

RESUME EXECUTIF

Les maladies non transmissibles constituées par les maladies cardiovasculaires dont le chef de file est l'hypertension artérielle, le diabète, les cancers, les affections respiratoires chroniques, les affections buccodentaires- ophthalmiques-auditives, les maladies mentales et la drépanocytose, sont émergentes en Afrique au sud du Sahara.

La République centrafricaine, notre pays, n'est pas épargnée par ces fléaux. Ces maladies ont en commun les facteurs de risque modifiables liés au changement de mode de vie que sont le tabagisme, le manque d'exercice physique, la mauvaise alimentation, la consommation abusive d'alcool, le stress, la sédentarité et l'obésité. Les maladies non transmissibles prennent également en compte les violences et les traumatismes du fait de leurs conséquences sur la santé humaine.

Au plan mondial, l'épidémie contre les maladies non transmissibles constitue un véritable problème de santé publique. Ainsi, 20 millions de personnes sont touchées par l'Hypertension artérielle et 10,4 millions par le diabète et l'incidence des cancers atteindra 850 000 nouveaux cas annuels en 2020 si rien n'est fait. Par ailleurs, plus de 57 millions de décès toutes causes confondues en 2008 dont 36 millions, soit 63%, sont dus aux MNT et ces décès surviennent de façon précoce entre 30 et 69 ans dans les pays à revenus faible et intermédiaire.

L'ampleur de ces maladies chroniques, qui n'avaient pas été prises en compte parmi les affections dont les tendances doivent être infléchies pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, a donc conduit les Nations Unies à les inscrire dans tout programme de développement.

Ainsi, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la Fédération Internationale du Diabète, la RCA a obtenu les résultats de l'analyse de situation sur les maladies non transmissibles à travers les enquêtes (GYTS 2008, STEPS 2010-2011) et la collecte de données de routine dans les formations sanitaires (NCD_pays 2012, NCD capacity survey AFRO 2013) qui ont révélé des bases factuelles qui justifient la prévention et la lutte.

Le présent plan intégré de lutte contre les maladies non transmissibles est l'émanation des plans d'action de l'OMS 2008-2013 et 2013-2020 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS. Il comporte 6 grands objectifs, lesquels s'ils sont mis en œuvre permettront de réduire à moins de 25% les décès précoces qui leurs sont liés.

Les 9 cibles retenues de la lutte sont les suivantes : i) réduction relative de 25 % du risque de décès prématuré imputable aux maladies cardiovasculaires, cancer, diabète ou aux affections respiratoires chroniques , ii) au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient dans le cadre national, iii) réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante, iv) réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel/sodium dans la population, v) réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus, vi) baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale, vii) arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité, viii) au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficient d'un traitement et de conseils (y compris le contrôle glycémique) en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux et ix) disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (y compris génériques) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements des secteurs publics et privés.

Le coût pour de la mise en œuvre du plan pluriannuel 2015-2020 est estimé à **8 543 670 175 F CFA**, soit **13 144 108 €** ou **16 430 135 \$ US**, dont 35,9 % sont orientés dans les infrastructures et équipements, 25,8 % pour l'achat des médicaments/marchandises/produits, 24,7 % pour soutenir la formation et la planification, 4,9 % pour les ressources humaines, 4,5 % pour appuyer le suivi, l'évaluation et la recherche, 3% pour la promotion de la santé et 1,2 % pour les frais administratifs.

EXECUTIVE SUMMARY

NCDs consist cardiovascular disease whose leader is high blood pressure, diabetes, cancers, chronic respiratory diseases, ophthalmic, oral diseases--hearing disorders, mental illness and sickle cell disease. These diseases are emerging in Africa south of the Sahara.

Central African Republic, our country, is not immune to these problems. These diseases have in common modifiable risk factors associated with the change in lifestyle that are smoking, lack of exercise, poor diet, alcohol abuse, stress, physical inactivity and obesity. NCDs also take into account the violence and trauma due to their impact on human health.

Globally, the epidemic against non-communicable diseases is a serious public health problem. Thus, 20 million people are affected by hypertension and 10.4 million by diabetes and cancer incidence will reach 850,000 new cases a year by 2020 if nothing is done. In addition, more than 57 million deaths from all causes in 2008, including 36 million or 63% are due to NCD deaths occur early on between 30 and 69 years in low- and middle-income.

The magnitude of these chronic diseases, which had not been considered among the diseases whose trends must be curbed for the achievement of the Millennium Development Goals, has led the United Nations to enroll in any program development.

Thus, with the support of the World Health Organization and the International Diabetes Federation, CAR has received the results of the situation analysis of non communicable disease through surveys (GYTS 2008, STEPS 2010- 2011) and routine data collection in health facilities (NCD_pays 2012 NCD survey capacity AFRO 2013) that revealed evidence justifying the prevention and control.

This plan integrated fight against non-communicable diseases is the emanation of 2008-2013 WHO action plans and 2013-2020 for the global fight strategy against the WHO non communicable diseases. It has 6 major objectives, which if implemented will reduce to less than 25% of early deaths linked to them.

Nine retained control targets are: i) 25% reduction in relative risk of premature death due to cardiovascular disease, cancer, diabetes and chronic respiratory disease, ii) at least 10% relative decrease in the use harmful alcohol, as appropriate in the national context, iii) on a 10% reduction in the prevalence of insufficient physical activity, iv) relative reduction of 30% of the average intake of salt / sodium in the population, v) on a 30% reduction in the prevalence of current tobacco use among persons aged 15 and over, vi) on 25% decline in the prevalence of high blood pressure or limitation of the prevalence of high blood pressure, according to national circumstances, vii) stop the increase of diabetes and obesity, viii) at least 50% of fulfilling the conditions receive treatment and counseling (including glycemic control) to prevention of myocardial infarction and stroke, and ix) availability and affordability of 80% of basic technologies and essential drugs (including generics) needed to address the major non communicable diseases in institutions of public and private sectors .

The cost for the full implementation of the 2015-2020 multi-year plan is estimated at 8,543,670,175 CFA francs, or €13,144,108 or US \$16 430 135, of which 35.9% are oriented in infrastructure and equipment, 25.8% for the purchase of drugs / goods / products, 24.7% to support training and planning, 4.9% for HR, 4.5% to support the monitoring, evaluation and research, 3% for health promotion and 1.2% for administrative costs.

INTRODUCTION

Les maladies non transmissibles qui étaient considérées comme l'apanage des pays développés dans les années 90, sont en pleine émergence dans les pays à revenus intermédiaire et faible.

Au cours du long processus de recherche de stratégies adaptées à ces pays, plusieurs instruments ont été validés sur la prévention et la lutte. Par ailleurs, des réunions de consensus assorties de déclarations ont été approuvées pour appuyer les pays qui sont à des stades différents des recommandations du plan stratégique 2008-2013. Enfin, en 2013, un projet de plan d'action mondial a été mis à la disposition des états membres avec des indications formelles qui couvrent la période 2013-2020

Pour ce qui concerne les instruments élaborés et validés par l'Organisation Mondiale de la Santé et mis à la disposition des pays lors du processus de prévention et de lutte contre les maladies chroniques, ils comportent des orientations pour atteindre le meilleur état de santé possible. Le premier et le plus important est l'existence de la Convention –Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Il s'agit du plus grand traité jamais négocié par cette Institution qui a recueilli une audience mondiale. Elle a été ouverte à la signature du 16 au 22 juin 2003 à Genève au siège de l'OMS, puis du 30 juin 2003 au 29 juin 2004 à New York, au siège de l'ONU. Le second instrument est la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, approuvée en mai 2004 lors de la Cinquante -Septième Assemblée mondiale de la Santé. La Stratégie porte sur deux des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles que sont la mauvaise alimentation et le manque d'exercice physique. Elle complète l'action menée depuis longtemps par l'OMS et au niveau des pays dans d'autres domaines en rapport avec l'alimentation, notamment la dénutrition, les carences en micronutriments ou encore l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Quant aux réunions, à l'instar des autres Région, la déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles élaborée en avril 2011, puis examinée et approuvée lors de la Soixante-deuxième session de l'Organisation Mondiale de la Santé en novembre 2012, est le reflet de l'engagement des Etats pour l'élaboration de plans d'action nationaux. Il faut noter que dans ladite déclaration, la Drépanocytose/Thalassémie a été ajoutée au panel des maladies chroniques pour l'Afrique. Les violences et les traumatismes seront également pris en compte dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ; avec les maladies mentales, les affections buccodentaires, ophtalmiques, auditives et dermatologiques,...ces pathologies comportent des plans plus spécifiques de prévention et de lutte.

Enfin, les Déclarations Régionales ont fait l'objet de la première conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, organisée conjointement par la Fédération de Russie et l'Organisation mondiale de la Santé en avril 2011 à Moscou, en prélude au sommet de Haut niveau des Chefs d'Etat et de Gouvernement des Nations Unies organisé en Septembre 2011 à New York, aux Etats Unis d'Amérique. Au cours dudit sommet, la déclaration issue des réunions ont placé les maladies non transmissibles dans l'agenda prioritaire des Nations unies.

Ce plan stratégique 2014-2020 permettra à court terme de mobiliser les ressources nécessaires en vue de minimiser les effets néfastes des maladies non transmissibles sur les progrès déjà accomplis en vue d'atteindre vers 2015, le sixième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) à savoir « combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies », quoique des actions ciblées n'aient pas été développées par rapport aux maladies non transmissibles. Enfin, la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles occupe une place importante dans le Plan National de Développement Sanitaire Intérimaire 2014-2015 et le futur Plan National de Développement Sanitaire de 3^e génération de la République Centrafricaine.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1. Contexte général

1.1.1. Contexte géographique

La République Centrafricaine est un pays enclavé, situé au cœur du continent africain et s'étend sur 623.000 Km². Elle est limitée au Nord par le Tchad, à l'Est par le Soudan et le Soudan du Sud, à l'Ouest par le Cameroun et, au Sud, par la République Démocratique du Congo et la République du Congo. Située en zone tropicale pluvieuse (jusqu'à 9 mois de pluies au Sud-ouest et Sud-est, sept mois de pluie au Centre et cinq à six mois de pluie plus au Nord). La végétation est constituée d'environ 3,5 millions d'hectares de forêt au sud et d'une zone de savane boisée au nord. Le relief est peu accidenté avec une altitude moyenne qui varie entre 650 et 850m, avec un réseau hydrographique très dense provenant de la dorsale oubanguienne.

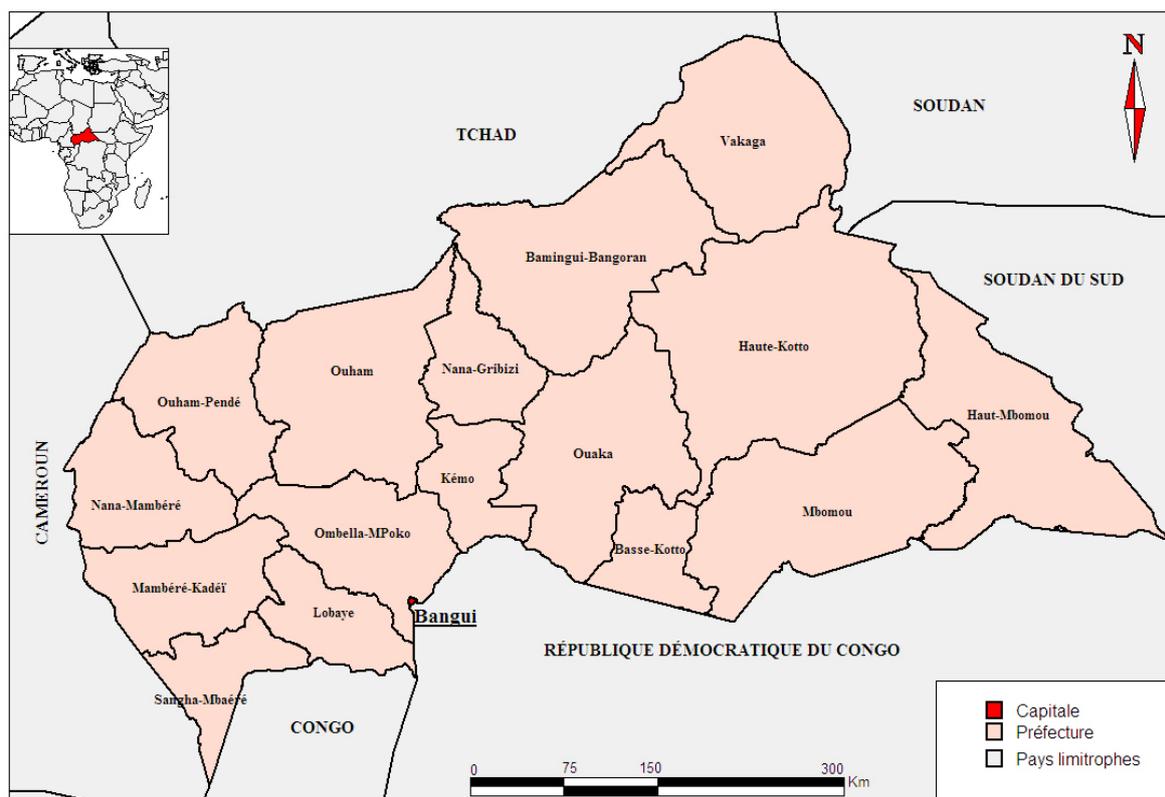


Figure 1 : Carte administrative de la RCA

Ce contexte physique est l'un des facteurs qui favorise le développement de nombreuses maladies transmissibles, et constitue un handicap majeur de développement sanitaire en raison de l'impraticabilité des routes et de l'existence de zones enclavées.

1.1.2. Contexte démographique

Selon la projection du recensement général de la population et de l'habitation (RGPH 2003), la population centrafricaine est estimée à **4 854 905** habitants avec un taux d'accroissement naturel de 2,5 %. Les proportions des enfants de moins de 5 ans et de 5 à 14 ans représentent respectivement 17,3% et 22,7%. Cette population en grande partie rurale (62%) est constituée en majorité de jeunes âgés de moins de 18 ans (49%).

La répartition par sexe montre que les femmes représentent légèrement plus de la moitié (50,4 %) de la population totale, dont 62,1 % résident en milieu rural (voir ANNEXE III).

1.2. Contextes politique et sécuritaire

Les troubles militaro-politiques récurrents engendrés par la mauvaise gouvernance ont plongé la République Centrafricaine dans une crise profonde caractérisée par l'insécurité généralisée, la paupérisation et la faillite totale de l'Etat.

Au cours de ces événements, des milliers de personnes ont été victimes de combats et d'agressions ciblées. On dénombre des personnes ayant perdu la vie, les biens, certaines sont handicapées et près d'un million de personnes sont des déplacées dans des camps/sites de fortune. A ce jour plus de la moitié de la population dépend de l'aide humanitaire

Depuis le début de l'année 2014, il n'est plus possible de se déplacer dans la majorité du pays en toute sécurité. Cette situation a considérablement réduit le nombre de partenaires internationaux qui opèrent dans le pays, ainsi que l'échelle de coopération internationale, ce qui crée des difficultés supplémentaires pour fournir l'assistance nécessaire aux populations vulnérables ou constamment ciblées.

Les troupes de maintien de la paix de l'Union africaine, de la France et de l'Union européenne déployées entre décembre 2013 et avril 2014 sont entrain de ramener progressivement la sécurité malgré la persistance de violences intercommunautaires dans certaines localités.

Néanmoins, le déploiement la MINUSCA (Mission Multidimensionnelle Intégrée des Nations Unies pour la Stabilisation en RCA), de la SANGARIS et de l'EUFOR, avec le concours du Gouvernement de transition, sont des facteurs qui vont contribuer à la stabilisation du pays, asseoir des bases d'une reconstruction du pays et d'une reprise du processus démocratique. Malheureusement, nous avons assisté en 2016 à un retrait prématuré de SANGARIS et de l'EUFOR ; ce qui a ouvert la voie aux groupes armés et criminels d'accentuer l'insécurité dans la ville de Bangui, ainsi que sur 75 % du territoire dans l'arrière-pays.

L'espoir renaît en 2018 avec la levée partielle de l'embargo sur les armes et le déploiement progressif des FACA appuyé par l'armée Russe et la MINUSCA.

1.3. Contexte économique

Les décennies de mauvaise gouvernance, les périodes récurrentes d'instabilité et de violence, exacerbées par les événements de 2013, ont aboutit à une aggravation sans précédent de la pauvreté et de la vulnérabilité de larges groupes de la population. La sécurité des biens et des personnes, les moyens de subsistance, la sécurité alimentaire, la santé et l'éducation sont parmi les secteurs les plus touchés par les bouleversements récents. Cette dernière crise aigüe se superpose à une situation d'urgence latente, chronique et structurelle d'un pays déjà à un niveau extrême de pauvreté. Avant la crise, la République Centrafricaine était classée 179^{ème} sur 187 pays selon l'Indice de développement humain (IDH). En 2012, le PIB moyen par habitant était de 25% inférieur à celui de 1980.

La situation financière du pays est influencée par :

Au plan extérieur, par le ralentissement de l'économie mondiale liée essentiellement :

- ✓ à la gravité des problèmes budgétaires aux États Unis et aux turbulences financières provoquées par la crise de la dette souveraine dans la zone euro,
- ✓ le niveau élevé des prix des matières premières, principalement la hausse des cours du pétrole ;
- ✓ les tensions socio-politiques dans le monde ;
- ✓ la hausse des prix à la consommation au niveau mondial ;
- ✓ et le recul du volume des importations dans les pays avancés et émergents.

Au plan intérieur, la situation est caractérisée par la fragilisation des structures économiques et la hausse généralisée des prix des produits de première nécessité.

L'évolution de la tendance actuelle est subordonnée à la normalisation de la situation sécuritaire et sanitaire, la reprise de la coopération avec les partenaires au développement, la mise en œuvre du programme d'urgence et le retour de la population dans les zones de production.

L'économie nationale est caractérisée par :

- ✓ la reprise progressive des activités dans les différents secteurs de l'économie ;
- ✓ la reprise progressive des exportations des matières premières et la poursuite de négociation pour la levée de la suspension du processus de Kimberley ;
- ✓ la hausse des prix à la consommation avec un taux d'inflation estimé à 4,4%, supérieur aux critères de convergence de 3%.

Perspectives macro-économiques

Les perspectives économiques nationales dépendent en grande partie de la consolidation de la paix et de la stabilité sociopolitique. Elles sont aussi tributaires de l'évolution des cours des matières premières et du dollars, du maintien des flux des investissements directs étrangers, de l'alignement des partenaires techniques et financiers autour du plan de transition en vue de mobiliser des ressources pour le financement de la restauration de la sécurité et consolidation de la paix, l'assistance humanitaire, la politique et gouvernance ainsi que la relance de l'économie nationale.

Sur le plan sectoriel,

a) Secteur primaire

L'opérationnalisation du programme de désarmement démobilisation et réintégration (DDR) des ex-combattants et rebelles permettrait la relance de la production vivrière avec l'appui du Gouvernement et des partenaires au développement à travers la fourniture des semences, des intrants agricoles et des petits outillages.

Il est projeté une hausse en volume de 0,5% en 2014 à 4,7% en 2015. Cette augmentation est imputable aussi bien à l'accroissement des vivriers (4,7%), qu'à celui des cultures de rente (3,7%).

Agriculture :

Au niveau de ce secteur, le taux de croissance est estimé à 4,7% en 2015 contre 0,6% en 2014.

Cette tendance est conditionnée par la reprise de la sécurité dans les zones de production agricole, à travers la libération des zones de culture par les bandes armées, le respect du calendrier agricole, la poursuite des projets de développement agro pastoraux, notamment le Projet d'Urgence en Réponse à la Crise Alimentaire en RCA (PURCARA) et le Projet de Relance des Cultures vivrières et de Petit Elevage dans les Savanes (PREVES), ainsi que la poursuite de la mise en œuvre du Programme National d'Investissement Agricole, de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PNIASAN).

La collecte du coton chez les agriculteurs, le redémarrage de l'usine de Bossangoa et la réhabilitation de l'usine de Guiffa à partir des pièces restantes de l'ancienne usine de Bossangoa et de Bambari expliquerait ce regain.

En effet, la production de coton graine est estimée à 5 107 tonnes en 2015 contre 4 864 tonnes en 2014 soit une hausse de 5,0%. Cette performance est imputable au respect du calendrier agricole, au renforcement des capacités des coton-culteurs, à l'opérationnalisation des usines de Guiffa et de Bossangoa.

Pour la filière café, le volume de café marchand contrôlé et exporté est estimé à 3 957 tonnes en 2015, contre 2868 tonnes, soit une hausse de 12,8% en lien avec la reprise des activités caféières dans les zones de productions.

Élevage :

Il est projetée une hausse de la production animale de 3,0% en 2015 contre 0,5% en 2014, due au retour des éleveurs dans les zones de multiplication avec le reste des troupeaux, la revitalisation des cheptels avec l'appui financier des partenaires au développement des exploitations urbaines et périurbaines du gros et du petit bétail (caprin, ovin, porcine et volailles). Par ailleurs, la poursuite des activités des projets PURCARA et PREVES dont l'un des objectifs est la relance de l'élevage de proximité et le projet de relance de la production de volaille sur financement FAO seraient un coup de pouce pour ce sous-secteur.

Exploitation forestière :

La production des grumes pourra passer de 353 222 m³ en 2014 à 374 416 m³ en 2015; soit une hausse de 6%, due à la reprise normale des activités de tous les PEA, à l'accroissement de la demande extérieure de bois, à la sécurité garantie sur l'ensemble des zones d'exploitation.

b) Secteur secondaire

De manière générale, l'activité économique dans ce secteur, affichera un taux de croissance positif de 5,7 % en 2015 contre une baisse de 2,6% en 2014. Ce regain d'activité serait lié à la résolution de la crise énergétique.

Dans les différents sous-secteurs, la situation se présente comme suit :

Industries

Le tissu industriel est très faible et est constitué principalement à faible échelle de :

- ✓ La production de sucre et son raffinage
- ✓ La production de palmistes et son raffinage, y compris une huilerie et les fabriques de savon
- ✓ La production de bière
- ✓ La production d'électricité
- ✓ La gestion des abattoirs
- ✓ L'exploitation du bois et le sciage.

Productions industrielles

Pour les produits de première nécessité, la demande est nettement supérieure à l'offre et le pays est obligé de se tourner vers l'importation de sucre, de savon et les autres produits d'importance capitale.

Industries extractives

Le pays possède de multiples ressources naturelles, notamment le diamant, l'or et l'uranium dont la plupart demeure inexploitée.

Les preuves apportées en 2013 sur l'exploitation de diamants qui sert au financement de la guerre et autres crimes, notamment par les mouvements rebelles, ont conduit à la suspension de la RCA du processus de Kimberley; ce qui constitue un important manque à gagner pour les artisans, les collecteurs et le trésor public.

Globalement, la levée de cette suspension contribuera à la performance du secteur minier ; la production minière passera de 49,4% en 2014 à 57,3 % en 2015.

Les activités extractives font l'objet de la poursuite des réformes structurelles dont les stratégies consistent, entre autres, à restructurer et à renforcer les coopératives des artisans miniers. De plus, l'extraction industrielle de l'or, impactera de manière très positivement la production minière.

Eau et électricité

D'une manière générale, le sous-secteur eau connaîtra une augmentation de 5% en 2015 contre 1,5% en 2014. Cette hausse est due à la reprise du Projet de réhabilitation des Centres d'Exploitation secondaire (Berberati, Bouar et Bossangoa) sur financement BAD, et les centres de Bambari et Bozoum sur financement BADEA.

Quant à l'Energie électrique, sa performance devrait être liée à la reprise du financement des principaux projets d'accroissement de la capacité de production de 100.000 KW, l'équipement du barrage Mbali (Boali3) avec deux (2) turbines d'une puissance de 5 000 KW, la construction de 38 Km de ligne haute tension et des postes d'évacuation, la réhabilitation d'urgence des infrastructures de production et de transport du système Boali-Bangui en vue de sécuriser la fourniture de l'électricité à la ville de Bangui et ses environs, le Projet d'Urgence en Réponse à la Crise Énergétique (PURCE) financé par IDA (International Development Assistance) et SPF pour le rétablissement de la fourniture fiable d'électricité aux consommateurs d'énergie à Bangui,

l'amélioration de la performance opérationnelle et financière de l'ENERCA, la réhabilitation des centrales hydroélectriques de Boali 1 et 2.

c) Secteur tertiaire

Les services non marchands se redresseront de manière significative avec la poursuite de la mise en œuvre des réformes structurelles dans les administrations des finances publiques et des autres secteurs visant à assurer la gouvernance financière et économique. Le taux de croissance global de ce secteur serait de 5,7 % en 2015 contre 4,7% en 2014.

Services marchands

Les services marchands ont augmenté de 4,8% en 2015 contre une baisse de 0,8% en 2014. Cette situation serait imputable à la reprise des activités de transports sur les axes routiers et du Commerce.

Services non marchands

Les services non marchands ont connu une hausse de 10,1 % en 2015 contre 28,7% en 2014. La dynamique de la Communauté Internationale en faveur de la RCA pour résorber la crise sécuritaire et de la reconstruction progressive des infrastructures administratives expliqueraient cette performance.

1.4. Contexte social

La cohésion sociale et la solidarité nationale sont mises à rude épreuve. La destruction des maisons, des habitations, les menaces et les exactions de tous ordres sont à l'origine de déplacement des populations vers les sites de fortune. Les causes potentielles de déplacements des populations tant en province qu'à Bangui sont : la transhumance, les foyers de tension intercommunautaires, les zones minières, les incidents frontaliers, les cas d'inondations et l'insécurité alimentaire.

Les zones où il y a beaucoup de causes de déplacement sont au Nord et au Centre. Une partie du centre Est demeure encore peu connue des acteurs humanitaires.

La situation des familles et des communautés d'accueil reste encore mal connue, ainsi que celle des familles déchirées.

De nombreuses familles déplacées se trouvent sur des sites improvisés, en brousse et dans les champs loin des services sociaux de base existants. Des organisations à assise communautaire sensibles au genre, aux personnes vulnérables y sont déployées pour faciliter la gestion, le retour, la réinstallation et l'intégration.

Les victimes de violences sexuelles sont discriminées et mal prises en charge. La paupérisation entraîne l'exploitation et les abus sexuels par les différents belligérants de la crise, aggravant le risque d'évolution de la courbe de prévalence du VIH/SIDA et des autres IST.

1.5. Transport et communication

L'enclavement de la République centrafricaine constitue l'un des 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.

Le réseau routier interne de la RCA est constitué de routes nationales, régionales et de pistes rurales qui sont difficilement praticables en saison des pluies ne permettant pas d'accéder à certaines localités. Dans certaines localités, le réseau routier est interrompu par des cours d'eau, ce qui nécessite l'utilisation des bacs ou pirogues pour la traversée.

Néanmoins, il existe certains cours d'eau navigables qui permettent d'atteindre les localités inaccessibles par voie terrestre, telles que Oumba à Damara, Kouango et plusieurs localités de la Basse Kotto et du Mbomou.

Le réseau aérien domestique n'est pas assez développé, car le pays compte moins de 4 aérodromes bitumés. Les aérodromes non bitumés sont inutilisables pendant la saison des pluies à cause des

inondations pour certains et de manque d'entretiens pour d'autres.

Dans le domaine des communications, les bases des Directions régionales, préfectorales et certains centres de santé des sous-préfectures étaient équipés de moyen de communication radio VHF jusqu'à Décembre 2012. Dans le cadre de la collaboration intersectorielle, les émetteurs radio des services de la 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 toutes les principales villes du pays. A cela, il faut noter l'existence de connexion Internet dans certaines villes du pays.

Le réseau routier national actuel très dégradé ne facilite pas les déplacements des équipes chargées de la surveillance épidémiologique des maladies pour la collecte des données au niveau décentralisé.

Il en est de même du système de télécommunication.

2. ETAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

2.1. La mortalité générale de la population

De 1959 à 1988, période pendant laquelle l'environnement socio-économique était favorable, le taux de mortalité en RCA a connu une baisse sensible passant de 26‰ en 1959, à 18‰ en 1975 pour atteindre 17‰ en 1988. A partir des années 90, la situation sanitaire en RCA a commencé à se dégrader jusqu'à ce jour. La mortalité infantile qui est une composante de la mortalité générale, est passée de 97‰ en 1995 à 132‰ en 2003, puis à 116 ‰ en 2010 soit une diminution de 16‰.

L'enquête MICS V en cours fournira des données plus récentes sur l'impact de la crise politico-militaire sur la mortalité en République Centrafricaine.

La pandémie du sida en RCA, combinée à la profonde dégradation des conditions de vie de la population sont autant de facteurs de détérioration de la mortalité globale (20,06‰).

Tableau I : Evolution des indicateurs de la mortalité de 2003 à 2010

INDICATEURS	RGPH 2003	MICS 2010
TBM (‰)	20,06	
Quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0)	220	164
Quotient de mortalité infantile (1q0)	132	116
Quotient de mortalité juvénile (5q1)	101	

2.2. Morbidité liée aux maladies transmissibles et nutritionnelles : source SNIS 2010

✓ Le paludisme :

Il représente 58 % des consultations en 2010 et 54 % des décès hospitaliers lui sont attribuables.

✓ Le VIH/SIDA :

La prévalence de l'infection à VIH chez les adultes de 15 à 49 ans est de 4,9% en 2010 selon les résultats l'enquête à indicateurs multiples (MICS4), avec une grande disparité entre les différentes préfectures du pays : 1,0% dans l'Ouham à 11,9% dans le Haut Mbomou.

✓ La Tuberculose :

L'incidence de la tuberculose est de 367 cas pour 100 000 habitants et la prévalence est de 520 cas pour 100 000 habitants en République Centrafricaine, selon le rapport global sur la tuberculose publié

par l'OMS en 2013, sur les données du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) de la RCA de 2012.

✓ **Les maladies menaçant la survie de l'enfant :**

Bien que les interventions visant à réduire les principales causes de la forte mortalité infantile, et maternelle soient progressivement mise en œuvre, la faiblesse du financement interne et externe pour le secteur de la santé aggrave davantage la situation. Tandis que les services de vaccination systématique sont continus, la couverture reste insuffisante et en baisse. Les maladies les plus graves qui menacent la survie de l'enfant sont : les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, Les maladies cibles du programme élargi de vaccination et la malnutrition.

2.3. La santé de la mère et du nouveau-né

Les données de l'enquête MICS IV (2010) indiquent que le taux de mortalité infantile est de 116 décès pour 1 000 naissances vivantes, les accouchements sont assistés dans 52% des cas, la prévalence contraceptive reste faible(9,3 %) et la mortalité maternelle est de 890/100 000 naissances vivantes (la 3^{ème} plus élevée au monde).

Les campagnes de réparation des fistules obstétricales menées en RCA ont permis d'opérer 172 cas de 2009 à 2010.

Par ailleurs, les femmes sont victimes de nombreuses formes de violence sexiste, parmi lesquelles les mutilations génitales (excision), les violences sexuelles, les mariages précoces. Ces violences sexistes sont exacerbées par les conflits.

2.4. Les maladies mentales :

Le nombre de cas rapportés de 2008 à 2010 est de 1959 tous cas confondus dont 314 pour l'épilepsie, 61 pour la Psychose et 500 pour les malades errants.

2.5. Les autres maladies transmissibles endémiques

✓ **Les Maladies Tropicales Négligées (MTN)**

La filariose lymphatique fait l'objet d'une échéance d'élimination mondiale fixée à 2020, à laquelle la RCA a souscrit. La finalisation de la cartographie de la filariose lymphatique est toujours en cours. Toutefois, les résultats de l'enquête partielle de cartographie intégrée des MTN réalisée en 2008 montrent que 8 préfectures enquêtées sont toutes endémiques de la filariose lymphatique avec une population à risque de **2 124 506** habitants en 2014.

✓ **L'onchocercose**

L'onchocercose est endémique en République centrafricaine et sévit dans 10 préfectures comprenant 6 042 villages (2013), où vivent 2 427 453 personnes (50% de la population de la RCA).

Aujourd'hui, il est question de relancer la lutte contre l'onchocercose vers l'élimination de la maladie dans un contexte global d'élimination des MTN en 2025..

✓ **La Schistosomiase ou Bilharziose**

L'enquête de cartographie réalisée chez les enfants d'âge scolaire en milieu scolaire en 2008 et 2009 a révélé que 17 sous-préfectures sur 26 enquêtées sont endémiques de *Schistosoma mansoni* et *Schistosoma haematobium*.

✓ **Les géo helminthiases ou les helminthiases transmises par le sol**

L'enquête de cartographie réalisée chez les enfants d'âge scolaire et en milieu scolaire en 2008 et 2009 a révélé que 26 sous-préfectures sur 26 enquêtées sont toutes endémiques.

✓ **Le Trachome**

Les résultats de l'enquête partielle de cartographie intégrée des MTN réalisée en 2009 montrent que 8 préfectures enquêtées sont toutes endémiques du Trachome avec des degrés de prévalence variant de 7% à 54%.

✓ **Les Maladies Tropicales Négligées nécessitant une Prise en charge Intensive de la Maladie (MTN/PIM)**

a) **La Lèpre**

En fin 2005, la République centrafricaine a atteint le seuil de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique au niveau national. Cette élimination cache certaines disparités car la maladie est confinée à des régions bien précises, où vivent de nombreuses personnes handicapées par la lèpre. Depuis 2008, ce programme souffre d'insuffisance de financement, avec comme conséquence de mauvaises performances.

b) **La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)**

La RCA est un pays à forte endémicité de THA (> 1 cas/1000 habitants), après la République Démocratique du Congo. La Trypanosomiase Humaine Africaine sévit dans 5 (cinq) foyers endémiques.

c) **Le Ver de Guinée**

La République centrafricaine (RCA) a interrompu la transmission de la dracunculose ou ver de Guinée depuis 2002 et a été certifié avoir interrompu cette maladie depuis novembre 2006. Le véritable enjeu réside du fait que les pays frontaliers sont encore fortement endémiques (Tchad, Soudan et Soudan du Sud).

La surveillance est restée silencieuse augmentant ainsi le risque de réintroduction de la maladie dans le pays.

d) **L'Ulcère de Buruli**

C'est en octobre 2006 qu'un (1) cas d'ulcère de Buruli a été confirmé pour la première fois en République centrafricaine. Cependant l'ampleur de la maladie n'est pas encore bien connue.

Quatre (4) préfectures (Lobaye, Ombella-Mpoko, Kémo et Nana Gribizi) étaient retenues pour renforcer la capacité des agents de santé au dépistage et à l'enregistrement des cas de l'Ulcère de Buruli et secondairement pour la prise en charge des cas.

e) **Le pian**

Le pian est endémique dans 2 Préfectures (Lobaye et la Sangha-Mbaéré) avec une nette prédominance en milieu pygmée.

3. ANALYSE DE LA SITUATION SUR LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

3.1. Définitions :

Les maladies non transmissibles (MNT), également appelées maladies chroniques, ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles sont de longue durée et évoluent en général lentement. Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive et l'asthme) et le diabète.

Il s'agit de maladies qui ont en commun des facteurs de risque modifiables, notamment comportements liés à l'adoption d'un mode de vie néfaste à la santé. Il s'agit du tabagisme, de la consommation abusive d'alcool, de la sédentarité/manque d'exercice physique, de l'obésité, de la

mauvaise alimentation. Il existe également des facteurs de risque non modifiables notamment biologique contre lesquels existent des mesures de prévention et de lutte.

Ces maladies comprennent des affections qui n'ont ni vecteur, ni véhicule, ni réservoir pour qu'un autre individu puisse les contracter en contact d'un agent pathogène viral, bactérien, parasitaire. A cet effet, En nombre de décès imputables, le principal facteur de risque de MNT est l'hypertension artérielle à laquelle on attribue 16,5% des décès dans le monde (1), suivie du tabagisme (9%), de l'hyperglycémie (6%), de la sédentarité (6%) et du surpoids ou de l'obésité (5%). Le problème du surpoids chez les jeunes enfants croît le plus rapidement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Aux côtés de ces quatre grands groupes de maladies chroniques non transmissibles retenues dans les plans mondiaux 2008-2013 et 2013-2020, il existe de nombreux autres problèmes de santé importants de santé publique qui leurs sont étroitement associés (maladies rénales, endocriniennes, neurologiques, hématologiques, digestives et hépatiques, troubles musculo-squelettiques, affections dermatologiques et bucco-dentaires, et troubles génétiques) ; ii) les troubles mentaux ; iii) les handicaps, y compris la cécité et la surdité ; et iv) les conséquences de la violence et des traumatismes (appendice 1). Il existe également des liens stratégiques entre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, d'une part, les systèmes de santé, la couverture sanitaire universelle, ainsi que les déterminants environnementaux, professionnels et sociaux de la santé, les maladies transmissibles, la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, la santé génésique et le vieillissement, d'autre part. En dépit de ces liens étroits, un plan d'action les traitant tous avec autant de détails serait trop complexe. A cet effet, il existe des plans stratégiques de lutte contre les maladies mentales, les affections buccodentaires déjà validés avec l'appui technique de l'OMS et un plan opérationnel de lutte contre le diabète qui est mis en œuvre grâce à m'appui de la Fédération Internationale du Diabète.

On entend par "produits du tabac" des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir de tabac en feuilles comme matière première et destinés à être fumés, sucés, chiqués ou prisés.

La consommation abusive d'alcool se fait au moins une fois au cours des 30 derniers jours, quand l'individu a consommé cinq verres standard (pour les hommes)/ quatre verres (pour les femmes) ou plus en une seule occasion.(ANNEXE)

3.2. Situation des MNT dans le monde

La charge mondiale des maladies non transmissibles continue d'augmenter. La réduire est l'un des grands défis pour le développement au XXI^e siècle. On estime qu'en 2005, les maladies non transmissibles, principalement les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques ont causé 35 millions de décès, soit 60 % de l'ensemble des décès dans le monde ; 80 % de ces décès sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et quelque 16 millions ont touché des personnes de moins de 70 ans.

3.3. Situation des MNT dans la Région Africaine

La Région Africaine paie un lourd tribut avec 80 % des décès mondiaux liés à ces épidémies. En effet, avec 36 millions de décès sur les 57 millions toutes causes confondues, soit 63 %, elles sont de très loin la première cause de mortalité. Si rien n'est fait, la mortalité et la charge de morbidité liées à ces problèmes de santé ne cesseront de croître. Selon les projections de l'OMS, les décès dus aux maladies non transmissibles augmenteront de 17 % dans l'ensemble du monde au cours des dix prochaines années. L'accroissement le plus marqué se produira dans la Région africaine (27 %) et dans la Région de la Méditerranée orientale (25 %). En chiffres absolus, les nombres de décès les plus élevés seront enregistrés dans les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est.

3.4. Situation des MNT en République Centrafricaine

La République Centrafricaine, notre pays, n'échappe pas à ces fléaux et a pris conscience depuis 2009 à partir des résultats des enquêtes préliminaires qui ont montré que les maladies non transmissibles sont un problème réel de santé publique.

Afin de faire face à cette épidémie, le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles, les Violences et les Traumatismes a été créé en avril 2009 pour assurer leur prévention et la lutte.

Les informations recueillies lors des enquêtes GYTS2009, STEPS2010-2011 et NCD_pays 2012 ont révélé l'émergence de ces maladies et leurs facteurs de risque associés. La surveillance, aux fins de disposer de données de base ont porté sur la tension artérielle élevée, le diabète, les cancers, les affections broncho-pulmonaires chroniques, la drépanocytose, les affections ophtalmologiques, les maladies mentales, les affections auriculaires, les affections buccodentaires et les affections ophtalmologiques.

Les statistiques hospitalières réalisées en 2009 ont révélé 147 cas pour 27 décès attribuables à l'hypertension artérielle et 87 cas de diabète pour 8 décès à l'Hôpital Communautaire et à l'Hôpital de l'Amitié. Ces statistiques hospitalières ont été complétées par les enquêtes GYTS 2009, STEPS 2010 NCD_pays 2012 et capacity surveys.

3.5. Ampleur des maladies non transmissibles en République Centrafricaine :

Les résultats de l'analyse de la situation et des capacités de prévention et de lutte contre les MNT sévissant en RCA sont les suivants.

3.5.1. Les maladies cardiovasculaires :

D'après les résultats de l'enquête STEPS 2010, le pourcentage des adultes âgés de 25 à 64 ans ayant une tension artérielle élevée (PAS \geq 140 et/ou PAD \geq 90 mmHg ou actuellement sous traitement médical pour tension artérielle élevée) est de 34,5% (31,8-37,3) dont 36,8% (32,5-41,2) chez les hommes et 32,3% (29,4-35,2) chez les femmes. La majorité d'entre eux ignorent leur état de santé et ne sont pas sous traitement même s'ils connaissent l'existence de l'hypertension artérielle. En effet, le pourcentage des adultes ayant une tension artérielle élevée (PAS \geq 140 et/ou PAD \geq 90 mmHg) qui ne sont pas actuellement sous traitement médical pour tension artérielle élevée 90,7% (88,0-93,3) dont 94,3%(92,0-96,6) d'hommes et 86,6 % (82,5-90,7) de femmes.

L'enquête NCD_pays 2012 sur les statistiques hospitalières de 2008 à 2010 dans les FOSA de Bangui, de la Lobaye, de la Ouaka, du Mbomou, de la Kémo, de la Sangha Mbaéré, de l'Ouham, de la Basse Kotto, de la Haute Kotto a révélé que les maladies chroniques non transmissibles ont été en hausse sur les 3 années.

Tableau II : Cas et décès liés aux maladies cardiovasculaires en 2010

Accidents vasculaires cérébraux (AVC), infarctus du myocarde et rhumatisme cardiaque				
Enquête NCD_pays 2012				
AVC	Cas	Homme	Femme	Total
	Nombre de cas rapportés	114	83	197
	Nombre de nouveaux cas rapportés	16	4	20
	Nombre de décès rapportés	11	5	16
Infarctus du myocarde	Nombre de cas rapportés	1	0	1
		0	0	0
	Nombre de nouveaux cas rapportés			
	Nombre de décès rapportés	0	0	0
Cardiopathie rhumatismale	Nombre de cas rapportés	43	42	85
	Nombre de nouveaux cas rapportés	5	12	17
	Nombre de décès rapportés	0	1	1
Nombre Total de cas		179	141	320

3.5.2. Le Diabète

Le pourcentage des adultes ayant des troubles de la glycémie à jeun défini, à savoir une valeur du plasma veineux ≥ 6.1 mmol/L (110mg/dl) et < 7.0 mmol/L (126mg/dl) ou bien une valeur du sang entier capillaire ≥ 5.6 mmol/L (100mg/dl) et < 6.1 mmol/L (110mg/dl), est très élevé : 19,6% (17,5-21,7), dont 18,2% (15,3-21,0) chez les hommes et 21,0% (18,3-23,7) chez les femmes. Toutefois le pourcentage des personnes interrogées suivant actuellement un traitement contre l'hyperglycémie est de 0,8% (0,3-1,3) plus proche des statistiques mondiales.

Tableau III : Cas et décès liés au diabète

Diabète sucré			
	Homme	Femme	Total
Total Nombre de cas rapportés	182	147	329
Nombre de nouveaux cas rapportés	117	123	240
Nombre de décès rapportés	8	5	13
Nombre total de cas	299	270	569

3.5.3. Les Cancers :

Le programme de lutte contre les cancers n'est pas encore créé et il n'existe pas de registre populationnel et de registre de cancers. Les seules données disponibles proviennent des registres d'anatomopathologie du Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique. Par ailleurs il n'existe pas encore de campagnes de dépistage de cancers notamment celui du col de l'utérus et de la prostate.

Tableau IV : Cas et décès liés aux cancers

Enquête NCD_pays 2012 Type de cancers	Cancers		Total	Pourcentage
	Homme	Femme		
Sein	7	19	26	10,6
Col de l'utérus	0	34	34	13,9
Prostate	14	0	14	5,7
Foie	37	27	64	26,1
Colorectum	7	3	10	4,1
Lymphomes Non Hodgkiniens	16	12	28	11,4
Œsophage	2	0	2	0,8
Poumon	1	0	1	0,4
Autres cancers	23	43	66	26,9
Nombre total de cas	107	138	245	100
Décès	65	88	153	62,4

Les cancers les plus fréquents sont le cancer du foie, suivis du cancer du col, des lymphomes et du cancer du sein. La létalité liée aux cancers est particulièrement élevée.

3.5.4. Maladies respiratoires chroniques :

L'enquête STEPS de base et élargi n'avait pas pris en compte les MRC. Seules les statistiques hospitalières sont disponibles

Tableau V : Cas et décès liés aux MRC

Maladies respiratoires chroniques (MRC) Enquête NCD_pays 2012				
	Cas	Homme	Femme	Total
Asthme	Nombre de cas rapportés	51	81	132
	Nombre de nouveaux cas rapportés	49	50	99
	Nombre de décès rapportés	0	0	0
Broncho pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)	Nombre de cas rapportés	2 077	2 181	4258
	Nombre de nouveaux cas rapportés	109	68	177
	Nombre de décès rapportés	27	12	39
Nombre total de cas		2286	2380	4666

3.5.5. Les autres maladies chroniques :

- drépanocytose: 599 cas
- affections oculaires : 5193 patients dont 135 cas de cataracte
- affections auditives : 867 cas dont 330 patients avec handicap auditif
- maladies mentales : psychose aigüe 61 cas, épilepsie 523 cas, autres troubles mentaux 1959 cas ; malades mentaux errants 300 ;
- Insuffisance rénale.

3.5.6. Facteurs de risque des maladies non transmissibles:

Les facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles identifiés au cours de ces enquêtes sont :

La consommation de tabac:

La lutte contre le tabac est une priorité pilotée au niveau mondial par les pays membres de l’OMS qui en assurent la surveillance régulière sous la Convention Cadre Antitabac de l’OMS . Ainsi, l’enquête GYTS 2009 (Global Youth Tobacco Survey) en milieu scolaire a montré une prévalence du tabagisme chez les jeunes de moins de 15 ans de 9%.

Chez les adultes de 25 à 64 ans, ce pourcentage est de 14,1% dont 22,9 % chez les hommes et 5,5 % chez les femmes en 2010.

L’ Obésité :

La proportion des adultes atteints de surcharge pondérale est de 20,7 % et 7,2 % sont obèses.

La Consommation abusive d’alcool :

La proportion d’hommes (5 verres standard ou plus de bière) est de 36,3% et celle des femmes (4 verres standard ou plus) est 20,3 %.

La consommation insuffisante de fruits et légumes :

Le pourcentage des adultes qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes en moyenne par jour est de 66,1% (hommes 70,8 % et femmes 61,5%).

Le manque d’activités physiques (sédentarité) :

La proportion des enquêtés qui ont un niveau d’activité physique faible (moins de 600 équivalents métaboliques minutes par semaine) est de 24,7 %.

Association de facteurs de risque :

Le Pourcentage des adultes âgés de 25 à 64 ans avec 3 facteurs ou plus est 17,7 %.

3.5.7. Etat des lieux et Capacités de réponse nationale contre les maladies non transmissibles

- **Financement du secteur santé par le Gouvernement**

Tableau VII : Evolution des allocations budgétaires de l’Etat au MSP (en millier de Francs CFA).

	2012	2013	2014	2015	2016
Dépenses de fonctionnement	5 523 300	5 408 938	5 328 488		
- Personnel (salaires)	4 863 547	4 945 134	6 041 922		
- Autres (interventions)	-	50 000	40 000		
Dépenses d’investissement	11 033 092	6 252 560	13 470 076		
Total Budget de l’Etat	21 419 939	23 534 430	24 880 485		

Sources : lois de finances 2012/2013/2014

Il ressort de ce tableau que, les allocations budgétaires en faveur de la Santé sont passées de 21 419 939 milliards en 2012 à 24 880 485 en 2014 soit une progression de 13 %. D’une manière globale, l’Etat n’assure que le paiement des salaires du personnel et la charge des dépenses de fonctionnement des structures administratives.

Cependant, ces allocations représentent en moyenne 9% du budget général de l'Etat et reste donc en deçà des objectifs d'Abuja (15%).

De plus, on note :

- une absence de visibilité dans la mise à disposition des fonds libérés dans le cadre de l'allègement de la dette (initiative PPTE) au profit des Secteurs Sociaux ;
- une absence de simplification des procédures de décaissement des fonds publics ;
- une forte centralisation de la gestion des ressources financières ;
- un non respect des engagements budgétaires (écarts importants entre les niveaux de réalisation et les prévisions budgétaires).

- **Faiblesses liées au financement de la prévention et de la lutte contre les MNT**

Tableau VII : Financement du programme national de lutte contre les maladies non transmissibles

Type de financement		ANNEE					Total	%
		2014	2015	2016	2017	2018		
Extérieur	<u>OMS</u>	330000000	12000000	20000000	25000000	15000000	402000000	91%
	<u>Etat</u>	7500000	7500000	7500000	7500000	8250000	38250000	9%
Total		337500000	19500000	27500000	32500000	23250000	440250000	100%

Le tableau ci-dessus montre que 91% des ressources du Programme sont assurées par l'Organisation mondiale de la Santé. Cependant, il convient de noter que l'exécution du budget de l'Etat n'a été effectif qu'en 2017.

Dans la phase d'urgence de la situation de post conflit en RCA, un financement important a été fait par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour mettre à la disposition des malades bénéficiaires, des médicaments, consommables médicaux et équipements pour un montant de trois cent million de franc CFA (300000000 F CFA). Cet appui sera destiné à la subvention de la lutte contre les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies mentales, les maladies buccodentaires, la drépanocytose et les cancers.

- **Faiblesses liées à la Coordination de la Lutte contre les Maladies non Transmissibles :**

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles a été créé en février 2009 et matérialisé par l'Arrêté N°057/MSPPLS/DIR.CAB/DGSP/DMPM/PNLMNT du 05 juillet 2010. Il ne dispose que d'un local vétuste avec une promiscuité de l'espace de travail.

Le programme compte un Médecin Epidémiologiste, un Assistant d'Assainissement et un Technicien Supérieur en Santé Publique. Cette faiblesse des ressources humaines constitue un frein à la finalisation du stade normatif du Programme. A cela s'ajoute la faible disponibilité des équipements bio médicaux de prise en charge dans les formations sanitaires et l'absence de la logistique permettant à la coordination des mener les activités de suivi évaluation sur toute l'étendue du territoire nationale.

Toutefois, le programme dispose de Points Focaux de prévention et de lutte qui sont un Cardiologue, un Diabétologue, un Pneumo-ptisiologue, un Pédiatre, un Cancérologue, un Anatomopathologiste, un Chirurgien Dentiste, un Ophthalmologiste, un Psychiatre et un Otolaryngologue. Le programme dispose également d'un pool de formateurs qui sont les Médecins Chefs de Régions et de Préfecture formés à la lutte contre les maladies non transmissibles et peut recourir aux Experts dans les domaines de la nutrition, du sport et de la communication. Ces Experts apportent un appui technique

dans l'élaboration de la politique, des directives, des protocoles, des modules de formation, ainsi que dans les formations.

- **Faiblesses liées à la prévention et la lutte contre les maladies cardiovasculaires :**

Le diagnostic et la prise en charge des cas d'hypertension artérielle, chef de file des maladies cardiovasculaires, se font dans les services de médecine générale de **l'Hôpital de l'Amitié**, de **l'Hôpital Communautaire** et du **Camp Fidèle OBROU**, qui comptent chacun un Cardiologue.

Tous les autres cas d'hypertension artérielle sont diagnostiqués dans les FOSA privées et publiques dans les Centres de Santé, les Hôpitaux de District, Préfectoraux et Régionaux et Universitaires.

Les références sont faites au niveau des Cardiologues qui disposent d'équipements suivants pour le diagnostic :

- Tensiomètre à manomètre, au lieu de tensiomètres électroniques
- Electrocardiographe
- Echographe
- Appareil de Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle, propriétés des Médecins Cardiologues.

Les moyens thérapeutiques sont insuffisants, notamment les antihypertenseurs dont les stocks connaissent des ruptures fréquentes. Par ailleurs, les technologies pour prévenir les angor et localiser les aires cérébrales d'AVC et de ruptures d'anévrismes sont inexistantes (Scanner), de même qu'il n'y a pas de Neurochirurgien pour conduire ces interventions.

D'après les résultats de l'enquête STEPS, la proportion des malades souffrant d'hypertension artérielle **parmi ceux diagnostiqués qui bénéficient d'un traitement** n'est que de 29,7 % dont 26,6 % d'hommes et 30,9 % de femmes.

Le coût moyen mensuel d'un traitement correct d'hypertension artérielle est de 6500 F CFA (10 €) et dans la plupart des cas les normes tensionnelles sont

Le ratio cardiologue/ population est très faible (1 pour 1 500 000 habitants) et il n'existe pas de Médecins Urgentistes dans les Hôpitaux de référence. La prise en charge des malades hospitalisés est très difficile du fait du taux d'occupation des lits très élevés dans les différentes FOSA pour d'autres causes, notamment les maladies transmissibles.

- **Faiblesses liées à la prévention et la lutte contre le Diabète :**

Depuis 5 ans, il existe un Service de Diabétologie qui est logé au sein de l'Hôpital de l'Amitié. Le nombre de diabétologues formés est de 2 et ils sont concentrés à Bangui au niveau dudit Hôpital. Le service dispose d'un local exigu avec une salle d'attente, le bureau du Médecin Chef, le bureau du Major et une salle de soins. Il n'y a qu'un seul lit pour les soins des diabétiques. L'absence de chambres d'hospitalisation et de lits rend le service tributaire de la disponibilité des lits du service de médecine et de réanimation.

La rupture des médicaments antidiabétiques est fréquente et les complications sont nombreuses, surtout lorsque l'on sait qu'après 10 ans d'évolution de la maladie correctement prise en charge, l'insuffisance rénale risque de s'installer ; le service de néphrologie non fonctionnel ne peut pallier à cette complication.

Les moyens thérapeutiques sont insuffisants, notamment les la possession par les malades d'appareils individuels pour le dosage de la glycémie à domicile.

Le Service de Diabétologie est soutenu par l'Association des Diabétiques de Centrafrique (ADC) qui organise tous les samedis en son siège, les campagnes d'Education Pour la Santé à l'attention des malades et les cessions des médicaments à coût abordable avec l'appui de la Fédération Internationale du Diabète.

D'après les résultats de l'enquête STEPS, la proportion des malades souffrant de diabète parmi ceux diagnostiqués est de 48,8% dont 54,1 % d'hommes et 45,1% de femmes.

Vue l'évolution de la maladie, les risques de l'insuffisance rénale ne sont que partiellement de prise en compte. En effet, le pays dispose de deux (2) Néphrologues qui sont dépourvus de moyens pour ouvrir un Centre de Dialyse.

Les coûts moyens mensuels d'un traitement de diabète est variable et très coûteux :

- pour le diabète de type 2, non insulino dépendant, les génériques valent 650 F CFA (1 €) et les médicaments de spécialité 5000 F CFA(7,7 €) ;
- pour le diabète de type 1, insulino dépendant, les médicaments sont de spécialité valent 25000 F CFA (38,5 €) et lorsque l'on recourt à l'association avec des antidiabétiques oraux le traitement est inaccessible dans la majorité des cas.

- **Faiblesses liées a la prévention et a la lutte contre les maladies respiratoires chroniques :**

Il existe un service de référence au sein du Centre National Hospitalier et Universitaire de Bangui. La capacité d'accueil est suffisante pour la prise en charge des cas de d'asthme et bronchopathie obstructive, mais il n'existe pas de technologies innovantes de diagnostic ou d'assistance respiratoire ; en conséquence, le service est plus orienté dans l'isolement des malades souffrant de tuberculose pulmonaire.

Toutefois, la prise en charge des cas d'asthme se fait dans toutes les FOSA, du Centre de Santé aux Hôpitaux de référence.

Le coût moyen mensuel du traitement correct d'une crise d'asthme est de 6500 F CFA (10 €). et peut aller jusqu'à 65000 F CFA (100 €) en cas d'état de mal asthmatique.

- **Faiblesses liées à la prévention et a la lutte contre les cancers :**

Il s'agit de la plus grande préoccupation en matière de santé publique, les malades étant obligés jusqu'il y a 4 ans de solliciter une évacuation sanitaire à l'extérieur.

Un service est en pleine organisation à l'Hôpital Communautaire autour de l'unique Cancérologue qui est appuyé par un seul anatomopathologiste au niveau national. Il faut également relever que s'il existe un laboratoire d'Anatomopathologie, l'absence de registre de cancer ne permet pas de disposer de bases de données complètes.

Par ailleurs, les domaines de spécialisation que sont la radiothérapie et l'oncologie ne sont pas couverts.

Les stocks de médicaments anticancéreux sont inexistant et la disponibilité se fait sur commande auprès de l'unique grossiste compétent en la matière, CENTRAPHARM.

L'inexistence de Scanner, ainsi que de la Radiothérapie vient aggraver la situation des malades, dont certains parents continuent à supporter les coûts onéreux d'évacuation sanitaire dans d'autres pays Africains ou Occidentaux.

Les cancers les plus fréquents sont l'atteinte du col et et des seins. Le coût moyen mensuel de leur prise en charge chirurgicale et/ou médicamenteux est exorbitant, jusqu'à 100000 F CFA (154 €).

- **Faiblesses liées à la prévention et a la lutte contre la drépanocytose :**

A tous âges, le diagnostic, le suivi et les conseils de prévention sont faits par les Pédiatres au niveau du Complexe Pédiatrique et de l'Hôpital Maman Elisabeth Domitien. Tous les Pédiatres sont concentrés au niveau de la Capitale et la création d'une spécialité à Bangui offre l'opportunité d'une meilleure prise en charge au niveau national dans les zones à risque, notamment au niveau des Hôpitaux Régionaux et Universitaires, des Hôpitaux Préfectoraux, des Hôpitaux de District, des Centres de Santé, sans occulter les efforts qui sont consentis par les Tradithérapeutes compétents.

- **Faiblesses liées au Partenariat et à la collaboration multisectorielle**

Le partenaire clé du Département de la Santé pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles est l'Organisation mondiale de la Santé qui a déjà appuyé la réalisation des enquêtes GYTS, STEPS, NCD_pays et la finalisation du stade normatif du programme. Viennent ensuite la Fédération Internationale du Diabète, la Croix Rouge Centrafricaine, la Croix Rouge Française, , l'Association des Diabétiques de Centrafrique, l'Association des Malades drépanocytaires et l'Association Cœur Amour (ACA) d'Aides aux personnes souffrant de toxicomanies et d'affections mentales.

Un groupe Technique de Travail pour la prévention et la lutte contre les MNT devra être mis en place pour assurer le plaidoyer à haut niveau.

La lutte contre le tabagisme est assuré par la Direction de la Pharmacie, du Médicament et de la Pharmacopée traditionnelle.

En dehors de l'Association des Consommateurs qui couvre un domaine plus large de services, il n'existe pas d'organisations formelles pour la promotion de l'exercice physique, d'alimentation saine et de l'usage modéré d'alcool.

- **Faiblesses liées à la prévention et à la Capacités de dépistage précoce, de traitement et de prise en charge des MNT**

La prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ont connu un retard dans l'organisation de la Prévention primaire et la promotion de la santé, de la détection des facteurs de risque aux niveaux opérationnels et leur prise en charge, de l'aide à l'auto-prise en charge et aux soins à domicile, ainsi que le renforcement des services de réadaptation. Ainsi, la plupart des malades souffrant d'hypertension, de diabète, de cancers, de maladies respiratoires chroniques et de drépanocytose sont diagnostiqués de façon fortuite lors de consultations voire au stade de complications.

3.5.8. Analyse SWOT

- **Points forts :**

- Volonté du Ministère de la Santé et de la Population de prévenir et lutter contre les MNT:
- Existence d'un programme
- Données de base disponibles
- Existence de documents normatifs de base
- Appui de l'OMS, de la FID et des ONGs

- **Points faibles :**

- Retard dans la mise en œuvre des plans mondiaux et conventions internationales de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles
- Faible taux de budget accordé au Service de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles par rapport au nombre de MNT et leurs prévalences élevées
- Insuffisance de financement et de partenaires.

- **Opportunités :**

- Prise en compte de la lutte contre les maladies non transmissibles dans le Plan Intérimaire de Santé 2018-2019
- Intégration de la lutte contre les maladies non transmissibles dans tous les programmes futurs de développement au niveau mondial (OMS, FID) et national (RCPCA).
- Multiplicité de partenaires dans le système des Nations unies, les Coopérations bilatérales, régionales et internationales.

- **Menaces**

La paix et le retour de la sécurité sont les conditions essentielles pour mettre à échelle le programme de prévention et de lutte dans toutes les régions.

4. GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

4.1. Organisation du système de santé

L'organisation du système de santé est calquée sur le scénario de développement en trois phases en vue d'instaurer la santé pour tous adoptée par le 35^{ème} Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en 1985 à Lusaka. Elle est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. L'organisation structurelle du système de santé est régie par les dispositions du Décret n° 05.121 du 06 juin 2005, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le Sida(MSPPLS) et fixant les attributions du Ministre.

Le *niveau central* du MSP est responsable de la politique générale du secteur, de la régulation du système ainsi que des programmes nationaux et des hôpitaux. Il comprend le Cabinet du Ministre, la Direction de Cabinet, 3 Directions générales, 12 Directions centrales subdivisées en services,

Programmes et sections. Il s'agit du niveau de conception, de coordination et d'encadrement de la politique sanitaire ainsi que des actions d'envergure nationale. A ce niveau hiérarchique se trouvent les hôpitaux centraux universitaires chargés de la formation du personnel, les centres de diagnostic et de traitement nationaux, le centre national de transfusion sanguine et les laboratoires nationaux.

Au niveau intermédiaire, les 7 régions sanitaires sont responsables du suivi de la mise en œuvre des politiques définies au niveau central et de l'appui technique au niveau périphérique (opérationnel). Le niveau intermédiaire est représenté par la Direction régionale de la santé et ses divisions qui ont un rôle d'encadrement et d'appui technique aux Préfectures/Districts sanitaires. Chaque région sanitaire relève de la Direction de Cabinet correspondante au niveau central et couvre en moyenne une population de 580 000 habitants. Elle comprend les services du Ministère de la Santé et les coordinations des différents programmes spécialisés s'il y a lieu. Les hôpitaux régionaux et universitaires relèvent des Directions régionales. La Direction régionale est placée sous la responsabilité du Médecin directeur de région.

Le niveau périphérique est composé de 12 préfectures, 10 districts et de 8 circonscriptions sanitaires de Bangui qui correspondent au découpage administratif du pays. La préfecture sanitaire et les circonscriptions sanitaires de Bangui sont chargées de :

- appliquer les directives de la région ;
- coordonner et contrôler l'ensemble des activités de la Préfecture/District/Arrondissement ;
- apporter aux formations sanitaires toute l'assistance nécessaire à l'exécution des activités de type intégré.

Sur le plan géographique, la préfecture est une entité vaste loin de répondre aux critères de définition d'un district sanitaire. Il est important de veiller à ce que chaque niveau dispose de compétences requises et de moyens humains et matériels pour son bon fonctionnement.

Les critères de définition du district sanitaire devront être revus en tenant compte de la capacité de l'Etat de les rendre opérationnels, de même que les mécanismes de collaboration entre les niveaux selon une approche systémique pour garantir la continuité des soins.

Les crises politique et économique que traverse la RCA ces dernières années, et le désengagement des principaux bailleurs de fonds pour des appuis structurants dans le secteur, ont laissé un système de santé extrêmement dégradé qui ne permet pas d'assurer l'accessibilité à des soins de qualité pour la majorité de la population centrafricaine.

Concernant les carences sur le plan politique et juridique, on constate l'insuffisance et l'absence de documents législatifs importants :

- La Loi sur la Médecine Traditionnelle a été votée par l'Assemblée Nationale, promulguée par le Président de la République mais les textes subséquents décrets et arrêtés d'application n'existent pas encore ;
- La Loi sur la Pharmacie et les Médicaments a été élaborée mais non votée par l'Assemblée Nationale ;
- Le document de la Politique Nationale de Contractualisation a été élaboré, validé mais non vulgarisé ;
- Le document de la Politique Nationale de Santé a été élaboré mais doit être révisé afin d'inclure les nouveaux concepts avant la validation ;
- L'existence d'un projet du Code de la Santé Publique de la République Centrafricaine qui nécessite une réactualisation en tenant compte de nouveaux concepts. Toutefois, le Département continue de légiférer en se référant au Code de Santé Publique de la France.

Ainsi, bien que la décentralisation du secteur de la santé soit relativement avancée sur le plan du cadre juridique, dans les faits, le fonctionnement du Ministère reste trop centralisé et peu intégré.

Cet écart a été corrigé par l'arrêté N°104/MSPPLS/DIRCAB/DGSCEH, du 07 Septembre 2010, portant définition des normes des Districts Sanitaires, de l'équipe cadre des Districts et des Formations Sanitaires en République Centrafricaine. Dans le processus de réforme qui est en cours, il est prévu que les soins de santé primaires devraient être dispensés avec équité dans le cadre d'un système de santé intégré basé sur le district sanitaire, ceci en présupposant qu'à terme certaines des préfectures pourraient être subdivisées en plusieurs districts sanitaires de taille opérationnelle adéquate¹. Le niveau périphérique a subi actuellement une révision structurelle qui renforce les capacités des Districts de santé (DS) sur une superficie plus réduite.

4.2. Système de santé

4.2.1. Disponibilité de l'offre de Service de Santé

L'enquête HeRAMS sur la disponibilité de l'offre de service de santé a permis d'objectiver cette disponibilité par Région Sanitaire ainsi que les raisons principales d'une couverture non optimale de cette offre. Les principaux résultats sont présentés en annexe.

Tableau IIIIII : Fonctionnalité des Formations Sanitaires au premier semestre 2014²

Régions Sanitaires	Fonctionnalité			Total
	Fonctionnelle	Non-fonctionnelle	Partiellement fonctionnelle	
RS1	91	33	25	149
RS2	109	35	2	146
RS3	44	93	43	180
RS4	49	24	11	84
RS5	37	12	18	67
RS6	73	43	7	123
RS7	48	14	4	66
Total RCA	451	254	110	815
%	55,3%	31,2%	13,5%	100,0%

Des 813 Formations Sanitaires, 55,3% seulement sont fonctionnelles au niveau national, la non fonctionnalité variant de 51,7%% dans la Région Sanitaire N°3 à 17,9% dans la Région Sanitaire N°5.

¹ Normes relatives au Districts sanitaires, MSP

² Sources : Données HeRAMS 2014

4.2.2. Infrastructures, équipements et politique du médicament

4.2.2.1. Infrastructures

Tableau IX : Répartition des établissements sanitaires selon les régions³

Régions Sanitaires	Types de structure					Total
	Hôpital Central	Hôpital Régional	Hôpital Préfectoral/District	Centre de Santé	Formation Sanitaire Satellite/Poste de santé	
RS1	1	0	6	77	65	149
RS2	0	1	3	68	74	146
RS3	0	1	3	42	134	180
RS4	0	1	3	31	49	84
RS5	0	1	2	17	47	67
RS6	0	1	5	51	66	123
RS7	4	0	0	54	8	66
Total RCA	5	5	22	340	443	815
%	0,6%	0,6%	2,7%	41,7%	54,4%	100,0%

On remarque dans le tableau ci-dessus que 96,1% des FOSA du pays sont représentées par des structures de type Centre de Santé ou Poste de Santé.

Tableau X: État des infrastructures sanitaires au premier semestre 2014 par Région Sanitaire⁴

Régions Sanitaires	Etat des infrastructures		Total	
	Intact	Partiellement détruit	Totalement détruit	
RS1	120	27	2	149
RS2	136	6	4	146
RS3	97	77	6	180
RS4	66	18	0	84
RS5	49	14	4	67
RS6	78	36	9	123
RS7	45	20	1	66
Total R.C.A	591	198	26	815
%	72,5%	24,3%	3,2%	100,0%

³ Sources : Données HeRAMS 2014

⁴ Sources : Données HeRAMS 2014

Au niveau national, 27,5% des Formation Sanitaire ont été partiellement ou totalement détruit avec une grande disparité allant den 6,5% dans la Région Sanitaire N°2 à 46,1% dans la Région Sanitaire N°3.

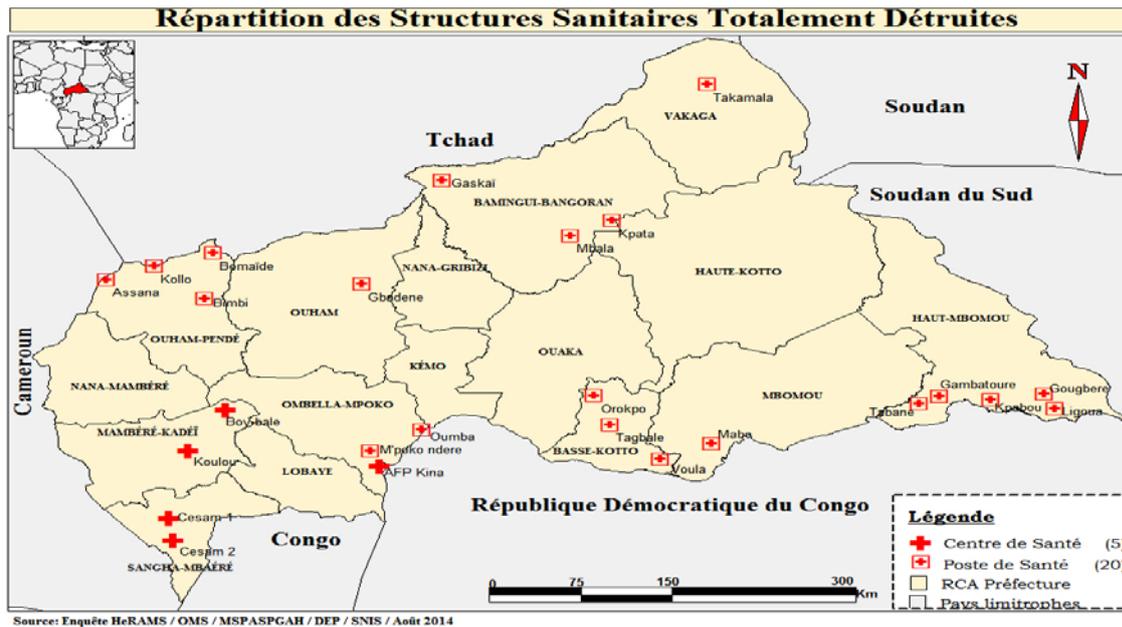


Figure 2 :

Cartographie des FOSA complètement détruites en RCA (HeRAMS, avril 2014)

De cette analyse de la situation, il ressort que les besoins en construction des infrastructures totalement détruites. Cette situation nécessite une analyse plus approfondie pour permettre au pays d'arriver à une planification rationnelle et à la mobilisation des ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

Tableau XI : Indicateurs de couverture en infrastructures sanitaires fonctionnelles et partiellement fonctionnelles au premier semestre 2014⁵

Régions	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	Total
Population	744.510	862.841	986.421	632.693	229.175	580.660	818.605	4.854.905
% de la population	15,3%	17,8%	20,3%	13,0%	4,7%	12,0%	16,9%	100,0%
Superficie	51070	76215	82350	87100	191350	134284	67	622436
Nombre de Service	116	111	87	60	55	80	52	561
Nbre service. /1000km ²	2,3	1,5	1,1	0,7	0,3	0,6	776,1	0,9
Rayon Moyen en Km	11,8	14,8	17,4	21,5	33,3	23,1	0,6	18,8
Nbre Service/ 10000 hbts	1,6	1,3	0,9	0,9	2,4	1,4	0,6	1,2

L'analyse de la répartition des infrastructures de santé du secteur public fait ressortir une inégale répartition selon les régions.

Selon la densité d'infrastructures par 1000 km², on distingue 3 groupes :

- Groupe 1 : les RS 4, 5 et 6, comptent moins d'une infrastructure pour 1000 km² ;

⁵ Sources : Données HeRAMS 2014

- Groupe 2 : Les RS 1, 2, 3 et comptent environ 1 à 2 infrastructures pour 1000 km² ;
- Groupe 3 : La RS7 compte à elle seule 776 infrastructures pour 1000 km².

L'analyse du nombre de services pour dix mille habitants indique que les régions à grande étendue et à faible densité de population semblent avoir le plus grand nombre de services par rapport à la population :

- Supérieur à la moyenne nationale : 2,4 pour la RS5 ; 1,3 pour la RS2 ; 1,4 pour la RS6 ; 1,6 pour la RS1 ;
- Inférieur à la moyenne nationale : 0,9 pour RS3 et 4.
-

4.2.2.2. Equipements et matériels biomédicaux

Le patrimoine du système national de santé est constitué pour l'essentiel des biens meubles et immeubles provenant de trois principales sources à la tête desquelles, figurent les apports extérieurs, suivi de la dotation étatique et enfin de la contribution communautaire.

Cependant, en dehors du document de norme en matière d'équipements et d'infrastructures des districts sanitaires, il n'existe pas encore un document national de développement des infrastructures, des équipements et de la maintenance comme cadre d'orientation dans la gestion du patrimoine du système de santé.

Au niveau des formations sanitaires périphériques, la liste des équipements prévus est assez exhaustive du point de vue de leur nature et de leur qualité. Malheureusement, en temps normal, ces formations sanitaires, ont été sous-équipées en dépit d'importants apports de l'extérieur, notamment en moyens logistiques, matériels de froid et matériels biomédicaux. Les équipements médicaux et la logistique mis à disposition sont mal gérés, mal entretenus et parfois inadaptés. Les amortissements et remplacements du matériel ne sont pas planifiés. Cela résulte d'une faible capacité de gestion des utilisateurs et surtout du non décaissement des crédits alloués par l'Etat pour assurer la maintenance de ces équipements.

Tout ceci a entraîné une faiblesse des plateaux techniques, notamment au niveau des formations sanitaires de référence, et par conséquent, des prestations de faible qualité.

Cette situation a été aggravée par l'actuelle crise militaro-politique qui a eu comme corollaire :

- la destruction massive des infrastructures,
- le vandalisme porté sur les matériels et mobiliers de bureau, matériels biomédicaux et autres équipements, dont la grande partie a été fournie par les partenaires au développement ;
- l'absence quasi-totale de participation communautaire aux dépenses de santé (constructions, réhabilitations d'infrastructures sanitaires, des équipements)
- le gel des apports extérieurs etc.

De ce qui précède, le Département de la santé a du mal à utiliser son mécanisme d'évaluation périodique des matériels et équipements à travers la commission logistique, institué par arrêté n°.... dont les travaux devaient permettre de :

- suivre la planification et l'application des normes en matière d'infrastructures et d'équipements ;
- concevoir et instituer des prévisions d'amortissement des infrastructures et des équipements au niveau des FOSA ;
- déterminer et diffuser annuellement les coûts réels de maintenance par structure.

Tableau XII : Situation actuelles des moyens logistiques⁶

	Nombre avant la crise	Saccagé, pillé ou reformé	Nombre actuel
Véhicule (y compris ambulance)	81	25	56
Motocyclette	76	ND	ND

Les actes de vandalismes ont beaucoup plus porté sur les moyens de mobilité affectés aux structures sanitaires de l'arrière-pays (80% de moyens-roulants saccagés ou pillés). Cet état de chose est de nature à ralentir voir freiner le processus de prise en charge sanitaire de la population dont les 2/3 se trouvent concentrés en provinces.

Tableau IVII : Disponibilité en source d'énergie dans les structures de santé de la République Centrafricaine⁷

Région Sanitaire	Aucune	Electricité publique	Groupe Electrogène	Solaire	Total
RS1	91	8	14	3	116
RS2	75	3	27	6	111
RS3	77	0	6	4	87
RS4	51	0	9	0	60
RS5	51	0	4	0	55
RS6	72	0	6	2	80
RS7	2	49	1	0	52
RCA	419	60	67	15	561

La destruction des infrastructures sanitaires a emporté la dégradation ou le pillage de certaines sources d'énergie indispensables à la mise en œuvre des activités sanitaires au niveau des Régions sanitaires, dépendant pour une part de kit solaire et groupe électrogène. Il faut aussi noter que par manque d'approvisionnement en carburant et kit de remplacement, la plupart des groupes électrogènes et panneaux solaires sont inutilisés.

Tableau XIV : Disponibilité en source d'approvisionnement en eau les structures de santé de la République Centrafricaine⁸

Région Sanitaire	Autre	Eau courante	Forage	Pas d'accès à l'eau	Puits non protégé	Puits protégé	Total
RS1	6	6	55	22	14	13	116
RS2	4	11	43	7	42	4	111
RS3	1	1	51	33	1	0	87
RS4	3	2	25	19	7	4	60
RS5	1	2	19	28	3	2	55
RS6	6	0	40	7	23	4	80
RS7	2	48	1	0	0	1	52
RCA	23	70	234	116	90	26	561

L'approvisionnement en eau potable pose un problème en ce qu'il ne satisfait pas les besoins réels de la population.

⁶ Source : Direction des Ressources, 2013

⁷ Source : HeRAMS, avril 2014

⁸ Source : HeRAMS, avril 2014

4.2.3. Médicaments, dispositifs médico-chirurgicaux et réactifs de laboratoire

La RCA dispose d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) adoptée en 1995 et qui est une partie intégrante du PNDS mais insuffisamment mise en œuvre. La PPN couvre tous les aspects du secteur pharmaceutique et a pour objectif de rendre accessible géographiquement, physiquement et financièrement à la population des médicaments essentiels de qualité efficace et à moindre innocuité et à moindre coût.

L'objectif général est de garantir un accès équitable aux médicaments essentiels de qualité aux populations et promouvoir leur usage rationnel.

Dans le cadre stratégique de la PPN, il s'agit de l'amélioration de la législation et de la réglementation permettant à la fois le renforcement d'un marché de libre concurrence ainsi qu'une protection de la population en termes de sécurité pharmaceutique et d'accessibilité financière.

- La mise en place d'un système de financement pérenne suffisant et approprié pour le fonctionnement des formations sanitaires pour la mise en œuvre de la PPN et l'acquisition des autres produits de santé ;
- La restructuration de l'Autorité Nationale de Réglementation (ANR) ;
- Le renforcement de la formation des Ressources Humaines notamment des prescripteurs des dispensateurs, des distributeurs et des agents chargés de l'administration des médicaments ;
- Le renforcement du système d'information des prescripteurs, distributeurs et du public sur l'utilisation rationnelle des médicaments ;
- L'exploitation des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le domaine pharmaceutique (gestion administrative, approvisionnement, distribution) ;
- L'orientation de la production industrielle locale sur les médicaments essentiels de base et sur les médicaments traditionnels améliorés ;
- Mise en œuvre du système de qualité d'analyse de biologie médicale.
- Les difficultés du sous-secteur pharmaceutique s'observent à tous les niveaux du système de santé.

Evaluation sur le système d'approvisionnement en médicaments : L'approvisionnement en médicaments en RCA est assuré par trois (03) grossistes répartiteurs à savoir le Centrapharm, l'UCM et l'UDP (Unité de Dépôt Pharmaceutique) et, deux (02) dépositaires que sont Shalina et Roffe Pharma. Ces structures d'approvisionnement importent des médicaments qui n'ont pas une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) faute d'un dispositif réglementant l'importation des médicaments en RCA.

A côté de ces structures d'approvisionnement citées ci-haut, il convient de mentionner l'existence d'une usine de fabrication de solutés installés depuis 1993 et qui fournit à l'UCM, son principal client, du sérum glucosé à 5 et 10 %, du Ringer lactate, du sérum salé 0,9%, quelques antibiotiques en solution (métronidazole et ciprofloxacine) et des gélules/comprimés (amoxicilline, cimétidine et tinidazole).

Problématique de l'UCM : L'unique centrale d'achat qui est l'UCM était créé aussitôt après la dévaluation du franc CFA en janvier 1994 pour permettre à la population d'accéder à des médicaments de qualité à moindre coût et disponibles géographiquement et financièrement. Malheureusement, le système de gestion et de fonctionnement imposé à l'UCM ne lui a pas permis de remplir sa mission pour laquelle elle est créée.

En effet, les unités de vente en détail qui sont installés dans les hôpitaux en remplacement des pharmacies hospitalières n'ont pas permis à l'UCM de mettre à la disposition de ces hôpitaux des médicaments à moindre coût. Il convient de signaler que l'UCM ne commande que des médicaments de la liste nationale des MEG qui ont reçu une autorisation de mise sur le marché en RCA auprès des fournisseurs pré-qualifiés par l'UCM en recourant à l'appel d'offre soit de gré à gré, soit international.

Sur le plan organisationnel, l'UCM dépend du Cabinet du Ministre et non de la Direction des Services Pharmaceutiques, des Laboratoires et de la Médecin Traditionnel. Cette dépendance fait de l'UCM une unité qui n'est pas sous le contrôle de l'autorité de réglementation incarnée par la DPM à l'instar des autres pays membres de la CEMAC. Ainsi, les difficultés financières du Cabinet doivent être résolues par les finances de l'UCM, ce qui ne lui permet pas de se consacrer à des commandes de médicaments suffisants pour couvrir les besoins en MEG pour la population.

Problématique des médicaments de la rue : La lutte contre les médicaments de la rue relève de la volonté politique du Gouvernement mise en œuvre dans ce domaine et qui interpelle tout le Gouvernement, avec comme leadership le Ministère de la Sécurité Publique qui a créé en son sein l'Office Centrafricain de Lutte contre les Drogues (OCLAD) créé par Décret n°....., pris en conseil des Ministres.

En effet, l'OCLAD a pour mission de lutter contre les drogues et les médicaments de rue avec le concours des autres départements impliqués. C'est à cet effet que le Comité Interministériel de lutte contre la drogue est composé de tous les départements ministériels afin de mieux participer efficacement aux actions de lutte menées l'OCLAD.

Malheureusement, la mise en œuvre de cette lutte se heurte à des difficultés matérielles et financières ce qui se traduit par la création dans toutes les rues de Bangui et des provinces des mini-pharmacies et mini-laboratoires, ainsi que de cliniques et cabinets médicaux non autorisés.

4.2.4. Ressources humaines pour la Santé (RHS)

4.2.4.1. Politiques et plans des RHS

Il n'existe pas encore des politiques et des plans des RHS. L'élaboration de ces documents est en cours. Le MSP vient d'achever l'analyse de la situation des RHS dont les principales conclusions permettront de finaliser le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PSDRHS).

4.2.4.2. Développement, planification et gestion de politique des RHS

Les acteurs impliqués dans le processus d'élaboration du PSDRHS sont les départements ministériels, (santé, éducation nationale, défense, fonction publique, finance, et plan)

Il existe des structures d'organisations pour gérer la question des RHS à tous les niveaux.

Au niveau central, Le Service des RH du Ministère de la Santé est caractérisé par une faible capacité institutionnelle et une insuffisance quantitative et qualitative en termes d'effectif. Globalement, le SRH regorge 12 agents dont 8 Cadres de la catégorie A et 4 Agents appartenant à la hiérarchie inférieure.

Au niveau local certains Comités de Gestion (COGES), le secteur privé, les partenaires au développement peuvent dans la limite des moyens financiers dont ils disposent, procéder au recrutement et au licenciement des agents de santé.

Seul le Gouvernement reste compétent en matière de détermination du niveau de salaire. Le versement du salaire mensuel est du ressort du Ministère des Finances.

Actuellement le salaire des fonctionnaires et agents de l'État sont domiciliés dans les banques de la place. La paye s'effectue par virement bancaire.

Tableau V : Situation du personnel/normes (2014)

GROUPE/CORPS	NORME REQUISE	EFFECTIF ATTENDU	EFFECTIF ACTUEL	ECART/BESOINS A COMBLER
Médical	1 /10 000 hbts	450	275	175
Paramédical :				
✓ Infirmiers	1/4 000 hbts	2250	1276	974
✓ Sages-femmes		1125	571	554
	Total	3925	2122	1603

Cette situation est d'autant plus préjudiciable avec la sortie en masse non compensée ces derniers mois des Agents du Ministère de la Santé, admis à faire valoir leur droit à la retraite.

4.2.4.3. Réglementation

La Constitution centrafricaine actuellement en vigueur prévoit l'égal accès de tous les citoyens aux fonctions et emplois publics, sans autres conditions que celles fixées par la loi.

Cependant, les dispositions de cette loi fondamentale confèrent au Président de la République le pouvoir de nommer aux emplois publics, civils et militaires.

La définition des politiques en matière de gestion des ressources humaines de l'Etat est du ressort du Gouvernement.

C'est la Loi N°99.016 du 16 Juillet 1999, modifiant et complétant certaines dispositions de l'Ordonnance N° 93 du 14 Juin 1993, portant Statut Général de la Fonction Publique qui est le texte de référence actuellement en vigueur.

Cette Loi régit la carrière professionnelle de tous les Fonctionnaires. Son texte d'application est le Décret N°00.172 du 10 Juillet 2000.

Les autres textes en la matière sont :

- le Code du Travail ;
- la Convention Collective des agents décisionnaires ;
- le texte relatif aux conditions de notation et d'avancement de grade des Fonctionnaires ;
- le texte fixant l'organisation des commissions administratives paritaires ;
- le texte relatif aux attributions des Ministres en matière de Gestion de RH.

Dans le secteur privé on distingue :

- Les associations confessionnelles privées à but non lucratif qui recrutent des agents de santé, les utilisent moyennant rémunération et leur assurent la formation au besoin ;
- Les agences humanitaires qui interviennent en cas de conflits ou de catastrophes naturelles pour apporter un secours aux victimes, aux déplacés et aux sinistrés. Elles recrutent les RHS pour les déployer dans leurs zones d'intervention ;
- Les ONG privées à but lucratif qui embauchent les professionnels de santé le plus souvent en attente d'intégration dans la fonction publique ou ceux déjà admis à la retraite
- Les cliniques, Centres de Santé, et Cabinets médicaux privés à but lucratif.

4.2.5. Canaux de Communication :

- Les médias les plus suivis par la population sont : Radio Centrafrique, Radio Ndekeluka, Radio Notre Dame et Radio Esca ;
- Sur 11 radios communautaires avec lesquels la Direction de la Communication en matière de Santé collabore dans le cadre de la mobilisation sociale seulement six sont opérationnelles. ;
- Toutes les radios de communication au niveau des formations sanitaires périphériques sont inexistantes certaines ont été volées ;
- Les relais communautaires ont aussi fuit leur localité.

Les Perspectives :

- La Direction de la Communication en matière de Santé se propose de multiplier les différents documents produits, former les relais communautaires à différent niveau de la pyramide sanitaire ainsi les membres des ONG/OAC sur la promotion de la santé ;
- Elaborer le Plan Intégré de Communication de la Direction en rapport avec les différents programmes de santé dans le cadre de la promotion de la Santé ;
- Former les relais communautaires sur les MNT, le Paludisme, la tuberculose, les Violences Basées sur le Genre ;
- Equiper la Direction de la Communication en matériels de Sonorisation et de bureautique (vidéo projecteurs, caméra ordinateurs, véhicule équipé de matériels de sonorisation .

4.3. Protection des consommateurs :

D'une manière générale, l'environnement immédiat des denrées alimentaires (produits maraichers) est insalubre ; ce qui expose les consommateurs aux principales maladies du péril fécal et hydrique.

Les pratiques alimentaires des ménages centrafricains restent tributaires du contexte socio-économique et agro-pastoral national. En effet, l'Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire (AGVSA) réalisée en 2009 par le PAM, le PNUD, l'UNICEF et la FAO a réévalué le nombre de ménages centrafricains vivant dans l'insécurité alimentaire à 30,2% (soit près de 1.221.008 personnes). Sur cette proportion de ménages en insécurité alimentaire, on dénombre 7,5% en insécurité alimentaire sévère contre 22,7% en insécurité alimentaire modérée. Il ressort de cette analyse que les ménages en insécurité alimentaire souffrent d'un taux élevé de pauvreté (85%).

Pour ce qui concerne la consommation de tabac, la République centrafricaine a ratifié la convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) l'OMS le 30 octobre 2005. Depuis cette date, des séries de mesures législatives ont été prises, notamment l'Arrêté Interministériel (Santé, Finance, Commerce) N°008/MICPME/MSPP/MFB du 2 Avril 2007 qui a exigé de l'unique fabricant de cigarettes manufacturées et pour le tabac importé l'inscription de la motion « produits dangereux pour la santé », ainsi que l'interdiction de la publicité et du sponsor des activités sportives et culturelles.

Par ailleurs, pour lutter contre le tabagisme passif, la Mairie de Bangui a interdit en 2009 de fumer dans les espaces publics et les endroits clos. Toutefois l'application complète des articles de la CCLAT reste insuffisante.

Pour la consommation abusive d'alcool, les mesures législatives sont insuffisantes de la production, à la consommation et sur les effets collatéraux néfastes sur l'individu lui – même et son entourage. En effet, l'usage de l'alcootest n'est pas pratiqué chez les conducteurs de véhicule et même si l'état d'ébriété est constaté sur les lieux de vente, les vendeurs continuent de vendre les boissons alcoolisées aux consommateurs, tandis que le retrait de permis de conduire n'est effectué par les responsables de la sécurité publique lors de consommations abusives d'alcool en cas d'accidents ou non. Par ailleurs, si le pourcentage d'alcool est mentionné sur les bouteilles, il n'existe pas de

structures pour assurer les contrôles, ni de législation pour fixer l'âge d'accès aux points de vente. Toutefois, le grand danger reste la production artisanale dans des distilleries clandestines qui mettent à la disposition des consommateurs des alcools à base de méthanol très toxiques pour le système nerveux et sources d'effets collatéraux dramatiques.

L'usage nocif de l'alcool a de graves répercussions sur la santé publique et il est considéré comme l'un des principaux facteurs de risque de morbidité dans le monde. Dans la stratégie de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, la notion d'usage nocif de l'alcool s'entend au sens large et englobe la consommation d'alcool qui a des conséquences sociales et sanitaires néfastes pour le buveur, son entourage et la société en général, ainsi que les modes de consommation qui augmentent le risque d'issues sanitaires défavorables. L'usage nocif de l'alcool compromet à la fois le développement individuel et le développement social. Il peut détruire des vies, dévaster des familles et endommager le tissu social.

L'usage nocif de l'alcool est à l'origine d'une part importante de la charge mondiale de morbidité et se place au troisième rang des facteurs de risque de décès prématuré et d'incapacité à l'échelle mondiale.

On estime qu'en 2004, 2,5 millions de personnes dans le monde sont mortes de causes liées à l'alcool, dont 320 000 jeunes âgés de 15 à 29 ans. L'usage nocif de l'alcool était à l'origine de 3,8 % des décès enregistrés dans l'ensemble du monde et représentait 4,5 % de la charge mondiale de morbidité mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité perdues, même si l'on tient compte des effets protecteurs modestes, notamment contre les cardiopathies coronariennes, d'une faible consommation d'alcool chez certaines personnes âgées de 40 ans ou plus.

Pourtant évitable, la consommation nocive d'alcool est un important facteur de risque de troubles neuropsychiatriques et d'autres maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, la cirrhose du foie et divers cancers. Pour certaines maladies, rien n'indique un effet de seuil dans la relation entre le risque et la quantité d'alcool consommée. L'usage nocif de l'alcool est aussi associé à plusieurs maladies infectieuses comme le VIH/sida, la tuberculose et la pneumonie. Les traumatismes intentionnels et non intentionnels, y compris ceux dus aux accidents de la circulation et à des actes de violence, ainsi que les suicides représentent une part importante de la charge de morbidité attribuable à l'usage nocif de l'alcool. Les accidents mortels imputables à l'alcool concernent le plus souvent des personnes relativement jeunes.

5. PLAN POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2018-2022

5.1. Vision :

Un monde libéré de la charge évitable des maladies non transmissibles

5.2. But :

Réduire la charge évitable de morbidité, de mortalité et de handicap attribuable aux maladies non transmissibles au moyen de la collaboration et de la coopération multisectorielles aux niveaux national, régional et mondial, afin que les populations parviennent au meilleur état de santé et au plus haut niveau de productivité possibles à tout âge, et que ces maladies ne soient plus un obstacle au bien-être et au développement socio-économique.

5.3. Principes directeurs et approches

1°) Approche fondée sur les droits de l'homme : Il s'agit de reconnaître que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation, conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme.

2°) Approche fondée sur l'équité : Il s'agit de reconnaître que la répartition inégale des maladies non transmissibles est due, en fin de compte, à la répartition inéquitable des déterminants sociaux de la santé, et qu'il est essentiel d'agir sur ces déterminants, à la fois pour les groupes vulnérables et pour l'ensemble de la population, en vue de créer des sociétés équitables, économiquement productives, saines et n'excluant personne.

3°) Action nationale , coopération et solidarité internationales : Il s'agit de reconnaître le rôle et la responsabilité premiers des gouvernements pour relever le défi que représentent les maladies non transmissibles, ainsi que le rôle important de la communauté internationale pour aider les États Membres à compléter les efforts nationaux.

4°) Action multisectorielle : Il s'agit de reconnaître que, pour être efficace, la lutte contre les maladies non transmissibles doit reposer sur le leadership, un engagement coordonné des différentes parties prenantes et une action multisectorielle de la part des pouvoirs publics et d'un large éventail de parties prenantes. Cet engagement et cette action incluront, selon que de besoin, l'intégration de la santé dans toutes les politiques et des approches fédérant tous les acteurs publics, dans des secteurs tels que la santé, l'agriculture, la communication, l'éducation, l'emploi, l'énergie, l'environnement, la finance, l'alimentation, les affaires étrangères, le logement, la justice et la sécurité, le corps législatif, les affaires sociales, le développement économique et social, le sport, la fiscalité, le commerce et l'industrie, les transports, l'urbanisme et la jeunesse, ainsi qu'un partenariat avec les entités compétentes de la société civile et du secteur privé.

5°) Prise en compte de tous les âges de la vie : Il est possible de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles à plusieurs stades de la vie ; c'est souvent au début de l'existence que les possibilités de prévention primaire sont les meilleures. Les politiques, plans et services de lutte contre les maladies non transmissibles doivent tenir compte des besoins sanitaires et sociaux à tous les âges de la vie. L'action doit porter au départ sur la santé maternelle, y compris la période préconceptionnelle, les soins prénatals et postnatals, la nutrition de la mère et la réduction de l'exposition aux facteurs de risque environnementaux ; se poursuivre par une alimentation adaptée du nourrisson (y compris la promotion de l'allaitement maternel) et par la promotion de la santé de l'enfant et de l'adolescent ; puis s'attacher à la promotion de la santé au travail, du vieillissement en bonne santé et des soins aux personnes âgées atteintes de maladies non transmissibles.

6°) Autonomisation des personnes et des communautés : Il faudrait œuvrer à une plus grande autonomie des personnes et des communautés, qui devraient participer aux activités de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris à la sensibilisation, à l'élaboration des politiques, à la planification, à la législation, à la fourniture des services, au suivi, à la recherche et à l'évaluation.

7°) Stratégies fondées sur des bases factuelles : Les stratégies et les pratiques destinées à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles doivent être fondées sur les données scientifiques les plus récentes et/ou sur les meilleures pratiques, sur le rapport coût/efficacité, sur l'accessibilité économique et sur des principes de santé publique, en tenant compte des considérations culturelles.

8°) Couverture sanitaire universelle : Chacun devrait avoir accès, sans discrimination, à des ensembles de prestations de santé déterminées à l'échelle nationale et incluant la promotion, la prévention, le traitement curatif et la réadaptation nécessaires, ainsi qu'à des médicaments essentiels de qualité qui soient à la fois sûrs, abordables et efficaces, tout en veillant à ce que le recours à ces prestations n'expose pas les usagers à des difficultés financières, l'accent étant mis sur les populations pauvres et vulnérables.

9°) Gestion des conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels : Une lutte efficace contre les maladies non transmissibles passe par la participation de plusieurs acteurs étatiques et non étatiques, y compris de la société civile, du monde universitaire, de l'industrie et d'organisations non gouvernementales et professionnelles. En matière de lutte contre les maladies non transmissibles, les politiques de santé publique, les stratégies et l'action multisectorielle devraient être protégées de toute influence indue ou de toute forme d'intérêt. Les conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels doivent être reconnus et gérés.

5.4. Objectifs

5.4.1. Objectif général :

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité attribuables aux maladies non transmissibles d'ici à 2020.

5.4.2. Objectifs spécifiques

- 1°) Renforcer la Coopération internationale et la sensibilisation en faveur de lutte contre les maladies non transmissibles en RCA.
- 2°) Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles.
- 3°) Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé.
- 4°) Renforcer et réorienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle.
- 5°) Promouvoir et soutenir les capacités nationales à mener des travaux de recherche-développement de qualité afin de lutter contre les maladies non transmissibles.
- 6°) Surveiller l'évolution et les déterminants des maladies non transmissibles et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte.

5.5. Cibles volontaires

- 1°) Réduction relative de 25 % du risque de décès prématuré imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques
- 2°) Au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient dans le cadre National
- 3°) Réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante
- 4°) Réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel/sodium dans la population
- 5°) Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus
- 6°) Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale
- 7°) Arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité
- 8°) Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie), en vue de prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux
- 9°) Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privés.

5.6. Stratégies

Sept stratégies principales seront utilisées pour la mise en œuvre.

a. Le renforcement des capacités de diagnostic et de prise en charge :

- Dotation en médicaments et consommables de qualité
- Extension des soins de qualité sur l'ensemble du territoire
- Subvention de la prise en charge : recouvrement à très faible coût par les malades

- Le transfert de technologie : fabrication de médicaments génériques, imagerie
 - Gratuité des soins : notamment pour les vulnérables, les marginalisés et les populations autochtones selon le principe d'équité.
- b. Le renforcement des capacités institutionnelles et structurelles :
- Fonctionnement et administration du Programme et du Groupe Technique de Travail MNT
 - Soutien aux capacités de gestion du programme et de prise en charge des MNT : formation de spécialistes, des cadres du programme et des points focaux
- c. La recherche opérationnelle :
- Enquêtes STEPS
 - Etudes sur les MNT et leurs facteurs de risque,
 - Enquêtes CAP auprès des malades souffrant de MNT.
- d. Le renforcement du système d'information sanitaire :
- Innovation dans le mécanisme intégré de rapportage mensuel en routine
 - Collecte des données de routine dans le cadre du suivi et de l'évaluation.
 - Collecte active des données.
- e. Le suivi, la supervision et l'évaluation :
- Suivi du processus de mise en œuvre
 - Supervision formative des prestataires de soins et des responsables des Districts, des Préfectures et des Régions Sanitaires
 - Evaluation à mi-parcours du programme, évaluation finale et audit.
- f. Le développement d'un partenariat durable

Il s'agit de renforcer la priorité donnée à la lutte contre les maladies non transmissibles et dans les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, en renforçant la coopération internationale et la sensibilisation.

- **Au niveau mondial :** Le Secrétariat Technique de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles est l'Organe de Coordination de la lutte. Il est logé au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé dont le siège est à Genève en Suisse ; Le Secrétariat Technique travaille au sein d'une Equipe Spéciale Inter institutions qui regroupe toutes les agences des Nations Unies que sont : ONU, AIEA, ONUSIDA, PNUD, UNICEF, CPN, PAM, FAO, PNUE, HCR, BM, UNFPA, HCR, CICR, OMPI, OIT, SC, CNUCED, Coopération bilatérale, Coopération Internationale, UE, ONGs internationales.
- **Au niveau régional :**

Les partenaires clés qui se sont déjà impliqués dans la lutte sont l'UA, la BAD, la CEAC, la CEMAC et l'OCEAC.

- **Au niveau national :**
 - Les Départements Ministériels qui jouent un rôle de premier plan sont : la Santé Publique et la Population, les Finances, le Plan et la Coopération Internationale, la Communication, la Jeunesse et les Sports, l'Education Nationale, l'Enseignement Supérieur, l'Administration du Territoire, la Sécurité Publique, la Défense (Gendarmerie), le Développement Rural, le Commerce, l'Urbanisme
 - Autres : les ONGs nationales, les OAC et le Secteur privé.

g. Promotion de la santé :

Les activités couvrent les domaines d'IEC, de mobilisation sociale, de lobbying, la health literacy, l'empowerment et les modes de vie sains.

Lutte antitabac :

La lutte contre les autres facteurs de risques bénéficiera des opportunités offertes par la mise en œuvre complète de la CCLAT à savoir :

- Protection des politiques de lutte antitabac contre les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, selon le droit national et conformément à l'article 5.3 de la CCLAT
- Suivi des mesures législatives tendant à créer des environnements totalement non fumeurs dans tous les lieux intérieurs de travail, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, selon qu'il conviendra, les autres lieux publics, conformément à l'article 8 de la CCLAT
- Avertissement de la population des dangers du tabagisme, y compris au moyen de campagnes chocs fondées sur des bases factuelles et diffusées dans les grands médias et de mises en garde sanitaires de grande taille, claires, visibles et lisibles, conformément à l'article 11 de la CCLAT
- Mise en œuvre d'une législation sur l'interdiction globale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, conformément à l'article 13 de la CCLAT
- Aide aux personnes qui souhaitent cesser de consommer du tabac ou d'être moins exposées à la fumée de tabac ambiante, en particulier aux femmes enceintes, conformément à l'article 14 de la CCLAT
- Réglementation de la composition et les émissions des produits du tabac et imposition aux fabricants et aux importateurs de produits du tabac de communiquer aux autorités gouvernementales des informations à ce sujet, conformément à l'article 9 et à l'article 10 de la CCLAT
- Augmentation des taxes sur tous les produits du tabac pour faire baisser sa consommation, conformément à l'article 6 de la CCLAT.

Promotion de l'exercice physique :

- Collecte et analyse d'informations sur la notion de sédentarité, de surcharge pondérale, d'obésité et calcul de l'indice de masse corporelle comme facteurs des MNT au sein de la population générale et lors de consultations au cabinet du médecin
- Conseils adaptés pour les exercices à trois niveaux : intensité modérée, intense et limité.

Sensibilisation pour une alimentation saine :

- Création d'un équilibre entre l'apport énergétique et le maintien d'un poids normal,
- Réduction de la consommation en sel/sodium, toutes sources confondues, et utilisation du sel iodé,
- Contrôle d'ajout de sucre supplémentaire: ajout aux aliments et boissons,
- Sensibilisation sur les conséquences de l'utilisation / consommation des mauvaises graisses, notamment les acides gras trans qui sont saturés : beurre, graisses animales,...
- Promotion de la consommation de fruits et légumes, ainsi que de légumineuses, de céréales complètes et de noix.

Sensibilisation pour la réduction de l'usage nocif de l'alcool.

Développement de s lignes directrices nationales visant à développer l'exercice physique pour maintenir et / ou atteindre le meilleur état de santé possible à tous âges.

Prévention et lutte contre la toxicomanie

- Renforcement du contrôle douanier et policier sur la production ou l'importation de drogues,
- Aide aux victimes qui désirent de cesser de consommer les drogues.

6. CADRE LOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE

6.1. Processus de mise en œuvre

Objectif spécifique 1. Renforcer la Coopération internationale et la sensibilisation en faveur de lutte contre les maladies non transmissibles en RCA										
Domaine d'activités 1 : Sensibilisation sur les liens entre les maladies non transmissibles et le développement durable, y compris sur des questions connexes telles que la lutte contre la pauvreté, le développement économique, les objectifs du Millénaire pour le développement, les villes durables, les environnements non toxiques, la sécurité alimentaire, le changement climatique, la préparation aux catastrophes, la paix et la sécurité et l'égalité des sexes										
Activités	Indicateurs de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
Domaine d'intervention 1 : finalisation des stades normatifs du programme										
1.1. Elaborer et valider un guide Sensibilisation sur les environnements non toxiques, la sécurité alimentaire, le changement climatique, la préparation aux catastrophes, la paix et la sécurité, et l'égalité des sexes	0	Guide disponible		X			X	Existence d'un guide de sensibilisation	MSP, Min de l'Administration du Territoire, Ministère de l'Environnement, Min de la Communication, OMS et Système des Nations Unies, USAID, ONGs, Coop Bilat	Rapport
1.2. Elaborer des plans stratégique et opérationnels pour la mise à échelle des activités de lutte contre les MNT	1	Plans opérationnels disponibles	2	1	1	1	1	Existence de plans annuels	MSP, autres Départements Ministériels (GTTMNT), OMS et Système des Nations Unies, ONGs	Rapports
1.3. Elaborer les documents de politique, les protocoles et directives de prévention et de lutte contre les MNT	0	Les 3 Documents sont disponibles	3	0	0	0	1	Existence de documents politique, protocoles et directives	MSP, OMS	Rapports
Domaine d'intervention 2 : plaidoyer et sensibilisation										
1.4. Organiser des réunions de Plaidoyer auprès des Organisations internationales pour la mobilisation des ressources, le transfert de technologies appropriées, abordables et durables, dans des conditions convenues d'un commun accord, ainsi que la production de médicaments, d'outils de diagnostic et de technologies médicales d'un coût	0	Accords de transferts de Technologies obtenus	0	1	1	1	1	Nombre de réunions de plaidoyer organisées	MSP, Ministère des Affaires Etrangères, du Commerce, CEMAC, OMS et Système des Nations Unies, ONGs, AFD, UE, OCDE, USAID, DIFID, Coopération Bilatérale	Rapports

abordable, sûrs, efficaces et de qualité										
1.5. Organiser 180 campagnes de sensibilisation sur les environnements non toxiques, la sécurité alimentaire, le changement climatique, la préparation aux catastrophes, la paix et la sécurité, et l'égalité des sexes dans 180 communes	0	180 campagnes organisées au niveau communautaire	0	0	30	30	30	Nombre de campagnes de sensibilisation organisées dans les communes	MSP, autres Départements Ministériels (GTTMNT), OMS et Système des Nations Unies, ONGs	Rapport

Objectif 2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles

Domaine d'activités 2 : Intégration de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les processus de planification de la santé, en accordant une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé, à l'égalité entre les sexes

Domaine d'intervention 1 : Renforcement des capacités institutionnelles et structurelles

Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
2.6. Assurer le fonctionnement de la Coordination du Programme National de Lutte contre les MNT : fournitures de bureau et matériels d'entretien	0	Le PNLMNT est pourvu en fournitures de bureau et matériels d'entretien	X	X	X	X	X	Nombre de fournitures et matériels d'entretien acquis	MSP, CEMAC, OMS et Système des Nations Unies, ONGs, AFD, UE, OCDE, USAID, Coopération Bilatérale	Bordereau de livraison Fiche de gestion de stocks
2.7. Doter le SLMT en équipement informatique et de maintenance (4 ordinateurs portables, 2 Desktops, 4 imprimantes, 4 photocopieurs, 3 vidéoprojecteurs, 2 scanners) et connexion internet	1 ordinateur	Le PNLMNT est doté en équipements informatiques et internet	X	X	X			Nombre d'équipements informatiques acquis	MSP, OMS et Système des Nations Unies, ONGs, AFD, UE, USAID, DFID, Coopération Bilatérale	Bordereau de livraison
2.8. Octroyer une prime d'administration et gestion à 12 agents de la Coordination du PNLMNT	0	le personnel du PNLMNT est motivé		X	X	X	X	% de consommation du budget	MSP, CEMAC, Système des Nations Unies, ONGs, AFD, OCDE, USAID, DFID, Coopération Bilatérale	Rapports financiers

2.9. Assurer le fonctionnement du Groupe Technique de Travail Interministériel MNT : fournitures de bureau et matériels d'entretien	0	Le GTTMNT est pourvu en fournitures de bureau	X	X	X	X	X	Nombre de fournitures et matériels d'entretien acquis	MSP, CEMAC, OMS et Système des Nations Unies, ONGs, AFD, OCDE, USAID, DFID, Coopération Bilatérale	Bordereau de livraison
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
2.10. Doter le Groupe Technique de Travail de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles en équipement informatique (2 ordinateurs portables, 2 imprimantes, 2 photocopieurs, 1 vidéoprojecteur, 1 scanner) et connexion internet	0	Le GTTMNT est doté en 2 ordinateurs portables 2 imprimantes, 2 photocopieurs, 1 scanner		X	X	X	X	Nombre d'équipements informatiques acquis	MSP, CEMAC, OMS et Système des Nations Unies, ONGs, AFD, OCDE, USAID, DFID, UE, Coopération Bilatérale	Bordereaux de livraison
2.11. Octroyer une prime d'administration et gestion à 5 Experts du Groupe Technique de Travail MNT	0	Les Experts du GTTMNT sont motivés	X	X	X	X	X	%de consommation du budget de fonctionnement et de gestion	MSP, CEMAC, OMS et Système des Nations Unies, ONGs, DFID, OCDE, USAID, AFD, UE, Coopération Bilatérale	Rapport financier
2.12. Appuyer l'intégration de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les statuts de 50 groupements/ONGs de femmes pour stimuler le changement au sein des familles et des communautés, et les autonomiser en vue de faciliter le dialogue, de catalyser le changement sociétal, l'équité en santé et les Droits de l'Homme	3	50 groupements / ONGs, œuvres caritatives adhérent à la lutte contre les MNT	0	20	25	35	45	Nombre de groupements/ comités locaux, ONGs, œuvres caritatives ayant intégré les MNT dans leurs statuts	MSP, Ministères du Plan, l'Administration du Territoire, des Finances, du Développement Rural, OMS et système des NU, UE, AFD, USAID, COOPI, ACF, UE, Coopération Bilatérale, ONG, Confessions religieuses	Procès verbaux
2.13. Organiser 5 réunions d'Experts et prendre des textes législatifs pour subventionner les besoins sanitaires des populations vulnérables, autochtones et marginalisées dans au moins 50 % de formations sanitaires	0	5 réunions organisées	X	X	X	X	X	- existence de textes - Nombre de personnes vulnérables et marginalisées PEC	MSP, Ministère Affaires Sociales, Ministère des Finances, Privé, Confessions religieuses	Chronos Registre des FOSA Rapports de PEC

Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
2.14. Organiser des réunions annuelles de plaidoyer sur la mobilisation des Fonds pour financement de la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles	1	Augmentation des ressources additionnelles en faveur de la lutte contre les MNT	1	1	1	1	1	Fonds additionnels acquis après le plaidoyer et la sensibilisation à haut niveau	MSP, Ministères des Finances, du Plan, des Affaires Etrangères, Parlement, UE, AFD, USAID, Système des Nations Unies, UA, Privé	Relevés bancaires Rapports financiers
2.15. Organiser des Télétons pour la collecte des fonds nationaux	0	Augmentation des ressources additionnelles	1	1	1	1	1	Fonds additionnels acquis après le plaidoyer et la sensibilisation à haut niveau	MSP, Ministère des Affaires Etrangères	Relevés bancaires Rapports financiers
2.16. Affecter du personnel qualifié au PNLMT: 1 Médecin de Santé Publique, un Epidémiologiste un Administrateur/ Gestionnaire, un Informaticien Statisticien/ Programmeur /Analyseur), un Nutritionniste, un Expert en communication et 1 Sociologue	1	Les compétences du PNLMT sont renforcées		X				Nombre de cadres affectés au PNLMT	MSP	Arrêté

Domaine d'intervention 2 : Subvention et prise en charge équitable des principales MNT

Prévention et lutte contre les maladies cardiovasculaires (dont l'hypertension artérielle et les AVC)

2.17. Subventionner les besoins sanitaires d'au moins 1500 malades souffrant de maladies Cardiovasculaires (dont HTA et AVC)	0	Au moins 1500 malades souffrant d'HTA sont PEC gratuitement	500	1000	1250	1500	1500	Population vulnérables et marginalisées PEC	MSP, CEMAC, OMS et Système des Nations Unies, UA, ONGs, UE AFD, OCDE, USAID, DFID, Confessions religieuses, Coopération Bilatérale	Registre des FOSA Rapports
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification

2.18. Doter un Hôpital de référence en Scanner et consommables pour le diagnostic des AVC (y compris les cancers)	0	La RCA dispose au moins d'un Scanner	0	0	1	0	0	Nombre de Scanners acquis	MSP, Ministère des Finances, CEMAC, et Système des Nations Unies, ONGs, AFD, OCDE, USAID, DFID, UE, Coopération Bilatérale	Bordereau de livraison
2.19. Doter les formations sanitaires en 1000 Tensiomètres électroniques	56	Toutes les FOSA disposent de tensiomètres électroniques	20	200	200	200	200	Nombre de tensiomètres électroniques acquis	MSP, OMS et Système des Nations Unies, UE, ONGs, AFD, OCDE, USAID, DFID, Coop Bilatérale, Confessions religieuses, Privé	Bordereau de livraison
2.20. Doter les formations sanitaires en 1000 pèse-personnes électroniques	400	Au moins 90 % de FOSA disposent de pèse-personnes électroniques	20	200	200	200	200	Nombre de pèse-personnes électroniques acquis	MSP, Ministère des Finances, CEMAC, OMS et Système des NU, DIFID, USAID, ONGs, Système des Nations Unies, AFD, OCDE, UE, Coopération Bilatérale Confessions religieuses, Privé	Bordereau de livraison
2.21. Doter 5 Hôpitaux de Référence, (Amitié, Communautaire, CNHUB, Complexe Pédiatrique, M.E.Domitien) et 4 Hôpitaux Régionaux et Universitaires (Berbérati, Bambari, Bossangoa, Bangassou) et les Hôpitaux Préfectoraux (Bouar, Bria) en appareils de MAPA	2	100 % des FOSA ciblées disposent d'appareils pour la MAPA	0	5	5	1	0	% des FOSA ciblées disposent d'appareils pour la MAPA	MSP, Ministère des Finances, CEMAC, OMS et Système des NU, DIFID, USAID Système des Nations Unies, ONGs, AFD, OCDE, UE, Coopération Bilatérale	Bordereaux de livraison
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
2.22. Doter 5 Hôpitaux de Référence (Amitié, CNHUB, Communautaire, Complexe Pédiatrique, Domitien) et 4 Hôpitaux Régionaux et Universitaires (Berbérati, Bambari, Bossangoa, Bangassou) et les Hôpitaux Préfectoraux (Bouar, Sibut) en Electrocardiographes	4	100 % des FS ciblées disposent d'Electrocardiographes	5	5	1	0	0	% des FOSA ciblées disposent d'Electrocardiographes	MSP, OMS et Système des NU, UE, AFD ONGs, Coopération bilatérale, DIFID, USAID	Bordereau de livraison
Prévention et lutte contre le diabète										
2.23. Créer/ Renforcer 11 Centres	1	11 Centres	3	5	3			Nombre de Centres	MSP, OMS, CEMAC, DFID	Textes de

de prise en charge des malades diabétiques : Hôpitaux de l' Amitié, CNHUB, Communautaire, Complexe Pédiatrique, M.E. Domitien ; les Hôpitaux Régionaux et Universitaires de Berbérati, de Bambari, de Bossangoa, de Bangassou et les Hôpitaux Préfectoraux de Bouar et Bria		de Santé créés ou renforcés pour la PEC de malades diabétiques						créés et fonctionnels	USAID Système des Nations Unies ONGs, UE, AFD, FID OCDE, USAID, Coopération Bilatérale, Confessions religieuses, privé	création
2.24. Subventionner les besoins sanitaires d'au moins 500 malades souffrant de diabète	50	Au moins 500 malades diabétiques sont PEC	100	250	400	500	500	Nombre de malades diabétiques PEC	MSP, UE, DFID, OMS et Système des Nations Unies, ONGs, USAID AFD, USAID, FID, Coopération Bilatérale, Confessions religieuses Privé ADC	Registres Rapports
2.25. Doter 5 Hôpitaux de référence (Amitié, Communautaire, CNHUB, Complexe Pédiatrique, M.E.Domitien) et 4 Hôpitaux Régionaux et Universitaires (Berbérati, Bambari, Bossangoa, Bangassou) et 35 Hôpitaux Préfectoraux/ District et Centres de santé, les laboratoires de l'Institut Pasteur et le LNBCSP en 100 Spectrophotomètre, 10 Hémocue et 500 One Touch et Consommables pour le dosage de la glycémie	1	9 FOSA ciblées sont dotées en Spectrophotomètre et One Touch	20	210	210	40	0	Nombre de FOSA dotées en One Touch	MSP, CEMAC, OMS et Système des Nations Unies, ONGs, OCDE, DFID, USAID, UE, AFD, Coopération Bilatérale, Confessions religieuses, Privé	Bordereau de livraison
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
2.26. Equiper le CNHUB En appareil de dialyse	1	100% des FOSA ciblées équipées		1	1	1		% de FOSA équipées pour l'hémodialyse	MSP, UA, OMS et Système des NU, AFD UE CEMAC, USAID, OCDE, DFID, ONGs Coopération bilatérale	Rapports
Prévention et lutte contre les cancers										
2.27. Elaborer les directives de prise en charge des cancers	0	Directives disponibles		X	X			Existence de directives sur les cancers	MSP, OMS ONGs, UE, AFD USAID Système des Nations Unies, Fondations de lutte contre les Cancers	Rapports
2.28. Créer un registre cancer dans sites (Bangui, Bangassou, Berbérati) et former les responsables	0	3 Registres de cancers disponibles		X	X			Nombres de sites cancers	MSP OMS, AFD Coopération Bilatérale Fondations de lutte contre les Cancers UE	Registres cancers

2.29. Subventionner les besoins sanitaires d'au moins 525 malades souffrant de cancers	0	Le traitement de 525 malades souffrant de cancers est subventionné	0	50	75	100	100	Nombre de malades souffrant de cancers bénéficiant de la subvention	MSP, OMS et Système des NU, ONG, AFD, UE, Fondations de lutte contre les Cancers Sociétés de la Croix Rouge, Confessions religieuses	Registres Rapports
2.30. Doter le Service de Radiologie en Mammographe et en consommables de dépistage et de prévention de cancer du sein	0	Mammographe disponible et fonctionnel		X	X	X	X	Existence de Mamographe	MSP, OMS et Système des NU, ONG AFD, UE, Fondations de lutte contre les Cancers Sociétés de la Croix Rouge, Confessions religieuses, Privé Coopération bilatérale	Bordereau de livraison
Activités	Indicateurs de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
2.31. Doter le service d'Anatomo pathologie équipements, matériels et consommables pour le diagnostic des cancers	1	Le Service d'Anatomo Pathologie est équipé		X	X	X	X	Existence équipements, matériels et consommables	MSP, OMS, AIEA, Système des NU, Fondations de lutte contre les Cancers, AFD Coopération Bilatérale	Bordereau de livraison
2.32. Immuniser au moins 5000 femmes à risque de cancers du col de l'utérus (papilloma virus)	0	Au moins 5000 femmes à risque immunisées	0	100	500	1000	1000	Nombre de femmes immunisées	MSP, OMS, AIEA, Système des NU, Fondations de lutte contre les Cancers, AFD Coopération Bilat	Rapports
2.33. Doter le Service de Cancérologie de l'Hôpital Communautaire en équipements et consommables de radiothérapie	0	La radio thérapie est accessible à moindre coût à 100 % de malades de cancers			X	X	X	Existence d'Unité de Radiothérapie	MSP, OMS, Système des NU, ONGs Fondations de lutte contre les Cancers AFD, Coopération Bilatérale, Sociétés de la Croix Rouge, Confessions religieuses	Registres Rapports
Prévention et lutte contre l'asthme et les bronchopathies obstructives chroniques										
2.34. Subventionner les besoins sanitaires d'au moins 2000 malades souffrant d'asthme et de BPOC	0	Au moins 2000	100	100	500	1500	2000	Nombre de malades souffrant d'asthme	MSP, OMS et Système des NU, ONGs AFD, UE	Registres Rapports

		malades ont accès à une PEC subventionnée							et de BPO avec PEC subventionnée	Système des NU, Coopération Bilatérale, Sociétés de la Croix Rouge, Confessions religieuses	
2.35. Doter le service de Radiologie /Pneumologie en Spiromètre et consommables	0	Spiromètre disponible et fonctionnel			X	X	X		Existence de Spiromètre	MSP, OMS et Système des NU, ONGs AFD, UE Système des NU Coopération Bilatérale, Confessions religieuses	Bordereau de livraison
Activités	Indicateurs de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification	
Prévention et lutte contre la drépanocytose											
2.36. Subventionner les besoins sanitaires d'au moins 1000 malades souffrant de drépanocytose	0	Au moins 1000 drépanocytaires ont accès à une PEC gratuite	0	200	200	200	200		Nombre de patients atteints de drépanocytose ayant une PEC gratuite	MSP, OMS et Système des NU, UE, ONGs USAID, Système des Nations Unies, AFD, DFID, Coopération Bilatérale, Sociétés de la Croix Rouge, Confessions religieuses	Registres Rapports
2.37. Doter le laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique, le Laboratoire du Complexe Pédiatrique, le Laboratoire de l'Hôpital M.E.Domitien, l'Institut Pasteur de Bangui, et 4Hôpitaux Régionaux et Universitaires (Béberati, Bambari, Bangassou) en équipements et consommables pour le diagnostic de la drépanocytose (Electrophorèse de l'Hémoglobine)	1	8 FOSA de référence sont équipés pour le diagnostic de la drépanocytose	0	4	4				% de laboratoires ciblés équipés en matériels de diagnostic de la drépanocytose	MSP, OMS et Système des NU, UE, USAID, ONGs, Système des Nations Unies, UA, AFD, DFID, Coopération Bilatérale, Sociétés de la Croix Rouge, Confessions religieuses	Bordereau de livraison
Domaine d'activités 3 : Renforcement des capacités de gestion du programme et de prise en charge des MNT											
Formation											
2.38. Former 100 cadres du Programme et des Districts sanitaires dans les domaines des technologies de	0	100 cadres formés en Technologie	25		25		25		Nombre de cadres formés en Technologie de l'information	MSP, UA, OMS et Système des NU, AFD UE USAID, ONGs Coopération bilatérale	Rapports

l'information et électroniques (cybersanté)		de l'information								
2.39. Former les Médecins et Techniciens spécialisés : 2 Médecins Biologistes, 4 Endocrinologues, 2 cancérologues, 12 Radiologues/ Scanographes, 3 Pneumologues, 2 Neurochirurgiens, 3 Néphrologues, 5 Oncologues, 15 Cardiologues, 8 Diabétologues, 2 Hématologues, 5 Ophtamologues, 7 Dentistes, 7 Kinésithérapeutes, 2 Radiothérapeutes, 2 Anesthésistes, 7 Nutritionnistes	0	2 Endocrinologues formés	0	1	1	0	0	Nombre d'Endocrinologues formés	MSP, OMS et Système des NU, AFD, UE, FID, USAID, Coopération bilatérale, Confessions religieuses	Rapports
Activités	Indicateurs de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
2.40. Former 400 étudiants en fin de cycle universitaire sur les MNT	0	400 Etudiants en fin de cycle formés	50	100	50	50	50	Nombre d'Etudiants formés	MSP, OMS et Système des Nations Unies, UE, AFD, USAID, bilatérale, Université de Bangui	Rapports
2.41. Former 2 Médecins Scanographes	0	2 Scanographes formés	0	0	1	0	1	Nombre de Scanographes formés	MSP, OMS et système des NU, AFD, UE, AIEA, USAID, Coopération bilatérale	Rapports
2.42. Former deux Techniciens de maintenance du Scanographe et des équipements radio		2 Techniciens de maintenance formés	0	0	1	0	1	Nombre de Techniciens de maintenance formés	MSP, OMS et système des NU, AFD, UE, aiea ? USAID, Coopération bilatérale	Rapports
2.43. Former 2 Médecins Epidémiologistes pour appuyer la recherche	3	2 Médecins Epidémiologistes formés	0	1	1	0	0	Nombre de Médecins Epidémiologistes formés	MSP, OMS et système des NU, AFD, UE, USAID, Coopération bilatérale	Rapports
2.44. Former 2 Pharmaciens pour la gestion des médicaments et consommables	0	2 Pharmaciens	0	1	1	0	0	Nombre de Pharmaciens formés	MSP, OMS et système des NU, AFD, UE, USAID, Coopération bilatérale	Rapport
2.45. Former 10 Techniciens aux nouvelles technologies de contrôle de qualité des médicaments et production de médicaments essentiels génériques (MEG)	0	10 Techniciens formés pour le contrôle de qualité et la fabrication des	0	0	0	5	0	Nombre de Techniciens formés pour le contrôle de qualité et la fabrication des MEG	MSP, OMS, AFD, UE Coopération bilatérale Université de Bangui, Confessions religieuses	Rapports

		MEG								
2.46. Former 800 agents de santé sur la prévention et la lutte contre les MNT	150	800 agents de santé formés	100	200	100	100	100	Nombre d'agents de santé formés	MSP, OMS et Système des NU, USAID, AFD, UE , Coopération bilatérale, Croix Rouge Française, ONGs, Confessions religieuses	Rapports
Activités	Indicateurs de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
2.47. Former 1500 Agents de santé communautaires sur la prévention et la lutte contre les MNT	0	1500 agents de santé communautaire formés sur les MNT	200	300	300	200	200	Nombre d'agents de santé communautaire formés sur les MNT	MSP, OMS et Système des NU, AFD, UE USAID, Coopération bilatérale, Croix Rouge Française, ONGs, Confessions religieuses	Rapports
2.48. Former 50 responsables de statistiques sanitaires sur les MNT et les supports de collecte intégrée des données	0	50 Statisticiens formés sur les MNT	15	20	15	0	0	Nombre de Statisticiens formés	MSP, OMS, AFD, UE, ONGs, Coopération bilatérale	Rapports
2.49. Former 12 Techniciens en Diabétologie pour le CNHUB, l'Hôpital de l' Amitié, l'Hôpital ME DOMITIEN les Hôpitaux Régionaux et Universitaires de Bambari, Bangasou et Berbérati, les Hôpitaux Préfectoraux de Bouar	5	12 Techniciens en Diabétologie formés		12				Nombre de Techniciens en Diabétologie formés	MSP, OMS, FID, UE AFD, Coopération bilatérale	Rapports
2.50. Réhabiliter les laboratoires de 20 Hôpitaux de Districts et Régionaux pour le diagnostic biologique des MNT	1	20 laboratoires ciblés réhabilités	2	5	5	8		Nombre de laboratoires réhabilités	MSP, OMS et Système des NU, USAID, UE, FID, AFD Coopération bilatérale	Procès verbal
2.51. Former 2500 membres de groupements/ comités locaux de santé, des secteurs publics/privés, des ONGs et des confessions religieuses (1500 femmes et 1000 hommes) sur les stratégies de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles	12	2500 membres formés	100	1000	500	200	200	Nombre membres d'associations formés	MSP, OMS et Système des NU, FID, AFD, UE, Croix Rouge Française, Coopération bilatérale, Confessions religieuse	
2.52. Doter 500 groupements/	0	500 Kits	50	250	100	100		Nombre de kits	MSP, OMS, FID, AFD, UE, Croix	Bordereau

comités locaux, ONGs, confessions religieuses et en outils de dépistage précoce et conseil de la tension artérielle élevée et de l'obésité/ Surcharge pondérale		distribués pour dépistage HTA, Obésité						distribués	Rouge Française, Coopération bilatérale, Confessions religieuses	livraison
---	--	--	--	--	--	--	--	------------	--	-----------

Objectif spécifique 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé.

Domaine d'activités 4 : Promotion de la lutte antitabac pour une application complète de la CCLAT

Domaine d'intervention 1 : Protection des politiques de lutte antitabac contre les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, selon le droit national et conformément à l'article 5.3 de la CCLAT

Activités	Indicateurs de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
3.53.Mettre en place un Comité interministériel pour protéger les politiques de lutte anti tabac contre les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, selon le droit national et conformément à l'article 5.3 de la CCLAT	0	Comité créé et fonctionnel	0	1	0	0	0	Existence d'un Arrêté interministériel	MSP, Ministère de l'Administration du Territoire, Ministère du Commerce, Ministère de la Justice, Ministère de la Sécurité Publique, ONGs, Privé	Chrono, Registres
3.54.Assurer le fonctionnement du Comité interministériel pour protéger les politiques de lutte antitabac contre les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, selon le droit national et conformément à l'article 5.3 de la CCLAT	0	Comité Interministériel fonctionnel		X	X	X	X	Existence d'un Comité Interministériel fonctionnel	MSP, OMS, Système des Nations Unies, Privé, ONGs, AFD, UE, USAID	Rapports
3.55.Prendre des mesures législatives visant la protection contre l'exposition à la fumée du tabac conformément à l'article 8 de la CCLAT	1	Les populations exposées au tabagisme passif sont protégées	0	1	1	0	1	Existence de mesures législatives	MSP, Ministères de l'Administration du Territoire, de la Fonction Publique et Emploi, du Commerce, de la Justice, de la Sécurité Publique, ONG Privé	Chrono Registres

3.56.Organiser 3 réunions de plaidoyer à l'endroit du législatif pour diffuser la Convention Cadre de Lutte Anti Tabac en vue de faciliter sa mise en application complète	0	Au moins 75 % des parlementaires sont sensibilisés sur la CCLAT	0	120	0	150	0	% parlementaires sensibilisés sur la CCLAT	MSP, OMS, Système des Nations Unies, Privé, ONGs, AFD, UE, USAID	Rapports
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
3.57.Organiser 4 ateliers pour appuyer 5 ONGs de lutte contre les principaux facteurs de risque (abus de l'alcool et/ou inactivité physique et/ou mauvaise alimentation et/ou tabac)	0	les capacités de 5 ONGs sont renforcées	0	1	2	1	0	Nombre d'ONGs soutenues	MSP, OMS, Système des Nations Unies, Privé, ONGs, AFD, UE, USAID	Rapports
Domaine d'activités 5 : Promotion de l'exercice physique et de la bonne alimentation.										
Domaine d'intervention 1: Promotion de l'exercice physique										
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
3.58.Elaborer, valider et diffuser auprès des communes des politiques nationales et locales d'urbanisme et de transport, en vue d'améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité et la sécurité des déplacements à pied et à vélo	0	Document de politique d'urbanisme disponible		X			X	Existence de documents de politique d'urbanisme spécifique aux aires de sport	MSP Min Urb Min Sport Min Adm T	-Chrono -Registre courrier
3.59.Construire 17 centres pour les exercices physiques dans 17 grandes agglomérations	40	17 centres sportifs publics construits	1	3	5	5	2	Nombre de centres sportifs publics construits	MSP, Ministères de l'Urbanisme, de la Jeunesse et Sports et de l'Administration du Territoire	Extraits cadastraux Titres Fonciers

3.60.Equiper les 17 centres pour les exercices physiques en matériels de sports	1	17 centres équipés en matériels de sport	1	3	5	5	2	Nombre de centres sportifs équipés	MSP, Ministères de l'Urbanisme, de la Jeunesse et Sports et de l'Administration du Territoire	Extraits cadastraux Titres Fonciers
Domaine d'intervention 2 : Promotion d'une alimentation saine										
3.61.Prendre des textes législatifs pour définir les normes en matière de la teneur en sel, en acide gras trans des aliments préemballés importés	0	Textes disponibles	1			1		Existence de textes législatifs complets sur les normes	MSP, Ministères du Commerce et du Développement Rural, OMS, Université de Bangui	-Chrono -Registre courrier
3.62.Organiser deux ateliers de formation pour renforcer les capacités de 20 Experts du Comité sur le contrôle biologique et chimique des aliments	0	20 Experts formés sur les techniques de contrôle chimique et biologique des aliments	0	0	0	10	0	Nombre d'Experts formés	MSP, Ministères du Développement Rural, du Commerce, OMS et Système des NU, FID, USAID, ONGs, Université de Bangui	Rapports
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
3.63.Doter les Experts du Comité en outils et kits de contrôle biologique et chimique des aliments	0	Outils et kits disponibles pour le contrôle chimique et biologique des aliments				X	X	Nombre DE kits acquis	MSP, OMS et Systèmes des NU, FID, AFD, UE, USAID, Université de Bangui, ONGs	Bordereau de livraison Fiches de stock
3.64.Prendre des textes législatifs pour appliquer les contraventions aux normes des produits alimentaires préemballés	0	Textes législatifs sur les produits préemballés disponibles et diffusés	1			1		Existence de textes législatifs sur les produits préemballés	MSP, Ministères du Commerce, du Développement Rural	Chronos Registres courriers
3.65.Informer les commerçants sur les normes en sel et acides gras trans des produits alimentaires conditionnés et les mesures conservatoires	0	Au moins 75 % de commerçants informés			X	X	X	% de commerçants informés	MSP, Ministères de la Communication, l'Administration du Territoire, du Commerce, du Dvpt Rural, OMS, ONGs,	Rapports

3.66.Elaborer, valider, multiplier et diffuser 10000 exemplaires d'un guide illustré sur les normes en sel, sucre, l'utilisation des acides gras trans dans les aliments, ainsi que la consommation de fruits et légumes	0	100000 Guides disponibles et distribués	0	0	1000	2000	2000	Nombre de guides produits et diffusés	MSP, Ministères de la Communication, du Commerce, du Développement Rural, OMS et Système des NU, FID, USAID, ONGs	Registres de décharge
3.67.Organisation de 152 Emissions radio pour sensibiliser les ménages sur la nécessité de la réduction de la teneur en sel/sodium, sucre et l'utilisation des acides gras trans dans les préparations alimentaires à domicile	1	Au moins 75% des ménages sensibilisés sur l'utilisation du sucre, de sel et acides gras	12	25	25	25	25	% des ménages sensibilisés sur l'utilisation du sucre, de sel et acides gras	MSP, Ministère de la Communication, de l'Administration du territoire, OMS et Système des NU, FID, USAID, ONGs	- Rapports - Résultats enquêtes
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
3.68. Sensibiliser 500 vendeuses (et vendeurs) de repas sur le guide de réduction de la teneur en sel/ sodium et l'utilisation des acides gras trans	0	Au moins 75 % de vendeuses / vendeurs sensibilisés	0	100	100	150	50	Nombre de vendeuses et vendeurs de repas sensibilisés	MSP, Ministères de la Communication, de l'Administration du Territoire, OMS et Système des NU, FID, USAID, ONGs	Rapports
3.69.Vulgariser 5000 directives sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants auprès de 800 membres groupements, des ONGs, des Enseignements, des médias et d'Association de Commerçants	0	5000 directives disponibles et diffusées	0	0	2000	1000	1500	Nombre de directives diffusées	MSP, Min Commerce, OMS et Système des NU, FID, UE, AFD, USAID, Coopération Internationale, Confessions religieuses, ONGs	Rapports

Domaine d'intervention 2 : Suivi des mesures législatives tendant à créer des environnements totalement non-fumeurs dans tous les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, selon qu'il conviendra, les autres lieux publics, conformément à l'article 8 de la CCLAT

3.70. Diffuser les textes d'interdiction d'utilisation du tabac fumé dans les lieux publics et les lieux de travail intérieurs, tout particulièrement dans les écoles	à	Les populations exposées sont protégées contre le tabagisme passif		X	X	X	X	Existence d'un texte d'interdiction de fumer sur les lieux publics	MSP, Ministères de la Communication, de l'Administration du Territoire, du Commerce, Internews, ONGs, Croix Rouge Française	Chrono Registres
3.71. Afficher 100 autocollants dans les services publics et privés avec la mention « interdiction de fumer »	50	Les populations sont protégées contre le tabagisme passif	0	10	15	35	25	Nombre d'autocollants dans les services publics et privés	MSP, Ministères de la Communication, de l'Administration du Territoire, du Commerce, ONGs, Croix Rouge Française	Rapports
3.72. Instituer un numéro vert pour contacter la police municipale en cas d'exposition à la fumée ou tabagisme dans les lieux publics	0	Les populations exposées au tabagisme sont protégées		X	X	X	X	Nombre de plaignants exposés à la fumée de tabac utilisant le Numéro vert	MSP, Ministères de l'Administration du Territoire, de la Sécurité et munications, de la Fonction Publique et de l'Emploi, OMS, ONGs	Rapports
3.73. Apporter un appui aux Municipalités pour appliquer les textes législatifs et prélever les amendes sur les contrevenants	0	Les populations exposées au tabagisme sont protégées	X	X	X	X	X	Nombre de contraventions enregistrées lors d'expositions à la fumée de tabac	MSP, Ministères de l'Urbanisme, de la Jeunesse et Sports et de l'Administration du Territoire, UE, AFD, OMS et Système des NU, USAID, DFID	Rapports
Domaine d'intervention 3 : Avertissement de la population des dangers du tabagisme, y compris au moyen de campagnes chocs fondées sur des bases factuelles et diffusées dans les grands médias et de mises en garde sanitaires de grande taille, claires, visibles et lisibles, conformément à l'article 11 de la CCLAT										
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
3.74. Contrôler les échantillons de paquets de tabacs produits localement et importés aux points de vente pour leur conformité aux normes d'inscriptions		-Les paquets de produits de tabac sont présentés conformément aux normes d'inscription	X	X	X	X	X	Nombre de visites sur les points de vente de produits de tabac	MSP, Ministères de l'Urbanisme, de la Jeunesse et Sports et de l'Administration du Territoire, des Finances, CEMAC, UE, AFD, OMS et Système des NU, USAID, DFID	Rapports
3.75. Former 800 membres d'ONGs d'OAC, de l'Education sur les conséquences pour la santé, du caractère	50	800 membres d'ONG/OAC/Enseignants formés	100	200	200	200	100	Nombre de membres d'ONGs, d'OAC,	MSP, Ministères de l'Urbanisme, de la Jeunesse et Sports et de	Rapports

dépendogène et du risque mortel de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac								d'enseignants formés	l'Administration du Territoire, UE, AFD OMS et Système des NU, USAID, DFID	
3.76.Produire et Afficher 100 posters dans les services de SMI/PF/CPN sur les risques pour le fœtus de la consommation de produits de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac	0	100 % des services SMI/PF/CPN possèdent des posters	0	10	15	35	25	Nombre de posters affichés dans les services SMI/PF/CPN	MSP, CEMAC, UE, AFD OMS et Système des NU, USAID, DFID	Affiches
3.77.Organiser 152 campagnes d'information du public sur le risque mortel de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac, ainsi que la CCLAT dans au moins 100 communes	0	Au moins 75% de la population sensibilisées	12	25	25	25	25	- Proportion de la population sensibilisée	MSP, Ministères de la Communication, de l'Administration du Territoire, du Commerce, OMS et système des NU, Internews, USAID, UE, AFD, ONGs, Croix Rouge Française	Rapports
3.78.Confectionner et diffuser 50 affiches grand public dans les grandes agglomérations sur les méfaits des produits de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac		Au moins 75% des populations sont sensibilisées	0	10	15	10	5	% de populations informées sur les dangers du tabac	MSP, Ministères de la Communication, de l'Administration du Territoire, du Commerce, Internews, ONGs, Croix Rouge Française	Rapports
Domaine d'intervention 4 : Elaboration et mise en œuvre d'une législation sur l'interdiction globale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, conformément à l'article 13 de la CCLAT										
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
3.79.Organiser 152 émissions Radio sur les méfaits des produits de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac et les mesures d'interdiction et de contraintes dans les lieux publics et les enceintes closes		152 émissions organisées	12	25	25	25	25	Nombre d'émissions radio organisées	MSP, Ministères de la Communication, de l'Administration du Territoire, du Commerce, Internews, ONGs, Croix Rouge Française	Rapports
3.80.Informer régulièrement des autorités administratives centrales et locales de l'Education, de Jeunesse et des Sports, sur l'existence des mesures contraignantes d'exposition à la fumée de tabac	0	Au moins 75 % des autorités administratives ciblées sensibilisées	X	X	X	X	X	% d'autorités administratives centrales et locales sensibilisées	MSP, Ministère de la Communication Ministère de l'Administration du Territoire, Ministère du Commerce, ONGs	Rapports

Domaine d'intervention 5 : Aide aux personnes qui souhaitent cesser de consommer du tabac ou être moins exposées à la fumée de tabac ambiante, en particulier aux femmes enceintes, conformément à l'article 14 de la CCLAT										
3.81.Créer de 20 structures d'aide aux personnes qui souhaitent cesser de consommer du tabac	0	20 structures de sevrage tabagique créées et fonctionnelles	0	0	8	12	16	Nombre de structures de sevrage tabagique créées et fonctionnelles	MSP, Ministère de l'Administration du Territoire, de l'Education Nationale, de la Fonction Publique, Privés	Rapports
3.82.Renforcer les capacités de 800 membres de 5 ONGs impliquées dans la promotion d'un mode de vie sain (sans tabac, consommation modérée d'alcool, alimentation saine, exercice physique et santé)	0	800 membres de 5 ONGs formés sur les facteurs de risque des MNT	100	200	200	200	100	Nombre de membres d'ONGs formés	MSP, Ministère de l' Education Nationale, Ministère de la Jeunesse et des Sports, Ministère de la Communication, ONGs	Rapports
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Sources de vérification
3.83.Apporter un appui à 3 Psychologues pour le sevrage de la dépendance d'au moins 200000 fumeurs à l'égard des produits de tabac et l'accès aux services de conseil sur le sevrage tabagique (y compris l'usage des drogues chez les toxicomanes)	0	Au moins 200000 fumeurs auront cessé de fumer en	1000	1500	2000	2000	2500	Nombre de fumeurs de 15 ans et +ayant cessé de fumer	MSP, Ministères de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports, de la Communication, Université de Bangui, OMS et système des NU, Privé, ONGs	Enquête GYTS Enquête STEPS
Domaine d'intervention 6 : Réglementation la composition et les émissions des produits du tabac et imposer aux fabricants et aux importateurs de produits du tabac de communiquer aux autorités gouvernementales des informations à ce sujet, conformément à l'article 9 et à l'article 10 de la CCLAT										
3.84.Contrôler la composition chimique et biologique des produits de tabac produits localement ou importés	0	Les résultats d'analyses disponibles		X	X	X	X	Résultats tests effectués sur échantillons	MSP, Ministère du Commerce, Université de Bangui, OMS	Rapports
3.85.Recueillir les informations à communiquer sur les produits de tabac produits localement ou	0	Les résultats des rapports trimestriels sur les		X	X	X	X	Nombre d'informations recueillies	MSP, Ministère du Commerce, Université de Bangui, Privé, OMS	Rapports

importés		produits de tabac sont disponibles									
Domaine d'intervention 7 : Augmentation des taxes sur tous les produits du tabac pour faire baisser sa consommation, conformément à l'article 6 de la CCLAT											
3.86.Renforcer les mesures financières et fiscales visant à réduire la demande de tabac en augmentant régulièrement la taxe sur les produits de tabac fumé d'au moins 50 %	0 %	La demande en produits de tabac est réduite d'au moins 30 %		X	X	X	X	% de fumeurs de 15 ans et plus ayant cessé de fumer	MSP, Ministères du Commerce, des Finances, de la Communication, de l'Administration du Territoire ONGs	-Loi de finances -Grille tarifaire	
3.87.Elaborer et appliquer un texte pour des droits d'accise (voire patente) aux vendeurs de tabac à priser	0	Texte disponible						Existence d'un texte sur les taxes au tabac à priser		Chrono Archives	
Domaine d'activités 6: Prévention et lutte contre la consommation abusive d'alcool.											
Domaine d'intervention 1 : Réduction de l'usage nocif de l'alcool											
3.88.Elaborer et valider le document de politique spécifique à la réduction de la consommation abusive d'alcool	0	Document de politique validé et disponible		X				Existence d'un document de politique spécifique de lutte contre l'abus d'alcool	MSP, Ministères du Commerce de la Justice, de la Sécurité Publique, de l'Administration du Territoire, OMS, UE, AFD, USAID, ONGs	Rapport	
3.89. Prendre des textes législatifs contraignants interdisant l'alcoolisme sur les lieux publics	0	Textes disponibles	X	X				Existence des textes interdisant l'alcoolisme sur les lieux publics	MSP, Ministères de la Communication, de la Justice, de l'Administration du Territoire, de la Sécurité Publique, ONGs	- Chrono - Registre courrier	
3.90.Prendre des textes législatifs contraignants interdisant la vente d'alcool, la fréquentation des débits de boissons aux mineurs, le service d'alcool aux individus en état d'ébriété	0	Textes disponibles	X	X				Existence de textes sur la vente et la fréquentation de débits de boissons aux mineurs	MSP, Ministères de la Communication, de la Justice, de l'Administration du Territoire, de la Sécurité Publique, ONGs	Chrono	
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification	
3.91.Diffuser les textes législatifs contraignants interdisant la vente d'alcool, la fréquentation des débits de boissons aux mineurs, le service d'alcool aux individus en état d'ébriété	0	Textes diffusés dans tous les secteurs publiques et privés	X	X	X	X	X	X X Nombre de textes diffusés	MSP, Ministères du Commerce, de la Justice, de la Défense, de l'Administration du Territoire et de la Sécurité, de la Fonction Publique, ONGs	Chrono - Registre courrier	

3.92. Prendre des textes législatifs contraignants lors de la conduite de véhicules et de motos en état d'ébriété	0	Textes disponibles	X	X				Existence des textes contraignants interdisant la conduite en état d'ébriété	MSP, Ministères, de la Justice, de la Défense, de l'Administration du Territoire et de la Sécurité, ONGs, Société civile	- Chrono - Registre courrier
3.93. Prélever des taxes Supplémentaires et des droits d'accise sur la vente de boissons alcoolisées pour financer la, PEC, la collecte des données, la recherche et le Groupe Technique de Travail MNT	0	Prix d'alcool revu en hausse dans la Sous Région			X	X	X	% de fonds additionnels issus des taxes pour l'appui à la mise en œuvre des activités	MSP, Ministères du Commerce, des Finances, CEEAC CEMAC, ONGs, Privé (y compris Producteurs)	-Loi de finances -Grille tarifaire boissons
3.94. Contrôler les compositions chimiques et biologiques de boissons alcoolisées	0	Alcool répondant aux normes		X	X	X	X	Taux d'alcool par catégories de boissons	MSP, Ministère du Commerce, GTTMNT, CEEAC, CEMAC, OCEAC, Université de Bangui	Rapports
3.95. Réprimer les auteurs de Vente d'alcools à base de méthanol ou contaminés	0	Réduction de la consommation d'alcools nocifs		X	X	X	X	Quantité d'alcools nocifs saisis	MSP, Ministère du Commerce, Ministère Finances (Douanes) CEEAC, CEMAC, ONGs, Privé	Rapport
Domaine d'intervention 2 : Sensibilisation et soutien aux victimes d'alcoolisme et aux familles										
3.96. Diffuser sur les ondes radio et dans les médias privés les textes législatifs sur les mesures contraignantes d'alcoolisme en vue de soutenir les familles exposées aux conséquences de la consommation abusive d'alcool	0	Au moins 75 % de la population est informée sur		X		X	X	% population informée des textes législatifs sur les mesures contraignantes d'alcoolisme	MSP, Ministère de la Communication, OMS, ONGs, Société civile	Résultats d'enquêtes
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
3.97. Faire accompagner au Moins 100000 sujets vulnérables exposés aux conséquences de la consommation abusive d'alcool (MNT, violences et traumatismes) par les membres d'ONGs	100	Au moins 100000 alcooliques auront réduit ou arrêté la consommation abusive d'alcool	5000	5000	10000	15000	20000	Nombre d'alcooliques accompagnés pour le sevrage alcoolique	MSP, Ministères des Affaires Sociales, de la Fonction Publique et de l'Emploi, ONGs, Confessions religieuses	Rapports

Objectif 4. Renforcer et orienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle

Domaine d'activités 7 : Gouvernance et Leadership pour la gestion du programme et le système de soins

Domaines d'intervention 1 : Intégration et orientation de la lutte contre les MNT dans le système de santé

Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
4.98. Faire intégrer la lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque associés dans le PNDS III et dans les plans des autres Départements	1	La prévention et la lutte contre les MNT est intégrée au programmes de développement	X	X	X	X	X	Existence d'intégration des activités de mise à échelle de la prévention et la lutte contre les MNT dans le PNDS III	MSP, CCM, CEEAC, CEMAC, OMS et Système des NU, ONGs, Privé	Document
4.99. Faire intégrer la prévention et la lutte contre les principales MNT (diabète, hypertension artérielle, Bronchopneumopathies chroniques) et leurs facteurs de risque dans le paquet minimum d'activités de 200 postes de santé	0	200 PS prennent en charge correctement les MNT		X	X	X	X	Nombre de Postes de santé ayant intégré la prévention et la lutte contre MNT (PMA)	MSP, Ministères des Affaires Sociales, ONGs, Confessions religieuses, Privé	Rapports
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
4.100. Doter 50 communautés, en équipement même de fabrication locale pour assurer la réadaptation de proximité des malades avec séquelles d'AVC	5	Les Séquelles d'AVC sont pris en compte localement	5	10	15	10	10	Nombre de malades en rééducation fonctionnelle	MSP, Ministères des Affaires Sociales, de la Fonction Publique et de l'Emploi, ONGs, Confessions religieuses	Bordereau de livraison

Domaines d'intervention 2 : Financement, Soins de Santé Primaire et mutuelles de santé

4.101. Prendre des textes législatifs pour l'imposition de l'assurance-maladie aux employeurs, pour toutes les affections, y compris les maladies non transmissibles, notamment chez	0	L'assurance maladie est effective dans le secteur formel	X	X	X	X	X	Existence des textes législatifs garantissant la mutuelle santé aux travailleurs	MSP, Ministères des Affaires Sociales, de la Fonction Publique et de l'Emploi, de la Justice,	- Chrono - Registre courrier
--	---	--	---	---	---	---	---	--	---	---------------------------------

ceux travaillent dans le secteur formel (informels organisés y compris).									ONGs, AN, Confessions religieuses Société civile, Privé	
4.102. Organiser et sensibiliser au moins 500 communautés, 20 groupements professionnels à la création de mutuelles de santé, notamment chez ceux qui ne travaillent pas dans le secteur formel.	0	Plus de 500 communautés et groupements professionnels sont organisés en Mutuelle de santé	20	50	200	200	50	Nombre de communautés et groupements professionnels des secteurs informels organisés en mutuelle santé	MSP, Min Ft° Publiq Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi, Ministère des Affaires Sociales ONGs, USAID, DFID, Sociétés privées Systèmes des NU	Rapports
Domaine d'intervention 3 : Extension de la couverture par des services de qualité										
4.103. Organiser 10 campagnes de santé mobile de dépistage et de traitement intégrés et suivi des maladies non transmissibles et transmissibles dans les zones d'accès difficile : TPHA, Lèpre, Oncho, VIH	0	10 campagnes de santé mobile de dépistage organisées	1	2	2	2	1	Nombre de campagnes de santé mobile intégrées	MSP, OMS et Systèmes des NU, AFD, UE USAID, ONGs, Sociétés privées, FID	Rapports
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
4.104. Redynamiser 200 COGES et CONGES en vue d'intégrer la prévention et la lutte contre les MNT	0	200 COGES et CONGES redynamisés fonctionnels	20	80	100	0	0	Nombre de COGES et CONGES redynamisés	MSP OMS UE ONGs Sociétés privées Systèmes des NU	Rapports
4.105. Former 400 membres de COGES et CONGES sur les MNT intégrées aux Soins de Santé Primaires	0	400 membres de COGES et CONGES formés sur les MNT et SSP	40	160	200			Nombre de membres de COGES et CONGES formés	MSP, OMS et Système des Nations Unies, AFD, UE, ONGs, USAID, Systèmes des NU, Confessions religieuses	Rapports
4.106. Réviser la liste nationale des médicaments essentiels en y intégrant les médicaments, les produits diagnostiques et des technologies innovantes sûrs, efficaces et de qualité	0	Documents de politique nationale des médicaments révisés	1				1	Existence d'une liste nationale des médicaments révisée	MSP OMS, UE, AFD, ONGs, Conseil de l'Ordre Systèmes des NU	Rapports
4.107. Créer et faire fonctionner un Laboratoire de contrôle de qualité des médicaments	0	Laboratoire de contrôle de			X	X	X	Existence d'un laboratoire de contrôle de qualité des	MSP OMS et Systèmes des NU, UE, AFD, Sociétés	Certificat de service fait

		qualité des médicaments créé et fonctionnel						médicaments fonctionnel	privées USAID, Coopération bilatérale, Université de Bangui	Procès-verbal
4.108. Construire une unité de fabrication de médicaments essentiels génériques antidiabétiques (oraux) et antihypertenseurs	0	Unité de fabrication construite et fonctionnelle				X		Existence d'une Unité de fabrication fonctionnelle	MSP, OMS et Système des NU, UE, AFD Privé, USAID, Coopération bilatérale, Université de Bangui	Certificat de service fait Procès-verbal
4.109. Equiper l'unité de Fabrication de médicaments essentiels génériques	0	Unité de fabrication équipée et fonctionnelle				X	X	Existence d'une Unité de fabrication fonctionnelle	MSP OMS et Systèmes des NU, UE, AFD, USAID, ONGs, Sociétés privées, AFD, Coopération bilatérale	Bordereau de livraison
4.110. Doter 20 Hôpitaux et 20 Centres de Santé des grandes agglomérations en équipement pour assurer la réadaptation/ Rééducation fonctionnelle de proximité notamment des séquelles d'AVC	5	40 FOSA dotées en matériels de rééducation fonctionnelle	5	10	10	5	5	Nombre de FOSA dotés	MSP, OMS et Système des NU UE, AFD, USAID, ONGs, Sociétés privées, AFD, Coopération bilatérale, Confessions religieuses	Bordereau de livraison

Objectif 5. Promouvoir et soutenir les capacités nationales à mener des travaux de recherche développement de qualité afin de lutter contre les maladies non transmissibles

Domaines d'activités 8 : Recherche développement et système d'information sanitaire sur les MNT

Domaine d'intervention 1 : Recherche opérationnelle

Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
5.111. Elaborer et valider un Document de partenariat MSP – Université pour la recherche sur les MNT	0	Document de partenariat disponible	X					Existence d'un document de partenariat pour la recherche	MSP, OMS, Université de Bangui	Protocole d'accord
5.112. Réaliser 2 enquêtes STEPS de base et élargies aux maladies buccodentaires, aux maladies mentales	1	Résultats de des enquêtes STEPS disponibles			X			Nombre d'enquêtes STEPS réalisées	MSP, OMS et Système des NU UE, AFD, USAID, Sociétés privées, AFD, Coopération bilatérale, Confessions religieuses	Rapports

5.113.Réaliser deux enquêtes CAP sur la consommation de sel de cuisine, sucre et les acides de gras dans les ménages et les lieux publics	0	Résultats d'enquête et indicateurs de base disponibles		X					Nombre d'enquête réalisée sur la consommation de sel de cuisine et les acides de gras	MS, OMS et Système des NU UE, AFD, USAID, ONGs, Sociétés privées, AFD, Coopération bilatérale, Croix Rouge Française, Confessions religieuses	Rapport
5.122.Réaliser 7 enquêtes NCD-Pays : morbidité et mortalité liées aux maladies non transmissibles dans les FOSA de référence	3	Résultats d'enquêtes NCD-pays disponibles	1	1	1	1	1		Nombre d'enquêtes NCD-pays réalisées	MSP, OMS, FID, UE, AFD, USAID, Croix Rouge Française, ONGs	Rapports
5.114.Réaliser 2 études sur l'observance de traitement des MNT notamment du diabète et de l'HTA	0	Résultats d'études sur l'observance disponibles	0	0	1	0	0		Nombre d'études réalisées sur l'observance de traitement	MSP, OMS, FID, UE, AFD, USAID, Croix Rouge Française, ONGs	Rapports
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022		Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
5.115.Organiser 100 campagnes de dépistage du diabète, de l'hypertension artérielle et leurs facteurs de risque associés en milieu de travail	0	Au moins 100 campagnes de dépistage HTA/ Diabète réalisées	5	10	10	10	10		Nombre de campagnes de dépistage réalisées	MSP, OMS, FID, UE, AFD, USAID	Rapports
Domaines d'intervention 2 : Système d'information sanitaire											
5.116.Former 150 personnels de santé des Districts, Préfectures et Régions sanitaire et des formations sanitaires sur la collecte et la supervision intégrée des MNT	0	150 personnels de santé formés sur la supervision intégrée	25	25	25	50	25		Nombre de personnels formés sur la supervision intégrée	MSP, OMS, FID, UE, AFD, USAID, Croix Rouge Française, ONGs	Rapports
5.117.Réaliser 3 enquêtes sur les violences et traumatisme pour disposer des données de base	1	Données de base disponibles sur les violences et traumatisme	1	0	0	1	0		Nombre d'enquêtes réalisées	MSP, OMS, FID, UE, AFD, USAID, Croix Rouge Française, ONGs	Rapports
5.118.Réaliser 2 études sur les soins de qualité offerts par la pharmacopée traditionnelle : drépanocytose, diabète, Hypertension artérielle	0	Résultats d'études disponibles		1			1		Nombre d'études	MSP, OMS, FID, UE, AFD, USAID, Université de Bangui, Croix Rouge Française, ONGs, Fédération des Tradithérapeutes de	Rapports

									Centrafrique	
5.119.Organiser 168 collectes actives des données sur les MNT dans les Hôpitaux, les Centres de santé y compris les données des campagnes de dépistages	0	- Données promptes et complètes - 168 collectes actives de données réalisées	24	24	24	24	24	- Taux de promptitude et de complétude -Nombre de collectes actives des données organisées	MSP, OMS et Système des NU, FID, UE, AFD, Système des NU, DFID, CEMAC, USAID, Croix Rouge Française, ONGs	Rapports
5.120.Soutenir 10 thèses de Doctorat en Médecine sur les MNT	2	Résultats de recherche sur les MNT disponibles	1	2	2	2	2	Nombre de thèses de doctorat soutenues	MSP OMS, FID, UE, AFD, Système des NU, DFID, CEMA, USAID, Croix Rouge Française, ONGs	Thèses
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
5.121.Publier les résultats de 7 enquêtes et des études	1	Résultats des enquêtes et études publiés	1	1	1	1	1	Nombre de publications	MSP, FACSS	Revue scientifique
5.122.Participer à 7 Conférences internationales sur les MNT	0	Participation à 7 conférences internationales pour échanges	0	1	1	2	1	Nombre de participation aux conférences sur les MNT	MSP OMS, FID, UE, AFD, Système des NU, DFID, CEMA, FID, USAID, Croix Rouge Française, ONGs	Rapports

Objectif 6. Surveiller l'évolution et les déterminants des maladies non transmissibles et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte

Domaines d'activités 9 : suivi, supervision et évaluation

Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
6.122.Elaborer, valider et réviser les supports de collecte des données	0	Supports pour la collecte des données, le suivi , la supervision et l'évaluation		X			X	Existence de supports de collecte des données, de suivi , de supervision et d'évaluation	MSP OMS, FID, UE, AFD, DFID, CEMA, FID, USAID, Croix Rouge Française, ONGs, Coopération bilatérale	Rapports

		disponibles								
6.123. Former 150 Agents de santé du niveau central, des Régions et des Districts Sanitaires sur la collecte des données, le suivi, la supervision et l'évaluation du programme MNT	0	50 Agents de Santé sont formés sur la collecte des données, le suivi, la supervision et l'évaluation	0	20	30	30	20	Nombre d'agents de santé sur la collecte des données, le suivi, la supervision et l'évaluation	MSP OMS, FID, UE, AFD, Système des NU, DFID, CEMA, FID, USAID, Croix Rouge Française, ONGs, Coopération bilatérale	Rapports
Activités	Indicateur de base	Résultats attendus	2018	2019	2020	2021	2022	Indicateurs de processus	Partenaires	Source de vérification
6.124. Doter le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles en 4 Véhicules 4X4 Pick-up pour la supervision, le suivi de la mise en œuvre, la recherche opérationnelle, la collecte des données, les campagnes de dépistage et la promotion de la santé	0	Nombre de véhicules acquis	0	2	0	0	0	Nombre de véhicules acquis	MSP OMS et Système des NU, FID, UE, AFD, , DFID, CEMA, FID, USAID, Croix Rouge Française, ONGs, Coopération bilatérale	Bordereau de livraison
6.125. Doter le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles en 24 motos pour la supervision, le suivi de la mise en œuvre, la recherche opérationnelle, la collecte des données et les campagnes de dépistage	0	Nombre de motos acquis	0	4	10	10	0	Nombre de motos acquises	MSP OMS, FID, UE, AFD, Système des NU, DFID, CEMA, FID, USAID, Croix Rouge Française, ONGs, Coopération bilatérale	Bordereau de livraison
6.126. Organiser une évaluation à mi parcours en 2018 de la prévention et la lutte contre les MNT	1	Résultats de l'évaluation à mi parcours disponible	0	0	0	0	1	Nombre d'évaluation réalisée	MSP, CEMAC, OCDE, UE, AFD, OMS et Système des NU, USAID, ONGs, DIFID Coopération bilatérale, Croix Rouge Française, Privé,	Rapport
6.127. Organiser une évaluation du programme en 2020	1	Résultats de l'évaluation à mi parcours disponible	0	0	0	0	0	Nombre d'évaluation réalisée	MSP, CEMAC, OCDE, UE, AFD, OMS et Système des NU, USAID, ONGs, DIFID Coopération bilatérale, Croix Rouge Française, Privé,	Rapport

6.128.Organiser un audit en 2020	0	Résultats de l'audit disponible	0	0	0	0	1	Nombre d'évaluation réalisée	MSP, CEMAC, OCDE, UE, AFD, OMS et Système des NU, USAID, ONGs, DIFID Coopération bilatérale, Croix Rouge Française, Privé,	Rapport
----------------------------------	---	---------------------------------	---	---	---	---	---	------------------------------	--	---------

6.2. Les indicateurs de résultats

Cibles volontaires	Indicateurs de base	Cibles en 2022	Sources de vérification	Périodicité	Responsables	Partenaires
Au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool	Homme : 36,3 % Femme : 20,3 % Année 2010	Homme : 32,7 % Femme : 18,3 %	Enquête STEPS	5 ans (2017- 2022)	PNLMNT	MSP, Ministère Commerce Ministères Justice/ Défense, OMS, FID, UE, AFD, Coopération bilatérale , NU, USAID Confessions religieuses
Réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante	Homme : 43,8 % ; Femme : 63,7 % H & F : 50 % Année 2010	Homme : 39,4 % Femme : 57,3 %	Enquête STEPS	5 ans (2017- 2022)	PNLMNT	MSP, OMS, FID, UE, Coopération bilatérale , NU Confessions religieuses
Réduction relative de 30 % de l'apport moyen en sel/sodium dans la population	Non disponible Enquête à faire en 2015	A compléter	Résultats Enquêtes	2 ans (2020- 2022)	Fac des Sciences CBG	MSP OMS, FID, UE, Coopération bilatérale , NU Université de Bangui
Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans ou plus	GYTS 2009 : 9 % STEPS 2010: H 22,8%; F 5,5 % H&F 14,1 %	GYTS : 6,3 % STEPS : H16 F 3,9 % H&F 9,9 %	Enquête STEPS	5 ans (2018- 2022)	PNLMNT	MSP, OMS, FID, UE, Coopération bilatérale
Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en vue de prévenir les infarctus du myo carde et les accidents vasculaires cérébraux	Diabète : H 54,1% F 45,1 % H&F 48,8 % 2010 HTA : H 5,7 % F 13,4 % H&F 9,3 % 2010	> 50%	Enquête STEPS	5 ans (2018- 2022)	PNLMNT	MSP, OMS, FID, UE, Coopération bilatérale
Arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité	Diabète : H 0,8% F 0,6 % H&F 0,7 % 2010 Obésité : H 3 % F 11,6 % H&F 7,2 % 2010	0,7 % [0,6 % ; 0,8 %]	Résultats Enquête NCD_pays	1 an	PNLMNT	MSP, OMS, FID, UE, Coopération bilatérale, NU, USAID, DFID Confessions religieuses, Privé
Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des technologies de base et des médicaments essentiels (génériques compris) nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements publics et privé	< 15 %	80 %	Rapports d'évaluation à mi-parcours du programme	3 ans (2017)	PNLMNT	MSP, OMS, FID, UE Coopération bilatérale

Cibles volontaires	Indicateurs de base	Cibles en 2022	Sources de vérification	Périodicité	Responsables	Partenaires
Réduction relative de 25 % du risque de décès prématuré imputable aux maladies cardio-vasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques	NCD_pays2012 : 0,6 %	4,6 %	Résultats Enquête NCD_pays	3 ans	PNLMNT	MSP, OMS, FID, UE, Coopération bilatérale
Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle,	Homme : 36,8 % Femme : 32,3 % H &F : 34,5 % Année 2010	Homme : 27,6 % Femme : 24,2 % H &F : 25,9 %	Enquête STEPS	5 ans (2016 - 2020)	PNLMNT	MSP, OMS, FID, UE, Coopération bilatérale

7. BUDGET

7.1. Budget par objectif

Objectifs	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Objectif spécifique 1. Renforcer la Coopération internationale et la sensibilisation en faveur de lutte contre les maladies non transmissibles en RCA						
Domaine d'activités 1 : Sensibilisation sur les liens entre les maladies non transmissibles et le développement durable, y compris sur des questions connexes telles que la lutte contre la pauvreté, le développement économique, les objectifs du Millénaire pour le développement, les villes durables, les environnements non toxiques, la sécurité alimentaire, le changement climatique, la préparation aux catastrophes, la paix et la sécurité, et l'égalité des sexes						
Sous total 1	9252500	6927825	6927825	6927825	10180325	
Objectif 2. Renforcer à l'échelle nationale les capacités, le leadership, la gouvernance, l'action multisectorielle et les partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles						
Domaine d'activités 2 : Intégration de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les processus de planification de la santé, en accordant une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé, à l'égalité entre les sexes						
	142037825	756058150	1490209400	796683150	710458150	
Domaine d'activités 3 : Renforcement des capacités de gestion du programme et de prise en charge des MNT						
	200795500	377240000	361600500	188512500	91765000	
Sous total 2	342833325	1133298150	1851809900	985195650	802223150	
Objectif spécifique 3. Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux sous-jacents en créant des environnements favorables à la santé.						
Domaine d'activités 4 : Promotion de la lutte antitabac pour une application complète de la CCLAT						
	1000000	54786200	60640550	61598575	42861475	
Domaine d'activités 5 : Promotion de l'exercice physique et de la bonne alimentation.						
	0	60887525	90387525	98390025	32097525	
Domaine d'activités 6: Prévention et lutte contre la consommation abusive d'alcool.						
	0	17542300	13446650	18285000	4540000	
Sous total 3	1000000	133216025	164474725	178273600	79499000	
Objectif 4. Renforcer et orienter les systèmes de santé afin de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles, ainsi que les déterminants sociaux sous-jacents, au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle						
Domaine d'activités 7 : Gouvernance, Leadership et intégration du programme dans les plans nationaux de développement						
Sous total 4	10891075	67267325	98565825	244949575	8250650	
Objectif 5. Promouvoir et soutenir les capacités nationales à mener des travaux de recherche développement de qualité afin de lutter contre les maladies non transmissibles						
Domaines d'activités 8 : Recherche développement et système d'information sanitaire sur les MNT						
Sous total 5	26906000	54311575	71888750	48340500	41986250	
Objectif 6. Surveiller l'évolution et les déterminants des maladies non transmissibles et évaluer les progrès de la prévention et de la lutte						
Domaines d'activités 9: suivi, supervision et évaluation						
Sous total 6	3252500	85252500	33500000	33500000	41552500	
TOTAL	394135400	1480273400	2227167025	1497187150	983691875	

7.2. Budget par composante

Composantes	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Montant		%
						F CFA	Euro	
Ressources humaines	0	38000000	71000000	71000000	81500000	414500000	637692	4,9
Infrastructures et équipements	84900000	620500000	1165500000	608300000	189300000	3070050000	4723154	35,9
Formation / Planification	196854900	502227725	558940100	320356025	210243850	2111938925	3249137	24,7
Promotion de la santé	5975750	36784100	43289100	48475625	25808025	252081600	387818	3,0
Médicaments, marchandises et produits	78462500	223935000	309611250	396337500	398112500	2207683750	3396437	25,8
Système d'informations statistiques, suivi et évaluation	25442250	48273075	66273075	36368000	61377500	386858900	595168	4,5
Frais administratifs	2500000	10553500	12553500	16350000	17350000	100557000	154703	1,2
TOTAL	394135400	1480273400	2227167025	1497187150	983691875	8543670175	13144108	100

8. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

Le plan stratégique de prévention et de lutte contre les maladies nécessite des stratégies innovantes dans un cadre multisectoriel et interministériel, et de l'intégration des activités, car il prend en compte tous les âges

es de la vie.

D'une part, le grand défi à relever est la réorganisation du système de santé et la réorientation des prestations vers des actions plus préventive pour que les individus puissent atteindre le meilleur état de santé possible. D'autre part, le renforcement de capacités à tous les niveaux du système de santé permettra d'assurer les soins curatifs et de réadaptation.

8.1. Le niveau central

8.1.1. Le Groupe Technique de Travail de lutte contre les MNT

Il s'agit de créer un organe qui assure le leadership, la gouvernance et la visibilité du programme.

Le GTTMNT et le Coordonnateur du programme participent aux réunions du Country Coordination Mechanism (CCM) qui constitue un cadre de concertation de la lutte contre toutes les maladies, du Cluster Santé, afin de saisir le maximum d'opportunités offertes dans le cadre d'intégration des activités : collecte de données, sensibilisation, ravitaillement des Régions, Préfectures, Districts sanitaires en médicaments, équipements,...

Le GTTMNT développera également le plaidoyer et la collaboration avec les parlementaires, les finances pour le décaissement effectif des fonds alloués à la lutte ou la perception des taxes et droits d'accises. Les secteurs privés, publics et informels, ainsi que les leaders des communautés et les groupements professionnels constituent également des atouts pour l'adhésion des populations aux campagnes de promotion de la santé, de dépistage, de recherches et collecte de Fonds.

8.1.2. La coordination de lutte

L'Arrêté N°057/MSPPSLS/DIRCAB/DGSP/DMPM/PNLMNT du 05 Juillet 2010 portant création et organisation du PNLMNT définit les attributions et subdivise le programme en sections qui appuient le Coordonnateur dans la gestion du programme:

- Section gestion
- Section prise en charge
- Section recherche opérationnelle, dépistage et statistiques sanitaires
- Section promotion de la santé
- Section suivi, supervision et évaluation

Le programme travaille avec des points focaux des services spécialisés que sont :

- Le point focal de la lutte contre les maladies non transmissibles
- Le point focal de la lutte contre les cancers
- Le point focal de la lutte contre le diabète
- Le point focal de lutte contre la drépanocytose
- Le point focal de lutte contre les violences et les traumatismes
- Le point focal de lutte contre les maladies respiratoires chroniques
- Le point focal de lutte contre les produits de tabac.

Les points focaux appuient le programme dans les activités suivantes :

- Elaboration des documents normatifs : politique, plans , guides, directives et supports de promotion de la santé
- Formation,
- Recherche opérationnelle
- Mobilisation de ressources.

8.1.3. Les partenaires :

La mise en œuvre des activités de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles s'effectue conformément au document de politique, des directives et des guides validés et adaptés conformément aux stratégies mondiales, avec des partenaires identifiés aux niveaux national, régional et mondial.

Au niveau national

Le GTTMNT s'appuie sur tous les Départements ministériels avec comme chef de file le Ministère en Charge de la Santé.

Seront également impliqués :

- le secteur privé y compris les industries de fabrication de boissons alcoolisées et non alcoolisées
- les secteurs formels et informels y compris dans la restauration, la vente de boissons alcoolisées et non alcoolisées
- les Organisations Non Gouvernementales (ONGs)
- les Organisations A Assise Communautaire (OAC)
- les groupements professionnels : transporteurs, commerçants
- les confessions religieuses.

Au niveau décentralisé, les mêmes structures existantes au niveau central seront aussi impliquées dans la mise en œuvre.

Organisation des partenaires au niveau national

Un mécanisme sera mis en place et sera constamment adaptée par le GTTMNT en vue d'insertion du volet prévention et lutte contre les maladies non transmissibles dans les statuts et règlements intérieurs des structures existantes et devra obligatoirement comporter Au moins un représentant des personnes victimes des MNT.

- ministère du et des stratégies Au niveau mondial toutes les Institutions des Nations Unies sont les partenaires de la lutte. Il s'agit notamment de :

Au niveau régional

Le GTTMNT assura un plaidoyer pour le financement des activités de prévention et de lutte contre les MNT à travers les organes de coopération de la sous-région que sont :

- la Communauté Economique des Etats de l’Afrique Centrale (CEEAC)
- La Communauté Economique et Monétaire en Afrique Centrale (CEMAC)
- L’Organisation de la Coordination de la Lutte en Afrique Centrale (OCEAC)

Au niveau mondial

Le GTTMNT intégrera dans le partenariat toutes les agences des Nations représentées en RCA, conformément aux textes de création du Secrétariat de la Lutte contre les MNT, logé au siège de l’Organisation Mondiale de la Santé.

8.2. Rôle du niveau intermédiaire

Le responsable de la mise en œuvre des activités est la Région Sanitaire.

Les organes associés à la mise en œuvre sont les suivants :

- Les organes Régionaux des Soins de Santé Primaires
- Les Bureaux régionaux des Départements Ministériels
- Les représentations locales des ONGs.

8.3. Rôle du niveau périphérique (Préfecture)/ District

Le responsable de la mise en œuvre des activités est la Préfecture/ District Sanitaire.

Les organes associés à la mise en œuvre sont les suivants :

- Organes Préfectoraux/District des Soins de Santé Primaires
- Les Délégations Préfectorales des Départements Ministériels
- Les représentations locales des ONGs.

8.4. Rôle du niveau opérationnel

- Prévention primaire

Plusieurs émissions sont prévues sur les ondes de la radio, ainsi que la sensibilisation des membres d’ONGs, d’OAC, d’Enseignants et des personnels des médias pour informer les populations sur la nécessité d’assurer la prévention primaire des maladies non transmissibles. Les agents de santé des formations sanitaires seront formés et dotés en outils de promotion de la santé pour les séances d’IEC avant les consultations ou lors des campagnes de dépistage de l’hypertension et du diabète dans les communautés. Les individus malades seront encouragés à maintenir ou selon le cas adopter un mode de vie sain, pour contribuer à l’objectif de réduction de 25% de décès précoces.

- Prévention secondaire

les patients découverts de façon fortuite lors des complications ou des consultations atteints de maladie chronique seront encouragés à intégrer des associations pour une meilleure observance

de traitement et intégrer les mesures de prévention primaire à leur mode de vie pour contribuer à l'objectif de réduction de 25% de décès précoces. Les soins de santé seront subventionnés pour accompagner les familles vulnérables et de façon équitable

- Prévention tertiaire

Les formations sanitaires seront dotées en plus en équipement nécessaire pour la rééducation. Pour des zones inaccessibles, un transfert de technologie pourra être obtenu pour les séances de réadaptation. Les familles seront encouragées à maintenir les mesures de prévention primaire et secondaire chez les patients avec séquelles pour contribuer à l'objectif de réduction de 25% de décès précoces.

D'autres mesures de préventions pourront être introduites avec le concours des Spécialistes.

- Volet communautaire : accompagnement des ONGs et suivi à domicile

L'intégration des activités est une opportunité offerte à la prévention et à la lutte contre les maladies non transmissibles, notamment par la collaboration avec les agents de santé en stratégie avancée pour d'autres programmes d'assurer le suivi de malades souffrant de MNT.

Les agents de santé communautaire seront valorisés pour assurer le dépistage précoce et orientation vers la FOSA la plus proche.

L'éthique et le secret médical seront préservés et garantis par l'agent de santé et les ASC.

Des campagnes mobiles de dépistage seront organisées dans les villages, les communes et les quartiers suivies de conseils.

8.5. Rapportage

Les outils de collecte de données existent déjà au sein du SNIS pour collecter les données de routine par Préfecture, par Région et pour la synthèse nationale.

Des supports spécifiques aux partenaires que sont l'enquête NCD_pays, et Capacity_survey existent depuis les informations fournies en 2008 et seront mis à jour annuellement.

Des enquêtes GYTS et STEPS permettront de fournir des information sur l'impact de la lutte tous les 5ans.

D'autres activités de recherche opérationnelle seront progressives selon que de besoins.

Un mécanisme de collecte active des données sera mis en place après validation des outils de gestion des maladies non transmissibles pour assurer la complétude et la promptitude. Un feed back sera assuré mensuellement par le niveau central pour motiver les prestataires de soins, les Médecins Chefs de Districts Sanitaires, les Médecins Chefs des Préfectures Sanitaires et les Directeurs des Régions Sanitaires à transmettre les rapports pour contribuer à l'évaluation des progrès de prévention et de lutte contre les MNT.

8.6. Suivi et évaluation des progrès

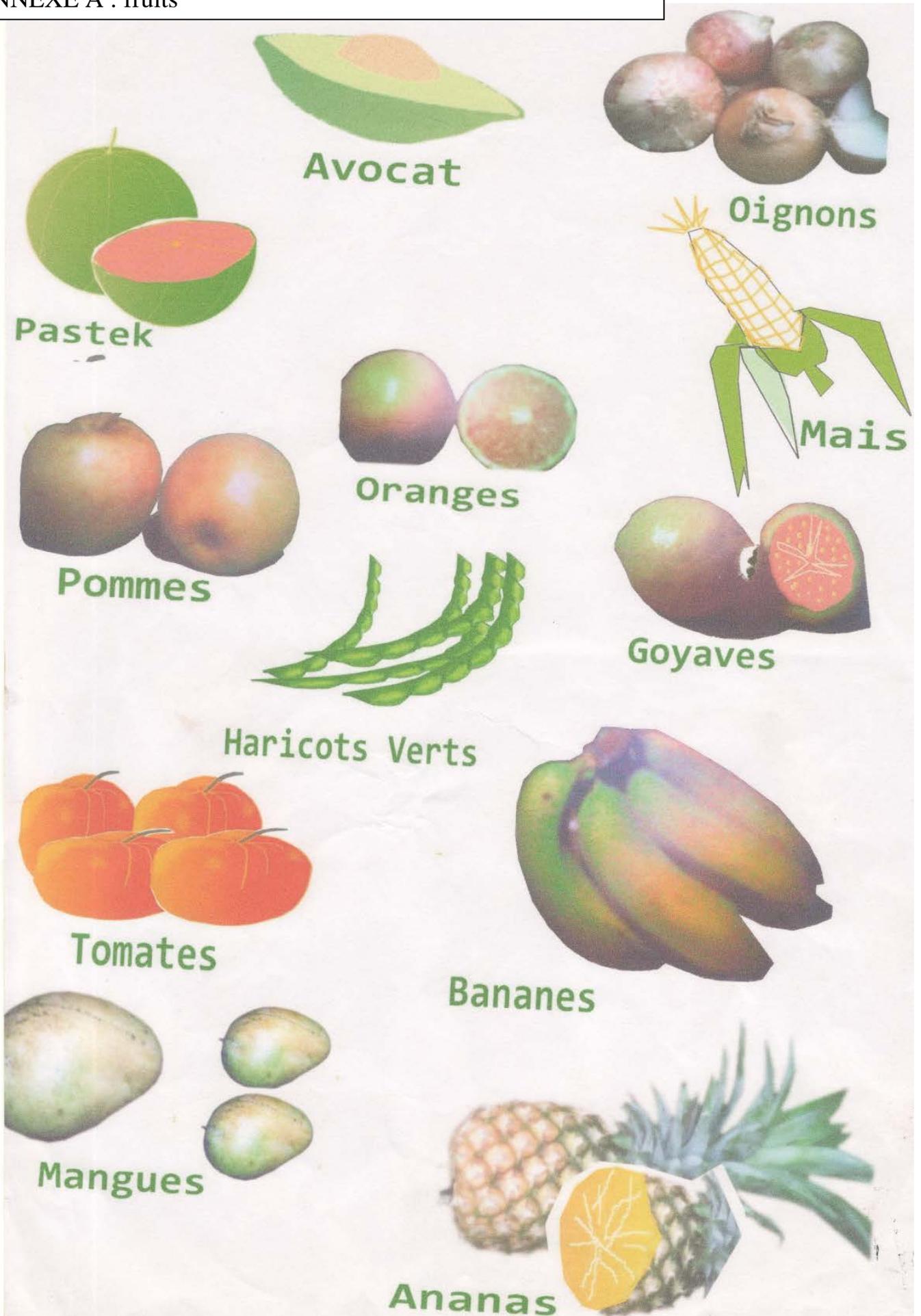
Une base de données et d'informations sera tenue aux niveaux périphériques, intermédiaires et central sur le processus de mise en œuvre et concerne :

- Le personnel et acteurs de mises en œuvre formés
- L'équipement en fonction du plateau technique
- Les résultats de campagnes de dépistage
- Les campagnes de sensibilisation dans la communauté, à travers les médias et dans les FOSA
- Les informations sociodémographiques : âge, sexe, profession, facteurs d'exposition
- La gestion financière
- La revue des plans opérationnels et planification
- La gestion des ressources matérielles, humaines et financières
- Les cas notifiés dans les FOSA ou en stratégies avancées
- La soins curatifs et réadaptatifs
- Les décès : hospitaliers ou à domicile

Les informations nécessaires seront compilées et synthétisées pour les réunions, la diffusion des résultats et l'information des partenaires de soutien au programme.

9. ANNEXES

ANNEXE A : fruits



ANNEXE B : légumes



Gombo
Veke



Gnatum Africanum
Koko



Jute
Goussa



Feuilles de manioc
Ngoundja



Kougbe ti kawiya
Feuilles de melon



ANNEXE C1 : définitions et classification activité physique

Il est possible d'évaluer la pratique d'activités physiques (ou la sédentarité) dans une population de plusieurs manières, dont les deux plus courantes sont les suivantes :

- 1) estimer l'activité physique moyenne ou médiane dans la population à l'aide d'un indicateur continu tel que les MET-minutes par semaine ou le temps consacré aux activités physiques ;
- 2) classer un certain pourcentage de la population comme « sédentaire » en fixant un seuil d'activité physique.

Équivalents métaboliques (MET)

Pour analyser les données tirées du questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ), on utilise des indicateurs continus et des indicateurs discontinus

Les équivalents métaboliques (MET), couramment employés pour exprimer l'intensité des activités physiques, servent aussi à analyser les données du questionnaire.

L'application des MET aux niveaux d'activité physique permet de calculer l'activité physique totale. Le MET exprime le rapport entre la vitesse du métabolisme pendant une activité physique et la vitesse du métabolisme au repos. 1 MET correspond à l'énergie dépensée par une personne assise sans bouger et équivaut à une consommation de 1 kcal/kg/heure. Pour l'analyse des données du questionnaire, les principes suivants ont été appliqués : on estime que la dépense calorique d'une personne modérément active est quatre fois plus élevée, et celle d'une personne très active huit fois plus élevée, que la dépense calorique d'une personne assise sans bouger.

Pour calculer la dépense énergétique totale d'une personne à partir des données tirées du questionnaire, on utilise donc les valeurs suivantes :

Domaine		
Travail	Déplacements	Loisirs
<ul style="list-style-type: none"> • Activité moyennement intense = 4,0 MET • Activité intense = 8,0 MET 	<ul style="list-style-type: none"> • Vélo et marche à pied = 4,0 MET 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité moyennement intense = 4,0 MET • Activité intense = 8,0 MET

Indicateur discontinu

Pour calculer un indicateur discontinu, on tient compte du temps total consacré à l'exercice physique au cours d'une semaine normale, du nombre de jours pendant lesquels une activité physique est pratiquée et de l'intensité de l'activité physique.

Les trois niveaux d'activité physique proposés pour classer les populations sont : limité, moyen et élevé. Les critères pour chaque niveau sont précisés ci-dessous :

- **Élevé :**

Sont classées dans cette catégorie les personnes qui qualifient pour l'un des critères suivants :

- Activité physique intense au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d'au moins 1500 MET-minutes/semaine OU
- Au moins 7 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense jusqu'à parvenir à un minimum de 3000 MET-minutes par semaine.

- **Moyen :**

Sont classées dans cette catégorie les personnes qui ne qualifient pas pour les critères de la catégorie précédente mais qui remplissent l'un des critères ci-après :

- Au moins 20 minutes d'activité physique intense par jour pendant 3 jours ou plus par semaine OU
- Au moins 30 minutes d'activité physique modérée ou de marche à pied par jour pendant 5 jours ou plus par semaine OU
- Au moins 5 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense, jusqu'à parvenir à un minimum de 600 MET-minutes par semaine.

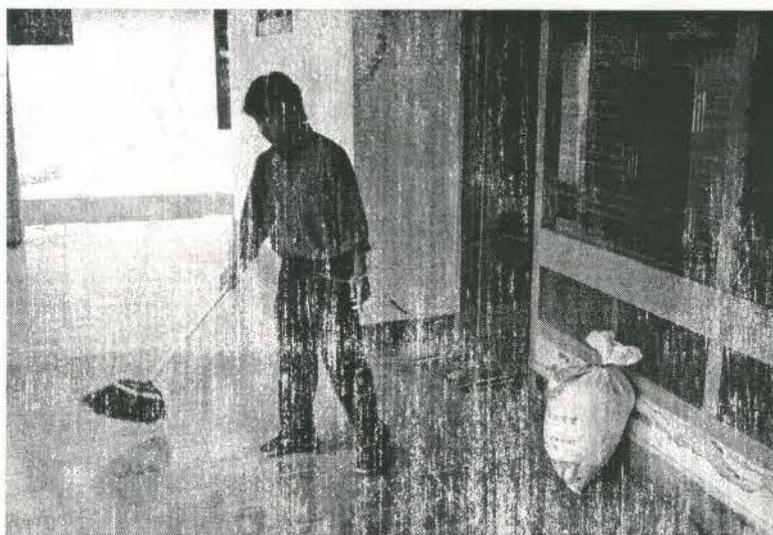
- **Limité :**

Sont classées dans cette catégorie les personnes qui ne sont qualifiées pour aucun des critères mentionnés ci-dessus.

ANNEXE C2

Activités physiques d'intensité modérée au travail

Exemples
d'activités
physiques
d'intensité
MODEREE
au TRAVAIL



Autres
exemples
d'activités
physiques
d'intensité
MODEREE au
TRAVAIL

Activités d'INTENSITE MODEREE

Respiration un peu plus rapide que la normale

- Faire le ménage (passer l'aspirateur, enlever la poussière, lustrer, récurer, balayer, repasser)
- Faire la lessive (secouer et broser des tapis, essorer du linge (à la main))
- Jardiner
- Traire des vaches (à la main)
- Planter et récolter
- Bêcher sur un sol sec
- Tisser
- Faire de la menuiserie (ciseler, scier du bois tendre)
- Mélanger du ciment (à la pelle)
- Travailler dans la construction (pousser des brouettes chargées, utiliser un marteau-piqueur)
- Marcher avec un paquet sur la tête
- Puiser de l'eau
- Garder des animaux

Activités physiques typiques

Activités physiques de forte intensité au travail

Exemples
d'activités
physiques de
FORTE
intensité au
TRAVAIL



Autres
exemples
d'activités
physiques de
FORTE
intensité au
TRAVAIL

Activités de **FORTE INTENSITE**

Respiration beaucoup plus rapide que la normale

- Exploiter les forêts (couper du bois, le transporter)
- Scier du bois dur
- Labourer
- Récolter (canne à sucre)
- Jardiner (creuser)
- Moudre (au pilon)
- Travailler dans la construction (pelleter du sable)
- Porter des meubles (cuisinière, frigo)
- Donner des cours de cardio vélo (fitness)
- Donner des cours d'aérobic sportive
- Trier des colis postaux (à un bon rythme)
- Conduire un vélo pousse-pousse

ANNEXE C4 : activités physiques de forte intensité pendant les loisirs

Exemples
d'activités
physiques de
FORTE
intensité
pendant **LES**
LOISIRS



Autres
exemples
d'activités
physiques de
FORTE
intensité
pendant **LES**
LOISIRS

Activités de **FORTE INTENSITE**

Respiration beaucoup plus rapide que la normale

- Jouer au football
- Jouer au rugby
- Jouer au tennis
- Suivre un cours d'aérobic de fort impact
- Aqua aérobic
- Faire de la danse classique
- Pratiquer la natation à rythme soutenu

Activités physiques d'intensité modérée pendant les loisirs

Exemples
d'activités
physiques
d'intensité
MODEREE au
pendant **LES**
LOISIRS

Activités d'**INTENSITE MODEREE**

Respiration un peu plus rapide que la normale

- Faire du vélo
- Faire du jogging
- Danser
- Monter à cheval
- Pratiquer le tai chi
- Pratiquer le yoga
- Pratiquer le pilates
- Suivre un cours d'aérobic de faible impact
- Jouer au cricket

ANNEXE D : verre standard d'alcool



1 bouteille standard
de **bière ordinaire**
(285ml)



1 mesure de
liqueur (30ml)



1 verre de **vin** de
taille moyenne
(120ml)



1 mesure
d'apéritif
(60ml)

Note: La quantité d'alcool nette contenue dans **un verre standard est de 10g d'éthanol.**

ANNEXE E : Population de la RCA 2014 (Source : RGP 2003, projection)

Tableau VI : Répartition de la population centrafricaine par sexe et milieu de résidence

Milieu de résidence	Masculin	% Masculin	Féminin	% Féminin	Population total	% population totale
Urbain	914 484	49,70	925 525	50,30	1 840 009	37,90
Rural	1 495 388	49,60	1 519 508	50,40	3 014 896	62,10
Ensemble RCA	2 409 872	49,64	2 445 033	50,36	4 854 905	100,00

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

Préfectures	Superficie en Km ²	Population		Densité (hbts/km ²)	
		Masculin	Féminin	Total	%
REGION 1					
Lobaye	19 235	151 645	152 863	304 508	15,8
Ombella-Mpoko	31 835	219 121	220 881	440 002	13,8
TOTAL RS1	51 070	370 766	373 744	744 510	14,6
REGION 2					
Mamberé Kadeï	30 203	224 078	225 878	449 956	14,9
Nana-Mamberé	26 600	143 531	144 684	288 215	10,8
Sangha-Mbaéré	19 412	62 086	62 584	124 670	6,4
TOTAL RS2	76 215	429 695	433 146	862 841	11,3
REGION 3					
Ouham	50 250	226 796	228 618	455 414	9,1
Ouham-Pendé	32 100	264 441	266 566	531 007	16,5
TOTAL RS3	82 350	491 238	495 183	986 421	12,0
REGION 4					
Kemo	17 204	72 740	73 325	146 065	8,5
Nana Gribizi	19 996	72 369	72 951	145 320	7,3
Ouaka	49 900	169 971	171 337	341 308	6,8
TOTAL RS4	87 100	315 081	317 612	632 693	7,3
REGION 5					
Bamingui Bangoran	58 200	26 554	26 767	53 321	0,9
Haute Kotto	86 650	55 477	55 923	111 400	1,3
Vakaga	46 500	32 098	32 356	64 454	1,4
TOTAL RS5	191 350	114 129	115 046	229 175	1,2
REGION 6					
Basse Kotto	17 604	153 042	154 272	307 314	17,5
Mbomou	61 150	100 744	101 553	202 297	3,3
Haut Mbomou	55 530	35 382	35 667	71 049	1,3
TOTAL RS6	134 284	289 169	291 491	580 660	4,3
REGION 7					
Bangui (RS7)	67	407 665	410 940	818 605	12 218,0
TOTAL RS7	67	407 665	410 940	818 605	12 218,0
TOTAAL RCA	623.000	2 417 743	2 437 162	4 854 905	7,8
%		49,80%	50,20%	100,00%	

10- BIBLIOGRAPHIE

1. A.BLANCHET, R.GHIGLIONE, J. MASSONNAT, A.TROGNON. Les techniques d'enquête en sciences sociales, Nouvelle présentation, DUNO ; 1998,2000
2. B.DUJARDIN. Politiques de santé et attentes des patients, Vers un nouveau dialogue, KARTHALA ; 2003
3. C. GLOT.L'expertise en Santé publique Que sais-je ? ISBN ; 1e édition ; août 2005
4. Convention-cadre de l'OMS pour La lutte antitabac organisation mondiale de la santé 2003
5. Ministère du Plan et de l'Economie. Document de Stratégie de réduction de la pauvreté (DRSP II) en RCA. Réduire l'extrême pauvreté; mai 2011
6. J.Bruyer. Méthodes statistiques, Médecine et Biologie , Editions INSERM ; 1996, 1997, 2000
7. MSPPLS. OMS. Manuel des résultats des enquêtes STEPS en Centrafrique ; Nov2010- février 2011
8. MSPPLS. Enquête NCD_pays_RCA 2008-2010
9. MSPPLS. Enquête STEPS I à III sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque associés dans la ville de Bangui et dans la Préfecture de l'Ombella Mpoko. 2010-2011
10. Organisation mondiale de la santé. Convention- Cadre de l'OMS pour la Lutte Antitabac (CCLAT); 28 juin 2003
11. Organisation mondiale de la santé. Examen et approbation de la déclaration de Brazzaville sur les maladies non transmissibles; 18 juillet 2012
12. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 ; 6 mai 2013
13. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles ; 2008
14. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ; 2004
15. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380(9859):2224-226
16. MSPPLS. Plan Intérimaire de Santé 2014-2015
17. MSPPLS. Plan National de Développement Sanitaire de 2^e génération de la République Centrafricaine 2005-2015