

REPUBLIQUE DU CONGO

*Unité*Travail*Progrès*

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE



2018-2030

TABLE DE MATIERES

REMERCIEMENTS.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
PREFACE	3
PREAMBULE.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
SIGLES ET ACRONYMES	4
I. PRESENTATION DU CONGO	6
II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA PNS	8
ENGAGEMENTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
VI. ENGAGEMENTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX.....	8
6.1 ENGAGEMENTS NATIONAUX.	8
6.2 ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX	8
III. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE	9
3.1. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION	9
3.2. DETERMINANTS DE LA SANTE :	13
IV. PROFIL DU SYSTEME DE SANTE	16
4.1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	16
4.2. PERFORMANCES DU SYSTEME DE SANTE	17
4.2.1. GOUVERNANCE ET LEADERSHIP	17
4.2.2. FINANCEMENT DE LA SANTE:	18
4.2.3. RESSOURCES HUMAINES EN SANTE.....	19
2.4. 4. APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS , REACTIFS ET VACCINS	19
2.2.5. SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE (SNIS)	20
2.2.6. PRESTATIONS DES SOINS ET SERVICES DE SANTE	20
V. PROBLEMES PRIORITAIRES.....	23
VII. VISION, PRINCIPES, VALEURS	25
7.1 – VISION.....	25
7.2– PRINCIPES.....	25
7.3 VALEURS :	25
VIII. BUT ET OBJECTIFS	25
8.1. BUT	25
8.2. OBJECTIF GENERAL	25
8.3. OBJECTIFS SPECIFIQUE ET CIBLES	25
8.4. CIBLES A L’HORIZON 2030	25
IX. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	26
X. CADRE DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET EVALUATION	31
10.1. CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	31
10.2. MECANISMES DE SUIVI ET EVALUATION	31
XI. MESURES D’ACCOMPAGNEMENT	32
11.1. ANALYSE DES RISQUES	33



11.2. CONDITIONS DE SUCCES	33
XII. PROCEDURES D'ADOPTION ET D'AMENDEMENT DE LA PNS	33



PREFACE

En droite ligne avec mon nouveau contrat de société avec le peuple congolais « La marche vers le développement, Allons plus loin ensemble », où j'ai placé la santé comme une priorité des temps présents auquel il faut apporter des solutions immédiates. Tenant compte de l'avènement de la nouvelle République avec ses implications institutionnelles et organisationnelles. Et ceux en lien notamment avec les engagements internationaux du Congo en matière de santé, dont on peut retenir les objectifs de développements durables, la déclaration d'Alma Atta, la déclaration de Bamako, la déclaration des Chefs d'Etat de la région Africaine d'Abuja (2001) et enfin l'engagement d'AddisAbaba sur l'immunisation, j'ai ainsi concilier et traduit ces engagements dans cette nouvelle politique.

Celle-ci tire sa source et sa légitimité scientifique à travers le processus de revue du secteur qui a été mené par le gouvernement, dans l'objectif d'identifier précisément les défis du secteur et déterminer les axes stratégiques d'actions.

Prenant acte de cela, j'édicte la nouvelle politique nationale de santé. Celle-ci constitue désormais le guide et le cadre exclusif des interventions en matière de santé tant pour le gouvernement congolais que les partenaires techniques et financiers ainsi que les autres organisations et acteurs du secteur de la santé au Congo.

Cette politique a donc pour objectif de doter mon pays d'un système de santé performant, résilient et à même de garantir l'accès universel à tous à des services de santé de qualité et un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

J'en appelle donc au sens de l'engagement de tous les acteurs du système de santé. Je m'engage moi aussi par la même occasion à m'assurer de la mise en œuvre effective des plans qui y découleront.

Le Président de la République, Chef de l'Etat

Denis SASSOU N'GUESSO



SIGLES ET ACRONYMES

ARV	: Anti rétro viraux
AVC	: Accident vasculaire cérébral
AVP	: Accident de la voie publique
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
CAMEPS	: Central d'Achat des Médicaments Essentiels et des Produits de Santé
CCIA	: Comité de coordination inter agence
CDMT	: Cadre de dépenses à moyen terme
CFCO	: Chemin de fer Congo océan
CHU	: Centre hospitalier et universitaire
CNTS	: Centre national de transfusion sanguine
CODIR	: Comité de direction
COGES	: Comité de gestion
COMEG	: Congolaise des médicaments essentiels et génériques
COSA	: Comité de Santé
COSA	: Comité de santé
CP	: Comité de pilotage
CSI	: Centre de santé intégré
DS	: District sanitaire
CTAF	: Coordination technique administrative et financière
CTS	: Comité technique de suivi
DDS	: Direction départementale de la santé
DELM	: Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre la maladie
DEP	: Direction des études et de la planification
DGPOP	: Direction générale de la population
DIEM	: Direction des infrastructures de l'équipement et la maintenance
DS	: District sanitaire
DSRP	: Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DSRP	: Document stratégique pour la réduction de la pauvreté
DTC3	: Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche 3ème dose
ECOM2	: Enquête congolaise auprès des ménages 2ème génération
EDSC II	: Enquête démographique et de santé N° 2
EG-DS/EC-DS	: Equipe de Gestion de la DS ou équipe cadre de la DS
FAC	: Forces Armées Congolaises
FHVE	: Fièvre hémorragique à virus Ebola
HB	: Hôpital de base
HG	: Hôpital général
HTA	: Hypertension artérielle
IDE	: Infirmier diplômé d'Etat



IDH	: l'Indicateur de Développement Humain
IEC/CCC	: Information éducation communication/Communication pour le changement de comportements
IRA	: Infection respiratoire aiguë
IST	: Infection sexuellement transmissible
LNSP	: Laboratoire national de transfusion sanguine
MEG	: Médicaments essentiels génériques
MSP	: Ministère de la santé et de la Population
NTIC	: Nouvelles technologies de l'information et la communication
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PAM	: Programme alimentaire mondial
PBDS	: Programme biennal de développement sanitaire
PBF	: Financement basé sur la performance
PCA	: Paquet complémentaire d'activités
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDSS	: Programme de développement des services de santé
PEC	: Prise en charge
PEV	: Programme élargi de vaccination
PFA	: Paralysie flasque aiguë
PIB	: Produit intérieur brut
PIP	: Programme d'investissement public
PMA	: Paquet minimum d'activités
PMAE	: Paquet minimum d'activités élargi
PMAS	: Paquet minimum d'activités standards
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNLS	: Programme national de lutte contre le sida
PNS	: Politique nationale de santé
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
PSE	: Paquets de services essentiels
PTAB	: Plan de travail annuel budgétisé
PTF	: Partenaire techniques et financiers
SIMR	: Surveillance intégrée de la maladie et la riposte
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SSP	: Soins de santé primaires
TAR	: Traitement anti rétroviraux
TNN	: Tétanos néo natal
UNFPA	: Fonds des nations unies pour la population
UNICEF	: Fonds des nations unies pour l'enfance



I. PRESENTATION DU CONGO

La République du Congo couvre une superficie de 342.000 km² et est à cheval sur l'Equateur. Elle est limitée au Nord par le Cameroun et la République Centrafricaine, à l'Est par la République Démocratique du Congo, au Sud par l'enclave Angolaise du Cabinda et la République Démocratique du Congo, à l'Ouest par l'Océan Atlantique et le Gabon.

Trois types de climats caractérisent le pays. Il s'agit du climat équatorial au nord, subéquatorial au centre et tropical humide au sud. Sa pluviométrie bien que propice au développement de l'agriculture, favorise aussi des catastrophes naturelles (érosions et inondations). Le couvert végétal du Congo est composé à 65% de forêts et 35% de savanes (herbeuse, arbustive ou arborée) et son relief est relativement peu élevé dans son ensemble. Ces profils climatologiques et géomorphologiques sont susceptibles d'avoir une forte influence sur le profil épidémiologique du pays. Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2007 avait évalué la population résidente à 3 697 490 habitants, avec un taux d'accroissement de 3%. Les projections démographiques calculées par l'Institut National de la Statistique (INS) en se basant sur cette hypothèse, indique le chiffre à 5 203 073 habitants en 2018, avec une prédominance des femmes (51%). Soixante-sept (67%) de la population vit en milieu urbain et les jeunes de moins de 18 ans représentent 45 % de cette population. Le taux brut de natalité est de 41,7 pour mille en 2007 avec un indice synthétique de fécondité qui était de 4,4 en 2015. L'espérance de vie à la naissance est de **62,3** ans selon le dernier rapport de développement humain.

Sur le plan politique: La Constitution du 6 novembre 2015 institue un régime de type semi présidentiel composé de trois pouvoirs : (i) exécutif, représenté par le Président de la République, Chef de l'Etat, élu pour sept (5) ans renouvelables deux fois, (ii) l'existence d'un Premier Ministre, Chef du Gouvernement, (iii) législatif représenté par l'Assemblée Nationale et le Sénat et (iv) judiciaire exercé par la Cour Suprême, la Cour des Comptes et de Discipline Budgétaire, les Cours d'Appel et les autres juridictions nationales.

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

La loi n°10 du 06 février 2003 transfère les compétences suivantes aux collectivités locales : la gestion de la santé, l'activité sociale et la protection civile.

Sur le plan économique, l'économie congolaise reste très peu diversifiée, car principalement axée sur l'industrie pétrolière (environ 60 % du PIB) et dans une moindre mesure sur le bois (5%) et l'agriculture (3%). Le Congo est par conséquent largement dépendant de l'évolution des cours des matières premières. Depuis 2014, suite à la chute des coûts du pétrole, la croissance économique est en baisse pour la 4ème année consécutive avec une



dette estimée à 116% par rapport au PIB (mettre la source). La crise économique s'est accentuée en 2017, avec une contraction du PIB de 4,6 % (contre -2,8 % l'année précédente). La hausse de la production pétrolière liée à la mise en service d'un nouveau gisement (Moho Nord) et la remontée des cours du brut n'ont pas permis de compenser le déclin des activités non pétrolières. Celles-ci ont enregistré une baisse de 9,2 % en 2017.



II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA PNS

Conformément aux cycles de planification, le Congo a élaboré son nouveau cadre stratégique macro-économique, le Plan National de Développement (PND) qui couvrira la période allant de 2018-2022. Aussi, du point de vue politique, une nouvelle constitution est en vigueur depuis le 6 novembre 2015, avec un nouveau contrat social entre le président et le peuple.

Nonobstant des progrès significatifs enregistrés sur le plan sanitaire, à l'exemple de la réduction des mortalités maternelle¹ (784 en 2005 à 426 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012) et infanto-juvénile (117 en 2005 à 75 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012), le Congo n'a atteint aucun objectif du millénaire pour le développement (OMD) qui ont laissé place aux ODD dont le Congo s'est engagé pour la mise en œuvre d'ici à 2030. Soucieux de traduire sur le terrain l'objectif triple milliards et les soins et santé centrés sur la personne, le Congo adhère à la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

La République du Congo s'est donc engagé à la révision de sa politique nationale de santé en vue de redéfinir le cadre d'action pour l'atteinte de ses engagements nationaux et internationaux.

III. ENGAGEMENTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

La Politique Nationale de Santé (PNS) tire ses fondements du cadre juridique et politique national, des engagements nationaux et internationaux pris par le Congo et des perspectives de modernisation vers le développement à l'horizon de 2030.

6.1 Engagements nationaux.

La Politique Nationale de Santé est fondée sur le cadre politico-juridique national notamment :

- La Constitution du 25 octobre 2015 en son article 36 ;
- L'ensemble des textes législatifs et réglementaires en vigueur ;
- Le programme du Gouvernement « La marche vers le développement » ;
- Le Plan National de Développement (PND) pour la période 2018-2022.

6.2 Engagements internationaux

Le Congo a souscrit à divers engagements internationaux qui sont pris en compte dans la Politique Nationale de Santé. Il s'agit entre autres de :

- La charte des Nations Unies et de l'OMS ;
- La charte de l'Union Africaine ;

¹Monsieur Odzo



- La déclaration d’Alma Ata sur les Soins de santé primaire (SSP : 1978), réaffirmée par la déclaration de Ouagadougou en 2008 ;
- La déclaration des Chefs d’Etat et de gouvernement d’Abuja (année 2001) ;
- La déclaration d’AddisEbeba sur l’immunisation ;
- Les Objectifs du Développement Durable ;
- La Charte d’Ottawa (1986) sur la promotion de la santé ;
- Le Cadre d’action de Hyogo 2005-2015 pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes ;
- La Déclaration de Libreville sur la santé et l’environnement en Afrique (29 Aout 2008) des Ministres africains en charge de la santé et de l’environnement ;
- La Résolution AFR/RC62/9 sur la promotion de la santé : stratégie pour la région africaine (2012),
- La Déclaration d’Alger sur la recherche en santé ;
- La Déclaration de Tunis sur le financement de la santé (2012)
- La Déclaration de Brazzaville en 2012 sur les maladies Non Transmissibles ;
- L’engagement sur la stratégie globale en santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents.
- Le 13^{ème} programme de travail des Etats membres 2019-2022.

III. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE

3.1. Etat de santé de la population

3.1.1 Mortalité générale et espérance de vie :

Le taux de mortalité générale est de 11,25 pour mille. En 2012, ce taux de mortalité était légèrement plus élevé chez les femmes (5,4 pour mille), comparé aux hommes (4,4 pour mille).

3.1.2. Santé de la mère :

Le Congo est un pays à fécondité élevé certes en régression. L’Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 4,8 en 2005 (EDS-I) à 4,4 enfants par femme (MICS, 2014-2015) et un Taux Brut de Natalité à 41 pour 1.000 (EDS-II). En 2015, le ratio de mortalité maternelle était de 436 décès pour 100 000 naissances vivantes. D’après les enquêtes démographiques de santé (EDS-I de 2005 et EDS-II de 2012) et l’enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 2014-2015). En somme, le Congo n’a atteint ni la cible retenue dans la feuille de route nationale pour l’accélération de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2008-2015 (390 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes), ni celle de l’OMD5 (223 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes⁶). Les principales causes directes incriminées de cette mortalité sont : les hémorragies postpartum avec 40,9%, l’éclampsie avec 22,7%, les infections du postpartum et du post abortum avec 11,7% et



les causes indirectes qui représentent 15% dont les anémies avec 5,6%, les complications anesthésiques avec 3,4% et l'insuffisance cardiaque avec 2,4%.

Selon le registre de cancer du CHUB, parmi les cancers gynécologiques et mammaires les plus fréquents en 2012, figuraient en bonne place ceux du sein (48%) et du col utérin (33%).

3.1.3. Santé de l'enfant :

En comparant les données de l'EDS de 2005 et celles de MICS 2014-2015, les mortalités infantiles ont connu une baisse significative au Congo entre 2005 et 2015, sans atteindre malheureusement les cibles ni de la Feuille de Route 2008-2015, ni celles des OMDs. Le taux de mortalité néonatale a été réduit de 12 points, allant de 33 décès pour 1.000 NV (mettre la cible OMD en parenthèse), la mortalité infantile est passée de 75 à 35 décès pour 1.000 NV (28 décès pour 1.000 NV cible OMD), la mortalité infanto-juvénile de 117 à 52 décès pour 1.000 NV (44 décès 1.000 NV cible OMD) et la mortalité juvénile est passée de 44 à 17 décès pour 1.000 NV entre 2005 (EDS I) et 2015 (MICS -2014-2015). Selon le rapport de l'Observatoire de Décès Maternels Néonataux et Infantiles de 2016, les principales causes dans la période néonatale étaient dominées par la prématurité (39,72%), l'asphyxie et/ou les détresses respiratoires (28,88%), l'infection néonatale (24,35%), les anomalies congénitales (2,35%), les méningites (2,35%) et les anémies (1,78%). Cette mortalité juvénile est due essentiellement aux mêmes causes que celles évoquées pour la mortalité infantile, en y ajoutant le paludisme qui était jugé responsable de 710 cas sur 82.922 naissances vivantes en 2016, soit un taux de 9 décès pour 1000 NV.

La malnutrition souvent accompagnée d'anémie reste préoccupante chez les moins de 5 ans, dont 21,3% ont souffert de malnutrition chronique en 2014, 8,2% de malnutrition aiguë, 12,3% d'insuffisance pondérale et de 5,9% d'obésité. L'allaitement exclusif au sein qui diminue le risque d'infections gastro-intestinales et des voies respiratoires supérieures n'était que de 32,7% en 2014, largement en dessous de l'objectif de 80% fixé par l'OMS.

Selon les données contenues dans le Plan Pluri-Annuel Complet (PPAC), les couvertures vaccinales ont connu une baisse entre 2012 et 2016 (de 84% à 71% pour le DTC-HepB-HIb3 et 78% à 67 pour le VAR). Ce qui entretient la résurgence des maladies évitables par la vaccination, comme la rougeole. La carence en micronutriments essentiels pour le développement qui peuvent être évoqués pour les enfants congolais concerne le fer et la vitamine A, constituant un véritable problème de santé publique.

3.1.4. Santé des adolescents et jeunes :

La santé des adolescents et jeunes est caractérisée par (i) la précocité des rapports sexuels (14 ans), plus précoce en milieu rural comparé au milieu urbain (15,6 ans contre 16,6 ans). (ii) la fréquence élevée des grossesses précoces (12,9%) en 2011. (iii) les mariages précoces (9,4% des femmes de 25 à 49 ans étaient déjà en union avant l'âge de 15 ans). La proportion des adolescentes vivant en union était de 18,6%, contre 1,7 % des garçons de 15 à 19 ans selon le MICS 2014-2015, (iv) le taux de prévalence élevée d'avortements (23% en 2011, selon



l'EDSC-II), (v) Les cas de viol continuent de préoccuper les autorités sanitaires comme lors des conflits armés des années 1990. A titre illustratif, les agressions sexuelles ont constitué 2,6% de motifs de consultation aux urgences gynécologiques du CHUB de janvier 2014 en décembre 2015. Les victimes étaient essentiellement du sexe féminin (98%). L'âge variait entre 2 et 49 ans, avec une moyenne de 14 ans. La grande majorité (77,3%) des victimes était des élèves et des étudiants, (vi) Concernant l'infection à VIH, les adolescents et jeunes (15 –24 ans) représentent 22% des nouvelles infections⁶. Le ratio entre femmes et hommes est de 2,69. Ce ratio traduit la plus grande vulnérabilité au VIH des jeunes filles. Le déficit en connaissances, attitudes et pratiques des jeunes vis-à-vis de la maladie serait la cause principale de cette situation, puisque l'EDS-II rapportait que moins de 30% avait une connaissance parfaite sur l'infection (14% de femmes et 28% d'hommes); (vii) les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ne bénéficient pas d'un bon reporting, la faible notification des cas par les responsables des formations sanitaires rend difficile la compréhension de l'ampleur du problème. Néanmoins le rapport de l'enquête «ESIS» de 2009, montre une fréquence des IST de 8,8% chez les adolescents

3.1.5. Santé des personnes âgées :

Elle reste dominée par les maladies non transmissibles à savoir : les pathologies cardiovasculaires et leurs complications, le diabète, le cancer, les pathologies rhumatismales. Selon les statistiques de 2016 et 2017 du Ministère de la Santé et de la Population, 30 à 60% des cas de mortalité et morbidité sont liées aux maladies non transmissibles (MNT). L'ECOM-II de 2011 indique que, les taux de morbidité aux MNT chez les personnes âgées de plus de 60 ans, était de 55%.

3.1.6. Profil épidémiologique :

Le profil épidémiologique du pays est caractérisé par des niveaux encore élevés des taux de morbidité:

- **Maladies transmissibles:** (i) le paludisme qui constitue la première cause des consultations (54%), d'hospitalisation (40 %) et de mortalité (42%)², (ii) la tuberculose dont l'incidence est de 379 pour 100 000 habitants d'après le rapport profil pays 2016, (iii) le VIH/SIDA avec une séroprévalence dans la population générale de 3,2%³ avec des disparités d'un département à l'autre, oscillant entre 1,5% et 4,8%, (iv) les infections sexuellement transmissibles ; (v) les maladies diarrhéiques représentant 17,4% auprès des enfants de moins de 5 ans d'après l'enquête MICS 2014-2015

- **Maladies non transmissibles:** (i) l'HTA avec une prévalence de 55,8% chez les sujets âgés de 37 à 73 ans ; (ii) Les accidents vasculaires cérébraux avec une prévalence de 40% au CHU de Brazzaville et à l'hôpital général de Loandjili en 2017; (iii) le

²Rapport Programme national de lutte contre le paludisme, 2016

³Enquête de séroprévalence et des indicateurs de santé (ESIS)- Congo, 2009



diabète avec une prévalence de 6% selon l'OMS; (iv) les cancers du sein (12,1%), de la prostate (11,3%), du col utérin (8,8%), du foie (8,8%) et du poumon (0,3%); (v) la drépanocytose (homozygote avec une prévalence de 1,25% et hétérozygote de 25%) et (vi) les maladies mentales enregistrées en 2016 au CHUB. sont principalement les psychoses délirantes aiguës (43,5%), les schizophrénies (22,3%), les troubles bipolaires essentiellement en phase maniaque (16,1%), et les Psychoses Hallucinatoires Chroniques (8,8%). La comorbidité dans le service de psychiatrie (10,9%), est représentée essentiellement par l'usage associé de cannabis (5,1%).

- **Maladies Tropicales Négligées** : (i) l'onchocercose dans six départements sur les douze, avec une prévalence de 0,6 à 49% entre 2012 à 2015 ; (ii) la Filariose lymphatique avec une prévalence de 4,7% en 2012; (iii) la Schistosomiase avec une prévalence de 23% dans le Kouilou et la Bouenza ; (iv) La géo-helminthiases avec une prévalence de 20 à 80% ; (v) le trachome avec une prévalence de 2,9% en 2015 dans la Sangha et la Likouala ; (vi) la trypanosomiase humaine africaine avec une prévalence de 0,21% en 2017 ; (viii) la lèpre avec une prévalence de 73 nouveau cas par an dans trois départements; (xiii) l'ulcère de Buruli avec une prévalence de 100 cas en 2011 fréquemment rencontré dans le Kouilou, pointe-Noire et le Niari.
- **Maladies à potentiel épidémique** : (i) le choléra, la dernière épidémie était enregistrée en 2016 à l'île Mbamou avec 18 cas dont 3 décès, soit une létalité de 16,7%, (ii) la maladie hémorragique à virus Ebola a été enregistrée pour la dernière fois en 2005 avec 12 cas et un taux de létalité de 75%, (iii) la rage qu'il s'agit de dans les départements de la Bouenza, de la Lékoumou, du Niari, du Kouilou et de Pointe Noire depuis 2012 avec un taux de létalité de 100%, (iv) le Chikungunya avait touché 11 320 personnes avec un taux de létalité de 0% dans les départements de Brazzaville et du Pool; (v) Une épidémie de Monkeypox a sévi dans la Likouala depuis janvier 2017 avec un total de 84 cas dont 5 décès enregistrés, (vi) la grippe H1N1 a atteint le Congo avec 6.253 cas dont (4.453) à Brazzaville.

● **Maladies évitables par la vaccination** : (i) la poliomyélite pour laquelle le pays a réalisé des progrès considérables vers l'éradication; (ii) la rougeole dont la surveillance connaît encore des faiblesses dans le volet investigation des cas suspects avec des flambées épidémiques dans la presque totalité des districts sanitaires depuis 2011 ; (iii) la fièvre jaune pour laquelle le Congo fait partie des pays de la ceinture épidémique; (iv) le tétanos maternel et néonatal se trouve en phase d'élimination ; (v) quelques cas de coqueluche avait été rapportés par deux départements (Likouala et Lékoumou) en 2010 et en 2011.

● **Situation nutritionnelle et l'allaitement.** Selon l'enquête MICS 2014-2015, la situation nutritionnelle en 2014, au Congo se résumait en : (i) la malnutrition chronique des moins de 5 ans était de 24,4%; (ii) la malnutrition aiguë ou émaciation de moins de 5 ans était de 6%, (iii) l'insuffisance pondérale de moins de 5 ans était de 12,3%, (iv) la surcharge



pondérale des femmes en âge de procréer était de 17%, (v) l'obésité de moins de 5 ans était de 5,9%; (vi) l'allaitement exclusif était de 21% et (vii) l'allaitement jusqu'à 6 mois était de 95%.

- **Anémie.** La malnutrition souvent accompagnée d'anémie reste préoccupante chez les moins de 5 ans, dont 21,3% ont souffert de malnutrition chronique en 2014, 8,2% de malnutrition aigüe, 12,3% d'insuffisance pondérale et de 5,9% d'obésité. L'allaitement exclusif au sein qui diminue le risque d'infections gastro-intestinales et des voies respiratoires supérieures n'était que de 32,7%⁶ en 2014, largement en dessous de l'objectif de 80% fixé par l'OMS.

- **Traumatisme et accidents de la voie publique.** Le rapport de situation mondiale de l'OMS de 2015 place le Congo au 16^e rang dans la région Africaine avec 1.174 cas de décès ajustés et un taux de mortalité de 25,4%.

3.2. Déterminants de la santé :

Le nombre d'affections et d'indicateurs de santé sont en lien avec les déterminants ci-dessous :

- **Déterminants économiques**

Malgré les avancées réalisées, le taux de pauvreté économique des ménages au Congo reste préoccupant, puisqu'estimé à 46,5% en 2011. Ce taux serait plus élevé en milieu rural (74,8%) qu'en milieu semi-urbain (57,8%) et urbain (Brazzaville avec 29,4% ; Pointe-Noire avec 25,5%). Selon le RNDH 2015, l'Indicateur de Développement Humain (IDH) au Congo était de 0,591 en 2014, le plaçant ainsi à la 136^{ème} position mondiale. Le taux de chômage est d'environ 16,1% en milieu urbain. Dans l'ensemble, plus d'un chômeur sur deux est une femme (51,9% de femmes contre 48,1 d'hommes).

- **Déterminants sociaux**

Education: En 2015, le taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans était de 83,9% chez les femmes contre 88,8% chez les hommes. La proportion d'enfants atteignant la dernière classe du primaire (ODD 4.1.1) était de 96,3%. D'après la SITAN 2016, l'Indice Synthétique de Fécondité baisse avec le niveau d'instruction de la femme (6,5 pour les femmes sans instruction contre 2,8 pour les femmes de niveau secondaire 2 ou plus). Les résistances face à la vaccination se manifestent entre autres par des rumeurs et les croyances diverses, le tout entretenu par le faible niveau d'instruction de la mère.

Consommation d'alcool et de tabac : selon le MICS 2014-2015 la proportion des personnes consommant l'alcool⁴ est de 61,7% chez les hommes contre 47% chez les femmes. Pour les

⁴ Pourcentage de personnes de 15-49 ans qui ont bu au moins une boisson alcoolisée n'importe quand durant le mois dernier



moins de 15 ans, elle est de 7,7% chez les femmes et 14,3% chez les hommes. Le taux de prévalence du tabagisme dans la population est de 8%. La consommation de tabac chez les personnes âgées de 15-49 ans est de 2,7% chez les femmes et 18,7% chez les hommes. Chez les moins de 15 ans, elle est de 4,5% chez les hommes et 0,7% chez les femmes⁵. Selon la cartographie établie par le CNLS⁶, 432 consommateurs de drogues injectables ont été recensés en 2017 dans cinq villes notamment Brazzaville, Pointe Noire, Dolisie, Pokola et Ouessou.

- **Déterminants environnementaux et climatiques**

Eau, Hygiène et assainissement : Les sources d'eau améliorées les plus utilisées sont l'eau du robinet (50% mais plus de 66% à Brazzaville et Pointe-Noire), les forages/pompes (17%) et les puits et sources protégés (12%). Cette situation montre l'inefficacité des mesures actuelles de la protection des captages et l'amélioration de stockage et de distribution de l'eau. La forte prévalence des diarrhées demeure une préoccupation majeure. L'insuffisance des structures appropriées de traitement des déchets solides et liquides est incriminée dans leur genèse. Le pourcentage de membres des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées non partagées est de 23,7%. S'agissant des progrès importants dans l'assainissement des deux grandes villes sont enregistrés grâce à des prestataires privés. Néanmoins, la forte prévalence des diarrhées demeure une préoccupation majeure. L'insuffisance des structures appropriées de traitement des déchets solides et liquides est incriminée dans leur genèse. Le pourcentage de membres des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées non partagées est de 23,7%⁷.

- **Déterminants climatiques** : Selon le PNUD, les effets du changement climatique s'observent au Congo, entre autres, à travers la modification du calendrier culturel, la vulnérabilité de la zone côtière, la dégradation des sols, les érosions pluviales et les inondations consécutives aux crues. Les inondations occasionnent l'augmentation des maladies diarrhéiques et vectorielles comme le paludisme.

- **Genre**

Les femmes représentent plus de 50,1% de la population congolaise.

Les violences faites aux femmes, les inégalités des droits dans le mariage, dans la famille et les normes sociales discriminatoires contre les femmes constituent des défis majeurs pour l'égalité de genre.

En matière d'éducation, la parité a déjà été atteinte aux niveaux du primaire et presque atteinte au niveau du moyen général (0,85 pour les filles). En outre, les taux d'achèvement des filles sont actuellement supérieurs à ceux des garçons.

⁵ ECOM

⁶ Cartographie CNLS, 2017

⁷ MICS 2015



En 2016, pour renforcer la promotion de l'équité et de l'égalité de genre, le gouvernement a élaboré sa Politique Nationale Genre sur la période 2016-2020, en cohérence avec les axes du PND.



IV. PROFIL DU SYSTEME DE SANTE

4.1. Organisation du système de santé

● **Organisation administrative:** selon le décret n° 2018/268 du 02 juillet 2018, la structure administrative est organisée en trois (03) niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique. (i) Le niveau central est représenté par le cabinet du ministre de la santé et de la population, les trois (3) directions générales, les directions centrales et autres structures rattachées au ministère. (ii) Le niveau intermédiaire est représenté par les directions départementales de la santé, les directions départementales de la population et les inspections départementales de la santé (iii) Le niveau périphérique est représenté par le district sanitaire subdivisé en aires de santé.

● **Organisation de l'offre des services et soins de santé :** le système de l'offre de soins et services de santé comprend le secteur public et le secteur privé.

✓ Secteur public

Les structures publiques de soins sont organisées en trois échelons:

a. **Le premier échelon :** Il est représenté par 617 établissements sanitaires de premier contact, dont 280 postes de santé et 337 centres de santé intégrés.

b. **le deuxième échelon :** le premier niveau de référence est constitué de 27 hôpitaux de districts ou hôpitaux de base au lieu de 51 que devrait avoir le pays pour être en cohérence avec le découpage sanitaire.

c. **le troisième échelon :** il est représenté par le deuxième niveau de référence qui comprend 6 hôpitaux Généraux, et d'un Centre Hospitalier Universitaire. Il faut signaler, qu'il y a 12 hôpitaux généraux en construction. On note en outre 7 structures sous tutelles d'appui au diagnostics et traitement qui sont : le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Produits de Santé (CAMEPS), les 2 centres de traitement ambulatoire du VIH/Sida (CTA) et les 2 centres ambulatoires de traitement de la tuberculose (CAT).

Par ailleurs, d'autres ministères tels que ceux en charge de la Défense, du travail, de l'énergie et de l'hydraulique et certaines sociétés (Brasco, EniCongo, Total EP Congo et CMS de Pokola) participent à l'offre de soins à travers leurs centres médicaux sociaux.

✓ Secteur privé

Après la libéralisation décidée en 1988, Le secteur sanitaire privé s'est développé avec l'émergence d'établissements privés de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie, infirmeries privées). Nombreuses de ces structures ne sont pas homologuées et posent d'énormes problèmes de contrôle et de régulation par le ministère en charge de la santé. Aussi, on y retrouve les mêmes agents évoluant dans le secteur public, posant ainsi le problème de la bi-appartenance. Les deux tiers de ces structures sont implantées à Brazzaville et à Pointe-Noire. En 2017, le pays



comptait 195 structures sanitaires privées homologuées, dont 12 cliniques, 16 centres médicaux sociaux et 50 cabinets médicaux.

4.2. Performances du système de santé

4.2.1. Gouvernance, pilotage et leadership

Il existe un cadre institutionnel formel pour la régulation du système de santé. Toutefois, des multiples difficultés subsistent encore au sein de celui-ci. A titre illustratif, on note la caducité, l'inadéquation et l'absence de textes appropriés dans le secteur de la santé. C'est le cas de plusieurs textes régissant certains programmes de santé et du décret n° 69/290 du 21 juillet 1969, portant organisation du laboratoire national de santé publique).

Le district sanitaire qui est l'unité opérationnelle de mise en œuvre de toutes les politiques de santé, présente un déficit des documents normatifs de leur organisation et de fonctionnement. Cette situation ne favorise pas l'estimation des besoins et leur évaluation, en vue d'une meilleure planification. .

Les capacités nationales du secteur en matière de planification stratégique et opérationnelle, du suivi et évaluation, de l'organisation des revues sectorielles ainsi que de la redevabilité restent encore faibles à tous les niveaux.

Du point de vue de la coordination des interventions sanitaires, le cadre de dialogue sectoriel, le Comité de coordination inter-agences (CCIA) , les organes de mise en œuvre du PNDS (Comité de Pilotage du PNDS et Comité Technique de Suivi (CTS/PNDS), n'ont pas fonctionné de façon optimale depuis 2011.

En sus de la loi sur la décentralisation, le ministère en charge de la santé et celui en charge de la décentralisation ont signé un arrêté découpant le territoire en 51 districts sanitaires. Cependant la mise en œuvre effective de cette décentralisation qui confère la gestion des structures de base comme les centres de santé et les hôpitaux de district aux collectivités locales tarde à se faire à cause du déficit en textes d'application.

Sur le plan de la multisectorialité des interventions sanitaires, des progrès importants restent encore à accomplir par le pays, notamment dans le volet de la promotion de la santé à travers la mise en œuvre de l'approche « **santé dans toutes les politiques** » afin de vulgariser les comportements et attitudes favorables à la santé

Sur le plan de la planification, plusieurs observations traduisent les limites et les faiblesses en la matière. A titre d'exemple le cycle de planification des plans nationaux de développement sanitaire (PNDS) n'a toujours pas été respecté. C'est ainsi que plusieurs périodes ont été gérées en l'absence d'un cadre de référence clair, partagé par l'ensemble des acteurs du secteur santé. Par ailleurs, plusieurs cadres stratégiques ont été mis en place, dictés par les spécificités de divers programmes, projets et autres interventions.

La réponse communautaire aux divers défis auxquels le pays est confronté dans le domaine de la santé, s'exprime à travers l'implication de trois entités distinctes : (i) les organes de participation communautaires : les Comités de santé (COSA) et Comité de gestion



(COGES), (ii) les relais communautaires et (iii) les Organisations non gouvernementales (ONG).

4.2.2. Financement de la santé:

Selon les comptes nationaux de santé de 2012 à 2015, la dépense courante du Gouvernement par habitant est de 16.380 FCA (30 dollars US). Le taux d'exécution du budget de santé était de 32% en 2015. Ce faible taux d'exécution est tributaire à la complexité de la chaîne de dépense publique.

La dépense totale en santé a été relativement constante. Rapportée au PIB, elle a évolué de 3% en 2012 à 4% en 2015. La dépense totale par habitant est estimée à 39.736 FCFA (72 dollars US). Au Congo, celle-ci, avait même dépassé la norme de dépense totale par habitant, recommandée aux états par la commission de macroéconomie et de santé pour l'atteinte des OMD (46 USD par habitant). Les sources de financement de la santé en 2015 étaient : (i) l'administration publique avec 46,50%, (ii) les ménages avec 31,25% et (iii) l'aide internationale (20, 75%).

Tenant compte de la DTS, le Congo devrait enregistrer des résultats meilleurs que ceux atteints dans le cadre des OMD. Le paiement direct par les ménages représente 32% des dépenses courantes en santé. La part du paiement directe dans la dépense totale de santé avait dépassé la limite supérieure (25%) au-delà de laquelle l'incidence des difficultés financières est qualifiée de catastrophique. Il existe des initiatives de gratuités en cours de mise en œuvre dans le pays, c'est le cas de la gratuité du traitement du paludisme, du Sida, de la tuberculose, de la césarienne et des autres interventions obstétricales majeures. Le secteur privé formel (notamment les compagnies d'assurances) a réussi à mettre en place dans une certaines mesures les mécanismes d'assurance maladies. Cependant, il n'existe pas encore des mécanismes de partages de risque (assurance maladie) destinés à couvrir l'ensemble de la population, en dépit de la loi n° 37-2014 du 27 juin 2014 instituant le régime d'assurance maladie universelle.

Le Congo fait partie des pays ayant des dépenses de santé par habitant les plus élevés d'Afrique centrale (72 USD par habitant), paradoxalement ses indicateurs de santé demeurent en deçà des niveaux souhaités. Il se pose donc plusieurs problèmes dans la distribution et dans l'utilisation efficiente des fonds. Parmi ces problèmes, on peut citer : (i) l'inadéquation dans l'allocation des ressources (financières et humaines) entre les structures stratégiques et celles du niveau opérationnel du système.

A titre illustratif, selon les comptes de la santé de 2012- 2015, les districts sanitaires qui offrent les Soins de Santé Primaires (SSP) ne bénéficient que de moins de 5% du budget du secteur santé. Alors que les hôpitaux généraux du niveau central qui ne gère pourtant que 10 à 15% des problèmes de santé absorbent à eux seules plus de 60% de ce budget.



4.2.3. Ressources humaines en santé

En ce qui concerne la mise en œuvre des ODD, l'OMS estime que la densité du personnel de santé doit être d'au moins 4,45 pour 1000 habitants pour que le pays dispose d'assez de ressources humaines pour offrir l'ensemble des paquets de service de santé requis. Avec une densité moyenne de 1,72 personnel de santé pour 1.000 habitants, le Congo ne dispose donc pas d'un effectif suffisant pour garantir l'atteinte de l'ODD n°3 d'ici 2030.

La répartition du personnel de santé sur le territoire national n'est pas équitable. En effet, la densité du personnel de santé est de 4,6 personnels de santé pour 1000 habitants à Pointe Noire, alors qu'elle varie entre 0,1 et 0,5 personnel de santé pour 1000 habitants en milieu rural.

En plus, Bien que le gouvernement ait entrepris la formation en masse des médecins à l'extérieur (Cuba, Chine, Maroc, Russie, Turquie etc...), les capacités de production au niveau local demeurent encore insuffisantes pour espérer combler le déficit en vue de l'atteinte des ODD.

2.4. 4. Approvisionnement en médicaments , réactifs et vaccins

2.4.4.1. Médicaments, réactifs et autres consommables

Les médicaments sont distribués au Congo selon deux circuits : le circuit public qui approvisionne les formations sanitaires publiques et les formations sanitaires privées à but non lucratif et le circuit privé qui se charge des formations sanitaires du secteur privé.

S'agissant des centrales d'achat, le Congo a connu trois expériences à savoir : (i) la Centrale Nationale d'Achats de Médicaments, vaccins et consommables médicaux essentiels CENAMES créée par Décret n° 95-207 du 13 novembre 1995; (ii) la Congolaise de Médicaments Essentiels Génériques (COMEG) créée en 2005 sous forme d'ASBL ; (iii) la Centrale d'achats des Médicaments Essentiels et des Produits de Santé (CAMEPS) créée par loi n° 26-2015 du 29 octobre 2015 sous forme d'établissement public industriel et commercial (EPIC).

Un rapport de l'OMS a mis en évidence le fait que le médicament générique vendu au Congo coûte 7 fois plus cher que son prix de référence à l'international, le médicament générique quant à lui coûte 10 fois plus cher. Il existe également une disparité importante des prix du médicament selon les différentes formations sanitaires. Le prix du médicament vendu dans un centre de santé est doublé lorsqu'il est vendu dans un hôpital de base.

Actuellement la production locale est limitée aux solutés massifs (sérum glucosés isotoniques et salés). Quant aux fluides et gaz médicaux, « Air liquide » est la seule société qui assure la vente dans la plupart des formations sanitaires.

Le Congo est classé par l'OMS parmi les 30% des pays de la région africaine, dont la réglementation pharmaceutique accuse encore des faiblesses. Il est reconnu aussi l'absence d'un système d'assurance qualité des produits pharmaceutiques.

2.4.4.2. Produits sanguins labiles



La distribution des produits sanguins sur le territoire national se fait grâce à un réseau de 36 postes de transfusion sanguine. La couverture du pays en structures de transfusion sanguine est encore insuffisante. Le taux de couverture est d'environ 35%, excepté à Brazzaville et à Pointe-Noire. Selon le rapport de l'OMS sur l'étude des coûts des Soins Obstétricaux néonataux d'urgence (SONUC) de 2009, le sang sécurisé ne répond qu'aux besoins de 10% des formations sanitaires.

2.4.4.3. Vaccins

En matière de vaccination, le programme élargi de vaccination (PEV), s'approvisionne à travers l'UNICEF. Le circuit officiel d'approvisionnement et distribution/collecte commence par l'UNICEF et se termine dans les centres fixes de vaccination localisés dans les centres de santé intégrés en passant par le dépôt du PEV central et les directions départementales de la santé. Le pays ne dispose pas de laboratoire de contrôle de qualité. L'acceptation de vaccins se fait sur base des certificats de libération des lots fournis par les fabricants. Le contrôle de la qualité se fait à travers le laboratoire de l'UNICEF à Copenhague.

2.2.5. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

En matière de SNIS, le Congo dispose d'un système d'information organisé autour des trois niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, à ce jour celui-ci ne fonctionne pas de manière efficace. L'information sanitaire existe au niveau des formations sanitaires, mais le système ne parvient pas encore à le collecter et le transcrire à travers un système informatisé. Toutefois, certains programmes et projets y parviennent mais de façon ciblée et cloisonnée. S'agissant de la surveillance épidémiologique, le constat est le même.

2.2.6. Prestations des soins et services de santé

4.7.1. Utilisation des services curatifs

Le taux d'utilisation des services de santé est relativement faible selon l'ECOM 2011⁸. Ce taux d'utilisation des services de santé est limité à 24% ou 0,24 consultations/habitant et par an. Ceci veut dire qu'en moyenne un congolais utilise les services de santé une fois tous les 4 ans. Le milieu urbain est plus favorisé par rapport au milieu rural. Ce taux est supérieur ou égal à 30% dans la Lékoumou, la Cuvette, le Pool et la Likouala mais baisse à 17% dans la Sangha, 19% dans le Kouilou et 20% dans les Plateaux.

- **Organisation des soins de santé primaires**

Toutes les composantes des soins de santé primaires tant préventives, curatives et promotionnelles sont offertes à travers le Paquet Minimum et Paquets Complémentaires d'Activités respectivement dans les CSI et les Hôpitaux de district qui constituent les deux échelons des soins du DS.

- **Couverture sanitaire du pays.**

⁸ Deuxième enquête congolaise auprès des ménages pour le suivi et l'évaluation de la pauvreté, 2011 (ECOM 2011)



Le Congo est subdivisé en 52 districts sanitaires. Il est desservi par un réseau de 682 formations publiques (280 postes de santé, 337 Centres de Santé Intégrés).

Il existe deux types des CSI : (i) les CSI qui offrent uniquement les services de base qui sont des centres de santé intégrés à paquet minimum d'activités standards (PMAS) et, (ii) les CSI qui offrent, en plus de services de base, les examens de laboratoires, les services d'accouchement et de chirurgie. Ces derniers CSI sont appelés CSI à paquet minimum d'activités élargi (PMAE) en comparaison aux

La carte sanitaire nationale n'a pas à ce jour, déterminé le nombre d'aires sanitaires dont disposer le pays. Il n'est donc pas possible de dégager les besoins en termes de CSI.

- **Offre des prestations au premier échelon :**

Le CSI, premier niveau de contact de la population avec le système de soin est le niveau de base du système. Le Congo dispose de deux types de CSI : (i) le CSI à Paquet Minimum d'Activités Standards (PMAS) et le CSI à Paquet Minimum d'Activités Élargi (PMAE). Les premiers offrent les services de base incluant les activités de consultation curative, consultation prénatale, consultation préscolaire, les activités promotionnelles et le planning familial ; en plus de ces derniers les CSI à PMAE offrent les examens de laboratoires, les services d'accouchement et de chirurgie. IL n'existe pas d'évaluation récente des prestations sanitaires (disponibilité, qualité des services, capacité opérationnelle) au niveau nationale. L'évaluation de la situation sanitaire conduite en 2012 avait relevé qu'en dehors de la vaccination, les autres activités des CSI sont caractérisées par des faibles indicateurs de fréquentation. La même observation a été soulignée dans le rapport de la revue de 2018 qui souligne qu'en dehors des formations sanitaires des 21 districts sanitaires qui bénéficient de l'appui des partenaires (Banque mondiale et Alliance Gavi) les autres districts sanitaires présentent des performances faibles en ce qui concernent l'offre des soins de santé primaires.

Sur les 337 CSI, 270 (80%) disposent d'un centre fixe de vaccination parmi lesquels 172 (64%) disposent d'une chaîne de froid fonctionnel. Le département qui a le faible nombre des CSI disposant d'un centre fixe de vaccination est la cuvette-ouest (39%), pour les autres départements ce taux est au moins de 60% (sources des données)

4.7.2. Offre des prestations dans les hôpitaux de district (HD): Le pays compte 27HD répartis dans 11 départements. Les HD offrent le Paquet complémentaire d'activités (PCA) qui comprend la prise en charge des patients référés par les centres de santé, prise en charge des urgences médico-chirurgicales de base, prise en charge des urgences néonatales, obstétricales et gynécologiques de base, hospitalisation dans les quatre spécialité de base qui sont ; la médecine, la chirurgie, la pédiatrie et la gynéco-obstétrique, la prise en charge des urgences stomatologiques, oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales de base, explorations biologiques et radiologiques de base et le stockage et la dispensation des



médicaments et produits de santé essentiels. Il existe 27 HD pour un total de 51 districts sanitaires, soit un gap de 24HD.

Parmi les dysfonctionnements notés au niveau des HD, on peut signaler : la faiblesse dans la gestion et l'administration des HD et la faible intégration des HD dans les activités de leurs districts sanitaires respectifs. Le fonctionnement des hôpitaux de base est marqué par les contraintes suivantes: (i) insuffisance et obsolescence des équipements médico techniques; (ii) vétusté des infrastructures, (iii) insuffisance qualitative et quantitative du personnel et (iv) faible participation des médecins des HD aux activités des districts sanitaires.

4.7.3. Offre des soins et services spécialisés dans les hôpitaux généraux (HG):

Le pays compte 7 HG fonctionnels qui sont repartis dans 4 départements (Brazzaville, Pointe-Noire, Niari, Cuvette). Douze autres HG sont en construction dont un hôpital par département. Le degré de fonctionnalité de ces hôpitaux n'est pas connu car aucune étude n'a été réalisée à ce sujet. Hormis les services d'urgences médico-chirurgicales, gynéco-obstétrique, pédiatrie clinique, stomatologie, radiologie conventionnelle et numérisée, échographie et panoramique dentaire qui sont disponibles dans les 7 hôpitaux, la disponibilité des autres services n'est pas satisfaisante. La qualité des soins offerts par les HG est préoccupante eu égard à l'état de délabrement de leurs plateaux techniques. Seul l'HG Lucie Bongo Ondimbapeut être exclu de cette affirmation.

- **Référence et contre référence**

La référence et la contre référence ne sont pas suffisamment régulés. Par conséquent, les malades utilisent même les formations sanitaires de niveau de niveau tertiaire pour résoudre des problèmes de santé qui peuvent trouver solution dans les centres de santé intégrés. Cette situation accentue l'inefficacité dans l'utilisation des ressources existantes ne crée pas les conditions favorables à la continuité des soins.

Le réseau d'établissements de transfusion sanguine est constitué d'un Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) basé à Brazzaville et des 4 centres interdépartementaux de transfusion sanguine, respectivement à Pointe-Noire, Dolisie, Brazzaville et Owando qui approvisionnent les 36 postes de transfusions sanguines.

Les autres établissements d'appui au traitement sont constitués de ; (i) d'un laboratoire de référence appelé « Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) », (ii) centre de référence national de la drépanocytose (CNRD) « *Maman Antoinette Sassou N'guesso* » (iii) des deux Centres de Traitement Ambulatoire pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ; (iv) des 12 Centres Antituberculeux localisés en majorité dans les chefs-lieux des départements (en dehors de celui du département de la Cuvette localisé hors chef-lieu). Le réseau privé compte 195 structures dont 12 cliniques, 16 Centres Médicaux Sociaux et 50 cabinets médicaux.



V. PROBLEMES PRIORITAIRES

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

Les causes immédiates de ces problèmes sont : (i) Insuffisance qualitative et quantitative de l'offre de santé à travers le pays, (ii) la sous-utilisation des soins et services de santé par la population, (iii) un environnement peu favorable à l'amélioration de la santé de la population et, (iv) une préparation et une gestion inadéquate des épidémies et des catastrophes

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

Cette situation est due entre autres à: (i) l'insuffisance de la couverture du pays en formations sanitaires rationalisée, (ii) l'inadéquation des plateaux techniques des formations sanitaires a tous les niveaux du système de santé, (iii) l'insuffisance des ressources humaines à la fois sur le plan de la quantité, de la qualité et de leur répartition sur le territoire national, (iv) les ruptures fréquentes des médicaments dans les formations sanitaires, et (v) une gestion inefficace des ressources du secteur de la santé, (vi) les faibles capacités à générer l'information sanitaire de qualité

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

Elle s'explique par:(i) la faible de l'offre à la fois sur le plan de la qualité et de la quantité, (ii) le coût élevé des soins et services de santé, (iii) une gestion peu efficace des mécanismes de gratuité mis en place par le gouvernement, (iv) l'inexistence des mécanismes d'assurance maladie d'envergure nationale, (v) la faiblesse de la communication pour le changement social et comportemental et, (vi) la faible appropriation des problèmes de santé par les acteurs communautaires,

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

Cette situation est due : (i) aux conditions d'hygiène et d'assainissement peu satisfaisantes, (ii) à l'insuffisance dans l'approvisionnement de la population en l'eau potable, (iii) au taux de pauvreté qui demeure encore élevé, (iv) à adoption par la population des modes de vie et des habitudes alimentaires à risque pour la santé, (v) à une faible implication des autres secteurs dans l'amélioration de la santé de la population (faible implication dans l'approche



de la « santé dans toutes les politiques » et, (vi) la faible promotion de la redevabilité à tous les niveaux du secteur de la santé

4. Préparation et gestion inadéquates des épidémies et des catastrophes

La prévention, la gestion des épidémies, catastrophes et autres urgences de santé est règlementé par les textes en vigueur. Ces derniers décrivent l'organisation et la mise en œuvre des différentes interventions sur le terrain à différents niveaux (Central, départemental et districts sanitaires). La préparation et la riposte font appel à l'intersectorialité (Ministères de l'Intérieur, des Finances, Affaires Sociales, Tourisme, Communication et ...) ainsi que le partenariat bi et multilatéral.

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



VII. VISION, PRINCIPES, VALEURS

7.1 – Vision.

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

7.2– Principes

Cette vision est guidée par neuf principes à savoir :

- Un leadership fort ;
- Une redevabilité
- Une gestion axée sur les résultats ;
- Une efficacité et une efficience du système ;
- La décentralisation ;
- Le respect des engagements internationaux notamment l'ODD n°3
- La participation et appropriation communautaire ;
- Le partenariat ;
- L'intersectorialité

7.3 Valeurs :

Cette vision est soutenue par les valeurs d'équité, de justice sociale, de solidarité nationale, de pérennité, d'éthique, de rigueur, de transparence et de démocratie

VIII. BUT ET OBJECTIFS

8.1. But

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

8.2. Objectif Général

Améliorer l'état de santé de la population congolaise

8.3. Objectif spécifique

Assurer d'ici à 2030, un accès universel aux soins de santé, intégrés, continus et centrés sur la personne

8.4. Cibles à l'horizon 2030

1. La mortalité maternelle est réduite de 436 à 300 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes d'ici 2030 ;



2. La mortalité infanto-juvénile est réduite de 52 à 20 décès pour 1.000 naissances vivantes d'ici 2030 ;
3. La mortalité liée aux maladies transmissibles de 20% d'ici 2030
4. La prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles d'ici 2030 ;
5. La prévalence des comportements à risque chez les adolescents et chez les jeunes est réduite de moitié d'ici 2030 ;
6. La vulnérabilité des populations face aux épidémies, autres catastrophes et événements de santé est réduite de moitié d'ici 2030.
7. La moitié de la population congolaise est protégée contre le risque financier lié au paiement des soins et services de santé

IX. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

La mise en œuvre de la PNS se repose sur la promotion de la couverture universelle en santé à travers les orientations stratégiques suivantes :

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

Les principales actions qui seront menées dans le cadre de cette orientation stratégique sont :

- L'amélioration du cadre juridique et normatif pour un fonctionnement cohérent et harmonieux du système de santé ;
- L'amélioration de l'équité dans la répartition des ressources financières entre les différents niveaux du système de santé
- Le renforcement de la transparence et de l'obligation de rendre compte par la mise en place de la plateforme de redevabilité et de responsabilité ;
- Le renforcement de la planification, du suivi et évaluation des politiques, plans programmes et projets sectoriels à tous les niveaux du système de santé, de la recherche et de l'innovation ;
- La mise en place et suivi du fonctionnement des organes délibérants et consultatifs indiqués pour les hôpitaux généraux, les établissements sous tutelle, les hôpitaux de districts ;
- Le renforcement du dialogue politique en santé et de la coordination du système de santé à tous les niveaux ;
- La mise en place de la gestion axée sur les résultats à tous les niveaux du système de santé
- La mise en œuvre des réformes sectorielles structurelles et fonctionnelles à tous les niveaux du système de santé en vue d'accélérer les progrès vers la couverture universelle en santé



- La promotion du partenariat et de la multi-sectorialité ;
- Le renforcement de l'approche de la « Santé dans Toutes les Politiques » en vue d'agir efficacement sur les déterminants de la santé;
- Le renforcement de mécanismes de l'inspection et de contrôle financier à tous les niveaux du système de santé ;
- L'amélioration de l'efficacité et de l'efficacé dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières allouées à la santé ;
- La mise en place des réformes relatives à la gestion des finances publiques incluant le budget-programme dans le secteur de la santé pour accélérer les progrès vers la CSU ;
- L'allégement des mécanismes de décaissement des fonds publics alloués au secteur santé ;
- Le développement des mécanismes alternatifs et innovants de financement en faveur de la santé (taxation de certains biens et services) ;

Mise en place de l'assurance maladie universelle

- Le développement et mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement de la santé en vue de la Couverture Universelle en Santé incluant l'accroissement du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé et de la dépense totale de santé, l'accroissement de la part des ressources domestiques dans le budget de l'Etat consacré à la santé, la mise en place des mécanismes de protection contre le risque financier qui prendront en compte les initiatives de gratuité en cours de mise en œuvre ainsi que la promotion des achats stratégiques dans le secteur de la santé;
- Le mobilisation du financement de la vaccination et des initiatives de gratuité ainsi que pour des médicaments essentiels génériques, réactifs, consommables et autres produits de santé de la CAMEPS;
- Le renforcement de l'efficacité dans l'affectation et la gestion des ressources financières.

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

Cette stratégie sera mise en œuvre à travers les principales actions suivantes:

1. Actions relatives à l'amélioration de l'offre et la qualité des services

L'amélioration de l'offre et la qualité des services de santé se fera à travers : (i) Le développement des soins de santé primaires centrés sur la personne à travers la revitalisation du district sanitaire en vue d'offrir le paquet de service essentiels de qualité et à moindre coûts aux populations avec leur participation; (ii) l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique hospitalière. Celle-ci définira les orientations de la réforme hospitalière qui inclut la redéfinition des missions des hôpitaux à tous les niveaux du



système de santé ainsi que le renforcement de leurs plateaux techniques en vue de l'amélioration de l'offre et de la qualité des soins offerts ; (iii) du renforcement des capacités du Laboratoire National de Santé Publique, (iv) de l'amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé dans les formations sanitaires et, (v) de l'instauration de l'approche « pangouvernementale » pour atteindre les populations inaccessibles dans les départements fragiles sur le plan sanitaire.

Pour ce faire, un certain nombre d'actions seront entreprises parmi lesquelles :

- L'élaboration de la carte sanitaire et l'extension de la couverture sanitaire nationale en vue de rapprocher géographiquement l'ensemble de la population des soins de santé de base de qualité. Cette action inclura le découpage de tous les DS en aires de santé et la construction des CSI dans les aires sanitaires qui n'en possèdent pas ;
- La mise en place des outils et des directives pour l'amélioration de la qualité des soins et services de santé centrés sur la personne et l'usage des technologies sanitaires
- renforcement de la contribution du secteur privé à l'offre de soins et services de santé ;
- l'élaboration des normes sur les ressources (matérielles, financières et humaines), d'organisation et de fonctionnement des DS prenant en compte à la fois le CSI, l'HD et l'équipe cadre du DS,
- La poursuite des travaux des 14 hôpitaux généraux, maintien des hôpitaux généraux existants, réhabilitation et renouvellement des équipements et matériels médico-techniques des quelques infrastructures dans les districts sanitaires ;
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources des ressources humaines pour la santé prenant en compte la formation, le recrutement, la répartition équitable du personnel de santé, la motivation, la rétention et la gestion des carrières
- L'amélioration de la disponibilité des médicaments, réactifs, dispositifs médicaux, vaccins et produit sanguins de qualité se fera à travers :
 - ✓ le renforcement de la réglementation pharmaceutique nationale,
 - ✓ le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments, réactifs, vaccins et produits sanguins,
 - ✓ la promotion de la production locale des médicaments essentiels et générique,
 - ✓ la sécurisation du financement des médicaments, réactifs, dispositifs, vaccins et produits sanguins, l'usage rationnel des médicaments et autres produits médicaux,
 - ✓ la mise en place des stratégies de lutte contre la résistance aux antibiotiques,
 - ✓ Mise en place d'un système d'assurance qualité des médicaments et produits médicaux ;
 - ✓ Encadrement de la médecine traditionnelle ;



2- Actions relatives au renforcement de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et jeune

Le renforcement des programmes de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent en vue d'accroître la disponibilité des services y relatifs, de leur qualité et leur utilisation à tous les niveaux du système de santé. Il s'agit de :

- La mise en œuvre du plan de repositionnement de la planification familiale ;
- Le renforcement de la qualité du suivi de la grossesse et du suivi post-natal de la femme;
- La promotion de l'accouchement propre et de qualité;
- L'augmentation de la couverture du pays en formations sanitaires offrant les SONUC de qualité;
- L'amélioration de la qualité de la consultation curative de l'enfant ;
- L'amélioration de l'offre des services de vaccination, de supplémentation à la vitamine A et du déparasitage systématique ;
- L'amélioration de l'état nutritionnel ;
- L'augmentation de la couverture du pays en centres de santé scolaire et universitaire ;
- Le renforcement de la prévention des grossesses précoces et non désirées ;
- Le renforcement de la prévention des comportements à risque.

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

Cette orientation stratégique se mettra en œuvre à travers les actions suivantes :

1. Actions relatives à la gestion des épidémies en fonction des dispositions des RSI à travers :

- L'actualisation du plan national de prévention, préparation, détection rapide et de riposte contre les épidémies ;
- Le pré positionnement des médicaments et intrants à tous les niveaux ;
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies et des événements de santé publique à tous les niveaux y compris le niveau communautaire ;
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique dans toutes les aires de santé ;
- Le renforcement des capacités du laboratoire national en matière de confirmation des épidémies

2. Actions relatives à la gestion des catastrophes et autres événements de santé en fonction des dispositions des RSI à travers les actions suivantes :

- L'élaboration de la cartographie des risques et catastrophes sanitaires,
- L'élaboration des plans blancs (plans de contingence) dans les hôpitaux,



- Les simulations régulières des ripostes,
- Le renforcement de l'hygiène en milieu sanitaire.

Orientation stratégique 4 : Promotion de la santé de la population

Les principales actions qui seront menées dans le cadre de cette orientation stratégique sont :

- 1. Actions relatives à la lutte contre les maladies transmissibles ;**
 - le renforcement des programmes de prévention, de prise en charge, d'élimination et d'éradication des maladies transmissibles
 - la sécurisation du financement relative à la lutte contre les maladies transmissibles.
- 2. lutte contre les maladies évitables par la vaccination ;**
 - L'organisation des campagnes de vaccination et semaines africaines de la mère et de l'enfant (les AVS) ;
 - Le renforcement de PEV de routine dans toutes les formations sanitaires du 1er échelon tant publiques que privées,
 - L'intégration des nouveaux vaccins dans les PEV de routine,
 - La mise en œuvre effective de la stratégie « atteindre chaque district,
 - Le renforcement de la supplémentation en vitamine A et le déparasitage systématique au mebendazole.
- 3. lutte contre les maladies non transmissibles ;**
 - Le renforcement des programmes de prévention et de prise en charge des maladies non transmissible et de la promotion de la santé mentale,
 - L'organisation régulière des journées de pratique des activités physiques individuelles et collectives ;
 - La communication sur les habitudes d'une alimentation saine;
 - La vulgarisation du guide de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) en milieu de soins et dans les communautés.
 - La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme,
 - L'immunisation des jeunes adolescentes contre le papilloma virus,
 - La décentralisation des techniques de dépistage (frottis avec coloration, palpation des seins chez les femmes, toucher rectale chez les hommes, biopsie) des lésions précancéreuses dans toutes les formations sanitaires,
 - L'institutionnalisation des examens pré-nuptiaux pour des mesures de prévention de la drépanocytose
 - L'amélioration du traitement des symptômes pré-crisis pour la drépanocytose.
- 4. lutte contre les maladies tropicales négligées ;**
 - Le renforcement des capacités de gestion des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées ;
 - L'amélioration des conditions d'utilisation des relais communautaires.
- 5. l'amélioration du cadre et/ ou mode de vie des populations**



- Le renforcement des programmes de promotion de la santé par l'élaboration des politiques, des lois et des règlements qui visent la réduction des facteurs de risques, la participation et l'engagement des populations en faveur de la réduction des facteurs de risque ;
- La promotion de l'approche communautaire dans l'organisation de l'offre de soins et services essentiels dans les aires de santé ;
- Le renforcement des approches visant à accroître la demande et la redevabilité communautaire ;
- Le développement et mise en œuvre des plans de communication pour l'acquisition des comportements favorable à la santé ;

X. CADRE DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET EVALUATION

10.1. Cadre de mise en œuvre

Le ministère en charge de la santé coordonne la mise en œuvre de la PNS en se basant sur les cadres administratifs, juridiques et légaux. Cette mise en œuvre de la politique nationale de santé (PNS) se fera à travers les PNDS. Une fois le PNDS adopté par le gouvernement, les plans stratégiques sous sectoriels seront actualisés pour s'aligner en vue de contribuer à la réalisation des objectifs de ce dernier. Cet alignement se fera à la fois sur le plan du contenu (objectifs, orientations stratégiques, actions, etc.), mais aussi sur le plan du cycle de planification. Le PNDS sera décliné en plans opérationnels annuels qui seront élaborés et mis en œuvre par toutes les structures du ministère à tous les niveaux du système de santé.

Outre le ministère en charge de la santé, les autres acteurs/parties prenantes à la mise en œuvre de la PNS sont : (i) les secteurs connexes (autres ministères et administrations, etc.) ; (iii) les partenaires techniques et financiers (coopération bi et multilatérales) ; (iv) (v) les organismes du système des nations unies, (v) les départements et les collectivités locales ; (vi) les organes de participation communautaire (organes de cogestion, comités de santé) ; (vii) les organisations non gouvernementale et la société civile ; (viii) la communauté, (ix) le secteur privé d'offre de soins ; (x) les ordres professionnels et (xi) les sociétés savantes.

10.2. Mécanismes de suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de la politique nationale de santé, se fera d'une part, à travers le suivi et l'évaluation des différents plans qui en découlent et d'autre part à travers les cadres de concertation que sont :

▪Au niveau national :

- ✓ un Conseil national de santé pour le suivi des indicateurs de progrès et d'évaluation de la performance du système de santé et des réformes sanitaires ;



- ✓ la Réunion des Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le secteur ;
- ✓ la Délégation du Contrôle Financier, l'Inspection Générale d'Etat ;
- ✓ la Commission Nationale de Lutte contre la Corruption, la Fraude et la Concussion;
- ✓ le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé.

Au niveau intermédiaire :

- ✓ les Conseils départementaux et municipaux de santé ;
- ✓ l'Inspection Générale d'Etat ;
- ✓ la Commission Nationale de Lutte contre la Corruption ;
- ✓ le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé.

Au niveau périphérique :

- ✓ les Comités de Gestion de Santé ;
- ✓ l'Inspection Générale d'Etat ;
- ✓ la Commission Nationale de Lutte contre la Corruption ;
- ✓ le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé.

XI. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

Les mesures essentielles doivent être prises par le gouvernement afin d'accompagner la mise en œuvre de la PNS. Ces mesures seront articulées autour de : (i) l'augmentation progressive du financement de la santé pour atteindre le seuil de 15% du budget global de l'état conformément aux engagements des chefs d'Etat à Abuja; (ii) l'identification des financements innovants en faveur de la santé ; (iii) l'amélioration de l'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières disponibles, (iv) l'augmentation de la production du personnel de santé et le renforcement de la formation continue ; (v) une répartition équitable des ressources humaines pour la santé, (vi) la mise en œuvre des réformes sectorielles et intersectorielles qui affecte le secteur de la santé ; (iv) la lutte contre la corruption ; (vii) la réduction de la pauvreté ; (vi) la promotion de l'emploi décent et la réduction des inégalités liées au genre, (viii) la promotion de l'hygiène, de l'assainissement et des habitudes alimentaires saines ; (ix) l'approvisionnement de la population en eau potable, (ix) la participation des communautés, (ix) la redynamisation des ordres nationaux des professionnels de la santé et des sociétés savantes ; (x) la mise en place des conditions et d'un cadre favorable au développement du secteur privé, (xi) la mise en œuvre des réformes de l'administration publique telle que la décentralisation, etc.), la participation des communautés, (xii) l'implication d'autres secteurs dans l'amélioration de la santé de la population, etc.

XI.CONDITIONS DE SUCCES DE LA PNS



11.1. Analyse des Risques

Certains facteurs peuvent compromettre la mise en œuvre de la PNS. Il s'agit notamment :

- des facteurs politiques : absence de volonté politique, instabilité socio-politique, mauvaise gouvernance ;
- des facteurs économiques : crise économique et financière, baisse de l'aide publique au développement, mauvaise utilisation des ressources ;
- des facteurs socioculturels : pauvreté, faible niveau d'éducation, normes sociales.
- Insuffisance d'engagement de certaines parties prenantes

Par ailleurs la résolution des problèmes de santé est complexe du fait de leur caractère multisectoriel ; la gestion de ces risques se fera avec l'implication de tous les secteurs de la vie nationale.

11.2. Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la PNS nécessitera un engagement politique fort et soutenu et une implication des autres secteurs de la vie nationale. Il nécessite également un changement des comportements, le respect des principes directeurs et une adhésion de tous les acteurs. En outre, il faudra une dynamisation des corps de contrôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'accroissement au-delà de 30% du financement de la santé pour la promotion de la santé et de la prévention dans le budget global de l'Etat constitue également une condition majeure de réalisation de la politique nationale de santé, ainsi que l'allègement des procédures de la chaîne de dépenses au profit du secteur de la santé.

XII. PROCEDURES D'ADOPTION ET D'AMENDEMENT DE LA PNS

La présente politique devra faire l'objet d'une adoption par l'assemblée nationale et d'une promulgation par le Président de la République. La PNS faisant foi de loi, son adoption obéit aux processus d'adoption des lois de la république.

La décision d'amendement de la PNS est de l'initiative du gouvernement à travers le ministère en charge de la santé. Cette décision doit être motivée et endossée par le conseil national de la santé.

Le processus de révision doit impliquer tous les acteurs du secteur de la santé y compris au niveau décentralisé.

