

MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA POPULATION  
\*.\*\_\*\*\_\*\*\_\*



REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
Unité – Dignité – Travail  
\*.\*\_\*\*\_\*\*\_\*

# PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS III) 2022-2026



## PREFACE

La constitution de la République Centrafricaine stipule en son article 8 que l'état a le devoir de veiller à la santé de la population. A cet effet, il lui garantit le droit à la santé qui constitue depuis lors un enjeu majeur pour le développement de notre société.



Pour rendre effectif cet engagement constitutionnel, le gouvernement a adopté une politique de santé (PNS), qui couvre la période 2019-2030 et qui vise à **"Faire de la RCA un pays où l'accès au service de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales avec la pleine participation de la population dans le cadre de la couverture santé universel"**.

Je me réjouis de ce que ce plan est conforme à ma vision de faire de la santé un investissement et non une dépense et de ce que l'élaboration de ce dernier a suivi un processus participatif et inclusif impliquant tous les secteurs de développement, les institutions de la République, les partenaires multi et bilatéraux, les ONG nationales et internationales, l'Université de Bangui, les instituts de formation, les organisations de la société civile et les représentants des communautés de base. Cette démarche méthodologique, consacre le caractère multisectoriel et transversal de la santé.

Je note avec grande satisfaction que le PNDS III est parfaitement aligné sur les principaux instruments cadres programmatiques internationaux et nationaux, en l'occurrence:

- les Objectifs de Développement Durable(ODD), en particulier l'ODD3, "Santé et Bien-être"
- le treizième programme global de travail de l'organisation Mondiale de la Santé
- les dix domaines d'impulsion présidentielle pour l'accélération vers la couverture sanitaire universelle et pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle et infantile
- les recommandations de l'examen de santé et de préparation aux urgences (UHPR) et le règlement sanitaire international.

Dans un contexte international marqué par la pandémie à Covi19, ainsi que l'émergence de menaces diverses et variées mettant en péril la sécurité sanitaire mondiale, la construction d'un système de santé robuste, résilient et moderne est devenue un impératif pour toutes les nations du monde. A cet égard, je salue le caractère innovant et ambitieux du PNDS III, qui en fait à la

Je félicite le Ministère de la Santé et de la Population, tous les départements ministériels, les partenaires techniques et financiers ainsi que ceux qui de près ou de loin ont contribué à la production de cet excellent outil.

Certes, au regard du budget, le principal défi à relever sera celui de la mobilisation des ressources nécessaires à la mise œuvre de plan. Mais je sais que je peux compter sur les appuis multiformes des partenaires techniques et financiers ainsi que des amis de la République Centrafricaine.

A cet effet, j'exhorte tous les acteurs de santé en République Centrafricaine à s'appropriier et à s'aligner sur le PNDS III et, de concert, en assurer la mise œuvre afin de permettre au peuple centrafricain de réaliser les Objectifs de Développement Durables à l'horizon 2030.

The image shows the official seal of the President of the Central African Republic, which is circular and contains the national coat of arms. The text 'République Centrafricaine' is written around the top inner edge, and 'Le Président' is at the bottom. Overlaid on the seal is a large, stylized handwritten signature in blue ink.

**Pr Faustin Archange TOADERA**  
Président de la République Centrafricaine, Chef de l'Etat

## REMERCIEMENTS

Ce présent PNDS III 2022-2026 est la résultante d'un long processus participatif et inclusif qui a bénéficié des contributions des experts des organes et institutions divers tant étatiques, privées, des partenaires techniques financiers ainsi que la population représentée par la société civile.

Ce document sera le parfait instrument de mise en œuvre de la vision de **Son Excellence, le Professeur Faustin Archange TOUADERA**, traduit par

les dix domaines d'impulsion pour l'accessibilité à la santé universelle pour le peuple Centrafricain.



Les objectifs que s'est fixé ce PNDS III engagent l'implication de tout un chacun pour leurs atteintes afin d'améliorer l'état de santé de la population centrafricaine.

Nous voudrions saisir cette occasion pour remercier tous les Experts dont les apports, tout le long de ce processus d'élaboration de ce document, ont été très déterminants à son aboutissement.

Nous remercions aussi vivement nos Partenaires Techniques et Financiers (OMS, Unicef, UNFPA, Union Européenne, la Banque Mondiale, GAVI et les ONGs internationales) dont l'expertise et l'appui financier nous ont permis de concevoir, consolider et de guider ce plan.

Enfin, merci à la population centrafricaine pour sa forte implication à travers les différentes organisations de la Société Civile et de leur engagement à porter ce plan durant sa période de mise en œuvre pour sa réussite.

Seuls l'adhésion, l'alignement et l'appropriation de tous seront la clé du succès de PNDS III 2022-2026.

Le Ministre de la Santé et de la Population

**Dr Pierre SOMSE**

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES**

<b>AFRAHIV</b>	Alliance Francophone des Acteurs de santé contre le VIH et les infections virales chronique ou émergentes
<b>ANRAC</b>	Association Nationale de Rééducation et d'Appareillage de Centrafrique
<b>APPR-RCA</b>	Accord Politique de Paix et de Réconciliation en République Centrafricaine
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>ATPC</b>	Assainissement Total Piloté par la Communauté
<b>ATR</b>	Accidents de Trafic Routier
<b>BGE</b>	Budget Général de l'Etat
<b>BM</b>	Banque Mondiale
<b>CARMMA</b>	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et en Afrique
<b>CDSSP</b>	Comités des Districts des Soins de Santé Primaires
<b>CDMT</b>	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
<b>CEM</b>	Cadre d'Engagement Mutuel
<b>CEMAC</b>	Communauté Economique et Monétaire en Afrique Centrale
<b>CICR</b>	Comité International de la Croix-Rouge
<b>CNS</b>	Comptes Nationaux de Santé
<b>CNSP</b>	Conseil National de Santé Publique
<b>COUSP</b>	Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
<b>CPN</b>	Consultation Périnatale
<b>CPoN</b>	Consultation Post Natale
<b>CRSSP</b>	Comités Régionaux des Soins de Santé Primaires
<b>CS</b>	Centres de Santé
<b>CSU</b>	Couverture Santé Universelle
<b>DDT</b>	Dichloro Diphényl Ttrichloroéthane
<b>DHIS</b>	District Health Information System
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DS</b>	District Sanitaire
<b>ECD</b>	Equipe Cadre de District
<b>ECR</b>	Equipe Cadre de Région
<b>FBP</b>	Financement Basé sur la Performance
<b>FCFA</b>	Franc de la Communauté Française d'Afrique
<b>FMI</b>	Fonds Monétaire International

<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>GAVI</b>	Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation
<b>GPEC</b>	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
<b>HD</b>	Hôpital de District
<b>HS</b>	Hôpital Secondaire
<b>HTA</b>	Hypertension Artérielle
<b>ICASEES</b>	Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales
<b>IDH</b>	Indice du Développement Humain
<b>IHP+</b>	Partenariat International en Santé et autres initiatives apparentées
<b>IPG</b>	Insuffisance Pondérale Globale
<b>IRA</b>	Infections Respiratoires Aigües
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>LACEVET</b>	Laboratoire Central Vétérinaire
<b>MAG</b>	Malnutrition Aiguë Globale
<b>MAS</b>	Malnutrition Aiguë Sévère
<b>MC</b>	Malnutrition Chronique
<b>MICS</b>	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
<b>MILD</b>	Moustiquaires Imprégnées de Longue Durée
<b>MNT</b>	Maladies Non Transmissibles
<b>MTN</b>	Maladies Tropicales Négligées
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé et de la Population
<b>N.V.</b>	Naissances Vivantes
<b>NTIC</b>	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
<b>OAC</b>	Organisations à Assise Communautaire
<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ORL</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
<b>OUA</b>	Organisation de l'Union Africaine
<b>PAM</b>	Programme Alimentaire Mondial
<b>PAO</b>	Plans d'Actions Opérationnels
<b>PAP</b>	Projets Annuels de Performance
<b>PCA</b>	Paquet Complémentaire d'Activités
<b>PCIMA</b>	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
<b>PCIME</b>	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
<b>PCIMNE</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
<b>PDDS</b>	Plan de Développement du District Sanitaire
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination

<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PISS</b>	Plan Intérimaire du secteur Santé
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>POD</b>	Plan Opérationnel de District
<b>PRDS</b>	Plan Régional de Développement Sanitaire
<b>PS</b>	Postes de Santé
<b>PSL</b>	Produits Sanguins Labiles
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National
<b>PTA</b>	Plan de Travail Annuel
<b>PTF</b>	Partenaires Technique et Financiers
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
<b>PTSS</b>	Plan de Transition du Secteur Santé
<b>RAP</b>	Rapport annuel de performance
<b>RCA</b>	République Centrafricaine
<b>RCPCA</b>	Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique
<b>RGPH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RHS</b>	Ressources Humaines en Santé
<b>RS</b>	Région Sanitaire
<b>RSI</b>	Règlement Sanitaire International
<b>SCC</b>	Solde du Compte Courant
<b>SIMR</b>	Surveillance épidémiologique Intégrée de Maladie et de Riposte
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SONU</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>SRMNEA</b>	Santé de Reproduction de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires
<b>TAR</b>	Traitement antirétroviraux
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>THA</b>	Trypanosomiase Humaine Africaine
<b>TIC</b>	Technologies de l'Information et de la Communication
<b>TMN</b>	Tétanos Maternel et Néonatal
<b>TPIg</b>	Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte
<b>TPIIn</b>	Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson (TPIIn)
<b>UHPR</b>	Examen universel de l'état de préparation

<b>UNDAF</b>	Plan Cadre d'Assistance du Système des Nations Unies
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VBG</b>	Violences Basées sur le Genre
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>VS</b>	Violence sexuelle
<b>ZLECAF</b>	Zone de Libre-échange Continentale Africaine

## **SOMMAIRE**

<b>PREFACE</b> .....	2
----------------------	---



<b>REMERCIEMENTS</b> .....	4
<b>LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES</b> .....	5
<b>SOMMAIRE</b> .....	8
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	12
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	12
<b>LISTE DES CARTES</b> .....	12
<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	12
<b>RESUME EXECUTIF</b> .....	13
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	17
<b>PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE GENERAL DU PAYS</b> .....	20
<b>1. CONTEXTE GENERAL DU PAYS</b> .....	21
<b>1.1. Contexte géographique</b> .....	21
<b>2.1. Contexte démographique</b> .....	22
<b>2.2. Situation socio-économique</b> .....	23
<b>2.3. Situation socio-politique et sécuritaire</b> .....	24
<b>2.4. Organisation administrative de la RCA</b> .....	26
<b>DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE</b> .....	27
<b>3. Présentation du système de santé</b> .....	28
<b>2.1 Organisation du système de santé</b> .....	28
<b>2.2 Mission et organisation du MSP</b> .....	28
<b>2.2.1 Du Cabinet et des services rattachés au Cabinet</b> .....	29
<b>2.2.2 Des Directions techniques Centrales</b> .....	29
<b>2.2.3 Des Etablissements sous tutelle</b> .....	29
<b>2.2.4 Des Structures déconcentrées et décentralisées</b> .....	30
<b>2.2.5 Des Etablissements centraux de diagnostic, de soins, de formation et de recherche</b> .....	30
<b>2.2.6 Des Etablissements déconcentrés de diagnostic, de soins, de formation et recherche opérationnelle</b> .....	30
<b>TROISIEME PARTIE : DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE LA SANTE</b> .....	31
<b>3. Diagnostic du secteur de la santé</b> .....	32
<b>3.1 Etat de santé de la population</b> .....	32
<b>3.1.1. Mortalité générale et espérance de vie à la naissance</b> .....	32
<b>3.1.2. Morbidités et mortalités spécifiques</b> .....	32
<b>3.1.3. Profil épidémiologique</b> .....	34
<b>3.2 Etat et utilisation des services de santé</b> .....	40
<b>3.2.1. Disponibilité des services</b> .....	40
<b>3.2.2. Capacité opérationnelle générale des services</b> .....	41

<b>3.2.3.</b>	<b>Offre et utilisation des services des programmes prioritaires</b> .....	44
<b>3.3.</b>	<b>Analyse de la performance et des Investissements du système de santé</b>	50
<b>3.3.1.</b>	<b>Gouvernance et leadership</b> .....	50
<b>3.3.2.</b>	<b>Prestations de services</b> .....	51
<b>3.3.3.</b>	<b>Ressources humaines en santé (RH)</b> .....	53
<b>3.3.4.</b>	<b>Infrastructures et équipements</b> .....	54
<b>3.3.5.</b>	<b>Médicaments et produits de santé</b> .....	55
<b>3.3.6.</b>	<b>Système d'information sanitaire, surveillance et recherche</b> .....	56
<b>3.3.7.</b>	<b>Financement</b> .....	56
<b>3.4.</b>	<b>Déterminants de la santé</b> .....	59
<b>3.4.1.</b>	<b>Facteurs politiques</b> .....	59
<b>3.4.2.</b>	<b>Agriculture et Sécurité alimentaire</b> .....	60
<b>3.4.3.</b>	<b>Elevage</b> .....	61
<b>3.4.4.</b>	<b>Éducation</b> .....	61
<b>3.4.5.</b>	<b>Eau et assainissement</b> .....	62
<b>3.4.6.</b>	<b>Facteurs économiques</b> .....	62
<b>3.4.7.</b>	<b>Habitudes de vie : habitation, consommation, activités</b> .....	63
<b>3.4.8.</b>	<b>Facteurs socioculturels</b> .....	64
<b>3.4.9.</b>	<b>Facteurs climatiques</b> .....	65
<b>3.4.10.</b>	<b>Facteurs environnementaux</b> .....	65
<b>3.4.11.</b>	<b>Transport et communication</b> .....	66
<b>3.5.</b>	<b>Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de santé en RCA</b> .....	67
<b>3.5.1.</b>	<b>Forces</b> .....	67
<b>3.5.2.</b>	<b>Faiblesses</b> .....	68
<b>3.5.3.</b>	<b>Opportunités</b> .....	69
<b>3.5.4.</b>	<b>Menaces</b> .....	70
<b>3.6.</b>	<b>Problèmes prioritaires</b> .....	70
<b>3.6.1.</b>	<b>Problèmes liés à la faiblesse de la gouvernance du système de la santé</b>	70
<b>3.6.2.</b>	<b>Problèmes liés à la faible résilience du système de santé</b> .....	70
<b>3.6.3.</b>	<b>Problèmes liés aux forts taux de morbidité et de la mortalité dans le pays</b>	70
<b>3.6.4.</b>	<b>Emergence et réémergence des endémo-épidémies et pandémies y compris la pandémie à covid-19</b> .....	71
<b>3.7.</b>	<b>Défis</b> .....	71

<b>QUATRIEMME PARTIE : CADRE STRATEGIQUE</b> .....	72
<b>4. Cadre Stratégique</b> .....	73
<b>4.1 Vision, Principes, valeurs et Fondements</b> .....	73
4.1.1 Vision	73
4.1.2 Principes .....	73
4.1.3 Valeurs .....	74
4.1.4 Fondements .....	74
<b>4.2 Axes stratégiques</b> .....	76
<b>4.3 Orientations stratégiques</b> .....	76
<b>4.4 Objectif global</b> .....	76
<b>4.5 Objectifs spécifiques</b> .....	76
<b>4.6 Synthèse du Cadre stratégique</b> .....	78
<b>4.7 Articulation du PND\$ III au Plan National</b> .....	89
<b>CINQUIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET SUIVI- EVALUATION</b> .....	91
<b>5. Cadre de mise en œuvre</b> .....	92
<b>5.1 Dispositif de mise en œuvre</b> .....	92
5.1.1. <b>Principes directeurs</b> .....	92
5.1.2. <b>Décentralisation dans la mise en œuvre et déclinaison du PND\$ en PTA, PRD\$ en POD\$</b> .....	93
5.1.3. <b>Responsabilités dans la mise en œuvre du PND\$ III</b> .....	94
5.1.4. <b>Conditions de succès</b> .....	98
5.1.5. <b>Gestion des risques</b> .....	99
5.1.6. <b>Plan de communication</b> .....	99
5.2. <b>Dispositif de suivi et évaluation</b> .....	99
5.2.1. <b>Cadre de suivi, d'évaluation et de redevabilité</b> .....	100
5.2.2. <b>Rôles et responsabilités dans le suivi et l'évaluation du PND\$</b> .....	102
5.3. <b>Outils du système de suivi et évaluation</b> .....	105
5.4. <b>Cadres de mesure des performances des programmes du PND\$ III (2022-2026)</b> 107	
<b>SIXIEME PARTIE : FINANCEMENT DU PND\$ III (2022-2026)</b> .....	120
<b>6. Financement du PND\$ III</b> .....	121
6.1. <b>Mobilisation des ressources et Mécanismes de financement</b> .....	121
6.2. <b>Programmation Physique et Financière du PND\$ 2022-2026 (Plan d'Actions Prioritaires Budgétisé-PAPB)</b> .....	123
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	124
<b>ANNEXES</b> .....	125

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Répartition des différents indices de disponibilité des services de santé.....	41
Tableau II : Résumé des programmes budgétaires.....	77
Tableau III : Synthèse du cadre stratégique du PNDS III.....	78
Tableau V : Planning de rapportage des activités de routine du PNDS III.....	103
Tableau VI : Programmation des revues du secteur de la santé en République Centrafricaine.....	103
Tableau VII : Outils de suivi –évaluation du PNDS III.....	105
Tableau VIII : les indicateurs du Cadre de mesure de performances des programmes du PNDS III.....	107
Tableau IX : Budget du PNDS III par programme.....	123

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 2 : Cadre conceptuel de mise en œuvre du PNDS III.....	97
Figure 3 : Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (IHP+) .....	101

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

Graphique 1 : Principales causes des décès maternels en Source : Enquête SONU 2020, MSP RCA.....	32
Graphique 2 : Principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans en RCA ...	33
Graphique 2 : Principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans en RCA ...	34
Graphique 3 : Evolution des VGB de 2016 à 2019 en RCA.....	36
Graphique 4 : Pourcentage des établissements disposant des aménagements et éléments de confort indispensables, (N=341), RCA SARA, 2019.....	42
Graphique 5 : Pourcentage des établissements disposant des équipements essentiels (N=341), RCA SARA, 2019.....	43
Graphique 6 : Pourcentage des établissements disposant des précautions standards pour la prévention des infections (N=341), RCA SARA, 2019.....	43
Graphique 7 : Pourcentage des établissements disposant des capacités à effectuer des tests de laboratoire sur place, (N=341), RCA SARA, 2019.....	44
Graphique 8 : Evolution du financement de la santé par rapport aux prévisions de 2016 à 2021.....	58

## **LISTE DES CARTES**

Carte 1 : Géographie de la RCA.....	22
Carte 2 : Carte du découpage administratif de la RCA.....	26
Carte 3 : Découpage des régions et districts sanitaires.....	30

## **LISTE DES ANNEXES**

<b>Annexe 1 : Indicateurs de santé actuels.....</b>	<b>125</b>
<b>Annexe 2 : Budget détaillé du PNDS III.....</b>	<b>126</b>

## **RESUME EXECUTIF**

Depuis le début des années 90, la République Centrafricaine a amorcé, dans le cadre de la réforme de son système de santé basé sur les Soins de Santé Primaires, une culture de planification sectorielle associant toutes les couches de la population et ses partenaires au développement.

Un premier Plan quinquennal a couvert la période 1994-1998, suivi d'un second Plan décennal allant de 2005 à 2015. A cause des différents événements qu'a connus le pays, trois Plans intérimaires ont été élaborés à savoir : Plan Intérimaire de Santé (PIS) de 2000 à 2002, le Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS) de 2015 à 2017, et enfin, le Plan Intérimaire du Secteur de la Santé (PISS) de 2018 à 2019.

Mue par les résultats encourageants obtenus dans la mise en œuvre de ces différents plans et des leçons tirées de ces expériences, notamment l'enthousiasme des populations de se voir impliquée dans ces processus de planification participative, le soutien indéfectible des Partenaires Techniques et Financiers, et le respect des engagements pris par le Gouvernement tant au niveau national, régional qu'international, l'élaboration d'un troisième Plan dénommé « Plan de Développement Sanitaire de Troisième génération, PNDS III, s'est avérée plus que nécessaire. Le plus grand défi est d'arriver à inverser les tendances actuelles fortement élevées des indices de mortalité maternelle de 829 à 617 décès maternels pour 100.000 N.V.), mortalité infantile de 99 à 47 décès pour 1.000 N.V.) et mortalité néo-natale de 28 à 15 décès pour 1.000 N.V.) afin d'améliorer l'espérance de vie des centrafricains.

En effet, le Plan National de Développement Sanitaire de troisième génération 2022-2026 (PNDS III) a pour fondements : la Loi fixant les principes généraux relatifs à la santé publique en RCA, la Loi sur les Médicaments et autres produits de santé, la Politique Nationale de Santé 2019-2030, le Code de l'eau, le Code d'hygiène et d'Assainissement, les stratégies et politiques de sécurité alimentaire et les autres plans sectoriels existants dans le pays. Il se fonde également sur le Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix (RCPCA) 2017-2023, le 13ème Programme Global de Travail de l'OMS en vue de l'atteinte des ODD,

Le PNDS III est le premier outil de la mise en œuvre de la nouvelle politique définie par le Gouvernement.

Tout comme les Plans précédents et malgré la persistance de la crise que traverse le pays, l'élaboration du PNDS III a suivi un processus global de planification participatif et inclusif impliquant tous les secteurs de développement, les institutions de la République, les partenaires multi et bilatéraux, les ONGs nationales et internationales, l'Université, les instituts de formation, les Organisations de la Société Civile et les Représentants des communautés de base.

Pour conduire ce processus, trois ans après son Lancement Officiel en 2017, un Comité Technique d'Elaboration du PNDS III dont le bureau est composé de 09 membres et présidé par le Ministre en charge de la Santé et de la Population a été mis en place. Le processus s'est déroulé en quatre (04) grandes étapes : (i) l'étape préparatoire diagnostic/analyse de la situation ; (ii) l'étape de consolidation des données collectées et de rédaction du Draft du document ; (iii) l'étape de consultation des parties prenantes au processus, et (iv) l'étape de validation du Document du PNDS III. Ces différentes étapes se sont déroulées sous formes de réunions, d'ateliers et de consultations nationales et internationales organisés par le Ministère en charge la Santé et de la Population avec le concours technique et financier de ses partenaires.

A l'issue d'un diagnostic approfondi de la situation portant sur les principales composantes d'un système de santé et sur l'analyse d'autres déterminants de la santé, plusieurs problèmes ont été identifiés et priorisés en quatre (04) catégories :

- **Problèmes de gouvernance** liés à la coordination, au partenariat, à la transparence dans la mobilisation et gestion des ressources, à l'équité, à la redevabilité, aux ressources humaines en santé (protection, déontologie, fidélisation), au système d'information sanitaire ;
- **Problèmes de la résilience du système de santé**, au regard des normes et standards de qualité pour ce qui concerne les infrastructures et des équipements, la couverture de l'offre de soins et services de santé, la satisfaction de la demande des populations, l'approvisionnement et la distribution des médicaments, la capacité de riposte aux événements de santé publique ;
- **Problèmes liés aux taux élevés de morbidité et de la mortalité dans les pays en lien** avec l'offre de soins, la participation des populations, l'intégration des services, la prévention et la prise en charge des patients, les ressources (humaines, médicaments, vaccins et autres produits de santé), l'opérationnalisation de la couverture santé universelle ; et
- **Problèmes liés à l'émergence et la réémergence des endémo-épidémies et aux pandémies** comme les maladies transmissibles (VIH/sida, paludisme, tuberculose,

hépatites virales), les maladies tropicales négligées, les maladies non transmissibles, les maladies à potentiel épidémique, la pandémie de la covid-19.

Dans la perspective de contribuer à la mise en œuvre de la vision de la politique sanitaire du pays qui est de « **Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU)** », le PNDS III est structuré en quatre (4) axes stratégiques, déclinés en huit (8) Orientations Stratégiques (OS) et quatorze (14) Objectifs spécifiques. Chaque programme budgétaire comprend des sous-programmes assortis d'actions ou projet. Ces programmes sont libellés ainsi qu'il suit :

- **Axe stratégique 1 : Renforcement de la gouvernance pour une régulation orientée par la performance et la modernisation du système de santé.**
- **Axe stratégique 2 : Renforcement de la résilience du système de santé.**
- **Axe stratégique 3 : Amélioration de l'offre et de la demande.**
- **Axe stratégique 4 : Lutte contre les maladies émergentes, les maladies ré-émergentes, les maladies endémo-épidémiques et les pandémies y compris la Covid-19.**

Le coût total du PNDS pour la période 2022-2026 a été estimé à **Mille Six Cent Trente Quatre Milliards Six Cent Soixante-Dix-Sept Million Quatre Cent Quatre Vingt et Onze Mille Cent Soixante Sept Francs CFA (1 634 677 491 167 FCFA)** soit environ **2 972 140 893 USD**. Ce coût inclut l'ensemble des besoins de financement à couvrir pour la mise en œuvre des interventions prioritaires en vue d'atteindre les objectifs fixés et il représente le coût total des dépenses de santé à réaliser au niveau des services publics et privés de santé afin de garantir une offre de soins de qualité à la majorité de la population.

Les mécanismes de financement du PNDS III seront essentiellement basés sur : (i) le budget public (Etat & Partenaires) ; (ii) le recouvrement des coûts avec la participation des ménages ; (iii) le FBP qui couvre l'équivalent de 40% de la population centrafricaine dans les régions ; (iv) les dons.

Pour faciliter l'opérationnalisation, le suivi et l'évaluation du PNDS 2022-2026, les outils ci-suivants seront développés.

Pour l'opérationnalisation ;

- Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) ;

- Plan (projets) annuel de performance (PAP) ;
- Plans d'action opérationnels (PAO) ;
- Plan de communication ;
- Plan de gestion des risques opérationnels, des risques d'atteinte des résultats et des risques relatifs à l'insuffisance des ressources humaines qualifiées.

Pour le suivi-évaluation :

- Plan de suivi-évaluation
- Outils de suivi-évaluation ;
- Cadre de mesures des performances ;
- Liste des indicateurs actuels de base.

Les trois niveaux de la pyramide sanitaire contribueront chacun, selon ses attributions, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PNDS III. Des évaluations périodiques, à mi-parcours et finale sont envisagées. Les résultats de ces « évaluations guideront la mise en œuvre du PNDS III.

Enfin, pour garantir la bonne exécution du PNDS III, il est énoncé les conditions de succès de la mise en œuvre dont la révision de l'organigramme actuel du Ministère, des principes directeurs à observer et une responsabilisation de toutes les parties prenantes.



## INTRODUCTION GENERALE

La Constitution du 30 mars 2016 de la RCA fait de la santé un droit fondamental en son article 8, alinéa 1, qui dispose : L'Etat garantit à tous, le droit d'accès aux établissements de soins publics ainsi que le bénéfice de traitements médicaux adéquats fournis par des professionnels formés et dotés d'équipements nécessaires.

Le Président de la République, Chef de l'Etat en tant que garant de la Constitution a fait de secteur de la santé une priorité et a décidé que la santé est désormais un investissement et non une dépense. De part cette vision, la santé constitue un des facteurs primaires de développement du capital humain et l'amélioration de la santé des populations devient une source de promotion et d'accélération de la croissance économique.

La vision du Chef de l'Etat confirme la transversalité de la santé dans le domaine de la planification et du développement et justifie l'importance d'une approche méthodologique participative et inclusive dans le processus d'élaboration du plan national de développement sanitaire de troisième génération. Cette démarche méthodologique est également envisagée pour la phase de mise en œuvre du PNDS III par son caractère multisectoriel et multidisciplinaire comme le montre le cadre conceptuel ci-dessous.

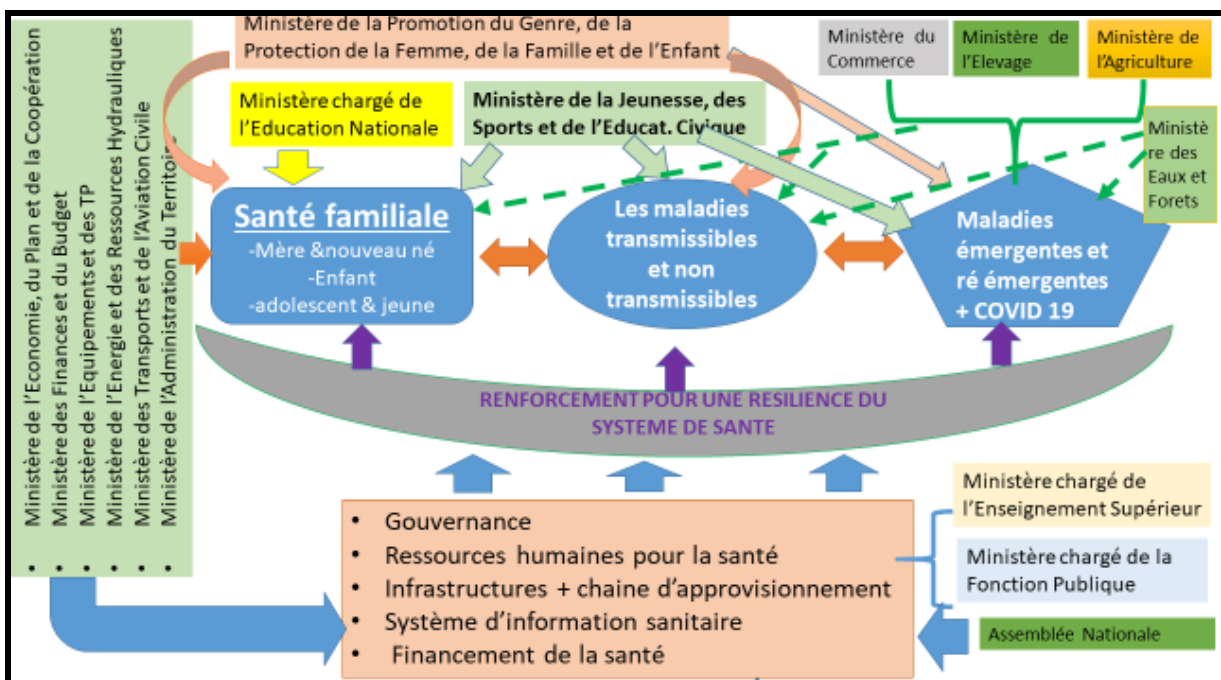


Figure 1 : Cadre conceptuel du PNDS III.

L'élaboration du PNDS III fait suite à l'adoption en décembre 2019 de la politique nationale de santé Politique Nationale de Santé (PNS) qui couvre la période 2019-2030 et qui vise à « **Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la couverture santé universelle** ».

Le processus s'est déroulé en quatre (04) grandes étapes : (i) l'étape préparatoire de diagnostic et d'analyse de la situation ; (ii) l'étape de consolidation des données collectées et de rédaction du Draft du document ; (iii) l'étape de consultation des parties prenantes au processus, et (iv) l'étape de validation du Document du PNDS III. Ces différentes étapes se sont déroulées sous formes de réunions, d'ateliers et de consultations nationales et internationales organisés par le Ministère en charge la Santé et de la Population avec le concours technique et financier de ses partenaires. Les recommandations du récent examen universel de santé et de préparation (UHPR) ont été prises en compte dans la formulation des interventions et des mesures qui seront mises en œuvre.

Le diagnostic du secteur a révélé quatre grands groupes de problèmes prioritaires à savoir : la faible capacité de gouvernance du secteur ; la faible résilience du système de santé ; le fort taux de morbidité et de la mortalité dans le pays ; et l'émergence et la réémergence des endémo-épidémies et pandémies y compris la pandémie à covid-19.

Fort de ce qui précède, l'élaboration du PNDS III s'appuie sur deux socles stratégiques principaux : le Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix (RCPCA) et l'Accord Politique de Paix et de Réconciliation en République Centrafricaine (APPR-RCA) du 06 février 2019.

Le PNDS III capitalise les actions déjà entamées par les autres plans et s'articule en parfaite cohérence avec les objectifs du 13<sup>ème</sup> Programme Global de Travail de l'OMS en vue de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD) et bien d'autres cadres de référence (Agenda 2063 de l'Union Africaine, ZLECAF, etc.). Par ailleurs, il s'inscrit dans le cadre de l'application de la directive de la CEMAC N°01/11-UEAC-190/ CM du 19 décembre 2011 relative au budget programme.

En réponse au diagnostic du secteur, le PNDS 2022-2026 se décline en quatre axes stratégiques : i) le renforcement de la gouvernance de la santé, ii) la modernisation du système de santé, iii) la réduction de la morbidité et de la mortalité selon le cycle de vie et iv) la riposte contre les endémo-épidémies et les pandémies y compris la pandémie à covid-19.

Pour la mise en œuvre, conformément à la directive de la CEMAC, quatre programmes budgétaires intégrant le genre sont formulés : le renforcement de la gouvernance pour une régulation orientée par la performance et la modernisation du système de santé, le renforcement de la résilience du système de santé, la réduction de la morbidité et de la mortalité et la lutte contre les maladies Émergentes, ré émergentes, des maladies endémo épidémiques et les pandémies y compris la COVID-19.

Ce document comporte les parties suivantes :

1. Le contexte général du pays ;
2. La présentation du Ministère de la Santé et de la Population (MSP);
3. Le diagnostic du secteur ;
4. Le cadre stratégique du secteur ;
5. Le cadre de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.
6. Le budget.

## **PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE GENERAL DU PAYS**

## CONTEXTE GENERAL DU PAYS

### 1.1. Contexte géographique

Enclavée au centre du continent africain, la République Centrafricaine s'étend sur 623.000 km<sup>2</sup> et se trouve à 1500 km des ports de Douala au Cameroun et de Pointe-Noire au Congo. Elle est limitée au Nord par le Tchad, à l'Est par le Soudan et le Soudan du Sud, à l'Ouest par le Cameroun, au Sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo.

Située en zone tropicale, la RCA est partagée entre savanes au Nord et forêt équatoriale au Sud.

La végétation est constituée d'environ 3,5 millions d'hectares de forêt au sud et d'une zone de savane boisée au nord. Le relief est peu accidenté avec une altitude moyenne qui varie entre 650 et 850m, et un réseau hydrographique très dense provenant de la dorsale oubanguienne et du haut bassin du fleuve Chari. Le mont Ngaoui avec ses 1 420 m est le point culminant à l'Ouest.

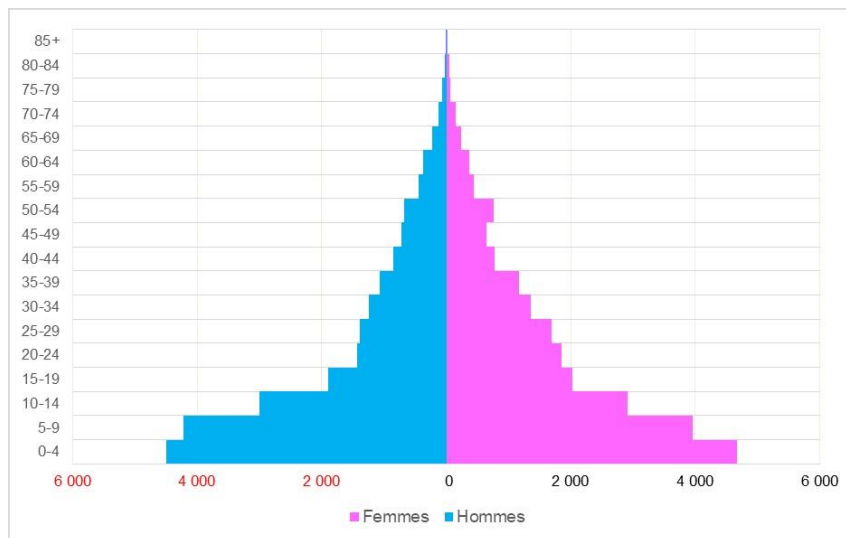
Le climat centrafricain est caractérisé par quatre types à savoir : i) le climat guinéen-forestier qui couvre la partie sud-ouest et sud-est du pays. On y compte neuf mois de saison de pluie et trois mois de saison sèche. On y dénombre en moyenne par an 1.600 mm de précipitations ; ii) le climat soudano-guinéen qui occupe la bande qui va de Baboua à la frontière camerounaise à l'Ouest et à Yalinga à l'Est. Il est caractérisé par six mois de saisons de pluies, trois mois de saison sèche et trois d'intersaison. La hauteur des précipitations varie de 1.200 à 1.500 mm par an ; (iii) le climat soudano-sahélien, s'étend au Nord de la zone précédente, de la région de Paoua au Nord-ouest au sud de Birao à l'extrême nord-est. La pluviométrie oscille entre 800 et 1.100 mm par an avec comme caractéristiques, l'humidité relative à un régime plus contrasté et l'ensoleillement annuel plus important compte tenu de la position en latitude du pays. C'est le domaine de la savane et des parcs nationaux ; (iv) enfin, la zone autour de Birao se rattache au climat sahélien du grand ensemble Centre-Tchad, où la saison sèche est plus longue que la saison de pluies.



2. Carte 1 : Géographie de la RCA

### 2.1. Contexte démographique

Selon les données de projection du Recensement Général de la Population (RGPH) en 2003, la population centrafricaine est estimée en 2020 à 5.464.907 habitants (soit une densité moyenne de 8,7 habitants au km<sup>2</sup>). Cette population est composée de 2.683.269 Hommes, soit 49,1% et 2.781.638 Femmes, soit 50,9%. La croissance démographique est de 2,0%. En dehors de Bangui qui compte 944.039 habitants (17,2%), les villes les plus peuplées sont : Bambari (231.702 habitants), Mbaïki (221.445 habitants), Paoua (221.220 habitants), Bouar-Baoro (219.074 habitants) et Carnot-Gadzi (203.583 habitants). Les moins peuplés sont ceux de la Bouca (73.575 habitants), de la Vakaga (71.383 habitants), et de la Bamingui-Bangoran (58.768 habitants). Les femmes en âge de procréer représentent 24,5%, les enfants de moins de 5 ans représentent 20%. La population en zone rurale est estimée 62% contre 38% en zone urbaine. En 2010, l'indice de fécondité en RCA est estimé à 6,4%<sup>2</sup>. L'espérance de vie à la naissance est de 53,3 ans.



**Figure 2 : Pyramide des âges en RCA 2020** (Source : MICS6-RCA, 2018-2019)

La Mortalité maternelle 829 décès pour 100000 naissances vivantes (Données Unicef 2018), la Mortalité infanto-juvénile 99 décès pour 1000 naissances vivantes et la Mortalité néonatale 28 décès pour 1000 naissances vivantes (MICS6 2018-2019). En ce qui concerne l'accès aux services essentiels de santé, il est noté que l'indice de Couverture Sanitaire Universelle en RCA est de 223. La pauvreté reste élevée et on estime qu'environ 71 % de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté international (1,90 dollar par jour, en parité de pouvoir d'achat) en 2018.

La population de la RCA est très jeune, plus de 49% de la population ont moins de 18 ans.

## **2.2. Situation socio-économique**

Au courant de l'exercice 2020, l'économie de la République centrafricaine (RCA) a ralenti par rapport à 2019. Malgré un impact sanitaire relativement contenu, la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a eu un impact significatif sur l'économie, avec une perturbation des chaînes de valeur mondiales, une faible demande extérieure et des mesures de confinement nationales qui ont considérablement affecté le commerce, les transports et le tourisme.

Associée à un regain d'insécurité, la COVID-19 a poussé la RCA à un point d'inflexion critique. L'économie du pays a progressé à un taux moyen de 4,1% sur la période 2015–2019, soit la moyenne quinquennale la plus élevée depuis l'indépendance. Au cours de cette période, le nombre des incidents liés aux conflits sont passés de 251 en 2014 à 61 en 2019.

Cependant, les défis structurels préexistants tels qu'une faible diversification économique, un secteur privé restreint, une faible productivité et un manque de réserves budgétaires, ont rendu la RCA particulièrement vulnérable à l'épidémie de COVID-19 et à son impact socioéconomique.

L'inflation a reculé en 2020 malgré une pression inflationniste due aux perturbations de la chaîne d'approvisionnement, et la banque centrale régionale a mis en œuvre des mesures de politiques accommodantes afin d'atténuer l'impact de la crise sanitaire.

La situation budgétaire s'est détériorée et la RCA reste exposée à un risque élevé de surendettement. Les revenus intérieurs du pays ont été meilleurs que prévu pendant la pandémie, principalement en raison d'une augmentation significative des recettes non fiscales.

En conséquence, la situation budgétaire globale s'est détériorée, passant d'un excédent global de 1,4 % en 2019 à un déficit de 3,3 % du PIB en 2020. La dette publique a légèrement reculé, passant de 47,2 % du PIB en 2019 à 44,1 % du PIB en 2020, une plus grande part des dépenses publiques ayant été couverte par le financement de projets des bailleurs de fonds, et ce malgré la nouvelle dette contractée pour lutter contre la pandémie et elle reste sur une trajectoire décroissante.

Enfin, le solde du compte courant (SCC) de la RCA s'est détérioré en 2020. Le déficit du compte courant s'est creusé de 4,8 % du PIB en 2019 à 8,7 % du PIB en 2020, en raison de la faiblesse de la demande extérieure et des transferts privés, ainsi que d'un déficit accru de la balance des biens.

La pauvreté reste élevée et on estime qu'environ 71 % de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté international (1,90 dollar par jour, en parité de pouvoir d'achat) en 2020 (Banque Mondiale).

Selon le rapport sur le Développement Humain de 2020 du PNUD, la RCA est classée 188ème sur 189 pays avec un Indice de Développement Humain (IDH) évalué à 0,397.

### **2.3. Situation socio-politique et sécuritaire**

Indépendante depuis le 13 août 1960, la RCA est un pays démocratique avec un régime présidentiel. On y compte de nombreuses ethnies. Le français et le Sango sont les deux langues officielles. Les troubles militaro-politiques récurrentes à la suite des événements depuis 2013 marqués par de nombreux et graves actes de violences, des tueries notamment de populations



civiles, des pillages et de graves violations de Droits Humains, ont entraîné la République Centrafricaine dans une crise profonde caractérisée par l'insécurité généralisée, la paupérisation de la communauté et la faillite de l'État. De ce fait, la situation sécuritaire de la RCA demeure précaire. La RCA, affiche le visage d'un pays politiquement instable, économiquement faible, et dans lequel le niveau d'insécurité dans l'arrière-pays reste une source de préoccupation. Les troupes internationales de maintien de la paix déployées dans le pays après le déclenchement de la crise de 2013 contribuent à ramener progressivement la sécurité surtout à Bangui. Toutefois, depuis la signature de l'accord de Khartoum en février 2019, l'on note un répit progressif suite au redéploiement de l'Administration et des Forces de Défense et de Sécurité dans plusieurs préfectures. Cependant, des violences intercommunautaires persistent dans certaines zones y compris dans la capitale. L'insécurité engendrée par les groupes armés limite la fourniture de l'assistance nécessaire aux populations vulnérables de manière adéquate. Sur le plan politique, le Gouvernement de la RCA avec l'appui de ses Partenaires, a élaboré le RCPCA en cours de mise en œuvre pour la période de 2017-2021. Ce plan s'articule autour de trois piliers prioritaires qui visent à soutenir la paix, la sécurité et la réconciliation (pilier1) ; à renouveler le contrat social entre l'État et la population (pilier 2) et à assurer le relèvement économique et la relance des secteurs productifs (pilier 3). Le secteur de la santé s'inscrit donc dans cette logique de fournir les services sociaux de base à l'ensemble de la population et sur tout le territoire à travers une politique sectorielle adéquate en lien avec le pilier 2 du RCPCA.

La situation sécuritaire en RCA reste préoccupante quoique des prémises de la mise en œuvre de l'accord de paix soient palpables grâce aux efforts du Président de la République, Chef de l'Etat. Une accalmie semble s'installer dans les régions frontalières du Cameroun, cependant, on note ailleurs parmi les populations une continuation de différents actes de violence y inclus les violences basées sur le genre (VBG) sous forme de violences sexuelles, de mariages précoces/forcés et de violences domestiques, de mutilations génitales féminines (MGF), et de sorcellerie qui affectent en particulier les femmes âgées et les enfants.

Comme, ailleurs et partout dans le monde, la Covid-19 est une cause de l'accentuation de cette tendance avec une hausse du nombre de violences sexuelles, augmentant ainsi les besoins en services de protection et prise en charge des victimes.

A cause des conflits, La violence entre les groupes armés et contre les civils a contraint des milliers de personnes à fuir. Il s'ensuit qu'en février 2021 plus d'un quart de la population a été, soit déplacée à l'intérieur du pays (environ 742.000 personnes), soit réfugiée dans des pays voisins (environ 648.000 personnes) et plus de la moitié de la population (soit 2,8 millions de personnes) ont besoin de l'assistance humanitaire et de protection.

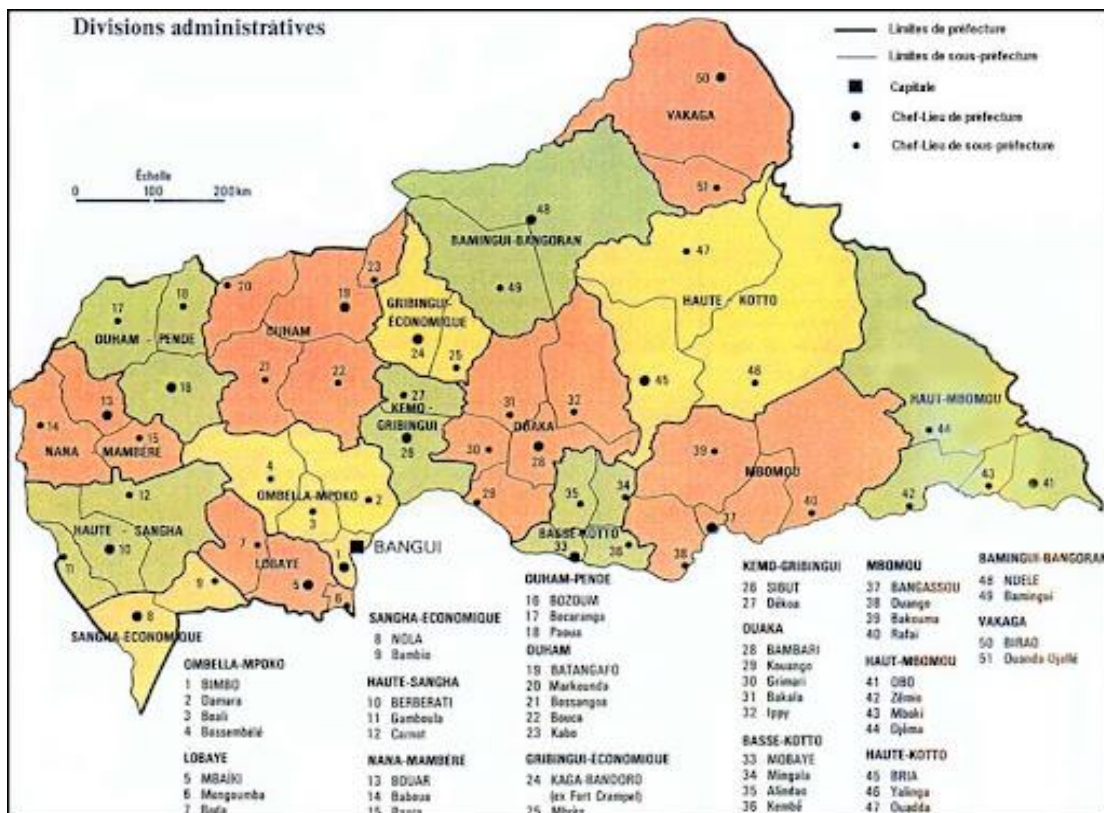
## 2.4. Organisation administrative de la RCA

Au \_\_\_\_\_ lendemain \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Carte 1 : Carte du découpage administratif de la RCA**

hiérarchiquement en 06 régions administratives dans lesquelles l'on comptait 16 préfectures, 51 sous-préfectures, 176 communes et villages.

Depuis le 21 janvier 2021, la nouvelle Loi N°21.001 relative aux circonscriptions administratives, a apporté une modification, augmentant les préfectures au nombre de 20 et les sous-préfectures au nombre de 85. Bangui, la capitale, est dorénavant subdivisée en 10 arrondissements au lieu des 08 précédents. Ce nouveau découpage entraînera très probablement une modification dans le découpage sanitaire dans les prochaines années.



**Source :** <http://planeteafrique.free.fr/CartePays/Carte-Pays-Liste.php?choix=236>

**Carte 2 : Carte du découpage administratif de la RCA**

## **DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE**

### **3. Présentation du système de santé**

#### **3.1 Organisation du système de santé**

A l'instar des systèmes des pays dans la région africaine, le système de santé de la RCA est organisé selon une structure pyramidale à trois (3) niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Chaque niveau dispose de trois types de structures : les structures de gestion institutionnelles, les FOSA et les structures de représentation des populations.

- **Le niveau central** est représenté par le Cabinet et les différentes Directions Générales avec leurs directions et services centraux respectifs. Les FOSA à ce niveau sont les hôpitaux centraux de référence, à savoir :
  - Le CNHUB, le CHUC, le CHUASC, le CHUP et le CHUMED. Ces hôpitaux servent de référence aux hôpitaux périphériques.
- **Le niveau intermédiaire** correspond aux sept (07) Régions Sanitaires dont chacune suit les délimitations de la Région Administrative. Elles comprennent chacune :
  - La Direction de la Région Sanitaire avec ses différents Services qui forment avec le Directeur l'Equipe Cadre Régional ;
  - L'Hôpital Régional Universitaire (HRU).
- **Le niveau périphérique ou opérationnel** est le district sanitaire. La RCA est subdivisée en 35 districts sanitaires (DS), conformément à l'arrêté N°043/MSP/DIR.CAB/CMAJC.017 du 18 octobre 2017. Les services de santé de district sont dirigés par une Equipe-Cadre de District (ECD) supervisée par le Médecin Chef de District (MCD) qui coordonne et supervise toutes les activités de santé de district, y compris celles des tradi-praticiens et du secteur privé moderne. Le DS est lui-même subdivisé en aires de santé : l'aire de santé est constituée par un village ou un groupement de villages avec une population totale de 5000 à 10.000 habitants, un territoire bien défini et desservi par un Centre de Santé (CS) qui a la responsabilité des activités de santé. Chaque CS met à la disposition des populations le paquet minimum d'activités (PMA) en stratégie fixe et avancée. Le système de santé de district dispose de deux (02) niveaux d'établissements de soins : (i) l'hôpital de district, ou l'hôpital secondaire de district (ou de 1<sup>ère</sup> référence), (ii) les centres de santé et les postes de santé (PS).

A chacun des trois niveaux du système de santé, il existe des structures de dialogue communautaire.

- **Organisation de l'offre de soins**

Le système de santé est dominé par le secteur public prépondérant à côté duquel existe un secteur privé constitué essentiellement de cabinets de consultations avec des possibilités limitées d'hospitalisation, un secteur confessionnel et la pharmacopée/médecine traditionnelle.

#### **3.2 Mission et organisation du MSP**

Selon les dispositions du Titre 2 du décret n°18.214 du 17 août 2018, le Ministère en charge de la Santé et de la Population est composé au plan administratif et technique, des structures ci-après :

- Un Cabinet ;

- Des Directions techniques
  - Quatre (04) Directions générales ;
  - Douze (12) Directions techniques centrales ;
  - Sept (07) Directions Techniques Régionales ;
- Des Etablissements sous tutelle :
  - L'Unité de Cession du Médicament,
  - Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens-dentistes,
  - Le Comité Inter Clusters Santé et
  - L'Institut Pasteur de Bangui.
- Des Etablissements centraux de référence en matière de diagnostic, de soins, de formation et de recherche ;
- Cinq (05) Hôpitaux Régionaux, et
- Vingt-sept (27) Hôpitaux de Districts.

### **3.2.1 Du Cabinet et des services rattachés au Cabinet**

Le Cabinet du Ministre dont la direction est placée sous la responsabilité d'un Directeur de Cabinet a pour mission l'animation, la coordination, la supervision et l'évaluation des services du Cabinet et de l'ensemble des services techniques du Ministère. Ce cabinet comprend : i) une direction de cabinet, ii) quatre (04) Chargés de mission, iii) trois (03) inspecteurs centraux, iv) une direction des ressources avec trois services, v) cinq (05) services rattachés au Cabinet et vi) sept (07) Régions sanitaires.

### **3.2.2 Des Directions techniques Centrales**

Les Directions techniques constituent les structures dotées des spécialistes pouvant appuyer le Cabinet du Ministre. Il s'agit : i) de la Direction Générale de la Population et des Soins de Santé Primaires, ii) de la Direction Générale de l'Epidémiologie et de Lutte contre la Maladie, iii) de la Direction Générale de la recherche, des Etudes et de la Planification ; iv) et de la Direction Générale de la Pharmacie et de l'Organisation des Soins.

Il est noté qu'une direction générale comprend trois (03) directions dont chacune dispose de trois (03) services permettant à chacune des directions d'assurer la réalisation des actions inscrites dans ses attributions, conformément aux dispositions du texte organique du Ministère.

### **3.2.3 Des Etablissements sous tutelle**

Les organismes sous tutelle et consultatifs du Ministère de la Santé et de la Population comprennent : i) l'Unité de Cession du Médicament, ii) le Conseil National de l'Ordre des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens-dentistes, iii) le Comité Inter Clusters Santé et iv) l'Institut Pasteur de Bangui.

### 3.2.4 Des Structures déconcentrées et décentralisées

Le Ministère de la Santé et de la Population dispose des structures déconcentrées comme : i) les 07 directions régionales sanitaires ; ii) et les 35 districts sanitaires ; iii) et les structures de santé.

### 3.2.5 Des Etablissements centraux de diagnostic, de soins, de formation et de recherche

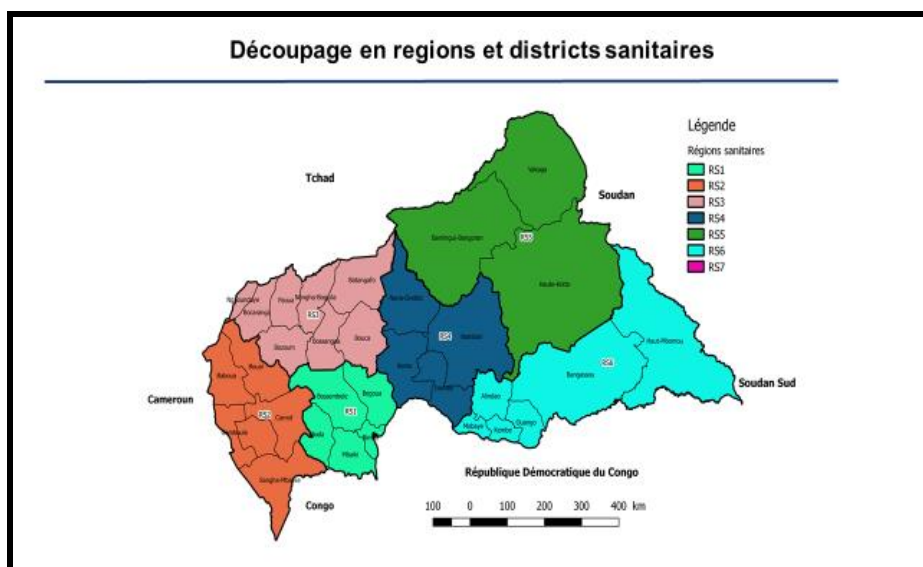
Le Ministère en charge de la Santé et de la Population dispose d'Etablissements centraux de référence nationale en matière de diagnostic, de soins, de formation et recherche. Il s'agit :

- Des Hôpitaux centraux ;
- Du Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique ;
- Du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ;
- Du Centre National de Référence IST/SIDA (CNRISTA).

### 3.2.6 Des Etablissements déconcentrés de diagnostic, de soins, de formation et recherche opérationnelle

Enfin, le Ministère en charge de la Santé et de la Population dispose des structures déconcentrées pour les diagnostics, les soins et l'offre des paquets d'activités variés et la recherche opérationnelle. Il s'agit :

- Des Hôpitaux régionaux ;
- Des Hôpitaux de District ;
- Des Centres de Santé
- Des Postes de santé.



Carte 3 : Découpage des régions et districts sanitaires

## **TROISIEME PARTIE : DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE LA SANTÉ**

### 3. Diagnostic du secteur de la santé

#### 3.1 Etat de santé de la population

##### 3.1.1. Mortalité générale et espérance de vie à la naissance

L'état de santé de la population en République Centrafricaine (RCA) est caractérisé par les taux encore très élevés de mortalité et de morbidité avec une prédominance des maladies transmissibles et une augmentation des maladies non transmissibles. Le taux brut de mortalité est estimé à 16,8 pour 1000 en 2021 selon les données du RGPH 03 et 20,1 pour mille en 2003 (RGPH 03). Ce taux brut de mortalité reste encore très élevé par rapport à ceux dans la sous-région. Les femmes et les enfants payent le plus lourd tribut de cette mortalité.

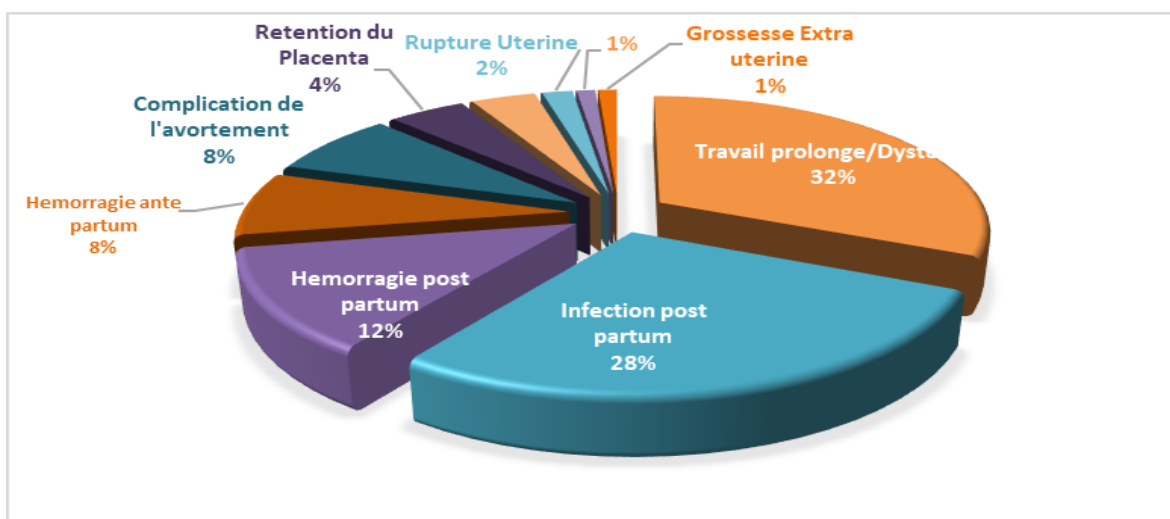
L'espérance de vie à la naissance est estimée à 53,3 ans en 2021 alors qu'elle était de 52,80 ans en 2018 (MICS6).

##### 3.1.2. Morbidités et mortalités spécifiques

###### 3.1.2.1. Morbi-mortalité maternelle

Le taux de mortalité maternelle de la RCA est estimé à 829 décès pour 100.000 naissances vivantes (Données Unicef 2010). L'analyse des tendances du ratio de mortalité maternelle montre qu'à la suite d'une régression du ratio de la mortalité maternelle de 683 décès pour 100,000 N.V. en 1988 (RGPH), celui-ci a atteint un pic de 1.355 décès pour 100.000 N.V. en 2003 (RGPH) pour diminuer en 2010 (882 pour 100.000 N.V.).

Selon l'enquête SONU réalisée en 2020, les cinq principales causes de décès maternels en RCA sont : les dystocies/travail prolongé (32%), les infections du postpartum (28%), les hémorragies du post et santé partum (respectivement 12% et 8%) et les complications des avortements (8%).



Graphique 1 : Principales causes des décès maternels en Source : Enquête SONU 2020, MSP RCA



Le pays observe une forte fécondité, en moyenne 6,4 enfants par femme avant la fin de sa vie procréatrice (MICS 2018-2019). Les causes de cette forte fécondité sont la faible prévalence contraceptive qui est de 18% en 2020 (source Banque Mondiale) avec la survenue de grossesses précoces qui exposent à des risques de mortalité maternelle et de morbidité maternelle tels que les fistules obstétricales.

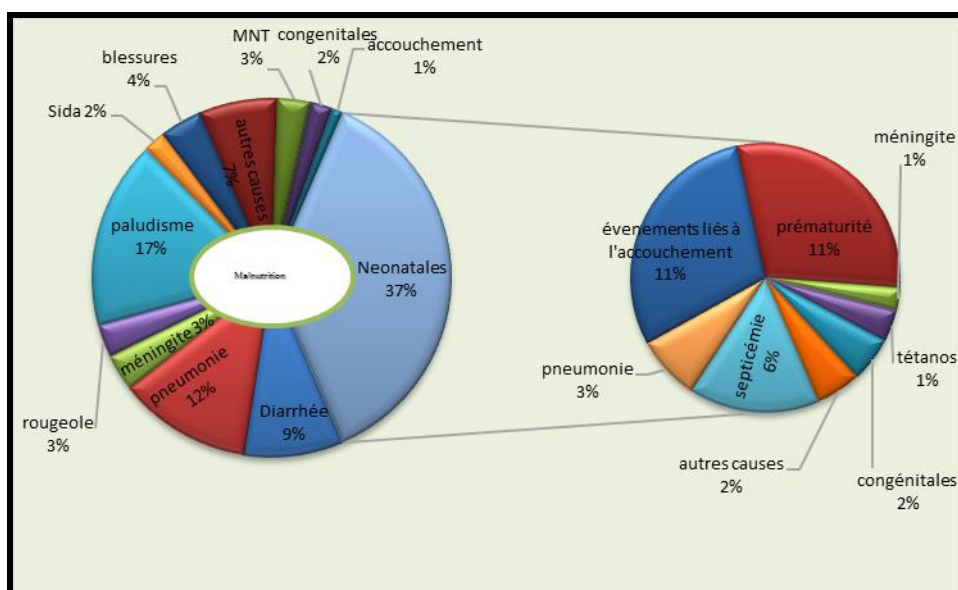
### 3.1.2.2. Morbi-mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile

La RCA est le troisième pays au monde où les enfants meurent le plus après l’Afghanistan et la Somalie (source Rapport ODD 2018). Les causes de cette surmortalité des enfants, selon les résultats de l’enquête SONU 2020, sont :

- Les causes néonatales (37% de tous les décès infanto-juvéniles) : événements liés à l’accouchement (11%), prématurité (11%), septicémie (6%), pneumonie néonatale (3%) et autres causes (6%) ;
- Les causes de mortalité infanto-juvénile (63%) : paludisme (17%), pneumonie (12%), diarrhée (9%), blessures (4%), rougeole (3%) et VIH (2%) ;

Les causes chez les enfants de moins de 5 ans : la malnutrition demeure une cause sous-jacente très importante. Ainsi, l’enquête MICS 6 montre que 21,5% et 7% des enfants de moins de 5 ans sont, respectivement, affectés par l’insuffisance pondérale modérée et sévère alors que le retard de croissance se manifeste de façon modérée chez 39,8% des enfants de moins de 5 ans et de façon sévère chez 20% de ces enfants. Enfin, 5,4% des enfants de moins de 5 ans sont atteints d’émaciation modérée alors que 1,5% d’entre eux sont touchés par la forme sévère menaçant la vie.

**Graphique 2 : Principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans en RCA**



Source : MICS 6.

### Graphique 3 : Principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans en RCA

#### 3.1.3. Profil épidémiologique

Les populations de la RCA sont affectées par les principales maladies endémo-épidémiques telles que : le paludisme, la tuberculose, le VIH/SIDA, les maladies à potentiel épidémique, les Maladies Tropicales Négligées, les maladies non transmissibles et mentales.

##### 3.1.3.1 Les Maladies transmissibles

- **Le paludisme** est au premier rang des causes de morbidité et de mortalité. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont les plus vulnérables. Le paludisme, premier motif de consultation et d'hospitalisation, touche surtout les enfants de moins de 5 ans. Dans cette tranche d'âge, il est responsable de 53% des cas confirmés, 63% des cas graves et 67% des décès enregistrés dans les FOSA en 2018.
- **La tuberculose** est essentiellement notifiée dans la région sanitaire 7 (48% cas notifiés en 2018), suivie par les Régions Sanitaires 1 et 2. Ces trois régions réunies ont notifié les 3/4 du total cas de TB du pays. Le taux d'incidence de la tuberculose chez les enfants était estimé à 17,2% en 2018. Selon les données du rapport SNIS 2020, 12 875 nouveaux cas ont été rapportés, représentant une incidence de 2,36%. Par contre, le taux de coinfection TB/VIH représente 30% de l'ensemble des cas de TB confirmés.

Selon les données du rapport épidémiologique 2020, la tuberculose animale représente 65% du taux d'infection par rapport aux autres maladies chez le bovin (Rapport épidémiologique 2020, Direction de la Santé Publique Vétérinaire, Ministère de l'Elevage et de la Santé Animale). Ces données traduisent un risque important que représente cette zoonose vue le volume d'abattage clandestin et la consommation de lait non pasteurisé.

- **Le VIH /Sida** : La prévalence dans le pays est estimée à 3,6% chez les femmes et de 2,9% chez les hommes avec de fortes disparités géographiques allant de 2,1% dans l'Ouham à 12,8% dans le Haut-Mbomou et des disparités entre les milieux urbain et rural. La prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes est passée de 5,6% en 2016 à 5,0% en 2019 (PSN VIH 2021 – 2025). Le taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN était de 30,8% en 2018 (64.926/210.265). Le nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) qui connaissent leur statut sérologique en 2018, est de 74412/121.500 soit (61%).

D'après les estimations de l'ONUSIDA en 2020, le nombre de décès liés au VIH/SIDA en RCA est de 3.800. Ce chiffre classe le VIH/SIDA parmi les principales causes de décès dans le pays

- **Les hépatites virales :** La RCA est située dans la zone de forte endémicité pour le virus de l'hépatite B. Les chiffres provenant de quelques études font état de la gravité de la situation. En effet, quelques publications réalisées par l'Institut Pasteur de Bangui, focalisées sur des résultats sérologiques (positivité AgHBs) dans des groupes spécifiques d'individus, indiquent une tendance de prévalence très élevée : 5,1% des enfants hospitalisés à Bangui<sup>1</sup> (2015), 8,9% chez des donneurs de sang positifs pour l'AgHBs<sub>2</sub> (2016). Les données en population générale communiquées à la conférence de l'Alliance Francophone des Acteurs de santé contre le VIH et les infections virales chronique ou émergentes (AFRAVIH) 2016 font état de prévalences dépassant les 16% dans les trois régions de la charnière centrale du pays : Ouaka, Bamingui-Bangoran et Vakaga<sup>3</sup>. Dans cette dernière région la prévalence estimée atteint 27.5 à 33.0%, soit l'une des prévalences les plus élevée au monde.

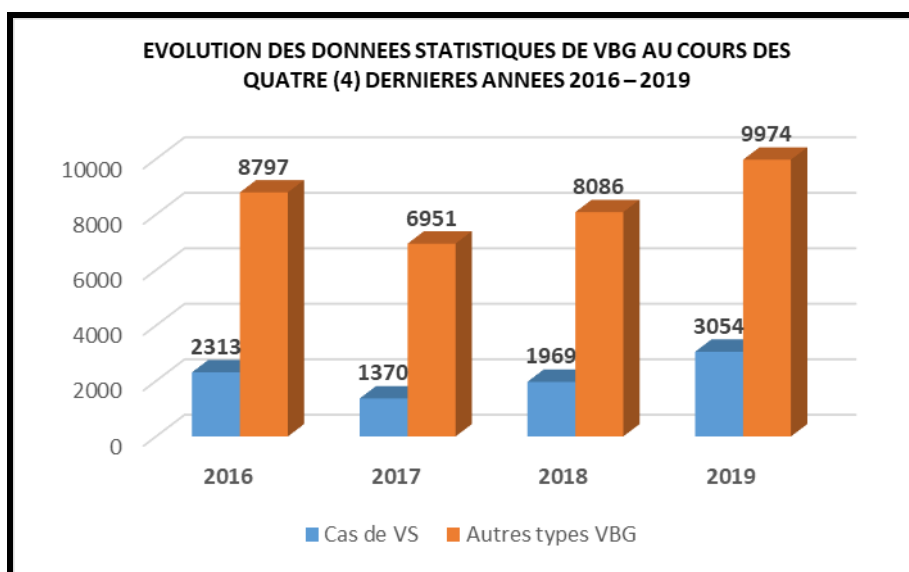
### 3.1.3.2. Maladies non transmissibles et autres conditions

- **Les Maladies Non Transmissibles (MNT)**, aussi dénommées maladies chroniques représentent des maladies liées au mode de vie sont en augmentation et constituent une préoccupation de plus en plus croissante de santé publique en RCA. Elles regroupent les maladies cardio-vasculaires (au premier rang desquels l'hypertension artérielle), les maladies métaboliques comme le diabète, les cancers, les affections respiratoires chroniques comme l'asthme, la drépanocytose, la malnutrition et autres carences nutritionnelles les handicaps, les troubles et maladies mentales, les traumatismes dus aux accidents de la voie publique, etc. Elles sont tributaires d'un certain nombre de facteurs de risque et l'on estime à 10% la proportion de la population ayant plus de trois facteurs de risque de maladies non transmissibles. En effet selon l'enquête STEPS réalisée en 2017, 27,1% des personnes présentaient une hypertension artérielle (HTA); 9,5% de la population centrafricaine souffraient de diabète; 16% de la population était en surcharge pondérale et 9,7% en obésité. Les données collectées par le SNIS de routine ne permettent pas d'apprécier leur ampleur.

---

<sup>1</sup>Bekondi C, et al. HBV immunization and vaccine coverage among hospitalized children in Cameroon, Central African Republic and Senegal: a cross-sectional study. BMC Infect Dis 2015.

- **Les maladies mentales :** Le pays dispose de très peu de ressources pour la prise en charge des maladies mentales. Les données hospitalières provenant essentiellement du seul service de psychiatrie et d'hygiène mentale laissent transparaître une situation préoccupante exacerbée par les dernières crises militaro-politiques et les consommations abusives des stupéfiants chez les jeunes. En effet, le nombre de consultations psychiatriques est passé de 1198 en 1995 à 4456 en 2006, à 6253 en 2010 et à 9660 en 2018. Le nombre annuel de nouveaux cas est passé de 416 en 1996 à 771 en 2006, 924 en 2010 et 1812 en 2018.
- **Les Violences Basées sur le Genre (VBG) :** Les données de surveillance des VBG fournies par le Système de Gestion de l'Information sur les Violences Basées sur le Genre (GBVIMS) montrent une tendance à l'aggravation en lien avec la persistance des crises militaro-politiques en République Centrafricaine. En effet, de janvier 2016 à décembre 2019, 42 514 cas de VBG ont été rapportés et se répartissent comme suit :
  - Violence Sexuelle (VS) : 8706 cas, soit une moyenne de 2176,5 cas par an.
  - Autres types de VBG : 33 808 cas, soit une moyenne de 8452 cas par an.



Graphique 4 : Evolution des VGB de 2016 à 2019 en RCA

- **Les fistules obstétricales :** En l'absence d'études pour évaluer l'ampleur des fistules obstétricales en RCA, les données recueillies lors des 07 campagnes de réparation et les quelques rares cas vus en routine témoignent le fait que les fistules obstétricales peuvent être considérées comme étant un problème de santé publique grave. Ainsi de 2009 à 2021, on dénombre 455 cas de fistules obstétricales réparées.

- **Les accidents de la circulation :**

Le nombre d'accidents de la circulation est en nette croissance en RCA, se soldant souvent par un nombre de décès très élevé, le cas échéant par des complications telles que les incapacités et les séquelles graves. Les données hospitalières du seul service de traumatologie de l'Hôpital Communautaire montre à suffisance l'ampleur de ce problème de santé publique. En effet, cet établissement a enregistré en 2016, 742 blessés graves dont 102 ont succombé des suites des blessures. En 2017, 1.400 cas d'accidents ont été enregistrés par le seul service de traumatologie du CHUC avec 1.000 décès.

L'analyse causale de ces accidents et de leurs conséquences révèle plusieurs facteurs de risques parmi lesquels : i) le manque d'application des textes règlementant la circulation routière ; ii) le mauvais état des routes ; iii) le non-respect du code de la route ; iv) la prolifération des motocyclettes, des véhicules de transport en commun non conformes et en mauvais état; v) et la faible capacité de prise en charges des blessés graves dans les formations sanitaires (non disponibilité des ressources humaines qualifiées, plateau technique limité, etc.)

### 3.1.3.3. Les maladies à potentiel épidémique

- **Le Cholera** du fait de l'insalubrité et des inondations saisonnières entraîne des épidémies par moment avec une forte létalité autour de 24%.
- **La Méningite** : La RCA fait partie de la ceinture méningitique de Lapeyssonnie qui s'étend d'est en ouest de l'Éthiopie au Sénégal et qui représente une population à risque de plus de 400 millions d'habitants. Les préfectures du Nord-Est directement concernées sont : l'Ouham, l'Ouham-Péndé, le Bamingui-Bangoran et la Vakaga. Cinq épidémies de méningites bactériennes dues au *Neisseria meningitidis* du sérotype A et W135 ont été enregistrées ces dernières années. La dernière épidémie déclarée en 2016 a touché 149 personnes et tué 12 personnes dans le district sanitaire de Batangafo.
- **La rougeole** reste endémique en RCA. Depuis 2015, le pays détecte régulièrement des cas. Presque tous les Districts Sanitaires étaient en épidémie en l'an 2020 au cours duquel un total de 28 903 cas et 139 décès ont été enregistrés. Plusieurs ripostes ont été organisées avec 91% de couverture vaccinale nationale.
- **Le tétanos** : En 2000, la RCA a été classée parmi les 22 pays qui étaient sur le point d'éliminer le tétanos maternel et néonatal (TMN). Sur un total de 656 cas de tétanos néonatal notifiés dans le pays, de 2009 à 2017, 129 cas seulement ont été investigués (19,7%). Le nombre moyen de cas était d'environ 50 par an. Un pic de cas était observé en 2016. De 2017 à 2019, le pays a recensé respectivement 105, 82 et 88 cas annuels de TMN. En 2020, 170 cas de TMN dont 18 décès ont été enregistrés soit 7,8 cas pour 1000 naissances vivantes.
- **La Rage** : 1021 cas de morsures de chiens suspects de rage dans les 7 régions sanitaires avec 06 décès rapportés en 2021, avec une prédominance dans la région 4 avec 208 cas de morsures pour 04 décès (source : Rapport de la Situation Epidémiologique de la semaine 1 à 45 de 2021, Direction de la Surveillance épidémiologique et de la Gestion des Urgences en Santé Publique, Ministère de l'Élevage et de la Santé Animale).
- **La Covid-19** : Le premier cas de Covid-19 a été enregistré en RCA le 14 mars 2020 et les vagues épidémiques successives enregistrées ont davantage aggravé la situation sanitaire déjà précaire dans le pays. A la fin de la seconde vague survenue en mars et avril 2021, 11.048 personnes ont été dépistées, dont 98 décès.

Les cas dépistés se localisent majoritairement à Bangui, Bimbo, dans les villes frontalières avec le Cameroun, et plus particulièrement le long du corridor Bangui/Douala. Dans l'ensemble, 22 districts sanitaires sur les 35, dans les 7 régions sanitaires du pays, ont été touchés par la Covid-19 et actuellement 7 districts sont déclarés hot spots et enregistrent le plus grand nombre de nouvelles infections. La Covid-19 affecte non seulement la santé des Centrafricains, mais également leur sécurité nutritionnelle, alimentaire et économique (PIN EU).

#### **3.1.3.4. Les Maladies Tropicales Négligées**

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) continuent d'être un fardeau pour la République Centrafricaine et sont classées en deux catégories :

##### **a) Les MTN à Chimiothérapie Préventive (CTP) :**

- **L'onchocercose** est endémique dans 20 districts avec une prévalence microfilarienne inférieure à 5%.
- **Le trachome** est endémique dans 27 districts sanitaires avec une prévalence de l'inflammation trachomateuse – folliculaire (TF) chez les enfants de 1 à 9 ans supérieure à 5%.
- **La filariose lymphatique** est endémique dans les 32 districts sanitaires avec une prévalence supérieure à 1%.
- **La Schistosomiase** est endémique dans 27 districts sanitaires avec une prévalence variant de 0,6% à plus de 82% chez les enfants d'âge scolaire.
- **Les géo-helminthiases** sont endémiques dans 32 districts sanitaires avec une prévalence variant de 4% à 90% chez les enfants d'âge scolaire.

(Sources : Enquête STEPS RCA 2017).

##### **b) Les MTN à Prise en Charge des Cas (PCC)**

- **La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) :** La RCA en est un pays à forte endémicité après la République Démocratique du Congo avec une Incidence > 1 cas/10000 habitants)
- **La lèpre :** La RCA a atteint le seuil de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique comme fixé par l'OMS depuis fin 2005 (moins d'un cas pour 10000 habitants). Cependant certains districts restent endémiques.
- **Le Pian** est endémique dans 3 districts sanitaires (Haut-Mbomou, Mbaïki, Boda et Sangha Mbaéré) avec une prévalence de 11,3% ;
- **Des cas suspects cliniques d'ulcère de Buruli** ont été rapportés dans les districts de Nana Gribizi Lobaye, Sangha Mbaéré, Ombélla M'Poko. Le renforcement de l'institut

Pasteur (Laboratoire de référence pour ce diagnostic) permettra dans les années à venir de mieux cerner la situation épidémiologique.

- **La Dracunculose (Ver de Guinée) :** L'interruption de la transmission de la Dracunculose a été certifiée en novembre 2006 en RCA. Cependant, le risque de réintroduction de la maladie demeure à partir des pays voisins (Tchad et le Soudan du Sud).
- **Les envenimations par morsure de serpents :** Il a été enregistré entre Juin et Novembre 2020, 495 cas d'envenimations par morsure de serpents avec 12 décès (Etude épidémiologique des morsures de serpents en Centrafrique, Dr ZARAMBAUD et al. 2020).

## **3.2 Etat et utilisation des services de santé**

### **3.2.1. Disponibilité des services**

De manière globale, selon l'enquête SARA/HeRAMS 2019, trois groupes d'indicateurs traceurs permettent de mesurer la disponibilité des services de santé. Il s'agit de la disponibilité des infrastructures sanitaires, du personnel de santé et de l'utilisation des services.

#### **a) Infrastructures**

Selon les données du Rapport SNIS 2020, l'on dénombre au total 1011 structures de santé en RCA, dont 862 sont fonctionnelles. Les structures fonctionnelles sont composées de 05 hôpitaux centraux, 05 hôpitaux régionaux, 27 hôpitaux de districts, 18 hôpitaux secondaires de district, 365 centres de santé et 442 postes de santé. Cependant, entre 2020 et premier semestre 2021, 85 soit 32,95% des structures sont réhabilitées/construites, par contre 173 (soit 67,05%) restent à réhabiliter/construire.

#### **b) Ressources humaines**

Le MSP compte en moyenne 5,5 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants, dont 0,8 médecins généralistes/10000, 0,6 autres professionnels soignants/10000, 2,5 professionnels de soins infirmiers/10000, 1,6 professionnels de soins obstétricaux/10000. Toutes ces densités sont loin de la normale minimale de l'OMS OMS qui est de 23 professionnels de santé/10 000 habitants.

Toutefois, on note une grande disparité selon les régions avec une très forte concentration des ressources humaines dans la région sanitaire de Bangui qui compte 20,9 professionnels de santé pour 10 000 habitants au détriment des autres régions. Les plus faibles taux sont enregistrés dans les régions sanitaires 6 et 3 avec respectivement 1,1 et 1,3 professionnels de santé pour 10 000 habitants.



### c) Utilisation des services

Le nombre de consultations externes enregistrées au cours de l'année 2018 est de 611 594. Le nombre de consultations externes par habitant au niveau national se situe à 0,11. Aucune région n'a atteint la norme de 1 contact (consultation externe) par habitant. Les régions sanitaires 5 (0,18) suivies de 3 et 4 (0,17) enregistrent les meilleurs résultats. Par contre les régions 1 (0,09), 2 (0,07) et 6 (0,02) connaissent les plus faibles pourcentages.

Par contre, il ressort du rapport du SNIS 2020 que le total de consultations curatives s'élève à 3 221 873, soit un ratio de 0,59 cas/habitant/an qui est en deçà de la norme OMS qui est de 1 cas/habitant/an.

### d) Indice de disponibilité des services

L'enquête SARA/HeRAMS 2019 révèle une faible disponibilité générale des services de santé estimée à 33,7%. Cet indice varie de 20,1% (RS6) à 63,7% (RS7). De façon spécifique :

L'indice de la disponibilité des infrastructures sanitaires est de 67,1% en moyenne variant de 52,2% (RS4) à 82,1% (RS5).

L'indice de disponibilité du personnel est de 31,8% en moyenne variant de 4,8% (RS6) à 134,1% (RS7).

L'indice d'utilisation de service est en moyenne de 2,3% variant de 0,4% (RS6) à 3,6% (RS5).

**Tableau I : Répartition des différents indices de disponibilité des services de santé**

Région Sanitaire	Score de densité des établissements % (a)	Score des lits d'hospitalisation % (b)	Score des lits de maternité % (c)*	Indice disponibilité des en infra-structures sanitaires % (1)	Indice du personnel de santé (d) %	Indice d'utilisation des services % (2)	Indice de disponibilité des services %
RS 1	89,8%	46,4%	93,5%	76,6%	18,8%	1,7%	32,4%
RS 2	71,7%	60,2%	79,6%	70,5%	12,2%	1,5%	28,1%
RS 3	91,8%	70,6%	79,6%	80,7%	5,6%	3,4%	29,9%
RS 4	97,1%	17,5%	42,1%	52,2%	9,8%	3,3%	21,8%
RS 5	143,0%	34,9%	68,5%	82,1%	13,3%	3,6%	33,0%
RS 6	99,5%	37,3%	28,2%	55,0%	4,8%	0,4%	20,1%
RS 7	30,8%	58,0%	74,6%	54,5%	134,1%	2,5%	63,7%
Total général	81,4%	50,4%	69,4%	67,1%	31,8%	2,3%	33,7%

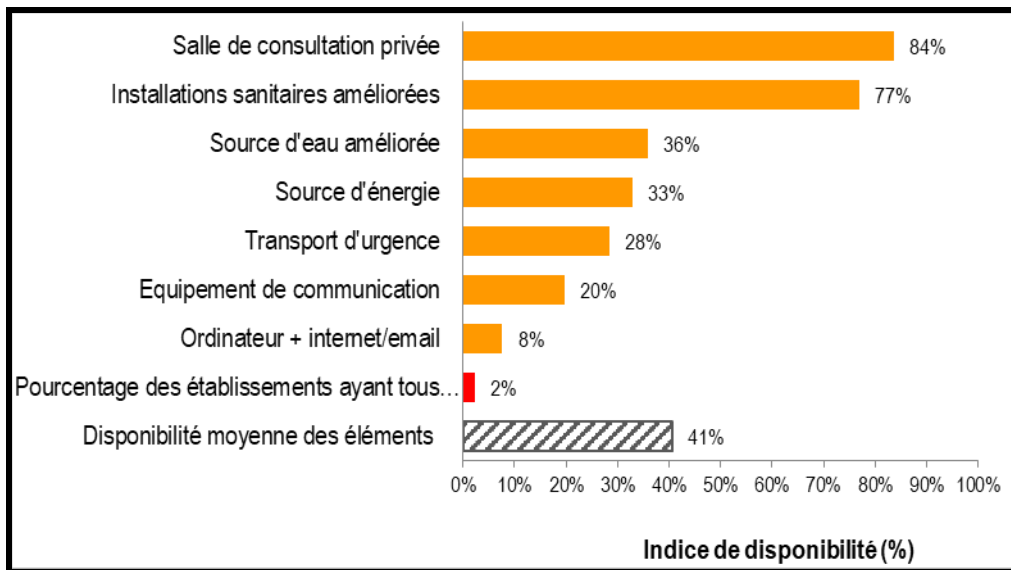
### 3.2.2. Capacité opérationnelle générale des services

La capacité opérationnelle générale des services présente en général une faiblesse des éléments traceurs au niveau des districts, notamment : (i) les aménagements et éléments de confort

indispensable, (ii) les équipements essentiels, (iii) les précautions standards pour la prévention des infections, (iv) la capacité de diagnostic, (v) les médicaments essentiels. Très peu de recherches ont été effectuées sur les capacités opérationnelles des services de santé en République Centrafricaine. L'enquête SARA RCA 2019 réalisée dans les RS 1, 2 et 7 donne les tendances suivantes :

**a) Les aménagements et éléments de confort indispensables**

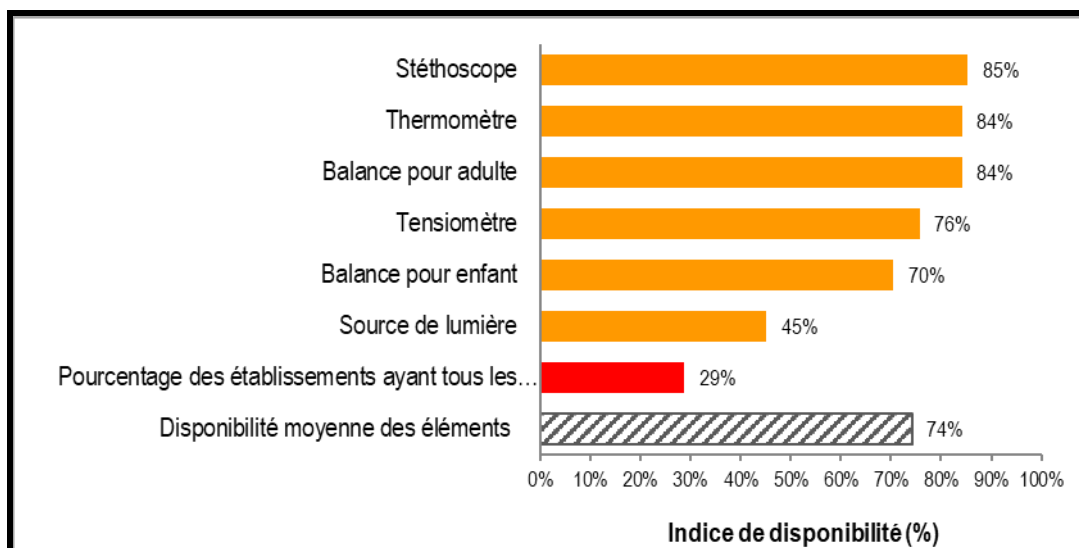
En moyenne, seulement 41% des aménagements et éléments de confort indispensables sont disponibles dans les formations sanitaires, mais seulement 2% de ces structures disposent de toutes les commodités à la fois.



Graphique 5 : Pourcentage des établissements disposant des aménagements et éléments de confort indispensables, (N=341), RCA SARA, 2019

**b) Les équipements essentiels**

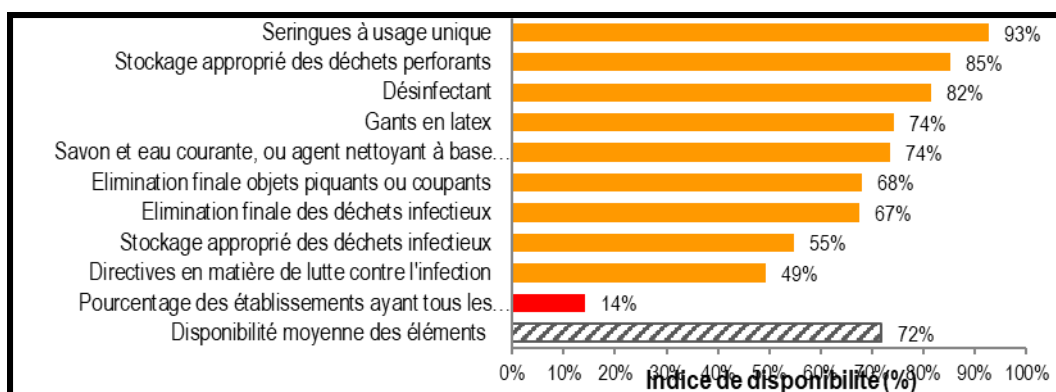
Les formations sanitaires des trois régions sanitaires enquêtées disposent en moyenne de 74% des équipements essentiels. Cependant, seulement 29% d'entre elles disposent de tous les équipements essentiels.



Graphique 6 : Pourcentage des établissements disposant des équipements essentiels (N=341), RCA SARA, 2019

### c) Les précautions standards pour la prévention des infections

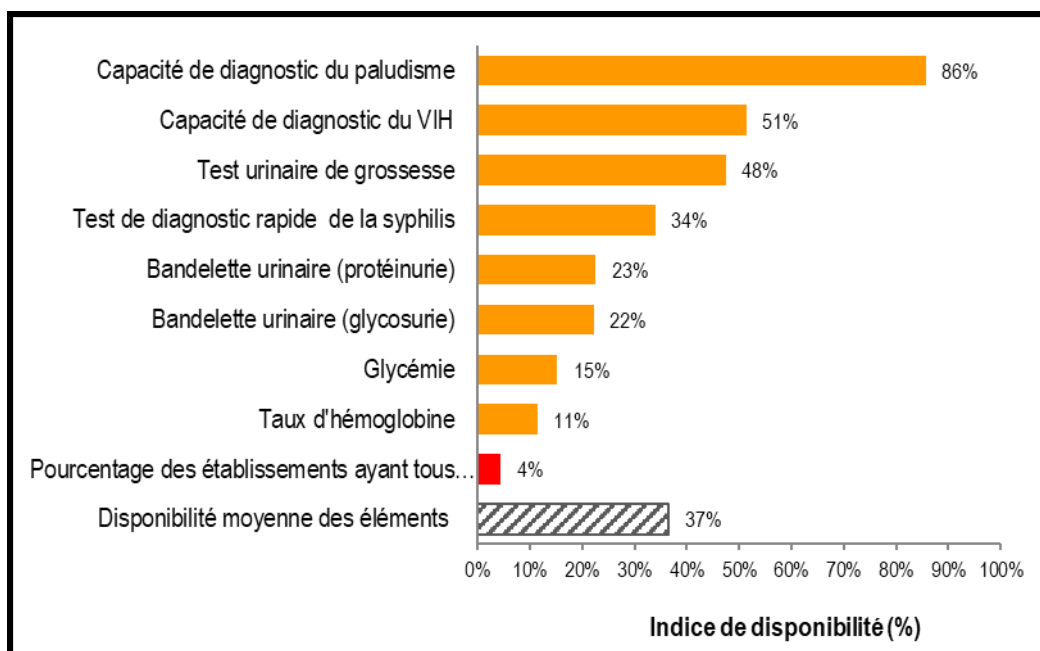
Les mesures standards pour la prévention des infections sont des pratiques d'usage dans les formations sanitaires visant à protéger le personnel soignant et les usagers des infections en milieu médical. En moyenne, 72% des mesures standards pour la prévention des infections sont pratiquées par les formations sanitaires. Cependant, seulement 14% de ces structures les observent toutes. Les mesures standards les plus fréquentes sont l'utilisation de seringues à usage unique (93%), le stockage approprié des déchets perforants (85%) et l'usage de désinfectant (82%). Les mesures standards les moins observées sont l'utilisation de directives de lutte contre les infections (49%) et le stockage approprié des déchets infectieux (55%).



Graphique 7 : Pourcentage des établissements disposant des précautions standards pour la prévention des infections (N=341), RCA SARA, 2019

#### **d) La capacité de diagnostic.**

La capacité de diagnostic des formations sanitaires est évaluée à travers la disponibilité des 8 tests de diagnostics. Selon les résultats de l'enquête SARA RCA 2019, un peu plus d'un tiers (37%) de FOSA dispose de chacun des tests de diagnostic. Mais seulement 4% des établissements de soins disposent de la totalité des tests de diagnostic.



Graphique 8 : Pourcentage des établissements disposant des capacités à effectuer des tests de laboratoire sur place, (N=341), RCA SARA, 2019

#### **e) Les médicaments essentiels**

La disponibilité moyenne des médicaments essentiels traceurs sont estimée à 27% dans les formations sanitaires des régions enquêtées. Aucune de ces structures ne dispose de tous les médicaments essentiels.

### **3.2.3. Offre et utilisation des services des programmes prioritaires**

De manière spécifique, la situation de l'offre et de l'utilisation de service des programmes prioritaires se présente de la manière suivante :

#### **a) La santé de reproduction**

##### **- La santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent**

Au plan national, selon les données de l'enquête SARA/HeRAMS 2019, 64% des formations sanitaires offrent des services de planification familiale. Cela traduit une assez bonne disponibilité

du service. Concernant les produits contraceptifs, les plus disponibles sont les préservatifs masculins (52%), les contraceptifs injectables progestatifs (51%) et les pilules contraceptives orales combinées (44%).

L'offre des services de soins prénatals est disponible dans 84% des formations sanitaires. Parmi les services de soins prénatals observés, les plus disponibles sont le traitement préventif intermittent du paludisme durant la grossesse (81%) et les suppléments en fer (75%) et en acide folique (75%). Les services les moins disponibles sont la surveillance de l'hypertension liée à la grossesse (63%) et la vaccination antitétanique (68%). Les résultats de l'enquête MICS 2018/2019 donnent les indicateurs suivants sur l'utilisation des services de soins prénatals (i) 51,8% des femmes ont réalisé CPN1 contre 41,4% pour CPN et 3,3% pour CPN8 ; (ii) 42,9% des accouchements assistés par un personnel qualifié ; les lieux d'accouchement sont avant tout les établissements du secteur public (53,9%) contre 4,5% au secteur privé. Cependant, 40,6% des accouchements avaient lieu à domicile.

Concernant les services pour l'offre des soins obstétricaux de base, en dehors des régions 3, 4, 6 et 7 où l'offre de l'accouchement dans les FOSA est moins de 25%. Les FOSA des autres régions du pays enregistrent une offre de plus de 75% aux soins obstétricaux de base. On note que la faible couverture de l'offre de service est due au manque de personnel.

En ce qui concerne les enfants, les programmes de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe (PCIMA), de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et du suivi de la croissance sont mis en œuvre dans la plupart des FOSA, respectivement 57%, 87% et 65% selon HeRAMS 2019.

Concernant l'offre des services des jeunes, selon HeRAMS 2019, la répartition de la disponibilité des services de santé de l'adolescent désagrégée au niveau des régions sanitaires 1, 2 et 7 a révélé que sur 341 formations sanitaires seulement 2, 65% offrent des services de santé de l'adolescent et jeunes.

#### **- Le programme élargi de vaccination**

Le programme élargi de vaccination couvre 11 maladies évitables chez les enfants de 0 à 11 mois et deux chez les femmes enceintes. Depuis 2018, on observe une amélioration des indicateurs du programme élargi de vaccination. Selon les données du SNIS, le nombre de centres PEV fonctionnels est passé de 421 (49%) en 2018 (Carte sanitaire RCA 2018) à 534 (53%) en 2019 ; le taux de complétude est passé de 4% en 2017 à 96% en 2020 ; le taux de couverture en Penta 3

qui était de 54% en 2017, est passé à 74% 2018 et à 80% en 2019 et 2020 ; Le taux d'abandon spécifique Penta 1/Penta 3 reste élevé mais connaît une décroissance progressive passant de 26% en 2017 à 18% en 2020.

## **b) Les maladies transmissibles**

### **- Le VIH/SIDA**

Le service du VIH/SIDA est offert dans toutes les régions sanitaires de la RCA. Cette offre est faible dans les régions 3, 4, 5 et 6 (moins de 25%). Elle est comprise entre 25% et 50% dans les régions 1 et plus de 50% dans les régions 2 et 7.

L'offre du dépistage est appréciable dans les Régions 1, 2 et 7 où la capacité de diagnostic du VIH est à 86%. L'application de la politique de recouvrement des coûts constitue une barrière financière non négligeable à la réalisation des tests.

La promotion et la distribution des préservatifs (masculins et féminins) bénéficient du soutien des partenaires. On note une quasi absence des préservatifs dans certaines régions d'urgences et éloignées. Les préservatifs masculins sont fournis dans 62% des structures sanitaires des Régions 1,2 et 7. S'agissant de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), on note qu'en 2018, 61,2% des 210.265 femmes enceintes attendues se sont présentées à au moins une consultation prénatale et seulement 65.182 (31%) ont effectué 4 visites prénatales. Deux Cent Cinquante Huit (258) structures des soins offrant la CPN sur 354, ont intégré la PTME. 28% des FOSA offrent les services de prescription des ARV et de prise en charge des patients atteints de VIH.

En 2020, selon le rapport SNIS 2020, le nombre de personnes diagnostiquées séropositives au VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral est de 50 805/110 000 (46,18%) ; le nombre de charge virale réalisée 7 384 soit 15%, en raison des difficultés d'accès géographique. Le nombre de personnes vivant avec le VIH sous ARV avec une charge virale supprimée à 12 mois (4 772 / 7 384 soit 65%. Ces résultats montrent que le pays est encore très loin des cibles des trois 90. Chez les enfants et les adolescents, 28% (2.752/9.600) ont été dépistés VIH+ et mis sous ARV (Rapport ONUSIDA 2020). La proportion des femmes enceintes et allaitantes attendues recevant un TAR à vie est de 51,5% (2.626/5.100). L'incidence du VIH est estimée à 1,2 nouvelle infection pour 1000 personnes en 2020.

### **- La tuberculose**

L'offre des services de la tuberculose est faible dans tous les districts de la RCA avec moins de 25% de participation des FOSA par district. Le manque de personnel de santé est la 1ère première cause à 80%. Ce manque est très représenté dans les RS 3, 4, et 6. Le manque d'intrants

est la 2ème deuxième cause (moins de 10%), avec les problèmes suivis de la formation du personnel (10%). Soixante-Quatre (64) FOSA offrent le service de tuberculose. Le pourcentage moyen de disponibilité des éléments traceurs pour les services antituberculeux dans ces établissements est de 58% (RCA SARA, 2019).

En 2020, 12 875 cas toutes formes confondues ont été notifiés. 79% des patients tuberculeux toutes formes confondues ont été dépistés pour le VIH dont 94% ont été mis sous traitement ; 108 patients présumés testés au premier semestre 2018 dont 23 cas présumés de TB Multi-Résistante (TB-MR) confirmés et parmi lesquels 20 cas ont été mis sous traitement de 2<sup>ème</sup> ligne. En matière de prévention, seule l'étude opérationnelle sur la chimio prévention au RH chez les enfants contact des cracheurs de bacilles et la mise en œuvre pilote de la chimio prophylaxie à l'INH chez les PVVIH ont été réalisées. Le taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas et les rechutes est de 81%.

#### - **Le paludisme**

Concernant la lutte anti-vectorielle, les données ont montré que le pourcentage des ménages disposant d'au moins un MILD est passé de 41% en 2010 à 77% en 2016 puis à 60,7% en 2018 (MICS 2018-2019) avec des pourcentages plus élevés en milieu urbain (78%) qu'en milieu rural (53,9%) et un taux d'utilisation des MILD variable selon les régions avec des extrêmes allant de 90,9% à Bangui à de 71% dans la région 3. La pulvérisation intra domiciliaire et la gestion environnementale demeurent le maillon faible de la lutte anti-vectorielle.

La Chimio prophylaxie est fondée sur le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPIg) et le nourrisson (TPIIn). La Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) a été distribuée gratuitement dans les structures publiques, confessionnelles non lucratives et privées, depuis 2015. Cependant, d'après les données du MICS6 2018-2019, on constate une grande déperdition entre TPI1 (59,7%) et TPI3 (30,2%) chez les femmes enceintes. Le traitement préventif intermittent chez le nourrisson n'a pas été mis en œuvre par manque de financement.

Le traitement du paludisme est disponible à plus de 75% dans les régions 1, 2, 3, et 5 et compris entre 50% et 75% dans les régions 4 et 6. En 2018, 89,5% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un test parasitologique ; 95% des cas de paludisme simple ont reçu un traitement antipaludique de première ligne ; 80% des cas de paludisme grave ont été pris en charge dans les centres de santé et les hôpitaux.

Malgré tous ces efforts, les défis portent sur l'insuffisance des intrants (médicaments de 1ère ligne) qui constitue la 1ère cause de la non-disponibilité du traitement du paludisme (60%), sur les faibles niveaux de pulvérisation intra domiciliaire et d'utilisation des MILD, sur l'utilisation

abusive de la quinine injectable et en perfusion et la faible implication de la communauté dans la lutte.

#### - **Les hépatites**

La RCA est située dans la zone de forte endémicité pour le virus de l'hépatite B. Les chiffres provenant de quelques études font état de la gravité de la situation. En matière de prévention, un service de lutte contre les hépatites a été créé et logé au sein de la direction de lutte contre les maladies transmissibles en début 2019. Le vaccin de l'hépatite B a été introduit depuis plusieurs années dans la vaccination de routine (Pentavalent). Mais à ce jour, aucun plan de lutte contre les hépatites n'a été élaboré.

#### - **Les infections sexuellement transmissibles (IST)**

Moins de 25% des FOSA des régions 3, 4, 5 et 6 offrent le service de lutte contre les IST. 41% des établissements sanitaires de la région 1 offrent le service contre respectivement 63% et 60% pour les régions 2 et 7. Les raisons du faible niveau de l'offre de services des IST sont l'insuffisance de personnel de santé (70%) et de leur formation (20%) ainsi que le manque d'intrants (10%). Cette insuffisance de personnel est plus observée dans les RS 3, 4, 5 et 6.

#### - **La sécurité transfusionnelle**

Il existe une faible offre de service de la sécurité transfusionnelle sur toute l'étendue du territoire. Le seul centre de référence se trouve à Bangui. Dans les Régions Sanitaires 1, 2 et 7, seulement 9% des formations sanitaires offrent des services de transfusion sanguine contre 13% dans les formations sanitaires de la région 2. Cette proportion est de 6% dans la Région 1 et 5% dans la Région 7. En générale, la transfusion sanguine semble être une compétence propre aux hôpitaux en raison d'une participation de 73% de ces établissements à l'offre de ces services contre seulement 7% pour les centres de santé et 1% pour les postes de santé. En milieu urbain, 17% des formations sanitaires offrent la transfusion sanguine contre 4% en milieu rural. Les formations sanitaires publiques participant à la transfusion sanguine représentent 7% de l'ensemble contre 13% pour le privé.

#### **c) Les maladies non transmissibles**

Les MNT telles que l'hypertension artérielle, les cancers, le diabète nécessitent un dépistage précoce en vue d'une prise en charge. Les autres maladies chroniques, notamment la drépanocytose, les affections oculaires et auditives et les autres troubles mentaux dont le nombre est en augmentation nécessitent des programmes spécifiques.



#### **d) Les Soins spécialisés**

Les soins spécialisés, notamment de chirurgie, pédiatrie, gynéco-obstétrique, traumatologie, cardiologie, ORL, dermatologie, ophtalmologie, psychiatrie, gastro-entérologie, radiologie, hémodialyse, etc... sont délivrés uniquement au niveau des hôpitaux centraux où sont regroupés les spécialistes en plus des activités de PCA. Concernant la santé mentale, on note une augmentation du nombre de problèmes. IL existe un seul centre psychiatrique pour tout le pays.

De nombreuses spécialités exercent à minima par faute d'infrastructures appropriées ou de plateau technique. Plusieurs autres domaines de spécialités font défaut dans le pays, ce qui est à l'origine des évacuations sanitaires très onéreuses.

#### **e) Les soins de réadaptation**

En République centrafricaine, le Ministère en charge de la Santé et de la Population assure la tutelle des services en charge du secteur de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle. Le MFFPE est quant à lui, en chargée de l'insertion et de la réinsertion des personnes en situation d'handicap. Il n'y a pas de département structuré pour la rééducation fonctionnelle et pour la médecine physique au sein du Ministère de la santé et de la population.

Les services de rééducation et réadaptation fonctionnelle avec appareillages et aides techniques sont principalement fournis par l'Association Nationale de Rééducation et d'Appareillage de Centrafrique (ANRAC) et par quelques structures publiques appuyées et soutenues par très peu d'agences humanitaires notamment le CICR et quelques ONG Internationales (Cas de l'hôpital régional de Bambari). L'infrastructure est vétuste et la maintenance des locaux par le personnel du ministère reste lacunaire et en aucun cas préventive.

Il n'y a pas à ce jour d'informations actualisées sur le nombre de personnes handicapées dans le pays. Sur la base des données d'estimation de l'OMS (0,5%), environ 30 000 personnes pourraient avoir besoin d'une aide technique et ou d'un appareillage accompagnée d'un traitement en rééducation fonctionnelle. Ce chiffre est très probablement en deçà de la réalité.

La situation des ressources humaines reste catastrophique avec seulement 4 orthoprothésistes formés et 2 physiothérapeutes diplômés. Pas de médecin spécialiste en médecine physique et très peu de chirurgiens orthopédiques qualifiés pour tout le pays. Les personnes en situation de handicap n'ont toujours pas accès à des services de réadaptation physique suffisants et adéquats.

## **f) Les interventions de sécurité sanitaire**

La RCA s'est engagée dans le renforcement des capacités conformément aux exigences du RSI 2005. Ainsi en 2018, elle a mené une évaluation externe conjointe (EEC) avec la participation de nombreuses structures nationales issues des différents Ministères et autres secteurs impliqués. La surveillance des maladies s'inscrit dans le cadre de la surveillance épidémiologique intégrée de maladie et de riposte (SIMR) comprenant des maladies à notification immédiate, hebdomadaire et mensuelle. De manière routinière, 23 maladies sont sous surveillance. Dès la confirmation d'un cas de maladie à potentiel épidémique, le Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) est activé dans les 24h, par le Ministre en charge de la Santé et de la Population. Avec l'appui technique de l'OMS, le Ministère, a mis en place un système de surveillance à base électronique dans les 35 districts et 93 FOSA.

### **3.3. Analyse de la performance et des Investissements du système de santé**

Cette analyse a porté sur les six piliers ci-après du système de santé :

#### **3.3.1. Gouvernance et leadership**

Dans le domaine de la gouvernance, des progrès notables tant sur le plan organisationnel que fonctionnel ont été enregistrés dont les principaux sont :

- i) La volonté politique affichée au plus haut sommet de l'Etat en faveur de la santé à travers les dix domaines d'Impulsions Présidentielles pour la couverture santé universelle en RCA,
- ii) La décentralisation du processus de coordination, de planification, de gestion, et de suivi-évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- iii) L'adoption de la Politique Nationale de Santé (2019-2030), de la loi portant sur les médicaments, les autres produits de santé et l'exercice de la pharmacie, du décret portant sur la gratuité ciblée des soins aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes et allaitantes, aux victimes de violence basée sur le genre ainsi que d'autres textes réglementaires et législatifs),
- iv) L'élaboration et la mise en œuvre de plusieurs documents stratégiques (PNDS I et II, PTSS et PISS), de textes législatifs et réglementaires.
- v) La mise en place d'une plateforme et d'instances de coordination et de concertation entre le Ministère de la Santé et de la Population et les Partenaires Techniques et Financiers.

En dépit de ces progrès, il persiste un certain nombre de faiblesses, notamment l'insuffisance de régulation de l'offre de soins et service de santé pour garantir la transparence et l'équité, l'inexistence d'un mécanisme de coordination multi sectorielle, l'absence d'un processus annuel formalisé de planification ascendante, d'un mécanisme de certification et d'accréditation des

structures de soins et des professionnels de santé ainsi que l'inexistence de mécanisme intégré de suivi-évaluation des plans mis en œuvre dans le secteur.

L'Etat a aussi des difficultés à affirmer son leadership à tous les niveaux, à faire fonctionner les instances de coordination et de concertation interne et externe et à booster la participation communautaire.

Au plan de la protection des personnes, il y a une insuffisance des dispositifs législatifs et règlementaires qui encadrent la protection sanitaire humaine. Bien qu'il existe des outils de planification, de reddition de compte et de suivi évaluation, on observe leur faible utilisation

Le secteur privé, les communautés et le secteur de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée sont faiblement impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et stratégies de santé.

En termes de régulation il y a une faible capacité des structures de contrôle et d'inspection à veiller au respect des textes et une insuffisance de régulation du sous-secteur privé.

### **3.3.2. Prestations de services**

Le système de santé en RCA est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle. Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux. Malgré cet important dispositif de soins, il persiste des zones de silence sanitaire. Sur les sept régions, deux régions (5 et 6) atteignent la norme OMS et quatre régions enregistrent une densité supérieure à 1/10 000 habitants. Mais ces données de ces deux régions sanitaires cachent des réalités relatives aux distances moyennes à parcourir. Et on note une forte demande d'évacuation sanitaire à l'étranger pour insuffisance de capacité opérationnelle (Rapport d'évacuation sanitaire de 2019).

Le secteur sanitaire privé a connu ces dernières années l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes sortes (cliniques, centres de santé, cabinets médicaux, cabinets dentaires, et de soins, points de vente illégaux de médicaments, infirmeries privées) s'insérant parfaitement dans les différentes régions du pays. Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. Le pays compte pour ce secteur, 136 établissements de santé privés y compris le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à assise communautaire qui participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire (SARA/HeRAMS 2019).

Concernant la santé communautaire, le gouvernement a affiché sa volonté politique avec le soutien de ses partenaires à élaborer l'actuel Plan National de Développement Sanitaire de troisième génération qui accorde une place de choix à la santé communautaire.

Dans le cadre de la promotion de la santé, on peut relever l'insuffisance de la participation (individuelle et communautaire) dans les actions de santé. Cela est pourtant central dans la Politique Sanitaire car le développement de la santé nécessite des actions à l'intérieur comme à l'extérieur du système de santé. A cela, s'ajoute l'absence de mécanismes définissant clairement la collaboration multisectorielle et les partenariats à différents niveaux de la société en général. La nouvelle vision de la Promotion de la Santé fait appel à la contribution effective de tous les secteurs sanitaires et non sanitaires pour améliorer la santé publique et par conséquent, les conditions socio-économiques de la population pour un développement intégral et durable du pays.

L'Etat a consenti beaucoup d'efforts ces dix (10) dernières années afin :

- i) d'améliorer les prestations des services de santé avec la mise en place de paquets d'intervention, de protocoles, de normes et directives de soins à chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- ii) de dynamiser les réseaux des relais communautaires pour la détection et la prise en charge de certaines affections,
- iii) et d'encourager le sous-secteur sanitaire privé en plein essor d'épanouissement.

Ces acquis ont permis d'améliorer certains indicateurs traceurs : le taux d'accouchements surveillés ou assistés qui est passé de 18,5% en 2018 à 91,8% au premier trimestre 2020 ; le taux de la couverture vaccinale en antigène traceur Penta 3 qui est passé de 20% en 2017 à plus de 80% en 2019 dans plus de la moitié des districts sanitaires, et l'élimination de la poliomyélite sauvage.

Malgré ces acquis, des insuffisances subsistent à type de fragmentation de l'offre de soins et services de santé ; de faible niveau de qualité de services ; de mauvais fonctionnement du système d'alertes précoce ; d'insuffisance de monitoring et de supervision des interventions, d'insuffisance de protocoles normatifs dans la pratique médicale et paramédicale. L'exercice privé de la médecine est émaillé par l'installation anarchique et l'exercice illégal ainsi que la prolifération de cabinets de soins et cliniques illégaux. En dépit du taux élevé des décès maternels, il n'existe pas d'audit systématique de tout cas de décès maternel et la notification des décès maternels et périnataux n'est pas encore rendue obligatoire.

### **3.3.3. Ressources humaines en santé (RHS)**

La démographie des professionnels de santé constitue un défi majeur. L'on dénombre globalement 5,5 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants. Cette densité de professionnels de santé reste en deçà des proportions très faibles par rapport aux normes de l'OMS qui est de 23 travailleurs de la santé pour 10 000 habitants.

Selon le fichier de la solde, il a été enregistré un effectif de 1932 personnels de santé actifs toutes catégories confondues en 2020. En outre, la répartition géographique du personnel est inégale. La région sanitaire n°7, Bangui la capitale du pays, dépasse largement la moyenne nationale avec 20,9 professionnels de santé pour 10 000 habitants. Les plus faibles densités sont enregistrées dans les régions sanitaires 6 et 3 avec respectivement 1,1 et 1,3 professionnels de santé pour 10 000 habitants. La pénurie de médecins spécialistes et autres agents spécialisés se fait sentir à tous les niveaux du système de santé.

Par ailleurs, il n'existe pas à ce jour une base de données fiable sur la situation des ressources humaines en santé au niveau national (sous-secteur public comme privé).

L'Etat a procédé à des recrutements massifs de ressources humaines qualifiées ces deux dernières années pour pallier le déficit, en intégrant en moyenne 200 agents de santé dans la fonction publique par année.

La gestion des RHS est confrontée à d'énormes défis, parmi lesquels : i) la faible capacité de production des ressources humaines qualifiées en santé ; ii) l'absence de plan d'investissement et de développement des RHS avec un plan de mise en œuvre ; iii) l'insuffisance de recrutement et de la dotation des RH face aux énormes défis et inférieurs aux divers départs (retraite, décès, disponibilité, détachement et démission), ; iv) l'absence de mécanisme de motivation et de fidélisation dans un contexte de crise fortement marquée par l'attraction exercée par les ONG humanitaires et les PTF qui offrent des opportunités salariales plus alléchantes ; v) l'absence d'une base de données fiable sur la situation des RHS exerçant dans les secteurs publics et privés et l'insuffisance de contrôle.

La capacité de production des écoles de formation en santé reste faible par rapport aux besoins. Ces dernières années, on assiste à une prolifération des écoles de formation privées qui pour la plupart ne respectent pas les normes et standards pour la production des agents qualifiés.

En outre, on note une augmentation des cas de mauvaises pratiques contraires à l'éthique et à la déontologie parmi le personnel soignant créant un risque pour la profession, la sécurité et la satisfaction du patient, son autonomie et la justice sociale.

### **3.3.4. Infrastructures et équipements**

#### **a) Les infrastructures**

La densité d'établissements de soins est estimée à 1,6 établissement de santé pour 10 000 habitants par rapport à la norme OMS qui est de 2 établissements pour 10 000 habitants. La plus forte densité (2,9%) est observée dans la région sanitaire n°5, la plus faible (0,6) se situe dans la région n°7. Sur les sept régions, deux régions (5 et 6) atteignent la norme OMS et quatre régions enregistrent une densité supérieure à 1/10 000 habitants.

La couverture moyenne en lits d'hospitalisation est de 13 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants avec des disparités entre les régions. La région sanitaire n°3 enregistre la plus forte densité avec 18 lits pour 10 000 habitants, tandis qu'au niveau de la région n°4, l'on note la plus faible densité, soit 4 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants. La norme en matière de disponibilité en lits d'hospitalisation est de 25 lits pour 10 000 habitants selon l'OMS.

L'analyse de la répartition des infrastructures de santé du secteur public révèle une inégale répartition selon les régions, en considération de la densité des infrastructures par 1000km<sup>2</sup>.

En tenant compte du critère spatial pour 1000 km<sup>2</sup> dans une Région Sanitaire, le Ministère de la Santé distingue 3 groupes de couverture sanitaire :

- Groupe 1 : moins d'une infrastructure au 1000 km<sup>2</sup> (RS5, et 6)
- Groupe 2 : 1 à 2 infrastructures pour 1000 km<sup>2</sup> (RS 1, 2, 3 et4)
- Groupe 3 : 1 infrastructure au km<sup>2</sup> (RS 7)

En conclusion, la couverture du pays en infrastructures sanitaires reste globalement insuffisante avec des disparités et une répartition inégale aussi bien entre les régions sanitaires et à l'intérieur des régions, par une vétusté des établissements de soins et des équipements qui datent de la période coloniale.

#### **b) Les équipements**

Les équipements essentiels font référence au minimum de matériels médicaux nécessaires à la formation sanitaire pour prester. Ces équipements essentiels requis sont : la balance pour adulte, la balance pour enfant, le thermomètre, le stéthoscope, le tensiomètre et la source de lumière. Les formations sanitaires disposent en moyenne de 74% des équipements essentiels. Cependant, seulement 29% des formations sanitaires disposent de tous les équipements essentiels.

L'analyse de la disponibilité de l'équipement essentiel montre que la source de lumière est le moins disponible (45%) que la balance pour enfant (70%), le tensiomètre (76%), le thermomètre et la balance pour adulte (84%) et stéthoscope (85%).

### **3.3.5. Médicaments et produits de santé**

L'approvisionnement, la distribution, la disponibilité et l'accessibilité des produits de santé demeurent une priorité pour le secteur de la santé. C'est ainsi que la loi N°20 012 du 11 juin 2020 portant sur le médicament, les autres produits de santé et l'exercice de la pharmacie en République Centrafricaine a été promulguée.

Le secteur pharmaceutiques souffre des problèmes suivants : i) l'absence de textes d'application de la Loi portant sur le médicament, les autres produits de santé et l'exercice de la pharmacie, ii) l'absence d'un système d'information intégré de gestion logistique des médicaments et produits de santé, iii) l'inexistence de procédures spécifiques de passation de marchés pour l'acquisition des médicaments et produits de santé, iv) la faiblesse de l'Autorité de Règlementation Pharmaceutique, v) l'insuffisance de contrôle et d'inspection des établissements et services pharmaceutiques ; vi) l'insuffisance de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé à tous les niveaux,, vii) la non décentralisation en dehors de la capitale de la collecte, la production et la distribution de produits sanguins, viii) l'insuffisance de ressources humaines qualifiées en pharmacie et ix) l'insuffisance de contrôle et d'inspection du marché et de la vente illicite des médicaments. Ces insuffisances ont entre autres conséquences la faible disponibilité des médicaments et intrants spécifiques dans les formations sanitaires et la persistance de la circulation des médicaments de qualité inférieure et falsifiés.

L'approvisionnement en vaccins et matériels d'injection se fait sur le budget de l'Etat avec l'appui de l'UNICEF, de l'OMS et de GAVI. Les vaccins sont stockés au niveau central dans des chambres froides de capacité suffisante.

L'enquête SARA/HeRAMS 2019 révèle une faible disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires. En moyenne 27% de chacun des médicaments essentiels traceurs étaient disponibles dans les formations sanitaires du pays. Sur les 24 médicaments essentiels traceurs, 7 étaient disponibles dans plus de la moitié des formations sanitaires et 13 étaient disponibles dans moins de 10% des formations sanitaires.

### **3.3.6. Système d'information sanitaire, surveillance et recherche**

La RCA a entrepris la mise en place de la base de données de routine DHIS2 afin de permettre d'assurer la disponibilité et l'utilisation d'informations sanitaires de qualité pour la prise de décision.

Toutefois, il demeure des insuffisances telles que : i) la fragmentation du système d'information sanitaire en sous-système sans interconnexion et sans interopérabilité ; ii) l'insuffisance dans la collecte, l'analyse, l'archivage, la diffusion et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux ; iii) la faible qualité des données ; iv) la faible capacité de production des données pour la gestion des épidémies et autres problèmes de santé, y compris le changement climatique.

### **3.3.7. Financement**

#### **a) Analyse de la structure du financement de la santé : Forces et faiblesses**

Les principaux acteurs du financement de la dépense totale de santé en République Centrafricaine sont les ménages, l'Etat, les PTFs (partenaires bilatéraux, multilatéraux, les Agences des Nations Unies) y compris les ONGs et le secteur privé (à but lucratif et non lucratif). En 2018, jusqu'à 93,25% des dépenses courantes de santé ont été assurées principalement par les ménages, l'Etat et les PTFs (Rapport CNS\_RCA\_2015-2018). Cependant, l'on note une absence d'alignement sur la stratégie pays en matière de mobilisation des ressources et l'existence d'une multiplicité des procédures des PTFs à laquelle s'ajoute la faible coordination de l'Aide.

La Loi organique n° 18.013 du 13 juillet 2018 relative aux lois de finances en République Centrafricaine prévoit des lignes budgétaires dans le Budget Général de l'Etat pour le financement de la santé. Les ménages contribuent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts depuis l'adoption de l'Initiative de Bamako. Il est à relever l'absence de dispositifs législatifs et réglementaires de mutualisation du risque maladie et d'une Stratégie nationale de couverture sanitaire universelle.

Le secteur privé est représenté par les formations sanitaires privées, les assurances privées en santé. Le secteur de la santé bénéficie de plusieurs sources de financement qui couvrent la gratuité ciblée ou totale dans les différents Districts Sanitaires du pays.

Les différents programmes nationaux de santé offrent des soins gratuits de façon permanente à la population à travers les FOSA grâce aux bailleurs externes tels que le Fonds Mondial (Palu, TB et



HIV) et GAVI (la vaccination). Le PBF est mis en œuvre dans 28 districts du pays avec l'appui de la Banque Mondiale et de l'Union Européenne.

Certaines zones du pays en proie à l'insécurité bénéficient de la gratuité totale des soins soutenue par les ONG internationales. En outre la gratuité ciblée des soins est accordée aux enfants de moins de 5 ans, aux femmes enceintes, aux femmes allaitantes et aux victimes de violences basées sur le genre. Elle a été instituée par décret n°19.037 du 15 février 2019.

Les investissements en santé quant à eux, ont enregistré une croissance régulière sur la période 2015-2018 mais demeure assez faible dans le pays. Le niveau des investissements est compris entre 0,06 milliards de FCFA en 2015 et 0,39 milliards de FCFA en 2017. (Rapport CNS\_RCA\_2015-2018).

### **b) Performance du financement de la santé**

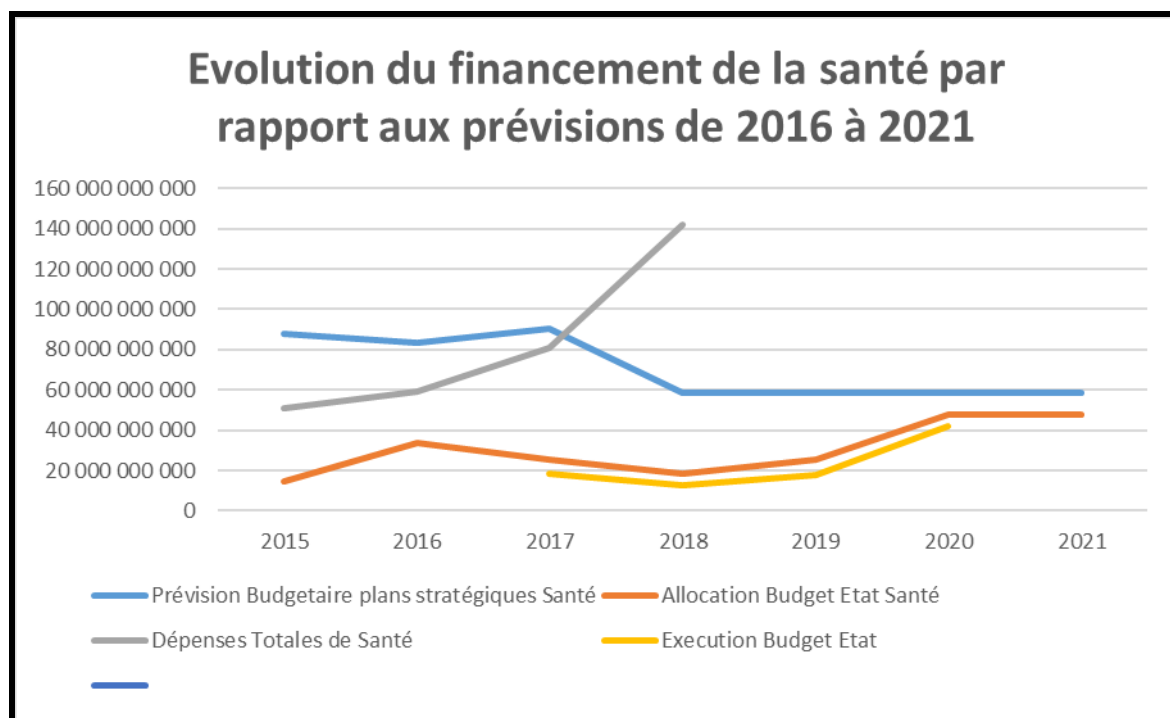
Le Ministère de la santé a fonctionné avec un Plan de Transition du Secteur Santé (PTSS) 2015-2017 et un Plan Intérimaire du Secteur Santé (PISS) 2018-2019. Le coût estimatif du PTSS était évalué à 262 209 000 000 FCFA pour les trois années alors que celui du PISS 2018-2019, à 105 944 450 087 FCFA pour la mise en œuvre des interventions prévues.

Selon le Rapport des Comptes Nationaux de Santé 2015-2018, la Dépense Totale en Santé a connu une augmentation progressive passant de 50 532,62 Milliards à 80 594,71 Milliards au cours de la période de la mise en œuvre du PTSS. Cette croissance a évolué de 75,83% au cours de la première année de la mise en œuvre du PISS. L'analyse du niveau du financement révèle que le volume des Dépenses Totales en Santé (DTS) a augmenté régulièrement 50,53 milliards de FCFA en 2015, pour atteindre 80,59 milliards de FCFA en 2017 puis 141,71 milliards de FCFA en 2018.

Les dépenses pour les soins préventifs ont diminué au cours de la mise en œuvre du PTSS et représentent respectivement 25,16 % ; 17,31% et 17,88% au cours des trois années de la mise en œuvre du PTSS. On remarque une augmentation progressive des dépenses accordées aux soins curatifs qui sont de l'ordre de 55,06% ; 69,59% et 69,07% respectivement au cours de la même période. Les dépenses en médicaments ont occupé une part marginale au cours de la même période d'étude.

Concernant le budget de l'Etat, l'analyse du financement du secteur de la santé de 2016 à 2020 révèle une performance mitigée. Il est observé sur la série de 5ans pour ce qui concerne les

ressources mobilisées deux pics majeurs et trois situations de contre-performance. Les pics sont observés en 2016 où le budget du secteur est évalué à 34, 018, 644,000 soit 13,12% du Budget Général de l'Etat et en 2020 où le budget du secteur est évalué à 47, 510, 367,000 soit 14,47% du BGE. Le pic de 2020 est consécutif à la mobilisation accrue des ressources en partie provenant de l'aide budgétaire pour la réponse à la pandémie de Covid-19.



**Graphique 9 : Evolution du financement de la santé par rapport aux prévisions de 2016 à 2021**

Les dépenses totales de santé ont une progression ascendante à partir de 2017 avec un pic enregistré en 2018 et largement au-dessus des prévisions. L'on constate même une baisse des allocations du Budget de l'Etat versus dépenses de santé qui ont une allure exponentielle en 2018. En outre le niveau d'exécution du budget de l'Etat est également est continuellement inférieur aux approbations budgétaires.

Il convient de noter que les différentes contre-performances observées s'expliquent par la crise militaro-politique qui a ébranlé le pays durant ces cinq dernières années. Les résultats obtenus en 2020 pourraient bien être liés à l'assainissement de la situation sécuritaire.

En examinant la performance par rapport aux dépenses totales de santé, on se rend compte que les ménages ont supporté entre 2016 et 2018 plus de 51% de ces dépenses. Ils sont suivis par les PTFs avec une moyenne de 38,96%. L'Etat sur la période a contribué que pour 9,4%. Ce constat

confirme la forte dépendance du financement de la santé des Ménages et des PTFs (CNS RCA 2015-2018).

La dépense par tête d'habitant a enregistré une croissance régulière ces quatre dernières années avec un accroissement passant de 10 200 FCFA en 2015 à 26 924 FCFA en 2018. Cependant, elle reste toujours en deçà de la norme de l'OMS qui est de 112 \$USD. Un croisement de ces différents résultats avec le niveau de pauvreté dans le pays montre que les dépenses de santé plongent les populations dans l'extrême pauvreté.

Le présent PNDS est appelé à apporter donc une réponse à la réduction des paiements directs des ménages et à l'élimination de la barrière financière. Le budget alloué au secteur de la santé devrait alors augmenter annuellement parallèlement aux besoins ressentis et les procédures de mobilisation et d'utilisation des fonds devraient être assouplies.

### **3.4. Déterminants de la santé**

L'amélioration de l'état de santé des populations ne dépend pas du seul secteur de la santé. Elle est la résultante de plusieurs facteurs qui peuvent influencer positivement ou négativement l'état de santé. Ces facteurs sont appelés déterminants de la santé. Au rang de ceux-ci, l'on cite ; les facteurs politiques, l'agriculture, l'élevage et la sécurité alimentaire, l'éducation, l'eau et l'assainissement, les facteurs économiques, les habitudes de vie (habitation, consommation, activités, etc.), les facteurs socio-culturels, les facteurs climatiques, les facteurs environnementaux, le transport et la communication.

#### **3.4.1. Facteurs politiques**

La Constitution de la République centrafricaine a prévu un régime présidentiel où le Président de la République est à la fois Chef de l'État, Chef de l'Exécutif et garant de l'indépendance du Pouvoir judiciaire. Le Pouvoir législatif est exercé par le Parlement qui comprend deux chambres : l'Assemblée Nationale et le Sénat. Cette deuxième Chambre du Parlement n'est pas encore mise en place et le sera bientôt à l'issue des consultations municipales prévues en 2022.

Les troubles militaro-politiques récurrentes suite aux événements survenus depuis 2013, marqués par de nombreux actes de violences, des tueries notamment de populations civiles, des pillages et de graves violations de Droits Humains, ont entraîné la République Centrafricaine dans une crise

profonde caractérisée par l'insécurité généralisée, la paupérisation de la communauté, la destruction des formations sanitaires et la faillite de l'État.

Le Gouvernement, avec l'appui de ses Partenaires, a élaboré et met en œuvre le RCPCA pour soutenir la paix, la sécurité et la réconciliation nationale. Il est noté aujourd'hui un engagement politique très fort en faveur du bien-être et de la parfaite santé des populations. Cet engagement s'est matérialisé à travers les dix domaines d'Impulsion Présidentiels de la Couverture Sanitaire Universelle. De plus, le lancement du processus d'élaboration du présent PNDS le 21 Juin 2017 à l'Assemblée Nationale, en présence de la Directrice Régionale de l'OMS pour l'Afrique, sous le Haut Patronage de S. E. Pr Faustin Archange TOUADERA, Président de la République, Chef de l'Etat est un autre signal fort attestant de sa volonté politique d'accorder un rang de priorité élevé au secteur de la santé.

### **3.4.2. Agriculture et Sécurité alimentaire**

La production agricole en RCA continue de souffrir de la volatilité de la situation sécuritaire, des déplacements récurrents de populations, des difficultés d'accès aux intrants et aux outils agricoles, d'un faible appui au secteur, des irrégularités ou manque de pluies pendant la période sensible de culture, ainsi que des maladies des cultures

Au regard de la dernière analyse IPC de septembre 2021, sur les 4,9 millions de personnes vivant dans les sous-préfectures analysées, 2,05 millions soient 42% de la population analysée, font face à une insécurité alimentaire aiguë élevée (Phase 3 et 4 de l'IPC), dont 619.565 personnes en Urgence (Phase 4 de l'IPC).

Parallèlement à cela, près de 213.897 enfants de moins de cinq ans et plus de 98.000 femmes enceintes et allaitantes souffriront probablement de malnutrition aiguë au cours de 2022 pour les 68 sous-préfectures et Bangui qui ont été analysées par l'IPC sur un total de 71 sous-préfectures. Parmi ces estimations, plus de 60.000 enfants sont sévèrement malnutris nécessitant une prise en charge urgente. Les sous-préfectures classées en situation d'urgence alimentaire (Phase 4 de l'IPC) sont : Mingala, Satéma, Obo, Ippy, Kwango, Bocaranga, Bozoum, Kouï et Ngaoundaye.

Cette estimation corrobore les résultats de la dernière enquête nutritionnelle SMART 2019 montrent une situation nutritionnelle alarmante : 5,8% des enfants de 6 à 59 mois présentent une malnutrition aiguë globale (MAG) ; 42,3% de malnutrition chronique (MC). À l'exception de Bangui, toutes les autres préfectures ont des prévalences de malnutrition chronique globale supérieures à 30% (considéré comme seuil très élevé par l'OMS/UNICEF, 2019). De plus, les préfectures suivantes : Basse Kotto, Kémo, Lobaye, Mambéré Kadéï, Nana Mambéré, Nana

Gribizi, Ouaka, Ouham, Ouham Pendé et Sangha Mbaéré ont des taux de prévalence de la malnutrition chronique au-delà de 40%. Le taux le plus élevée est observé dans la préfecture de la Sangha Mbaéré avec une moyenne de 57,0% (52,3-61,6).

Il est à noter que certaines pratiques traditionnelles néfastes et l'analphabétisme élevé chez les femmes constituent non seulement un obstacle, mais parfois une menace à la bonne alimentation des enfants et des femmes enceintes (les interdits alimentaires).

### **3.4.3. Elevage**

L'élevage centrafricain se caractérise par un taux d'exploitation global du bétail estimé à environ 11% et un apport substantiel au commerce extérieur avec importation des denrées alimentaires d'origine animale qui sont souvent non contrôlées par le service vétérinaire. Cette faible production de protéine animale liée à la crise est influencée par l'importation massive des produits carnés illicites. La faible capacité du Laboratoire Central Vétérinaire (LACEVET) entrave l'analyse des échantillons alimentaires et l'application efficiente du Codex alimentarius.

### **3.4.4. Éducation**

En RCA, le taux net de scolarisation au primaire est passé de 72% (65% chez les filles et 79% chez les garçons) en 2016 à 84% (74% chez les filles et 94% chez les garçons) en 2017. Le Taux d'achèvement au Fondamental 1 est constant entre 2016 (48%) et 2017 (49%).

Il est noté au niveau de la population en général que 35,6% des femmes n'ont aucun niveau d'instruction ou sont de niveau préscolaire contre 11,9% pour les hommes, 41,1% des femmes sont du niveau fondamental 1 contre 45% pour les hommes, environ 16% des femmes sont du niveau fondamental 2 contre 28% pour les hommes et 7,3% des femmes sont du niveau secondaire et plus contre 14,9% pour les hommes<sup>4</sup>.

Le taux d'alphabétisation des adultes entre 2016 et 2018 est estimé à 58,9%. Ce taux était de 24,9% chez les femmes contre 47,4% chez les hommes<sup>5</sup> selon le MICS 6. Ce faible niveau d'instruction et d'alphabétisation ne permet pas une bonne connaissance des facteurs de risques sanitaires et une appropriation des messages de sensibilisation pour la promotion de la santé en vue du bien être en parfaite santé.

---

<sup>4</sup> Enquête par grappes à indicateur multiples 2018-2019 (MISC 6) RCA, 2021

<sup>5</sup> Enquête par grappes à indicateur multiples 2018-2019 (MISC 6) RCA, 2021

On compte environ 2973 écoles du Fondamental 1 dont 1437 disposent de latrines et seulement 615 disposent d'un point d'eau (101 ont l'eau du robinet, 428 sont équipées de forage et 86 ont des puits non tarissables). Aucune information n'est disponible sur le dispositif de lave main dans les écoles ni sur le nombre de celles qui ont l'électricité.

### **3.4.5. Eau et assainissement**

La grande majorité de la population vit dans des conditions d'hygiène très difficiles. Avant la crise, l'enquête MICS6 2018-2019 révèle qu'en République Centrafricaine, plus de la moitié des ménages (58,7%) utilisent de l'eau de boisson de sources améliorées. Ce taux était fonction du lieu de résidence, et variait de 83,2% en milieu urbain à 45,2% en milieu rural. On est bien loin de ces taux aujourd'hui après la crise qui a secoué le pays.

En effet sur le plan de l'assainissement, la situation est très préoccupante : les types de latrines les plus courants sont les latrines à trou recouvertes d'une dalle (13,5%, selon le MICS6). Les latrines à trou sans dalle ne sont pas considérées comme des toilettes améliorées, or ce sont les plus fréquemment utilisées par la population (46,7%). On note en outre que plus d'un quart de la population (27,3%) n'utilise aucun type de toilette et défèque à l'air libre, ce qui ne répond pas à des conditions d'hygiène adéquates. La gestion des déchets des ménages n'est pas organisée. Les ménages déchargent leurs déchets à l'aire libre ou dans les canaux d'évacuation d'eau, favorisant ainsi des inondations ou la stagnation d'eau dans les quartiers.

Les populations s'approvisionnent à partir des eaux de la nappe phréatique pompée et traitée grâce aux appareils électromécaniques installés. Environ 60% des ménages s'approvisionnent à partir des forages équipés de pompe à motricité humaine, des puits traditionnels, des eaux de surfaces et les sources non aménagées.

### **3.4.6. Facteurs économiques**

La RCA est l'un des pays les plus pauvres au monde. Plus de 70% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation économique influence le pouvoir d'achat des populations en matière de consommation de biens et de services et réduit l'accès aux soins et services essentiels de santé. La République centrafricaine se trouve actuellement dans une situation économique et financière très difficile. L'histoire économique de ce pays, depuis la colonisation jusqu'à nos jours, est marquée par un parcours irrégulier. Pays enclavé (du point de vue spatial, social, politique et

économique), situé au cœur de l'Afrique, il est handicapé dans son développement économique par l'éloignement de l'océan et le mauvais état des routes, ce qui rend les exportations moins concurrentielles et augmente sensiblement le coût des importations. L'éparpillement de la population sur une vaste étendue du territoire, conjugué avec l'insuffisance d'infrastructures de transport tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, constituent de freins pour le développement économique du pays. .

L'analyse des inégalités par l'approche des « avoirs du ménage » à l'aide des données des enquêtes réalisées (MICS, PNUD), a révélé de grandes inégalités en matière d'éducation, de santé, de nutrition et de jouissance des droits des enfants en RCA. Le constat est que les ménages les plus vulnérables sur le plan social sont les pauvres. L'Indicateur IDH par genre en RCA en 2016 relève des niveaux de développement humain entre les régions par sexe en RCA. Les inégalités sont évidentes entre Bangui et les autres régions. Ainsi, l'on note l'IDH allant de 0,317 dans l'Ouham Pendé en passant par 0,360 dans l'Ombella M'Poko pour atteindre 0,391 à Bangui.

#### **3.4.7. Habitudes de vie : habitation, consommation, activités**

En RCA, on rencontre des habitats de plusieurs types : traditionnel simple ou amélioré, en semi dur et moderne. Les constructions traditionnelles sont caractérisées par un sol en terre battue, des murs en briques de terre crue, et un toit en chaume. La construction traditionnelle améliorée est caractérisée par un sol en ciment, des murs en briques de terre crue, une toiture en tôles. Les logements en semi dur sont presque exclusivement observés en milieu urbain avec une proportion faible.

Les logements de types traditionnels simples représentent le cadre de vie de la majorité des Centrafricains (60,0%), plus particulièrement ceux résidant en milieu rural (77,7%) et qui représentent 62,1% de la population du pays. Les logements traditionnels améliorés bien que faibles en proportion au niveau national (15,2%) se concentrent en milieu urbain (28,0%) (Source : RGPH 2003). Il y a en moyenne 4,8 personnes par ménage. Le taux de dépendance est de 95,5 en zone urbaine et de 112,3 en zone rurale.

Il est également observé au sein des populations la consommation abusive de l'alcool frelaté, la consommation de tabac et autres drogues, la faible consommation de fruit et légume, le manque d'activité physique et sportive et l'obésité.

L'augmentation de la consommation des denrées alimentaires d'origine animale importées qui n'ont pas subi un contrôle sanitaire de qualité constitue un facteur de risques potentiels pour la santé.

### **3.4.8. Facteurs socioculturels**

Il est parlé en RCA deux langues officielles : le Français et le Sango qui est la langue nationale parlée sur tout le territoire, et environ 80 langues ethniques<sup>6</sup>. Au nombre des groupes ethniques rencontrés figurent le groupe des Haoussas 3,3% les Sara 5,8 % les Mboum 8%, Gbaya 31,7%, les Mandja 9,3%, les Banda 18,2%, les Bantou 7,3%, les Sango 8,7%, les Zandé 3,6% et les autres ethnies 4,5%<sup>7</sup>. Du point de vue religion, le catholicisme représente 28,7%, le protestantisme 62,4%, l'islam 6,1% et l'animisme 1,2% avec une partielle intégration dans les cultes chrétiens ou musulmans<sup>8</sup>. L'existence d'une langue nationale parlée sur toute l'étendue du territoire est un atout pour véhiculer les messages sur la santé.

Par ailleurs, les inégalités de genre sont importantes avec un indice d'inégalité de genre élevé de 0,682 en 2018 plaçant le pays à la 159ème place sur 162.

Selon le MICS6 2018-2019, les femmes sont souvent les principales victimes de toutes formes de violences et des pratiques traditionnelles néfastes telles : le mariage précoce (23,6%), les grossesses précoces, les mutilations génitales féminines (21,6%), le lévirat, le sororat et les rites de veuvages, etc.

Il existe entre autres des faits et phénomènes sociaux qui continuent d'entraver le développement des femmes. Certaines croyances et normes sociales telles que les lois morales, les interdits alimentaires, la position de domination de l'homme empêchent la femme de jouir pleinement de ses droits particulièrement les droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Cette situation expose la femme à toutes formes de violences, notamment les violences psychologiques et émotionnelles (26%), les viols et agressions sexuelles (21%), les violences physiques et conjugales (21%) selon les données du Système de gestion de l'information sur les VBG-GBVIMS au 3ème trimestre 2019. Les pratiques traditionnelles néfastes telles que les rites de veuvage, les mutilations génitales (24% dans le MICS en 2010) sont très ancrées dans les pratiques communautaires mais ne sont pas suffisamment documentées.

---

<sup>6</sup> Disponible sur [https://fr.wikipedia.org/wiki/Culture\\_de\\_la\\_R%C3%A9publique\\_centrafricaine](https://fr.wikipedia.org/wiki/Culture_de_la_R%C3%A9publique_centrafricaine), consulté le 9/30/2021 à 9H30

<sup>7</sup> [Enquête par grappes à indicateur multiples 2018-2019 \(MISC 6\) RCA, 2021](#)

<sup>8</sup> [Enquête par grappes à indicateur multiples 2018-2019 \(MISC 6\) RCA, 2021](#)



### **3.4.9. Facteurs climatiques**

Le climat subéquatorial de la RCA offre des conditions propices au développement de nombreuses maladies transmissibles et endémo épidémiques qui influencent fortement le profil épidémiologique.

L'on observe de plus en plus dans les différents écosystèmes du pays un raccourcissement de la saison pluvieuse avec comme conséquence le tarissement des puits et sources d'eau entraînant une pénurie sans précédent d'eau accessible aux ménages, et une chaleur excessive.

Avec les changements climatiques globaux, les catastrophes naturelles, notamment les inondations, conséquences de pluies abondantes et les feux de brousse affectent les conditions de vie de la population. Ce qui a pour conséquences la destruction des cultures vivrières qui entraînent la pénurie des aliments. Les eaux stagnantes et l'absence d'un dispositif de traitement d'eau usée exposent les personnes à de nombreuses maladies infectieuses.

### **3.4.10. Facteurs environnementaux**

En plus des facteurs qui impactent négativement l'environnement en RCA, tels que la déforestation et la dégradation des sols, on observe aussi la mauvaise répartition de l'eau qui est abondante par endroits et insuffisante dans certaines préfectures. A ces problèmes s'ajoute la gestion des eaux usées et des déchets, l'absence de planification urbaine qui expose certaines zones habitées aux inondations, un net recul des espaces arborés et le surpâturage.

En la faveur d'une quasi-absence d'industries, la qualité de l'air n'est pas encore trop affectée, sauf pendant la saison sèche et dans les quartiers à forte concentration, où les fumées de ménages créent des irritations oculaires à la tombée de la nuit. Toutefois, le nombre croissant de vieux véhicules importés constitue une source de pollution d'air par l'émission des oxydes d'azote.

Il faut noter que dans le cadre des activités agricoles, des produits à risque sont utilisés. Au nombre de ces produits on peut citer les pesticides qui sont répertoriés dans les Polluants Organiques Persistants : DDT, Aldrine, Chlordane, Dieldrine, Heptachlore, Hexachlorobenzène, Mirex, Toxaphène, Nématicides Herbicides, Fongicides, Insecticides. Les pesticides sont parfois utilisés de façon incontrôlée et les producteurs agricoles ne disposent pas en général de magasins appropriés de stockage de ces pesticides ni de moyen de destruction sécurisée de leurs emballages.

### **3.4.11. Transport et communication**

Le pays n'accède à la mer pour ses importations que par le port de Douala au Cameroun (1470 km) par voie terrestre, et par le port de Pointe Noire en République du Congo (1710 Km) par la voie fluviale<sup>9</sup> et ferroviaire. Il est dénombré dans le pays un réseau routier interne de 24.000 km qui est constitué 835 km de routes bitumées, de routes nationales, régionales et de pistes rurales qui sont presque toutes actuellement impraticables<sup>10</sup>. Dans certaines localités, le réseau routier est interrompu par des cours d'eau ; ce qui nécessite l'utilisation des bacs ou pirogues pour la traversée.

Le réseau aérien domestique n'est pas assez développé, car le pays compte moins de 4 aérodromes bitumés. L'utilisation de ces aérodromes est limitée pendant la saison des pluies à cause des inondations<sup>11</sup>. La faible couverture en infrastructures routières engendre le retard dans le recours précoce des populations aux soins et services de santé ainsi que dans la référence des cas graves.

Dans le domaine des communications, Il convient de relever que le développement de la téléphonie mobile facilite la communication entre toutes les principales villes du pays. À cela, l'on note l'existence de connexion Internet dans certaines villes avec un débit très faible par endroit.

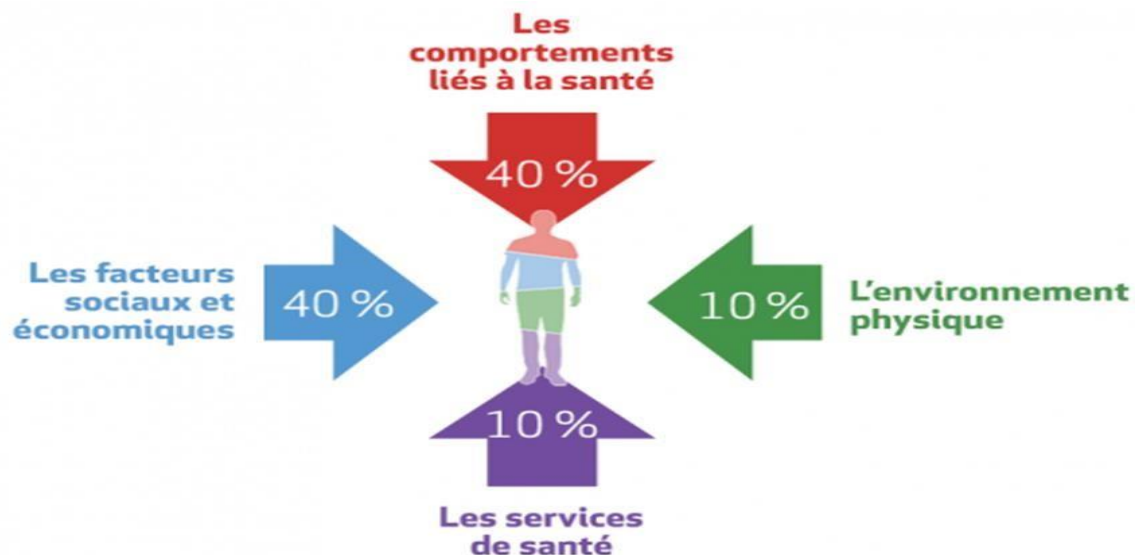
Eu égard à tous ces déterminants qui influencent l'état de santé des individus et de la population tout entière, il est important de prendre conscience de l'influence de chaque groupe de facteurs en vue de mettre en place une dynamique multisectoriel voir trans-pluridisciplinaire. Le graphique ci-dessous le récapitulatif des groupes de facteurs qui influence l'état de santé ainsi que les proportions dans lesquelles ces déterminants agissent

---

<sup>9</sup> Plan d'action national de sécurité sanitaire de la RCA 2022-2026, 2021

<sup>10</sup> Plan d'action national de sécurité sanitaire de la RCA 2022-2026, 2021

<sup>11</sup> Plan d'action national de sécurité sanitaire de la RCA 2022-2026, 2021



**Graphique 9 : Cadre conceptuel des groupes de facteurs qui influencent l'état de santé.**

Ce cadre conceptuel montre dans quelle mesure la résolution des problèmes de santé ne relève pas de la compétence exclusive du Ministère de la santé. Dans plus de 80% des cas, les solutions aux problèmes de santé tirent leurs substances dans les interventions des autres Ministères sectoriels et le comportement des individus et de la communauté.

Il convient donc d'agir de façon concertée avec la pleine participation des communautés à la base et les autres Ministères sectoriels pour mieux adresser la question fondamentale de l'amélioration de la santé des populations et de leurs bien-être.

### **3.5. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces du système de santé en RCA**

L'analyse du système de santé s'est faite en fonction des neuf piliers définis dans le document de politique nationale de santé 2019-2030. Un tableau de synthèse est annexé au présent document.

#### **3.5.1. Forces**

Les principaux acquis enregistrés par pilier sont :

- **Gouvernance :** (i) la volonté politique affichée au plus haut sommet de l'Etat en faveur de la santé à l'instar des Dix domaines d'Impulsion Présidentiels pour la Couverture Santé Universelle du Président de la République ; (ii) la décentralisation du processus de coordination, de planification, de gestion, et de suivi-évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; (iii) l'adoption de la Politique Nationale de Santé ; (iv) la mise en place d'une plateforme et d'instances de coordination et de concertation entre le Ministère de la Santé et de la Population et les Partenaires Techniques et Financiers.
- **Prestations de services et de soins :** (i) la mise en place de paquets d'intervention, de protocoles, de normes et directives de soins à chaque niveau de la pyramide sanitaire ; (ii)

la dynamisation des réseaux de relais communautaires pour la détection et la prise en charge de certaines affections.

- **Ressources humaines pour la santé :** (i) la production de RHS avec l'appui des écoles et Instituts de formation de professionnels de santé et de structures de formation de spécialistes dans les emplois de médecins et infirmiers ; (ii) les recrutements massifs de ressources humaines qualifiées ces 2 dernières années.
- **Infrastructures et équipements sanitaires :** (i) l'élaboration d'une politique nationale de maintenance et du plan national de Maintenance des équipements biomédicaux ; (ii) l'élaboration d'un Plan National du Développement des Infrastructures Sanitaires en RCA.
- **Médicaments et produits de santé :** (i) la promulgation de la loi n°20 012 du 11 juin 2020 portant sur le médicament, les autres produits de santé et l'exercice de la pharmacie en République Centrafricaine ; (ii) l'achat et l'approvisionnement en vaccins et matériels d'injection sur le budget de l'Etat avec l'appui de l'UNICEF, de l'OMS et de GAVI.
- **Système d'Information Sanitaire, Surveillance et Recherche :** (i) la mise en place d'un système d'information sanitaire unique ; (ii) la mise en place de l'entrepôt numérique de données sanitaires de routine à travers la plateforme DHIS2 afin de permettre d'assurer la disponibilité et l'utilisation d'informations sanitaires de qualité pour la prise de décision.

### **3.5.2. Faiblesses**

- **Gouvernance :** (i) l'absence d'une autorité indépendante de régulation de l'offre de soins et service de santé pour garantir la transparence et l'équité ; (ii) l'inexistence d'un mécanisme de coordination multi sectorielle ; (iii) l'absence d'un processus annuel formalisé de planification ascendante ; (iv) l'absence d'un mécanisme de certification et d'accréditation des structures de soins et des professionnels de santé ; (v) l'inexistence de mécanisme intégré de suivi-évaluation des plans mis en œuvre dans le secteur ; (vi) la faible capacité de leadership aux niveaux décentralisés (vii) l'absence de documents de politique et de stratégie pour les sous-secteurs de la médecine privée, de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée ; (viii) la faible capacité opérationnelle des organes de régulation.
- **Prestations de services et de soins :** (i) la faible qualité de services ; (ii) l'insuffisance de monitoring et de supervision des interventions ; (iii) l'insuffisance de protocoles normatifs dans la pratique médicale et paramédicale ; (iv) la prolifération de cabinets de soins et cliniques illégaux.
- **Ressources humaines pour la santé :** (i) la Faible capacité de production des ressources humaines qualifiées en santé ; (ii) l'absence de plan d'investissement et de développement des RHS ; (iii) la répartition inéquitable des ressources humaines qualifiées entre les régions ; (iv) la gestion centralisée des ressources humaines en santé aux niveaux des ministères en charge de la fonction publique et de la santé ; (v) l'absence d'un système d'évaluation des performances et de sanctions du personnel ; (vi) l'inadéquation entre la formation et les besoins des structures de soins et services de santé ; (vii) la faible

redevabilité/reddition des comptes de la gestion des RHS et l'insuffisance de financement pour le recrutement et la fidélisation des ressources humaines qualifiées ; (viii) l'insuffisance quantitative et qualitative en personnel de maintenance des équipements et infrastructures sanitaires.

- **Infrastructures et équipements sanitaires :** (i) l'absence de document actualisé de normes et standards en matière d'équipement et infrastructures de maintenance, (ii) l'inexistence de procédures spécifiques de passation de marchés pour l'acquisition des équipements et la construction des infrastructures sanitaires, (iii) le faible niveau de maintenance des infrastructures, matériels et équipements sanitaires, (iv) l'absence de mécanismes de gestion des équipements et de maintenance ; (v) l'insuffisance de plateaux techniques ; (vi) la vétusté et la non-conformité des infrastructures et équipements ; (vii) la non maîtrise du patrimoine mobilier, immobilier et des équipements sanitaires.
- **Médicaments et produits de santé :** (i) l'absence d'un système d'information intégré en gestion logistique des médicaments et produits de santé ; (ii) l'inexistence de procédures spécifiques de passation de marchés pour l'acquisition des médicaments et produits de santé ; (iii) l'absence d'une autorité de régulation du sous-secteur pharmaceutique, (iv) l'insuffisance de contrôle et d'inspection des établissements et services pharmaceutiques ; (v) l'insuffisance de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé à tous les niveaux ; (vi) la persistance de la circulation de médicaments de mauvaise qualité ; (vii) le manque de décentralisation des unités de transfusion sanguine.
- **Système d'information sanitaire, Surveillance et recherche :** (i) la persistance de sous-systèmes du SNIS non interconnectés et non interopérables avec le DHIS2 ; (ii) l'insuffisance dans le processus de gestion de l'information sanitaire pour de prise de décision à tous les niveaux ; (iii) la faible qualité des données ; (iv) la faible capacité de préparation et de réponse aux épidémies et autres événements de santé publique.

### **3.5.3. Opportunités**

Le contexte socio sanitaire de la RCA ainsi que sa position géographique fait qu'elle bénéficie auprès de la communauté régionale et internationale d'une attention particulière. La fragilité du pays du fait des multiples crises a amené les puissances étrangères ainsi que les pays amis à œuvrer pour la reconstruction de son tissu socio sanitaire et économique. Le pays bénéficie auprès des bailleurs de fonds, de ses Partenaires Techniques et Financiers ainsi que des institutions de Bretton Wood de privilèges à travers des possibilités de dons et de crédits. Il faudra d'une part assainir la gouvernance au sein du secteur en vue d'inspirer davantage la confiance et d'autre part canaliser et capitaliser ces atouts en vue d'une optimisation des ressources mobilisées à travers les différentes facilités.

### **3.5.4. Menaces**

La performance du système sanitaire centrafricain pourrait être influencée négativement par la recrudescence des crises militaro politiques, une situation sécuritaire trouble (terrorisme, guerre), la réorientation des centres d'intérêt des Bailleurs de Fonds, des PTFs et autres philanthropes détenteurs d'enjeux pour le bien-être en RCA, les catastrophes climatiques ou environnementales ou la recrudescence des maladies à potentiel épidémique (fièvres hémorragiques, maladies émergentes et réémergentes).

### **3.6. Problèmes prioritaires**

Les différents problèmes de santé identifiés à travers le processus de diagnostic sont résumés en quatre (4) groupes de problèmes prioritaires qui se présentent comme suit :

#### **3.6.1. Problèmes liés à la faiblesse de la gouvernance du système de la santé**

- Faiblesse de la coordination des interventions dans le secteur ;
- Faiblesse du mécanisme du partenariat entre les parties prenantes/faible implication de toutes les parties prenantes dans le mécanisme de partenariat ;
- Insuffisance de transparence dans la gestion des ressources et faible prise en compte de l'équité et de la redevabilité ;
- Insuffisance d'instruments juridique en faveur de la protection de la personne humaine et de la promotion de l'éthique et de la déontologie professionnelle dans la dispensation des soins ;
- Faiblesse du système d'information sanitaire ;
- Faiblesse de la production, le recrutement et la fidélisation des ressources humaines ;
- Insuffisance de l'implication du concept genre dans la gestion de ressources humaines
- Forte dépendance du financement du système de santé des ressources extérieures ;

#### **3.6.2. Problèmes liés à la faible résilience du système de santé**

- Vétusté et non-conformité aux normes des infrastructures et des équipements
- Faiblesse de la couverture géographique de l'offre de soins et services de santé
- Inadéquation entre l'offre et la demande de soins et services de santé
- Absence d'intégration et d'interconnexion des structures de l'offre de soins et services de santé ;
- Absence d'un système intégré d'approvisionnement et de distribution modernisé de médicaments et de produits de santé de qualité avec des démembrements au niveau de la pyramide sanitaire.
- Faiblesse de la capacité de riposte aux événements de santé publique

#### **3.6.3. Problèmes liés aux forts taux de morbidité et de la mortalité dans le pays**

- Faiblesse de la qualité de l'offre de soins ;

- Faiblesse de la participation des populations et d'intégration de la santé communautaire ;
- Insuffisance dans la mise en œuvre de dispositifs de lutte contre les maladies (prévention, promotion, traitement et réadaptation) ;
- Insuffisance de ressources humaines en quantité, en qualité et motivées
- Faiblesse de la gestion des médicaments, des vaccins et autres produits de santé ;
- Insuffisance d'opérationnalisation de la politique de la sécurité alimentaire et nutritionnelle ;
- Faiblesse du niveau de couverture sanitaire universelle.
- Faiblesse de l'application des textes relatifs à la gratuité ciblée des soins en faveur des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et allaitantes et les femmes victimes de VBG.

#### **3.6.4. Emergence et réémergence de; endémo-épidémies et pandémie; y compris la pandémie à covid-19**

- Persistance des maladies transmissibles, notamment le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, les hépatites virales et les maladies tropicales négligées ;
- Recrudescence des maladies non transmissibles y compris la forte prévalence de la malnutrition chronique ;
- Persistance des maladies à potentiel épidémique y compris les zoonoses ;
- Persistance de la pandémie de la covid-19.

#### **3.7. Défis**

L'enjeu majeur pour le PNDS III est de garantir l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance des citoyens centrafricains, à travers une disponibilité permanente et une utilisation rationnelle des soins et services de santé promotionnels, préventifs, curatifs, palliatifs et ré-adaptatifs accessibles et de qualité.

Pour y parvenir il faudra relever les défis ci-après :

- Assurer la direction stratégique du système de santé dans la dynamique « OneHealth »
- Moderniser l'offre de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Asseoir un système efficace, innovant et pérenne de financement de santé à travers la réduction de l'aide extérieure, la réduction du financement direct des ménages, l'augmentation de ressources domestiques ainsi que l'efficacité dans l'utilisation des ressources du secteur de la santé ;
- Asseoir la culture de transparence et de redevabilité à tous les niveaux du système de santé ;
- Instaurer un système de suivi- évaluation efficace et efficient.

## **QUATRIEMME PARTIE : CADRE STRATEGIQUE**



## 4. Cadre Stratégique

### 4.1 Vision, Principes, valeurs et Fondements

#### 4.1.1 Vision

La vision du PNDS III 2022-2026 s'inscrit dans la vision globale de la PNS à l'horizon 2030, du RCPCA qui est en lien avec les Objectifs de Développement Durable et les autres engagements internationaux auxquels le pays a souscrit. Cette vision est « **Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la couverture santé universelle** ».

#### 4.1.2 Principes

Le PNDS III est guidé par neuf principes directeurs de la PNS qui sont :

- **Leadership** : il s'affirme au niveau central et devra être renforcé à tous les niveaux du système afin que les interventions de tous les acteurs soient mieux coordonnées, plus efficaces et atteignent les objectifs visés au bénéfice du bien-être des populations.
- **Gouvernance** : La redevabilité et la transparence seront de rigueur dans la mise en œuvre des activités quotidiennes à tous les niveaux du système de santé. L'obligation de rendre compte de ses actions et le contrôle social permettra d'être plus efficace.
- **Décentralisation et déconcentration** : elle est en cours mais timide, elle sera renforcée et accélérée en fonction des ressources disponibles.
- **Soins et services de qualité** : le secteur de la santé devra fournir des prestations de soins et des services conformes aux normes et standards nationaux et internationaux.
- **Intégration et continuité des activités de soins** : elles devront être renforcées à tous les niveaux du système.
- **Gestion basée sur la performance** : il s'agira d'accorder une attention particulière aux questions d'efficacité, d'efficience, de pertinence, de viabilité financière et d'excellence dans la chaîne de planification, programmation, de budgétisation et de suivi évaluation afin d'atteindre les résultats selon la disponibilité des ressources.
- **Gestion basée sur des évidences** : Respect des engagements internationaux : il faudra recenser les principaux engagements internationaux en matière de santé et les mettre en œuvre.
- **Participation communautaire** : il faudra prendre des mesures en vue de la responsabilisation effective des communautés et des individus dans la gestion de leurs problèmes de santé.
- **Partenariat en santé** : il s'agira de susciter, organiser et assurer la cohérence des interventions de tous les partenaires autour d'un plan d'action budgétisé et consensuel.
- **Couverture santé universelle** : elle sera mise en œuvre de manière progressive en veillant d'abord à ce que le système soit debout et fonctionnel sur l'ensemble du territoire afin de ne laisser pour compte personne.
- **Soins de santé primaires** : le système de santé demeurera organisé selon les principes de soins de santé primaires tels que proclamés par la Déclaration d'Alma

Ata et Astana, l'Initiative de Bamako et la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des systèmes de santé.

#### **4.1.3 Valeurs**

Les valeurs qui sous-tendent le PNDS III sont : les droits humains dont le droit à la santé, l'équité dans l'accès aux soins, la solidarité nationale, l'éthique dans les pratiques professionnelles, la redevabilité et la justice sociale y compris la prise en compte du genre.

#### **4.1.4 Fondements**

La Politique Nationale de Santé est basée sur les fondements tant au niveau national qu'au niveau international :

##### **4.1.4.1 Dispositions législatives nationales**

- Le droit à la santé est reconnu par la constitution de la RCA adopté le 14 décembre 2015 et promulgué le 27 mars 2016, notamment ses articles 7 et 8 ;
- La loi N° 89.003 du 31 mars 1989, fixant Principes Généraux relatifs à la Santé Publique en République Centrafricaine ;
- La loi N° 04.004 du 29 janvier 2009, portant Code du Travail en République Centrafricaine ;
- La loi N° 99.016 du 16 juillet 1999, modifiant et complétant certaines dispositions de l'Ordonnance N° 93 du 14 juin 1993, portant Statut Général de la Fonction Publique ;
- La loi N° N° 19.002 du 16 Janvier 2019 régissant les Organisations Non Gouvernementales en République Centrafricaine ;
- Le Décret N°19.231 du 10 août 2019 fixant les modalités d'application de la loi N°19.002 du 16 janvier 2019 régissant les ONG en RCA ;
- La loi N° 06.001 du 12 avril 2006, portant Code de l'eau en République Centrafricaine ;
- La loi N°0304 du 20 janvier 2003, portant Code d'Hygiène en République Centrafricaine ;
- La loi N°06.005 du 20 Juin 2006 relative à la santé de reproduction ;
- Loi N°06.032 du 15 Décembre 2006 portant protection de la femme contre les violences en République Centrafricaine ;
- Loi N°20.016 du 15 juin 2020 portant Code de protection de l'enfant ;
- Ordonnance N° 66/16 du 22 février 1966 abolissant la pratique de l'excision en République Centrafricaine ;
- La loi n° 65/61 du 03 juin 1965 portant réglementation de l'élevage en RCA ;
- La loi n°07/018 du 28 décembre 2007 portant sur le Code de l'Environnement de la République Centrafricaine
- Loi N°16.004 du 24 novembre 2016 portant sur la parité homme/femme en RCA.

##### **4.1.4.2 Dispositions législatives internationales**

- La politique nationale de santé repose sur les engagements du gouvernement du fait de son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé au plan mondial et africain ;
- La Déclaration universelle des droits de l'homme ;
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;

- La Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires actualisée par la Déclaration de Astana ;
- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;
- La Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant ;
- La Convention relative aux droits de l'enfant ;
- Le Règlement Sanitaire International (2005) ;
- La Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement ;
- L'Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies sur la Redevabilité en matière de santé de la mère et de l'enfant (2010) ;
- Le Programme d'Action d'Accra sur l'efficacité de l'aide au développement (2008) ;
- La Feuille de route africaine sur la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et en Afrique (CARMMA), (Addis-Abeba, 2009) ;
- La Déclaration de Rio sur les Déterminants sociaux de la santé en 2011 ;
- La Déclaration de la Conférence mondiale de Beijing ;
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme ;
- La Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;
- Les Objectifs de Développement Durable ;
- La Déclaration de Mexico sur la Couverture Santé Universelle ;
- La Déclaration de Tunis sur le Financement de la santé et la Couverture Santé Universelle ;
- Le Plan d'Action mondial pour les vaccins 2011-2020 ;
- L'Adhésion à International Health Partnership (IHP+);
- Ending Preventable Child and Maternal Deaths: A Promise Renewed (APR);
- La Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA : « Santé, base du développement ;
- La Déclaration des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja relative à l'allocation au secteur de la santé à hauteur de 15% au moins du budget de l'Etat ;
- La Déclaration d'Alger sur la Recherche en Santé en Afrique ;
- La Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique ;
- La Déclaration de Tunis sur le financement de la santé et la Couverture Santé Universelle ;
- La Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, Brazzaville, Congo, avril 2011 ;
- La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des systèmes de santé en Afrique ;
- La Déclaration d'Addis-Abeba sur la Santé Communautaire dans la Région Africaine ;
- La Résolution AFR/RC50/R3 sur la Médecine Traditionnelle et la Pharmacopée Africaine ;
- La Politique de la Santé pour Tous dans la Région Africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020, AFR/RC50/R8 Rév.1.

## **4.2 Axes stratégiques**

Afin d'orienter les interventions destinées à résoudre les problèmes prioritaires identifiés, quatre axes stratégiques sont retenus :

- Renforcement de la gouvernance de la santé ;
- Renforcement de la résilience du système de santé ;
- Amélioration de l'offre et de la demande ;
- Riposte contre les endémo-épidémies et pandémies y compris la pandémie à covid-19.

## **4.3 Orientations stratégiques**

Les axes stratégiques sont déclinés en huit (08) orientations stratégiques qui sont :

- **Orientation Stratégique 1** : Amélioration de la gouvernance et du leadership du secteur en prenant en compte le genre ;
- **Orientation Stratégique 2** : Renforcement du système du suivi-évaluation intégré et de la recherche en santé ;
- **Orientation Stratégique 3** : Amélioration de l'offre des services et de la résilience du système de santé ;
- **Orientation Stratégique 4** : Amélioration de l'accès et de la disponibilité des services de soins de qualité prenant en compte le concept sécurité des patients
- **Orientation Stratégique 5** : Développement des ressources humaines en santé (Renforcement des politiques et stratégies de gestion des RHS sensible en genre) ;
- **Orientation Stratégique 6** : Renforcement de la participation et de l'engagement communautaire en faveur de la santé ;
- **Orientation Stratégique 7** : Renforcement des capacités managériales et techniques en vue de la prévention, du contrôle, de l'élimination et de l'éradication des maladies transmissibles et non transmissibles y compris dans les zones de conflit ;
- **Orientation Stratégique 8** : Renforcement des capacités du pays dans la préparation et la riposte aux épidémies, aux catastrophes et autres urgences de santé publique prenant en compte les liens entre la santé humaine, la santé animale et la salubrité de l'environnement, ainsi que la nécessité d'une approche « Une seule santé » ;

## **4.4 Objectif global**

Ce PNDS III a pour objectif global de contribuer à l'amélioration des conditions de vie socio-sanitaires de la population centrafricaine, sans aucune forme d'exclusion d'ici 2026.

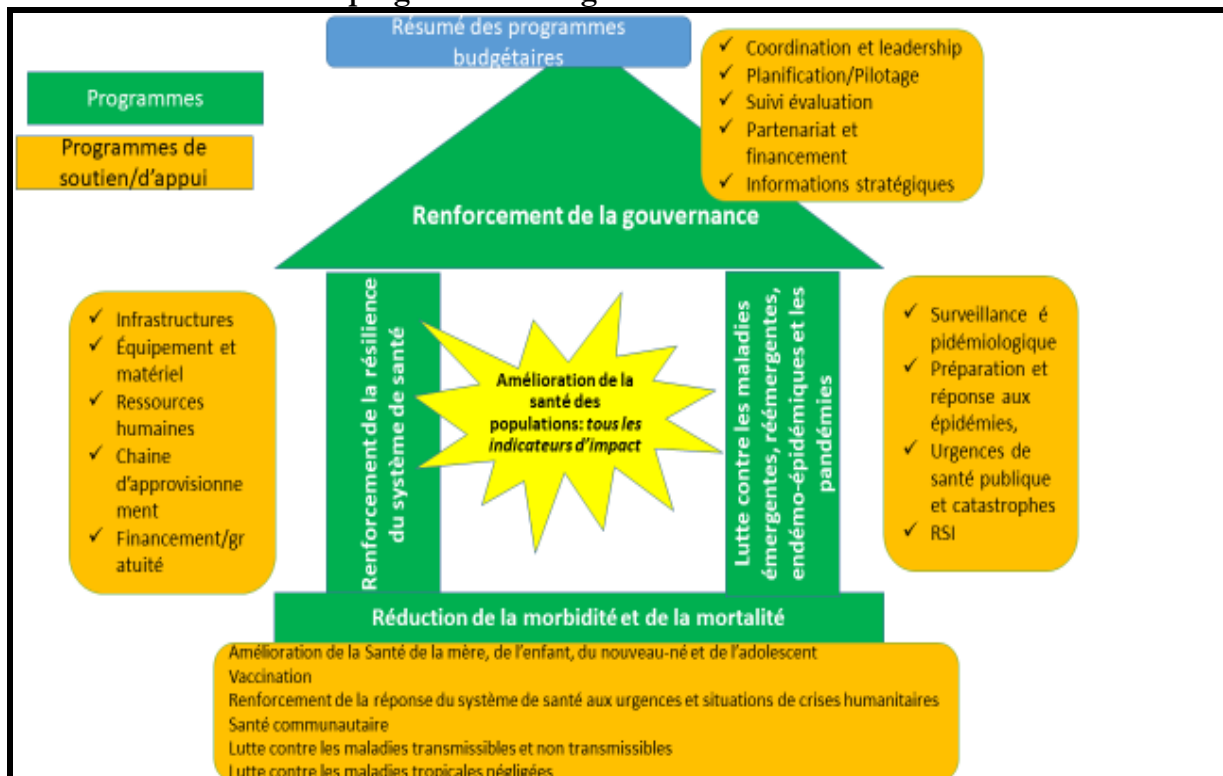
## **4.5 Objectifs spécifiques**

D'ici 2026, le Ministère en charge de la Santé et de la Population devra réaliser, dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS III, les objectifs spécifiques ci-dessous :

1. Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnel, économique du système de santé ;

2. Assurer le développement des capacités nationales en matière de leadership institutionnel et de mise en œuvre des programmes de santé ;
3. Renforcer le processus de planification, suivi-évaluation à tous les niveaux, y compris la qualité des données du système d'information sanitaire ;
4. Développer les infrastructures sanitaires et équipements biomédicaux selon les normes standards ;
5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients ;
6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre coût à tous les niveaux ;
7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes ;
8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients ;
9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier ;
10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie ;
11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement ;
12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie ;
13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005).

**Tableau II : Résumé des programmes budgétaires**



## 4.6 Synthèse du Cadre stratégique

Tableau III : Synthèse du cadre stratégique du PNDS III

<b>VISION</b>	« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »		
<b>OBJECTIF GLOBAL</b>	Contribuer à l'amélioration des conditions de vie socio-sanitaires de la population centrafricaine, sans aucune forme d'exclusion d'ici 2026		
PROGRAMMES BUDGETAIRES	4		
ORIENTATIONS STRATEGIQUES	8		
OBJECTIFS SPECIFIQUES	13		
SOUS-PROGRAMMES	27		
ACTIONS PRIORITAIRES	80		
<b>Orientations Stratégiques</b>	<b>Objectifs Spécifiques</b>	<b>Axes stratégiques</b>	<b>Actions/projets</b>
<b>Programmes 1 : Renforcement de la gouvernance pour une régulation orientée par la performance et la modernisation du système de santé</b>			
<b>Orientation Stratégique 1 :</b> Amélioration de la gouvernance et leadership du secteur en prenant en compte le genre	<b>OS 1 :</b> Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnel, économique du système de santé, d'ici 2026	<b>Sous-Programme 1.1 :</b> Renforcement du cadre de coordination, du partenariat, de la décentralisation et de la multi-sectorialité du système en tenant compte du genre,	<b>Action 1.1.1 :</b> Renforcement du cadre juridique et institutionnel
			<b>Action 1.1.2 :</b> Promotion du genre dans les mécanismes de gouvernance du secteur
			<b>Action 1.1.3 :</b> Renforcement du mécanisme de coordination et de la régulation à tous les niveaux du système de santé
			<b>Action 1.1.4 :</b> Renforcement de la multi-sectorialité et de la contractualisation entre le MSP, les autres acteurs y compris le secteur privé, la société civile et les PTFs

VISION	« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »		
			<b>Action 1.1.5 :</b> Renforcement de la décentralisation
		<b>Sous-Programme 1.2 :</b> Développement des ressources humaines pour la santé	<b>Action 1.2.1 :</b> Renforcement de la production et la Gestion des Ressources humaines pour la santé.
		<b>Sous-Programme 1.3 :</b> Renforcement des mécanismes de financement de la santé dans la perspective de la couverture sanitaire universelle.	<b>Action 1.2.2 :</b> Renforcement de la protection du personnel de santé
			<b>Action 1.3.1 :</b> Développement de la gouvernance économique et financière du secteur
			<b>Action 1.3.2 :</b> Sécurisation des investissements dans le secteur de la santé, y compris la lutte contre la fraude et la corruption
			<b>Action 1.3.3 :</b> Développement d'une stratégie intégrée de financement de la santé dans la perspective d'un « panier commun »
	<b>OS 2 :</b> Assurer le développement des capacités nationales en matière de leadership, et de mise en œuvre des programmes de santé	<b>Sous-Programme 1.4 :</b> Appui au Pilotage stratégique du MSP	<b>Action 1.4.1</b> Renforcement des cadres de concertation et de partenariat
			<b>Action 1.4.2</b> Amélioration de la veille stratégique,
			<b>Action 1.4.3</b> Renforcement de la synergie entre l'appui-conseil, la formation et la recherche
			<b>Action 1.4.4</b> Renforcement des capacités de négociation du MSP
		<b>Sous-Programme 1.5 :</b> Appui à la Coordination administrative et au renforcement des capacités d'intervention du MSP	<b>Action 1.5.1</b> Renforcement de capacités dans la planification, la budgétisation, le suivi évaluation
			<b>Action 1.5.2</b> Contrôle et la responsabilité mutuelle
			<b>Action 1.5.3</b> Renforcement des ressources humaines, matérielles et financières du MSP et la motivation du personnel

<b>VISION</b>	<b>« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »</b>		
<b>Orientation Stratégique 2 :</b> Renforcement du système de suivi-évaluation intégré et la recherche en santé, d'ici 2026	<b>OS 3 :</b> Renforcer le processus de planification, suivi-évaluation à tous les niveaux, y compris la qualité des données du système d'information sanitaire	<b>Sous-Programme 1.6 :</b> Renforcement du processus de planification, suivi-évaluation à tous les niveaux, y compris la qualité des données du système d'information sanitaire	<b>Action 1.6.1:</b> Opérationnalisation du système national d'information sanitaire intégré, y compris la digitalisation du système
		<b>Sous-Programme 1.7 :</b> Développement de la recherche en santé (recherche opérationnelle/action, enquêtes,	<b>Action 1.6.2:</b> Mise en place d'un mécanisme de planification intégré, de suivi-évaluation des plans mis en œuvre dans le secteur
			<b>Action 1.7.1:</b> Mise en place d'un cadre normatif de recherche intégrant l'université et les autres institutions de recherche (textes législatifs, réglementaires, politique nationale, ...)
		<b>Action 1.7.2:</b> Promotion de l'utilisation des produits de la recherche opérationnelle/action, des enquêtes, ...	
<b>Programme 2 : Renforcement de la résilience du système de santé</b>			
<b>Orientation Stratégique 3 :</b> Amélioration de l'offre des services et de la résilience du système de santé	<b>OS 1 :</b> Développer les infrastructures sanitaires et équipements biomédicaux selon les normes standards,	<b>Sous-Programme 2.1 :</b> Renforcement des capacités institutionnelles dans le domaine des Infrastructures et équipements	<b>Action 2.1.1</b> Renforcement du cadre institutionnel et de la stratégie des infrastructures et équipements y compris le laboratoire et la sécurité transfusionnelle
		<b>Sous-Programme 2.2 :</b> Renforcement des Infrastructures et équipements sanitaires	<b>Action 2.1.2 :</b> Mise en œuvre du plan de maintenance des infrastructures et équipements y compris le laboratoire et la sécurité transfusionnelle  <b>Action 2.2.1</b> Mise en œuvre du plan de construction, d'équipement, de la maintenance des infrastructures et équipements sanitaires et d'élimination des déchets biomédicaux



VISION	« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »		
	<p><b>OS 2 :</b> Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients</p>	<p><b>Sous-Programme 2.3 :</b> Amélioration de la couverture sanitaire en PMA et PCA ainsi que l'intégration des programmes spécialisés, les interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant y compris le laboratoire, sécurité transfusionnelle et la santé communautaire intégrant l'approche qualité et sécurité des patients</p>	<p><b>Action 2.3.1 :</b> Mise en œuvre du plan de couverture sanitaire en tenant compte de la répartition géographique de la population et du potentiel de développement de chaque district sanitaire (DS en développement, DS en transition, DS en urgence)</p> <p><b>Action 2.3.2</b> Mise en œuvre du plan de développement des RH pour la santé</p> <p><b>Action 2.3.3 :</b> Mise en œuvre du plan d'intégration des programmes spécialisés et des interventions à haut impact selon l'approche qualité et sécurité des patients de la santé de la mère et de l'enfant (plan de relance de la vaccination, télémédecine, programme de tutorat et mentorat clinique, ordinogrammes, protocoles thérapeutiques, ...)</p> <p><b>Action 2.3.4 :</b> Réforme de la stratégie de financement du système de santé (tarification des actes médicaux et des financements innovants ; gratuité ciblée, FBP, Mutuelles de santé, Assurance maladie, subventions des soins, Fonds d'équité, Fonds des médicaments, Fonds d'urgence, ...). Basket Fund (prélèvement des taxes sur le tabac, les boissons alcoolisées, les téléphones mobiles, les hydrocarbures y compris la sécurisation des fonds médicaments des FOSA pour renouveler le capital médicament (ligne de crédit médicament) ...)</p>

VISION	« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »		
	<p><b>OS 3 :</b> Rendre disponible les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre coût à tous les niveaux</p>	<p><b>Sous-Programme 2.4 :</b> Renforcement du cadre juridique, institutionnel et organisationnel du secteur des médicaments et autres produits de santé y compris la médecine traditionnelle</p>	<p><b>Action 2.4.1 :</b> Réforme du cadre juridique et stratégique du secteur pharmaceutique y compris la pharmacopée et la médecine traditionnelle</p> <p><b>Action 2.4.2 :</b> Mise en place d'un système National d'approvisionnement intégré des médicaments et autres produits de santé y compris la construction et l'équipement de la centrale d'achat et des dépôts décentralisés, le renforcement de la capacité de distribution des médicaments à tous les niveaux en utilisant les technologies innovantes (drones, camions frigorifiques, véhicules, pirogues motorisées...)</p> <p><b>Action 2.4.3 :</b> Mise en œuvre de la politique de la pharmacie, de la pharmacopée et médecine traditionnelle ;</p>
	<p><b>OS 4 :</b> Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes</p>	<p><b>Sous-Programme 2.5 :</b> Renforcement du système national de surveillance sanitaire et de riposte aux épidémies et autres catastrophes</p>	<p><b>Action 2.5.1:</b> Réforme du système de surveillance épidémiologique intégrée et riposte (Elaborer/adopter les textes portant ancrage institutionnel, organisation et fonctionnement du COUSP à tous les niveaux, le plan de préparation et de riposte aux épidémies et autres catastrophes à tous les niveaux,</p> <p><b>Action 2.5.2 :</b> Renforcer les capacités des acteurs dans la gestion des épidémies et autres catastrophes à tous les niveaux, pré positionner les kits d'urgences à tous les niveaux)</p> <p><b>Action 2.5.3 :</b> Renforcement du système de surveillance épidémiologique intégrée y compris la surveillance à base communautaire en utilisant les nouvelles technologies d'information et de communication (tablettes,</p>

<b>VISION</b>	« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »		
			digitalisation, ...)
<b>Programme 3: Amélioration de l'offre et de la demande</b>			
<b>Orientation stratégique 4 :</b> Amélioration de l'accès et la disponibilité des services de soins de qualité prenant en compte le concept sécurité des patients	<b>OS 1 :</b> Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	<b>Sous-Programme 3.1:</b> Renforcement de l'offre de service de santé de qualité assurant la sécurité des patients	<b>Action 3.1.1 :</b> Renforcement des capacités opérationnelles des FOSA sur les normes, protocoles et guides simplifiés relatifs au PMA, PCA du niveau opérationnel, régional et central.
			<b>Actions 3.1.2 :</b> Renforcement de la mise en œuvre des approches et procédures intégrées de suivi/Evaluation.
			<b>Action 3.1.3 :</b> Renforcement de la mise en œuvre la Politique nationale de la Promotion de la santé
			<b>Action 3.1.4 :</b> Développement de l'offre de services de la santé mentale de qualité
			<b>Action 3.1.5 :</b> Renforcement de la prise en charge et les mesures de prévention de toutes les formes de malnutrition
			<b>Action 3.1.6 :</b> Développement d'une approche nationale d'assurance qualité des services de santé et des soins

VISION	« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »		
		<p><b>Sous-Programme 3.2:</b> Renforcement de l'offre de service de santé de la reproduction et en particulier pour le couple mère enfant</p>	<p><b>Action 3.2.1 :</b> Mise à l'échelle nationale de l'offre de services et des prestations intégrées Santé de Reproduction de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent (SRMNEA), notamment, CPN/PTME/SONU/CPoN/PF, la vaccination, le suivi de croissance, PCIMNE et la PCIMA, Soins post-abortum, la prise en charge holistique des fistules obstétricales et des personnes survivantes de VBG selon les normes.</p>
		<p><b>Action 3.2.2 :</b> Mise en œuvre des normes, Plans Stratégiques et procédures relatifs à la santé de la reproduction</p>	
		<p><b>Sous-Programme 3.3 :</b> Renforcement de la performance du programme élargi de vaccination à travers les approches novatrices</p>	<p><b>Action 3.3.1 :</b> Renforcement de la disponibilité des intrants du PEV</p>
		<p><b>Action 3.3.2 :</b> Amélioration de la couverture et de l'équité vaccinales</p>	
		<p><b>Sous-Programme 3.4 :</b> Renforcement de l'accès aux soins de santé des adolescents, jeunes et des personnes âgées</p>	<p><b>Action 3.4.1 :</b> Renforcement de l'offre de services conviviaux, intégrés et adaptés aux besoins des adolescent(e)s/jeunes selon les standards, en prenant en compte la dimension genre</p>
		<p><b>Action 3.4.2 :</b> Développement des stratégies d'accès aux soins de santé de qualité pour les personnes âgées</p>	
		<p><b>Sous-Programme 3.5 :</b> Développement des stratégies et approches favorisant l'accès de la population aux services de santé</p>	<p><b>Action 3.5.1 :</b> Développement de stratégies d'accès aux groupes spécifiques (nomades, pygmées, population en milieu carcéral, handicapés ; etc.) ;</p>
			<p><b>Action 3.5.2 :</b> Renforcement du système de référence et contre-référence dans tout le pays en prenant en compte les TIC.</p>

VISION	« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »		
	<p><b>OS 2 :</b> Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p>	<p><b>Sous-Programme 3.6 :</b> Renforcement de la réponse du système de santé aux urgences et situations de crises humanitaires</p>	<p><b>Action 3.6.1 :</b> Mise en œuvre des documents de normes et protocoles harmonisés pour la gestion des situations d'urgences et des crises humanitaires prenant en compte le continuum des soins</p>
		<p><b>Sous-Programme 3.7 :</b> Renforcement des capacités opérationnelles des RHS et Développement des stratégies de motivation et de la fidélisation des ressources humaines</p>	<p><b>Action 3.6.2 :</b> Accroissement des capacités des prestataires à faire face aux situations d'urgences et de catastrophes à tous les niveaux</p> <p><b>Action 3.7.1 :</b> Mise en œuvre du Plan Stratégique de développement des Ressources Humaines en Santé (RHS)</p> <p><b>Action 3.7.2 :</b> Mise en œuvre d'un observatoire en RHS y compris le secteur privé de la santé</p> <p><b>Action 3.7.3 :</b> Mise en œuvre d'un système de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)</p> <p><b>Action 3.7.4 :</b> Mise en œuvre du plan de carrière des RHS</p> <p><b>Action 3.7.5 :</b> Adoption et mise en œuvre d'un mécanisme de régionalisation des postes budgétaires ouverts au recrutement des RHS.</p>
<p><b>Orientation stratégique 5 :</b> Développement des ressources humaines en santé (Renforcement des politiques et stratégies de gestion des RH)</p>	<p><b>OS 3 :</b> Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et déontologie</p>	<p><b>Sous-Programme 3.8 :</b> Production de ressources humaines de qualité pour la santé</p>	<p><b>Action 3.8.1 :</b> Adoption et mise en œuvre du plan national de production des RHS</p> <p><b>Action 3.8.2 :</b> Elaboration et mise en œuvre du plan national de production des RHS en collaboration avec les Instituts de formation des RHS en visant la décentralisation et le renforcement des capacités des Institutions de Formation des RHS</p>

<b>VISION</b>	<b>« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »</b>		
			<b>Action 3.8.3 :</b> Adoption de la convention cadre liant le MSP au Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur, au Ministère en charge de la Fonction Publique et au Ministère en charge des Finances et du Budget avec un transfert de compétences au MSP pour la formation des paramédicaux
		<b>Sous-Programme 3.9 :</b> Développement du leadership communautaire	<b>Action 3.9.1 :</b> Renforcement des organes des Soins de Santé Primaires conformément à la Politique Nationale de la Santé et motivation des champions communautaires de la santé
			<b>Action 3.9.2 :</b> Adoption et mise en œuvre d'un cadre de redevabilité avec les communautés avec l'élaboration de feuilles de route communales sur les dix domaines d'impulsions présidentielles
<b>Orientation Stratégique 6 :</b> Renforcement de la participation et de l'engagement communautaire en faveur de la santé	<b>OS 4 :</b> Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	<b>Sous-Programme 3.10 :</b> Développement des interventions au niveau communautaire	<b>Action 3.10.1 :</b> Renforcement de l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) et des stratégies de prévention et de réponses aux violences et pratiques néfastes au niveau communautaire ;
			<b>Action 3.10.2 :</b> Développement des approches innovantes pour améliorer l'offre de services de santé à base communautaire.
		<b>Sous-Programme 3.11 :</b> Développement de la promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé et le renforcement de la communication pour le changement de comportements et l'adoption de bonnes pratiques	<b>Action 3.11.1 :</b> Intensification de la prévention et de la réduction des principaux facteurs de risque pour la santé
			<b>Action 3.11.2 :</b> Promotion de la santé environnementale
			<b>Action 3.11.3 :</b> Renforcement de la capacité des acteurs

<b>VISION</b>	« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »		
			<b>Action 3.11.4 :</b> Promotion des bonnes pratiques de santé dans les administrations publiques et privées
<b>Programme 4 : Lutte contre les maladies Émergentes, ré émergentes, des maladies endémo épidémiques et les pandémies y compris la COVID-19</b>			
<b>Orientation Stratégique 7 :</b> Renforcement des capacités managériales et techniques en vue de la prévention, du contrôle, de l'élimination et de l'éradication des maladies transmissibles et non transmissibles y compris dans les zones de conflit.	<b>OS1</b> D'ici fin 2026, réduire le taux de morbidité et mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	<b>Sous-Programme 4.1 :</b> Intensification de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	<b>Action 4.1.1 :</b> Renforcement des mesures de prévention contre les maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que la mise à échelle intégrée des services à assise communautaire
		<b>Action 4.1.2 :</b> Modernisation du plateau technique de diagnostic (laboratoire et imageries médicales) au niveau central, régional et districts sanitaires	
		<b>Action 4.1.3 :</b> Approvisionnement en intrants et mise à échelle des traitements adaptés pour les maladies transmissibles et non transmissibles	
		<b>Action 4.1.4 :</b> Renforcement des mécanismes d'intégration et de coordination des interventions de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	
		<b>Action 4.1.5 :</b> Renforcement des mesures de lutte contre les maladies à prévention vaccinale	
		<b>Action 4.1.6 :</b> Amélioration de la planification de la lutte contre le paludisme, l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles	
		<b>Sous-Programme 4.2 :</b> Renforcement de la surveillance épidémiologique intégrée des maladies et la riposte incluant toutes les maladies transmissibles et non transmissibles	<b>Actions 4.2.1 :</b> Renforcement du système national de surveillance et de riposte à tous les niveaux du système de santé par la promotion des NTIC
		<b>Action 4.2.2 :</b> Renforcement des capacités des points d'entrée dans la surveillance et la collaboration transfrontalière	

<b>VISION</b>	<b>« Faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la CSU »</b>		
			<b>Action 4.2.3</b> : Renforcement du système de surveillance intégrée à base communautaire
<b>Orientation Stratégique 8 :</b> Renforcement des capacités du pays dans la préparation et la riposte aux épidémies, catastrophes et autres urgences de santé publique prenant en compte les liens entre la santé humaine, la santé animale et la salubrité de l'environnement, ainsi que la nécessité d'une approche « Une seule santé ».	<b>OS2</b> : Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) d'ici fin 2026	<b>Sous-Programme 4.3 :</b> Renforcement des capacités du pays dans la mise en œuvre du RSI	<b>Action 4.3.1</b> : Renforcement et mise en œuvre les mesures relatives au Règlement Sanitaire International
			<b>Action 4.3.2</b> : Renforcement les mécanismes de collaboration multisectorielle conforme au RSI
		<b>Sous-Programme 4.4 :</b> Renforcement des capacités du pays dans la préparation et la riposte aux épidémies, urgences de santé publique et catastrophes	<b>Action 4.4.1</b> : Renforcement des structures de coordination de la riposte aux épidémies, aux urgences de santé publique et autres catastrophes à différents niveaux du système de santé en incluant l'approche "Une Seule Santé"
			<b>Action 4.4.2</b> : Développement les mécanismes et stratégies appropriées de la riposte aux épidémies, aux urgences de santé publique et autres catastrophes pour atteindre les populations d'accès difficile (zone de conflit, nomades...)



#### **4.7 Articulation du PNDS III au Plan National**

La vision sectorielle définie dans la Politique Nationale de la Santé 2019-2030 et reprise dans ce plan et bien d'autres documents d'orientation et de planification dudit secteur répond aux priorités définies dans le pilier II du RCPCA, en sa composante 2 « **Fournir les services essentiels à la population dans l'ensemble du pays** ».

Le PNDS (2022-2026) s'inscrit dans le cadre la Loi d'Orientation Sanitaire et ses orientations sont également en phase avec d'autres politiques sectorielles, comme la politique en matière de la sécurité alimentaire, d'eau, de l'hygiène et de l'assainissement, le plan sectoriel de la justice, le plan sectoriel de l'éducation, les politiques et stratégies en termes de solutions durables et plusieurs autres documents de planification sectoriels.

Il est à noter aussi que ce plan de développement couvrant la période 2022 à 2026 est en adéquation ou harmonie avec plusieurs documents d'intervention des partenaires au développement du secteur de la santé de la population centrafricaine, notamment :

- Les objectifs du développement durable (ODD) ;
- Le cadre des objectifs fixés dans la politique nationale de développement,
- Le Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix (2017-2023) et le Cadre d'Engagement Mutuel (CEM) ;
- Les documents fondamentaux qui encadrent la politique de développement et l'engagement de la Communauté internationale en RCA, adoptés en novembre 2016, suite à un processus participatif et inclusif, lors de la Conférence des Donateurs de Bruxelles ;
- Le Programme Indicatif Multi Annuel de l'Union Européenne couvrant la période 2021-2027 en son deuxième cluster prioritaire « Développement Humain » à travers le sous-secteur santé ;
- Le document de la stratégie pays (2021-2025) de la Banque Mondiale, en sa priorité sur le capital humain ;
- Les trois (03) priorités inscrites dans la stratégie du Groupe de la Banque Africaine de Développement pour remédier à la fragilité et renforcer la résilience en Afrique (2022-2026) qui est en cours de formulation ;
- Le pilier II « Bien-être » du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF+) sur la période 2018-2022 avec un an de prolongation suite à la dernière revue.

Le PNDS III (2022-2026) s'inscrit également dans le contexte de la mise en œuvre de l'APPR-RCA, parafé à Khartoum et signé le 06 février 2019 à Bangui, qui est fondé sur les recommandations du forum national de Bangui de 2015, la Constitution du pays, entrée en vigueur le 30 mars 2016.

## **CINQUIEME PARTIE : CADRE DE MISE EN ŒUVRE ET SUIVI- EVALUATION**

## 5. Cadre de mise en œuvre

### 5.1 Dispositif de mise en œuvre

Le PNDS (2022-2026) du Ministère de la Santé et de la Population (MSP) est opérationnalisée par le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) qui est déclinée en Projets Annuels de Performance (PAP). Ces derniers présentent, par programme, les objectifs, les actions, les résultats attendus et les diverses projections financières des dotations du Ministère. La mise en œuvre des interventions des directions techniques et autres structures compétentes accordent une large place aux autres acteurs dont les partenaires techniques et financiers, la société civile et le secteur privé. Les dispositions opérationnelles d'implication des acteurs seront étudiées et prises par les autorités du Ministère.

#### 5.1.1. Principes directeurs

La mise en œuvre efficace du PNDS III de la RCA sera guidée par les principes directeurs suivants :

- **L'unicité du PNDS** : la notion d'unicité renvoie au leadership que le MSP doit garder pour la coordination des interventions au sein du système de santé. Ainsi, ce PNDS constitue l'unique cadre fédérateur de la mise en œuvre de la politique nationale sanitaire.
- **L'appropriation** : ce principe sous-entend que tous considèrent ce plan comme un outil de mise en œuvre de la politique de l'État, et apportent les ressources nécessaires à son opérationnalisation à tous les niveaux.
- **L'implication des communautés et le partenariat** quant à l'identification des problèmes et la mise en œuvre : il s'agit de s'assurer de la prise en compte du point de vue des communautés dans l'organisation de la prestation des services pour plus d'efficacité dans l'atteinte des objectifs.
- **La décentralisation** : la mise en œuvre du PNDS concerne tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le respect de leurs attributions et compétences. Cette décentralisation concerne aussi bien les services de production des soins que les centres de prise de décisions.
- **La redevabilité** : l'obligation de rendre des comptes doit animer tous les acteurs dans la mise en œuvre du PNDS, afin d'instaurer la confiance entre l'État et les partenaires du développement d'une part, et, d'autre part, entre les acteurs et les populations bénéficiaires.
- **La primauté de la satisfaction et de la sécurité du patient** : ce principe met en exergue l'attention à porter à la satisfaction des populations par rapport à leurs besoins tout au long de la mise en œuvre du PNDS et des soins à leur prodiguer sans aucun quelconque préjudice.
- **L'innovation** : ce principe appelle à un changement de paradigme dans la mise en œuvre du PNDS 2022-2026. Il s'agit non pas de faire de nouvelles choses, mais de faire les choses autrement ; ce qui signifie renoncer aux « affaires comme d'habitude » et adopter un autre mode de fonctionnement afin d'améliorer la performance des indicateurs. L'innovation ne signifie pas non plus une simple utilisation de nouvelles technologies, il

s'agit plutôt de savoir comment utiliser ces outils pour potentialiser les résultats lors de la mise en œuvre du PNDS.

### **5.1.2. Décentralisation dans la mise en œuvre et déclinaison du PNDS en PTA, PRDS en PODS**

Le PNDS 2022-2026 sera mis en œuvre par les trois niveaux du système national de santé selon les attributions de chacun, de manière à faire participer l'ensemble des parties prenantes, sous la coordination du gouvernement dans un esprit de redevabilité mutuelle. Les actions envisagées pour les différents piliers feront l'objet de plans sous-sectoriels adaptés. Il s'agit notamment du plan de développement des ressources humaines, du plan d'approvisionnement en médicaments, vaccins et intrants de santé, du plan de réhabilitation et équipement des infrastructures sanitaires, du plan de renforcement de l'information sanitaire du SNIS, Plan de suivi-évaluation, etc.

La mise en œuvre coordonnée du PNDS III passe par sa déclinaison en plans d'actions opérationnels (PAO) à différents niveaux et reprenant les activités clés liées à ses attributions. Chaque niveau du système sanitaire national élaborera, chaque année, un plan de mise en œuvre du PNDS pour une programmation annuelle des actions prioritaires, et ce plan servira de cadre pour l'alignement des interventions et des ressources. Les PAO des districts de santé seront axés sur la mise en œuvre des interventions du PMA et du PCA. Les actions des régions sanitaires se focaliseront sur la coordination et l'encadrement des districts sanitaires. Le niveau central s'occupera de la normalisation, de la régulation et de l'encadrement des régions. La mise en œuvre de ces PAO se fera dans la logique du contrat unique endossé par le MSP et ses PTF pour appuyer les structures dans l'exécution de leurs missions dans une vision de synergie et complémentarité. Le contrat unique vise une approche de mise en commun des ressources disponibles pour soutenir la mise en œuvre du PAO d'une structure. Les lignes directrices pour cette décentralisation associent une planification consensuelle comme soubassement des appuis, un financement structurel mettant en commun les ressources disponibles, un contrat unique comme outil de redevabilité entre les acteurs et un cadre de performance. La budgétisation de ces PAO sera orientée par les estimations du PNDS 2022-2026 incluant les coûts actualisés du paquet de SRMNIA et des autres interventions systémiques, ainsi que des informations financières (ressources disponibles de l'État et des bailleurs) renseignées à travers la cartographie des financements. Les districts développeront une cartographie détaillée pour trianguler les informations obtenues au niveau national et confirmer les besoins financiers de toutes les régions.

### **5.1.3. Responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS III**

Les responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2022-2026 sont réparties entre les différentes parties prenantes, notamment les structures gouvernementales, les PTF et la société civile.

#### **5.1.3.1 Les structures gouvernementales**

##### **a) Le MSP**

Le niveau central se concentrera sur son rôle d'élaboration et de vulgarisation des politiques, stratégies sectorielles, textes légaux et réglementaires, et normes pour la gestion du secteur. Il poursuivra également le développement des structures de référence nationale à travers la rationalisation de la gestion des hôpitaux, des laboratoires et des centres nationaux. Une attention sera portée à l'élaboration de la carte sanitaire du pays. Le niveau central devra également s'occuper de l'accompagnement et de l'encadrement des régions et districts de santé dans leur rôle d'organisation des SSP, de suivi et évaluation des projets et dans la production de l'information stratégique, tâches qui exigent que soit finalisée la réforme du niveau central. Un rôle clé du niveau central sera aussi d'assurer la mobilisation et la mise à disposition des ressources. Le niveau régional travaillera sous la responsabilité du directeur de la région sanitaire. Il assurera ses prérogatives à travers les DRS et les DS. Les DRS assureront un encadrement de proximité des DS pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Pour ce faire, elles traduiront également en instructions opérationnelles les normes et directives édictées par le niveau central, et coordonneront toutes les actions sanitaires dans leurs zones de responsabilité. Elles devront, de plus, faire le suivi des performances des districts de santé par rapport aux cibles des interventions prioritaires. Les DRS en tant que service déconcentré du pouvoir central, seront chargées essentiellement de contrôler la conformité et le respect de l'application des politiques, des stratégies, des normes, lois, règlements, etc. Le niveau opérationnel, constitué par les DS, représente le lieu d'exécution des prestations des services et soins en vue d'atteindre les résultats du PNDS III. Il met en œuvre le PNDS à travers son Plan de Développement du District Sanitaire (PDDS) et son Plan Opérationnel de District (POD). À ce niveau, une attention particulière devra être accordée à l'amélioration de la couverture sanitaire, à l'extension des interventions prioritaires et à leur accessibilité par les populations avec leur pleine participation à travers l'élaboration des feuilles de route des communes. Les autres secteurs connexes seront impliqués dans les activités intersectorielles en lien avec les secteurs de l'eau, de l'éducation, de l'hygiène, de la nutrition, du changement de comportement et de mode de vie afin d'influer sur les déterminants de la santé. Ces différents secteurs participeront aux travaux des organes de SSP

des régions et des districts. Les ministères de la Justice et de l'Intérieur seront mis à contribution pour l'assainissement du secteur médico-pharmaceutique et dans le travail de l'enregistrement des faits d'état civil.

#### **b) Implication des autres secteurs, des autres entités de l'État dans la mise en œuvre du PNDS III et l'amélioration l'état de santé de la population**

La figure 2 ci-dessous met en exergue le cadre conceptuel qui décrit les actions et interactions indispensables pour la mise en œuvre efficace, efficiente, économique, éthique et équitable du PNDS. Comme recommandé par l'OMS, la construction d'un système de santé résilient en vue d'assurer aux populations des soins et services de santé de qualité nécessite une action harmonieuse et multisectorielle sur les déterminants sociaux de la santé.

Le cadre conceptuel ci-dessous indique les interventions nécessaires au renforcement du système de santé en vue de la prestation de soins et services de santé de qualité.

Pour y parvenir entre autres agir sur :

##### **La gouvernance du système :**

Elle prend en compte le leadership et la coordination du Ministère de la santé et des autres ministères sectoriels qui influencent les déterminants sociaux de la santé. A ce niveau, l'Assemblée Nationale vote les dispositions législatives pour conforter le droit à la santé des populations. L'exécutif à son niveau à travers le Chef du Gouvernement définit les grandes orientations. Les autres ministères sectoriels comme le Plan, l'économie, les finances, le cadre de vie, l'agriculture, l'environnement et autres ministères sectoriels à travers la bonne gouvernance inter sectorielle influencent positive les déterminants dont ils ont la charge et dans la dynamique de la multisectorialité, la dynamique de groupe influence également positivement la résilience du système de santé.

##### **La gestion des ressources humaines :**

La production des ressources humaines qualifiées en santé relève des prérogatives du Ministère de l'enseignement supérieur. Dès lors qu'elles sont formées, le Ministère des Finances et de la fonction publique interviennent pour leur recrutement et leurs mise à disposition du Ministère de la Santé. L'action déclencheur de la disponibilité des ressources humaines qualifiées relève donc d'une action concertée entre plusieurs secteurs. La résilience du système de santé une fois encore dépend d'une action multisectorielle. Ainsi, la viabilité et la soutenabilité des interventions en faveur du bien-être des populations de nos villes et campagnes dépendent d'une intervention pluridimensionnelle et multisectorielle.

##### **Infrastructures et équipements :**

La question des infrastructures sanitaires prend en compte les infrastructures sanitaires proprement dite et les infrastructures routières. Dans le cadre de la construction et l'équipement des infrastructures sanitaires, le Ministère de la santé, le Ministère des Finances, le Ministère du Plan interviennent. Au-delà des constructions, il y a les routes et les moyens de transport

médicalisés qui permettent de rapprocher les populations des structures de soins et services de santé. Il est donc important que chaque acteur joue sa partition de manière à rendre disponible et opérationnelle les structures de soins et services de santé.

### **Système d'information sanitaire et la recherche**

Le système d'information sanitaire prend en compte la déclaration des événements de santé publique qui la plupart du temps ont lieu dans les communautés, les informations et données générées par le système d'information sanitaire, la production des données de la sécurité routière et autres. Il apparaît que pour la production d'information sanitaire fiable pour la prise de décision à bonne date, il faut la contribution du Ministère de l'administration du territoire à travers l'implication des élus locaux et le Ministère de l'intérieur, le Ministère de l'Agriculture, de l'élevage et de la pêche dans la notification des événements de santé publics. Le Ministère du transport intervient dans la production des données sur la sécurité routière. Le Ministère de la Santé et de la population travaille pour la production des données sanitaires. On en déduit que pour un système d'information sanitaire fiable, il faut également agir à travers la multisectorialité.

Pour ce qui concerne la recherche, il est important que le Ministère de l'Enseignement supérieur s'approprie la vision de la Politique Nationale de Santé et l'intègre dans les curricula de formation de manière que la recherche soit orientée action opérationnelle. Il faudra avec le Ministère du plan et des finances une augmentation des ressources en vue de favoriser la recherche action au niveau des Districts Sanitaires.

### **Prestation des soins et services de santé :**

La prestation des soins et services de santé regroupe, la promotion, la réadaptation, les soins curatifs, la prévention et les soins palliatifs.

Dans le cadre de la prévention, tous les Ministères sectoriels doivent s'impliquer pour la sensibilisation sur les risques tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les catastrophes naturelle et les urgences sanitaires ou les événements de santé publique. Les Ministères des finances et du commerce doivent mettre un système d'imposition et de contrôle qui décourage la consommation de ces produits dangereux pour la santé.

Dans le cadre de la promotion, les ministères de la jeunesse, de l'agriculture, du cadre de vie, de la décentralisation, de la famille et des affaires humanitaires, de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la santé promeuvent une alimentation saine, un cadre de vie sain et le développement d'activités physique pour la réduction des facteurs de risque.

Dans le cadre des soins réadaptatifs, palliatifs et curatif le Ministère de la santé, de la famille et des affaires humanitaires, de la défense, de l'enseignement supérieur et de l'éducation nationale et de l'intérieur travaillent chacun dans son domaine pour la disponibilité et la capacité opérationnelle des soins et service de santé en rapport avec leurs différentes cibles.

### **Financement de la santé :**

Au regard des interventions indispensables au renforcement du système de santé en vue de sa résilience pour la dispensation de soins et services de santé de qualité, il apparaît que le



financement de la santé va au-delà des ressources allouées au secteur de la santé, de l'éducation, de la défense et de l'intérieur. Il est donc important d'optimiser dans le cadre de la mise en œuvre des projets de développement en agissant sur des choix stratégiques qui ont des effets forces d'entraînement.

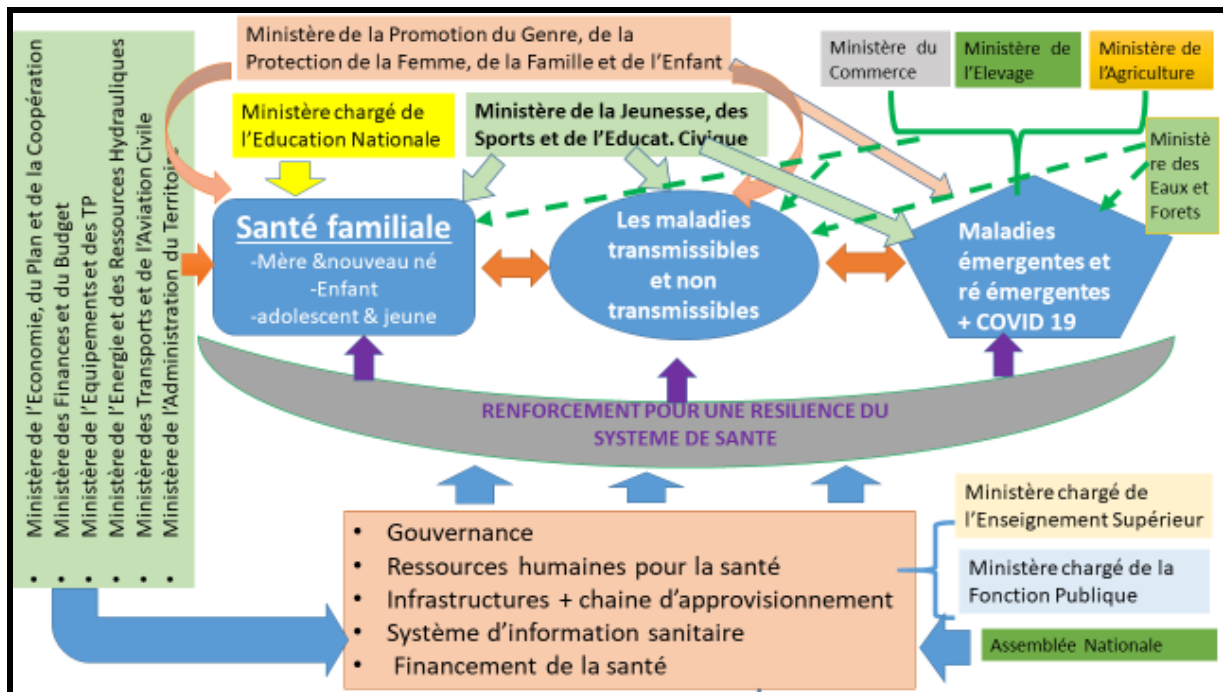


Figure 1 : Cadre conceptuel de mise en œuvre du PNDS III

### 5.1.3.2 Les partenaires techniques et financiers

Les partenaires techniques et financiers apporteront leur appui technique selon leur avantage comparatif et contribueront à la mobilisation et à la mise à disposition des ressources pour la mise en œuvre du PNDS dans la vision de la gestion axée sur les résultats et la redevabilité. Les partenaires seront impliqués, à toutes les étapes du processus de planification, dans le renforcement des capacités techniques des structures nationales chargées de la mise en œuvre des interventions prioritaires, dans la mobilisation des ressources extérieures pour la réalisation des résultats du PNDS et dans le suivi et l'évaluation conjointe du PNDS et des PDDS à travers les différents Conseils de Santé Publique (Nationaux, Régionaux et des Districts). Les partenaires pourront, le cas échéant, mobiliser des expertises externes pour appuyer les structures nationales et analyser l'efficacité et l'efficience de l'utilisation des ressources allouées au secteur.

### **5.1.3.3 La société civile et le secteur privé**

Les confessions religieuses, les ONG de santé, les ordres et les associations professionnelles, poursuivront leur partenariat avec le gouvernement en tant qu'acteurs sanitaires. Ils participeront à toutes les étapes, de l'élaboration à l'évaluation, y compris la mobilisation de ressources additionnelles pour la santé. Les confessions religieuses veilleront à la participation effective de leurs formations sanitaires à la réalisation des priorités sanitaires nationales par la mise en œuvre des SSP. Elles signeront un accord-cadre avec le MSP. Les ONG de santé participeront au renforcement des capacités communautaires. Les ONG internationales se mettront en réseau avec les ONG nationales en vue de renforcer les capacités de ces dernières. Le gouvernement aura pour rôle d'accréditer les ONG, tant celles dites de développement que celles dites humanitaires.

Les Ordres et Associations de professionnels de santé joueront le rôle d'auxiliaires du ministère de la Santé et de la Population pour veiller au code de la déontologie et appuyer le recensement des différents corps de métier par un suivi des mouvements du personnel de santé. Leur participation active au développement du secteur de la santé doit être garantie en prenant une part active aux commissions techniques du CNSP et aux groupes de travail des Conseils Régionaux et des Districts de Santé Publique. L'un des domaines où ils peuvent jouer un rôle est celui de l'accréditation des structures. Les syndicats de professionnels et personnels de santé seront en concertation régulière avec le ministère de la Santé et de la Population pour s'assurer du respect des obligations contractuelles par l'employeur-État et par les employés. Leur rôle devra devenir prépondérant dans la vulgarisation du code de conduite du fonctionnaire de l'administration publique. Ils donneront également voix aux différentes évaluations de la performance du secteur.

### **5.1.4. Conditions de succès**

Au regard des faiblesses déplorées concernant la mise en œuvre des plans sectoriels au cours des années antérieures, les quatre conditions suivantes sont nécessaires pour garantir la réussite quant à la mise en œuvre, ainsi que le succès face aux attentes fondées sur ce PNDS III. Il s'agit, entre autres, des aspects suivants :

- Révision de l'organigramme actuel du Ministère de la Santé et de la Population afin de l'aligner sur les exigences de mise en œuvre du PNDS III ;
- Pertinence programmatique, via une planification cohérente et consensuelle, avec des cibles mesurables ;
- Soutenabilité de la mise en œuvre, via la mobilisation et le déploiement des ressources en temps réel, pour permettre une mise en œuvre effective des interventions prioritaires ;

- Effectivité d'un mécanisme structuré d'accompagnement de la mise en œuvre, et suivi cohérent des performances permettant d'apporter les réajustements nécessaires à temps.

La mise en œuvre de ce PNDS ne peut être garantie qu'en cas de paix et de stabilité du cadre macroéconomique. En cas de situation d'urgence et de catastrophes naturelles, les ressources seront réorientées pour assurer le maintien de la santé des populations. En cas de mobilisation non optimale des ressources, il sera envisagé une nouvelle priorisation et une révision des cibles, pour assurer le minimum requis pour la survie des communautés ainsi que la sécurité sanitaire.

#### **5.1.5. Gestion des risques**

Une analyse des risques du PNDS III basée sur des principes et les valeurs sera faite et fera l'objet d'un plan de mitigation qui accompagnera la mise en œuvre du PNDS 2022-2026.

#### **5.1.6. Plan de communication**

La mise en œuvre du PNDS 2022-2026 réservera une place de choix à la communication entre les différents niveaux. La communication dont il est question se fera dans un but triple : i) vulgariser le PNDS, les résultats attendus, et les programmes et interventions prioritaires à des fins d'appropriation par les différentes parties prenantes ; ii) soutenir les prestations dans le sens de la promotion d'un mode de vie sain et d'un changement de comportement ; et iii) assurer la visibilité des actions menées dans le secteur. Un plan de communication sera élaboré pour décrire les axes de travail et les actions prioritaires à mettre en œuvre pour accompagner la mise en œuvre du PNDS aux trois niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Dans le contexte actuel du processus de décentralisation, il est impératif d'instaurer une communication harmonieuse entre les niveaux central, régional et périphérique, dans l'intérêt premier de la santé de la population, en attendant que des textes réglementaires appropriés viennent combler le vide actuel.

### **5.2. Dispositif de suivi et évaluation**

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

#### **a) Pour le suivi :**

##### **- Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS)**

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

##### **- Les Enquêtes**

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

- **Supervision et monitoring**

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités de santé.

Le niveau central supervisera trimestriellement les activités des régions sanitaires. Les districts sanitaires seront supervisés tous les deux mois par les Régions et assureront mensuellement à leur tour une supervision rapprochée des formations sanitaires de leurs zones respectives.

- **Revues**

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

**b) En matière d'évaluation**

Des évaluations périodiques seront réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des plans annuels 2022, 2023, 2024 et 2025. Les conclusions de ces évaluations guideront l'élaboration d'autres plans.

Une évaluation à mi-parcours sera faite en 2024 suivie d'une évaluation finale en 2026. Ces deux dernières évaluations seront externes.

Le tableau III ci-dessous présente les objectifs, les cibles et quelques indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation du PNDS 2022-2026.

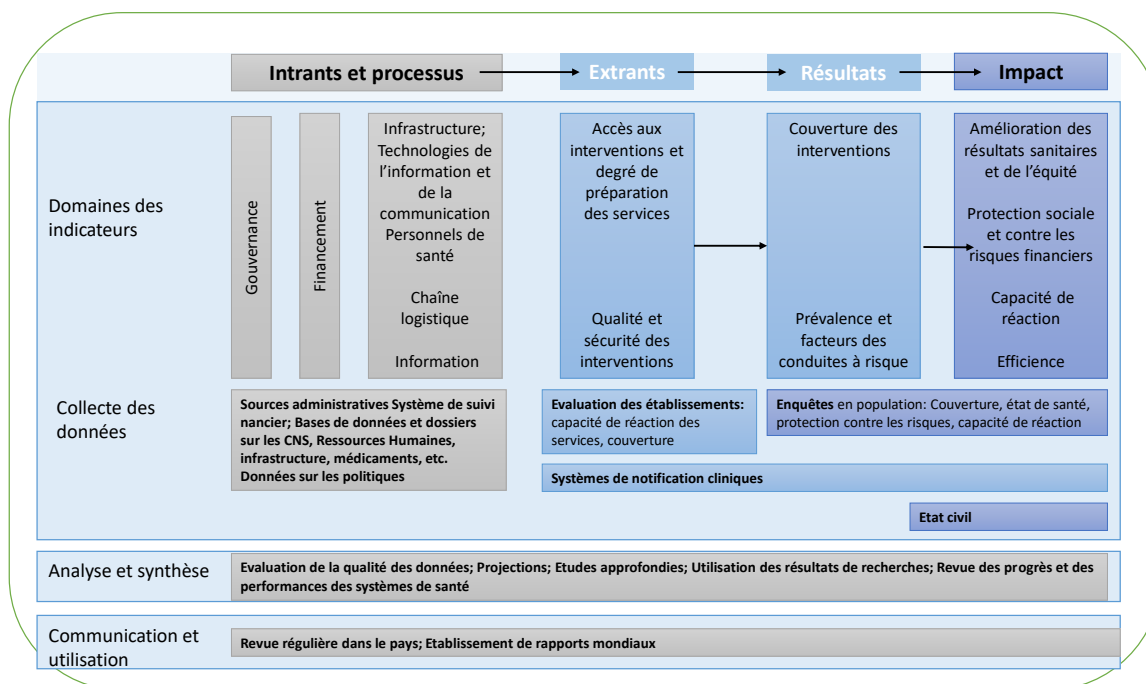
Ce mécanisme permet de suivre et d'évaluer les progrès et les performances du système de santé par rapport aux objectifs du PNDS 2022-2026. La mesure des progrès et performance du PNDS est basée sur l'analyse et l'interprétation des indicateurs du système d'information sanitaire, des supervisions périodiques, d'évaluation périodique et des rencontres périodiques des instances de coordination et de suivi. Elle sera soutenue par un bon cadre de communication et d'information avec les acteurs impliqués et sera organisée sous la responsabilité des comités d'évaluation. Pour le suivi, en plus des rencontres périodiques, les sorties conjointes de suivi, des revues annuelles et à mi-parcours du secteur de la santé auront lieu pour réorienter, si nécessaire, les interventions en vue d'assurer l'atteinte des objectifs fixés.

**5.2.1. Cadre de suivi, d'évaluation et de redevabilité**

**a) Considérations générales**

Ce cadre de suivi, d'évaluation et de redevabilité est basé sur la logique d'une gestion axée sur les résultats, qui oblige le ministère de la Santé et ses partenaires à mettre en place un dispositif permettant de générer des informations relatives aux progrès réalisés dans la mise en œuvre du PNDS III, de procéder à l'analyse des performances et d'orienter la prise de décision.

Ce cadre est inspiré du Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (OMS : Guide de suivi et évaluation), sur le suivi, l'évaluation et l'analyse des stratégies sanitaires nationales présenté ci-dessous. Il décrit les modalités et les indicateurs traceurs permettant d'apprécier l'efficacité, l'efficience ainsi que l'impact des interventions menées dans le secteur de la santé. Il permet de répondre à plusieurs préoccupations, notamment celles de savoir sur quoi, comment et par qui le secteur sera renseigné sur ses réalisations et performance.



**Figure 2 : Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (IHP+)**

Le cadre de suivi et d'évaluation permettra de faire le point sur l'évolution du secteur de la santé par rapport au PNDS 2022-2026 sur la base de plusieurs types d'informations. Il a été retenu une liste d'indicateurs validés qui mesurent les changements souhaités dans le PNDS 2022-2026. Les indicateurs clés ont été tirés du catalogue des indicateurs de santé de la RCA de 2020, de la liste mondiale des 100 indicateurs sanitaires de base de l'OMS et ceux des ODD. Leur sélection a également tenu compte des axes du PNDS III, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que de leur faisabilité. Ils répondent aux critères suivants :

- **Validité** : l'indicateur mesure ce qu'il est supposé mesurer ;
- **Fiabilité** : même si différentes personnes utilisent l'indicateur à différents moments et dans des circonstances différentes, le résultat sera le même ;
- **Sensibilité** : l'indicateur capte le changement dans le phénomène concerné ;
- **Spécificité** : l'indicateur reflète le changement, uniquement dans la situation ou pour le phénomène concerné

### **5.2.2. Rôles et responsabilités dans le suivi et l'évaluation du PNDS**

Le suivi et l'évaluation du PNDS se fera de manière participative aux trois niveaux de la pyramide sanitaire (District, Région et central) selon trois modalités : le suivi de routine, les revues sectorielles et les évaluations indépendantes.

#### **▪ Rôles et responsabilités des structures du MSP**

L'Équipe Cadre de District suivra les résultats du PNDS à travers des plans d'action opérationnels (PAO) annuels. Des réunions de suivi mensuel des prestataires de district serviront à assurer le suivi local des PAO, notamment le fonctionnement des formations sanitaires (CHUR, CHUD, CS et PS) et l'analyse des résultats atteints.

Le niveau régional assurera le suivi et l'évaluation du développement des districts de santé à travers l'évaluation des performances de leurs structures opérationnelles sous la coordination de Chef de section de suivi et évaluation de la région. Des analyses semestrielles régionales seront organisées sur la base des données centralisées à ce niveau pour examiner les performances et réajuster les interventions. Les réunions du Conseil Régional de Santé Publique seront organisées chaque semestre pour prendre des décisions sur la base de la mise en œuvre des plans opérationnels et des performances des régions. Les revues annuelles des districts au niveau des régions auront lieu avant la revue sectorielle nationale qu'elles doivent alimenter.

Le niveau central, à travers la Direction Générale de la Recherche, des Etudes et de la Planification, coordonne le suivi et l'évaluation du PNDS III. À cet effet, il est chargé de la conception des outils de suivi et d'évaluation des politiques et plans, de l'accompagnement des structures régionales dans l'utilisation de ces outils, de l'appui aux revues des districts ainsi que de l'analyse périodique des performances du secteur.

**Tableau IV : Planning de rapportage des activités de routine du PNDS III**

Niveau	Périodicité	Outils
<b>Formations Sanitaires</b>	Mensuelle	Rapport mensuel des FOSA (RMA)
<b>District sanitaire</b>	Mensuelle	Rapport mensuel d'activité de l'équipe cadre de district
<b>Région sanitaire</b>	mensuel	Rapport mensuel d'activité de l'équipe cadre
<b>Programmes spécialisés et directions centrales</b>	Mensuel/semestrielle/annuelle	Rapport mensuel d'activité des services/directions Rapport semestriel des régions sanitaires/districts sanitaires
<b>Niveau central</b>	Annuelle	Rapport annuel par régions/districts sanitaires

Le Ministère de la Santé et de la Population et ses partenaires ont convenu d'organiser une revue chaque année pour analyser, sur la base du rapport sectoriel global, les performances du secteur par rapport aux cibles assignées aux différents indicateurs. Ces revues sont précédées par les revues des régions sanitaires par des ateliers de consolidation des données des programmes spécialisés qui seront organisés en harmonie avec leurs partenaires d'appui dans un esprit de rationalisation du système d'information sanitaire.

**Tableau V : Programmation des revues du secteur de la santé en République Centrafricaine**

Niveau	Période des revues		Outils
<b>Formation sanitaire</b>	Mensuelle		Analyse, validation et utilisation des données de la structure pour une prise de décision
<b>Commune</b>	Bimensuelle		Rapport d'activités et cadre de performance des FOSA
<b>District sanitaire</b>	Chaque trimestre		Rapport d'activités et cadre de performance des aires de santé
<b>Région sanitaire</b>	chaque semestre		Rapport d'activités, et cadre de performance des districts sanitaires
<b>Programme spécialisé du niveau central</b>	chaque semestre	Chaque année	Rapport d'activités, et cadre de performance des régions/districts sanitaires
<b>Niveau central</b>		Chaque année	Rapport d'activités et cadre de performance des régions/districts sanitaires

- **Les évaluations indépendantes des résultats du PNDS III (2022-2026).**

Le Ministère de la Santé et de la Population et ses partenaires ont convenu d'organiser deux évaluations externes indépendantes du PNDS 2022-2026 : une évaluation à mi-parcours en 2024 et une évaluation finale en 2026. Ces évaluations seront menées par des institutions (institut de recherche ou des organisations privées) qui ne sont pas directement impliquées dans la mise en œuvre du PNDS III.

▪ **Rôles et responsabilités des autres acteurs**

- **Les autres services publics**

Le Parlement a pour mission de voter des lois requises, d'allouer des ressources domestiques à la Santé et de suivre et contrôler l'action gouvernementale dans le secteur de la santé. La Cour des comptes travaille pour le contrôle de la gestion des finances allouées au secteur de la santé. Les autres ministères du Gouvernement ont des responsabilités dans le suivi des interventions du secteur de la santé en fonction de leurs apports. Les Institutions de Recherches nationales et internationales auront un rôle à jouer dans les enquêtes et études thématiques utiles pour générer de nouvelles connaissances et stratégies afin de réajuster au besoin les politiques. Il s'agit des Écoles de Santé Publique nationales et internationales, des Facultés des Sciences et de la Santé, des Lettres et Sciences Sociales, des Institut de recherches Scientifiques, etc.

- **Les Partenaires Techniques et Financiers**

Les PTF ne prennent pas seulement part au suivi et à l'évaluation du PNDS 2022-2026 en rapport avec les projets et programmes de santé financés par l'aide extérieure, ils participent également à la préparation et à l'organisation des revues sectorielles à différents niveaux. Ils allouent des ressources additionnelles pour la mise en œuvre du PNDS aux différents niveaux. Leur participation aux évaluations doit tenir compte de la nécessité d'éviter un conflit d'intérêt dans la conduite de ces évaluations du fait de leur appui financier à ces évaluations. Les PTFs ont l'obligation de fournir toutes les informations utiles pour en capter les interventions et en apprécier les performances.

- **La société civile**

La société civile, constituée notamment des ONG de développement, des OAC, des réseaux des Associations de professionnels et des syndicats œuvrant dans le secteur, apporte sa contribution, tant aux prestations des services et soins, qu'à l'évaluation des performances du secteur. Elle a l'obligation de garantir la dynamique communautaire, la bonne gouvernance et la redevabilité.



- **Le secteur privé**

Le secteur privé englobe les petits exploitants ou producteurs indépendants, jusqu'aux entreprises d'envergure nationale, régionale ou mondiale, en passant par les fondations et les organisations privées représentant le monde des affaires, les formations sanitaires et les regroupements d'entrepreneurs œuvrant dans le secteur de la santé. Les PTF ont l'obligation de fournir toutes les informations utiles pour capter leurs interventions et apprécier leurs performances.

### 5.3. Outils du système de suivi et évaluation

Tableau VI : Outils de suivi –évaluation du PNDS III

N°	Domaines	Outils
1	<b>Planification</b>	Plans de travail annuel (PTA) du ministère et/ou des structures des Régions et Districts Sanitaires; Contrats de performance / Financement Basée sur la Performance (PBF) ; Cadres de performance du PNDS (2022-2026), tel que Projet annuel de performance (PAP) du CDMT,
2	<b>Suivi-évaluation</b>	Tableau de bord ; Cadre de mesure du rendement ; Rapport annuel de performance (RAP) ; Fiches de collecte et de traitement des informations ; Rapport (Rapport mensuel d'activité, rapports d'études et d'enquêtes...) ; Revue mensuelles des FOSA Revue trimestrielles ; Revue semestrielles ; Revue annuelle conjointe (revue sectorielle) ; Rapport annuel de performance ; Evaluation à mi-parcours du PNDS (2022-2026) ; Evaluation finale du PNDS (2022-2026).

Les supports de collecte permettent de recueillir les informations de base nécessaires pour le renseignement des indicateurs du système. Après la collecte et l'exploitation des données du système, les résultats sont présentés sur des supports dont le plus important est le tableau de bord des indicateurs, qui permet de comparer les valeurs cibles aux valeurs actuelles. Les outils de mise en œuvre du système de suivi-évaluation sont les suivants :

L'organisation de revues trimestrielles, semestrielles et annuelles d'avancement permettra à l'ensemble des catégories d'acteurs engagés dans la mise en œuvre du PNDS (2022-2026) d'évaluer les performances réalisées. A ce titre, il est établi un bilan critique du niveau d'atteinte

des résultats, les mesures correctives à mettre en œuvre et l'actualisation des engagements des partenaires dans le Plan de Travail Annuel (PTA) de l'année suivante.

## 5.4. Cadres de mesure des performances des programmes du PNDS III (2022-2026)

Tableau VII : les indicateurs du Cadre de mesure de performances des programmes du PNDS III

Indicateurs															
N°	Objectifs stratégiques	Résultats	Libellé de l'indicateur	Niveau de base	Source	Année de base	Cibles					Fréquence de mesure	Source de vérification	Désagrégation	Responsable/ programme
							2022	2023	2024	2025	2026				
<b>Impact</b>															
1	<b>Réduction du taux de morbidité et mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie</b>	Le nombre de décès maternel est réduit de 829 à 445 pour 10000 NV d'ici 2026	Nombre de décès maternel pour 100000 naissances vivantes	829	Unicef	2018	773				445	Quinquennal	Enquête	National, région, district	DSFP
2		le nombre décès infanto-juvénile est réduit de 99 à 47 pour 1000 NV d'ici 2026	Nombre de décès infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes	99	MICS	2018	79		65		47	Biannuelle	Enquête	Sexe, National région district	DSFP
3		Le nombre de décès néonataux est réduit de 28 à 15 pour 1000 NV d'ici 2026	Nombre de décès néonatal pour 1000 naissances vivantes	28	MICS	2018	21		18		15	Biannuelle	Enquête	Sexe, National région district	DSFP
<b>Effet</b>															
4		D'ici 2026, la proportion des décès maternels est réduite de 18% dans les FOSA	Proportion des décès maternels, dans les FOSA	20%	SNIS	2020	16%	14%	12%	10%	8%	Annuelle	Routine	sexe, national, région, district	DSFP

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
5		Réduire de 2,3% à 1% la proportion des décès infanto-juvénile dans les FOSA d'ici 2026	Proportion des décès, infanto-juvénile dans les FOSA	2,30%	SNIS	2020	1,90%	1,70%	1,40%	1,20%	1%	Annuelle	Routine	sexe, national, région, district	DSFP
6		La proportion des décès néonataux est réduite de 3% à 2% d'ici 2026	Proportion des décès néonatal dans la FOSA	3%	SNIS	2020	3%	3%	2%	2%	2%	Annuelle	Routine	sexe, national, région, district	DSFP
7		La proportion des PVVIH dépistée qui connaissent leur résultat est augmenté, passant de 55% à 95% d'ici 2026	Proportion des PVVIH dépistées qui connaissent leur résultat	55%	SNIS	2020	68%	75%	82%	88%	95%	Annuelle	Routine	âge, sexe, national, région district	DLMT
8		La proportion des personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement ARV est améliorée passant de 51% à 90% d'ici 2026	Proportion des personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement aux antirétroviraux,	51%	SNIS	2020	64%	71%	77%	84%	90%	Annuelle	Routine	âge, sexe, national, région district	DLMT
9		D'ici 2026, la proportion des PVVIH avec une charge virale supprimée est augmentée de 40% à 90%	Proportion des PVVIH avec charge virale supprimée	40%	SNIS	2020	57%	65%	73%	82%	90%	Annuelle	Routine	âge, sexe, national, région district	DLMT

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
10		Le taux d'incidence de la Tuberculose est réduit de 540 à 400 pour 100 000 habitants d'ici 2026	Taux d'incidence de la Tuberculose pour 100 000 habitants	540	OMS	2019	480	460	440	420	400	Annuelle	Routine	âge, sexe, national, région, district	DLMT
11		D'ici 2026, le taux d'incidence des cas confirmés du paludisme est réduit de 240 à 119 pour 1000 habitants	Taux d'incidence de cas confirmés du paludisme pour 1000 habitants	240	SNIS	2020	200	180	159	139	119	Annuelle	Routine	âge, sexe, national, région, district	DLMT
12		Le taux de mortalité due au paludisme est réduit de 72 à 45 pour 100 000 habitants d'ici 2026	Taux de mortalité due au paludisme pour 100. 000	72	SNIS	2017	57	54	51	48	45	Annuelle	Routine	âge, sexe, national, région, district	DLMT
13		D'ici 2026, 80% des enfants de 12-23 mois sont complètement vaccinés	Pourcentage des enfants de 12-23 mois complètement vaccinés	13,90%	MICS	2018	47%	55,20 %	63,50 %	71,70 %	80%	Annuelle	Enquête	âge, sexe, national, région, district	DPV
14		La proportion des enfants de 0 à 5 ans présentant une malnutrition chronique est réduite de 42,3% à 40% d'ici 2026	Proportion des enfants de 0-5 ans présentant une malnutrition chronique	42,30%	SMART	2018	41,10 %		40,80 %		40,20 %	Biannuelle	Enquête	âge, sexe, national, région, district	DSSP

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
15		La proportion des enfants de 0 à 5 ans présentant une malnutrition aigüe modérée est réduite de 4,60% à 2,8% d'ici 2026	Proportion des enfants de 0-5 ans présentant une malnutrition aigüe modérée	4,60%	SMART	2019	3,50%		3,30%		2,80%				DSSP
16		la proportion des enfants de 0-5 ans présentant une malnutrition aigüe sévère est réduite de 1,3% à 0,80% d'ici 2026	Proportion des enfants de 0-5 ans présentant une malnutrition aigüe sévère	1,30%	SMART	2019	1,10%		0,90%		0,80%				DSSP
17	<b>Renforcement de la gouvernance et le leadership institutionnel, économique du système de santé, d'ici 2026</b>	Le pourcentage de paiements directs des ménages est réduit de 52,2% à 30% d'ici 2026	Pourcentage de paiements directs des ménages	52,20%	CNS	2018	41,10 %	38,30 %	35,60 %	32,80 %	30%	Annuelle	Enquête	National	DCFS
18		L'exécution du budget de l'Etat est améliorée passant de 88,7% à 95% d'ici 2026	Taux d'exécution du budget de l'Etat	88,70%	MFB	2020	90,80 %	91,90 %	92,90 %	94%	95%	Annuelle	Routine	National	DCFS
<b>Produit</b>															

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
19	<b>Renforcer le processus de planification, suivi-évaluation à tous les niveaux, y compris la qualité des données du système d'information sanitaire</b>	La disponibilité des rapports du SNIS des FOSA est améliorée passant de 76% à 100% d'ici 2026	Taux de disponibilité des rapports du SNIS des FOSA saisies dans la base de données électronique du SNIS	76%	SNIS	2020	84%	88%	92%	96%	100%	Annuelle	Routine	National, région, district	DSEPPS
20		La complétude de données des FOSA saisie est améliorée de 26% à 80% d'ici 2026	Taux de complétude de données des FOSA saisies dans la base de données électroniques	26%	DQR	2019	49%	57%	65%	72%	80%	Annuelle	Enquête	National, région, district	DSEPPS
21		Tous les districts sanitaires utilisent le DHIS2 pour la transmission des données du SNIS d'ici 2026	Nombre de districts sanitaires qui utilisent le DHIS2 pour la saisie et la transmission des données du SNIS	0%	SNIS	2020	12	18	23	29	35	Annuelle	Routine	National, région, district	DSEPPS
22		Les revues sont organisées de manière régulière à tous les niveaux du système d'ici 2026	Proportion des revues organisées (NC, RS, DS)	0%	SNIS	2020	50%	75%	80%	90	100%	Annuelle	Routine	National, région, district	DSEPPS

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
23	<b>Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients</b>	D'ici 2026, 565 nouvelles FOSA sont construites pour améliorer l'accessibilité de la population	Ratio FOSA habitant	14891	SNIS	2020	13261	12446	11630	10815	10000	Annuelle	Enquête	National, région, district	DSSP
24		La couverture vaccinale en Pentavalent 3 est améliorée à 95% en 2026	Couverture vaccinale en Pentavalent 3 chez les enfants de 0-11 mois	34%	MICS	2018	65%	72%	80%	87%	95%	Annuelle	Routine	sexe, national, région, district	DPV
25		La couverture vaccinale en VAR est améliorée à 90% d'ici 2026	Couverture vaccinale en VAR chez les enfants de 0-11 mois	54%	MICS	2018	72%	77%	81%	86%	90%	Annuelle	Routine	sexe, national, région, district	DPV
26		Le taux d'utilisation des services de santé est amélioré passant de 0,59 à 1 d'ici 2026	Taux d'utilisation des services de santé	0,59	SNIS	2020	0,7	0,7	0,8	0,9	1	Annuelle	Routine	sexe, national, région, district	DSSP
27		D'ici 2026, 80% des femmes enceintes arriveront au CPN4+ lors de suivi de leur grossesse	Couverture en CPN4+	41%	MICS	2018	61%	65%	70%	75%	80%	Annuelle	Routine/enquête	sexe, national, région, district	DSFP
28		D'ici 2026, 80% des accouchements seront assistés par un personnel qualifié	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	42%	MICS	2018	61%	66%	71%	75%	80%	Annuelle	Routine/enquête	sexe, national, région, district	DSFP



Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
29		D'ici 2026, 98% des enfants malnutris aigus sévères seront guéris	Taux de guérison de la MAS	94,80%	SNIS	2020	95%	96%	97%	97%	98%	Annuelle	Routine/enquête	National, région, district	DSFP
30		D'ici 2026, le taux de référence et de contre référence sera amélioré, atteignant 60%	Taux de référence contre référence	ND			20%	30%	40%	50%	60%	Annuelle	Routine	National, région, district	DSSP
31	<b>Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</b>	D'ici 2026, 60% des FOSA sont fonctionnelles dans les zones en situation de crises humanitaires	Proportion des FOSA fonctionnelles dans les zones en situations de crises humanitaires	ND			20%	30%	40%	50%	60%	Annuelle	Enquête	région district	DSEGUSP
32		D'ici 2026, les 35 districts sanitaires seront capables à la prise en charge des urgences et catastrophes	Nombre de District sanitaire avec prestataires formés à la prise en charge des urgences et catastrophes	ND			20	35	35	35	35	Annuelle	Routine	région	DSEGUSP
33	<b>Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</b>	D'ici 2026, 100% des FOSA disposeront d'un COGES fonctionnel	Proportion des COGES fonctionnels	ND			10%	23%	35%	48%	60%	Annuelle	Routine	région district	DCFS
34		D'ici 2026, 100% des FOSA disposeront d'un cadre de redevabilité avec	Proportion de Districts Sanitaires disposant d'un cadre de	ND			10%	33%	55%	78%	100%	Annuelle	Routine	région	DCFS

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
	ent	la communauté	redevabilité avec les communautés												
35	<b>Rendre disponible les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre coût à tous les niveaux</b>	La disponibilité des médicaments essentiels et génériques est améliorée atteignant 80% à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2026	Taux de disponibilité des médicaments essentiels et génériques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	ND			15%	31%	48%	64%	80%	Annuelle	Routine/Enquête	région district	DPMT
36		Le pays dispose d'une centrale d'achat nationale fonctionnelle répondant aux normes d'ici 2026	Nombre de centrale d'achat nationale répondant aux normes et fonctionnelle	ND			0	1	1	1	1	Annuelle	Routine		DPMT
37		D'ici 2026, le pays disposera d'un laboratoire de contrôle qualité fonctionnel répondant aux normes	Nombre de laboratoire de contrôle qualité répondant aux normes et fonctionnel	ND			0	1	1	1	1	Annuelle	Routine		DPMT
38		D'ici 2026, 80% des districts sanitaires disposent d'un dépôt pharmaceutiques de stockage fonctionnel	Proportion des Districts sanitaires disposant des dépôts pharmaceutiques de stockage et de distribution	ND			10%	28%	45%	63%	80%	Annuelle	Routine	région	DPMT

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
			fonctionnels												
Intrants/Processus															
39	Renforcement de la gouvernance et le leadership institutionnel, économique du système de santé, d'ici 2026	D'ici 2026, le Ministère de la Santé disposera de 30% de femmes dans les instances de décision à tous les niveaux du système	Proportion des femmes dans les instances de décision à tous les niveaux du système de santé	ND			8%	14%	19%	25%	30%	Annuelle	Enquête	âge, national région district	DREP
40		les plateformes de coordination seront fonctionnelles à 80% à tous les niveaux du système d'ici 2026	Proportion des plateformes de coordination fonctionnelles à tous les niveaux	ND			15%	31%	48%	64%	80%	Annuelle	Routine	National région district	DREP
41		D'ici 2026, le pays dispose d'au moins une formation modulaire décentralisée	Nombre de formations modulaires décentralisées	ND			0	1	1	1	1	Annuelle	Routine	National	DREP
42		Au moins 90% des plans opérationnels intégrés sont mis en œuvre à tous les niveaux d'ici 2026	Proportion des plans opérationnels intégrés mise en œuvre (niveau central, DRS, DS)	ND			15%	34%	53%	71%	90%	Annuelle	Routine	National région district	DREP

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
43		D'ici 2026, le nombre de professionnels de santé est amélioré passant de 7,3 à 15 pour 1 000	Nombre de professionnels de santé pour 10000 habitants (médecins, infirmiers, sages-femmes; milieu urbain-milieu rural)	7,3	Sara/He RAMS	2019	9,9		12,4		15	Biannuelle	Enquête	âge, sexe, région, district	DR
44		D'ici 2026, 15% du budget national est alloué à la santé	Pourcentage du budget national alloué à la santé	14,70%	MFB	2020	14,80 %	14,90 %	14,90 %	15,00 %	15%	Annuelle	Routine	National, région, district	DCFS
45		D'ici 2026, la contribution des PTFs atteint 40%	Pourcentage de la contribution des PTFs	46,70%	CNS	2017	43%	42%	41%	41%	40%	Annuelle	Enquête	National	DCFS
46		D'ici 2026, 10% du budget de la santé est alloué à la recherche	Pourcentage du budget de la santé alloué à la recherche opérationnelle	ND			3%	5%	7%	8%	10%	Annuelle	Routine	National	DCFS
47		Une unité fiduciaire est fonctionnelle au MSP d'ici 2026	Existence d'une unité fiduciaire fonctionnelle au MSP	0	Rapport RSS	2020	1	1	1	1	1	Annuelle	Routine	National	DCFS
48		D'ici 2026, 80% des textes réglementaires sont adoptés	Pourcentage des textes réglementaires adoptés	7%		2020	22%	36%	51%	65%	80%	Annuelle	Routine	National	DR

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
49	Développer les infrastructures sanitaires et équipements biomédicaux selon les normes standards,	D'ici 2026, 83% des infrastructures sanitaires ciblées sont construites et/ou réhabilitées selon les normes	Proportion des infrastructures sanitaires ciblées construites et/ou réhabilitées et équipées selon les normes (NTIC, solarisation, énergie renouvelable,...)	33%	Sara/He RAMS	2019	54%	62%	69%	76%	83%	Annuelle	Routine/	National, région district	DDIS
48		D'ici 2026, 60% des formations sanitaires disposent de services des urgences avec un plateau technique moderne	Proportion des formations sanitaires disposant des services des urgences avec un plateau technique moderne (CHU, HRU, HD, HS)	ND	Sara/He RAMS		15%		38%		60%	Biannuelle	Enquête	National, région district	DOSGEHU
49		D'ici 2026, 70% des formations sanitaires disposent de services de réanimation avec un plateau technique moderne	Proportion des formations sanitaires disposant des services de réanimation avec un plateau technique moderne (CHU, HRU,		0	Sara/He RAMS	2019	30%		50%		70%	Biannuelle	Enquête	National, région district

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
50		D'ici 2026, 100% des CHU disposent des unités de production d'oxygène	Proportion de CHU disposant des unités de production d'oxygène	ND	Sara/He RAMS		40%		70%		100%	Biannuelle	Enquête	National	DOSGEHU
51		D'ici 2026, 70% des structures de santé disposent du personnel de santé qualifié selon les normes et sont équitablement établi pour une offre de service et de soins de santé de qualité	Proportion des structures de santé disposant du personnel de santé qualifié selon les normes et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité	ND	Sara/He RAMS		35%		53%		70%	Biannuelle	Enquête	National, région district	DR
52	Renforcement du système national de surveillance sanitaire	D'ici 2026, 80% des sites de soins communautaires offrent les services de santé à la population	Proportion des sites de soins communautaires (points avancés des soins communautaires) offrant les services de santé à la population	47%	Rapport RSS	2020	58%	64%	69%	75%	80%	Annuelle	Enquête	National, région district	DSSP
53		D'ici 2026, au moins 01 point d'entrée est désigné selon les normes de l'OMS	Nombre des points d'entrée (PoE) désignés selon les normes de l'OMS	0	Rapport RSI	2021	1	1	1	1	1	Annuelle	Routine	National, région district	DSEGUSP

Indicateurs															
N°	Objectifs	Résultats	Libellé de	Niveau	Source	Année de	Cibles					Fréquence	Source de	Désagrég	Responsable/
54		D'ici 2026, 100% des épidémies confirmées auront une riposte	Taux d'épidémies confirmées avec riposte	79%	Rapport SIMR	2020	86%	90%	93%	97%	100%	Annuelle	Routine	National, région district	DESGUSP

## **SIXIEME PARTIE : FINANCEMENT DU PND\$ III (2022-2026)**



## **6. Financement du PNDS III**

### **6.1. Mobilisation des ressources et Mécanismes de financement**

#### **a) Mobilisation des ressources**

Pour financer le PNDS III, le gouvernement compte non seulement sur les efforts internes de mobilisation de ressources mais aussi sur l'appui des partenaires techniques et financiers. A cet effet un cadre de partenariat sera mis en place avec l'implication de toutes les parties prenantes.

Le coût total du PNDS pour la période 2022-2026 a été estimé à **Mille Six Cent Trente Quatre Milliards Six Cent Soixante-Dix-Sept Million Quatre Cent Quatre Vingt et Onze Mille Cent Soixante Sept Francs CFA (1 634 677 491 167 FCFA)** soit environ **2 972 140 893 USD**. Ce coût inclut l'ensemble des besoins de financement à couvrir pour la mise en œuvre des interventions prioritaires en vue d'atteindre les objectifs fixés et il représente le coût total des dépenses de santé à réaliser au niveau des services publics et privés de santé afin de garantir une offre de soins de qualité à la majorité de la population.

- ✓ Une partie significative de ce montant devra provenir de la contribution attendue de l'Etat en cohérence avec la volonté politique de tendre vers l'atteinte des ODD tout en restant réaliste compte-tenu du niveau déjà atteint en matière d'allocation des ressources (14,9%). La stabilisation du climat socio politique en cours et les perspectives de développement économique du pays confortent ce réalisme
- ✓ Cette volonté politique de l'Etat devrait être soutenue par une contribution plus active des partenaires au développement, d'où la nécessité de définir et de mettre en œuvre des mesures et stratégies de mobilisation de ressources additionnelles pour combler le gap de financement, voire pour progresser davantage vers l'atteinte des ODD
- ✓ Compte tenu du contexte socio politique, une partie non négligeable de ce montant sera mobilisée auprès des services privés de santé. Il s'agit des dépenses de santé des entreprises privées réalisées auprès des services de santé privés et autres prestataires de soins ;
- ✓ Pour combler les gaps de financement, des mécanismes innovants de mobilisation des ressources domestiques à travers les taxes sur la consommation de certains produits devront être développés.

Au niveau national, les ressources pour l'exécution du PNDS III seront mobilisées auprès de l'Etat sur le budget national défini dans les Lois des finances annuelles conformément aux directives de la CEMAC relative au budget programme.

Les ressources provenant des partenaires techniques et financiers sont mobilisées à travers les appuis budgétaires sectoriels et le financement direct des projets et programmes de santé. Les fonds bilatéraux seront mobilisés par le biais de la coopération. Les autres sources de

Financement sont les ménages et le secteur privé Lucratif et les Institutions sans but lucratif au profit des ménages (ISBLM).

Au niveau Décentralisé, le cycle de mobilisation des ressources va se baser sur les cadres de programmation de ce niveau, notamment les Plans de travail annuel des districts et des Formations Sanitaires (FOSA) ;

#### **b) Mécanismes de financement**

Les mécanismes de financement du PNDS III, seront essentiellement basés sur :

- Le recouvrement des coûts ; par le paiement direct des ménages à travers la tarification conformément à l'Initiative de Bamako instaurée par Arrêté N°245 du 12 septembre 1995;
- Le FBP couvre l'équivalent de 40% de la population centrafricaine dans les régions 2, 3, 4, 5 et 6. Grace à l'appui des projets SENI/BM et BEKOU/UE ;
- La gratuité totale des soins dans les zones d'urgences ; concerne les communautés à haut risque et les zones en crise aigüe
- La gratuité ciblée pour certaines catégories de la population (Femmes enceintes, enfant de moins de 5 ans et les victimes de violence basée sur le genre, Décret N° 19037 du 15 février 2019)
- La gratuité ciblée pour un certain nombre de programmes de santé publique importants grâce aux initiatives Mondiales de financement de la santé (le Planning Familial, la Nutrition, le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, les maladies évitables par la vaccination et les MTN).

Pour accroître les chances de mobilisation des ressources, les mesures et stratégies suivantes seront mises en œuvre dans le cadre de l'Orientation stratégique N°1 du PNDS III relative à l'Amélioration de la gouvernance et du leadership du secteur en prenant en compte le genre :

- L'amélioration de l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles pour le secteur, notamment par la systématisation de la définition des priorités en fonction des stratégies les plus efficaces et ayant le meilleur impact ;
- L'organisation d'une table ronde des Bailleurs de Fonds avec l'appui des principaux partenaires au développement du secteur ;
- Le renforcement de la mobilisation des ressources provenant des autres acteurs du système de santé : Collectivités Territoriales pour le financement au niveau communautaire, développement de la coopération décentralisée, meilleure organisation du système de sécurité sociale, etc.
- La fiabilisation des ressources mobilisables, notamment la traduction des contributions attendues de l'Etat et des PTF en engagements durables ;
- La mise en œuvre des réformes structurelles permettant d'améliorer la capacité de mobilisation et d'absorption des ressources internes et externes à tous les niveaux, et le renforcement de la capacité des structures et acteurs concernés ;

Au cas où les conditions requises et les mesures et stratégies identifiées ci-dessus n'étaient pas réunies ou ne produisaient pas les effets escomptés en terme de mobilisation des ressources

additionnelles requises, l'alternative de reconsidérer les objectifs spécifiques pour les rendre compatibles avec les ressources mobilisables, devrait être examinée au cours de la revue à mi-parcours.

## **6.2. Programmation Physique et Financière du PNDS 2022-2026 (Plan d'Actions Prioritaires Budgétisé-PAPB)**

Le processus de budgétisation du PNDS 2022-2026 s'est fait en quatre (04) phases : (i) la première phase technique a porté sur une revue documentaire; (ii) ensuite une discussion et une harmonisation de l'approche méthodologique en fonction des outputs, incluant le choix de l'outil de modélisation ou le support numérique (OneHealth Tool) ; (iii) la phase de collecte des données techniques sur le financement du secteur, ayant couvert aussi bien les composantes programmes de santé que les piliers du système de santé, (iv) enfin le traitement et l'analyse des données à l'aide de l'outil pour produire les coûts et les résultats d'impact.

Le budget global du PNDS III 2022-2026 est estimé à **1 634 677 491 167 FCFA** soit environ **2 972 140 893 USD**. La part de chaque programme dans ce budget se présente comme suit dans le tableau ci-après :

**Tableau VIII : Budget du PNDS III par axe stratégique**

Programme	Libellé	Budget estimatif sur les 5 ans (FCFA)	Budget estimatif en USD	Proportion
<b>Axe stratégique 1</b>	Renforcement de la gouvernance pour une régulation orientée par la performance et la modernisation du système de santé	72 531 478 904	131 875 416	4%
<b>Axe stratégique 2</b>	Renforcement de la résilience du système de santé	987 291 135 967	1 795 074 793	60%
<b>Axe stratégique 3</b>	Amélioration de l'offre et de la demande	274 629 565 708	499 326 483	17%
<b>Axe stratégique 4</b>	Lutte contre les maladies émergentes, réémergentes, endémo-épidémiques et les pandémies y compris la Covid-19	300 225 310 588	545 864 201	18%
<b>TOTAL</b>		<b>1 634 677 491 167</b>	<b>2 972 140 893</b>	

Le budget détaillé avec les différents sous-programmes sur la période de 2022-2026 se trouve en annexe.

## **CONCLUSION GENERALE**

Le processus d'élaboration du PDNS III a été participatif, inclusif et itératif. C'est le fruit de l'engagement du gouvernement et de l'ensemble des acteurs de la santé qui ont été mobilisés à cet effet. A partir de l'analyse de la situation, quatre grands groupes de problèmes prioritaires du secteur ont été identifiés et ont fait l'objet d'orientations stratégiques et des actions précises susceptibles de contribuer aux changements escomptés en vue de l'amélioration de la santé de la population.

La santé est le moteur du développement du capital humain et de la croissance économique. Ce PNDS démontre à suffisance la dimension multisectorielle prise en compte dans le diagnostic des problèmes de santé, ainsi que dans leurs propositions de résolutions.

Tout le monde est donc concerné par la mise en œuvre du PNDS et chacun devra se l'approprier et jouer son rôle au moment opportun afin d'atteindre les objectifs fixés.

Au vu de l'ampleur des problèmes et des défis liés à la rareté des ressources, il faudra un parfait alignement et harmonisation des ressources tant financières, matériels que humaines afin d'être le plus rationnel possible.

Le partenariat renforcé sera un atout pour la réalisation des objectifs et l'atteinte des résultats. Tendre vers la couverture santé universelle sera le dénominateur commun de toutes les interventions durant les cinq prochaines années que couvrira ce PNDS.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Indicateurs de santé actuels

INDICATEURS DE SANTE ACTUELS		
Indicateurs (indiquer la source des indicateurs)	Valeurs	Source
Population totale en milliers	5 571	Projection RGPH03; ICASEES
% de la population de moins de 15 ans	38	RGPH03; ICASEES
% de la population de plus de 60 ans	2,83	Projection RGPH03; ICASEES
Esperance de vie à la naissance (ICASEES), Homme	45,4	Projection RGPH03; ICASEES
Esperance de vie à la naissance (ICASEES), Femme	49,4	Projection RGPH03; ICASEES
Esperance de vie à la naissance (ICASEES), Totale	53,3	MICS6-RCA, 2018-2019
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	28	MICS6-RCA, 2018-2019
Taux de mortalité chez les moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes	36	MICS6-RCA, 2018-2019
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	882	Rapport ODD, Unicef 2018
% de couverture vaccinale par le DTC3 chez les enfants âgés de 1an	34,4	MICS6-RCA, 2018-2019
% d'enfants complètement vaccinés	13,2	MICS6-RCA, 2018-2019
% de naissance en présence d'agents de santé qualifiés	42,9	MICS6-RCA, 2018-2019
% de naissance en institutions de soins	58,3	MICS6-RCA, 2018-2019
Total des dépenses en santé en % du PIB	13,9	DGPE; MEPCI
Taux de croissance du PIB estimé en 2021	3,5	FMI
Taux (%) d'alphabétisation chez les femmes (15 ans et +) (année)	24,9	MICS6-RCA, 2018-2019
Taux (%) d'alphabétisation chez les hommes (15 ans et +) (année)	47,4	MICS6-RCA, 2018-2019
Population utilisant une source d'eau potable améliorée	58,7	MICS6-RCA, 2018-2019
Population utilisant des installations d'assainissement améliorées	21,8	MICS6-RCA, 2018-2019
Incidence de pauvreté monétaire	1,90 US/jour	BM
Rang selon l'indicateur du développement humain	188/189	PNUD, 2020

## Annexe 2 : Budget détaillé du PND5 III

Orientation stratégique	Sous-programme	2022	2023	2024	2025	2026	Budget estimatif sur les 5 ans (FCFA)
<b>Axe stratégique 1 : Renforcement de la gouvernance pour une régulation orientée par la performance et la modernisation du système de santé</b>		<b>9 215 655 337</b>	<b>12 598 206 777</b>	<b>16 892 346 759</b>	<b>18 256 371 780</b>	<b>15 568 898 251</b>	<b>72 531 478 904</b>
<b>OS1:</b> Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnel, économique du système de santé, d'ici 2026	<b>Sous-Programme 1.1 :</b> Renforcement du cadre de coordination, du partenariat, de la décentralisation et de la multisectorialité du système en tenant compte du genre	3 535 515 966	4 714 021 288	5 892 526 610	5 892 526 610	3 535 515 966	<b>23 570 106 440</b>
	<b>Sous-Programme 1.2 :</b> Développement des ressources humaines pour la santé	454 622 628	606 163 504	757 704 380	757 704 380	454 622 628	<b>3 030 817 520</b>
	<b>Sous-Programme 1.3 :</b> Renforcement des mécanismes de financement de la santé dans la perspective de la couverture sanitaire universelle.	2 012 385 114	3 425 863 498	4 839 341 882	6 203 366 903	7 468 485 198	<b>23 949 442 595</b>

<b>Orientation stratégique</b>	<b>Sous-programme</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>Budget estimatif sur les 5 ans (FCFA)</b>
<b>OS2:</b> Renforcer le processus de planification, suivi-évaluation à tous les niveaux, y compris la qualité des données du système d'information sanitaire	<b>Sous-Programme 1.4 :</b> Renforcement du processus de planification, suivi-évaluation à tous les niveaux, y compris la qualité des données du système d'information sanitaire	642 600 000	856 800 000	1 071 000 000	1 071 000 000	642 600 000	<b>4 284 000 000</b>
	<b>Sous-Programme 1.5 :</b> Développement de la recherche en santé (recherche opérationnelle/action, enquêtes,)	1 074 026 670	1 432 035 560	1 790 044 450	1 790 044 450	1 074 026 670	<b>7 160 177 800</b>
<b>OS3:</b> Développement des capacités nationales en matière de leadership, et de mise en œuvre des programmes de santé	<b>Sous-Programme 5.1 :</b> Appui au Pilotage stratégique du MSP	1 373 586 919	1 399 432 207	2 336 866 037	2 336 866 037	2 270 729 749	<b>9 717 480 949</b>
	<b>Sous-Programme 5.2 :</b> Appui à la Coordination administrative et au renforcement des capacités d'intervention du MSP	122 918 040	163 890 720	204 863 400	204 863 400	122 918 040	<b>819 453 600</b>
<b>Axe stratégique 2 : Renforcement de la résilience du système de santé</b>		<b>187 803 731 832</b>	<b>243 541 081 398</b>	<b>215 223 162 133</b>	<b>196 154 365 261</b>	<b>144 568 795 343</b>	<b>987 291 135 967</b>
<b>OS1:</b> Développer les infrastructures sanitaires et	<b>Sous-Programme 2.1 :</b> Renforcement des capacités institutionnelles dans le	51 065 421 186	59 455 524 657	50 975 564 925	43 058 247 606	26 063 940 125	<b>230 618 698 499</b>

Orientation stratégique	Sous-programme	2022	2023	2024	2025	2026	Budget estimatif sur les 5 ans (FCFA)
équipements biomédicaux selon les normes standards,	domaine des Infrastructures et équipements						
	<b>Sous-Programme 2.2</b> : Renforcement des Infrastructures et équipements sanitaires	97 491 644 979	144 572 380 427	120 905 707 241	119 074 787 116	92 381 681 199	<b>574 426 200 963</b>
<b>OS2:</b> Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	<b>Sous-Programme 2.3</b> : Amélioration de la couverture sanitaire en PMA et PCA ainsi que l'intégration des programmes spécialisés, les interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant y compris le laboratoire, sécurité transfusionnelle et la santé communautaire intégrant l'approche qualité et sécurité des patients	25 444 228 010	35 056 937 347	39 669 646 684	29 669 646 684	20 444 228 010	<b>150 284 686 735</b>
<b>OS3:</b> Rendre disponible les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre coût à tous les niveaux	<b>Sous-Programme 2.4</b> : Renforcement du cadre juridique, institutionnel et organisationnel du secteur des médicaments et autres produits de santé y compris la médecine	13 173 740 107	3 617 975 566	2 624 414 033	3 303 854 605	5 050 248 459	<b>27 770 232 770</b>



Orientation stratégique	Sous-programme	2022	2023	2024	2025	2026	Budget estimatif sur les 5 ans (FCFA)
	traditionnelle						
<b>OS4:</b> Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	<b>Sous-Programme 2.5</b> : Renforcement du système national de surveillance sanitaire et de riposte aux épidémies et autres catastrophes	628 697 550	838 263 400	1 047 829 250	1 047 829 250	628 697 550	<b>4 191 317 000</b>
<b>Axe stratégique 3: Amélioration de l'offre et de la demande</b>		<b>49 965 177 871</b>	<b>54 149 752 711</b>	<b>58 249 285 210</b>	<b>59 072 227 962</b>	<b>53 193 121 954</b>	<b>274 629 565 708</b>
<b>OS1:</b> Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	<b>Sous-Programme 3.1</b> : Renforcement de l'offre de service de santé de qualité assurant la sécurité des patients	5 378 407 065	6 780 349 235	8 204 510 535	9 072 044 006	8 803 203 338	<b>38 238 514 178</b>
	<b>Sous-Programme 3.2</b> : Renforcement de l'offre de service de santé de la reproduction et en particulier pour le couple mère-enfant	15 922 596 735	15 900 096 735	15 844 687 455	15 800 096 735	15 800 096 735	<b>79 267 574 396</b>
	<b>Sous-Programme 3.3</b> : Renforcement de la performance du programme élargi de	12 032 113 084	12 032 113 084	12 032 113 084	12 032 113 084	12 032 113 084	<b>60 160 565 418</b>

Orientation stratégique	Sous-programme	2022	2023	2024	2025	2026	Budget estimatif sur les 5 ans (FCFA)
	vaccination à travers les approches novatrices						
	<b>Sous-Programme 3.4 :</b> Renforcement de l'accès aux soins de santé des adolescents, jeunes et des personnes âgées	1 337 471 834	1 783 295 779	2 229 119 724	2 229 119 724	1 337 471 834	<b>8 916 478 896</b>
	<b>Sous-Programme 3.5 :</b> Développement des interventions au niveau communautaire	1 159 301 748	1 545 735 664	1 932 169 580	1 932 169 580	1 159 301 748	<b>7 728 678 320</b>
<b>OS2:</b> Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier	<b>Sous-Programme 3.6 :</b> Développement des stratégies et approches favorisant l'accès de la population aux services de santé	1 253 697 657	1 671 596 876	2 089 496 095	2 089 496 095	1 253 697 657	<b>8 357 984 380</b>
	<b>Sous-Programme 3.7 :</b> Renforcement de la réponse du système de santé aux urgences et situations de crises humanitaires	58 135 053	77 513 404	96 891 755	96 891 755	58 135 053	<b>387 567 020</b>
<b>OS3 :</b> Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes,	<b>Sous-Programme 3.8 :</b> Renforcement des capacités opérationnelles des RHS et Développement des stratégies de	117 893 118	157 190 824	196 488 530	196 488 530	117 893 118	<b>785 954 120</b>

<b>Orientation stratégique</b>	<b>Sous-programme</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>Budget estimatif sur les 5 ans (FCFA)</b>
l'éthique et déontologie	motivation et la fidélisation des ressources humaines						
	<b>Sous-Programme 3.9</b> : Production de ressources humaines de qualité pour la santé	4 020 929 230	5 336 454 910	6 577 628 400	6 577 628 400	3 946 577 040	<b>26 459 217 980</b>
<b>OS 4</b> : Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	<b>Sous-Programme 3.10</b> : Développement du leadership communautaire	542 321 559	723 095 412	903 869 265	903 869 265	542 321 559	<b>3 615 477 060</b>
	<b>Sous-Programme 3.11</b> : Renforcement de la participation communautaire à la promotion de la santé	557 699 376	557 699 376	557 699 376	557 699 376	557 699 376	<b>2 788 496 880</b>
<b>OS 5</b> : Amener la population à adopter les comportements sains et favorable à la santé	<b>Sous-Programme 3.12</b> : Développement de la promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé	7 371 260 276	7 371 260 276	7 371 260 276	7 371 260 276	7 371 260 276	<b>36 856 301 380</b>
	<b>Sous-Programme 3.13</b> : Renforcement de la communication pour le changement de comportements et bonnes pratiques	213 351 136	213 351 136	213 351 136	213 351 136	213 351 136	<b>1 066 755 680</b>
<b>Axe stratégique 4 : Lutte contre les maladies Émergentes, réémergentes, endémo-épidémiques et les pandémies y compris la COVID-19</b>		<b>45 324 970 595</b>	<b>59 173 859 868</b>	<b>70 486 873 881</b>	<b>70 336 096 894</b>	<b>54 903 509 349</b>	<b>300 225 310 588</b>

<b>Orientation stratégique</b>	<b>Sous-programme</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>Budget estimatif sur les 5 ans (FCFA)</b>
<b>OS1:</b> D'ici fin 2026, réduire le taux de morbidité et mortalité des maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	<b>Sous-Programme 4.1</b> : Intensification de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	25 322 512 637	32 503 915 923	37 149 443 951	36 998 666 963	34 901 051 391	<b>166 875 590 865</b>
	<b>Sous-Programme 4.2</b> : Renforcement de la surveillance épidémiologique intégrée des maladies et la riposte incluant toutes les maladies transmissibles et non transmissibles	1 786 680 671	2 382 240 894	2 977 801 118	2 977 801 118	1 786 680 671	<b>11 911 204 471</b>
<b>OS2:</b> Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) d'ici fin 2026	<b>Sous-Programme 4.3</b> : Renforcement des capacités du pays dans la mise en œuvre du RSI	7 747 775 799	10 330 367 732	12 912 959 665	12 912 959 665	7 747 775 799	<b>51 651 838 658</b>
	<b>Sous-Programme 4.4</b> : Renforcement des capacités du pays dans la préparation et la riposte aux épidémies, urgences de santé publique et catastrophes	10 468 001 489	13 957 335 319	17 446 669 148	17 446 669 148	10 468 001 489	<b>69 786 676 593</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>292 309 535 636</b>	<b>369 462 900 754</b>	<b>360 851 667 983</b>	<b>343 819 061 896</b>	<b>268 234 324 897</b>	<b>1 634 677 491 167</b>

### ANNEXE 3 : Matrice de responsabilités de la mise en œuvre du PNDS III

Secteurs institutionnels impliqués		Objectifs Spécifiques	Responsabilités
Ministère d'Etat chargé de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale	Cabinet	1. Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnels et économiques du système de santé  3. Renforcer le processus de planification, suivi-évaluation à tous les niveaux, y compris la qualité des données du système d'information sanitaire	Coordination de la mobilisation des ressources externes
	ICASEES		Coordination et suivi des conventions et accords de partenariat  Appui à la mise e œuvre du plan de suivi-évaluation du PNDS III;  Appui à l'exécution des études et enquêtes de santé;  Partage des résultats de toutes études et enquêtes nationales socio-économiques réalisées (RGPH, études sur la pauvreté, etc.)
	RCPCA		Appui à l'élaboration de tous les documents stratégiques et de Politiques  Appui à la coordination intersectorielle
Ministère d'Etat chargé de la Justice, de la Promotion des Droits Humains et de la Bonne Gouvernance, Garde des Sceaux		1. Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnels et économiques du système de santé  2. Assurer le développement des capacités nationales en matière de leadership institutionnel et de mise en œuvre des programmes de santé	Appui dans l'élaboration et l'application des textes juridiques en vigueur  Appui à la lutte contre la fraude et la corruption.

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	<p>6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre cout à tous les niveaux</p> <p>8. Accroitre la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients</p> <p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p> <p>10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie</p>	<p>Appui à la lutte contre la pratique illégale de la médecine et de la pharmacie.</p>
<p><b>Ministère d'Etat chargé du Désarmement, de la Démobilisation, de la Réintégration, du Rapatriement et du Suivi de l'Accord Politique pour la Paix et la Reconciliation</b></p>	<p>5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients</p> <p>7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes</p> <p>8. Accroitre la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients</p> <p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p> <p>10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie</p> <p>11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</p>	<p>Plaidoyer auprès des responsables des groupes armées pour garantir la sécurité des personnels, infrastructures et équipements de santé afin d'assurer une continuité des soins.</p>

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère chargé des Transport et de l'Aviation Civile</b>	6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre cout à tous les niveaux	Mise en place des mesures et appui aux actions de sensibilisation en faveur de la sécurité routière
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	Appui à l'application du Règlement Sanitaire International (RSI) par les transporteurs et les voyageurs;
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	Mise en place des facilités de transports aériens, terrestres et fluviaux des équipements, médicaments et autres produits de santé ainsi que du personnel de santé.
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère de la défense Nationale et de la Reconstruction de l'Armée</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Appui à la sécurisation des personnels, infrastructures et équipements de santé ;
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	Faciliter l'accès aux services de santé dans les zones difficiles d'accès et d'insécurité.
	8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	Améliorer la collaboration en termes d'échange de personnel avec les

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	<p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p> <p>10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie</p> <p>11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</p> <p>12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie</p> <p>13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)</p>	formations sanitaires publiques
<b>Ministère des Affaires Etrangères, de la Francophonie et des Centrafricains de l'Etranger</b>	<p>5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients</p> <p>7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes</p> <p>8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients</p> <p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p> <p>10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie</p>	<p>Encourager le partenariat et la participation des centrafricains de la diaspora (y compris le retour des cadres de santé au pays) dans le renforcement du système de santé;</p> <p>Négociation des coopérations médicales et l'octroi des bourses d'études avec les pays amis;</p> <p>Appui au renforcement de la coopération transfrontalière dans la lutte contre les endémies et pandémies.</p>



Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Appui à la mise en œuvre de la loi sur les médicaments (approvisionnement et ventes illicites des faux médicaments à travers les points de ventes de la rue) ;
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	Appui à la sécurisation du personnel soignants, de la population et des produits et équipements sanitaires contre les actes de vandalisme et les conflits armés.
	8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	Appuyer le MSP dans la documentation (constat) et l'ouverture d'une enquête dans tous les cas de morts suspectes et ou violentes en vue d'une prévention efficace.
	9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier	Mise en place des mesures et appui aux actions de sensibilisation en faveur de la sécurité routière.
	10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie	Appui à l'application du Règlement Sanitaire International (RSI) par les transporteurs et les voyageurs.  Appui à l'établissement d'une base de

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
		données des statistiques des accidents de la voie publiques
<b>Ministère des Finances et du Budget</b>	1. Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnels et économiques du système de santé	Financement de la santé, augmentation de l'espace budgétaire  Priorisation des appuis budgétaires pour le secteur de la santé  Disponibilisation de fonds d'urgence pour faire face aux épidémies et autres urgences sanitaires
	2. Assurer le développement des capacités nationales en matière de leadership institutionnel et de mise en œuvre des programmes de santé	
	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	
	6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre coût à tous les niveaux	
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	
	10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie	
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant	

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	<p>compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie</p> <p>13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)</p>	
<b>Ministère de l'Economie Numérique, des Postes et Télécommunication</b>	<p>3. Renforcer le processus de planification, suivi-évaluation à tous les niveaux, y compris la qualité des données du système d'information sanitaire</p> <p>7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes</p> <p>8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients</p> <p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p> <p>11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</p> <p>12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie</p> <p>13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)</p>	<p>Déploiement des réseaux téléphoniques et internet sur l'ensemble du territoire</p> <p>Appui dans l'innovation de nouvelles modalités de transfert d'argent dans l'arrière-pays</p>
<b>Ministère de l'Education Nationale</b>	<p>5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients</p>	<p>intégration de messages clés dans les curricula, sensibilisation, promotion de la santé à l'endroit des adolescents et jeunes,</p>

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement 12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie 13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	créations d'espaces pour les sensibilisations, etc.
<b>Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et de la Réconciliation Nationale</b>	4. Développer les infrastructures sanitaires et équipements biomédicaux selon les normes standards 6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre cout à tous les niveaux 7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes 8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients 9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier 10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie 11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	Renforcement de la coordination de l'action humanitaire afin de répondre aux interventions prévues  Appui à l'exécution des interventions de santé dans les zones humanitaires

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère de l'Environnement et du Développement Durable</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Appui aux interventions visant la salubrité de l'environnement
	6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre coût à tous les niveaux	Elaboration et mise en œuvre des plans de protection de l'environnement (l'interdiction des matériaux non biodégradables, utilisation non contrôlée des pesticides, traitement des eaux usées, etc.)
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	Promouvoir la lutte contre la déforestation en incitant toute les communautés à planter des arbres.
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)		
<b>Ministère de la Communication et des Médias, Porte-parole du Gouvernement</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Appui au développement/élaboration et mise en œuvre du plan de communications en santé
	6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre coût à tous les niveaux	

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	<p>7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes</p> <p>8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients</p> <p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p> <p>11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</p> <p>12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie</p> <p>13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)</p>	
<p><b>Ministère de la Promotion de la Jeunesse, des Sports et de l'Education Civique</b></p>	<p>5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients</p> <p>7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes</p> <p>8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients</p> <p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p>	<p>Développement des stratégies de promotion de la santé en milieu jeune à travers les diverses activités culturelles et sportives</p> <p>Développement et opérationnalisation des centres conviviaux pour les jeunes, leur permettant de bénéficier des services de santé appropriés aux jeunes (santé sexuelle et reproductive, IEC sur les divers thématiques des jeunes, etc.)</p>

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	<p>11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</p> <p>12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie</p> <p>13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)</p>	
<b>Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative</b>	<p>5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients</p> <p>8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients</p> <p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p> <p>10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie</p> <p>11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</p> <p>12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie</p>	<p>Recrutement des ressources humaines pour le secteur de la santé conformément aux normes et besoins du MSP</p> <p>Appui au MSP pour l'obtention de son statut particulier prenant en compte des critères d'éloignement, des risques et les mesures de motivation et de fidélisation</p>

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère des Equipement et des Travaux Publics</b>	4. Développer les infrastructures sanitaires et équipements biomédicaux selon les normes standards	Appui aux constructions et réhabilitations des infrastructures sanitaires selon les normes  Appui au l'acquisition, l'installation et la maintenance des équipements biomédicaux selon les normes
	8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	
	9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier	
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère du Commerce et de l'Industrie</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Appui au contrôle sanitaire des aliments et autres produits de consommation locaux ou importés se trouvant sur le marché  Appui au respect des mesures de l'interdiction d'entrée sur le territoire des produits prohibés (alcools contrefaits,
	6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre cout à tous les niveaux	



Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement 12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie 13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	médicaments de la rue, etc...) Sensibilisation des commerçants sur les problèmes de santé de l'heure (épidémies, pandémies, sexualité responsable, etc.)
<b>Ministère du Développement de l'Energie et des Ressources Hydrauliques</b>	4. Développer les infrastructures sanitaires et équipements biomédicaux selon les normes standards 8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients 9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier 11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement 12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie 13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	Appui au développement des points d'eau potable dans les FOSA et les zones difficiles d'accès en eau potable
<b>Ministère des Eaux, Forêts, Chasse et Pêche</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Appui à l'accès aux populations spéciales (pêcheurs, pygmées, etc.)

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	Appui à la surveillance et à la déclaration des évènements de santé publique
	8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	
	9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier	
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère de l'Elevage et de la Santé Animale</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Renforcement et contrôle de la production animale, etc.
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	Renforcement des contrôles des zoonoses
	8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	Appui dans les ripostes des épidémies provenant des zoonoses
	9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier	

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	<p>11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</p> <p>12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie</p> <p>13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)</p>	
<p><b>Ministère de l'Administration du Territoire, de la Décentralisation et du Développement Local</b></p>	<p>1. Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnels et économiques du système de santé</p> <p>2. Assurer le développement des capacités nationales en matière de leadership institutionnel et de mise en œuvre des programmes de santé</p> <p>6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre coût à tous les niveaux</p> <p>7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes</p> <p>8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients</p> <p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p> <p>11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</p>	<p>Coordination des actions de santé intégrant la multisectorialité au niveau décentralisé</p> <p>Appui à l'atteinte des populations difficiles d'accès par les services de santé</p>

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation Technologique</b>	3. Renforcer le processus de planification, suivi-évaluation à tous les niveaux, y compris la qualité des données du système d'information sanitaire	Appui dans les domaines de la recherche, de l'information sanitaire à travers les innovations technologiques
	4. Développer les infrastructures sanitaires et équipements biomédicaux selon les normes standards	Appui dans la production massive de ressources humaines de santé de qualité
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	Appui dans la production massive de ressources humaines de santé de qualité
	8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	Appui dans la production massive de ressources humaines de santé de qualité
	9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier	Appui dans la production massive de ressources humaines de santé de qualité
	10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie	Appui dans la production massive de ressources humaines de santé de qualité
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	Appui dans la production massive de ressources humaines de santé de qualité
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	Appui dans la production massive de ressources humaines de santé de qualité

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère de la Promotion du Genre, de la Protection de la Femme, des Enfants et de la Famille</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Intégration des activités de sensibilisation et de promotion pour la santé familiale, programme de soutiens socio-économiques des ménages vulnérables
	8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	
	9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier	
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère des Mines et de la Géologie</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Appui dans les stratégies de couverture des populations spéciales dans les zones minières
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	Appui des activités (vaccination, etc.) de santé dans les zones minières
	8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	<p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p> <p>11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</p> <p>12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie</p> <p>13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)</p>	
<p><b>Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural</b></p>	<p>5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients</p> <p>7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes</p> <p>8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients</p> <p>9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier</p> <p>11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement</p> <p>12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie</p>	<p>Renforcement de compétence des ménages dans la production des denrées alimentaires à fort valeur nutritive, la diversification de la production, etc.</p> <p>Développement de stratégies communautaires pour un changement de comportement alimentaire</p>

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Ministère des Petites et Moyennes Entreprises et de la Promotion du Secteur Privé</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Développement de stratégies pour une forte implication du secteur privé dans la promotion de la santé
	6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre coût à tous les niveaux	
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	
	8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	
	9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier	
	10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie	
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
<b>Ministère des Arts, de la Culture et du Tourisme</b>	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	Développement de stratégies implication la promotion de la santé
<b>Ministère de l'Urbanisme, de la Réforme foncière, de la Ville et de l'Habitat</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Appui à l'obtention de sites appropriés et de documents fonciers pour les installations sanitaires
<b>Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Protection Sociale et de la Formation Professionnelle</b>	5. Améliorer l'offre, l'utilisation et la continuité des services de santé de qualité assurant la sécurité des patients	Développement des stratégies de formations continues adaptées à l'endroit du personnel de santé
	8. Accroître la disponibilité et la qualité des soins et services de santé intégrant le concept sécurité des patients	
	9. Améliorer l'accès des services de santé par la population en général et les groupes spécifiques en particulier	
	10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie	
<b>Ministère chargé du Secrétariat du Gouvernement et des Relations avec les Institutions de la République</b>	1. Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnels et économiques du système de santé	Appui à la validation et à la vulgarisation de textes et des lois dans les journaux officiels  Appui dans la mobilisation des autres secteurs lors des activités conjointes intersectorielles
<b>Assemblée Nationale</b>	1. Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnels et économiques du système de santé	Appui dans la formulation et la promulgation des textes de loi dans le



Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	2. Assurer le développement des capacités nationales en matière de leadership institutionnel et de mise en œuvre des programmes de santé	domaine de la santé
	6. Rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé de qualité, sûrs, efficaces et à moindre coût à tous les niveaux	
	7. Améliorer la capacité de réponse du système de santé face aux épidémies et autres catastrophes	
	10. Améliorer la qualité, la motivation et la fidélisation des ressources humaines selon les normes, l'éthique et la déontologie	
	11. Amener les communautés à participer aux actions de la santé et autres interventions de développement	
	12. Réduire le taux de morbidité et mortalité dues aux maladies transmissibles et non transmissibles en tenant compte des objectifs mondiaux pour chaque maladie	
	13. Augmenter de 24 à 60% le score global des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	
<b>Haute Autorité de la Bonne Gouvernance</b>	1. Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnels et économiques du système de santé	Appui dans la bonne gestion financière
	2. Assurer le développement des capacités nationales en matière de leadership institutionnel et de mise en œuvre des programmes de santé	
<b>Inspection Générale d'Etat</b>	1. Renforcer la gouvernance et le leadership institutionnels et économiques du système de santé	Appui dans la bonne gestion financière à travers les audits et contrôles

Secteurs institutionnels impliqués	Objectifs Spécifiques	Responsabilités
	2. Assurer le développement des capacités nationales en matière de leadership institutionnel et de mise en œuvre des programmes de santé	

Fait à Bangui , le

**Ministre chargé de la Santé et  
de la Population**

**Premier Ministre, Chef du  
Gouvernement**



**Dr. Pierre SOMSE**



**Felix MOLOUA**

**Président De la République, Chef de l'Etat**



**Pr. Faustin Archange TOUADERA**