



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Afrique**



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

CONGO



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009–2013

CONGO

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2009–2013

République du Congo

1. Planification santé
2. Mise en œuvre du plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN : 978 929 031 1188

(NLM Classification: WA 540 HC5)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en Inde

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	V
PRÉFACE	VII
RÉSUMÉ	IX
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DEVELOPPEMENT	3
2.1 Contexte général actuel	3
2.2 Situation sanitaire	4
2.2.1 État de santé de la population	4
2.2.2 Profil épidémiologique	4
2.2.3 Déterminants majeurs de l'état de santé.....	9
2.2.4 Système de santé	9
2.3 Revue de la mise en œuvre de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Congo,2004-2007	12
2.3.1 Principales réalisations et progrès accomplis	12
2.3.2 Appréciation de la mise en oeuvre de l'agenda stratégique 2004-2007 par les partenaires	14
2.3.3 Principaux défis actuels du secteur	14
SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS	16
3.1 Tendance générale de l'aide au secteur	16
3.2 Domaines d'activités des partenaires	17
3.3 Coordination des interventions.....	20
3.4 Problèmes et défis majeurs en rapport avec l'aide au développement et le partenariat	21
SECTION 4 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LE CONGO	22
4.1 Centre d'intérêt du Plan stratégique à moyen Terme 2008-2011	22
4.2 Présence de l'OMS dans le pays.....	22
4.2.1 Orientations des programmes biennaux 2004-2005 et 2006-2007	23
4.2.2 Évolution des allocations budgétaires.....	23
4.2.3 Ressources humaines.....	23
4.2.4 Cadre organique du Bureau de la Représentation de l'OMS au Congo .	24
4.2.5 Ressources matérielles	25
4.3 Appui du Siège et du Bureau régional	25
4.3.1 Appui du Bureau régional de l'OMS et de l'EAIP pour l'Afrique centrale ..	25
4.3.2 Appui du Siège de l'OMS	26
SECTION 5 CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS: ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES	27
5.1 But et mission	27
5.2 Fonctions essentielles	27

5.3	Programme mondial d'action sanitaire	28
5.4	Priorités au niveau mondial	28
5.5	Priorités au niveau régional	28
SECTION 6 AGENDA STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE CONGO		30
6.1	Amélioration de la performance des services, y compris les programmes de santé .	30
6.2	Réduction de la charge de morbidité et de mortalité attribuée au paludisme, à la tuberculose, au VIH/sida et aux autres maladies transmissibles	31
6.3	Réduction de la mortalité maternelle et amélioration de la survie de l'enfant .	32
6.4	Renforcement des capacités de préparation et de réponse aux épidémies et autres situations d'urgence	33
6.5	Renforcement du partenariat et des mécanismes de coordination des interventions dans le secteur.	33
SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE		34
7.1	Responsabilités dans la mise en œuvre de l'Agenda stratégique	34
7.1.1	Responsabilités du Bureau pays	34
7.1.2	Responsabilités du bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et du Siège de l'OMS	34
7.2	Implications de la mise en œuvre de l'Agenda stratégique	34
7.2.1	Implications pour le Bureau pays	34
7.2.2	Implications pour le Bureau régional	35
7.2.3	Implications pour le Siège	35
SECTION 8 MONITORING ET ÉVALUATION		36
8.1	Suivi de la mise en œuvre et évaluation	36
8.2	Indicateurs de suivi et d'évaluation	36
8.3	Périodicité de l'évaluation	36
ANNEXES 1		37
1.	Tableau n°2 : Évolution de la structure de financement du budget de la santé	37
ANNEXES 2		38
2.	Cadre organique du Bureau de la représentation de l'OMS au CONGO	38

ABRÉVIATIONS

AEF	:	Afrique équatoriale française
ARV	:	Antirétroviraux
BAD	:	Banque africaine de développement
BADEA	:	Banque arabe pour le développement économique de l'Afrique
CCIA	:	Comité de coordination interagences
CDC	:	Center for diseases control
CEMAC	:	Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale
CERF	:	Fonds central d'intervention d'urgence
CFA	:	Communauté financière africaine
CFCO	:	Chemin de fer Congo Océan
CHU	:	Centre hospitalier et universitaire
CNTS	:	Centre national de transfusion sanguine
COMEG	:	Congolaise des médicaments essentiels et génériques
CPN	:	Consultation prénatale
CSI	:	Centre de santé intégré
CSS	:	Circonscription socio-sanitaire
CTS-PNDS	:	Comité technique de suivi du Plan national de développement sanitaire
DDS	:	Direction départementale de la santé
DGS	:	Direction générale de la santé
DOTS	:	Traitement de brève durée sous observation directe
DSRP	:	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DTC3	:	Diphtérie, tétanos, coqueluche 3 ^{ème} dose
EDSC 1	:	Enquête démographique et de santé, Congo
FAO	:	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FAP	:	Fonds d'accélération des programmes
FED	:	Fonds européen de développement
FHVE	:	Fièvre hémorragique à virus Ebola
FMSTP	:	Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FRR	:	Fonds de réponse rapide
GAVI	:	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GDF	:	Global drug facility
GPN	:	Global private network
GSM	:	Système global de gestion
HTA	:	Hypertension artérielle
EAIP	:	Équipe d'appui interpays
I-PPTE	:	Initiative en faveur des pays pauvres très endettés
IRA	:	Infections respiratoires aiguës
IST	:	Infection sexuellement transmissible
MSASF	:	Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille
NEPAD	:	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
NPO	:	National Professional Officer

OCEAC	:	Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAM	:	Programme alimentaire mondial
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

PRÉFACE

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ

La situation sanitaire du Congo est caractérisée par la précarité de l'état de santé des populations et les contre-performances des services de santé. Cette précarité est illustrée par des taux élevés de mortalité tels que le taux de mortalité infantile de 75 ‰ et le ratio de mortalité maternelle de 781 décès pour 100 000 naissances vivantes enregistrés dans le pays en 2005, qui sont attribués à la persistance des maladies infectieuses et parasitaires, d'une part, et aux problèmes de santé de la reproduction, d'autre part. Au-delà des facteurs de morbidité et de mortalité, le système de santé est encore peu performant, en raison de multiples facteurs, notamment la mauvaise distribution des formations sanitaires sur le territoire et leur sous-équipement, l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines et leur mauvaise gestion, l'inefficacité du système d'approvisionnement couplée à une utilisation peu rationnelle des médicaments, et l'insuffisance des ressources financières associée à des modes de financement inadéquats et à une utilisation peu rationnelle des fonds recouvrés.

Et pourtant, depuis l'année 2005, la situation macroéconomique du Congo connaît une amélioration notable qui s'explique notamment par l'amélioration des termes de l'échange en relation avec la hausse des cours du pétrole brut et des bois tropicaux, l'expansion des activités des secteurs de l'industrie, des bâtiments et travaux publics, du commerce et des télécommunications. C'est ainsi que le produit intérieur brut (PIB) s'est élevé à 3 154,2 milliards en 2005, avec un revenu moyen par habitant estimé à US \$1621. En dépit de cette embellie, la moitié de la population (50,1 %) vit encore en dessous du seuil de pauvreté. Et l'amélioration de la situation macroéconomique ne se traduit pas de façon nette par une amélioration de l'accès aux soins de santé et encore moins, de l'état de santé de la population. Des stratégies visant à briser le cercle vicieux liant la pauvreté, la dégradation de l'environnement et la mauvaise santé sont insuffisamment mises en œuvre.

De cette situation découlent un certain nombre de défis auxquels le pays doit faire face. Il s'agit de : i) créer des conditions permettant la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles, et celles liées à la santé de la reproduction ; ii) mettre à échelle les interventions prioritaires de santé, en particulier celles relatives au paludisme, au VIH/sida et à la tuberculose, et assurer leur accès universel aux populations ; iii) renforcer la surveillance épidémiologique et le système de réponse aux situations d'urgence ; iv) prévenir les handicaps et créer les conditions permettant une meilleure intégration économique et sociale des personnes handicapées ; v) garantir l'assistance humanitaire aux populations victimes des conflits et des catastrophes ; vi) promouvoir des comportements favorables à la santé ; vii) améliorer l'accès à l'eau potable, tant dans les centres urbains que dans les zones rurales ; et viii) améliorer le système d'élimination de déchets, y compris les déchets biomédicaux.

Ces défis requièrent des réponses adéquates, coordonnées et synergiques. C'est dans cette perspective que s'inscrit l'agenda de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Congo pour la période 2008-2013 (SCP 2008-2013). Elle reflète la cohérence entre les besoins et les priorités du pays, telles que définies dans le PNDS 2007-2011 et dans le DSRP, ainsi que la capacité de réponse de l'Organisation à ces besoins, tout en tenant compte des orientations du Plan stratégique à moyen Terme (PSMT) 2008-2013, de celles du Bureau régional, ainsi que des avantages comparatifs de l'Organisation. Par ailleurs, cette SCP prend en compte le nouvel environnement de l'aide internationale, et notamment la Déclaration de Paris en faveur d'une meilleure harmonisation et d'une plus grande coordination de l'aide,

ainsi que la réforme des Nations Unies qui devrait à terme aboutir à une plus grande unité d'action des diverses agences du système des Nations Unies. La nécessité d'accélérer le pas en vue de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement a également été prise en compte. Cet agenda s'articule autour de cinq orientations stratégiques, à savoir : i) l'amélioration de la performance des services, y compris les programmes de santé ; ii) la réduction de la charge de la morbidité et de la mortalité attribuée au paludisme, à la tuberculose, au VIH/sida et aux autres maladies transmissibles ; iii) la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la survie de l'enfant ; iv) le renforcement des capacités de préparation et de réponse aux épidémies et autres situations d'urgence; et v) le renforcement du partenariat et des mécanismes de coordination des interventions de réduction de la morbidité et de la mortalité et de promotion des environnements sains.

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Congo 2008-2013 sera mise en oeuvre par le bureau de pays, dans le cadre des programmes biennaux 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013. Le soutien du Bureau régional et du Siège sera requis en vue du financement du plan de mise en œuvre de l'Agenda stratégique et de l'accompagnement technique en fonction des besoins spécifiques du Bureau de pays et conformément aux implications de l'Agenda stratégique pour chacun des deux niveaux.

SECTION 1

INTRODUCTION

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec la République du Congo pour la période 2008-2013 vise trois objectifs essentiels :

- i) fournir l'orientation stratégique des activités de l'OMS dans le pays pour la période 2008-2013, au titre de la contribution de l'OMS à la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2007-2011 et à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ;
- ii) définir les objectifs à moyen terme et des approches pour le Bureau de pays et
- iii) mettre en place une structure du programme qui reflète le fonctionnement des trois niveaux de l'Organisation dans leur appui au pays avec une coordination et une collaboration plus efficaces des trois niveaux.

Cette stratégie de coopération a été formulée sur la base des résultats des analyses et des processus en cours dans le pays, en rapport avec le secteur santé. Il s'agit notamment de :

- i) l'élaboration du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2007-2011 ;
- ii) l'élaboration du Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) 2009-2011; et de
- iii) l'élaboration du Plan-Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2009-2013. De ce fait, la SCP 2008-2013 reflète la cohérence entre les besoins, les priorités du pays et la capacité de réponse de l'Organisation à ces besoins, tout en tenant compte des orientations du Plan stratégique à moyen Terme (PSMT) 2008 – 2013, de celles du Bureau régional, ainsi que des avantages comparatifs de l'Organisation. Par ailleurs, cette stratégie de coopération prend en compte le nouvel environnement de l'aide internationale et notamment la Déclaration de Paris en faveur d'une meilleure harmonisation et d'une plus grande coordination de l'aide ainsi que la réforme des Nations Unies qui devrait à terme aboutir à une plus grande unité d'action des diverses agences du système des Nations Unies. La nécessité d'accélérer le pas en vue de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement a également été prise en compte tout au long du processus.

L'exercice a été mené par une équipe constituée de cadres du Bureau de la représentation de l'OMS au Congo et des ministères en charge de la santé, du plan, des finances et du budget. L'approche participative utilisée s'est traduite par des consultations élargies avec les principales parties prenantes du Gouvernement, de la société civile et des partenaires multilatéraux et bilatéraux. Dans ce cadre, une enquête d'opinion a été menée auprès des partenaires respectivement sur leur appréciation de la mise en œuvre de la stratégie de coopération de l'OMS avec le Congo pour la période 2004-2007 (SCP 2004 - 2007) et sur leur perception de la pertinence de 13 objectifs stratégiques du PSMT, pour le Congo.

Au terme de la revue de la première SCP 2004-2007 et de l'analyse de situation, les défis majeurs auxquels le secteur de la santé est actuellement confronté ont été identifiés.

C'est sur cette base qu'a été élaboré l'agenda stratégique pour la coopération future de l'OMS avec la République du Congo, pour la période 2008-2013. Cinq axes stratégiques ont été retenus, à savoir :

- i) l'amélioration de la performance des services, y compris les programmes de santé;
- ii) la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la survie de l'enfant;
- iii) la réduction de la charge de la morbidité et de la mortalité attribuée au paludisme, à la tuberculose, au VIH/sida et aux autres maladies transmissibles ;
- iv) le renforcement des capacités de préparation et de réponse aux épidémies et autres situations d'urgence; et
- v) le renforcement du partenariat et des mécanismes de coordination des interventions, ainsi que la mobilisation des ressources. La matérialisation des orientations inscrites dans cette stratégie sera faite en application du cadre de gestion axé sur les résultats adopté par l'OMS, en utilisant les mécanismes et les instruments existants de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.

SECTION 2

DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT

2.1. CONTEXTE GÉNÉRAL ACTUEL

Évolution du contexte politique

La situation du Congo, ces dernières années, est caractérisée par la consolidation de la paix et la normalisation progressive de la vie politique. Toutefois, la réconciliation nationale, la sécurisation de l'ensemble du territoire national, la situation humanitaire et le fonctionnement efficace des institutions demeurent des défis majeurs.

Aspects démographiques et sociaux

Avec une population estimée à 3 551 500 habitants au 1^{er} janvier 2005¹, le Congo est l'un des pays d'Afrique au Sud du Sahara les moins peuplés, avec une densité moyenne de 10 habitants au km². C'est une population jeune, constituée à 51 % de femmes. Elle est inégalement répartie sur l'étendue du territoire, avec environ 82 % de la population vivant dans les quatre départements traversés par le Chemin de Fer Congo Océan (CFCO) et 58 % vivant dans les grandes agglomérations. En outre, cette population est caractérisée par une croissance annuelle moyenne de 3,07 %, conséquence d'une natalité élevée (43 pour 1000).

L'espérance de vie à la naissance était estimée à 51,9 ans² en 2005. L'indice synthétique de fécondité demeure élevé avec 6,3 enfants par femme en âge de procréer. Selon le rapport de l'Enquête démographique et de santé³ (EDSC- I), la mortalité infantile est passée de 81 décès pour mille en 1996 à 75 décès pour mille en 2005.

La couverture scolaire, caractérisée par une baisse considérable du taux brut de scolarisation au primaire au cours des années 90⁴, s'est améliorée progressivement, passant de 83 % en 2002 à 89 % en 2005. L'analphabétisme concerne 17 % des hommes et 33 % des femmes de plus de 15 ans⁵.

Cadre macroéconomique et budgétaire

Depuis l'année 2005, la situation macroéconomique du Congo connaît une amélioration notable qui s'explique par divers facteurs, notamment :

¹ Estimation du Centre National de la statistique et des études économiques (CNSEE) 2005

² PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2005

³ Enquête démographique et de santé du Congo (EDSC-I) 2005. Ministère du plan, de l'aménagement du territoire, de l'intégration économique et du NEPAD. Centre national de la statistique et des études économiques, Brazzaville, juillet 2006.

⁴ Plan national pour l'atteinte des OMD au Congo; Ministère du Plan; 2006.

⁵ UNICEF, Rapport national sur le suivi du Sommet mondial pour les enfants, 2000.

- i) la forte amélioration des termes de l'échange ;
- ii) la hausse de la production pétrolière ;
- iii) l'amélioration de l'offre de produits agricoles, ainsi que
- iv) l'expansion des activités des secteurs de l'industrie, des bâtiments et travaux publics, du commerce et des télécommunications. C'est ainsi que le Produit intérieur brut (PIB) s'est élevé à 3 154,2 milliards en 2005, avec un revenu moyen par habitant estimé à US \$1621. En dépit de cette embellie, la moitié de la population (50,1 %) vit encore en dessous du seuil de pauvreté. Les zones les plus affectées sont, par ordre décroissant, le milieu semi-urbain (67,4 %), le milieu rural (64,8 %) et les communes autres que Brazzaville et Pointe-Noire (58,4 %).

2.2 SITUATION SANITAIRE

2.2.1 État de santé de la population

La mortalité observée au Congo est attribuée essentiellement à la persistance des maladies infectieuses et parasitaires ainsi qu'à la malnutrition. Elle est également associée à de multiples facteurs environnementaux et socioéconomiques. La mortalité néonatale était estimée à 33 pour mille en 2005. Les principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans demeurent inchangées depuis plusieurs années. Il s'agit du paludisme (31 %), de la diarrhée (26 %) des infections respiratoires aiguës (IRA, 14 %) et de l'infection à VIH (7 %). Ces données globales de mortalité masquent d'importantes inégalités liées :

- i) au niveau d'instruction des parents;
- ii) à l'appartenance aux quintiles les plus pauvres de la population, et
- iii) au milieu de résidence, notamment les zones rurales et périurbaines avec 136 ‰ décès contre 108 ‰ en milieu urbain.

Estimée à 781 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005, la mortalité maternelle observée au Congo est principalement due aux causes obstétricales directes que sont les hémorragies (40 %), les infections du post-abortum (18,8 %) et du post-partum (12,7 %), l'hypertension artérielle et l'éclampsie (11 %). Les principales causes indirectes sont le paludisme et l'anémie. Ce ratio de mortalité maternelle contraste avec les taux élevés de consultations prénatales (88 %), d'accouchements assistés par un personnel qualifié (86,2 %) et des femmes qui accouchent dans une structure de soins (82 %). Cette situation illustre la qualité limitée des soins et services offerts en matière de santé de la reproduction.

2.2.2 Profil épidémiologique

1. Maladies transmissibles

Le paludisme est la première cause de morbidité avec, en 2006, 55,1 % des motifs de consultation. Au cours de cette année, 57 757 cas ont été notifiés pour 253 décès enregistrés, soit un taux de létalité de 0,16 %.⁶ Les enfants de moins de 5 ans, représentent 41,6 % des cas avec un taux de létalité de 74,3 %. La situation du paludisme au Congo est en rapport entre autres avec :

- i) la pénurie fréquente de médicaments dans les formations sanitaires ;
- ii) le non-respect des schémas thérapeutiques basés sur les dérivées de l'artémisinine ;
- iii) le faible taux d'utilisation du traitement présomptif intermittent (TPI) et iv) la

⁶ Enquête démographique et de santé du Congo (EDSC-I) 2005, op cité.

faible utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILD).

L'infection à VIH et le sida. La situation de l'infection à VIH est très préoccupante avec une prévalence de 4,1 % chez les sujets âgés de 15 à 49 ans et d'importantes disparités entre les départements allant de 1,3 % à 9,6 %. Elle est particulièrement élevée dans les tranches d'âge de 35 à 39 ans (8,4 %) et de 40 à 44 ans (7,8 %). Le sida est la première cause de mortalité chez les adultes de 15 à 45 ans. En 2007, la séroprévalence était de 5,2 % chez les femmes enceintes et le taux de transmission materno-fœtale de 4,1 %⁷.

Face à la pandémie de VIH, la réponse du secteur de la santé est encore insuffisante. Sur un total estimé de 130 000 PVVIH et au moins 26 000 personnes éligibles, seules 5765 étaient sous traitement antirétroviral (ARV) à la fin de 2007, soit 22 %⁸. Les données relatives aux perdus de vue et aux décédés ne sont pas disponibles. Ces contre-performances sont attribuées à de multiples facteurs, notamment:

- i) les faibles couvertures des services de conseil et de dépistage, de PTME, de prise en charge des infections opportunistes;
- ii) la faiblesse du système de suivi des patients sous thérapie ARV;
- iii) le coût élevé des bilans de suivi biologique;
- iv) la faible sécurité sanguine;
- vii) les insuffisances de la gestion des déchets biomédicaux; et
- viii) la faiblesse des services de communication.

Les autres infections sexuellement transmissibles. En 2003, près de 17 734 cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) ont été notifiés par les formations sanitaires. La séroprévalence de la syphilis a été estimée à 5 %. Le caractère de maladies honteuses attribué aux IST conduit souvent à une automédication, ce qui laisse penser que les données notifiées sont en dessous de la réalité⁹.

La tuberculose connaît une recrudescence fortement associée à l'infection à VIH. Les performances du programme de lutte contre la tuberculose sont encore faibles. Pour la cohorte 2006, les taux de succès thérapeutique des nouveaux cas TPM+ et d'abandon du traitement étaient respectivement de 64 % et 31 %. Le niveau d'intégration du traitement supervisé sous observation directe (DOTS) dans les CSI demeure encore faible et les activités de suivi de la tuberculose multirésistante ne sont pas assurées. Bien que la tuberculose soit l'infection opportuniste la plus fréquente au cours du sida, avec une séroprévalence du VIH chez les tuberculeux estimée à 39 % parmi les patients admis au centre antituberculeux (CAT) de Pointe-Noire en 2007¹⁰ dont 53 % des femmes, la détection précoce de la tuberculose auprès des personnes vivant avec le VIH et l'offre de conseil/dépistage du VIH pour les tuberculeux ne sont pas systématiques. Les mécanismes de collaboration entre le programme national de lutte contre le sida (PNLS) et celui de la tuberculose (PNLT) ne sont pas encore opérationnels.

Les infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques de l'enfant. En 2005, les IRA venaient au second rang des motifs de consultation chez les enfants de moins de 5 ans avec 7,1 % des cas. Par ailleurs l'EDSC1 2005 a montré que 14 % des enfants de moins de 5 ans ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. La

⁷ Rapport annuel SEP CNLS, 2007.

⁸ Rapport annuel 2007 du SEP/CNLS

⁹ Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2007-2011. Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille. Service de la coordination de l'action sanitaire, décembre 2007.

prévalence semble particulièrement élevée chez les enfants de 6 à 23 mois (25 %). L'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale au niveau des ménages est passée de 41 % en 1994 à 64 % en 2005.

Le choléra. Après les épidémies de choléra observées en 1998, 1999 et 2001 à Brazzaville et à Pointe-Noire, aucun cas n'a été notifié sur l'ensemble du territoire de 2001 à 2005. Au cours du dernier trimestre de l'année 2006 et en 2007, des cas de choléra ont été enregistrés dans les départements du Kouilou, de Pointe-Noire, du Niari, de la Lékoumou, du Pool, de Brazzaville et de la Bouenza. Au total, 7 353 cas et 109 décès ont été enregistrés¹¹. Depuis le mois de février 2008, une épidémie de choléra sévit dans le département de la Bouenza, au total 98 cas, dont 1 décès, ont été enregistrés du 02 février au 30 juin 2008.

Les autres maladies endémiques : trypanosomiase humaine africaine, schistosomiase urinaire, lèpre et onchocercose.

- **La trypanosomiase humaine** africaine touche actuellement 5 départements sur les 12 que compte le pays. Elle est localisée dans trois grands foyers : la vallée du Niari, le couloir et la Cuvette. Le dépistage se fait de manière passive et active. Au total 399 malades ont été dépistés en 2005, dont 319 au cours des prospections soit 80 % des patients. D'une manière générale, la situation de la trypanosomiase au Congo s'est nettement améliorée dans tous les foyers, en dépit de la faible participation des populations au dépistage actif des cas.
- **La schistosomiase urinaire** qui jadis était limitée aux foyers des départements situés le long du chemin de fer connaît une extension vers d'autres départements, notamment la Lékoumou et Brazzaville. Son taux de prévalence varie de 0,12 % à l'école Matsoua de Brazzaville à 71,62 % à l'école Moukéké dans le Niari. Les activités de dépistage et de traitement en milieu scolaire sont limitées du fait de l'insuffisance des ressources financières, l'OMS assurant seule le soutien financier au programme.
- **La lèpre.** En 2006, au total 142 nouveaux cas de lèpre ont été détectés dont 104 cas multi bacillaires (73,2 %) et 38 cas pauci bacillaires. Le pourcentage des nouveaux cas chez les enfants est de 5,6 %. Le Congo avec un taux de prévalence de 0,60 pour 10.000 habitants en 2006 a atteint le seuil d'élimination. Cependant les départements de la Cuvette, Cuvette Ouest, la Likouala et du Pool demeurent encore de grands foyers de lèpre. Leurs taux de prévalence varient de 1,3 cas (Cuvette) à 5,9 cas (Likouala) pour 10,000 habitants.
- **L'onchocercose** sévit principalement dans trois foyers dont deux sont hyperendémiques (Pool, environs de Brazzaville) dans lesquels environ 700 000 personnes sont exposées. Chez les adultes, les taux de cécité de type 1 et de type 2 sont respectivement de 1,7 % et de 3,4 % dans les zones d'endémie. Les stratégies de lutte se basent sur les traitements passifs individuels dans les communautés hypoendémiques et les traitements de masse par l'administration de l'ivermectine sous directives communautaires dans les communautés mésoendémiques et hyperendémiques. L'adhésion à la chimiothérapie est en évolution avec un taux de couverture thérapeutique égal à 65 %.
- **Le Pian** sévit encore au Congo, à des stades d'endémicité divers, principalement dans les groupes de populations les plus défavorisées, des départements de la Likouala, la Sangha et la Lékoumou. En 2006, au total 5 441 sujets ont été traités dont 1 690

¹⁰ Global Tuberculosis Control. Surveillance. Planning. Financing. WHO Report 2007.

¹¹ Comité national de coordination de lutte contre le choléra, mai 2007

¹² Direction de la lutte contre la maladie. Rapport, 2006.

cas (31,1 %) et 3 751 sujets contacts (68,9 %)12. L'ampleur de la maladie est telle que dans certaines communautés autochtones, plus de 90 % des enfants de moins de 5 ans atteints. L'importance de cette tréponématose a justifié la mise en place d'un plan stratégique quinquennal 2008-2012, d'élimination de la maladie.

Les maladies évitables par la vaccination. Au cours des années 2005, 2006 et 2007, la prévalence des maladies évitables par la vaccination a été réduite grâce à l'amélioration des taux de couverture vaccinale, avec toutefois des disparités d'un département à un autre et même à l'intérieur d'un même département. C'est ainsi que les circonscriptions socio-sanitaires (CSS) de la Likouala, d'Abala et d'Owando ont des couvertures basses qui persistent. Toutefois, l'objectif de réaliser un taux de couverture vaccinale égal à 80 % en DTCP3 a été atteint en fin décembre 2007 au niveau national. Le vaccin contre l'hépatite B a été introduit dans le Programme élargi de vaccination (PEV) de routine.

- **Rougeole.** Les efforts fournis en matière de vaccination depuis 2005, avec les effets conjugués des activités du PEV de routine et des campagnes de vaccination organisées en 2005 et 2007, ont permis un net recul de l'incidence de la maladie. La couverture vaccinale contre la rougeole est passée de 55,6 % en 2005 à 63,3 % en 2006. La mise en œuvre du plan de contrôle de la rougeole a permis une diminution de plus de 80 % des cas suspects de rougeole.
- **Poliomyélite.** Dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite, la performance de la surveillance des PFA a été maintenue au dessus du niveau requis pour la certification au cours des quatre dernières années. Aucun cas de poliovirus sauvage (PVS) n'a été enregistré au Congo depuis 2001. Ces performances ont permis au Congo d'accéder en 2007, à la pré-certification de l'éradication de la poliomyélite. Toutefois, en raison de la circulation avérée du poliovirus sauvage dans les pays limitrophes, il existe un risque réel de son importation au Congo.
- **Tétanos maternel et néonatal (TMN).** De 2005 à 2007, le nombre de cas de TMN est passé de 12 en 2005, à 3 en 2007. Au regard des progrès accomplis en la matière, le pays se propose de faire valider au cours de l'année 2008 son élimination. Le district à fort risque est la Likouala. Étant donnée la faiblesse de la surveillance active du TMN en particulier et celle du système national d'information sanitaire dans son ensemble, une sous-notification de la maladie est fort probable.
- **Fièvre jaune.** En 2006, au total 99 cas suspects ont été notifiés et 85 en 2007. Aucun cas de fièvre jaune n'a été confirmé depuis 2005, année d'introduction du vaccin contre la fièvre jaune dans le PEV, associée à une surveillance basée sur les cas. Ici également, des faiblesses de la surveillance épidémiologique sont observées : seules 19 CSS sur 41 ont notifié les cas suspects.
- **Méningite.** En 2006, au total 163 cas suspects dont 27 décès dus à la méningite ont été enregistrés dans les formations sanitaires. En dépit de ce que la méningite cérébro-spinale fait partie des huit maladies à potentiel épidémique, sa surveillance n'est pas encore organisée.

Les maladies émergentes. Au cours de ces dernières années, le pays a enregistré l'émergence d'épidémies de fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE), de l'ulcère de Buruli et de Monkey pox.

- **Fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE).** De 2001 à 2005, le département de la Cuvette Ouest a enregistré 5 flambées d'épidémies de FHVE. La gestion de ces épidémies s'est heurtée à plusieurs difficultés inhérentes au contexte socioculturel

et au délabrement des services de santé. À cause de la persistance de l'épizootie, le risque épidémique reste important avec possibilités de résurgence et d'extension aux départements et pays limitrophes.

- **Ulcère de Buruli.** Cette pathologie est rencontrée dans 3 des 12 départements du Congo à savoir le Kouilou, le Niari et la Bouenza. En 2007, au total 99 nouveaux cas ont été détectés et mis sous traitement médical à base d'antibiotiques, dont 11 cas ont nécessité un traitement chirurgical.
- **Monkey pox.** Une épidémie de Monkey pox a sévi dans le département de la Likouala en juin 2003. Dix (10) cas ont été notifiés et confirmés par le Center of diseases control (CDC) d'Atlanta.
- **Grippe aviaire.** Bien qu'aucun cas n'ait été signalé sur l'ensemble du territoire, le risque d'épidémie reste possible en raison de la migration des oiseaux. La surveillance doit être par conséquent maintenue.

2. Problèmes de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.

La santé de la mère est caractérisée par une morbi-mortalité élevée. L'importance de la mortalité maternelle enregistrée au Congo incrimine la qualité de l'offre de soins et services pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Par ailleurs, le coût des soins obstétricaux d'urgence complets est rédhibitoire pour les parturientes en l'absence d'un système de financement complémentaire des soins. Enfin, on note que les services de planification familiale sont quasi inexistant dans les formations sanitaires ambulatoires, ce qui explique le faible taux de prévalence contraceptive des femmes âgées de 15 à 49 ans qui est estimé à 13 %, toutes méthodes contraceptives confondues

Les adolescents représentent près d'un tiers de la population, avec une forte concentration en milieu urbain (56,6 %). On note une précocité des rapports sexuels souvent non protégés (âge moyen 14 ans). Ceci corrobore la forte prévalence des grossesses chez les adolescentes (8,5 %). Pour promouvoir la santé des jeunes dont plus 80 % fréquentent l'école, les pouvoirs publics avaient mis en place les services de santé préscolaire, scolaire et universitaire. Cependant, on note que 67,7 % des jeunes et adolescents n'ont pas de connaissances sur les services de santé de la reproduction; 75 % ne fréquentent pas lesdits services et 30, 2 % d'entre eux ont recours à l'automédication pour traiter les infections sexuellement transmises¹³. Le déficit des connaissances en santé de la reproduction, l'absence de services adaptés et la faible utilisation des services en la matière exposent de plus en plus les adolescents à des comportements néfastes pour leur santé : tabagisme, violence, consommation abusive d'alcool des drogues et autres substances hallucinogènes.

3. Maladies non transmissibles

Hypertension artérielle et diabète sucré. Avec 4 586 cas enregistrés en 2006 dans les hôpitaux, l'hypertension artérielle (HTA) reste la première maladie cardiovasculaire observée chez l'adulte. Sa prévalence¹⁴ globale observée à Brazzaville se situe autour de 32,5 % ; elle est particulièrement élevée chez les sujets âgés de 54-65 ans (68,2 %) et une précocité du phénomène est observée dans le groupe de 25-34 ans (19 %). Elle est présente dans toutes les classes sociales, aussi bien dans les zones urbaines que rurales. En ce qui concerne le diabète, on estime que la maladie toucherait environ 20 000 personnes, soit une prévalence de 6 %.

Cancers. En moyenne 80 à 90 nouveaux cas sont notifiés par année dans le registre des

¹³ Plan national de développement sanitaire 2007 - 2011, op cité.

¹⁴ G. Kimbally Kaky, Enquête sur l'HTA et les autres facteurs de risque à Brazzaville, juin 2004.

cancers du service de cancérologie du CHU de Brazzaville. En 2007 le cancer du sein est arrivé en première position avec 18,1 % des cas, suivi par celui de la prostate avec 13,3 %. Le cancer du foie lui a occupé le troisième rang avec 12,4 % des cas, suivi par le cancer du sein avec 11,6 %. La plupart des malades arrivent à un stade très avancé de la maladie et très peu d'entre eux ont accès à un traitement.

Drépanocytose. On estime respectivement à 22,2 % la prévalence des formes hétérozygotes et 1,2 % les homozygotes¹⁵. La drépanocytose est l'une des principales causes des hospitalisations enregistrées dans les services de pédiatrie. Souvent associée à une autre pathologie (paludisme, IRA, malnutrition, diarrhées), la drépanocytose est sous-notifiée et la déclaration des décès qui lui sont imputables directement est difficile.

Maladies par carences nutritionnelles. En 2005, plus d'un quart des enfants de moins de 5 ans (26 %) souffraient d'une malnutrition chronique dont près de la moitié (11 %) sous une forme sévère. Les fréquences des déficiences en vitamines et minéraux étaient estimées respectivement à 47 % pour la vitamine A, 13 % pour l'iode et à 33 % pour le fer. De même, la pratique de l'allaitement maternel exclusif au sein à 6 mois reste très faible (19 %).

Problèmes de santé mentale. En dépit de l'absence de données fiables, on observe que les facteurs aggravant la mauvaise santé mentale, à l'instar de ceux rencontrés dans les autres pays de la Région africaine, sont présents au Congo. Il s'agit du stress post-traumatique consécutif aux conflits sociopolitiques récurrents, de l'augmentation du chômage, de l'accroissement de la pauvreté, du manque de structures sociales pour assister les plus vulnérables, de l'augmentation de la consommation des substances psychoactives, des actes de violence, en particulier les viols de femmes et d'enfants, ainsi que des ravages du VIH et du sida. Par ailleurs, les capacités de prise en charge de la maladie mentale sont très limitées car le pays ne dispose que d'un seul psychiatre basé à Brazzaville et on note un déficit important en personnel infirmier.

2.2.3 Déterminants majeurs de l'état de santé.

La dégradation de l'environnement, la forte urbanisation du pays, la précarité des conditions d'hygiène et la pauvreté sont les principales caractéristiques des déterminants majeurs de la santé. Celles-ci sont marquées par :

- i) la fréquence élevée des catastrophes naturelles ;
- ii) l'extension anarchique des villes;
- iii) la faiblesse des services publics municipaux en matière de gestion des déchets avec seulement 18,9 % des ménages qui bénéficient d'un service de ramassage organisé des ordures ménagères¹⁶;
- iv) l'accès encore limité à l'eau potable, environ seulement 68,9 % des ménages ont accès à l'eau potable;
- v) le faible taux de couverture en assainissement individuel : 6,5 % des ménages disposent de latrines modernes et 7,8 % des ménages ne disposent pas d'installations sanitaires et
- vi) la pauvreté qui touche plus de la moitié des ménages.

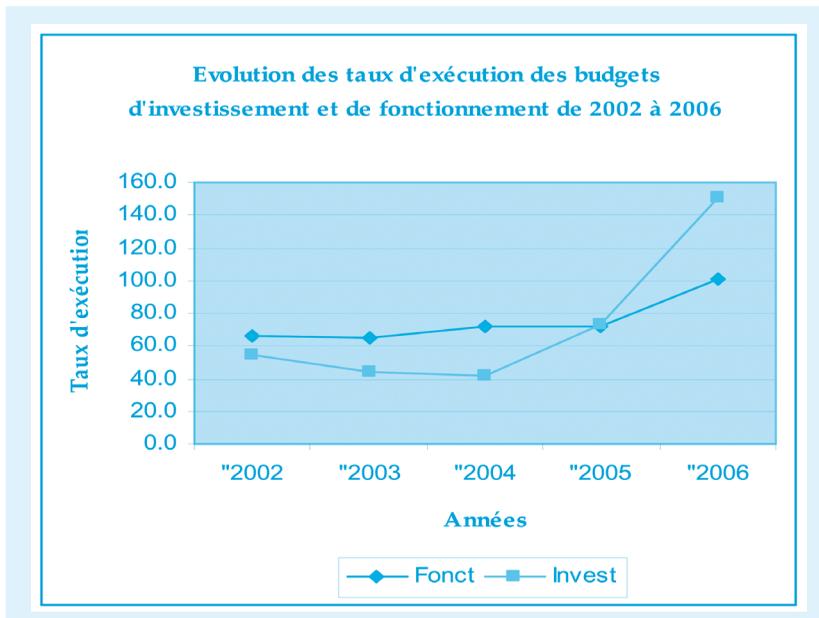
2.2.4 Système de santé

¹⁵ Rapport annuel Direction de la lutte contre la maladie. Direction générale de la santé, 2002.

¹⁶ Enquête congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté (ECOM). Ministère du Plan, de l'aménagement du Territoire et de l'Intégration économique au NEPAD, 2005.

Formulation de politiques et de plans. De façon générale, les capacités de planification stratégique sont très faibles. À titre illustratif, des délais importants allant de 2 à 4 ans ont été observés dans l'élaboration de la Feuille de Route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et du PNDS 2007-2011. Au niveau périphérique, les plans opérationnels annuels élaborés dans les CSS ne sont pas véritablement pris en compte dans le suivi des activités, la planification et la mise en œuvre des budgets d'investissement et de fonctionnement¹⁷.

Structure organisationnelle. Le système de santé est organisé autour d'une structure administrative, d'une structure opérationnelle et des organes de participation des communautés, des organisations de la société civile et des secteurs connexes à la santé.



L'organisation administrative du système de santé est constituée de la structure centrale (cabinet, inspection générale, directions générales et centrales), des directions départementales de la santé et des CSS. Divers dysfonctionnements la caractérisent notamment :

- i) des chevauchements des attributions ;
- ii) des délégations de responsabilités peu efficaces, doublées de confusions de rôles; et
- iii) l'inexistence des liens fonctionnels entre les établissements sous tutelle, rattachées au Cabinet et la Direction générale de la santé (DGS)¹⁸. Une réforme du cadre organique du MSASF est en cours suite à l'analyse institutionnelle effectuée en 2007.

Au niveau opérationnel en 2005, le pays comptait au total 1712 formations sanitaires publiques et privées, tous types confondus dont 49,1 % étaient implantées en milieu urbain, 34,8 % en milieu rural et 16,1% dans les centres secondaires. De façon générale, les formations sanitaires publiques sont sous-équipées.¹⁹

Ressources humaines. En 2005 le pays disposait d'un effectif total de 10 899 agents de santé répartis entre le secteur public (73,9 %) et le secteur privé (26,1 %). Le secteur public

¹⁷ Rapport d'analyse institutionnelle du MSASF, 2008.

¹⁸ Rapport d'analyse des capacités institutionnelles du MSASF, 2008.

¹⁹ Carte sanitaire du Congo, 2005.

comptait 8 050 agents avec d'importantes disparités selon la qualification : auxiliaires puéricultrices (17,5 %), infirmiers diplômés d'état (17,3 %), sages-femmes (8,1 %) et médecins (6,8 %) ²⁰. Des effectifs pléthoriques sont observés en milieu urbain au détriment des zones rurales. De même, d'importantes déficiences apparaissent dans les compétences des personnels de santé, en rapport avec la qualité de leur formation. Ce personnel est insuffisamment motivé et travaille parfois à temps partiel dans le secteur privé.

La qualité de la formation dispensée à la Faculté des sciences de la santé et dans les écoles de formation paramédicale est fortement limitée par de multiples contraintes qui touchent à la fois à l'inadéquation des infrastructures, à l'absence de matériel pédagogique, à l'insuffisance du personnel enseignant bien qualifié dans certaines filières et à l'inadaptation des programmes de formation ²¹.

Médicaments. Depuis 2004, le pays met en œuvre une politique pharmaceutique qui vise à améliorer l'accessibilité et la disponibilité des médicaments essentiels de qualité sur l'ensemble du territoire. C'est dans ce cadre, que la Congolaise des médicaments essentiels et génériques (COMEG) a été mise en place afin d'assurer l'acquisition et l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels. À ce jour, la COMEG ne parvient pas encore à approvisionner régulièrement les centres de santé et les hôpitaux hormis, ceux de Brazzaville. Il en résulte des pénuries récurrentes en médicaments essentiels, parmi lesquels les antibiotiques de base, les sels de réhydratation orale ainsi que les ARV ²².

Financement de la santé. Le financement de la santé au Congo est assuré essentiellement par l'État dont la part a varié entre 71,6 % et 97,4 % de 2002 à 2005 ; le reste l'étant par l'aide extérieure. Depuis le début des années 90, les centres de santé et les hôpitaux pratiquent le recouvrement des coûts dont les ressources, non intégrées dans les budgets, ne sont pas toujours gérées rationnellement. Sur le plan des allocations, le budget total alloué au secteur santé est passé de 2,2 % du budget de l'État, en 2002 à 3,6 % en 2006, mais il reste encore en deçà des engagements pris d'amener à 15 % la part des budgets consacrés à la santé ²³. Au cours de cette période, les taux de décaissement observés variaient selon le type de budget, passant de 65,8 % à 101,0 % pour le fonctionnement et 54,5 % à 150,3 % pour l'investissement.

Système d'information sanitaire. Les efforts entrepris au cours des dernières années pour renforcer le Système d'information sanitaire (SNIS) ont abouti à :

- i) la définition d'une liste d'indicateurs de base;
- ii) l'adoption et la mise en place de registres et rapports d'activités standards dans les Centres de santé intégrés (CSI) ;
- iii) la mise en place d'un sous-système de surveillance épidémiologique fonctionnel;
- iv) la pratique du monitoring régulier de la couverture vaccinale; et
- v) la réalisation de la cartographie de l'offre de services disponibles dans les CSS.

Toutefois, en dépit de ces efforts, le SNIS est encore peu opérant, caractérisé par de multiples faiblesses et dysfonctionnements dont les plus importants sont : i) la faible intégration des différentes composantes; ii) la limitation du SNIS au système de soins public; iii) la faiblesse de la gestion ainsi que des niveaux de traitement et d'analyse des données. L'absence

²⁰ Rapport d'analyse de la situation des ressources humaines pour la santé, DEP - MSASF 2007.

²¹ Rapport cartographie de l'offre de services disponibles dans les CSS, 2007.

²² Rapport cartographie de l'offre de services disponibles dans les CSS, 2007

²³ Déclaration d'Abuja sur le VIH, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes. Sommet des Chefs d'État et de Gouvernement de l'OUA sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, 24-27 avril 2001, Abuja, Nigéria.

d'un cadre cohérent de développement du SNIS adossé au PNDS et les faiblesses organisationnelles constituent au niveau institutionnel des insuffisances majeures.

Offre et utilisation des soins et services. De façon générale, les CSI délivrent des paquets d'activités incomplets généralement limités aux consultations curatives et prénatales²⁴. Dans les centres de santé ruraux, les accouchements sont pratiqués par des accoucheuses peu formées. En fait, la couverture en soins obstétricaux et néonataux de qualité est très faible en milieu rural et périurbain.²⁵

Sur environ 350 formations sanitaires publiques, 25 (7,1%) offrent le diagnostic et le traitement de la tuberculose; 54 (15,4 %) le conseil/dépistage du VIH; 39 (11,1 %) et la PTME et 28 (8,0 %) la thérapie ARV. L'accès à une prise en charge de qualité du sida pédiatrique reste très limité. Son diagnostic biologique précoce avec la PCR n'est possible qu'à Pointe-Noire. S'agissant des hôpitaux de base, leurs taux moyens d'occupation des lits varient de 48,5 % en milieu rural à 77,2 % en milieu urbain et les durées moyennes de séjour, de 3,8 jours en milieu rural à 5,2 jours en milieu urbain.

Quoiqu'au niveau national la couverture vaccinale en DTC3 soit supérieure à 80 %, elle demeure encore faible dans certains départements, ce qui explique l'éclosion des flambées épidémiques, notamment de rougeole.

L'accès limité à l'eau potable et aux ouvrages d'assainissement ainsi que l'insuffisance des services de communication pour le changement de comportements contribuent à la survenue et la persistance des maladies diarrhéiques (choléra, shigellose).

Dans l'ensemble, l'embellie de la situation économique ne se traduit pas de façon nette par une amélioration de l'accès aux soins de santé et encore moins, de l'état de santé de la population. En effet, le système de santé demeure peu performant en raison de :

- i) la mauvaise distribution des formations sanitaires sur le territoire et leur sous-équipement;
- ii) l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines et leur mauvaise gestion; (iii) l'inefficacité du système d'approvisionnement couplée à une utilisation peu rationnelle des médicaments;
- iv) l'insuffisance des ressources financières; et
- v) la faible participation des communautés, de la société civile et du secteur privé à la gestion du système de santé.

2.3 REVUE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE CONGO, 2004-2007

2.3.1 Principales réalisations et progrès accomplis

Développement des services de santé. Les réalisations dans ce domaine concernent : i) la mise en place des documents de référence (le PNDS, la Politique pharmaceutique Nationale, la liste des médicaments essentiels, la politique nationale et le code de déontologie des tradipraticiens); ii) le renforcement des CSS à travers la réhabilitation des CSI, le développement de paquets de services essentiels du district sanitaire et notamment le renforcement de la CSS de Gamboma initié par l'OMS et converti en une intervention

²⁴ Évaluation de la situation sanitaire nationale. CTS/PNDS, 2002

²⁵ Normes : cf UNFPA

conjointe des agences du système des Nations Unies; iii) le renforcement du SNIS ; iv) le soutien au développement des ressources humaines, notamment à travers la formation continue, l'attribution des bourses d'études et l'élaboration du plan stratégique de développement des ressources humaines.

Lutte contre les épidémies. La Surveillance intégrée de la maladie et la rposte (SMIR) et les capacités de réponse aux épidémies ont été renforcées. De même, un plan national de préparation et de réponse aux épidémies a été adopté.

Lutte contre le paludisme, le VIH /sida et la tuberculose. L'évaluation de la sensibilité aux antipaludiques, la formulation et l'adoption de la nouvelle politique de traitement du paludisme, l'acquisition et la distribution des MILD sont les principales réalisations en matière de lutte contre le paludisme. En ce qui concerne le VIH/sida et la tuberculose, il s'agit de l'appui à l'accès aux traitements ARV et DOTS, la relance de la surveillance épidémiologique du VIH et la recherche des perdus de vue de la tuberculose, l'élaboration des guides et modules de formation et de prise en charge, l'extension de la PTME, le renforcement des capacités des formations sanitaires pour le dépistage, la prise en charge médicale et le suivi biologique et clinique des patients VIH. Par ailleurs, le soutien de l'OMS a été déterminant dans l'élaboration des soumissions du Congo au Fonds mondial.

Lutte contre les autres maladies transmissibles. L'organisation des campagnes de prospection et de détection des cas, la prise en charge de la trypanosomiase, la lèpre, la schistosomiase ont permis d'atteindre le seuil d'élimination de la lèpre et d'améliorer l'accès de l'Ivermectine aux populations à risque dans les zones hyperendémiques et mésoendémiques.

Lutte contre les maladies évitables par la vaccination. La mise en œuvre de l'agenda stratégique dans ce domaine a contribué à une réduction de la morbi-mortalité des maladies évitables par la vaccination.

Lutte contre les maladies chroniques non transmissibles. La réalisation d'une enquête sur l'ampleur et les déterminants de l'HTA et du diabète et la formation des personnels de santé sur leur prise en charge constituent les principales contributions de l'agenda stratégique.

Amélioration de la santé de la reproduction. Les principales réalisations concernent : la formation à l'utilisation et l'introduction du partogramme dans les maternités et l'élaboration de la feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle.

Préparation et réponse aux situations d'urgence. La mise en œuvre en cours concerne l'élaboration des plans de contingence, des plans de préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, ainsi que des projets spécifiques dans le cadre de la réduction des effets sur la santé des crises humanitaires et l'organisation des interventions d'urgence.

Santé et environnement. Le MSASF a été doté de documents de référence. Ce sont: l'avant-projet de loi portant code de l'hygiène publique ; le plan national santé et environnement 2007-2011 et le plan d'action de lutte intégrée contre les vecteurs dans les districts sanitaires cibles 2005-2009. En outre, les réalisations suivantes ont été accomplies dans ce domaine:

- i) cartographie des vecteurs;
- ii) mise en place des programmes villes-santé à Brazzaville et Pointe-Noire et d'un système adapté de gestion des déchets biomédicaux dans la CSS Kinkala-Boko ;
- iii) renforcement des capacités opérationnelles du laboratoire central d'hygiène et
- (iv) création de trois (3) laboratoires périphériques d'hygiène à Pointe-Noire, Kinkala et Dolisie.

Développement de partenariats stratégiques : mobilisation de ressources et partenariats.

Le rôle leader de l'OMS du secteur santé notamment dans l'organisation et la mise en œuvre des actions d'urgence et dans l'élaboration du Plan-Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2009-2013 a été réaffirmé. Par ailleurs, beaucoup d'efforts ont été fournis en direction des ONG. L'appui technique de l'OMS a souvent été sollicité et la responsabilité de gestion de certains projets lui a été confiée. C'est le cas de la construction des incinérateurs pour le SEP/CNLS, la prise en charge des plus démunis par les ARV et de la distribution des MIILD acquis sur les fonds des galas organisés par les agences du SNU et autres partenaires.

2.3.2 Appréciation de la mise en oeuvre de l'agenda stratégique 2004-2007 par les partenaires

La SCP 2004-2007 avait retenu quatre axes stratégiques :

- (i) amélioration de la performance du système de santé au Congo ;
- (ii) réduction de la morbidité et de la mortalité ;
- (iii) préparation et réponse aux urgences; et
- (iv) développement de partenariats stratégiques : mobilisation de ressources et coordination. Une enquête a été réalisée auprès des services du MSASF et des partenaires du secteur en vue d'obtenir leur appréciation de la pertinence des axes stratégiques et du niveau d'exécution de l'agenda. Tous les axes ont été jugés pertinents à près de 85 % et leur exécution estimée à 60 % en moyenne.

2.3.3 Principaux défis actuels du secteur

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

- i) du poids de la morbidité et de la mortalité attribué essentiellement aux maladies transmissibles en particulier le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose ;
- ii) de l'importante mortalité maternelle et néonatale ;
- iii) des faibles performances des services de santé et leurs faibles capacités de réponse aux situations d'urgence;
- iv) de la précarité de l'environnement sanitaire ;
- v) de la disponibilité limitée des ressources financières; et
- vi) de l'absence de coordination entre les différents intervenants dans le secteur. Il en découle un certain nombre de défis à relever en prenant en compte deux préalables. Il s'agit d'une part, de la poursuite du processus de consolidation de la paix, garante de la stabilité politique, sociale et institutionnelle et une allocation plus équitable des ressources qui accorderait la priorité aux secteurs sociaux, d'autre part. Ces défis sont résumés comme suit :
 - la création des conditions permettant la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que celles liées à la santé de la reproduction ;
 - la mise à échelle des interventions prioritaires de santé, en particulier celles relatives au paludisme, au VIH/sida et à la tuberculose, et l'assurance de leur accès universel;
 - le renforcement de la surveillance épidémiologique et du système de réponse aux urgences ;

- la prévention des handicaps et la création des conditions permettant une meilleure intégration économique et sociale des personnes handicapées ;
- l'assurance de l'assistance humanitaire aux populations victimes des conflits et des catastrophes ;
- la promotion des comportements favorables à la santé ;
- l'amélioration de l'accès à l'eau potable tant dans les centres urbains que dans les zones rurales; et
- l'amélioration du système d'élimination de déchets, y compris les déchets biomédicaux.

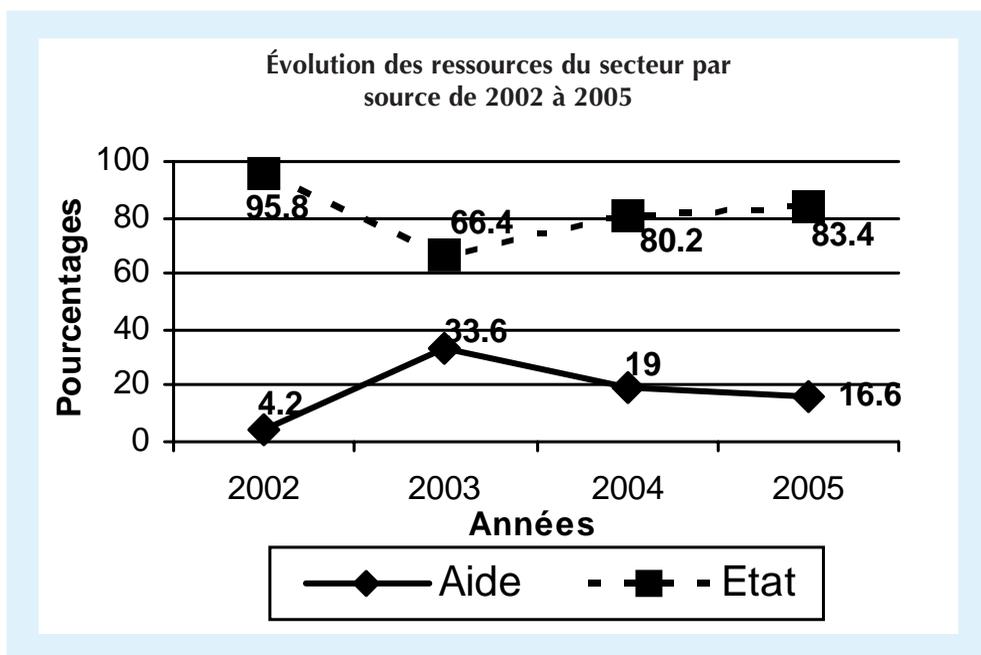
SECTION 3

AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

3.1 TENDANCE GÉNÉRALE DE L'AIDE AU SECTEUR

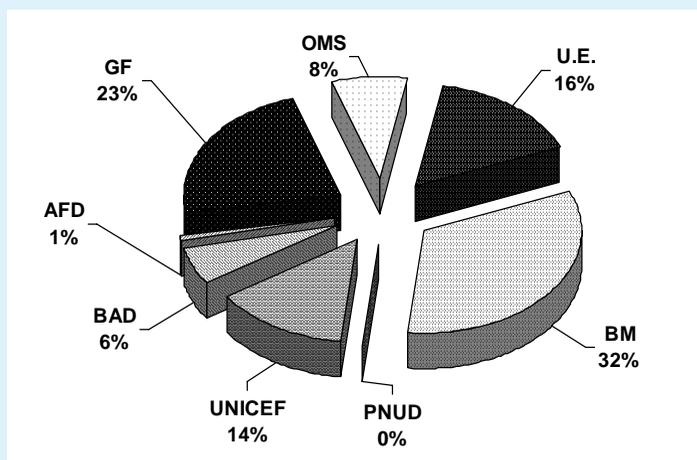
À l'instar de la tendance de l'aide au développement pour l'ensemble du pays, l'aide au secteur santé (emprunts et dons) a connu une évolution alternant des hausses et des baisses. Elle est passée de 4,2% en 2002 à 33,6% en 2003, 19,8% en 2004 et 16,6% en 2005. C'est une aide essentiellement multilatérale.

Plusieurs initiatives récentes ont permis la mobilisation d'importantes ressources financières en faveur du secteur santé. Il s'agit du Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) ; de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) ; du Fonds mondial pour les médicaments antituberculeux (GDF), du Central emergency response fund (CERF); de la stratégie de réduction de la pauvreté (DRSP) dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (I-PPTE), et du Fond d'accélération des programmes (FAP). En outre, les agences du Système des Nations Unies se sont engagées à soutenir le pays dans la préparation et la mise en œuvre du DSRP à travers l'UNDAF 2009-2013.



La figure ci-contre présente la répartition des allocations des principaux bailleurs de fonds en 2008 et 2009. Un processus de mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme et la tuberculose, est en cours auprès du fonds mondial.

Répartition des allocations attendues



3.2 DOMAINES D'ACTIVITÉS DES PARTENAIRE

En dépit des initiatives de plaidoyer, le nombre d'intervenants dans le secteur santé au Congo est peu important, comparativement aux autres pays de la sous-région. Les agences du système des Nations Unies, l'Union européenne et la Banque mondiale sont les principaux partenaires multilatéraux. La France, la Chine, l'Italie, le Japon et les États-Unis représentent les principales coopérations bilatérales. Quelques ONG internationales et locales interviennent dans le secteur santé, notamment les agences d'exécution au niveau opérationnel.

Agences du système des Nations Unies et autres partenaires multilatéraux

OMS

Les programmes de coopération technique de l'OMS avec le Congo, exécutés au cours des dix dernières années, ont été généralement structurés autour des pôles suivants : la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles ; la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ; le renforcement du système de santé ; l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques ; l'approvisionnement en eau potable et la salubrité de l'environnement et la promotion de la santé.

UNICEF

Les interventions de l'UNICEF s'articulent autour des domaines suivants : développement intégré et survie du jeune enfant, vaccination, nutrition, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), maternité sans risques, promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, eau et assainissement, et capacitation des ménages.

UNFPA

Le programme de coopération de l'UNFPA avec le Congo porte essentiellement sur la maternité sans risque, la lutte contre le VIH/sida et la lutte contre les violences sexuelles.

PNUD

Depuis l'année 2000, le PNUD exécute un programme post-conflit dont les composantes santé concernent la prévention du VIH/sida dans les écoles du Congo, l'appui à l'élaboration du Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DRSP) et le suivi des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

FAO

L'intervention de la FAO dans le secteur santé est faite à travers le programme spécial de sécurité alimentaire (PSSA) qui a des effets indirects sur la santé des populations, ainsi que la préparation des équipes nationales à la prévention et à la prise en charge d'une éventuelle épidémie de grippe aviaire.

PAM

Dans le secteur santé, l'intervention du PAM consiste essentiellement en une assistance alimentaire aux groupes vulnérables, notamment à travers l'appui alimentaire aux malades du VIH /sida et la réhabilitation des structures de base en échange de vivres.

Union européenne.

À travers le 9^{ème} FED, l'Union européenne finance le Programme d'appui au système de santé du Congo Brazzaville (PASCOP) à travers le renforcement des capacités du Comité technique de suivi du PNDS (CTS-PNDS), de quatre directions départementales de la santé (DDS), de cinq CSS et de la COMEG.

Banque mondiale

La Banque mondiale finance un projet de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ; la mise en place du projet sectoriel santé, ainsi que la préparation et la lutte contre la pandémie de la grippe aviaire.

Banque africaine de Développement (BAD)

La BAD intervient dans la construction/réhabilitation des centres de santé, l'assainissement et l'approvisionnement en eau potable et dans les urgences épidémiques (épidémie à virus Ebola dans le département de la Cuvette Ouest).

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

Elle intervient travers des projets à court et moyen terme de construction/réhabilitation et équipement des infrastructures sanitaires.

Partenaires bilatéraux

La France

Les domaines d'intervention de la Coopération française sont : la lutte contre le sida, la tuberculose et la trypanosomiase, la politique du médicament, la réhabilitation des centres de santé et l'appui au Centre national de transfusion sanguine (CNTS).

L'Italie

L'Italie intervient dans le cadre des urgences et de l'action humanitaire à travers l'OMS et l'UNICEF. La coopération italienne a également contribué au financement de la lutte contre la fièvre hémorragique à virus Ebola, à la réhabilitation et la construction d'infrastructures sanitaires.

La Belgique

Elle intervient dans la cadre de la lutte contre la trypanosomiase (mission de prospection, renforcement des capacités et prise en charge des malades)

La Chine

Elle intervient dans la construction et l'équipement des hôpitaux ainsi que dans l'organisation de l'offre de soins à travers la mise à disposition d'équipes médicales. .

Le Japon

L'intervention de la coopération avec le Japon concerne essentiellement le renforcement de la lutte contre le paludisme ainsi que la formation à la maintenance des équipements.

Les ONG internationales.

Elles interviennent principalement dans le financement et la mise en œuvre des interventions sur le terrain (construction, réhabilitation et équipement des formations sanitaires) ; la formation continue des personnels de santé et l'appui à des programmes spécifiques tels que les programmes de lutte contre la lèpre et l'ulcère de Buruli.

La coopération régionale

La coopération avec l'OCEAC

L'Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC) est l'organisme spécialisé de la CEMAC en matière de santé. Elle participe à la formation des gestionnaires des systèmes et des programmes de santé de l'Afrique centrale et à la recherche opérationnelle en santé. La République du Congo est partie prenante de diverses initiatives sous-régionales, notamment l'initiative des pays riverains du Congo et de l'Oubangui pour la lutte contre les épidémies, l'éradication de la poliomyélite avec l'organisation des journées de vaccination synchronisées.

Les ONG nationales et les églises

Elles interviennent principalement dans la gestion de divers centres de santé et dans la composante information, éducation et communication des programmes de lutte contre les maladies tels que la vaccination, la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées et la lutte contre les urgences épidémiques.

Les entreprises nationales

Les entreprises constituent une source importante de mobilisation de fonds en faveur du secteur de la santé. Elles participent principalement à la réhabilitation des formations sanitaires, l'approvisionnement en eau potable, au soutien à la vaccination et à la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des contributions des principaux bailleurs de fonds, par domaine d'intervention.

Tableau n°1: Répartition des allocations des principaux bailleurs de fonds, par domaine d'intervention²⁶

Bailleurs	Type de partenaire	Principaux domaines d'intervention	Aire d'intervention	Durée (mois)	Période	Montant
OMS	Multilatéral	Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, santé de la reproduction, renforcement du système de santé, réponses aux urgences, promotion de la santé.	Pays	24	2008-09	5 305 000
U.E.	Multilatéral	Appui au système de santé: renforcement des districts sanitaires	Brazzaville, Pointe-Noire, Pool, Cuvette	47	2008-11	13 992 000
Banque mondiale	Multilatéral	Lutte contre le VIH/sida (MAP), renforcement du système de santé	Pays	60	2008-12	59 000 000
PNUD	Multilatéral	Lutte contre le VIH/sida en milieu scolaire et dans les entreprises du secteur privé	Pays	59	2008-12	100 000
UNICEF	Multilatéral	Santé de la mère et de l'enfant; Nutrition et développement de l'enfant; Vaccinations; Eau et assainissement.	Pays	60	2008-12	19 874 099
BAD	Multilatéral	Construction et réhabilitation des infrastructures sanitaires	Brazzaville	60	2008-12	18 960 000
AFD	Bilatéral	Assistance technique au Secrétariat exécutif permanent du Conseil national de lutte contre le Sida.	Pays	48	2008-11	1 192 500
Fonds mondial	Multilatéral	Lutte contre le VIH/sida: passage à l'échelle des actions de prévention et de prise en charge globale des PVVVIH.	Pays	72	2007-12	45 533 763
TOTAL						163 957 362

3.3 COORDINATION DES INTERVENTIONS

La coordination des interventions dans le secteur de la santé est dans l'ensemble assez faible. De multiples faiblesses et irrégularités sont observées dans la coordination, la prise des décisions et le fonctionnement des organes tels que le Comité de Pilotage du PNDS et les Comités de gestion des hôpitaux de référence. En outre le faible niveau d'organisation et de mobilisation des communautés, leur expertise limitée ainsi que l'absence d'une stratégie intégrée de communication compromettent considérablement la participation des autres acteurs.

²⁶ Matrice des bailleurs de fonds, suivi de la déclaration de Paris

3.3.1. Coordination entre le Gouvernement et les partenaires.

Le Comité de pilotage et le Comité technique de suivi du PNDS, mis en place avec le lancement du PNDS en 1992, sont en hibernation depuis plusieurs années. De 2000 à 2007, une seule session du Comité de pilotage a été tenue : celle de juin 2007, consacrée à la validation du PNDS 2007-2011. La Direction de la coopération ne maîtrise pas les interventions des différents partenaires sur le terrain. Il en résulte ainsi des chevauchements, des duplications des actions, le délaissement de certains départements au profit d'autres et l'utilisation peu rationnelle des ressources disponibles.

Des mécanismes spécifiques de coordination entre les partenaires et le ministère de la santé ont été mis en place à savoir : le comité de coordination interagences (CCIA) pour le PEV présidé par le Ministre de la Santé et le comité de coordination nationale (CCN) des projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) dont la présidence est assurée par la société civile. Le fonctionnement de ces différents comités est encore assez irrégulier.

3.3.2. Coordination interagences

Outre la réunion des chefs d'agences, il a été mis en place un Groupe de coordination des interventions du secteur santé au niveau du système des Nations Unies. D'autres groupes thématiques tels que ONUSIDA et Sécurité alimentaire existent et fonctionnent assez régulièrement.

3.4 PROBLÈMES ET DÉFIS MAJEURS EN RAPPORT AVEC L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET LE PARTENARIAT

Le nombre de partenaires intervenant dans le domaine de la santé demeure faible malgré le plaidoyer engagé par le Gouvernement et les partenaires de développement. Il en résulte une faible mobilisation de ressources financières. Cette situation est expliquée, au moins en partie par le statut de pays à revenu intermédiaire attribué au Congo et également à l'absence d'une politique dynamique de marketing des projets.

C'est ainsi qu'en matière d'aide au développement, deux défis majeurs apparaissent, à savoir :

- i) assurer une mobilisation effective des partenaires et des ressources nécessaires à la résolution des problèmes prioritaires du secteur, dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2007-2011; et
- ii) renforcer les mécanismes et instruments de coordination entre le Gouvernement et les partenaires intervenant dans le secteur de la santé.

SECTION 4

COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LE CONGO

4.1 CENTRE D'INTÉRÊT DU PLAN STRATÉGIQUE À MOYEN TERME 2008 - 2011

Le Plan stratégique à moyen Terme 2008-2013 (PSMT) couvre trois exercices biennaux à compter de l'exercice 2008-2009, avec pour ambition de permettre à l'OMS de s'adapter avec souplesse et dynamisme à l'évolution de l'environnement sanitaire international. Il préside à l'exécution du programme mondial d'action sanitaire, basé sur sept points :

- investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
- renforcer la sécurité sanitaire aux niveaux individuel et mondial ;
- promouvoir la couverture universelle, l'égalité entre les deux sexes et les droits liés à la santé ;
- s'attaquer aux déterminants de la santé ;
- renforcer les systèmes de santé et l'accès équitable à ces systèmes ;
- tirer parti des connaissances, de la science et de la technologie ;
- renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Ces activités vont s'organiser autour de 13 objectifs communs formant une structure programmatique plus stratégique et plus souple, tenant compte des besoins des États Membres, facilitant la collaboration à tous les niveaux de l'OMS et procédant d'une approche de gestion basée sur les résultats. Ceci a rendu nécessaire la vaste réforme engagée pour plus d'efficacité et d'efficience dans la mise en oeuvre et une meilleure gestion et administration de l'OMS. Un effort financier supplémentaire conséquent est attendu pour faire face aux OMD relatifs à la santé de la mère et de l'enfant, à l'accent mis sur les maladies transmissibles, à l'application de la réglementation sanitaire, au développement sanitaire durable avec plus d'attention aux déterminants de santé et au renforcement indispensable du système de santé.

4.2 PRÉSENCE DE L'OMS DANS LE PAYS

La République du Congo est devenue membre de l'Organisation mondiale de la Santé le 26 octobre 1960, près d'un mois après son accession à l'indépendance nationale. Capitale de l'Afrique équatoriale française (AEF), Brazzaville abritait déjà le siège du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique depuis 1951.

La coopération entre l'OMS et le Congo a connu, comme dans la plupart des pays de la Région africaine, deux phases distinctes : la période 1976-1984, marquée par la mise en place d'un Bureau de la Coordination des activités de l'OMS au Congo, dirigé par un cadre du ministère de la santé et la deuxième amorcée en 1985, avec la transformation du bureau de la coordination en bureau de la représentation de l'OMS au Congo, placé sous l'autorité

d'un fonctionnaire international. À ce jour, le Bureau a été dirigé successivement par deux (2) coordonnateurs et huit (8) Représentants résidents.

4.2.1. Orientations des programmes biennaux 2004-2005 et 2006-2007

Les domaines d'activités la SCP 2004-2007 se regroupent autour de 6 pôles principaux :

- (i) la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles ;
- (ii) la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles;
- (iii) l'organisation et le développement des services de santé; iv) l'approvisionnement en eau potable et la salubrité de l'environnement ;
- (v) la promotion de la santé; et
- (vi) l'approvisionnement en médicaments. Ces 6 domaines principaux absorbent 85 à 94 % des budgets alloués globalement aux domaines.

4.2.2. Évolution des allocations budgétaires

Bien que les allocations budgétaires aient connu une augmentation constante au cours des trois derniers programmes, ce budget n'a pas été en adéquation avec l'ampleur des problèmes de santé observés au niveau du pays. Si le budget régulier n'a presque pas subi de modifications, on observe une nette augmentation des autres sources, passant de US \$2 120 770 en 2004-2005 à US \$5.399.313 en 2006-2007, soit une croissance de 154,6 %. Même si plus de la moitié des fonds du budget régulier (58 %) de l'exercice biennal 2006-2007 était consacrée au fonctionnement du bureau, avec une grande partie destinée au paiement des salaires du personnel, l'essentiel des ressources issues des contributions volontaires (97 %) revenait au financement des programmes. Cela a laissé une faible part au renforcement des capacités du bureau notamment en matière de logistique. C'est ainsi que la salle de réunion n'a pas été aménagée ; de même, les véhicules destinés à soutenir les activités n'ont pas été acquis.

Le volume des fonds réguliers destinés aux programmes demeure faible. La mobilisation des fonds complémentaires bien qu'insuffisants, a contribué à soutenir les activités des différents programmes. Ces fonds ont été le plus souvent orientés vers les urgences et le renforcement des services de santé.

4.2.3. Ressources humaines

La Représentation de l'OMS au Congo s'est engagée, à l'instar des autres bureaux de pays dans le processus de reconfiguration du Bureau au cours de la période biennale 2006-2007. Ce processus qui aurait pu être achevé en janvier 2007 devait permettre : i) de passer en revue les principales interventions par domaines de travail ; ii) d'identifier les compétences requises pour réaliser ces interventions ; iii) d'identifier les besoins en compétences, au regard de l'existant au niveau du bureau de pays. Bien que des besoins aient été identifiés, les budgets n'ont pas permis de renforcer les compétences du personnel disponible, ni d'engager un processus de recrutement du personnel complémentaire. Néanmoins, 7 membres du personnel des services généraux et un professionnel ont été recrutés. Quoique prévus, l'accompagnement du personnel en poste en vue de l'amélioration de ses compétences en management, suivi et évaluation et en *team building* n'a pu être réalisé. Le cours de perfectionnement en anglais entrepris au cours de la période concernée, n'a pu être mené à son terme.

La structuration actuelle du Bureau tient compte de la nouvelle vision de l'Organisation fondée sur les 13 objectifs stratégiques et sur le principe de la gestion basée sur les résultats.

Hormis le Représentant, le personnel technique actuellement en poste au Bureau de la représentation de l'OMS au Congo compte 8 professionnels comprenant 7 administrateurs nationaux (NPO) et 1 professionnel international.

Le professionnel international est chargé de l'appui au PEV et à l'éradication de la poliomyélite. Les administrateurs nationaux de programme comprennent : un (1) médecin épidémiologiste, en charge de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre les maladies transmissibles ; deux (2) médecins spécialisés en santé publique chargés respectivement des programmes de santé de la reproduction et de lutte contre la tuberculose, le VIH/sida et le paludisme, un (1) spécialiste de santé publique chargé des programmes d'organisation des services de santé, un (1) ingénieur sanitaire responsable des programmes de santé, environnement et développement durable ; un (1) pharmacien biologiste chargé du médicament et des laboratoires, un (1) professionnel de la communication. Il convient d'observer que l'équipe des professionnels ne compte pas une seule femme. En moyenne, chaque NPO est responsable de 2,7 domaines d'activités. Cette moyenne cache d'importantes disparités, le nombre de programmes attribués à chaque professionnel variant de 1 à 5.

Les services généraux comptent 21 agents : 1 assistant aux finances, 1 assistant administratif chargé du personnel et de la logistique, 1 assistant à l'informatique et 1 assistant à la documentation, 3 secrétaires, 1 réceptionniste, 1 magasinier, 1 reprographe, 11 chauffeurs dont 5 chauffeurs en poste dans les départements pour le soutien au programme d'éradication de la poliomyélite.

4.2.4. Cadre organique du Bureau de la représentation de l'OMS au Congo

Au terme de l'exercice de restructuration et en prévision du passage au GSM, le Bureau de pays de l'OMS au Congo a été restructuré en trois unités organiques (UO), réparties comme suit :

Unité organique n°1 : Politiques et systèmes de santé. Elle regroupe les domaines d'activités relatifs :

- i) à l'organisation et au développement du système national de santé ;
- ii) aux médicaments, remèdes traditionnels et autres produits de santé ;
- iii) aux technologies et équipements ;
- iv) au financement de la santé;
- v) à la santé environnementale;
- vi) au développement durable; et
- vii) aux déterminants socio-économiques de la santé.

Unité organique n°2 : Soutien aux programmes. Elle regroupe les domaines d'activités relatifs :

- i) à la lutte contre le VIH – SIDA, le paludisme et la tuberculose;
- ii) à la lutte contre les autres maladies transmissibles;
- iii) à la surveillance épidémiologique;
- iv) aux maladies non transmissibles;
- v) à la vaccination;
- vi) à la santé de la mère, l'enfant et l'adolescent ;
- vii) à la génération et la diffusion de l'information stratégique communication ;
- viii) aux relations extérieures et à la documentation.

Unité organique n°3 : Présence de l'OMS. Elle regroupe les domaines d'activités relatifs :

- i) à la gestion administrative et financière du bureau;
- ii) à la gestion des ressources humaines, du parc automobile et du patrimoine mobilier et immobilier du bureau;
- iii) à la gestion des équipements de télécommunications et au partenariat ; et
- iv) à la représentation.

4.2.5. Ressources matérielles

Le Bureau de pays de l'OMS au Congo dispose d'un parc automobile de 13 véhicules, comprenant la voiture officielle, 5 véhicules tous terrains, basés au Bureau et destinés au soutien des activités et 6 autres mis à la disposition des superviseurs régionaux du programme d'éradication de la poliomyélite.

Le parc informatique compte à ce jour 25 ordinateurs de bureau et 8 ordinateurs portables fonctionnels. Le Bureau est connecté au GPN (Global Private Network) de l'Organisation. L'accès à Internet est rendu possible grâce au FAI Télior basé en Norvège.

4.3 APPUI DU SIÈGE ET DU BUREAU RÉGIONAL

Le Bureau de pays de l'OMS au Congo a bénéficié de la part du Siège, du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et de l'équipe appui interpays pour l'Afrique entrale (EAIP) d'un appui technique portant essentiellement sur l'élaboration de documents, le suivi et l'évaluation des activités et le renforcement des capacités (voir liste des missions effectuées au Congo en annexe).

4.3.1. Appui du Bureau régional de l'OMS et de l'équipe d'appui interpays pour l'Afrique centrale

L'appui du Bureau régional s'est manifesté à travers celui de l'équipe d'appui interpays pour l'Afrique centrale. L'élaboration de plans, programmes, stratégies, directives, et des propositions au financement de GAVI et du Fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le SIDA et le paludisme est de loin le domaine dans lequel l'appui du Bureau régional, technique et financier, a été sollicité et obtenu au cours des dernières années. Les domaines d'activités concernés sont les programmes de lutte contre la maladie (PEV, trypanosomiase, VIH/sida, tuberculose et paludisme); l'hygiène et l'assainissement, ainsi que le développement du système de santé (ressources humaines, système d'information sanitaire).

Diverses activités de terrain ont également bénéficié du soutien du Bureau régional pour leur suivi et leur évaluation. C'est le cas des activités de lutte contre le paludisme, d'éradication de la poliomyélite, du contrôle de l'ulcère de Buruli et de la lèpre, du programme villes-santé, marchés-santé, de la lutte intégrée contre les vecteurs, de la réponse aux épidémies et du renforcement des districts sanitaires.

La mise en œuvre des recommandations de ces diverses missions a permis de faciliter l'atteinte des résultats des programmes concernés : disponibilité de documents de référence, mobilisation de ressources (GAVI et Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), maîtrise des foyers d'épidémies (Ebola, choléra et rougeole). Un effort particulier concédé par le Bureau régional a permis la réhabilitation du Bureau de la représentation.

4.3.2. Appui du Siège de l’OMS.

Diverses activités ont bénéficié du soutien du Siège. Il s’agit notamment : i) des activités de terrain liées à l’éradication de la poliomyélite et au contrôle de l’ulcère de Buruli; ii) de l’organisation de la riposte aux épidémies de fièvre hémorragique à virus Ebola, pour laquelle l’appui du Siège a été déterminant ; iii) de la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des paquets de services essentiels du district sanitaire ; iv) de l’élaboration de la soumission à GAVI pour le renforcement du système de santé et au Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; et v) de la formulation et le suivi des requêtes au Fonds central d’intervention d’urgence (CERF) et au Fonds de réponse rapide (FRR).

SECTION 5

CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS: ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

L'OMS a opéré et continue d'opérer de profondes transformations dans sa façon de travailler, l'objectif ultime visé étant d'améliorer sa performance au titre de l'appui aux États Membres dans leurs efforts pour s'attaquer aux principaux défis qui se posent dans les domaines de la santé et du développement, et de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé. Ce processus de transformation organisationnelle s'appuie sur le cadre global de la stratégie institutionnelle de l'OMS²⁷.

5.1 BUT ET MISSION

La mission de l'OMS reste «d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible» (article 1 de la Constitution de l'OMS). La stratégie institutionnelle, le Onzième programme général de Travail 2006-2015²⁸ et les Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009²⁹ définissent les principales actions que l'OMS entend mettre en œuvre pour maximiser sa contribution à l'amélioration de la santé. L'Organisation s'attache en effet à renforcer son rôle directeur dans le domaine de la santé, aussi bien sur le plan technique que sur celui des politiques, tout comme ses capacités gestionnaires, afin de répondre aux besoins des États Membres, notamment pour ce qui est de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

5.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

L'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes, sur la base de son avantage comparatif³⁰:

- a) jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire;
- b) fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles;
- c) fixer des normes et des critères, et en encourager et suivre l'application ;
- d) définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes;
- e) fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles;
- f) surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

²⁷ OMS, EB105/3 Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.

²⁸ Onzième programme général de Travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

²⁹ Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009.

³⁰ Onzième programme général de Travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

5.3 PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

Pour combler les lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissances dans le domaine de la santé, le programme mondial d'action sanitaire identifie les sept domaines prioritaires suivants :

- a) investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
- b) renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- c) promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
- d) influencer sur les déterminants de la santé ;
- e) renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ;
- f) exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- g) renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Par ailleurs, le Directeur général de l'OMS a proposé d'inscrire les six points suivants au programme de l'Organisation : i) développement sanitaire ; ii) sécurité sanitaire ; iii) Systèmes de santé ; iv) données factuelles à l'appui des stratégies ; v) partenariats ; vi) améliorer la performance de l'OMS. Le Directeur général a également indiqué que l'action de l'Organisation devrait être jugée d'après son effet sur la santé des femmes et celle des populations africaines.

5.4 PRIORITÉS AU NIVEAU MONDIAL

Le Onzième programme général de Travail fixe les priorités suivantes au niveau mondial³¹ :

- a) apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
- b) renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
- c) concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- d) développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé ;
- e) renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

5.5 PRIORITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL

Les priorités établies au niveau régional tiennent compte des documents d'orientation au niveau mondial et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des objectifs du Millénaire pour le développement, de la stratégie de santé du NEPAD, des résolutions adoptées sur la santé par les Chefs d'État de l'Union africaine et des objectifs stratégiques de l'Organisation, définis dans le Plan stratégique à moyen Terme (PSMT) 2008-2013. Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009». Elles portent notamment sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;

³¹ Onzième programme général de Travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

la survie de l'enfant et la santé maternelle ; l'action humanitaire en situation d'urgence ; la promotion de la santé ; et l'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé. Les autres objectifs prioritaires couvrent la santé et l'environnement ; la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition ; les systèmes de santé (politiques, prestation de services, financement, technologies et laboratoires) : la gouvernance et les partenariats; et la prise en charge et l'infrastructure.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays un appui dans leurs efforts pour atteindre les OMD relatifs à la santé et s'attaquer à la crise des ressources humaines. En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des voies et moyens les meilleurs de mobiliser des fonds pour aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes. Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui interpays pour mieux aider les pays dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Pour garantir l'efficacité de l'action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes³² :

- i) renforcement des bureaux de pays de l'OMS ;
- ii) amélioration des relations de partenariat et extension des partenariats pour la santé ;
- iii) fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé de district ;
- iv) promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles liées aux problèmes de santé prioritaires ;
- v) intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

³² Plan stratégique à moyen Terme 2008-2013, Orientations stratégiques 2008-2013, paragraphe 28.

SECTION 6

AGENDA STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE CONGO.

Les défis majeurs identifiés au cours de l'analyse de la situation requièrent des réponses adéquates, coordonnées et synergiques. C'est dans cette perspective que s'inscrit cet Agenda stratégique qui servira de cadre de référence pour la coopération technique de l'OMS avec le Congo pour la période 2008-2013. Son contenu tient compte à la fois des défis identifiés, des priorités nationales en matière de santé telles que définies dans le PNDS 2007-2011 et dans le DSRP 2009- 2011. Il tient également compte des orientations du Plan stratégique à moyen Terme (PSMT 2008 – 2013) et est adossé à ses 13 objectifs stratégiques.

L'agenda s'articule autour de cinq orientations stratégiques, à savoir :

- a) l'amélioration de la performance des services, y compris les programmes de santé ;
- b) la réduction de la charge de la morbidité et de la mortalité attribuée au paludisme, à la tuberculose, au VIH/sida et aux autres maladies transmissibles ;
- c) la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la survie de l'enfant ;
- d) le renforcement des capacités de préparation et de réponse aux épidémies et autres situations d'urgence;
- e) le renforcement du partenariat et des mécanismes de coordination des interventions dans le secteur.

6.1 AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DES SERVICES, Y COMPRIS LES PROGRAMMES DE SANTÉ

Dans le cadre de l'amélioration de la performance des services, y compris les programmes de santé, la contribution de l'OMS portera sur le développement des services de santé, les médicaments essentiels et les ressources humaines et le financement de la santé.

Développement des services de santé. Prenant en compte les dysfonctionnements et les faibles performances des services de santé à tous les niveaux l'OMS fournira un appui technique et financier pour :

- la conception des outils de planification et de mise en œuvre, suivi et évaluation des politiques, plans et programmes de santé ;
- l'extension de la couverture sanitaire en centres de santé intégrés et hôpitaux de référence des districts sanitaires rationalisés afin de garantir aux populations l'accès à des soins et services de santé de qualité et à un coût abordable ;

- la diffusion et l'actualisation du manuel d'instructions et de directives techniques pour la mise en œuvre des paquets de services essentiels du district sanitaire ;
- la mise en place d'une structure et d'un système opérationnel de gestion de l'information sanitaire (révision des indicateurs et des outils selon les niveaux, renforcement des capacités des acteurs, mise en place des supports et appui technique à l'analyse et à la diffusion de l'information), intégrant les niveaux central, intermédiaire et opérationnel du système de santé;
- la mise en place de modes alternatifs du financement de la santé, notamment celle de mutuelles de santé;
- le renforcement des capacités des acteurs en matière de recherche en santé et de suivi et d'évaluation des politiques, plans et programmes de santé.

Ressources humaines. Les ressources humaines demeurant la pierre angulaire de l'amélioration de la performance du système de santé, l'OMS soutiendra la finalisation et la mise en œuvre du plan stratégique de développement des ressources humaines à travers :

- le plaidoyer pour la finalisation et mise en œuvre du plan stratégique de développement des ressources humaines;
- la formation continue et la formation initiale du personnel ;
- le développement de l'observatoire des ressources humaines ;
- la réforme des curricula de formation des personnels de santé ;
- l'élaboration du répertoire des métiers de la santé et du référentiel des compétences.

Médicaments essentiels et technologie de santé. La disponibilité des médicaments essentiels est un déterminant clé d'une offre de soins de qualité, accessibles au plus grand nombre. De ce fait, le soutien de l'OMS portera sur :

- le suivi de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale ;
- la mise en place d'un système efficace d'assurance de la qualité des médicaments en adéquation avec la politique pharmaceutique nationale;
- le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de la médecine traditionnelle ;
- l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre d'un plan de renforcement du réseau de laboratoires périphériques en vue d'améliorer l'usage rationnel du médicament;
- l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre d'un plan stratégique de développement du réseau de transfusion sanguine en vue d'assurer l'accessibilité et la disponibilité de produits sanguins de qualité.

6.2 RÉDUCTION DE LA CHARGE DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ ATTRIBUÉE AU PALUDISME, À LA TUBERCULOSE, AU VIH/SIDA ET AUX AUTRES MALADIES TRANSMISSIBLES

La réduction de la morbidité et de la mortalité constitue l'une des finalités des services de santé. L'OMS se propose au cours des six prochaines années de soutenir le ministère de la santé dans les domaines de la lutte contre le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida et les autres maladies transmissibles. Ce soutien sera axé essentiellement sur l'amélioration de l'accès et de la qualité de la prise en charge des cas, de la prévention de ces maladies, des soins et services promotionnels et de réadaptation.

Paludisme, VIH – sida et tuberculose. L'OMS apportera un soutien à la mise en œuvre de l'initiative « Faire reculer le paludisme » en mettant l'accent sur : i) l'amélioration de l'accès au traitement des cas avec les dérivés de l'artémisinine; ii) la promotion de l'utilisation des matériaux imprégnés d'insecticide; iii) le suivi des résistances aux antipaludiques et aux insecticides; et v) le renforcement des capacités nationales pour la mise à jour des stratégies de prévention de la maladie et de prise en charge.

En ce qui concerne le VIH/sida, le soutien portera sur :

- le renforcement des capacités des services et du personnel de santé dans la prévention et la prise en charge du VIH, y compris la PTME et le sida pédiatrique ;
- l'extension de la couverture des services de prévention et de prise en charge des cas afin d'en améliorer l'accessibilité;
- la mise en place de systèmes de suivi des patients sous traitements antirétroviraux;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique, du VIH/sida et du suivi de la pharmacorésistance;
- l'application des directives relatives à la sécurité transfusionnelle.

En ce qui concerne la tuberculose, l'OMS contribuera : i) à l'extension et à l'amélioration de la qualité du DOTS ; ii) au renforcement des capacités à la prise en charge de la co-infection VIH/tuberculose; et iii) à l'amélioration des performances du programme national de lutte contre la tuberculose.

Autres maladies transmissibles. L'OMS apportera un soutien : i) au renforcement des capacités des circonscriptions socio-sanitaires en faveur de l'application des stratégies recommandées pour le traitement des cas, la prévention et l'élimination des maladies tropicales ; ii) à l'élaboration, l'application des politiques et la mise en œuvre des activités de routine de certains programmes spécifiques; et iii) à l'organisation du plaidoyer pour la mobilisation des fonds.

Maladies évitables par la vaccination. L'OMS apportera un soutien à : i) l'application des politiques et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies visant à augmenter la couverture vaccinale ; ii) la mise en œuvre des stratégies relatives à l'éradication de la polio en vue de la certification du Congo comme exempt de polio et iii) à l'introduction de nouveaux vaccins.

Surveillance épidémiologique. L'OMS apportera un soutien : i) à la révision, l'adoption et la mise en œuvre d'un plan stratégique de la surveillance intégrée des maladies, de préparation et réponse aux épidémies ; ii) à l'extension du réseau de laboratoires périphériques et à la redynamisation du Laboratoire national de santé publique, par le renforcement de ses capacités ; iii) au renforcement du système de communication entre les différents niveaux de système de santé; iv) à la diffusion et l'échange de l'information épidémiologique dans les pays de la sous région; et v) à la mise en place des programmes de recherche opérationnelle

6.3 RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, AMÉLIORATION DE LA SURVIE DE L'ENFANT ET DE LA SANTÉ DE L'ADOLESCENT.

L'OMS apportera un soutien :

- (i) à la mise en œuvre de la feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale;

- ii) à la recherche et au développement de directives et de stratégies novatrices et efficaces pour un accès équitable des femmes, des enfants et des adolescents aux services de santé sexuelle et génésique de qualité et dans le respect des droits humains; et
- iii) au développement de partenariats en faveur de la réduction de la mortalité maternelle.

6.4 RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSE AUX ÉPIDÉMIES ET AUTRES SITUATIONS D'URGENCE

Dans le domaine de la préparation et de la réponse aux épidémies et autres situations d'urgence, l'OMS continuera à soutenir les efforts du Gouvernement en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées à ces risques et menaces. Pour ce faire, l'OMS soutiendra :

- le développement des capacités nationales dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours à travers des approches multisectorielles et multidisciplinaires ;
- le renforcement des capacités nationales en matière de coordination et de mise en œuvre des interventions en cas de situation d'urgence;
- l'évaluation systématique des réponses nationales et locales aux situations d'urgences et catastrophes ;
- le plaidoyer pour mobiliser les ressources additionnelles indispensables à la mise en œuvre de ce plan; et
- la dotation du Bureau de pays en ressources additionnelles.

6.5 RENFORCEMENT DU PARTENARIAT ET DES MÉCANISMES DE COORDINATION DES INTERVENTIONS DANS LE SECTEUR.

Au regard de la faible disponibilité des ressources internes il s'avère indispensable d'assurer la promotion de la coopération, la diversification et le développement de partenariats pour la promotion de la santé, le renforcement de la coordination ainsi que la bonne gestion de l'aide. De même, il est utile d'adopter une approche intégrée, fondée sur des environnements sains en associant les communautés et les individus à la protection de leur santé et de leur environnement. Dans ce contexte, l'OMS appuiera le Gouvernement pour :

- développer le plaidoyer afin d'attirer davantage de partenaires en faveur du secteur santé ;
- formuler des propositions destinées à la mobilisation de ressources;
- revitaliser les organes et mécanismes de coordination de l'aide et des interventions dans le secteur;
- renforcer les politiques et stratégies favorisant la santé et la création d'environnements favorables à la santé;
- mettre en œuvre des programmes spécifiques de santé et environnement et de sécurité sanitaire des aliments;
- générer et diffuser à l'ensemble des parties prenantes l'information stratégique, relative au secteur.

SECTION 7

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE

7.1 RESPONSABILITÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

7.1.1. Responsabilités du bureau de pays

La stratégie de coopération de l'OMS avec le Congo, 2008-2013 sera mise en oeuvre par le bureau de pays, dans le cadre des programmes biennaux 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013.

7.1.2. Responsabilités du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et du Siège de l'OMS

Le soutien du Bureau régional et du Siège sera requis en vue du financement du plan de mise en œuvre de l'Agenda stratégique et de l'accompagnement technique en fonction des besoins spécifiques du bureau de pays et conformément aux implications de l'agenda stratégique pour chacun des deux niveaux.

7.2 IMPLICATIONS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

7.2.1. Implications pour le bureau de pays

Face à l'ampleur des tâches assignées au bureau de pays pour mettre en œuvre l'Agenda stratégique, le renforcement de ses capacités s'avère indispensable, notamment en termes de personnel, de logistique, de communication, d'information et de coordination. Pour y parvenir, le bureau devra procéder :

- à l'organisation du fonctionnement des unités organiques, la redéfinition et la redistribution des attributions du personnel en vue de mieux répartir les responsabilités au sein du personnel technique et mettre ainsi davantage en valeur les compétences spécifiques de chaque fonctionnaire, et également de rendre plus performants les services administratifs.
- à l'élaboration de projets dans les domaines prioritaires, faire le plaidoyer pour mobiliser des ressources extrabudgétaires complémentaires ;
- à la formation du personnel tant technique que des services généraux en vue de mieux répondre aux besoins du pays, renforçant ainsi le rôle et les fonctions de conseil technique de l'Organisation ;

- au renforcer la coordination interne, améliorer l'esprit d'équipe et partant les performances de l'ensemble de l'équipe ;
- à la publication régulière de bulletins d'information et la production d'autres supports de communication et d'information, afin de participer à une meilleure visibilité de l'action de l'Organisation ;
- à la facilitation du perfectionnement et des échanges interpays pour les administrateurs de programmes ; la formalisation des réunions de l'équipe du bureau de pays, des réunions thématiques et de la circulation interne des rapports.

7.2.2. Implications pour le Bureau régional

L'insuffisance de moyens au niveau du Bureau de pays commande des actions de soutien de la part du Bureau régional, conformément aux principes de collaboration en vigueur au sein de l'Organisation. À cet effet, il s'avère indispensable que le Bureau régional apporte son soutien au Bureau de pays à travers :

- i) la mobilisation et la mise à disposition du bureau de pays de ressources complémentaires ;
- ii) l'organisation de briefings et de rencontres périodiques des administrateurs de programmes afin d'améliorer les connaissances techniques, renforcer les compétences et créer des synergies entre les différents programmes interpays; et
- iii) le renforcement des capacités techniques du bureau chaque fois que possible en vue de l'aider à s'adapter aux changements intervenant aux niveaux national, régional et international.

7.2.3. Implications pour le Siège

Eu égard à l'existence d'une expertise reconnue au Siège de l'Organisation, au partage des responsabilités, à l'expérience et la facilité des contacts du Siège avec les bailleurs de fonds, il est attendu du Siège :

- i) l'accroissement de la mobilisation de ressources et leur affectation prioritaire au pays dans la perspective de l'Initiative axée sur les Pays ;
- ii) la fourniture d'un appui technique en concertation avec le Bureau régional et le bureau de pays; et
- iii) la mise à la disposition du Bureau de pays et dans des délais raisonnables, de la documentation en langue française.

SECTION 8

SUIVI ET ÉVALUATION

8.1 SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATION

La Stratégie de Coopération de l’OMS avec le Congo, 2008-2013 sera mise en œuvre par le Bureau de pays, dans le cadre de trois programmes biennaux de coopération technique de l’OMS avec le Congo: 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013. Le suivi de cette mise en œuvre sera effectué dans le cadre des plans de travail annuels de ces programmes.

8.2 INDICATEURS DE SUIVI ET D’ÉVALUATION

Des indicateurs appropriés seront formulés à partir des activités et des résultats clés contenus dans les différents plans de travail. Ils seront utilisés pour apprécier les niveaux d’exécution des activités ainsi que les taux d’atteinte des résultats escomptés, conformément aux calendriers établis et au terme de la mise en œuvre de l’Agenda stratégique. Une attention particulière sera accordée aux performances accomplies, à la qualité des résultats obtenus et à leur impact.

L’accès du Congo au GSM facilitera non seulement le suivi de la mise en œuvre, mais également la disponibilité des indicateurs de suivi et d’évaluation, tant aux niveaux technique que budgétaire.

8.3 PÉRIODICITÉ DE L’ÉVALUATION

Conformément au processus gestionnaire de l’Organisation et en concertation avec le Ministère de la Santé, la revue de chaque plan de travail biennal sera effectuée tous les six mois, une revue à mi-parcours au terme de chaque année et une évaluation finale à la fin de chaque biennium.

Les évaluations biennales des années 2009 et 2011 seront mises à profit pour faire le suivi des progrès réalisés. Une revue à mi-parcours de la mise en œuvre de la stratégie sera faite en fin décembre 2010. Cette dernière devra permettre au besoin, une réorientation de la stratégie de coopération en fonction des résultats obtenus. L’évaluation finale sera faite en fin décembre 2013.

ANNEXE 1

Tableau n°2: Évolution de la structure de financement du budget de la santé

	2002	2003	2004	2005
Sources	En millions de francs CFA			
Financement interne	16 599,6	14 423,8	19 663,7	32 099,7
État (Budget)	16 599,6	14 423,8	19 663,7	32 099,7
Financement externe	735,0	7 283,2	4 849,6	6 408,8
<i>Emprunt</i>	735,0	1 571,3	4 329,6	1 540,4
Bilatéraux	735	917,3	187	144,4
Multilatéraux		654	4 142,6	1 396
<i>Dons</i>	0,0	5 711,9	520,0	4 868,4
Bilatéraux				
Multilatéraux		5,711 .9	520.0	4,868.4
TOTAL	17,334.6	21,707.0	24,513.3	38,508.5
En pourcentage				
Sources	2002	2003	2004	2005
État (Budget)	95,8	66,4	80,2	83,4
Financement externe	4,2	33,6	19,8	16,6
<i>Emprunt</i>	4,2	7,2	17,7	4,0
Bilatéraux	4,2	4,2	0,8	0,4
Multilatéraux	0,0	3,0	16,9	3,6
<i>Dons</i>	0,0	26,3	2,1	12,6
Bilatéraux	0,0	0,0	0,0	0,0
Multilatéraux	0,0	26,3	2,1	12,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Sources : Ministère de la Santé, Ministère du Plan, Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget. Bailleurs multilatéraux (OMS, UNFPA, PNUD, UNICEF, Union européenne, Banque mondiale, Chine, BAD, BADEA), Bailleurs bilatéraux (France, Chine)

ANNEXE 2

CADRE ORGANIQUE DU BUREAU DE LA REPRÉSENTATION DE L'OMS AU CONGO

