEME DE SANTE EN RCA**

- 3.1 Contexte
- 3.1.1 Présentation géographique du pays
- 3.1.2 Données économiques
- 3.1.3 Contexte économique et politique
- 3.1.4 Données démographiques

### **3. HISTORIQUE DE LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE EN RCA**

- 4..1- Politique et système de santé
- 4..2 -Disponibilité et fonctionnement des Equipes Cadre de District (ECD)
- 4.- 2 - Le sous-système de soins :

### **4. ANALYSE DE LA SITUATION**

#### **4.1. PROBLEMES LIES AU CADRE INSTITUTIONNEL ET AU PILOTAGE DU SECTEUR**

- 4.1.1 – Faiblesse en matière de planification du système
  - La planification et la couverture dans les systèmes de santés locales
  - Faiblesse de la performance du système national d'information sanitaire (SNIS).
  - Faiblesse liée à la coordination et à la collaboration intersectorielle

#### **4.2 - PROBLEMES LIES AUX RESSOURCES HUMAINES EN SANTE**

- 4.2.1 Faiblesse liée à la répartition inégale du personnel de santé
- 4.2.2 Faiblesse liée à la Formation du personnel

#### **4.3 – PROBLEMES LIES AUX INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS SANITAIRES :**

- 4. 3.1- Faiblesse liée à l'accessibilité géographique aux services de santé
- 4. 3.2- Faiblesse liée aux Equipements
- 4. 3. 3- Faiblesse liée à La reforme hospitalière :
- 4. 3. 4- Faiblesse liée à L'organisation et la coordination de la recherche

#### **4.4- PROBLEMES LIES AU FINANCEMENT DE LA SANTE**

#### **5.5 - PROBLEMES LIES AUX MEDICAMENTS ET VACCINS**

- 5.5.1-Faiblesse liée aux médicaments, consommables et fournitures essentielles
- 5.5.2- Faiblesses liées à la vaccination
- 5.5.3- Faiblesse liée à la Médecine et Pharmacopée Traditionnelle

### **6. VISION, RESULTATS STRATEGIQUES ET AXES STRATEGIQUES**

- 6.1.1 Vision
- 6.1.3 - Axes Stratégiques

### **6.2 - STRATÉGIES RELATIVES A L'AMELIORATION DE LA FONCTION DE PILOTAGE DU SECTEUR DE LA SANTE**

- 6.2.1 Amélioration du cadre de pilotage du système de
- 6.2.2 Amélioration de la coordination administrative au sein du ministère de la

6.2.3 Amélioration des capacités de communication du ministère

**6.3-LES STRATÉGIES RELATIVES AU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ**

6.3.1 Développement de l'approche contractuelle

6.3.2 La rationalisation de l'utilisation des compétences disponibles

**6.4. LES STRATÉGIES RELATIVES A LA REHABILITATION ET EQUIPEMENT DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES**

6.4.1 Application des normes en équipements techniques à tous les niveaux de soins

6.4.2 Maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements

**6.5 - LES STRATÉGIES RELATIVES A LA MOBILISATION DES RESSOURCES ADDITIONNELLES EN FAVEUR DE LA SANTÉ ET LA RATIONALISATION DU FINANCEMENT DU SECTEUR**

6.5.1 Mobilisation des ressources additionnelles en faveur de la santé

6.5.2 Rationalisation du financement du secteur

6.5.3 Les stratégies basées sur l'approche contractuelle avec plusieurs modèles

6.5.4 L'approche basée sur l'achat de performance ;

6.5.5 L'approche basée sur la contractualisation des services de santé publics avec le secteur privé pour la gestion des structures ;

6.5.6 La mise en place de Fonds de Décentralisation

6.5.7 Promotion de l'assurance maladie pour les RHS (Le développement des mutuelles de santé)

**6.6 - LES STRATÉGIES RELATIVES AU RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION INTRA ET INTERSECTORIELLE**

6.6.1 Renforcement des cadres de concertation /collaboration

6.6.2 Promotion de mécanismes de planification intégrée

6.6.3 Le renforcement des mécanismes de coordination des interventions des partenaires au développement sanitaire

6.6.4 Renforcement du cadre juridique du secteur pharmaceutique

**7 MECANISME DE SUIVI/ EVALUATION**

7.1 Renforcement de la surveillance épidémiologique intégrée

7.2 les indicateurs intermédiaires

7.3 l'indicateur d'impact

7.4 - Les organes de suivi

**7.4.1- Evaluation**

1.1 Les évaluations en cours d'exécution

1.2 L'évaluation finale

**7.4. 2- Les enquêtes**

1- L'enquête quantitative

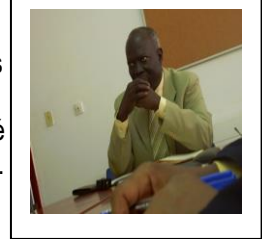
2- L'enquête qualitative

## LISTE DES ABREVIATIONS

• AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
• ARV	: Anti-Rétroviraux
• ASC	: Agent de Santé Communautaire
• Assomesca	: Association des Œuvres Médicales Chrétiennes en RCA
• BCR	: Bureau Central de Recensement
• CDMT	: Cadre de Dépense à Moyen terme
• COGES	: Conseils ou Comités de gestion
• 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
• DPM	: Direction de la Pharmacie et du Médicament
• DR	: Direction des Ressources
• ECD	: Equipe Cadre de District
• FACSS	: Faculté des Sciences de la Santé
• FOSA	: Formation Sanitaire
• GAVI	: Alliance Mondiale pour les vaccins et la vaccination
• IB	: Initiative de Bamako
• IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
• IDH	: Indice du Développement Humain
• IEC	: Information, Education et Communication
• IPH	: Indice de Pauvreté Humain
• IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
• MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
• MICS	: Enquête à Indicateurs Multiples
• MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
• OAC	: Organisations à Assises Communautaires
• OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
• OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
• ONG	: Organisation Non Gouvernementale
• PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
• PIS	: Plan Intérimaire de Santé
• PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
• 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)
• RSS	: Renforcement du Système de Santé
• SAU	: Service d'Aide et d'Urgence
• SFDE	: Sage Femme Diplômée d'Etat
• SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
• SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
• SSP	: Soins de Santé Primaires
• TSL	: Technicien Supérieur de Laboratoire
• TSS	: Technicien Supérieur de Santé
• UCM	: Unité de Cession du Médicament
• UNICEF	: Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance
• UVD	: Unité de Vente en Détail
• VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## PREAMBULE

Améliorer la santé et maintenir le bien-être de la population Centrafricaine grâce à des soins des services sociaux accessibles, continus et de qualité constituent les principaux défis que doit relever le Ministère de la Santé Publique et de la Population pour la réalisation complète de sa mission. Au cours des dernières années, des changements majeurs ont été entrepris pour adapter et consolider l'organisation des services de santé dans notre pays. Ainsi, des réseaux locaux de services ont été mis en place en vue de rapprocher les services de la population et offrir des réponses pertinentes et mieux coordonnées aux besoins identifiés notamment le VIH/SIDA. L'Administration de la santé, la façon de travailler en général dans le secteur de la santé ou en particulier la gestion des ressources humaines sont mis en adéquation avec les réalités centrafricaines avec le souci constant de sauvegarder la flexibilité, la mobilité, et de promouvoir l'esprit d'équipe. Le Plan Stratégique de Renforcement des Systèmes de Santé du Ministère de la Santé et de la Population propose face à ces défis majeurs, une vision et des axes stratégiques clairs et concrets. Il fixe pour le Ministère et ses Partenaires des niveaux de réalisation à atteindre afin d'améliorer l'offre de services à la population. A cet égard, l'action devrait se déployer au moins sur deux fronts : le Ministère de la Santé Publique et de la Population doit disposer d'une part, des documents normatifs relatifs au développement des infrastructures sanitaires, des ressources humaines et des paquets minimums et complémentaires d'activités, d'autre part, des textes juridiques réglementant l'implantation et la construction des établissements de soins par les ONG, les organismes nationaux ou internationaux et d'autres partenaires privés intervenant dans le domaine de la santé.



Les domaines stratégiques où des efforts importants continueront d'être consentis sont principalement :

- 1 Renforcement de la fonction de pilotage du secteur de santé à tous les niveaux du système de santé notamment :
- 2 Développement des ressources humaines pour la santé ;
- 3 Réhabilitation/Construction/équipement des infrastructures de soins
- 4 Mobilisation des ressources additionnelles et la rationalisation du financement du secteur de la santé ;
- 5 Accroissement de l'accès aux soins de qualité

J'invite l'ensemble des partenaires au développement et tous les professionnels de la santé à se mobiliser autour de ce plan. C'est en fédérant toutes ces forces qui sont autant de ressources que nous pourrions mener à bien ce projet collectif, celui d'offrir un système de santé qui réponde efficacement aux besoins de santé de nos populations.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire, il permettra d'évaluer la performance des services de santé afin de prendre les décisions opportunes sur leur gestion par la mise à la disposition des décideurs des informations fiables.

Au nom du Gouvernement, j'exprime toute notre gratitude à tous les partenaires nationaux et internationaux qui ont appuyé à des degrés divers l'élaboration et la mise à la disposition du Département de la Santé Publique et de la Population de cet important outil de travail, notamment le Fond des Nations Unies pour l'Enfance, l'Organisation Mondiale de la Santé l'Union Européenne et l'Assomesca pour le soutien financier, technique et matériel.

L'outil est maintenant finalisé et disponible. Assurons lui le meilleur niveau de mise en œuvre afin que son succès soit total. Je sais pouvoir compter sur l'engagement de chacun de vous. Bon travail.

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA POPULATION**

**Dr Bernard LALA**

## RESUME

Le renforcement du système de santé de district est une étape essentielle à franchir pour faire en sorte que les services de santé soient accessibles et abordables pour les groupes de population n'ayant pas les moyens de bénéficier des mesures de promotion de la santé.

En effet, le Renforcement du Système de Santé constitue une des priorités du Deuxième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II 2006-2015) et entre dans la droite ligne du Cadre Stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP 2008-2010).

Plusieurs faiblesses ont été identifiées par rapport à notre système de santé. Face à cela, des orientations stratégiques précises ont été proposées.

La formation et la motivation du personnel de santé, des comités de santé et des agents de santé communautaire permettront d'améliorer les compétences et la performance du personnel de santé tandis que la réhabilitation et l'équipement des hôpitaux et des centres et Postes de santé, le renforcement de l'organisation et de la gestion des services de santé permettront d'améliorer la disponibilité des services. Ces actions combinées amélioreront sensiblement la fourniture des services tant préventifs que curatifs dans les districts sanitaires de notre pays.

Par ailleurs, dans le cadre du Renforcement des Systèmes de Santé, des réformes sont envisagées notamment la réorganisation de la plate forme hospitalo-universitaire, l'élaboration d'un projet de loi hospitalière, la révision de l'Arrêté 185/MSPP/CAB/SG/DGSP du 13 janvier 1994 portant définition des normes en infrastructures, équipements, ressources humaines et autres activités, la révision de l'Arrêté 186/MSPP/CAB/SG/DGSP du 14 janvier 1994 portant organisation et fonctionnement des hôpitaux publics en RCA et l'élaboration d'un projet d'Arrêté portant création et fixant les conditions d'ouverture des établissements privés de soins, l'élaboration et la finalisation du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé.

Cette réforme devrait consister entre autre en l'élaboration d'un nouvel organigramme comprenant moins de directions et services et regroupement des programmes pour une utilisation rationnelle des ressources et en une redéfinition du district sanitaire en prenant en compte les critères d'ordre sanitaire et non administratifs. Le PNDS II fait de cette réforme, une condition essentielle à la réussite de toutes les interventions nécessaires à l'amélioration de l'état de santé des communautés

De la définition de ces nouvelles normes, le Ministère de la Santé Publique et de la Population aura à élaborer le plan de développement des infrastructures sanitaires et de leur maintenance. Il établira des plans standard pour les bâtiments administratifs, logements et établissements de soins du pays.

Concernant les Soins de Santé Primaires, il est prévu d'organiser les états généraux afin d'évaluer la mise en œuvre des activités et de définir les nouvelles orientations.

Le présent document découle des orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDSII) et prend en compte les insuffisances du PNDS I, relatives au Renforcement du Système de santé et surtout les grands axes stratégiques permettant la mise en œuvre du PNDS II dans ce domaine.

Ce processus vise à définir un cadre réglementaire global qui permettra de rendre le système de santé plus performant et adapté aux exigences et réalités de terrain.

## I - INTRODUCTION

La santé, considérée comme l'un des secteurs prioritaires en Centrafrique, constitue une composante essentielle de lutte contre la pauvreté. Depuis deux décennies, les autorités centrafricaines ont placé l'amélioration de la santé des populations au centre des préoccupations du développement socio économique de notre pays. Cependant, malgré les efforts déployés par le Gouvernement et ses partenaires, la situation sanitaire du pays demeure préoccupante eu égard au 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, d'où nécessité de renforcer les systèmes de santé afin d'améliorer ses indicateurs.

L'accès à un meilleur état de santé doit prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé que sont, entre autres ; les 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.

Les systèmes de santé qui, de manière générale, se définissent à la fois comme des services de soins de santé et leurs infrastructures connexes (humaines, technologiques, financières, réglementaires et éducatives), et comme l'organisation de la gouvernance du système et la participation intersectorielle à l'amélioration de la santé, apparaissent de plus en plus comme déterminants primordiaux de la santé.

En effet, le système de santé devrait être le garant de la santé des populations en tant que bien-être physique, mental et social.

L'objet de ce document est de :

- Déterminer les actions concrètes pour mettre en application les axes stratégiques du PNDS II après analyse de la situation actuelle et des problèmes identifiés dans sa mise en œuvre ;
- Définir les résultats, les stratégies et les interventions afin d'atteindre les objectifs fixés ;
- Etablir un mécanisme de suivi et d'évaluation au niveau national, régional et périphérique (districts).

Le présent plan est conçu afin de matérialiser la mise en œuvre des différentes stratégies définies dans la Politique Nationale de Santé à travers le PNDS II qui est le document de référence en matière de développement sanitaire en RCA. En général, les réformes du secteur santé sont conformes aux objectifs du millénaire pour le développement et rejoignent les engagements des autorités sanitaires de notre pays.

## II – JUSTIFICATION

La RCA, depuis plusieurs années, a amorcé un processus de réforme de son système de santé. Il ressort de différentes analyses du secteur que le niveau des couvertures sanitaires dans nos systèmes de santé encore fragile et peu performant, est la preuve d'une interaction entre la faible performance du système de santé et la mise en œuvre des interventions des programmes de santé. L'amélioration du système de santé permet d'assurer non seulement la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies touchant les différentes catégories de la population mais aussi une meilleure pérennisation des acquis des programmes de santé.

Après la mise en œuvre du premier plan de Développement Sanitaire qui couvrait la période 1994- 1998, l'évaluation finale a proposé, compte tenu des faiblesses constatées, des pistes d'orientation pour le secteur sous forme de recommandations entre autres:

- 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 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.

Pour répondre à cette préoccupation, le pays a élaboré son document de politique Nationale de Santé pour jeter la base des orientations pour le développement du secteur. En vue de permettre la programmation des interventions prioritaires avant le nouveau PNDS, un plan intérimaire de santé a été élaboré pour la période 2000- 2002. En 2005, le Gouvernement a élaboré et adopté un PNDS de deuxième génération pour la période 2006- 2015. Ce document a défini les grands axes stratégiques prioritaires du secteur de la santé.

L'élaboration du document stratégique de Renforcement du système de santé a pris en compte la synergie et les liens qui existent entre les autres programmes et initiatives en matière de développement.

#### La synergie avec le PNDS II

La proposition de la RCA concernant le renforcement du système de santé s'inscrit dans la réalisation de l'objectif n°1 du deuxième Plan National de Développement Sanitaire 2006-2015 relatif à l'amélioration de la performance de notre système de santé.

Cet objectif entre aussi dans la droite ligne de la stratégie nationale de croissance économique et de réduction de la pauvreté (2008-2010).

Ce document permet en outre de donner plus d'éclairage et des orientations nécessaires à la mise en œuvre du PNDS II.

#### La synergie avec la décentralisation

Concernant l'axe de convergence de mise en œuvre du processus de décentralisation, selon la littérature : « la politique de décentralisation et la politique sectorielle de santé sont loin d'être antinomiques ; elles partagent les mêmes approches, s'agissant de développement à la base : elles responsabilisent les populations, les Communautés et les Collectivités Territoriales dans la conception, le financement et la mise en œuvre d'activités d'intérêt local et régional. Dans le nouveau contexte créé par la décentralisation, il est souhaitable que les différents acteurs des deux politiques prennent rapidement conscience du fait qu'en ces matières le partage des responsabilités l'emporte sur le partage des pouvoirs ».

La dynamique externe de la couverture de l'offre de soins se continue avec la collaboration des Collectivités Territoriales, les Agents de Santé Communautaire et les équipes de santé.

#### La synergie avec le CSLP

Le triple souci du CSLP (efficacité, équité, viabilité institutionnelle et financière) est reflété dans le document stratégique du renforcement des systèmes de santé. Les axes du CSLP 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
- la promotion d'un environnement propice à la santé

Les principaux objectifs globaux en terme de pauvreté et d'indicateurs sociaux sont les suivants : une baisse de l'incidence et de la profondeur de la pauvreté monétaire avec une réduction des inégalités entre régions, entre milieu rural et milieu urbain, une baisse des taux de mortalité infantile et maternelle, une augmentation des taux de scolarisation et d'alphabétisation avec une réduction des inégalités entre garçons et filles et entre régions.

Les objectifs du CSLP visent aussi à atteindre à long terme les objectifs du développement du millénaire (ODM) en 2015. Actuellement la RCA est entrain de finaliser son Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté qui va permettre après la table ronde des bailleurs de fond, au pays d'accéder à l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE). L'appui aidera le pays de rendre son système de santé performant en vue de l'atteinte des OMD.

### La synergie avec le CDMT

L'élaboration du CDMT répond à un certain nombre d'objectifs, à savoir :

- la définition d'un cadre budgétaire cohérent et réaliste qui favorise la stabilité de l'environnement macroéconomique du pays ;
- la mise en place d'un système d'allocation de ressources cohérent avec les priorités stratégiques sectorielles et intersectorielles du gouvernement ;
- la disponibilité d'enveloppes financières sectorielles prévisibles permettant aux ministères d'élaborer des stratégies soutenables d'une part et l'élaboration du budget programme d'autre part.

Le CDMT présente les mêmes programmes du document stratégique de renforcement des systèmes de santé, avec leurs résultats qui en sont attendus en termes de production de soins, en termes d'intrants ainsi que leur impact sur les indicateurs principaux par le programme de lutte contre la pauvreté. De ce fait, le CDMT établit un lien dynamique entre les objectifs, les activités, les indicateurs et le budget.

Le CDMT est important parce que les ressources financières mises à la disposition de la Santé par l'Etat et ses partenaires seront en expansion nette dans les années à venir, et que pour pouvoir en tirer profit il faut dès à présent cadrer les efforts de planification.

En outre, le renforcement des systèmes de santé permettra de réduire significativement les indicateurs de l'état de santé qui sont alarmants dans notre pays notamment, l'espérance de vie à la naissance de la population centrafricaine qui 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 à travers les axes stratégiques qui ont été définis. Il permettra aussi la réduction de la mortalité avec un taux de mortalité générale à 20,1 ‰, celui de la mortalité infantile à 132‰ en 2003. Celui de la mortalité infantile juvénile (enfants de moins de 5 ans) à 220 pour mille (RGPH 2003). La mortalité maternelle quant à elle qui est à 1355 pour 100000 naissances vivantes selon les mêmes sources.

### Synergie avec les résolutions internationales

Par ailleurs, la République Centrafricaine a souscrit aux engagements du Millénaire pour le Développement (MDG) qui visent une nette amélioration du bien être des populations et particulièrement des enfants et des femmes à l'horizon 2015 dans tous les domaines fondamentaux de la vie humaine.

L'atteinte de ses objectifs ne peut se faire sans le renforcement de nos systèmes de santé dans tous ses aspects.

Sur le plan international, l'Organisation Mondiale de la Santé s'efforce d'attirer l'attention de ses membres sur la nécessité de renforcer leurs systèmes comme condition préalable à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'élaboration de ce document tient compte des résolutions récentes de l'OMS telles que les résolutions (WHA54.12, WHA54.13, WHA55.18, WHA56.25, WHA58.17, WHA58.30, WHA58.33 et WHA58.34) liées à des degrés divers au renforcement des systèmes de santé, l'Assemblée de la Santé a invité plus ou moins instamment ses pays membres à établir et mettre en oeuvre des politiques ou stratégies dans ce domaine.

Des systèmes de santé équitables et pleinement opérationnels réduiront la morbidité et la mortalité, contribuant pour beaucoup à la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire. Le renforcement de systèmes entiers permettra de fournir des services efficaces à tous ceux qui en ont besoin. Une telle action à l'échelle des systèmes répondra également aux besoins des communautés et des organisations non gouvernementales qui s'emploient à promouvoir la santé.

En effet, il est vital de mettre en place des systèmes de santé efficaces, réactifs et équitables afin que les populations puissent vivre en bonne santé : *efficaces* dans leur contribution à améliorer la santé de la populations dans son ensemble ; *réactif* aux attentes des individus ainsi qu'aux besoins et vulnérabilités spécifiques de toutes les catégories de population ; et *équitables* en termes d'apports financiers consentis par chacun au système afin que les services disponibles soient accessibles à tous d'où la nécessité d'élaborer ce document de stratégie de renforcement du système de santé en Centrafrique.

### III. CONTEXTE, HISTORIQUE ET ANALYSE DE SITUATION DU SYSTEME DE SANTE EN RCA

#### 3.1 Contexte

##### 3.1.1 Présentation géographique du pays

Située au cœur de l'Afrique, la RCA est limitée à l'Est par le Soudan, à l'Ouest par le Cameroun, au Nord par le Tchad et au Sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo. Elle a une superficie de 623.000Km<sup>2</sup>.

Le climat est de type tropical caractérisé par deux saisons :

- Une saison des pluies allant de Mai à Octobre
- et une saison sèche qui s'étend de Novembre à Avril.

##### 3-1-2 Présentation économique et politique

La RCA est l'un des pays les moins avancés de la planète et est classée au 172<sup>ème</sup> rang mondial sur 177 pays, selon l'indice de Développement Humain du Programme des Nations Unies pour le Développement en 2006. Le produit Intérieur Brut par habitant est de 100 dollars américains par tête d'habitant et par an en 2006. Sur le plan des finances publiques, les recettes internes demeurent toujours faibles par rapport aux prévisions et ne permettent pas de couvrir les dépenses. En plus, le poids de la dette en général limite fortement sa capacité à investir dans le secteur social tel que la santé.

Au cours de ces dernières années, la RCA a souffert d'une instabilité politique et de conflits internes répétitifs. Ainsi, bien que dotée d'un potentiel naturel très important (réseau hydrographique dense, massif forestier important, ressources minières immenses), elle enregistre des niveaux d'indicateurs économiques

et sociaux extrêmement alarmants. Le PIB par habitant est passé d'une moyenne de 280\$ sur la période 1980-85 à 260\$ de 1995-2001, l'indice de développement humain (IDH) s'est détérioré de 5% entre 1990 et 2003, plaçant la RCA parmi les cinq derniers pays à l'échelle mondiale ; l'incidence de la pauvreté s'est accrue, avec particulièrement une forte concentration des pauvres en milieu rural.

Le changement politique intervenu en mars 2003 a été suivi d'une période de transition marquée par l'organisation en septembre 2003 d'un dialogue national regroupant l'ensemble des partis politiques et des organisations de la société civile en vue de déterminer les orientations et les institutions politiques, économiques et sociales, l'adoption par référendum d'une Constitution en décembre 2004, la tenue d'élections législatives et présidentielles libres et transparentes en mars et mai 2005 et la mise en place des institutions légales.

L'acceptation des résultats des élections démocratiques par toutes les parties prenantes et le transfert du pouvoir à des institutions légales conformes aux recommandations du Dialogue National (Cour Suprême, Cour Constitutionnelle, Parlement, Gouvernement, etc.), ont favorisé l'instauration d'une situation politique apaisée, la consolidation de la démocratie ainsi que la reconstruction nationale et la lutte contre la pauvreté.

Pour encadrer son action, le Gouvernement a présenté une Déclaration de Politique devant la représentation nationale en août 2005 qui met en exergue la nécessité de consolider la paix et la sécurité, renforcer le cadre macro-économique et les réformes, (reconstruire les infrastructures et services sociaux de base. Ces priorités découlent du DSRP intérimaire 2001 et des travaux du DSRP final suspendus par la situation de conflits.

L'action gouvernementale n'a pu bénéficier d'une aide financière substantielle du fait de la suspension des décaissements de la Communauté financière internationale à partir de 2002, notamment en raison de la persistance d'arriérés extérieurs. Cependant, le PNUD et les Agences spécialisées des Nations Unies ont maintenu leurs engagements à travers des actions humanitaires et d'assistance.

La Banque Mondiale a maintenu ses engagements à travers trois dons :

- un don pour appuyer le Programme National de Démobilisation, de Désarmement et de Réinsertion de plus de 7500 ex combattants dans la vie civile et les activités économiques,
- deux dons (LICUS I et II) destinés à améliorer la gestion des finances publiques, renforcer les capacités institutionnelles des administrations économiques et financières et soutenir la prestation de services sociaux en faveur des communautés de base.

Pour sa part, le FMI a approuvé à partir de juillet 2004 deux Programmes d'Aide d'Urgence Post Conflit (PUPC) en faveur de la RCA, destinés à résoudre les difficultés chroniques des finances publiques, notamment la faiblesse des recettes fiscales et l'inefficacité du contrôle des dépenses, ainsi que l'érosion des institutions et la corruption des administrations publiques.

Dans cette perspective de réengagement, la Banque Mondiale a accordé le 28 novembre 2006, un don de 82 millions de dollars dans le cadre d'un Programme de réformes. Ce don a permis d'apurer les arriérés de la RCA vis-à-vis de la Banque Mondiale (60 millions de \$) et d'assurer le paiement du service de la dette jusqu'au point de décision de l'Initiative PPTE (8 millions de \$). Ce don a également fourni une aide budgétaire de 7 millions de dollars.

Par ailleurs, les efforts conjoints de la Banque Mondiale et de la Banque Africaine de Développement ont permis la mobilisation des ressources pour l'apurement des arriérés de cette dernière, avec l'aide d'un groupe de pays amis.

Le 7 janvier 2007, le Conseil d'Administration de la Banque Mondiale a approuvé une stratégie de réengagement. Dans le cadre de cette stratégie, deux opérations sont préparées et concernent d'une part un projet d'urgence d'infrastructures et de services urbains avec trois composantes : l'eau, l'assainissement et l'enlèvement des ordures ménagères, et d'autre part la réalisation de l'axe routier Douala-Bangui, avec un cofinancement de la BAD et l'UE.

Enfin, un crédit consenti en 2001 pour financer le programme de lutte contre le VIH/SIDA sera restructuré et réalloué partiellement au financement d'activités urgentes dans les secteurs sociaux, en appui aux services de base.

Le 22 décembre 2006, le FMI a approuvé un programme triennal (2007-2009) appuyé par une Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance (FRPC) d'un montant de 54,5 millions de dollars destiné à consolider la gestion des finances publiques, améliorer l'environnement des affaires, et normaliser les relations financières avec les bailleurs de fonds.

Bénéficiant ainsi du rétablissement des relations financières et des appuis extérieurs, la RCA, pour réduire la pauvreté de moitié à l'horizon 2015, est décidée à mettre en place une politique économique et sociale susceptible d'améliorer significativement les performances socio-économiques et de mettre le pays sur un sentier de développement humain durable.

### 3.1.3- Données démographiques

**Sur le plan démographique** La population centrafricaine est estimée à 4216666 **habitants en 2007** (Projection RGPH 2003 après correction), avec un taux d'accroissement naturel de 2,5% et une densité moyenne de 6,6 habitants au km<sup>2</sup> variant de 10041,38 habitants au Km<sup>2</sup> à Bangui à 0,79 habitant au Km<sup>2</sup> dans le Bamingui-Bangoran (Carte en annexe 1). Les régions du centre, de l'Est et du Sud-Est occupent plus de la moitié du territoire national (53%) mais ne rassemblent que 20% de la population totale.

Cette population en grande partie rurale, est constituée en majorité de jeunes (environ 49,4% âgés de moins de 18 ans) et légèrement à prédominance féminine. Les principaux indicateurs démographiques issus du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) 2003 sont résumés dans le tableau 1 ci-dessous.

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

Préfecture	Superficie en Km <sup>2</sup>	Population			Rapport de Masculinité	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
<b>TOTAL RS1</b>	<b>51 070</b>	<b>300 872</b>	<b>302 727</b>	<b>603 599</b>	<b>99,4</b>	<b>11,8</b>
Mambaré Kadeï	30 203	184 026	180 769	364 795	101,8	12,1
Nana-Mambaré	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
<b>TOTAL RS2</b>	<b>76 215</b>	<b>351 852</b>	<b>347 684</b>	<b>699 535</b>	<b>101,2</b>	<b>9,2</b>
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
<b>TOTAL RS3</b>	<b>82 350</b>	<b>392 721</b>	<b>407 006</b>	<b>799 727</b>	<b>96,5</b>	<b>9,7</b>
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
<b>TOTAL RS4</b>	<b>87 100</b>	<b>252 585</b>	<b>260 360</b>	<b>512 946</b>	<b>97,0</b>	<b>5,9</b>
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
<b>TOTAL RS5</b>	<b>191 350</b>	<b>93 860</b>	<b>91 940</b>	<b>185 800</b>	<b>102,1</b>	<b>1,0</b>

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
<b>TOTAL RS6</b>	<b>134 284</b>	<b>232 430</b>	<b>238 331</b>	<b>470 761</b>	<b>97,5</b>	<b>3,5</b>
Bangui (RS7)	67	315 006	307 765	622 771	102,4	9295,1
<b>TOTAL RS7</b>	<b>67</b>	<b>315 006</b>	<b>307 765</b>	<b>622 771</b>	<b>102,4</b>	<b>9295,1</b>
<b>ENSEMBLE RCA</b>	623 000	<b>1 939 326</b>	<b>1 955 813</b>	<b>3 895 139</b>	<b>99,2</b>	
<b>%</b>		<b>49,8%</b>	<b>50,2%</b>	<b>100,0%</b>		

Source : BCR /Ministère du Plan

### 3.2 - HISTORIQUE DE LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE EN RCA

A l'indépendance, la politique sanitaire en République Centrafricaine était caractérisée par :

- la gratuité de Soins et des médicaments ;
- la priorité accordée à la médecine curative ;
- la concentration des infrastructures sanitaires dans les grands centres urbains ;
- la lutte verticale contre les grandes endémies ;
- l'absence totale de participation de la Communauté dans les actions de Santé et à leur financement ;
- l'insuffisance des ressources ;
- l'inefficacité des services.

Un tel système ne pouvait se maintenir longtemps dans un contexte international de crise financière où l'inadéquation entre l'accroissement démographique et l'insuffisance des ressources pour faire face aux besoins de Santé, avait pris des proportions importantes surtout dans les pays en développement.

A cela, il faut ajouter l'effondrement économique de l'Afrique pendant les vingt dernières années et les conséquences de la dévaluation du franc CFA de 1994.

C'est pour toutes ces raisons que s'est imposée au cours des trois dernières décennies, la nécessité d'une réorientation de la politique de Santé dans le Monde.

L'engagement des Autorités Centrafricaines dans cette nouvelle orientation de la politique de Santé s'est manifesté successivement par :

- la souscription en 1978 à la déclaration d'ALMA-ATA qui fait des Soins de Santé Primaires la meilleure stratégie permettant à tous les pays, les communautés et les Organisations Internationales de donner à tous les peuples un niveau de Santé qui leur permette de mener une vie saine socialement et économiquement productive d'ici à l'an 2000 ;
- l'adoption au 35<sup>ème</sup> Comité Régional de l'OMS à LUSAKA en 1985, d'une résolution sur le scénario de développement sanitaire en trois phases en vue d'accélérer l'instauration de la Santé pour tous les Africains ;
- la souscription à la déclaration des chefs d'Etat de l'Organisation de l'Unité Africaine au sommet de Lagos en Juillet 1987 proclamant la Santé, pierre angulaire de Développement ;
- la souscription en Septembre 1987, lors du 37<sup>ème</sup> Comité Régional de l'OMS, à la résolution dite " Initiative de Bamako " ;

- la tenue d'un séminaire national de réflexion sur la problématique de la Santé qui a constaté un retard dans la mise en œuvre des SSP et a recommandé son accélération en 1988,;
- la tenue d'un séminaire national d'information et de sensibilisation de toutes les couches sociales sur les SSP en 1989;
- l'adoption du cadre national de mise en œuvre des SSP en RCA en 1992.

### 3.3- Politique et Système de Santé

En République Centrafricaine, le système de santé publique comprend le secteur public, qui trouve son origine dans la médecine coloniale hospitalière et militaire, traditionnellement gratuite, qui est géré par le Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP), le secteur parapublic qui est géré par des organismes publics qui ne sont pas directement gérés par le MSPP, le secteur privé lucratif et le secteur privé confessionnel.

La politique nationale de santé est basée sur les Soins de Santé Primaires/Initiative de Bamako (SSP/IB). La lutte contre la maladie demeure une priorité compte tenu de la situation épidémiologique du pays, caractérisée encore par une forte prévalence des maladies, notamment transmissibles. L'organisation du système de santé est caractérisée par une hiérarchisation des différents niveaux d'intervention. Elle est de type pyramidal et comporte 3 niveaux comprenant chacun 2 sous-systèmes : gestions et soins.

Le Sous-système de gestion : comprend 3 niveaux :

**Le niveau central**, chargé de définir la politique nationale de santé et de fournir l'appui stratégique aux niveaux inférieurs, comprend le cabinet du ministre et les directions techniques ;

**Le niveau intermédiaire**, chargé de fournir l'appui technique aux préfectures sanitaires, correspond à la direction de la région sanitaire ; le pays compte 7 régions sanitaires, correspondant aux régions administratives ; chaque région sanitaire comporte 2 à 3 districts sanitaires ou préfectures sanitaires sauf la Région N°7.

**Le niveau périphérique**, chargé de fournir l'appui opérationnel aux formations sanitaires pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé, est constitué des préfectures sanitaires qui sont des unités opérationnelles du système de santé ; le pays compte 16 préfectures sanitaires et la ville de Bangui qui compte 8 Circonscriptions Sanitaires.

**Le sous-système de soins** : il est constitué des formations sanitaires où les programmes sont traduits en prestations. Ces formations sanitaires sont organisées sur un mode hiérarchique à 3 niveaux de référence :

- le premier niveau comprend les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux préfectoraux ;
- le deuxième niveau est constitué par les hôpitaux régionaux universitaires ;
- le troisième niveau comprend les établissements hospitaliers et de diagnostic de référence nationale.

Avant les troubles militaro-politiques qu'a connus le pays en 2003, selon les éléments de base de la carte sanitaire, on dénombrait 801 structures de soins dont 640 dans le secteur public et 161 dans le secteur privé. Dans le secteur public, il y'a 21 hôpitaux dont 04 Centraux, 05 régionaux et 12 préfectoraux, 201 centres de santé de toutes catégories confondues et 418 postes de santé. Jusque là, les structures sanitaires privées sont très mal suivies et ne respectent souvent pas les normes requises établies par la carte sanitaire du pays.

Le taux d'accessibilité aux services de santé dans un rayon de 5 kilomètres est estimé actuellement à 62,5% selon l'enquête MICS 2000.

### **3.3.1 -Disponibilité et fonctionnement des Equipes Cadre de District (ECD)**

Une ECD fonctionnelle signifie que l'équipe dispose d'un effectif adéquat, les membres de l'équipe ont une qualification requise pour la gestion de la préfecture sanitaire ; l'équipe a élaboré un plan de santé de district, assure les activités de formation, de supervision, de suivi évaluation ; l'équipe dispose d'un budget et suit l'exécution budgétaire. Comme on peut l'observer sur la figure N°1 (en annexe), quatre districts seulement comptent au moins trois personnes par équipe et les douze autres quatre personnes et plus. La norme en effectif n'a pas été définie au niveau national. Aucun médecin qualifié en santé publique dans les ECD. Tous les médecins en santé publique sont au niveau central.

#### **Activités menées par l'ECD**

- Disponibilité d'un plan d'action intégré : Tous les districts à l'intérieur du pays ont élaboré un plan d'action pour leur district mais ce plan n'est pas nécessairement intégré
- Activités de formation : Les activités de formation du personnel de district restent centralisées et se font à travers les programmes verticaux et non une formation intégrée avec des modules de formation intégrés ;
- Activités de supervision : La supervision pour la plupart se fait par un groupe de responsables de programmes installés au niveau de la direction régionale de santé qui se font accompagner parfois par un membre de l'ECD. Néanmoins, 16 districts sur 24 disposent d'un véhicule de supervision et en fonction de la disponibilité des moyens fournis par les programmes (carburant, frais de subsistance) font périodiquement des visites de supervision dans les formations sanitaires du district pour le compte du programme.
- Il n'y a pas d'activités de recherche menées par les ECD. Quelques activités de recherche opérationnelle réalisées dans les districts sont menées par les responsables du niveau régional ou central ou par les ONGs.

**3.3.2 - Le sous-système de soins** : il est constitué des formations où les programmes sont traduits en prestations. Ces formations sanitaires sont organisées sur un mode hiérarchique à 3 niveaux de référence :

- le premier niveau comprend les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux préfectoraux ;
- le deuxième niveau est constitué par les hôpitaux régionaux universitaires ;
- le troisième niveau comprend les établissements hospitaliers et de diagnostic de référence nationale.

### **3.3.3 - Concepts et définitions de base**

Les catégories de formations sanitaires sont les suivantes : Hôpitaux Centraux, Hôpitaux régionaux, Hôpitaux Préfectoraux (Hôpitaux de district), Centres de Santé de Catégorie A, B, C, D et E, Postes de Santé, Dispensaire, Cabinet privé (médical, dentaire, accouchement), Cliniques privés et infirmeries de garnison.

**Le Poste de Santé (PS)** est la FOSA de premier recours du système national de santé. Cette unité constitue le pôle de développement des soins de santé primaires.

Il se situe à l'échelon d'un quartier ou d'un village et couvre de manière générale une population de 500 à 5 000 habitants.

**Le Centre de Santé** est la FOSA pivot du système national de santé et couvre généralement l'étendue géographique correspondant administrativement à un quartier (dans une grande agglomération), une commune, un poste de contrôle administratif ou à une sous préfecture selon la taille de la population.

- ✓ **Le Centre de Santé de catégorie A** couvre de manière générale une population d'au moins 30.000 habitants. Il dispose d'un plateau technique et se situe à l'extérieur des grandes agglomérations.
- ✓ **Le Centre de Santé de catégorie B** couvre une population de moins de 30 000 habitants suivants dans une zone géographique caractérisée par l'importance des distances à parcourir et le faible nombre des formations sanitaires périphériques (postes et centres de santé de catégorie C)
- ✓ **Le Centre de Santé de catégorie C** est la troisième catégorie des centres de santé. Il se situe à l'échelon d'une commune et couvre une population variant de 5 000 à 10 000 habitants.
- ✓ **Les Centres de Santé de catégorie D et E** sont situés dans les zones urbaines disposant ou non d'une maternité.

**L'Hôpital Préfectoral** est la FOSA de référence de la préfecture sanitaire ou de la sous préfecture. Il a pour rôle de prendre en charge la population en lui fournissant des soins de santé nécessitant l'hospitalisation pour des soins spécifiques ne pouvant être couverts par les centres de santé. Il répond aussi aux besoins sanitaires les plus courants et les plus urgents de la population résidant dans la ville siège de l'hôpital quand n'existent pas en nombre suffisant d'autres formations sanitaires (centre de santé urbain et poste de santé).

**L'Hôpital Régional et Universitaire** est la FOSA ultime de référence de la région sanitaire. Il se situe dans la ville siège d'une préfecture administrative et couvre la population de plusieurs préfectures. Il a pour rôle de prendre en charge la population en lui fournissant des soins de santé nécessitant l'hospitalisation pour des soins spécifiques ne pouvant être couverts par les autres formations sanitaires de sa zone de couverture. Il répond aussi aux besoins sanitaires les plus courants et les plus urgents de la population résidant dans la ville siège de l'hôpital, quand n'existent pas en nombre suffisant d'autres formations sanitaires (centre de santé urbain et poste de santé).

**Les Hôpitaux Centraux** représentent des formations de référence nationales et se situent au niveau de la capitale. Ils comprennent plusieurs services spécialisés.

#### IV - ANALYSE DE LA SITUATION

Il ressort de l'analyse du secteur santé, de la lecture du PNDS II et du DSRP ainsi que des résultats des évaluations du système, plusieurs problèmes.

##### 4.1. PROBLEMES LIES AU CADRE INSTITUTIONNEL ET AU PILOTAGE DU SECTEUR

L'administration sanitaire, en tant qu'instrument de conception et de mise en œuvre des politiques de santé publique n'est pas encore suffisamment outillée pour prendre totalement en compte les préoccupations essentielles du citoyen centrafricain en matière de santé. Les problèmes liés au cadre institutionnel et au pilotage du système de santé de la RCA sont considérés comme des défis majeurs à relever si l'on veut avoir des résultats dans le secteur de la santé. Le pilotage des services de santé en général pose d'énormes problèmes en RCA.



#### 4.1.1 – Faiblesse en matière de planification et de couverture du système de santé

La faiblesse du cadre institutionnel se traduit par une définition insuffisante des relations hiérarchiques et opérationnelles entre les différents niveaux du système de santé, d'où une mauvaise coordination intra sectorielle ; un faible pouvoir de coordination des interventions dans l'ensemble du secteur de la santé ; un cadre juridique inadéquat doublé de la non application des textes existants. L'appui du niveau central en termes de gestion, de planification et de contrôle est insuffisant. Enfin, le manque d'harmonie entre la décentralisation administrative et la décentralisation du système de santé ne garantit pas les acquis du système en terme d'organisation. On constate dans l'organisation administrative, une insuffisance de clarté dans les responsabilités et les tâches entre les différents acteurs intervenant dans le système de santé.

L'absence des normes d'organisation et de fonctionnement applicables aux différents niveaux du système de santé est à l'origine des faiblesses que l'on constate dans la gestion des services de santé. A titre d'exemple, on constate une insuffisance de clarté dans les responsabilités et les tâches entre les différents acteurs intervenant dans le système de santé :

- Entre les responsables du MSPP, les directions de régions sanitaires et des préfectures sanitaires.
- Entre les structures de la régulation (les responsables du MSPP, les directions RS, PS) et les prestataires de soins (CS, PS, HG) aussi bien publics que privés avec comme conséquence un handicap dans le développement de ces derniers vers la pleine autonomie dont dépend l'amélioration de l'offre des soins de qualité y compris ceux de la vaccination.
- La collaboration conflictuelle entre les gestionnaires des FOSA et les Comités de Gestion contribuant à des frustrations et à la démotivation du personnel et de la communauté.

Au niveau central du Ministère de la Santé, on note que certaines faiblesses en matière de pilotage du système de santé sont attribuables à la lourdeur de l'organigramme actuel. L'architecture institutionnelle présente une complexité qui pourrait être un obstacle à la prise des décisions du fait d'une circulation difficile de l'information et de l'éclatement des pôles décisionnels pour des thèmes communs.

En plus, un fonctionnement optimal d'une telle structure sera sans doute budgétivore. Déjà à ce stade, le niveau central consomme 41% du budget de l'Etat consacré à la santé (dont 17% pour l'administration centrale) alors que seuls 2% sont consacrés au niveau intermédiaire (7 Directions Régionales de la Santé) chargé d'apporter un appui technique au niveau périphérique.

Le niveau intermédiaire du système de santé ne dispose donc pas des ressources nécessaires pour remplir sa mission qui est celle d'apporter un appui technique au développement des Districts Sanitaires. L'absence des normes d'organisation et de fonctionnement du niveau intermédiaire fait que de fois ce dernier se substitue au niveau périphérique notamment en ce qui concerne la formation du personnel de santé des DS et la supervision des formations sanitaires du niveau périphérique.

Au niveau périphérique par exemple, on note qu'il n'existe pas de normes qui définissent clairement le nombre de personnes et les qualifications qu'elles doivent avoir pour faire partie de l'Equipe Cadre du District (ECD). C'est au point que l'on trouve dans certaines ECD, des qualifications souvent insuffisantes pour faire fonctionner ce niveau. Les membres des ECD n'ont pas reçu de formation appropriée pour

l'exercice de leurs fonctions. Les rôles et les responsabilités des membres de l'ECD ne sont pas clairement définis.

Les formations et les supervisions des activités du DS sont exécutées de façon verticale par un groupe de responsables de programmes installés au niveau de la direction régionale de santé même s'ils se font accompagnés parfois par un membre de l'ECD. Ceci montre à quel point le partage des responsabilités entre le niveau intermédiaire et le DS n'est pas clair.

Par ailleurs, on note une faible participation des populations à la gestion des affaires régionales et locales à travers les organisations communautaires de base. En effet, tous les organes de gestion prévus pour assurer la cogestion des structures décentralisées, de santé notamment, n'ont pas toujours été mis en place avec les compétences requises. Cette situation rend parfois conflictuelles les relations, spécialement entre personnels de santé et représentants des collectivités locales.

Ces facteurs ont contribué à réduire encore davantage l'autonomie de gestion déjà limitée des FOSA.

Les services de santé ne sont pas toujours utilisés par les populations pauvres en raison de la désorganisation du système, de l'inaccessibilité géographique et culturelle, des coûts élevés des prestations et de la qualité médiocre de l'accueil dans les formations sanitaires. Certains personnels de santé ont tendance à majorer systématiquement les coûts des prestations et surtout à racketter les malades. Ce phénomène qui tend à se généraliser pose problème dans la prise en charge correcte des patients surtout les plus démunis.

Parmi les autres problèmes essentiels liés au cadre institutionnel, on note entre autre :

- Une faible utilisation des services (mauvais accueil, lenteur dans la prise en charge des urgences),
- Une insuffisance dans le contrôle de qualité de l'offre en médecine traditionnelle ;
- Une insuffisance de coordination des interventions des partenaires ;
- Une insuffisance dans la gestion du système de santé de district : équipes cadres de district (ECD) peu performantes, le profil des membres peu indiqué, aires géographiques des districts sanitaires trop espacées, dysfonctionnement des COGES et inefficacité des organes des SSP ;

#### **4.1.2 - Faiblesse liée à la complexité de l'organisation du DS en RCA.**

Le niveau périphérique, chargé de fournir l'appui opérationnel aux formations sanitaires pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé, est constitué des 16 préfectures sanitaires qui sont des unités opérationnelles du système de santé et de 8 arrondissements assimilés aux préfectures sanitaires dans la ville de Bangui, soit au total 24 Districts Sanitaires (DS).

Ce niveau opérationnel doit comprendre un Hôpital Préfectoral ou Hôpital de District, des centres de santé (CS) et des postes de santé (PS). Ce niveau comprend une grande diversité des services de premier échelon (Centres de Santé dont les catégories vont de A à E) et des postes de santé. La subdivision des préfectures sanitaires ou districts sanitaires (DS) et l'implantation des Centres et de Postes de Santé répondent aux critères de découpage territorial et administratif et non sanitaires.

En conséquence, la plupart des DS sont très vastes et la moitié de ceux qui sont hors de Bangui la capitale, ont des populations qui varient entre 250 000 et 450 000 habitants. Les distances à parcourir et la précarité des moyens des communications dont les routes, sont telles que les usagers parcourent de longues distances pour accéder aux services de santé d'une part, et d'autre part, les supervisions, la référence, la

contre référence nécessaires pour assurer la qualité des soins notamment la continuité de ceux-ci deviennent très coûteux et donc très difficiles à réaliser.

Toutes les évaluations faites ces dernières années reconnaissent que la multiplicité des catégories des centres de santé n'apporte aucune valeur ajoutée à l'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires, par contre, elle rend difficile la détermination des normes tant sur le plan des ressources (humaines, matérielles et infrastructurelles) que sur le plan des activités et a de ce fait un impact négatif sur l'offre des soins de santé de qualité dont ceux de la vaccination.

#### **4.1.2 - Faiblesse de la performance du Système National d'Information Sanitaire**

En RCA, Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) fait partie des mécanismes de suivi et évaluation du système de santé pour mesurer la performance du secteur. Conçu et mis en place depuis 1984, il a accusé une insuffisance qui ne permet pas aux décideurs, aux professionnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et aux partenaires du secteur de la santé de disposer des informations fiables au moment opportun pour suivre et gérer d'une façon efficace et efficiente les activités de santé au niveau des formations sanitaires.

Sur le plan des données, le SNIS ne permet pas d'assurer un meilleur suivi et évaluation des programmes et projets de santé. Les données publiées généralement en retard, sont peu fiables et ne couvrent pas l'ensemble du territoire national. La formation insuffisante associée à la faible motivation du personnel chargé de collecte des données de base et le sous équipement des services décentralisés sont à la base de la contre performance de ce système.

Les évaluations successives du SNIS réalisées en 1997 avec l'appui de l'OMS sur toute l'étendue du pays et en 1998 dans la région sanitaire n°3 (RS3) par la GTZ ont permis de relever plusieurs problèmes :

- Une insuffisance de formation du personnel de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sur les techniques de collecte, de traitement et d'analyse des données statistiques;
- Une insuffisance des ressources matérielles et financières pour le suivi des activités du SNIS ;
- Une Insuffisance d'adaptation des outils du SNIS aux activités de certains programmes ;
- Faible taux de promptitude et la complétude des rapports.

Ce constat se traduit par la mise en place d'une multiplicité de sous systèmes d'information pour le suivi des programmes verticaux, ce qui représente un goulot d'étranglement à l'intégration des ressources pour une meilleure complémentarité.

#### **4.1.3- Faiblesse liée à la coordination et à la collaboration intersectorielle**

La coordination des interventions des partenaires (secteur privé, organismes de financement, associations) n'est pas suffisante. Les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante. Par conséquent, les ressources du ministère de la santé sont méconnues, mal utilisées et l'impact des apports des partenaires s'en trouve diminué par le fait de cette insuffisance.

En outre, de nombreux déterminants de la santé ne relèvent pas directement du domaine de compétence du ministère de la santé (ex : fourniture d'eau potable, assainissement, alimentation, sécurité routière) tandis que la collaboration intersectorielle n'est pas organisée aux différents niveaux et que les activités qui doivent concourir à un meilleur état de santé restent compartimentées tant au niveau central que périphérique.

Le MSPPP se doit de renforcer la collaboration intra et intersectorielle. Dans le secteur, il sera question d'impliquer les privés surtout confessionnels à l'action sanitaire de l'Etat. Cela pourra se faire par la contractualisation, ce qui à terme va aider à accroître l'offre des services de santé de qualité à la

population. Au niveau inter sectoriel, des actions seront entreprises en vue de promouvoir des comportements favorables à la santé. Il sera également question de renforcer la collaboration avec le Ministère de l'enseignement supérieur et universitaire qui forme le personnel de santé, les Ministères en charge du Plan et des Finances pour renforcer leur implication dans le processus de planification, d'allocation et de suivi budgétaire, le Ministère qui a en charge l'eau et l'assainissement, les communications, etc.

Le MSPP se doit de renforcer la collaboration intra et intersectorielle. Dans le secteur, il sera question d'impliquer les privés surtout confessionnels à l'action sanitaire de l'Etat. Cela pourra se faire par la contractualisation, ce qui à terme va aider à accroître l'offre des services de santé de qualité à la population. Au niveau inter sectoriel, des actions seront entreprises en vue de promouvoir des comportements favorables à la santé. Il sera également question de renforcer la collaboration avec le Ministère de l'enseignement supérieur et universitaire qui forme le personnel de santé, les Ministères en charge du Plan et des Finances pour renforcer leur implication dans le processus de planification, d'allocation et de suivi budgétaire, le Ministère qui a en charge l'eau et l'assainissement, les communications, etc.

## **4.2 - PROBLEMES LIES AUX RESSOURCES HUMAINES EN 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 de différentes catégories professionnelles.

L'instabilité au poste des cadres nationaux désignés responsables, habitués aux initiatives, aux prises de décisions et aux suivis des programmes de santé à tous les niveaux, constitue l'un des goulots d'étranglement de gestion du système de santé en RCA.

### **4.2.1- Faiblesse liée à la répartition du personnel de santé**

En terme de politique sanitaire, les régions pauvres manquent cruellement de personnel médical et paramédical. Les ratios personnels de santé/habitants par catégorie professionnelle montrent une répartition inégale entre la capitale Bangui et le reste du pays. On compte un médecin pour 6 000 habitants à Bangui contre un médecin pour 90 000 habitants dans certaines régions rurales. Alors que la norme de l'OMS est de un médecin pour 10 000 habitants. Au déficit quantitatif du personnel dans les régions rurales s'ajoute le déficit qualitatif. Les quelques rares spécialistes, les chirurgiens et la plupart les sages-femmes en dehors des infirmiers accoucheurs, ne se trouvent qu'à Bangui. Dans les régions pauvres et difficiles d'accès, le personnel de santé est peu motivé à y exercer ses activités.

Il en est de même pour la gestion centralisée du personnel au niveau national qui empêche toute maîtrise de ce personnel, dans son déploiement comme dans sa gestion quotidienne.

### **4.2.2- Faiblesse liée à la formation du personnel**

La formation du personnel de santé demeure une préoccupation 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 oeuvre effective de sa politique sanitaire nationale. Pour ce faire, une importance est accordée à la formation initiale tout comme à la formation continue.

La formation initiale du personnel de santé est assurée par la Faculté des Sciences de la Santé et ses annexes. La formation de quelques rares médecins spécialistes se fait à l'étranger sur financement des partenaires au développement et des 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.

L'analyse de la situation des ressources humaines a constaté, entre autres: une faible capacité institutionnelle en matière de RHS, d'importants hiatus informationnels sur les RHS en général, une insuffisance quantitative et qualitative des effectifs, de faibles performances des présents, une moindre capacité nationale à former des RHS de qualité, et un déséquilibre de genre en particulier, le tout dans un contexte de pauvreté et de rareté des ressources allouées à la santé. D'autres problèmes sont liés :

- au non recrutement dans la fonction publique du personnel formé ;
- à la démotivation du personnel due à l'irrégularité et au blocage de salaires ;
- à une insuffisance des mesures incitatives du personnel ;
- à une insuffisance des données sur les RHS du secteur privé ;
- et à une absence de plan de carrière.

Sur le plan de la politique de développement des ressources humaines, il n'existe pas une politique nationale explicite en faveur du développement des ressources humaines ni d'un plan stratégique dans ce sens.

#### **4.3 – PROBLEMES LIES AUX INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS SANITAIRES :**

##### **4. 3.1- Faiblesse liée à l'accessibilité géographique aux services de santé**

En matière d'infrastructures, l'accessibilité géographique à une formation sanitaire, aux services de vaccination et de soins préventifs reste très limitée aux populations pauvres du milieu rural comparativement à la population vivant à Bangui ou dans quelques grandes villes secondaires du pays. A Bangui, plus de 98% de la population ont accès aux services de santé contre 47% aux populations rurales. Au moins 25% de la population de l'arrière pays parcourent plus de 10 km pour atteindre une formation sanitaire. Par ailleurs, l'évaluation des progrès accomplis par la RCA vis-à-vis des OMD et des Objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants de la décennie 1990-2000 avait révélé que des acquis importants avaient été obtenus en matière de disponibilité de services sociaux de base avec le concours de la communauté internationale : le taux d'accessibilité aux formations sanitaires dans un rayon de 5 Km a augmenté de 45 % à 62,5 % de 1994 à 2000 par la généralisation de l'Initiative de Bamako à tous les districts sanitaires, le taux d'accès à une source d'eau de boisson potable quelle que soit la distance a atteint 55 % en l'an 2000 contre 38 % en 1996. Le taux d'accès à une source d'eau de boisson potable quelle que soit la distance a atteint 64 % en l'an 2006 (MICS 2006) contre 55 % en 2000)

Suite aux différentes crises qu'a connues le pays, de nombreuses infrastructures ont été détruites avec pillage des moyens roulants. Actuellement, le niveau périphérique manque terriblement de moyens. Il existe un grave déséquilibre au sein de la pyramide sanitaire.

##### **4. 3.2- Faiblesse liée aux infrastructures et aux équipements**

La plupart des structures sanitaires surtout en milieu rural sont dépourvues d'équipement adéquat et de matériels de premiers soins.

De même, il existe un grave déficit, quantitatif et qualitatif, à l'intérieur du pays par rapport à Bangui. Les équipements existants sont pour la plupart vétuste et en piteux états.

Près de la moitié des moyens roulants sont en très mauvais état voire totalement amorti rendant difficile la mise en œuvre des activités de suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

L'absence de plan de développement et de maintenance des infrastructures et équipements sanitaires fait que les infrastructures sanitaires existantes ne respectent pas les normes requises en matière de construction des édifices sanitaires. Ce qui pose souvent quelques difficultés managériales et techniques dans la mise en œuvre des interventions en matière de santé.

#### **4.4 - PROBLEMES LIES A LA COUVERTURE ET A L'ACCES AUX SOINS DE QUALITE**

##### **4.4.1 - Faiblesse liée à la redéfinition et l'opérationnalisation des Districts Sanitaires**

Les faibles performances constatées au niveau des DS trouvent en partie leur explication dans le fait que les niveaux central et intermédiaire du système de santé ne remplissent pas toujours leurs missions correctement. C'est le cas de tous les problèmes de définition de la cartographie sanitaire (l'actuelle ne prenant en compte que les critères d'ordre administratif), la difficulté de pouvoir établir les normes applicables pour chaque niveau du système de santé et l'accompagnement pas toujours approprié dont bénéficient les DS de la part du niveau intermédiaire.

Ainsi, un certain nombre de fonctions du niveau central relatives à la normalisation et qui conditionnent la réussite de l'action d'opérationnalisation des DS qui va être menée en périphérie, seront appuyées dans le cadre de cette proposition. C'est le cas par exemple de l'élaboration d'un certain nombre des documents normatifs dont la carte sanitaire actualisée, le plan de développement des ressources humaines pour la santé, les normes d'organisation et de fonctionnement de chaque niveau du système de santé, etc.

##### **4.4.2- Faiblesse liée à la réforme hospitalière**

En RCA, les structures hospitalières et les établissements spécialisés ont été identifiés comme des structures prioritaires pouvant concourir à l'amélioration de la santé des populations. La réforme hospitalière devrait concerner tout le système de soins depuis les hôpitaux de premiers recours jusqu'aux hôpitaux de référence.

L'objectif de la réforme hospitalière est de rendre ce secteur plus performant. La réforme a également pour objet de permettre à chaque acteur hospitalier de mieux situer ses droits, ses responsabilités vis-à-vis de l'institution et des malades.

L'hôpital tout en contribuant aux soins de santé primaires, doit être un lieu réservé aux malades les plus gravement atteints sur le plan clinique, ou qui sont dans une situation d'urgence.

L'hôpital serait alors un plateau technique spécialisé.

Les principaux problèmes liés aux implications institutionnelles du développement du secteur hospitalier et établissements spécialisés sont: l'absence de loi hospitalière ; l'absence de loi sur la recherche en santé ; l'absence de Convention Hospitalo-universitaire entre les hôpitaux et la Faculté des Sciences de la Santé ; la duplication des missions de certaines structures et l'absence de coordination de la recherche dans le secteur.

Les problèmes identifiés dans cette sous composante se résument à:

- l'absence de SAU dans les FOSA du pays;
- l'absence de plan hospitalier de prise en charge des urgences en cas de catastrophe ;
- l'absence de Service de Réanimation et de Soins intensifs ;

- un dysfonctionnement du système de référence et contre référence ;
- l'insuffisance de logistique conduisant souvent à un transport pré hospitalier précaire, non adapté ;
- l'absence d'unité mobile d'intervention rapide opérationnelle.

#### **4.4.3 - Faiblesses liées à la prise en charge des 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.

#### **4. 4. 4- Faiblesse liée à l'organisation et à la coordination de la recherche en santé**

Il n'existe pas de politique nationale ni de plan national de recherche. Néanmoins dans la plupart des régions avec l'appui de la Faculté des Sciences et de la Santé, des partenaires et des assistants techniques, plusieurs thèmes de recherche opérationnelle ont été exécutés mais tous les résultats n'ont pas été suffisamment diffusés et appliqués. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population vient de mettre en place avec l'appui de l'OMS, un réseau pour la promotion de politiques fondées sur des bases factuelles qui a pour tâches principales d'entreprendre les activités de lancement du projet-pilote, de concevoir et mettre en place les structures du réseau, y compris l'équipe de pilotage.

Les problèmes peuvent être résumés comme suit :

- l'insuffisance dans la mobilisation de fonds pour la recherche ;
- l'insuffisance de formation du personnel du niveau opérationnel et des hôpitaux à la méthodologie de la recherche ;
- l'insuffisance de coordination des activités de recherche, sur le plan sectoriel et intersectoriel.

#### **4.4- PROBLEMES LIES AU FINANCEMENT DE LA SANTE**

Les ressources allouées par l'Etat représentent environ 7 \$ us par habitant et par an en 2000, alors qu'il faudrait quatre fois plus pour assurer les soins de base à la population. Cette faible allocation est accompagnée d'un déséquilibre important dans la répartition des ressources entre la ville de Bangui et les régions. En effet, plus de la moitié des fonds alloués au secteur est absorbée à Bangui où vivent seulement 16,9% de la population. Alors que plus des  $\frac{3}{4}$  de la population du pays se trouvent en milieu rural. Toujours pour la même année, tous les districts sanitaires du pays ont reçu que 18 % des ressources du budget de fonctionnement hors salaire, ce qui ne leur permet pas de fonctionner correctement et d'assurer un service de qualité aux populations les plus pauvres.

Outre le déséquilibre d'allocation des ressources, on note de nombreuses entraves et manquements à une gestion saine des ressources communautaires qui devraient contribuer à faire fonctionner les formations sanitaires surtout au niveau primaire. Les populations bénéficiaires ne sont pas associées à la gestion de ces ressources et n'ont aucune emprise sur la destination des fonds en raison d'une mauvaise compréhension de leur rôle, de l'opacité du système. Les COGES qui devraient représenter la communauté au sein de FOSA et ainsi jouer le rôle d'interface sont en général plus impliqués dans la défense des intérêts des FOSA.

Quant à l'accessibilité financière, la dégradation des conditions socio-économiques du pays entraînant un faible pouvoir d'achat des ménages ne leur garantit pas 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.

Par ailleurs, la gestion du budget de l'Etat reste fortement centralisée. De plus, une partie des crédits budgétaires alloués au secteur de la santé ne sont pas mobilisés à cause des difficultés de trésorerie dues au faible niveau de recettes recouvrées. Par ailleurs, certains problèmes sont relatifs à :

- l'absence de budget destiné à l'alimentation des malades en provinces ;
- une Insuffisance des ressources par rapport aux besoins ;
- une insuffisance de mobilisation des ressources additionnelles ;
- la forte dépendance vis à vis du financement extérieur ;
- la difficulté à cerner le financement privé et communautaire ;
- la mauvaise gestion et détournement des fonds par les COGES;
- une absence de mécanismes alternatifs au financement des soins.

#### **4.5 - PROBLEMES LIES AUX MEDICAMENTS ET VACCINS**

Un des objectifs majeurs de la politique de santé et de population est d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels (y compris les ARV, les contraceptifs, les vaccins), les réactifs et les consommables médicaux en les rendant accessibles géographiquement et économiquement.

##### **4.5.1-Faiblesse liée aux 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 plan directeur, les activités pouvant améliorer le secteur n'ont jamais été mises en œuvre totalement.

La Direction des Services Pharmaceutiques des Laboratoires et de la Médecine traditionnelle qui est le point focal de la réglementation est dépourvue de moyens 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 de consensus sur la structure de prix adoptée et appliquée dans le pays.

###### **▪ Procédures d'acquisition**



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. En effet, les médicaments qui entrent en RCA sont soumis aux procédures d'homologation en vue d'obtenir une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

- Contrôle de qualité

Il n'existe pas de laboratoire de contrôle de qualité et aucun médicament mis sur le marché en RCA n'est soumis à un contrôle de qualité auprès des laboratoires sous-régionaux de référence.

- Distribution des MEG

Avant la création de l'UCM, l'unique centrale d'achat du pays, cette distribution n'était pas organisée. En effet, 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. Un effort est en train d'être fait par l'UCM dans ce sens. La création de l'UCM a permis au Département de la Santé de mettre en place les unités de vente en détail (UVD) dans les formations sanitaires publiques.

- Utilisation rationnelle

Les ordinogrammes rédigés et régulièrement révisés sont diffusés dans les FOSA, mais sont très peu utilisés. Les guides et les formulaires thérapeutiques sont en cours d'élaboration depuis 2006.

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 réglementés.

Autres problèmes liés à la gestion des médicaments

- Absence d'une Loi nationale réglementant le secteur pharmaceutique ;
- Insuffisance dans l'application des textes existants dans le sous secteur pharmaceutique ;
- Vente illicite des produits pharmaceutiques.

#### **4.5.2- Faiblesse liée à la médecine et pharmacopée traditionnelles**

L'exercice de la médecine traditionnelle a été autorisé par l'Ordonnance N° 85.025 du 16 Août 1985 portant reconnaissance légale de la pratique de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles en RCA. Au cours de la même année, le Décret N°85.250 du 16 Août 1985 portant création d'un comité national chargé de vulgariser, coordonner et développer la médecine et la pharmacopée traditionnelles a été pris en application de l'Ordonnance sus mentionnée. Les documents juridiques régissant la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont en cours d'adoption.

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 charlatans. La volonté politique de faire de ce sous-secteur l'une de ses priorités, s'est manifestée par la création au sein des différents organigrammes du Ministère de la Santé des structures administratives chargées de développer et de promouvoir la médecine traditionnelle. Cela a permis aux tradipraticiens de s'organiser en une association dénommée Fédération Nationale des Tradipraticiens de Centrafrique (FNTCA) 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).

## V. VISION ET AXES STRATEGIQUES

### 5.1 Vision

La stratégie des SSP/IB est un acquis irréversible de la politique de santé en RCA. Ainsi, conformément aux orientations inscrites dans le document du PNDS II, la vision du Gouvernement en matière de santé est que le secteur contribue à l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance des Centrafricains et à la qualité de leur vie, grâce à l'implication et la participation des communautés à la base y compris les femmes et les jeunes.

Le lien entre le fonctionnement du système de santé et l'amélioration de l'état de santé de la population est clair. Le processus de réforme du système de soins de santé amorcé par les autorités sanitaires centrafricaines se traduit essentiellement par des efforts visant au renforcement de l'efficacité et à l'égalité d'accès aux services essentiels de soins de santé de qualité.

### 5.2 - AXES STRATEGIQUES DU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé en RCA mérite une réorientation particulière pour que les axes dégagés dans le cadre du renforcement des systèmes de santé 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 adapté aux besoins de la population

Les principales orientations stratégiques visent l'amélioration des cinq fonctions du système de santé: il s'agit de :

- Renforcement de la fonction de pilotage du secteur de santé à tous les niveaux du système de santé notamment :
  - Le renforcement des capacités de planification, de gestion, de suivi/évaluation
  - L'Amélioration de la coordination administrative au sein du ministère de la santé ;
  - Le renforcement de la collaboration intra et intersectorielle
- Développement des ressources humaines pour la santé ;
- Réhabilitation/Construction/équipement des infrastructures de soins
- Mobilisation des ressources additionnelles et rationalisation du financement du secteur de la santé ;
- Accroissement de l'accès aux soins de qualité

#### V.2.1 - STRATÉGIES RELATIVES A L'AMELIORATION DE LA FONCTION DE PILOTAGE DU SECTEUR DE LA SANTE

Un accent sera mis sur l'amélioration du cadre de pilotage du système de santé notamment l'élaboration des normes et directives, le renforcement des capacités à tous les niveaux en matière de planification de supervision et de gestion de l'information, le renforcement de la coordination dans le secteur de la santé, la révision de la carte sanitaire, l'élaboration, l'adoption et la promulgation du Code de Santé Publique.

Par ailleurs, des réformes sont envisagées concernant la réorganisation de la plate forme hospitalo-universitaire, l'élaboration d'un projet de loi hospitalière, la révision de l'Arrêté 185/MSPP/CAB/SG/DGSP du 13 janvier 1994 portant définition des normes en infrastructures, équipements, ressources humaines et activités, la révision de l'Arrêté 186/MSPP/CAB/SG/DGSP du 14 janvier 1994 portant organisation et fonctionnement des hôpitaux publics en RCA, et l'élaboration d'un Arrêté portant création et exploitation des établissements privés de soins, la création d'une commission pluridisciplinaire chargée de l'étude de dossiers de ces structures, l'élaboration et la finalisation du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé, la révision et la mise en œuvre d'un adapté aux missions du ministère par

la description des profils des postes de responsabilités pour préciser quel type d'agent de santé peut occuper un poste de responsabilité donné.

L'Amélioration de la coordination administrative au sein du ministère de la santé par l'élaboration d'un document de procédures administratives pour formaliser le circuit de l'information afin de faciliter sa circulation aux différents niveaux du système de santé tels que les rapports de mission, de situation épidémiologique ... ;

Amélioration des capacités de communication du ministère :

La communication au sein du ministère et entre ce dernier et les partenaires extérieurs du développement et la société civile est insuffisante et a besoin d'être améliorée. Les activités à mener seront de :

- Rendre fonctionnelle la direction de la communication par un renforcement en personnel et en équipement technique. Cette direction est un relais indispensable entre les directions techniques et les organes de presse publique et privée ;
- Renforcer les organes de communication du ministère de la santé. Il existe déjà un certain nombre de publications comme le bulletin d'information sur les médicaments comme le Bulletin Epidémiologique et d'Information Sanitaire (BEIS). Un bulletin périodique d'information traitant de l'ensemble des questions de santé pourra informer le public sur les activités du ministère de la santé et servir aussi d'organe d'éducation en matière de santé et de liaison entre les personnels des différents niveaux du système de santé.
- Créer site un Internet du Département de la santé publique et de la population permettant non seulement de vulgariser les informations en matière de santé mais également de faire un plaidoyer en faveur des programmes prioritaires du Ministère en charge de la santé.

La redynamisation des cadres formels de concertation existants à tous les niveaux du système de santé.

Pour ce faire, il faudra veiller à la tenue régulière des réunions institutionnalisées et à la mise en oeuvre des résolutions et recommandations issues des différentes réunions et rencontres par des contrôles réguliers et des évaluations annuelles.

Révision et adoption d'un organigramme adapté

Le renforcement des mécanismes de coordination des interventions des partenaires au développement sanitaire

La procédure d'intervention des partenaires bilatéraux et multilatéraux devrait être codifiée par la mise en place d'une procédure d'intervention des ONG internationales oeuvrant dans le domaine de la santé en RCA confiée au Département de la santé. Or, la plus part de ses ONG sont gérées directement au niveau du Ministère du Plan. Ce qui pose un problème dans la coordination de leurs interventions.

Le MSPP se doit de renforcer la collaboration intra et intersectorielle. Dans le secteur, il sera question d'impliquer les privés surtout confessionnels à l'action sanitaire de l'Etat. Cela pourra se faire par la contractualisation, ce qui à terme va aider à accroître l'offre des services de santé de qualité à la population. Au niveau inter sectoriel, des actions seront entreprises en vue de promouvoir des comportements favorables à la santé. Il sera également question de renforcer la collaboration avec le Ministère de l'enseignement supérieur et universitaire qui forme le personnel de santé, les Ministères en charge du Plan et des Finances pour renforcer leur implication dans le processus de planification, d'allocation et de suivi budgétaire, le Ministère qui a en charge l'eau et l'assainissement, les communications, etc.

Pour avoir une coordination efficace des interventions extérieures, le ministère mènera aussi les activités suivantes :

- Elaborer, adopter et diffuser un document cadre portant conditions d'intervention des ONG et associations dans le secteur de la santé ;

- Elaborer, adopter, diffuser et mettre en application un document cadre, en collaboration avec le Ministère du Plan, portant conditions d'intervention des ONG, associations dans le secteur de la santé ;
- constituer et mettre à jour régulièrement un répertoire de tous les intervenants dans le secteur de la santé ;
- constituer une banque de données sur les protocoles /conventions et les programmes /projets dans le secteur de la santé ;
- mettre en place un cadre de coordination entre le ministère de la de la santé et les partenaires ainsi que des cadres de suivi /évaluation des interventions des partenaires. Cette activité nécessitera l'identification et l'évaluation du fonctionnement des cadres existants et l'étude de l'opportunité de la création d'autres cadres ;
- créer des réseaux d'échanges d'informations dans lequel le courrier électronique pourra jouer un rôle important.

- Développement de la recherche en santé

Malgré un léger progrès dans ce domaine, on note des insuffisances notables portant sur les mécanismes de coordination, de suivi et évaluation, la diffusion et l'utilisation des résultats, le renforcement des capacités.

Les activités de développement de la recherche en santé consisteront à :

- Elaborer, adopter, diffuser et mettre en application les textes relatifs aux activités de recherche au sein du ministère de la santé (Comité d'Ethique, structure de gestion) ;
- élaborer, adopter, diffuser et mettre en application le Code d'Ethique de la recherche en santé ;
- former une masse critique de personnel de santé en méthodologie de la recherche ;
- assurer la diffusion et l'utilisation des résultats disponibles de la recherche en santé ;
- dynamiser les cadres de concertation existants dans le domaine de la recherche en santé ;
- créer un fonds d'appui à la recherche ;
- suivre et évaluer les activités de recherche.

## **5.2.2 - STRATÉGIES RELATIVES AU DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ**

Des efforts doivent être déployés par le Ministère de la santé Publique et de la Population avec l'appui des partenaires dans la formation continue du personnel de santé, des comités de gestion et des agents de santé communautaire afin d'arriver à une qualité de soins de santé appréciable techniquement par les responsables sanitaires et acceptable par la population.

Cet axe est destiné à améliorer les compétences techniques et relationnelles de l'ensemble du personnel de santé y compris celles de l'Equipe Cadre. Il valorise les ressources humaines sur le plan technique et social et les replace ainsi au centre du développement du système de santé. Pour permettre aux régions rurales les plus pauvres et ou reculées de bénéficier des services socio sanitaires de qualité, le gouvernement s'engage à redéployer le personnel sanitaire et le répartir de façon équitable vers l'intérieur du pays.

Un accent particulier sera aussi mis sur la nécessité de renforcer les effectifs dans certaines catégories professionnelles. Par ailleurs, les besoins en personnels de santé 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 d'où nécessité de mobilisation et déploiement des ressources humaines en faveur des régions/préfectures défavorisées dues aux facteurs exogènes à la santé, la correction des déséquilibres régionales en personnel notamment les sages femmes, le recrutement et contractualisation avec le personnel de santé en chômage dans le pays, la mise en place d'un système incitatif pour le personnel en milieu rural.)

Parmi les actions que l'on peut inclure dans cet axe, on peut citer aussi : (la formation initiale du personnel qualifié, la formation continue de l'équipe cadre des régions et districts de santé et celle des équipes polyvalentes des structures de santé, la formation du personnel de santé lors des supervisions formatives. des stages de formation dans les districts de santé qui ont un bon niveau de performance (district de santé de démonstration peuvent être des alternatives intéressantes aux séminaires de formation). Le développement d'un plan de carrière basé sur des approches incitatives et la motivation des RHS.

En matière de compétence, les agents de santé seront formés pour la prise en charge intégrée des différents problèmes de santé caractéristiques de la population.

La formation des cadres nommés aux postes de responsabilités dans le cadre de leur attribution.

#### Le développement de l'approche contractuelle

L'approche contractuelle, un des outils de mise en oeuvre de politique de santé, a déjà fait l'objet de réflexions par le département de la santé. De plus, des expériences concluantes existent sur le terrain. Il importe donc de promouvoir l'approche contractuelle par la réalisation des activités suivantes : l'élaboration d'une stratégie nationale en la matière ; l'élaboration et l'adoption d'un canevas de contrat entre le ministère de la santé et les intervenants; le suivi et l'évaluation de l'utilisation de l'outil de l'approche contractuelle. La création d'une plate forme avec le privé pour le recrutement et la contractualisation avec le personnel de santé en chômage dans le pays.

#### La rationalisation de l'utilisation des compétences disponibles

La description des postes et des profils de postes permettra d'utiliser judicieusement les compétences disponibles. Il faudra :

- décrire les postes et les profils liés aux emplois ;
- constituer une banque de données sur les compétences disponibles ;
- élaborer des critères de nomination aux postes de responsabilité sur la base des compétences ;
- Finaliser et mettre en oeuvre le plan de développement des ressources humaines en santé.
- assurer la stabilité des agents aux postes

### **5.2.3 - STRATÉGIES RELATIVES A LA REHABILITATION ET EQUIPEMENT DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES**

Le développement des infrastructures sanitaires concerne également les infrastructures administratives (directions centrales, les hôpitaux centraux, DRS et districts). La création des directions centrales ne s'est pas toujours accompagnée de construction des locaux. De même, certaines DRS présentent des bureaux vétustes et/ou non adaptés. A tous les niveaux du système, les infrastructures construites ont surtout intéressé jusque-là les structures de soins, alors que les bâtiments administratifs, les logements, les moyens roulants et de communication sont aussi importants pour l'accomplissement des missions des équipes de santé.

Pour permettre l'accès du plus grand nombre de la population aux services de santé et aux soins de qualité, les activités suivantes sont prévues au cours de la période du plan stratégique :

Au niveau central : Il s'agit de remettre à niveau les bâtiments administratifs et les établissements de soins et de diagnostics ;

Au niveau régional et périphérique : Il faut construire et réhabiliter les DRS, les DS et les FOSA en fonction des normes.

Application des normes en équipements techniques à tous les niveaux de soins

L'équipement de la formation sanitaire présente des insuffisances multiformes ainsi que de nombreuses disproportions au niveau de toutes les FOSA, il s'agira :

- D'élaborer, de valider, de diffuser les normes et standards en matière de construction et d'équipement des structures de soins à tous les niveaux ;
- D'impliquer les techniciens au choix adéquat des matériels lors de l'équipement des formations sanitaires ;
- D'équiper les infrastructures sanitaires selon les normes requises ;
- De réactualiser périodiquement les normes.
- mettre en place un système durable de gestion de déchets biomédicaux en général et des déchets d'injection en particulier au niveau toutes les structures de soins.

#### Maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements

Les infrastructures sanitaires et les équipements médicaux ont fait l'objet jusque-là de peu d'attention en matière de maintenance. De ce fait, il s'avère nécessaire pour la bonne fonctionnalité des services de santé, de :

- définir une stratégie de maintenance des infrastructures et des équipements ;
- Elaborer, adopter et mettre en application un plan de maintenance des infrastructures et des équipements ;
- Former localement les utilisateurs à l'entretien des infrastructures et des équipements ;
- assurer les maintenances préventive et curative des infrastructures et des équipements par des équipes techniques ;
- instituer des prévisions d'amortissement des infrastructures et des équipements au niveau des structures autonomes ;
- déterminer et diffuser annuellement les coûts réels de maintenance par structure ;
- suivre la planification et l'application des normes en matière d'infrastructures et d'équipements.

### **5.2.4 - MOBILISATION DES RESSOURCES ADDITIONNELLES ET LA RATIONNALISATION DE FINANCEMENT DU SECTEUR**

#### 1. Mobilisation des ressources additionnelles en faveur de la santé

Un des principaux problèmes auquel est confronté le secteur de la santé est l'insuffisance de ressources financières. Il s'agira de mobiliser davantage de ressources dans une perspective d'amélioration de la santé des populations. Pour ce faire, les actions suivantes seront poursuivies dans le cadre de la mise en oeuvre du Renforcement des systèmes de santé. (i) Faire un plaidoyer en faveur du financement du secteur de la santé sur ressources internes, (ii) l'augmentation de la part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat et l'assouplissement des procédures de décaissement (iii) le renforcement du partenariat.

Il s'agira de mener un plaidoyer en vue de mobiliser des ressources supplémentaires auprès des partenaires et opérateurs économiques privés (nationaux et extérieurs) pour venir en appui à l'effort national.

#### 2. Rationalisation du financement du secteur

En dépit de l'insuffisance des ressources mobilisées en faveur du secteur de la santé, la gestion de celles-ci n'est pas toujours rationnelle. Pour améliorer cette situation, les activités suivantes seront développées :

- L'élaboration, l'adoption et la mise en application d'un manuel de procédures commune à tous les partenaires pour la gestion des ressources ;

- L'élaboration, l'adoption et la mise en application d'un guide d'utilisation du manuel de procédures de gestion ;
- La définition des critères d'allocations des ressources financières ;
- L'utilisation de façon efficiente les ressources générées par les formations sanitaires ;
- La décentralisation effective des ressources du secteur,
- La mise en place des mécanismes innovateurs notamment la création des mutuelles de santé, la contractualisation, etc.).
- L'application effective à tous les niveaux, des textes relatifs à la répression des malversations financières
- Respecter les règles et de procédures nationales des marchés ;
- Faire un plaidoyer pour accélérer l'harmonisation des procédures d'appui des partenaires en cours ;
- Rapprocher le niveau d'exécution budgétaire de la prévision ;
- élaborer d'un guide d'utilisation du manuel de procédures de gestion ;
- définir des critères d'allocations des ressources financières ;
- L'utilisation de façon efficiente les ressources générées par les formations sanitaires ;
- La décentralisation effective des ressources du secteur,
- La mise en place des mécanismes innovateurs notamment la création des mutuelles de santé, la contractualisation, etc.).

### 3- Les stratégies basées sur l'approche contractuelle avec plusieurs modèles

L'approche basée sur l'achat de performance.

Elle s'articule autour des notions suivantes :

- Le changement d'une approche centralisée et de type « input » par une approche décentralisée basée sur « une subvention de la performance » accordée aux structures de santé périphériques éligibles et aux districts sanitaires performants.
- La bonne gouvernance grâce à une séparation nette de fonctions de régulation, d'exécution et de contrôle
- La mise en place des mécanismes d'équité prenant en considération le contexte socio économique et géographique local
- La définition des résultats attendus (outputs) en qualité et en quantité des prestations
- La synergie avec des interventions communautaires
- Développement de la recherche opérationnelle et des actions innovatrices

### 4 - La mise en place de Fonds de Décentralisation

Au niveau décentralisé il sera développé une approche par la mise en place d'un fond qui sera alimenté à la fois par l'Etat et les Partenaires au développement. Ces fonds sont destinés à soutenir des initiatives et des projets au niveau périphérique et communautaire. Des textes régissant la mise en place, l'allocation et l'utilisation du fond de Décentralisation seront élaborés.

#### **5.2.5 - STRATEGIES LIEES A L'ACCROISSEMENT DE L'ACCES AUX SOINS DE QUALITE**

**1 - La redéfinition et l'opérationnalisation du District Sanitaire** prendront en compte la définition de nouvelles limites des Districts Sanitaires pour les rendre plus opérationnels. Ce découpage du district en aires de santé<sup>1</sup> (regroupement de 7 à 15 villages) se fera sur la base de critères comme :

- l'accessibilité géographique (distance, barrière naturelle),
- l'importance de la population (au moins 5000 habitants),

- les relations entre les villages (affinités, rivalités, coutumes),
- l'existence d'une structure administrative
- la capacité organisationnelle présumée de la communauté.

L'extension de la couverture sanitaire, la formation des ECD dans la gestion des SSP, etc.)

Le renforcement des capacités opérationnelles des districts se fera également par l'allocation des ressources nécessaires au fonctionnement des districts ; la mise en place/redynamisation des structures de gestion du district (CS, PS, COGES), la formation des médecins de district en gestion et en technique chirurgicale de base, ainsi que celle des autres membres des ECD en gestion de district; le renforcement des infrastructures sanitaires des districts.

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 à rendre fonctionnel; le système de référence et de contre référence pour minimiser le coût des prestations offertes à la population

## 2. La réforme hospitalière

Les actions proposées pour satisfaire les attentes des usagers sont:

Le renforcement de statut juridique des hôpitaux par l'élaboration et la mise en application du statut des hôpitaux, la mise en place d'un système de financement adapté pour les usagers par un système de mutuelle, de caisse d'assurance ou autres modalités de paiement, la dotation en subvention liée à la performance des Centres Hospitaliers selon les critères définis, la mise en place un système de management responsable par l'institution d'un système d'audit, de suivi et d'évaluation au niveau des hôpitaux.

## 3 -Développement du système de référence et de contre référence

La prise en charge des cas référés constitue l'une des missions essentielles de l'hôpital. La réalité démontre que les hôpitaux ont du mal à accomplir cette mission pour des raisons diverses telles que le dysfonctionnement du système de référence à tous les niveaux, la faible capacité d'accueil des services des urgences, l'afflux de cas non référés, l'insuffisance de ressources humaines.

Les actions dans ce domaine porteront sur l'adoption de la carte hospitalière, l'élaboration de normes et procédures en matière d'évacuation conformément à la loi hospitalière, la mise en place de l'Unité Mobile d'Intervention Rapide dans les hôpitaux, le développement des réseaux de communication, la signature des conventions avec les Compagnies de transport internes et les hôpitaux, l'intégration effective entre l'ECD et l'équipe de la formation sanitaire de référence.

## 4 - Amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels de qualité des consommables et réactifs:

Pour améliorer cette disponibilité, il est prévu de promouvoir l'application du droit de substitution des spécialités par des génériques de mener une réflexion sur les mesures incitatives pour la distribution et la dispensation des MEG par le secteur privé de sensibiliser les opérateurs économiques à investir dans le secteur de la production locale des médicaments les consommables et les réactifs; d'exonérer les médicaments des taxes douanières, de renforcer la capacité de l'UCM à maintenir l'approvisionnement et la disponibilité et la distribution rationnelle des médicaments en l'équipant d'une logistique appropriée. De superviser l'approvisionnement et la distribution des MEG dans les districts sanitaires afin d'éviter les ruptures de stock et de faire respecter les marges bénéficiaires et évaluer annuellement l'approvisionnement et la distribution des médicaments.

## 5 – Mise en place d'un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments de niveau 1

Pour ce faire, il faudra construire un bâtiment devant abriter le laboratoire, former les Pharmaciens



dans le domaine du contrôle de qualité, de fournir les équipements, les réactifs et les produits de référence nécessaires au fonctionnement effectif des laboratoires.

6 - Le développement des services à base communautaire : Le développement des services à base communautaire selon les axes d'intervention ci-dessous cités contribuera à l'accroissement de la couverture sanitaire par la mobilisation sociale par l'élaboration d'une stratégie nationale de mobilisation sociale en collaboration avec les secteurs connexes ; l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan de communication.

La promotion des activités à base communautaire : Plusieurs programmes de santé intègrent dans leurs stratégies, des activités à base communautaire. Il s'avère de ce fait indispensable d'assurer la formation et l'encadrement des agents impliqués dans la mise en oeuvre de certains programmes ; l'appui technique et financier aux initiatives communautaires visant à promouvoir les activités de santé ; la formation des membres des COGES pour veiller à la gestion des activités des formations sanitaires.

#### La prise en charge des urgences épidémiologiques et les catastrophes

L'importance du secteur de la santé est manifestée lorsque des catastrophes naturelles et les urgences épidémiologiques telles que les inondations, les tremblements de terre, la sécheresse, les épidémies, ou les guerres frappent une communauté. Après la catastrophe ou les urgences, plusieurs heures, voire des jours, peuvent s'écouler avant l'arrivée des secours extérieurs, alors que plusieurs vies humaines sont souvent menacées sans une disposition adéquate préalablement établie.

Or, ces risques peuvent être réduits lorsque les services de santé publique mettent en place, en étroite collaboration avec les municipalités, un système conçu pour réduire les risques de contamination de l'eau, de propagation de maladies transmises par l'eau et les insectes et assurer l'évacuation des déchets solides dans le cadre de la planification systématique de la préparation aux situations d'urgence.

A cet effet, les actions suivantes seront poursuivies pour renforcer la capacité du comité technique de gestion des urgences et catastrophes, rendre disponibles des kits d'urgence, former les agents de santé et la communauté sur la prise en charge des urgences, apporter un appui alimentaire aux victimes des catastrophes naturelles, faire un approvisionnement en eau de boisson aux victimes des catastrophes naturelles, assurer le logement des victimes des catastrophes naturelles, promouvoir le bien être de la population sinistrée, réhabiliter la vie normale des victimes des catastrophes naturelles, assurer une prise en charge correcte des cas des urgences épidémiologiques.

#### La Prise en charge des indigents et des groupes vulnérables (enfant et femmes enceintes, populations déplacées)

Cette catégorie de la population devrait bénéficier de la gratuité de la prise en charge sanitaire conformément aux dispositions du Décret N° 94.336 du 5 septembre 1994 portant tarification des établissements Publics de santé en République Centrafricaine et de l'arrêté 245/.....portant. Mais les conditions de cette prise en charge ne sont pas définies et le texte n'a jamais été appliqué. Ce qui pose un problème d'équité pourtant combattu par le Département de la Santé dans la prise en charge de cette catégorie de Centrafricains. Il s'agira de :

- Déterminer les critères auxquels devront répondre tous ceux qui peuvent bénéficier d'un certificat d'indigence en collaboration avec les Municipalités ;
- Définir les conditions de prise en charge de l'indigent ;
- Mettre en oeuvre les mécanismes de prise en charge des indigents.
- Définir les conditions de prise en charge des femmes enceintes et allaitantes, des enfants de moins de 5 ans, des populations déplacées

7 - Le renforcement de la collaboration entre le MSPP, les associations de tradipraticiens et les structures sanitaires privées : Une grande partie de la population a recours aux tradipraticiens pour ses besoins de santé. Pour une meilleure qualité de l'offre de soins, il importe de renforcer la collaboration avec les tradipraticiens par la réalisation des lignes d'action prioritaires suivantes : La mise en place un cadre de collaboration entre secteur sanitaire public et secteur sanitaire traditionnel ; l'apport d'un appui technique et financier à l'organisation des associations locales de tradipraticiens à tous les niveaux ; la formation des tradipraticiens à l'amélioration de la qualité de leurs prestations et les normes de leur exercices; l'appui à la validation scientifique des remèdes traditionnels ; l'élaboration d'une stratégie nationale de promotion de la Médecine et Pharmacopée Traditionnelles ; l'élaboration, l'adoption, la diffusion et la mise en application des normes relatives au secteur sanitaire privé : il s'agit aussi bien des normes d'implantation des structures que de celles relatives aux activités, à la qualification du personnel et à l'équipement par catégorie de structures ; la définition des mécanismes et les outils de suivi / évaluation des activités des secteurs sanitaires surtout privé et traditionnel.

## **6 - MECANISME DE SUIVI/ EVALUATION**

**6.1 - Il s'agit de consolider le Système National d'Information Sanitaire (SNIS)** par la formation des agents tant publics que privés en technique de collecte et de traitement des données, leur dotation en équipement adéquat et la mise en place d'un réseau d'acheminement des données. En plus de la collecte des données, la Direction des Etude et de la Planification, la Cellule Statistique basée au Ministère de la Santé Publique et de la Population, les Responsables de suivi du PNDS II travailleront en collaboration avec les Directions pour choisir, affiner et intégrer les indicateurs sanitaires de suivi du Renforcement des systèmes de santé. Le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Population mobilisera des ressources pour l'organisation des opérations d'enquêtes auprès des bénéficiaires des services de santé en vue de recueillir leurs opinions sur la qualité des services offerte.

### **6.2 - Renforcement de la surveillance épidémiologique intégrée**

- former les agents de santé à la surveillance épidémiologique active et passive des maladies d'intérêt en santé publique ;
- équiper les formations sanitaires en moyens de communication ;
- former les agents des services à base communautaire à la surveillance épidémiologique.

**6.3 - Les principaux indicateurs de résultats** de suivi du document stratégique de renforcement des systèmes de santé sont :

- Les indicateurs de processus sont : (iii) le taux d'utilisation de services des soins; Taux de césarienne ; le pourcentage des Fosa réhabilitées, la proportion des districts opérationnels, pourcentage du personnel formé etc.
- les indicateurs intermédiaires ; (i) le taux de mortalité infanto-juvénile, (ii) le taux de mortalité infantile, (iii) le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes.
- l'indicateur d'impact en matière de santé est : le taux de mortalité générale de la population centrafricaine et l'espérance de vie à la naissance.

### **6.2- Les organes de suivi**

a) Le comité de suivi est présidé par le ministre de la santé. Il est composé des représentants :

- du Ministère de la Santé,
- des départements ministériels connexes,
- des partenaires au développement sanitaire.

Il est chargé de :

- adopter les différents plans annuels et triennaux ;
- arbitrer les allocations des ressources ;
- apprécier les rapports d'étape du comité de pilotage (rapports techniques et financiers) ;
- donner des directives au comité de pilotage ;
- valider les résultats des évaluations internes et externes.

Le comité de suivi se réunit une fois tous les six mois.

➤ **Au niveau intermédiaire** : Le niveau intermédiaire par l'entremise des DRS assure :

- L'appui technique nécessaire aux districts dans l'élaboration des plans annuels et le suivi de leur mise en oeuvre ;
- L'élaboration du plan d'action de la DRS ;
- L'organisation des rencontres de suivi de l'exécution des plans ;
- L'évaluation des plans d'actions.

➤ **Au niveau périphérique** : Les ECD sont responsables de :

- L'élaboration des plans annuels des districts en prenant en compte les micro- plans des CS/PS élaborés avec les COGES ;
- L'organisation des ateliers d'adoption des plans par les CS ;
- La mise en oeuvre et le suivi des plans annuels ;
- L'élaboration de rapports trimestriels d'étape.

## **b) - Evaluation**

L'évaluation du plan stratégique de Renforcement des systèmes de santé se fera par :

### **➤ Les évaluations en cours d'exécution**

Les évaluations en cours d'exécution seront annuelles pour les plans annuels et triennaux à la fin de chaque tranche triennale.

Les évaluations annuelles seront internes et se feront sur la base de l'exploitation des rapports suivants :

- Rapports d'exécution des plans des directions et des districts sanitaires ;
- Rapports de supervision périodique de chaque échelon par l'échelon immédiatement supérieur ;
- Audits des activités sanitaires ;
- Audits financiers et comptables.
- Les monitorages
- Les revues des programmes
- Les revues du secteur de la santé.

Les évaluations triennales seront internes et externes et se feront non seulement par l'exploitation des éléments ci-dessus cités, mais également par des enquêtes. Les indicateurs retenus sont entre autres :

- Des indicateurs de résultats en rapport avec les interventions programmées : taux de réalisation des intrants et des extrants ;

- Des indicateurs de couverture en rapport avec les programmes prioritaires tels que la santé de la reproduction et le contrôle des endémo épidémies : taux de couverture vaccinale, taux d'incidence et de prévalence des endémo épidémies etc.

**L'évaluation finale** L'évaluation finale sera externe, avec la participation des partenaires au développement. Elle se fera par des enquêtes quantitative et qualitative.

**c) L'enquête quantitative** s'intéressera aux résultats, à la couverture et à l'impact des actions programmées. Les indicateurs de résultats et de couverture sont les mêmes que ceux retenus pour les évaluations triennales. Quant aux indicateurs d'impact, ils sont en rapport avec la morbidité et la mortalité.

**d) L'enquête qualitative** permettra d'avoir l'appréciation des services de santé par les bénéficiaires, notamment, leur niveau de satisfaction par rapport à la qualité des soins (accueil, accessibilité financière aux services, prise en charge des indigents...). Cette appréciation sera comparée aux résultats de l'étude sur l'appréciation par les bénéficiaires des interventions de santé en RCA, réalisée avant la mise en oeuvre du Document stratégique de renforcement des systèmes de santé.

## **8 - COUT DE LA STRATEGIE :**

Le coût des interventions à financer au cours de la mise en œuvre de cette stratégie est estimé à 7 \$US par habitant et par an. Ce montant doit évoluer progressivement pour atteindre 34 \$ US par habitant et par an nécessaires pour l'atteinte des OMD.

# **NOMBRE DE MEDECINS POUR 100000 HABITANTS PAR PREFECTURE SANITAIRE, 2006**

