

## **POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA LEPRE**

**MSPP, BANGUI, Juillet 2007**

# TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	4
REMERCIEMENTS.....	5
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
1- CONTEXTE GENERAL .....	7
1.1 Environnement externe du système de santé .....	7
1.1.1 Aperçu géographique .....	7
1.1.2 Données démographiques.....	8
1.1.2.1 Données démographiques des régions et préfectures .....	10
1.1.3 L'organisation politique, institutionnelle et administrative.....	10
1.1.4 Aperçu sur les données économiques .....	11
1.1.5 Le développement humain en RCA .....	12
1.1.6 Eau, Assainissement et Style de vie .....	12
1.1.7 Transport et communication .....	13
1.2. Environnement interne du système de santé.....	13
1.2.1. L'Objectif du Ministère de la Santé .....	13
1.2.2 Le système de santé et ses principaux problèmes .....	14
1.2.2.1 Politique de santé .....	14
1.2.2.2 Organisation et Fonctionnement du système de santé .....	14
a) Le sous-système administratif .....	14
b) Le sous-système de soins .....	15
1.2.2.3 Les ressources humaines pour la santé (RHS) .....	16
1.2.2.4 Principaux indicateurs .....	17
a) Les services disponibles .....	17
b) Accessibilité aux services .....	17
c) Utilisation et qualité des services .....	18
1.2.2.5 Suivi, évaluation du système de santé .....	19
1.2.2.6 Réforme du système de santé .....	19
1.2.2.7 Financement des services de santé .....	20
a) Financement sur les ressources propres de l'Etat .....	21
b) Financement sur les ressources extérieures .....	21
c) Participation communautaire .....	22
d) Financement privé.....	22
2- ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE .....	23
2.1 Le Programme National de Lutte contre la Lèpre .....	23
2.1.1 Introduction .....	23
2.1.2 Evolution de l'endémie lépreuse en RCA.....	23
2.1.3 Situation de la lèpre en fin 2006 .....	25
2.1.4 Identification des problèmes.....	25
2.1.5 Points faibles, points forts, contraintes, atouts et opportunités dans le domaine de la lutte contre la lèpre.....	25
2.1.5.1 Points forts.....	25
2.1.5.2 Points faibles .....	26
2.1.5.3 Contraintes.....	26
2.1.5.4 Atouts et opportunités.....	27

3- CADRE INSTITUTIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE.....	27
3.1 Justification.....	27
3.2 Rôle des services de santé.....	27
3.3 Rôle des communautés.....	30
3.4 Rôle des partenaires .....	30
 4- CADRE ORGANISATIONNEL .....	 30
4.1 Justification.....	30
4.2 But.....	30
4.3 Structure du PNLL.....	30
4.4 Fonctions, activités et tâches.....	31
4.5 Formation du personnel.....	31
4.6 Gestion des médicaments.....	31
4.7 Supervision du personnel.....	32
4.8 Système d'information.....	33
4.9 Monitoring .....	33
4.10 Mise à jour des registres et fichiers lèpre .....	34
4.11 Gestion financière.....	34
 5- JUSTIFICATION ET FONDEMENT DE POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA LEPRE.....	 35
5.1 But et objectifs.....	35
5.1.1 Buts.....	35
5.1.2 Objectifs.....	35
5.1.2.1 Objectif g général.....	35
5.1.2.2 Objectifs spécifiques.....	35
5.2 Orientations stratégiques de la mise en œuvre de la lutte contre la lèpre.....	35
5.2.1 Intégration des activités de lutte contre la lèpre dans les services des soins de santé primaires.....	35
5.2.2 Dépistage des cas de lèpre.....	36
5.2.3 Diagnostic des cas de lèpre.....	36
5.2.4 Traitement des cas de lèpre.....	36
5.2.5 Système d'orientation recours.....	37
5.2.6 Prévention de l'infirmité (POD) et soins à s'auto administrer.....	37
5.2.7 Réadaptation des déficiences et incapacités dues à la lèpre.....	37
5.2.8 Enregistrement, notification et surveillance.....	37
5.2.9 Questions organisationnelles à l'attention des Directeurs de programme.....	38
5.2.10 Promotion de la recherche .....	38
5.2.11 Renforcement des capacités institutionnelles.....	38
5.2.12 Indicateurs de surveillance et d'évaluation .....	38
 BIBLIOGRAPHIE .....	 40

## **PREFACE**

La République Centrafricaine a adopté un plan stratégique de lutte contre la lèpre pour la période de 2006-2008 qui a été élaboré sur la base des recommandations issues de l'évaluation du plan d'action 2004-2005 combinée au Monitorage du programme d'élimination de la lèpre (LEM) du mois de novembre 2005. Les résultats de cette évaluation ont prouvé que la RCA a atteint le seuil d'élimination de la lèpre (0,59 cas pour 10.000 Habitants).

Cependant, la Région africaine de l'OMS vient de se doter d'une stratégie régionale pour réduire davantage la morbidité due à la lèpre et de soutenir les activités de lutte couvrant la période 2006-2010 avec des directives opérationnelles visant à renforcer le processus gestionnaire des programmes de lutte contre l'endémie.

Par ailleurs, les résultats des activités menées en post élimination montrent non seulement une stabilisation des indicateurs (prévalence et détection) du programme mais aussi des problèmes de la mise en œuvre des interventions à différents niveaux du système de santé.

Afin d'assurer une meilleure cohésion et une gestion plus stratégique des cas de lèpre et des invalides à tous les niveaux du système de santé, le Ministère de la Santé Publique et de la Population traduit à travers ce document, la volonté politique du Gouvernement, en révisant le document de Politique Nationale et en élaborant un guide des directives opérationnelles de lutte contre la lèpre.

Ces documents stratégiques sont le fruit d'un large consensus grâce au processus participatif mis en place pour leurs révision et élaboration avec l'implication de tous les acteurs et partenaires à divers niveaux du système de santé. Le document de politique fixe le cadre stratégique de la lutte contre la lèpre sur la période 2006-2010 faisant de l'intégration le maître mot tandis que le guide des directives opérationnelles fixe le cadre de la mise en œuvre de la dite stratégie.

J'adresse toute ma gratitude au nom du Gouvernement à tous les partenaires nationaux et internationaux qui ont appuyé à des degrés divers l'élaboration de ce document, notamment l'Aide aux Lépreux Emmaüs Suisse (ALES), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fondation SASAKAWA pour leurs soutiens financier, technique et matériel.

*Bangui, le*

*Le Ministre de la Santé Publique  
et de la Population*

**Docteur Bernard LALA.-**

## LISTE DES ABREVIATIONS

ALES	: Aide aux Lépreux Emmaüs Suisse
CAB	: Cabinet
CAL	: Centre Anti-Lèpre
CEL	: Campagne pour l'Élimination de la Lèpre
CS	: Centre de Santé
CSI	: Centre de Santé Intégré
CSLR	: Chef de Section Lèpre Régional
DGSPP	: Directeur Général de la Santé Publique et de la Population
DMPM	: Directeur de la Médecine Préventive et de lutte contre la Maladie
DRS	: Directeur de la Région Sanitaire
LEM	: Monitoring pour l'Élimination de la Lèpre
MCPS	: Médecin Chef de Préfecture Sanitaire
MPP	: Maux Perforants Plantaires
MSP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCT	: Polychimiothérapie
PIRP	: Prise en charge des Invalidités et Réadaptation Physique
PNLL	: Programme National de Lutte contre la Lèpre
PS	: Préfecture Sanitaire
RCA	: République Centrafricaine
RS	: Région Sanitaire
SAPEL	: Projet d'Action Spéciale
SG	: Secrétaire Général
SME	: Service de lutte contre les Maladies Endémiques
SLP	: Superviseur Lèpre Préfectoral

## **INTRODUCTION**

Le Plan Stratégique de l'OMS pour l'Élimination de la Lèpre 2000–2005 encourageait les pays d'endémie de s'engager à relever les défis lancés par la maladie. L'élément le plus important de la stratégie était d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des activités de lutte contre la lèpre à tous les individus affectés dans le centre de soins de santé le plus proche. Les activités de lutte contre la lèpre comprenaient : le diagnostic, le traitement par la polychimiothérapie (PCT), les conseils aux patients et à l'entourage familial, l'éducation communautaire, la prévention des incapacités/déficiences, la réadaptation et l'orientation-recours spécialisée en cas de complications.

En 2005, la République Centrafricaine a atteint le seuil de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique c'est-à-dire réduire la prévalence de la lèpre à un niveau inférieur à un cas pour 10 000 habitants au niveau national.

Le plan triennal 2006-2008, élaboré à l'issue de l'évaluation du programme combinée au monitoring des activités de lutte contre la lèpre en septembre 2005, a pour objectif d'améliorer la prise en charge des cas de lèpre avec un accent sur la fourniture de service- lèpres de diagnostic et de traitement équitablement répartis, financièrement accessibles et facilement disponibles.

Parmi les priorités retenues figure la guérison des personnes affectées par la lèpre, l'arrêt de la propagation de la maladie et la prévention des incapacités liées à la lèpre.

La faible intégration de la lutte contre la lèpre dans les activités de soins généraux de santé traduite par une faible couverture géographique des service- lèpres (formations sanitaires PCT) d'une part et une insuffisance du renforcement de capacité des agents de santé à maintenir les activités de lutte contre la lèpre dans leurs zones de juridiction d'autre part a pour conséquence une inobservation des directives opérationnelles.

La Stratégie Mondiale pour alléger le fardeau de la lèpre et maintenir les activités de lutte contre la lèpre couvrant la période 2006-2010 adoptée en août 2006, offre au Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL) d'adapter des orientations régionales au contexte national afin de consolider les acquis de la phase d'élimination. Ainsi, à l'instar des autres pays, la RCA se doit de réviser le document de Politique Nationale de lutte contre la lèpre en tenant compte des orientations stratégiques régionales. Le présent document de politique nationale s'articule autour des points suivants :

- Contexte
- Analyse de la situation
- Justification et fondement de la politique Nationale de Lutte contre la Lèpre
- Cadre institutionnel de mise en œuvre
- Cadre organisationnel.

## **1. CONTEXTE GENERAL**

### **1.1 Environnement externe du système de santé**

#### **1.1.1 Aperçu géographique**

Située au cœur du continent Africain, la République Centrafricaine est un pays entièrement continental et enclavé.

Distante de 1470 kilomètres du port maritime de Douala, le plus proche, elle est comprise entre 2° 15 et 11° de latitude Nord et 13° et 27° de longitude Est. Elle couvre une superficie de 623.000 kilomètres carrés.

La République Centrafricaine est limitée au Nord par la République du Tchad, au Sud par la

République Démocratique du Congo et la République du Congo, à l'Est par la République du Soudan et à l'ouest par la République du Cameroun.

Son relief est constitué d'un vaste plateau (la dorsale Centrafricaine) d'une altitude moyenne de 600 mètres séparant la cuvette Tchadienne du bassin de l'Oubangui et du Congo. Cette caractéristique physique détermine ainsi deux réseaux hydrographiques qui drainent tout le pays par leurs multiples cours d'eau très poissonneux.

Le climat Centrafricain est essentiellement tropical. Il est marqué par une saison sèche qui dure de novembre à avril et une saison des pluies de mai à octobre.

Toutefois, il prévaut dans la partie méridionale de la Sangha-Mbaéré un climat équatorial humide se manifestant par d'abondantes précipitations (1700 mm en moyenne par an) et trois mois de sécheresse. Ces précipitations diminuent progressivement du Sud vers le Nord où la moyenne annuelle est de 1000 mm.

Les conditions climatiques permettent de distinguer du Sud au Nord trois types de végétation :

- 1 la zone de forêt dense sempervirente, toujours humide ;
- 2 la savane arborée et herbeuse, domaine d'une faune abondante;
- 3 la steppe de buissons épineux dispersés.

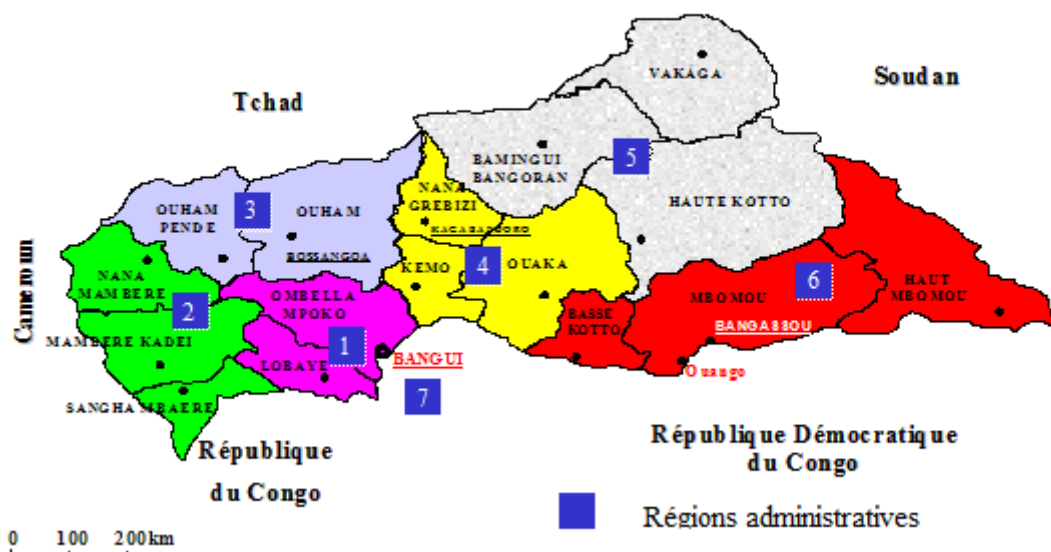
Ces conditions naturelles diversifiées et convenables rendent les terres propices à l'agriculture et à l'élevage.

Dans les zones de forêt, sont cultivés les plantes à tubercules ( le manioc, l'igname, le taro, la patate), le palmier à huile, le riz, la courge, la banane plantain, le café, etc.

Par contre, dans les zones de savane et de steppe sont cultivés le mil, le maïs, l'arachide, la courge, le manioc, le sésame, le haricot sec, la pomme de terre, la patate, le coton, etc.

Les richesses du sous-sol sont potentiellement abondantes, mais restent encore inexploitées à l'exception du diamant et de l'or.

**Figure 1 : Carte administrative de la République Centrafricaine**



### 1.1.2 Données démographiques

La population Centrafricaine est estimée pour l'Année 2007 à **4.216.664 habitants** d'après la projection du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2003 avec

un taux de croissance de 2,5%. Cette population, en grande partie rurale (62%), est constituée en majorité de jeunes (49% sont âgés de moins de 18 ans) et à prédominance féminine (51% de la population totale). Les principaux indicateurs démographiques sont présentés dans le tableau qui suit :

**Tableau 1 : Principaux indicateurs socio- démographiques actualisés de base**

Indicateurs	Niveaux 2003
Population totale	3.895.139 habitants
Taux d'accroissement inter censitaire	2,5%
Population Urbaine	38 % de la population totale
Population Rurale	62 % de la population totale
Enfants de moins d'un an	3,5 % de la population totale
Nourrissons survivants	3,04% de la population totale
Enfants de 6 à 11 mois	1,75% de la Population Totale
Enfants de 12 à 59 mois	13,8% de la Population Totale
Enfants de 6 à 59 mois	15,55% de la Population Totale
Enfants de moins de 5 ans	17,3 % de la population totale
Enfants de moins de 15 ans	40,7 % de la population totale
Femmes en Age de procréer (15-49 ans)	24,5% de la population totale
Femmes enceintes	4% de la Population totale
Indice synthétique de fécondité	RCA : 5,1 enfants par femme ; 4,7 enfants par femme en milieu urbain et 5,4 enfants par femme en milieu rural
Taux brut de natalité	RCA : 39,1 pour 1000 avec 38,2 pour 1000 en milieu urbain et : 39,4 pour 1000 en milieu rural .
Taux de mortalité infantile	RCA : 132 pour 1000 avec 116 pour 1000 Milieu urbain et 141 pour 1000 en milieu rural
Taux de mortalité infanto-juvénile	RCA : 220 pour 1000 avec 188 pour 1000 en milieu urbain et 238 pour 1000 en milieu rural
Taux de mortalité maternelle	1.355 pour 100 000 naissances vivantes
Taux d'analphabétisme	57,3% dont 46,2 % chez les hommes et 68 % chez les femmes ; 36,2% en milieu urbain et 70,9% en milieu rural.

**Source** : BCR

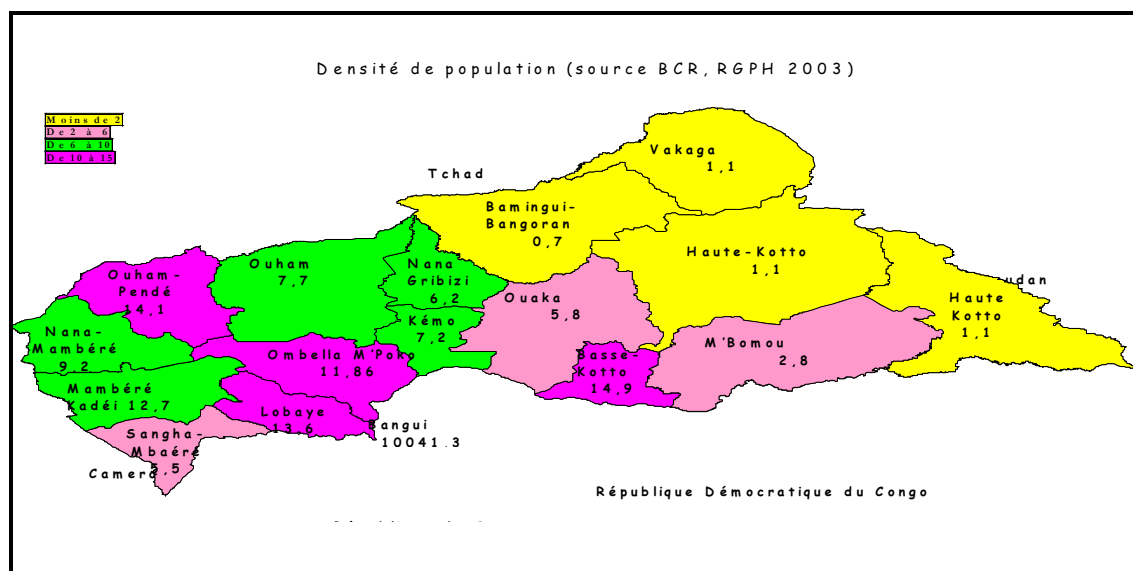


Figure 2 : Densité moyenne de la population en RCA

La densité moyenne de population en RCA est 6,64 habitants au km<sup>2</sup> avec une variation de 10.041,38 habitants au Km<sup>2</sup> à Bangui à 0,79 habitant au Km<sup>2</sup> dans le Bamingui-Bangoran (graphique ci-contre). Les régions du centre, de l'Est et du Sud-Est occupent plus de la moitié du territoire national (53%) mais ne rassemblent que seulement 20% de la population totale.

### 1.1.2.1 Données démographiques des régions et préfectures

Le tableau 2 montre la répartition des effectifs des populations dans les régions et les préfectures de la RCA en 2006 selon la projection du RGPH 2003.

**Tableau n° 2: Populations par préfecture et région administrative et leurs poids démographiques respectifs en 2006.**

REGIONS	DISTRICTS	SUPERFICIE	POPULATION TOTALE	DENSITE HAB/Km2	% POPULATION RCA
	OMBELLA MPOKO	31835	377421	11,86	9,1
	LOBAYE	19235	261198	13,6	6
<b>RS N°1</b>		<b>51070</b>	<b>638619</b>	<b>12,50</b>	<b>15,4</b>
	SANGHA -MBAERE	19412	106938	5,51	2,6
	NANA -MAMBERE	26600	247223	9,29	6,0
	MAMBERE- KADEI	30203	385959	12,78	9,3
<b>RS N°2</b>		<b>76215</b>	<b>740120</b>	<b>9,71</b>	<b>17,9</b>
	OUHAM	50250	390641	7,77	9,5
	OUHAM-PENDE	32100	455483	14,19	11,0
<b>RS N°3</b>		<b>82350</b>	<b>846124</b>	<b>21,96</b>	<b>20,5</b>
	OUAKA	49900	292764	5,87	7,1
	NANA -GREBIZI	19996	124651	6,23	3,0
	KEMO	17204	125290	7,28	3,0
<b>RS N°4</b>		<b>87100</b>	<b>542705</b>	<b>19,38</b>	<b>13,1</b>
	BAMINGUI BANGORAN	58200	45737	0,79	1,1
	HAUTE -KOTTO	86650	95556	1,10	2,3
	VAKAGA	46500	55287	1,19	1,3
<b>RS N°5</b>		<b>191350</b>	<b>196580</b>	<b>1,03</b>	<b>4,8</b>
	HAUT MBOMOU	55530	60944	1,10	1,5
	MBOMOU	61150	173524	2,84	4,2
	BASSE KOTTO	17604	263605	14,97	0,1
<b>RS N°6</b>		<b>134284</b>	<b>498073</b>	<b>3,71</b>	<b>12,1</b>
<b>RS N°7</b>	<b>BANGUI</b>	<b>67</b>	<b>672773</b>	<b>10041,38</b>	<b>16,2</b>
<b>ENSEMBLE RCA</b>		<b>623.000</b>	<b>4134994</b>	<b>6,64</b>	

Les préfectures les plus peuplées de la RCA sont généralement situées au Nord-Ouest (Ouham–Pendé et Ouham), à l'Ouest (Mambéré-Kadéi et Nana-Mambéré), et au sud (Ombella M’Poko, Lobaye et Basse-Kotto) et au centre (Ouaka). Les régions sanitaires N° 5 et 6 ont des effectifs de population inférieurs à 500.000 habitants.

### **1.1.3 L'organisation politique, institutionnelle et administrative**

*Sur le plan administratif*, la République Centrafricaine est subdivisée en sept (7) régions, 16 préfectures, 78 sous-préfectures, 177 communes (y compris les 8 arrondissements de Bangui, la septième région administrative), 8294 villages et 1422 quartiers.

*Sur le plan politique et institutionnel*, après plus d'une décennie (1990-2003) de crises militaro-politiques et sociales, la République Centrafricaine a renoué avec les institutions démocratiques avec l'organisation d'un référendum constitutionnel en 2004 et des élections législatives et présidentielles en 2005.

L'instauration progressive d'un environnement politique favorable au développement suscite chez les populations de réels espoirs qu'il est indispensable de satisfaire à travers la bonne gouvernance et la culture de la paix. Cependant, les guerres dans les pays voisins (Soudan et Tchad) avec des retentissements en RCA ainsi que la persistance de l'insécurité due aux bandes armées et aux coupeurs de route surtout dans les parties Nord et centre du pays constituent une menace pour la mise en œuvre des activités de santé. Toutefois, le Gouvernement avec l'appui de la France et de la FOMUC mène actuellement des opérations en vue de sécuriser le pays.

Le droit à la santé est reconnu par la constitution du pays.

La société civile dynamique joue à la fois le rôle d'acteur de développement et de régulateur du processus de démocratisation du pays. Elle est impliquée dans divers domaines tels que les droits de l'homme, les droits du consommateur, les activités de développement à la base, les activités spécifiques aux femmes et les activités sectorielles. Dans le domaine de la santé, des ONG et les formations sanitaires privées interviennent en matière de soins notamment les Médecins Sans Frontières (Espagne, Hollande et France), l'ONG COOP, la Croix-Rouge Centrafricaine qui est disséminée sur l'ensemble du pays.

### **1.1.4 Aperçu sur les données économiques**

Sur le plan économique, la République Centrafricaine regorge d'énormes potentialités (agriculture, élevage, bois et richesses minières etc.). En dépit de ses richesses du sol et du sous-sol, la RCA demeure parmi les pays les plus pauvres au monde. Le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) en cours de finalisation donne un aperçu des problèmes économiques et financiers auxquels la RCA est confrontée.

Malgré les nombreux plans de redressement, réformes et politiques de relance économique entrepris par les différents Gouvernements, l'économie Centrafricaine demeure encore une économie traditionnelle de subsistance avec de très faibles performances. Depuis l'indépendance, l'évolution de l'activité économique est dictée par celle du secteur primaire qui contribue à lui seul pour plus de la moitié du Produit Intérieur Brut (PIB) (55%); il est suivi du secteur tertiaire (32 % du PIB) et du secteur secondaire (13%). Pendant les dix dernières années, l'activité économique a connu un fort déclin de 2,7% du fait de la destruction, du pillage et de la paralysie de l'appareil de production consécutivement aux diverses crises socio-politiques. Le taux de croissance du Produit Intérieur Brut réel est resté très faible depuis trois (3) décennies, soit 0,4%. Ce taux est très faible comparé au niveau de croissance démographique estimé à 2,5% par an.

Sur le plan des finances publiques, on note un tarissement de l'aide extérieure entraînant un déclin de l'aide publique par habitant qui est passée de US\$ 86 en 1990 à US\$ 15,7 en 2002 et US\$ 10 en 2003. Cette situation a entraîné un endettement excessif de la Centrafrique (dettes intérieures y compris les arriérées de salaires) au cours de ces dix dernières années.

L'une des principales causes de la contre performance des activités économiques est l'inexistence d'un cadre macro-économique stable soutenu par des politiques économiques cohérentes en vue d'assurer la durabilité de la croissance et de favoriser sa redistribution vers les pauvres. Cependant, le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires au développement est entrain de mettre en œuvre des mesures pour améliorer le cadre macro-économique et financier, et de finaliser le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) intégrant le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Pour le secteur santé, le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté prévoit entre autres : la réhabilitation et l'équipement des infrastructures sanitaires, la dotation en vaccins, en médicaments, en consommables biomédicaux et chirurgicaux ainsi que le développement des ressources humaines en santé. Ce cadre prévoit également le renforcement des activités des Soins de Santé Primaires, la prévention du VIH/SIDA et la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA et OEV (Orphelins et Enfants rendus Vulnérables) sans oublier la lutte contre les maladies endémiques. L'acceptation de ce CSLP par les institutions multilatérales associée à l'amélioration de la performance économique et financière permettra à la RCA, présentement en situation de post conflit, d'accéder à l'initiative PPTE dans un avenir proche.

### **1.1.5 Le développement humain en RCA**

Le niveau de développement humain en République Centrafricaine a commencé à baisser depuis les années 90. Pendant ces dix années, l'Indice de Développement Humain (IDH) a reculé de quelques rangs pour s'installer parmi les 10 pays les moins bien classés, passant de 154<sup>ième</sup> sur 174 pays en 1990 à 165<sup>ième</sup> en 1995 puis au 171<sup>ième</sup> rang sur 177 en 2005 ; en 2006, 172<sup>ième</sup> sur 177. Cela en raison des graves crises militaro-politiques traversées par le pays pendant toute la période 1996-2003 ayant pour conséquences la destruction des infrastructures économiques.

Le taux de scolarisation combiné est passé de 37% en 1994 à 31% en 2002, niveau plus bas que celui de 1960, année de l'indépendance du pays. Cette situation est le résultat de plusieurs années blanches qu'a connues le pays. De ce fait, le taux brut de scolarisation primaire est à moins de 68,7%, tandis que le taux au secondaire est demeuré l'un des plus bas d'Afrique (21%).

En terme de revenu exprimé par le PIB réel par tête d'habitant, un Centrafricain gagnait moins en l'an 2004 (le revenu moyen est estimé à 331 dollars US par an) que ce qu'il touchait en 1990

### **1.1.6 Eau, Assainissement et Style de vie**

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

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

difficile l'appropriation et l'application des enseignements d'une hygiène élémentaire comme l'hygiène corporelle, vestimentaire et alimentaire.

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

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

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

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

### **1.1.7 Transport et communication**

Le réseau routier interne de la RCA est constitué majoritairement de pistes rurales difficilement praticables en saison des pluies ne permettant pas d'accéder à certaines localités. Les voies aériennes quant à elles ne sont pas développées car, le pays compte moins de 20 aérodromes non bitumés et certains pratiquement inutilisables pendant la saison des pluies à cause des inondations et ou de manque d'entretiens.

L'enclavement de la République Centrafricaine constitue l'un des plus sérieux handicaps à son développement car, le pays n'accède à la mer pour ses importations et exportations que par le port de Douala au Cameroun (1470 km) par voie terrestre, et par le port de Pointe Noire en République du Congo (1710 Km) par la voie fluviale. Néanmoins, il existe certains cours d'eau navigables qui permettent d'atteindre les localités inaccessibles par voies terrestres.

Dans le domaine des communications, certaines bases des Directions Régionales, Préfectorales et certains centres de santé sont équipés de moyen de communication radio. Dans le cadre de la collaboration intersectorielle, les émetteurs radio des services de gendarmerie, de la police et des entreprises privées peuvent être utilisés par les responsables des structures de santé. Par ailleurs le développement de la téléphonie mobile facilite la communication entre les principales villes du pays.

A cela il faut rajouter l'existence de connexion Internet dans les villes de Bangassou, Alindao, Berbérati ,Mbaïki ,Bambari ,Bossangoa et Bouar.

## 1.2 Environnement interne du système de santé

### 1.2.1 L'Objectif du Ministère de la santé

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

Pour atteindre cet objectif, la RCA a élaboré pour la période 2006-2015 un Plan National de Développement Sanitaire de deuxième génération (PNDS II) comportant quatre axes stratégiques à savoir :

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

### 1.2.2. Le système de santé et ses principaux problèmes

#### 1.2.2.1. Politique de santé

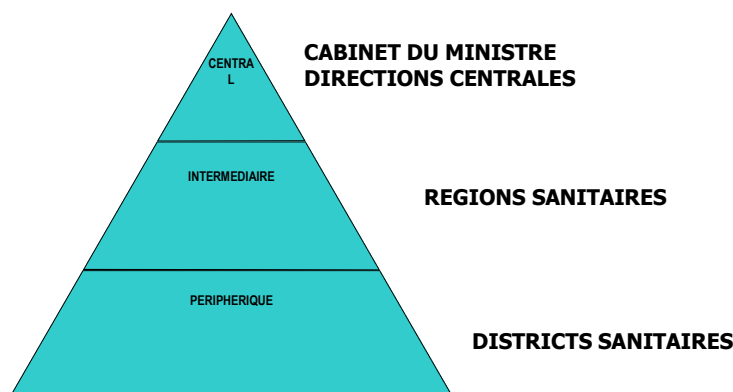
La loi 89.003 du 29 mars 1989 fixe les principes généraux de la santé en RCA. Dans la perspective d'adaptation de cette loi au contexte actuel, une nouvelle politique de santé, clairement définie, validée au niveau technique en 2001 et révisée en 2004, est en cours d'adoption par le Gouvernement.

Cette politique de santé est fondée sur les soins de santé primaires (SSP). Elle est basée sur les principes d'équité, d'accessibilité, d'égalité et de justice sociale.

#### 1.2.2.2 Organisation et fonctionnement du système de santé

En application du scénario en trois phases pour le développement sanitaire dans la région Africaine de l'OMS adoptée par la 35<sup>e</sup> session du Comité Régional réuni à LUSAKA en 1985, le système national de santé de la République Centrafricaine est organisé en une pyramide à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

**Figure 3 : Organisation administrative du système national de santé**



Ces trois niveaux sont clairement définis dans le Décret n° 05.121 du 06 juin 2005 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Population et fixant les attributions du Ministre.

Cette organisation fonctionne selon un mode partiellement décentralisé basé sur la mise en place des organes des Soins de Santé Primaires avec une autonomie partielle de gestion

accordée aux formations sanitaires. Ce système est constitué de deux sous systèmes : administratif et soins.

#### **a) Le sous-système administratif**

Il comprend les 3 niveaux ci-après :

- 1 Le Niveau Central qui comprend le Cabinet du Ministre et les Directions centrales. Il est chargé de la conception et de la coordination de la politique de santé telle que définie par le Gouvernement ; de l'élaboration des normes et standard et de fournir aux niveaux inférieurs un appui stratégique.
- 2 Le Niveau Intermédiaire correspond à la Région Sanitaire. Le pays compte sept Régions Sanitaires depuis l'application de la loi sur la régionalisation et la décentralisation. Chacune d'entre elles compte deux à trois préfectures sanitaires sauf la Région Sanitaire N°7 qui est subdivisée en huit Circonscriptions Sanitaires (Arrêté n° 0155/MSPP/CAB du 23 avril 2002). Chaque Direction Régionale dispose de 3 services techniques. Ce niveau est chargé de transformer les orientations stratégiques en programmes techniques ; et de fournir à son tour des appuis techniques aux Préfectures Sanitaires.
- 3 Le niveau périphérique est constitué des Préfectures Sanitaires qui sont des unités opérationnelles du système de santé. La Préfecture Sanitaire est chargée d'apporter un appui technique aux formations sanitaires de sa juridiction en termes d'encadrement, de mise en œuvre, de supervision, suivi et évaluation des programmes.

#### **b) Le sous-système de soins**

Il est constitué des formations sanitaires qui sont le niveau où les programmes sont traduits en prestations (Activités curatives, préventives et promotionnelles). Elles sont organisées sur un mode hiérarchique à trois niveaux de référence :

- 1 Le premier comprend les postes de santé, les Centres de santé et les Hôpitaux préfectoraux ;
- 2 Le deuxième niveau est constitué des hôpitaux régionaux et universitaires ;
- 3 Le troisième niveau renferme les établissements centraux de diagnostic et de soins spécialisés.

Le pays compte environ 786 structures de soins dont 669 dans le secteur public et 117 dans le secteur privé y compris les cabinets médicaux. Dans le secteur public, les formations sanitaires se répartissent de la manière suivante : 4 hôpitaux centraux, 4 établissements de diagnostics, 5 hôpitaux régionaux, 13 hôpitaux préfectoraux, 181 centres de santé de toutes catégories confondues et 445 postes de santé, une centrale d'approvisionnement en Médicaments Essentiels Génériques (UCM), 17 dépôts régionaux et préfectoraux, 2 établissements diagnostics de référence et 1 centre national de transfusion sanguine. La plupart des infrastructures publiques datent de la période coloniale, sont vétustes et mal équipées. La répartition des infrastructures sanitaires par niveau figure au tableau ci-dessous :

**Tableau n° 2: Répartition des établissements sanitaires selon les régions**

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

Sources : Micro-plans sous préfectures/Carte sanitaire 2003 (Tiré du PNDS 2006-2015)

### 1.2.2.3 Les ressources humaines pour la santé (RHS)

Les données recueillies en septembre 2004 sur le personnel de santé du secteur public ont permis d'avoir une meilleure connaissance de la situation des RHS. Le personnel de santé du privé lucratif ainsi que ceux des organismes caritatifs et projets de coopération bilatérale et multilatérale de promotion sanitaire n'ont pas été pris en considération faute de données disponibles.

En conséquence, les données actuelles sur les RHS en RCA ne sont pas exhaustives bien que celles disponibles permettent d'avoir un aperçu sur la situation.

L'effectif du personnel de santé du secteur public est de 3314 agents toutes catégories confondues (depuis 2005) parmi lesquels 1915 prestataires de soins de santé exerçant dans divers types de structures sanitaires. La distribution régionale du personnel est quasi homogène dans cinq des sept Régions Sanitaires du pays où les effectifs représentent entre

11,61% et 15,57%. Dans les deux autres Régions Sanitaires (RS7 et RS5), on note un grand déséquilibre des effectifs (Région n°7 avec 401 personnes, soit 27,37% ; RS5 avec 95 personnes, soit 6,48%). Par ailleurs, on constate la concentration des médecins spécialistes et des Sages-femmes au niveau de la seule ville de Bangui.

En septembre 2006, une étude sur la disponibilité et les besoins en ressources humaines a été réalisée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population avec l'appui de l'OMS en vue de pourvoir le système de santé en personnel compétent et en nombre suffisant. Par ailleurs, *un plan de développement des ressources humaines est en cours de finalisation par la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique et de la Population, ce qui permettra de minimiser ce déséquilibre dans la répartition du personnel de santé sur le terrain.*

Enfin, dans le cadre des réformes macro-économiques et financières que le Gouvernement est entrain de mettre en œuvre avec l'appui des institutions financières internationales (FMI et Banque Mondiale), le secteur de la santé bénéficiera des facilités de recrutement au cours de l'année 2007, toutefois, le MSPP encourage les conseils et comités de gestion ainsi que les collectivités territoriales à recruter du personnel contractuel afin de combler le déficit en ressources humaines.

**Tableau 3: Répartition du personnel de santé du secteur public par sexe et par région selon les catégories professionnelles (2004)**

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

Source : MSPP/DR

M : Masculin,

F : Féminin

#### 1.2.2.4 Principaux indicateurs

##### a) Les services disponibles

Le pays a défini un Paquet Minimum d'Activités (PMA) par niveau et par catégorie de formation sanitaire (FOSA) par Arrêté ministériel n°185/MSPP/CAB/SG/DGSP du 13 janvier 1994. Ce PMA reste encore très théorique dans son application, faute de ressources

humaines, matérielles et financières. Cependant un processus de réactualisation des normes ainsi que celui de développement des ressources humaines sont en cours.

### **b) Accessibilité aux services**

L'accessibilité géographique aux services de santé dans un rayon de 5 km est passée de 45% en 1995 (EDS-RCA 1994/95) à 65,2% en 2000 (MICS). Cette amélioration cache des disparités selon le milieu de résidence (98% pour le milieu urbain et 47% pour le milieu rural). Il faut noter qu'au moins 25% de la population dans l'arrière pays parcourent plus de 10 Km à pieds ou en utilisant les moyens de fortune pour atteindre une formation sanitaire. La plupart des structures sanitaires surtout en milieu rural sont dépourvues d'équipement adéquat et de matériels de premiers soins. Par exemple d'un ratio d'un (1) lit pour 948 habitants en 2000, on compte en 2003, un (1) lit pour 1025 soit une perte de 7,6 % de capacité d'accueil en raison des derniers événements.

Les barrières qui limitent l'accessibilité aux services de santé sont nombreuses et sont de plusieurs ordres : administratif, financier, géographique, culturel et comportemental. De gros efforts de sensibilisation des prestataires de soins et des bénéficiaires sont à envisager pour minimiser ces barrières et améliorer l'accessibilité des populations aux services de soins.

### **c) Utilisation et qualité des services**

En général, l'utilisation des services de santé reste encore très insuffisante et de qualité médiocre. L'analyse de la situation portera sur les activités de soins curatifs et préventifs:

#### ✓ Soins curatifs

Selon les données du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) 2000, le taux de fréquentation des hôpitaux représente 12% dans l'ensemble du pays ; le taux moyen d'occupation des lits était de 35,4% et la durée moyenne de séjour de 4 jours.

Par ailleurs, pour les accouchements dans les structures de soins, on note que seulement 44% des femmes enceintes au niveau national, ont utilisé les formations sanitaires en 2000 contre 50% en 1995. La fréquence des accouchements dans les formations sanitaires est liée à la proximité des parturientes des formations sanitaires ; plus les parturientes sont proches des FOSA, plus elles accouchent dans celles-ci. C'est le cas en milieu urbain (environ 74%), plus particulièrement dans la capitale Bangui (85%) contre environ 26% en milieu rural.

#### ✓ Soins préventifs

##### • *Consultations Prénatales (CPN).*

La couverture des activités préventives prioritaires n'est pas suffisante. En effet, selon l'enquête MICS 2000, seulement 34% des femmes enceintes ont consulté au moins quatre fois un personnel de santé durant leur grossesse moins qu'en 1994/1995 (40%), soit 51% des femmes en milieu urbain et seulement 24% des femmes en milieu rural. L'enquête a révélé également que le suivi des grossesses est fortement associé au niveau d'instruction des femmes.

##### • *Suivi des nourrissons* (enfants de 0 à 11 mois).

La couverture était de 39% en 2000 pour l'ensemble du pays. La moyenne des visites par nourrisson est de 5,2%. Ceci est largement inférieur aux normes préconisées par l'OMS.

- **Soins promotionnels**

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

- **Médecine et Pharmacopée Traditionnelles**

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

### **1.2.2.5 Suivi, évaluation du système de santé**

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

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

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

- **Autres mécanismes**

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

Les données de base sont fournies par les Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat de 1988 et de 2003, les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) 94-95, les Enquêtes à Indicateurs Multiples (MICS) 96, 2000, 2003 et 2006.

### **1.2.2.6 Réformes du système de santé**

Actuellement des réformes sont envisagées notamment :

- La réorganisation de la plate forme hospitalo-universitaire ;
- L'élaboration d'un projet de loi hospitalière,
- La révision de l'Arrêté 185/MSPP/CAB/SG/DGSP du 13 janvier 1994 portant définition des normes en infrastructures, équipements, ressources humaines et

activités ;

- La révision de l'Arrêté 186/MSPP/CAB/SG/DGSP du 14 janvier 1994 portant organisation et fonctionnement des hôpitaux publics en RCA et l'élaboration d'un projet d'Arrêté portant création et fixant les conditions d'ouverture des établissements privés de soins ;
- L'élaboration et la finalisation du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé.

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

Il s'agit pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population de disposer des documents normatifs relatifs aux infrastructures sanitaires, aux ressources humaines et aux paquets minimums et complémentaires d'activités, ainsi que des textes juridiques réglementant l'implantation et la construction des établissements de soins par les ONG, les organismes nationaux ou internationaux et les autres partenaires privés intervenant dans le domaine de la santé.

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

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

#### **1.2.2.7 Financement des services de santé**

Selon l'analyse de la situation du PNDS 2006-2015, le secteur de la Santé bénéficie de quatre principales sources de financement que sont : le financement public (ressources propres et ressources extérieures), les collectivités, les communautés et le secteur privé. Le tableau 4 présente la situation de la contribution de chaque source de financement.

**Tableau 4: Contribution moyenne par type de dépenses dans le financement de santé (2000-2004) en milliards de F CFA**

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

**Source : Rapport groupe de travail PNDS II**

Au regard de ce qui précède, plus de la moitié (54%) du financement de santé est assurée par les dépenses privées alors que les dépenses publiques représentent un peu plus du tiers (37%) et les autres dépenses (9%). L'évolution des dépenses publiques de santé provenant de n'importe quelles sources de financement est présentée dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 5 : Financement public de la santé (2000-2005) en milliers de F CFA.**

Catégories des dépenses	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Dépenses de fonctionnement	5,185	5,844	5,924	5,874	5,54	5,474
- Salaires	2,9	3,08	3,1	3,4	3,2	3,2
- Biens et services	2	2,44	2,5	2,2	2,2	2,1
- Autres	0,285	0,324	0,324	0,274	0,14	
Dépenses d'investissement	5,7	4,7	5,8	4,8	4,7	4,3
- Budget en capital	0,4	0,5	0,9	1,1	0,6	0,4
- Financement extérieur	5,3	4,2	4,8	3,7	4,0	3,9
Dépenses totales santé	10,885	10,544	11,724	10,674	10,24	9,79
Total Budget de l'Etat	144,5	109,9	159,4	113,6	105,4	61,2
Budget santé % Budget général	7,5%	9,6%	7,4%	9,4%	9,7%	16%
En % du PIB	1,6%	1,5%	1,6%	1,5%	1,4%	0,8
Budget santé par tête d'habitant (en centaine FCFA)	3532,5	3436,6	3741,6	3387,5*		2417,4

*Sources* : Lois de finances 2000-2005

D'une manière générale, le budget de santé en % du PIB demeure faible et constant en 2005 (1,5%). Les dépenses de santé dans le budget de l'Etat sont également faibles, bien qu'il y ait une augmentation en 2005 (16%). La répartition du budget de santé par tête d'habitant, excepté 2005 est en constante régression.

L'analyse des dépenses de santé par source de financement révèle les faits suivants :

*a) Financement sur les ressources propres de l'Etat*

Le budget alloué annuellement au MSPP pour la période 2000-2005 évolue en dent de scie, celui-ci est en constante régression sur la période 2003-2005. Les dépenses de santé à l'exception de l'année 2000 sont consacrées au fonctionnement (plus de 50%). Malgré la volonté exprimée, l'allocation des ressources par le Gouvernement pour les dépenses d'investissement du secteur santé demeure faible.

Selon le Comité de suivi des engagements des dépenses, le niveau de décaissement des fonds au secteur de la santé demeure faible.

**Tableau 6 : Dépense budgétaire (2000 à 2004) sur ressources propres (En milliards de FCFA)**

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

Total réalisation	Nd	nd	nd	<b>3,518</b>	Nd
Taux de réalisation	Nd	nd	nd	<b>50,1 %</b>	Nd

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

#### b) *Financement sur ressources extérieures*

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

Depuis ces dernières années, la tendance générale de l'aide extérieure pour le pays est à la baisse. Le financement extérieur en faveur du secteur de la santé se situe à 4 milliards de Francs CFA en 2004 contre 5,3 milliards en 2000 soit une baisse d'environ 25%. S'il est constitué des investissements et de l'assistance technique, il n'est pas possible en l'état actuel où les informations ne sont pas disponibles de préciser leurs valeurs respectives.

**Tableau 7 : Exécution des dépenses d'investissement de la santé sur ressources extérieures (En milliards de FCFA)**

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

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

Toutefois, hormis le financement des activités de lutte contre le SIDA qui a bénéficié d'un prêt de l'Agence Internationale de Développement (IDA) qui est gelé, la quasi-totalité du financement de la santé est assurée par des subventions.

Le faible taux d'exécution des dépenses sur ressources propres de l'Etat est heureusement compensé par la bonne exécution des dépenses sur ressources extérieures.

Les financements extérieurs proviennent des:

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

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

#### c) *Participation communautaire*

- **Le recouvrement de coûts** : instauré en 1994, ce mécanisme de financement s'effectue par la cession des médicaments génériques, les consultations, les actes et les hospitalisations. Cette forme de participation communautaire a permis à un nombre limité des formations sanitaires dont les Comités et Conseils de Gestions sont dynamiques de répondre à certains besoins de fonctionnement, de renouveler les

stocks des médicaments essentiels génériques (MEG), de contribuer au fonctionnement de la chaîne de froid (pétrole et accessoires) et à l'approvisionnement en vaccins (frais de transport), de prendre en charge les frais de subsistance des équipes de stratégies avancées, même de recruter localement du personnel. Cependant, la majorité des COGES des FOSA est peu performante pour plusieurs raisons dont, entre autres, le non-respect des critères d'éligibilité de leurs membres, le manque de formation, la mauvaise gestion des ressources, etc.

Toutefois, le Ministère de la Santé Publique et de la Population est entrain de prendre des dispositions pour les rendre fonctionnels (nouvelle élection des membres avec un accent sur les femmes et les personnes solvables, la formation des membres, la supervision et le monitoring réguliers des activités).

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

Il convient de remarquer que l'apport des COGES pour co-financer les activités de santé est souvent sous estimé.

#### *d) Financement privé*

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

## **2. ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE**

L'état de santé de la population centrafricaine est caractérisé essentiellement par :

- Une baisse de l'espérance de vie à la naissance ;
- Des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale respectivement de 1355 décès sur 100 000 naissances vivantes, et 132 pour 1000 naissances ;
- Des taux élevés de mortalité infantile et infanto juvénile 220 décès pour 1 000 naissances.
- Une forte prévalence des maladies transmissibles : VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose ;
- Une forte prévalence des maladies menaçant la survie de l'enfant (IRA, maladies diarrhéiques, maladies cibles du PEV, malnutrition et carences nutritionnelles) ;
- Une menace d'épidémies et de catastrophes à cause de l'existence des maladies à potentiel épidémique, des aléas climatiques ou des situations créées par l'homme ;
- Une émergence des maladies non transmissibles : maladies cardio-vasculaires, HTA, diabète, drépanocytose, maladies mentales, cancers, etc.
- Une persistance et émergence de certaines endémies : Trypanosomiase, Onchocercose, lèpre, autres maladies parasitaires ;

L'amélioration de cette situation constitue donc une priorité du Département de la santé et est prise en compte dans les documents stratégiques du DSRP et le PNDS II à travers les différents programmes nationaux de santé.

## 2.1 LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA LEPRE

### 2.1.1 Introduction

Le Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL), créé en 1986, fait partie des trois (3) programmes qui constituent le Service de lutte contre les Maladies Endémiques (SME) au sein de la Direction de la Médecine Préventive et de lutte contre la Maladie (DMPM).

La lutte contre la lèpre en République centrafricaine a connu trois (03) phases d'évolution : la première qui a été marquée par l'introduction de la monothérapie sulfonnée en 1958; la seconde a vu l'adoption du schéma thérapeutique de la poly chimiothérapie (PCT) en 1986 et la troisième qui est celle de la souscription à la stratégie mondiale d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique en 1991.

Dans sa structuration, le PNLL est dirigé par un Médecin Coordonnateur National et comprend trois (3) sections : la section prévention et prise en charge des invalidités (PPI), la section statistiques et la section médicaments et outils de gestion.

Ce document de politique nationale de lutte contre la lèpre définit clairement ses cadres institutionnel et organisationnel à différents niveaux du système de santé en vigueur dans le pays, les principes directeurs et les stratégies post élimination.

### 2.1.2 Evolution de l'endémie lépreuse en RCA

La prévalence de l'endémie lépreuse en RCA a subi d'importantes variations selon la stratégie de lutte contre la lèpre au niveau mondial. En 1958, on pouvait dénombrer 65 388 malades de la lèpre lors de l'introduction de la monothérapie sulfonnée. Cette prévalence s'est stabilisée entre 7 173 à 7 215 cas entre 1986 et 1990 avec l'adoption de la poly chimiothérapie. Depuis 1995, on a enregistré une réduction de la prévalence de 1 768 malades à 320 à la fin de l'année 2006.

La tendance de la prévalence, de la détection et de la proportion des cas de lèpre avec degré d'infirmité 2 parmi les nouveaux cas (selon la classification de l'OMS) de 1995 à 2006 est résumée dans les tableaux et graphique ci-dessous.

Tableau 8 : Evolution de la prévalence de l'endémie lépreuse depuis 12 ans en RCA

Années	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de cas	1768	2242	1266	850	549	472	455	750	952	438	24 1	320
Tx pvlce /10 000hbts	5,67	7,11	3,84	2,51	1,60	1,38	1,24	2,03	2,50	1,15	0,59	0,77

Source : PNLL

L'évolution de la prévalence de la lèpre de 1995 à 2006 relève qu'il y a eu une réduction significative des cas de lèpre dans la population générale mais toute fois environ 320 cas sont dénombrés en 2006.

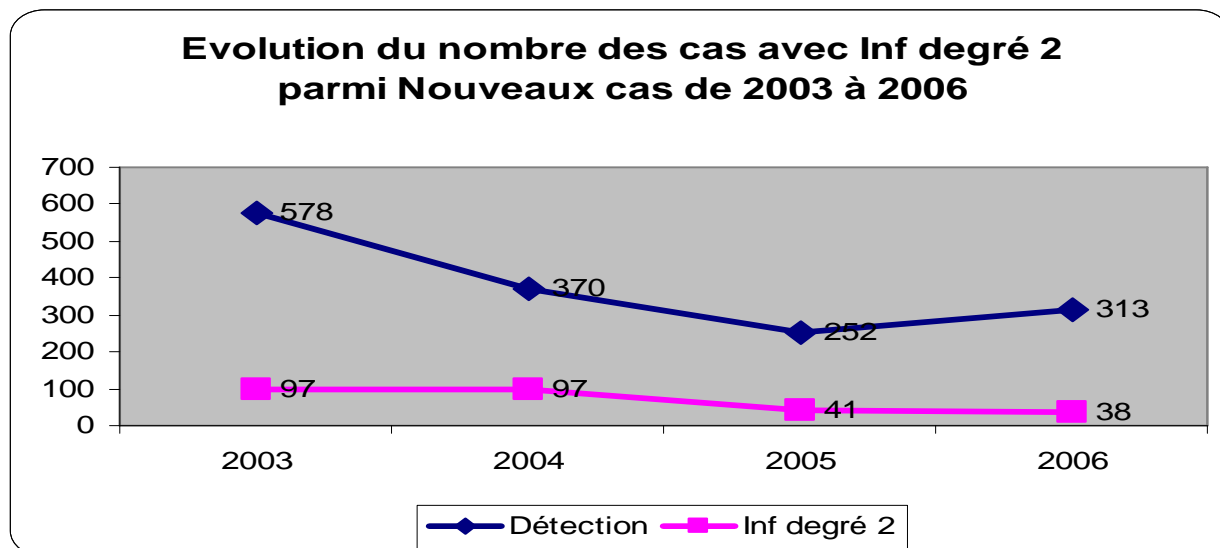
Tableau 9 : Evolution de la détection des nouveaux cas de lèpre depuis 12 ans en RCA

Années	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre de nvx cas	437	480	231	502	422	196	263	441	542	438	279	313

Tx dtct° /10000hbts	1,40	1,52	0,70	1,48	1,23	0,57	0,78	1,19	1,42	0,43	0,69	0,76
------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Source : PNLL

La tendance de la détection au cours des douze dernières années démontre qu'il y a une persistance de la chaîne de transmission de la lèpre au sein de la population générale.



Graphique n°4: Evolution de la détection et des cas de lèpre avec invalidité degré 2 (OMS) de 2003 à 2006 en RCA

Source : PNLL

La charge de la morbidité due à la lèpre représentée ici par l'effectif des malades porteurs d'invalidité de degré 2 parmi les nouveaux cas de 2003 à 2006 montre une persistance des mutilations tributaires d'un retard de dépistage ou d'un mauvais suivi des cas déclarés de lèpre.

### 2.1.3 Situation de la lèpre en fin 2006

- Le taux de prévalence = 0,77 cas pour 10 000 habitants
- Le taux détection = 0.76 cas pour 10 000 habitants
- Proportion de nouveaux cas MB = 70 %
- Proportion de nouveaux cas avec un degré d'invalidité 2 = 12.14 %
- proportion des enfants parmi les nouveaux cas < 15 ans = 19.17 %
- Proportion des femmes parmi les nouveaux cas = 50%
- La couverture géographique en PCT = 67.3 %

- La couverture thérapeutique en PCT des malades dépistés = 100 %

#### **2.1.4 Identification des problèmes spécifiques à la lèpre :**

- Faible taux d'achèvement adéquat de la PCT
- Taux élevé des invalidités de degré 2 parmi les nouveaux cas

#### **2.1.5 Points forts, points faibles, contraintes, atouts et opportunités dans le domaine de la lutte contre la lèpre**

##### **2.1.5.1 Points forts**

- Engagement politique du Gouvernement à soutenir la lutte contre la lèpre ;
- Disponibilité des partenaires au développement à appuyer le programme ;
- Existence d'un arrêté mettant en place le Groupe National Spécial de travail pour l'élimination de la lèpre ;
- Appropriation du programme par le Ministère de la santé publique ;
- Révision des documents stratégiques du programme.

##### **2.1.5.2 Points faibles**

- Faible intégration des activités dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) des services de santé ;
- Mise en œuvre insuffisante des directives du programme aux niveaux intermédiaire et opérationnel ;
- Absence de la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge des complications dues à la lèpre ;
- Insuffisance de ressources financières pour la mise en œuvre des activités de lutte ;
- Absence d'un plan intégré de communication ;
- Faible mobilisation sociale en faveur de la lutte contre la lèpre ;
- Faible couverture géographique des services lèpre ;
- Absence du système de référence et de contre référence ;
- Insuffisance de formation et de recyclage des agents de santé impliqués dans la lutte contre la lèpre (Léprologue, Techniciens supérieurs en léprologie) ;
- Faible performance du système de surveillance de la maladie ;
- Insuffisance de moyens logistiques ;
- Retard dans la mise en œuvre du programme de prévention et de prise en charge des invalidités ;
- Inopérationalité du Groupe Spécial National de Travail sur l'élimination de la lèpre
- Démotivation du personnel de santé ;
- Absence d'un plan de viabilité financière du programme de lutte contre la lèpre.

##### **2.1.5.2 Contraintes**

Ces contraintes se situent à plusieurs niveaux :

- **Au niveau socio culturel**

Les pesanteurs socio culturelles caractérisées par des préjugés négatifs persistants au sujet de la maladie n'encouragent pas l'élan habituel de solidarité et d'amour des communautés à

l'endroit des malades et handicapés de la lèpre. Ce qui pousse ces derniers à se mettre en marge de la société et de ce fait vivent isoler des autres membres de la communauté.

- **Au niveau économique**

L'insuffisance des ressources de l'Etat qui entraîne la pauvreté généralisée des ménages n'épargne pas les malades de la lèpre qui sont souvent réduits à une assistance de la communauté.

- **Au niveau du partenariat**

L'effectif réduit des partenaires en appui au programme (OMS, ALES) limite la mise en œuvre des activités programmées.

- **Au niveau juridique et réglementaire**

Les principales questions de droits de l'homme concernant les malades de la lèpre sont la dignité de la personne et l'égalité d'accès à des traitements adéquats.

Très peu d'actions sont menées dans le domaine de sensibilisation des communautés afin de combattre la discrimination et la stigmatisation des malades et handicapés de la lèpre, ce qui constitue un obstacle à leur réinsertion sociale.

- **Au niveau sécuritaire**

L'insécurité que traverse le pays depuis une décennie constitue une entrave à la mise en œuvre adéquate des interventions de terrain, réduisant de ce fait la performance au niveau opérationnel.

- **Au niveau géographique**

L'inaccessibilité géographique de certaines zones situées le long des cours d'eau ou en grande forêt, la mobilité des populations nomades (pygmées, peuhls, réfugiés) et l'absence d'infrastructures sanitaires ne permettent pas le dépistage précoce et la prise en charge correcte des cas de lèpre.

#### **2.1.5.4 Atouts et opportunités**

Le programme national de lutte contre la lèpre doit mettre à profit les atouts et opportunités ci-après pour la mise œuvre de la nouvelle politique :

- Développement d'une stratégie de prise en charge spécifique des cas de lèpre en milieu pygmées
- Existence d'une stratégie de prévention et de prise en charge médicale des invalidités dues à la lèpre
- Collaboration avec le Ministère des affaires sociales dans la prise en charge socio économique des handicapés de la lèpre
- Existence d'une stratégie de circuits de relais communautaires
- Intégration de l'enseignement de la lèpre dans le cursus des agents de santé en collaboration avec la FAC.S.S
- Développement de collaboration avec les services de spécialités médicales pour la prise en charge médicale des complications

### **3. JUSTIFICATION ET FONDEMENTS DE POLITIQUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA LEPRE**

Avec un taux de prévalence de 0.59 cas pour 10.000 habitants en fin 2005, la République Centrafricaine a atteint le seuil d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. A l'issue de l'évaluation du plan biennal 2004-2005, un plan triennal 2006-2008 a

été élaboré et s'est focalisé sur les activités post élimination dont les stratégies ont été les suivantes :

- Intensification des activités avec une forte implication de la communauté pour la consolidation des acquis au niveau national;
- La recherche active des poches cachées et des malades perdus de vues ;
- L'enregistrement et la prise en charge des cas d'invalidités dues à la lèpre.

Deux (02) ans après la mise en œuvre des interventions pertinentes, la prévalence au niveau national a été maintenue en dessous du seuil d'élimination respectivement 0.59 et 0.77 cas pour 10.000 habitants en 2005 et 2006. Par contre la détection annuelle est passée de 279 à 313 nouveaux cas en 2005 et 2006.

Conformément aux recommandations pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour réduire davantage la morbidité due à la lèpre et soutenir les activités de lutte contre la lèpre adoptée consensuellement en 2006 par l'Association des Fédérations Internationales de lutte contre la lèpre et l'OMS, et à l'instar des autres pays d'endémie de la lèpre, la République centrafricaine a opté pour la révision des orientations stratégiques de lutte en mettant un accent sur le *maintien de services lèpre intégrés de qualité comprenant non seulement la détection des cas et le traitement par la polychimiothérapie, mais aussi la prévention des incapacités et la réadaptation physique des malades de la lèpre au cours de la période 2008-2010.*

### **3.1 VISION ET OBJECTIFS**

#### **3.1.1 Vision**

La vision de la nouvelle politique de lutte contre la lèpre à l'horizon 2010 consiste à alléger le fardeau dû à la lèpre à travers une gestion cohérente et efficace du programme en tenant compte des orientations de la nouvelle stratégie et des spécificités nationales

#### **3.1.2 Objectifs**

##### **3.1.2.1 Objectif général**

Renforcer la qualité des services lèpre en vue de la consolidation des acquis de l'élimination.

##### **3.1.2.2 Objectifs spécifiques**

- Renforcer la mobilisation sociale en faveur de la lutte contre la lèpre dans toutes les communautés ;
- Renforcer les capacités des agents de santé ;
- Assurer des services lèpre de qualité pour tous les individus malades de la lèpre ;
- Eliminer la lèpre en tant que problème de santé publique au niveau de toutes les Préfectures Sanitaires d'ici 2010 ;
- Assurer une prise en charge médicale adéquate des handicapés de la lèpre ;
- Intensifier la surveillance de la lèpre au niveau des Régions Sanitaires ;
- Assurer le suivi/Evaluation des activités de lutte contre la lèpre ;

### **3.2 ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LUTTE CONTRE LA LEPRE**

Les grands axes stratégiques pour la mise en œuvre des activités de la lutte contre la lèpre sont :

- Intégration des activités de lutte contre la lèpre dans les structures des SSP ;
- Renforcement du système de surveillance et de la prise en charge des cas ;
- Implication de la communauté entre autre par l'utilisation des relais communautaires ;
- Prévention et prise en charge des invalidités dues à la lèpre ;
- Promotion de la recherche opérationnelle.

### 3.2.1 Intégration des activités de lutte contre la lèpre dans les services de soins de santé primaires

L'implication de la communauté (leaders communautaires, relais communautaires, personnels éducateurs et enseignants, ONGs) dans la mise en place des programmes spécifiques en faveur de la lutte s acteurs communautaires constitue une garantie pour une prise en charge précoce des cas de lèpre, une couverture adéquate en PCT, mais aussi pour une durabilité dans la résolution des problèmes de la lèpre.

Elle se fera par :

- Renforcement des capacités de certains agents de santé et membres de la communauté au niveau périphérique ;
- Mise à disposition des directives simplifiées aux agents de santé à la périphérie pour assurer des services de qualité;
- Définition des normes de qualité de soins à dispenser par catégorie des formations sanitaires ;
- Promotion de la supervision technique de qualité des agents de santé et autres intervenants dans la lutte contre la lèpre ;
- Fourniture des informations précises sur la maladie, ses possibilités de guérison et les services disponibles au centre de santé le plus proche (communications de bouche à oreille) à la population;
- L'introduction dans le curricula des étudiants de la Faculté des Sciences de la Santé (FAC.S.S) de modules d'enseignement sur la lutte contre la lèpre.

### 3.2.2 Dépistage des cas de lèpre

L'élément essentiel du programme de lutte contre lèpre est de pouvoir atteindre tous les patients de la lèpre et d'encourager l'auto-notification des cas par :

- La communication interpersonnelle (CIP) qui reste le meilleur moyen de faire passer des messages corrects concernant la maladie, ses possibilités de guérison et les services disponibles à la formation sanitaire la plus proche.
- L'accessibilité aux services lèpre de toute personne affectée par la maladie quelque soit son milieu (zone difficile d'accès, situations spéciales).
- L'indépendance et l'auto-prise en charge des cas de lèpre faisant intervenir les organisations de la communauté et les habitants eux-mêmes (maintien de service lèpre pour les zones à infrastructures sanitaires insuffisantes ou inexistantes)

### 3.2.3 Diagnostic des cas de lèpre

Il est du ressort du responsable de la formation sanitaire PCT et doit inclure :

- La définition opérationnelle des cas de lèpre ;
- Les caractéristiques de la lésion cutanée ;
- La classification des cas selon la forme ;
- La réalisation du bilan neurologique ;

- Le remplissage exhaustif des supports de collecte de données (fiche de notification, fiche d'assiduité, cahier de traitement) ;

### 3.2.4 Traitement des cas de lèpre

L'utilisation de la PCT dans le traitement de la lèpre a amélioré positivement la prise en charge des malades de la lèpre par rapport à la monothérapie. Cependant, un dépistage et un traitement précoces des cas par la polychimiothérapie resteront les éléments clé de la politique nationale.

La base du traitement de la lèpre doit tenir compte de :

- La large information du malade sur les avantages de la polychimiothérapie ;
- L'existence d'un service conseil pour le malade ;
- La durée du traitement par forme de lèpre ;
- L'intérêt d'un suivi régulier dans une formation sanitaire (prise supervisée et bilan neurologique) ;
- La souplesse dans la conduite du traitement (PCT accompagnée, PCT souple) ;
- La tenue de la fiche d'assiduité ;
- Le respect des lignes directrices nationales concernant la durée du traitement.
- La gratuité du traitement comme maître mot de la délivrance de la PCT aux malades ;
- La fourniture de la PCT à tous les niveaux du système de santé afin de garantir sa disponibilité aux malades.

NB. L'agent de santé au niveau de la formation sanitaire PCT pose le diagnostic des cas de lèpre et met en route immédiatement le traitement PCT. Le Superviseur Lèpre Préfectorale, lors de son passage, doit revoir chaque malade nouvellement inscrit dans le cahier de traitement, pour confirmer le cas selon la forme en présence du responsable de la formation sanitaire et lui affecter un numéro matricule. Dans le cas où le diagnostic de lèpre est infirmé, le Superviseur Lèpre Préfectoral remercie le malade, encourage l'agent de santé et ce cas est rayé du cahier de traitement de la formation sanitaire avec la mention **Erreur de diagnostic**.

### 3.2.5 Système d'orientation-recours

Le réseau d'orientation-recours doit faire partie intégrante du système intégré de santé. Dans le cas de la lutte contre la lèpre, ce réseau sera indispensable dans la prise en charge des réactions lépreuses et les soins chroniques à travers :

- L'intégration de la prise en charge des réactions lépreuses en fonction de la catégorie de formations sanitaires et de la qualification des agents de santé ;
- La définition claire du circuit d'orientation-recours ;
- La définition du paquet minimum de soins chroniques par niveau du système de santé ;
- La définition de l'indication du traitement par la corticothérapie (Prednipac)
- La fourniture des chaussures et prothèses pour les invalides et handicapés ;
- La collaboration avec les autres responsables des unités médicales spécialisées dans la prise en charge de certaines complications (oculaires, chirurgicales, physiothérapie, kinésithérapie etc...)

### 3.2.6 Prévention de l'infirmité (POD) et soins à s'auto administrer à domicile

Les principales questions de droits de l'homme concernant les malades de la lèpre sont la dignité de la personne humaine et l'égalité d'accès à des traitements adéquats.

Seront développés dans le cadre de cette politique :

- Le dépistage et la prise en charge efficaces des réactions et atteintes nerveuses dues à la lèpre;

- La réalisation systématique du bilan neurologique ;
- Un service de conseils adéquat sur l'auto prise en charge;
- La participation des membres de la famille aux soins à domicile;
- Le développement et l'emploi de chaussures et autres articles produits localement, et acceptables aux plans culturels et esthétiques.

### 3.2.7 Réadaptation des déficiences et incapacités dues à la lèpre

Le concept de réadaptation englobe des questions qui sont directement liées à la situation socio-économique du pays, et des problèmes et questions liées à la pauvreté, l'inégalité et le développement durable.

Ce volet tiendra compte de la collaboration avec le programme de la réinsertion sociale en partenariat avec le département des affaires sociales.

### 3.2.8 Enregistrement, notification et surveillance

Des directives claires seront développées et tiendront compte de :

- Rythme d'établissement des rapports par niveau ;
- Tenue à jour régulière du cahier de traitement au niveau des formations sanitaires ;
- Conseils de routine, la recherche des abandons et le suivi ;
- Non-réenregistrement (recyclage) de tout cas ancien comme nouveau cas.

### 3.2.9 Questions organisationnelles à l'attention de la coordination du programme

Pour améliorer la qualité des interventions au niveau des services de prise en charge des cas de lèpre, il est important de définir et développer le contenu des interventions techniques et de soutien à la lutte contre la lèpre.

Les aspects suivant sont à développer :

- Formation des agents de santé et des agents communautaires (modules de formations en fonction de la catégorie) ;
- La supervision des agents de santé (les tâches du superviseur à différents niveaux du système de santé et la liste de contrôle lors de la supervision par niveau) ;
- La mobilisation sociale ;
- Le monitoring ;
- La mise à jour des registres et fichiers lèpre

### 3.2.10 Partenariat

Avec l'engagement politique du Gouvernement à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Population et l'appui des partenaires au développement (OMS, ALES, Secours Catholique Canada), le Programme National de lutte contre la Lèpre a connu des réalisations. Mais, compte tenu des exigences de la lutte, un plaidoyer est souhaité pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires externes et locales afin de renforcer la mise en œuvre des interventions programmées.

### 3.2.11 Promotion de la recherche

Les secteurs prioritaires pour la recherche à explorer dans le cadre de la lutte contre la lèpre durant la période couverte par la présente politique, seront la prévention et la gestion des déficiences et réactions de la fonction nerveuse, l'amélioration de la chimiothérapie, le

développement et le perfectionnement d'outils diagnostiques et la recherche opérationnelle permettant d'améliorer la viabilité et l'intégration des services lèpre.

### 3.2.12 Renforcement des capacités institutionnelles

Les priorités dans le cadre du renforcement des capacités institutionnelles sont :

- La formation de trois (3) léprologues ;
- La formation de quatre (4) techniciens supérieurs en léprologie ;
- La formation de deux (2) chirurgiens plasticiens ;
- La réhabilitation/construction des infrastructures ;
- L'équipement, la maintenance et l'entretien de la logistique.

### 3.2.13 Indicateurs de surveillance, de suivi et d'évaluation

Le système d'information doit inclure les indicateurs mentionnés dans le document de la stratégie mondiale en tenant compte de la spécificité du pays.

Ce sont :

#### **a) Principaux indicateurs pour le suivi des progrès**

- Nombre de nouveaux cas dépistés par an.
- Taux de nouveaux cas dépistés par an pour 10 000 habitants.
- Taux d'achèvement du traitement de la PCT.
- Prévalence enregistrée.

#### **b) Autres indicateurs de dépistage de cas**

- Proportion de cas nouveaux présentant des déficiences/incapacités de degré 2 au moment du diagnostic.
- Proportion des enfants de moins de 15 ans parmi les nouveaux cas.
- Proportion de cas multibacillaires parmi les nouveaux cas.
- Proportion de femmes parmi les nouveaux cas.

#### **c) Indicateurs de prise en charge et de suivi des patients**

- Proportion de nouveaux cas vérifiés comme correctement diagnostiqués
- Proportion d'abandons de traitement
- Nombre de rechutes
- Nombre de cas développant les réactions
- Proportion de patients développant des incapacités
- Rapport Prévalence/Détection

- Proportion des formations sanitaires disposant des services PCT

#### **4. CADRE INSTITUTIONNEL DE LA MISE EN ŒUVRE**

Depuis 1996, la vocation du programme est d'arriver à une intégration complète de la lutte contre la lèpre aux services de soins de santé primaires. Des régions sanitaires ont fait des progrès importants dans ce domaine mais dans l'ensemble, les résultats de cette intégration sont assez faibles.

Le document de politique nationale de lutte contre la lèpre nécessite pour sa mise en œuvre, un cadre institutionnel souple et cohérent faisant intervenir essentiellement pour satisfaire les exigences de l'intégration au système sanitaire, les structures décentralisées du Ministère de la Santé Publique et de la Population, les autres Ministères connexes, le Groupe National Spécial de Travail sur l'élimination de la lèpre (Task Force Lèpre), les partenaires au développement et les communautés.

Cette intégration passe par:

- la décentralisation de l'exécution des activités techniques
- et la délégation du pouvoir de prise de décisions pour rendre opérationnelles les structures de gestion du programme.

##### **4.1 ROLE DES SERVICES DE SANTE**

L'intégration de la lutte contre la lèpre dans les structures de soins de santé primaires mérite la définition du rôle que chaque niveau devra jouer dans sa mise en œuvre. Ce rôle est le même que celui que jouent les différents niveaux du système de santé.

- ◆ La coordination nationale est chargée de :
  - Définir les priorités qui permettront de réaliser des progrès ;
  - Organiser le cadre national et le plan annuel de mise en œuvre des priorités ;
  - Renforcer l'intégration du programme dans les structures des soins de santé primaires ;
  - Mobiliser les ressources nécessaires en collaboration avec les partenaires,
  - Organiser la gestion rationnelle des ressources allouées au programme ;
  - Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités au niveau des régions sanitaires ;
  - Développer et mettre en place les supports de données dans les régions sanitaires;
  - Procéder à la synthèse nationale des rapports statistiques des régions sanitaires ;
  - Organiser la mise en place des stocks de médicaments spécifiques de traitement de la lèpre dans les régions sanitaires ;
  - Organiser des réunions nationales périodiques de concertation entre les régions sanitaires ;
  - Venir en Appui à l'organisation des actions spéciales pour l'élimination de la lèpre dans la région ;
  - Organiser le suivi et l'évaluation périodique du programme ;
  - Rendre compte des progrès réalisés par le programme au Ministre de la santé et aux partenaires du programme.

◆ L'équipe cadre de la région sanitaire est chargée de :

- Elaborer un plan régional de lutte contre la lèpre en tenant compte des spécificités régionales et au regard des priorités nationales ;
- Assurer une répartition équitable des stocks de médicaments spécifiques dans les préfectures sanitaires;
- Assurer la formation des responsables préfectoraux sur la gestion du programme de lutte contre la lèpre ;
- Gérer les ressources (humaines ; financières, matérielles) disponibles pour le programme dans la région sanitaire ;
- Apporter l'appui technique nécessaire à la mise en œuvre correcte des activités dans les préfectures sanitaires ;
- Superviser les agents de santé impliqués dans le programme au niveau des préfectures sanitaires ;
- Conduire l'organisation des actions spéciales pour l'élimination de la lèpre dans la région sanitaires;
- Mettre les supports de données et d'information en place dans les préfectures sanitaires ;
- Procéder à la synthèse régionale des rapports statistiques des préfectures ;
- Rendre compte des progrès réalisés par le programme à la coordination nationale du programme ;
- Organiser périodiquement des réunions de coordination régionale ;
- Faire l'évaluation périodique du programme.

◆ L'équipe cadre de la préfecture est chargée de :

- Elaborer le plan d'action préfectoral de lutte contre la lèpre ;
- Gérer les ressources (humaines, financières, matérielles) disponibles pour le programme dans la préfecture sanitaire;
- Organiser la mise en œuvre des activités dans les formations sanitaires ;
- Former les agents de santé à la prise en charge correcte des cas de lèpre,
- Former les relais communautaires au suivi des patients et à la sensibilisation de la communauté ;
- Contribuer à la mise en œuvre des actions spéciales pour l'élimination de la lèpre dans la préfecture ;
- Former les volontaires et les handicapés sur les soins à domicile ;
- Doter les formations sanitaires en médicaments spécifiques pour le traitement des cas de lèpre;
- Disponibiliser les outils de gestion dans les formations sanitaires ;
- Assurer la supervision des agents de santé dans les formations sanitaires ;
- Collecter et faire la synthèse mensuelle des rapports statistiques lèpre des formations sanitaires ;
- Faire l'évaluation périodique du plan d'action ;
- Rendre compte du niveau de réalisation des plans d'action au niveau régional.

◆ L'équipe de la formation sanitaire est chargée de :

- Assurer le dépistage précoce des cas de lèpre ;
- Assurer la prise en charge correcte des cas de lèpre et des réactions lépreuses,
- Assurer les soins curatifs et préventifs aux handicapés ;
- Tenir les outils de gestions du programme;
- Etablir les rapports mensuels d'activités ;
- Surveiller et évaluer le programme ;

- Renforcer le partenariat avec d'autres services et organisations impliqués dans la lutte contre la lèpre ;
- Participer activement aux actions spéciales organisées dans la communauté ;
- Développer les actions d'IEC en faveur de la lutte contre la lèpre au sein de la communauté.

◆ L'équipe de la formation sanitaire de référence :

Les centres de référence sont chargés de :

- Elaborer le plan d'action de prise en charge des complications et des invalidités dues à la lèpre ;
- Gérer rationnellement les ressources mises à la disposition du centre (matérielles et financières) ;
- Confirmer les cas de diagnostic difficile (rechutes, réactions lépreuses, lésions nerveuses, frottis cutané...)
- Prendre en charge correctement les réactions lépreuses et les autres complications de la lèpre (Chirurgie, ophtalmologie, kinésio thérapie, physiothérapie...)
- Superviser les agents dans les centres périphériques ;
- Assurer la formation des agents dans les centres périphériques ;
- Tenir les outils de gestion du programme;
- Etablir des rapports mensuels d'activités ;
- Rendre compte des activités réalisées à la hiérarchie supérieure ;
- Evaluer le plan d'action.

◆ L'équipe du centre de santé intégré est chargée de :

- Elaborer le plan d'action de prise en charge des complications et des invalidités dues à la lèpre ;
- Gérer rationnellement les ressources (matérielles et financières) mises à la disposition du centre ;
- Confectionner les chaussures orthopédiques et les prothèses
- Tenir les outils de gestion du programme;
- Etablir des rapports mensuels d'activités ;
- Rendre compte des activités réalisées à la hiérarchie supérieure ;
- Evaluer le plan d'action.

◆ Le Groupe Spécial National de Travail sur l'élimination de la lèpre est chargée de :

- Renforcer l'engagement politique en impliquant les autorités nationales et locales dans la mise en œuvre des décisions sur l'élimination de la lèpre ;
- Initier une analyse profonde de la situation de la lèpre dans le pays ;
- Veiller à l'élaboration d'un plan intensif d'élimination de la lèpre ;
- Examiner le plan intensif d'élimination de la lèpre ;
- Organiser la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan intensif d'élimination de la lèpre ;
- Donner des orientations pour la mise en œuvre des activités du plan intensif.
- Participer au suivi de l'élimination de la lèpre ;
- Participer à l'évaluation périodique du programme ;
- Soutenir la collaboration entre les différents partenaires impliqués dans l'élimination.

### **4.3 ROLE DES COMMUNAUTES**

La communauté doit participer davantage aux activités de lutte contre la lèpre, spécialement pour modifier l'image négative de la lèpre et la stigmatisation associée à la maladie. Il faudra pour cela recenser les obstacles entravant la participation de la communauté et élaborer des stratégies pour promouvoir l'action de la communauté.

La communauté est chargée de :

- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'action au niveau local ;
- Encourager les suspects de la lèpre à se présenter dans les formations sanitaires pour le diagnostic des tâches ;
- Suivre les malades sous traitement ;
- Appuyer les handicapés à la réalisation des soins à domicile ;

### **4.4 ROLE DES PARTENAIRES**

Les principaux partenaires qui interviennent dans la lutte contre la lèpre en République Centrafricaine sont :

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- Association des Fédérations Internationales de lutte contre la lèpre (ILEP) à travers Aide aux Lépreux Emmaüs Suisse (ALES) ;
- Fondation Nippon SASSAKAWA.

Ils sont chargés de favoriser les contacts avec les représentations régionales et les ONGs internationales dans l'appui à la mise en œuvre de la politique de lutte contre la lèpre et dans un souci de renforcement du partenariat international et des actions nécessaires pour la mobilisation des ressources.

## **5. Cadre organisationnel**

Depuis plusieurs années, la nécessité d'introduire la PCT dans les formations sanitaires périphériques a été perçue par les autorités sanitaires de notre pays. Des efforts ont été faits pour y parvenir. La formation du personnel a été faite en partie et en série, mais le taux de couverture géographique en PCT est encore un des plus faibles de la région africaine (60.33 %).

Le renforcement du cadre organisationnel favorisera le développement rapide de la couverture géographique des services de santé par la PCT.

### **5.1. BUT**

Le but de renforcement du cadre organisationnel est de rappeler les responsabilités des différents acteurs et de créer les conditions favorables à une intégration réelle.

### **5.2. STRUCTURE DU PNLL**

Le programme national de Lutte contre la lèpre est l'un des programmes du Ministère de la Santé Publique et de la Population placé, sous la Direction de la Médecine Préventive et de lutte contre la Maladie.

La structure du PNLL repose sur celle du système de santé en place avec les trois niveaux :

**Niveau central** : La coordination nationale du programme est sous la responsabilité d'un Médecin Coordonnateur.

**Niveau intermédiaire** : La Section régionale de lutte contre la lèpre est une section du Service de Coordination et de Suivi des Soins de Santé Primaires de la Direction de la région sanitaire. Elle est sous la responsabilité d'un Chef de Section Régionale Lèpre/Tuberculose.

**Niveau périphérique** : La lutte contre la lèpre au niveau préfectoral est placée sous la responsabilité directe du Chef de la préfecture sanitaire. Il est assisté d'un Superviseur Lèpre Préfectoral.

La mise en œuvre des activités de lutte contre la lèpre est assurée par les Responsables des formations sanitaires.

### ***5.3. FONCTIONS, ACTIVITES ET TACHES***

Les principales fonctions se résument en 4 domaines :

- Le dépistage précoce ;
- La prise en charge des malades ;
- L'organisation des services de lutte ;
- Le suivi et l'évaluation.

Les activités et les tâches spécifiques à chaque niveau sont présentées dans le chapitre du cadre institutionnel et le guide des directives opérationnelles de lutte contre la lèpre.

### ***5.4. FORMATION DU PERSONNEL***

- La formation des formateurs en gestion du programme lèpre sera organisée à l'intention des équipes cadres régionales et préfectorales par la coordination nationale avec l'appui des partenaires.
- Le recyclage ou la formation des Chefs de sections régionales lèpre et Superviseurs Lèpre Préfectoraux sera organisé par l'équipe cadre régionale et les Chefs des préfectures sanitaires assistés du niveau central.
- Les Chefs des Préfectures sanitaires assistés de leurs superviseurs lèpre organiseront la formation des agents de santé de leurs préfectures respectives.
- A coté de cette formation classique, la formation par l'auto apprentissage sera introduite à titre pilote dans certaines régions sanitaires.

### ***5.5. GESTION DES MEDICAMENTS***

- L'estimation annuelle des besoins, pour l'année à venir, sera faite par les Chefs des préfectures sanitaires au mois de juin de chaque année. L'équipe cadre régionale se chargera de la synthèse qui sera transmise à la coordination au mois de juillet de la même année.
- La commande nationale sera soumise à la signature du Ministre de la Santé par la coordination nationale et transmise à l'OMS avant la fin du mois d'août pour les besoins de l'année suivante.
- Le stock national sera géré par le Coordonnateur National.

- L'approvisionnement des régions sanitaires sera semestriel et tiendra compte des règles de calcul des stocks.
- Les stocks de chaque région seront gérés par Chef de section régionale Lèpre/tuberculose qui est chargé de leur répartition dans les préfectures sanitaires sous la supervision du Directeur de la région sanitaire.
- L'approvisionnement des préfectures sanitaires sera trimestriel au niveau des bases des régions sanitaires en tenant compte des règles de calcul des dotations nécessaires.
- Au niveau des formations sanitaires, la dotation en médicaments spécifiques du traitement de la lèpre par la Préfecture sanitaire est mensuelle et sera fonction du nombre de malades en traitement.
- Pour tous les niveaux, les tournées de supervision offriront l'occasion pour ajuster les stocks.
- Le stock admis dans les formations sanitaires ne doit pas excéder quatre mois de traitement. Tandis qu'aux niveaux régional et préfectoral, ce stock sera de 6 mois.
- Une fiche de stock sera mise en place aux niveaux national, régional, préfectoral et dans les FOSA.
- Les kits de soins pour handicapés sont stockés au niveau des préfectures sanitaires et distribués aux handicapés porteurs d'ulcérations.

NB : La corticothérapie utilisée dans le traitement des réactions lépreuses sévères (Prednipac ®) est pré positionnée au niveau des centres de référence et sera exclusivement servie après une bonne documentation du cas.

## ***5.6. SUPERVISION DU PERSONNEL***

- La Coordination Nationale organisera une supervision semestrielle des responsables régionaux. A cette occasion, il visitera au moins une préfecture sanitaire et deux FOSA en PCT afin d'apprécier la qualité de la prise en charge des malades et d'appréhender les problèmes de mise en œuvre.
- L'équipe cadre régionale organisera une supervision semestrielle des équipes cadres des préfectures sanitaires. A chaque supervision, elle visitera quelques FOSA en PCT. Elle profitera de ces visites pour réaliser la formation/recyclage des agents de santé.
- Le superviseur lèpre préfectoral sous la responsabilité du Chef de la préfecture sanitaire entreprendra une supervision mensuelle des FOSA en PCT. Ces supervisions permettront d'aider les agents à améliorer la qualité de la prise en charge des malades et seront les occasions de mise à jour des registres et des fichiers lèpre. Il visitera quelques FOSA PCT de telle sorte qu'à la fin de l'année, il aura visité au moins une fois chaque FOSA PCT de sa circonscription.

- Chaque supervision fera l'objet d'un rapport qui sera adressé au niveau hiérarchique supérieur.
- Une fiche standard de supervision sera mise en place à tous les niveaux.
- La mise à jour des registres et fichiers lèpre (MAJ) sera combinée à la supervision dans les zones visitées.

NB. La supervision sera de type intégré aux niveaux central et régional, tandis qu'au niveau des préfectures elle sera thématique.

## **5.7. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE**

Outre l'introduction de quelques variables du PNLL dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), le programme lèpre a mis en place une organisation simple et coordonnée de collecte et d'analyse des données disponibles sur la lèpre pour faciliter le suivi des progrès réalisés.

- Le système d'information simplifié de la lèpre est basé sur l'exploitation de cinq (5) supports de collecte de données suivants :
  - La fiche individuelle du malade est le support de suivi de l'état évolutif de chaque malade. Elle est établie pour chaque nouveau cas ou pour les repris en traitement dont l'ancien dossier n'a pas été retrouvé. Elle doit être disponible dans chaque FOSA PCT. Elle est tenue par le responsable de centre.
  - La fiche d'assiduité au traitement où sont consignés les rendez-vous et le nombre de prises de PCT est gardée par le malade.
  - Le cahier de traitement est fonction de la forme de la lèpre : un cahier PB et un cahier MB. Le cahier de traitement est mis en place dans toutes les FOSA PCT. Le chef de la formation sanitaire est responsable de la tenue du cahier de traitement.
  - Le registre préfectoral est un support qui permet l'enregistrement de tous les malades de la préfecture. Le superviseur lèpre de la préfecture est responsable de sa mise à jour.
  - La fiche de rapport statistique lèpre est disponible dans les FOSA PCT, les préfectures et les régions. A chaque niveau une synthèse est faite par les responsables et transmise au niveau hiérarchique supérieur. Les rapports doivent parvenir dans la première semaine qui suit la fin de la période.
- Les rapports de synthèse nationale trimestriels, semestriels et annuels sont élaborés par la coordination du programme prenant en compte les tendances des indicateurs essentiels et soumis à la signature du Chef du département pour publication.
- Chaque responsable à différents niveaux du système de santé est tenu après exploitation et synthèse de faire un feedback au niveau inférieur.

NB. Dans le souci de disposer d'une base de données fiables, l'informatisation des données sera introduite progressivement au niveau des régions et préfectures sanitaires pour améliorer la gestion des données.

## **5.8. MONITORAGE**

- La Coordination Nationale organisera un monitoring pour l'élimination de la lèpre (LEM) au niveau national selon une périodicité de deux (02) ans. Ce monitoring permettra de mesurer l'intégration des services lèpre dans les structures de soins, la qualité des services lèpre ainsi que la participation de la communauté aux activités de lutte contre la lèpre.
- Les régions et préfecture sanitaires organiseront un monitoring pour l'élimination de la lèpre selon une fréquence semestrielle. Les résultats du monitoring seront présentés lors des réunions périodiques de coordination régionale.

N.B : le monitoring des activités de lutte contre la lèpre sera être intégré dans celui des autres activités de santé dans les régions et préfectures sanitaires.

## **5.9 MISE A JOUR DES REGISTRES ET FICHIERS LEPRE (MAJ)**

- La MAJ est une activité classique au niveau intermédiaire et est organisée par les régions et préfectures sanitaires lors des supervisions des agents de santé.
- Un rapport annuel de la MAJ régionale doit être disponible et transmis à la coordination nationale.

## **5.11 GESTION FINANCIERE**

La gestion des ressources financières du programme doit faire partie de la gestion d'ensemble du programme de lutte contre la lèpre. Les ressources nécessaires seront définies avec les partenaires de façon annuelle sur la base des priorités d'action établie et de plan de travail adopté.

- **Elaboration du budget** : Le budget est élaboré chaque année à partir des activités régulières du programme et des actions spécifiques définies de façon décentralisée à partir des régions et des préfectures sanitaires. Le plan d'action annuel élaboré par la coordination nationale tracera les contours. Il sera présenté aux partenaires pour adoption. La période de son élaboration et de son adoption sera retenue ensemble avec les partenaires.

Aux niveaux décentralisés, les budgets sont issus des plans d'action annuels qui prennent en compte les spécificités des régions et préfectures sanitaires.

- **Validation du budget**

Rôle de la Task Force : Le budget d'exercice est présenté lors de la réunion annuelle du Groupe National Spécial de travail pour l'élimination de la lèpre pour validation.

- **La mobilisation des ressources** : elle sera faite selon la plan de financement des partenaires et de l'Etat.
- **Exécution du budget** : les ressources mobilisées suivent la mise en œuvre des activités programmées ;

- **Justification et contrôle de la gestion** :

La justification des dépenses sera faite conformément aux règles de gestion des Partenaires et de l'Etat.

Le contrôle de la gestion se fait selon la structure hiérarchisée du Ministère de la Santé Publique et de la population et selon les structures qualifiées de chaque partenaire.