



Plan Opérationnel du Groupe de Responsabilité Sectorielle « Cluster » Santé en République Centrafricaine

Année 2018



Nombre de personnes
dans le besoin

2,5 M

Nombre de
personnes ciblées

1,1 M

Budget
sollicité

48,4 M

Nombre de
partenaires

60

OMS ,UNFPA ,UNICEF ,UNHCR, OIM, ONUSIDA,OCHA, MSF ESPAGNE , MSF FRANCE, MSF HOLLANDE, MSF BELGIQUE, ACF, FICR,CRF, CICR, CRCA, AHA , IMC ,ALIMA ,EMERGENCY , INTERSOS , MDM FRANCE, CAP ANAMUR , MENTOR INITIATIVE , SAVE THE CHILDREN, CORDAID ,IRC, PUI, FAIRMED, WORLD VISION, VISION TO CHANGE THE WORLD, ATEDEC, CSSI, MDA, COHEB, RESCUE TEAM, JUPEDDEC, SOS HUMANITE EN DETRESSE, CONASAN, ACABEF, VITALITE PLUS, ARBRE DE VIE,ACDES, ARND, AIDE MONDIALE, GEN/RCA, CARITAS CENTRAFRIQUE, ASSOMESCA, GOD, FAHC, APEC, MAHDED, OKTK, AMAP, ARESDI,AFRBD, CIEDD, CMPS, OCESAP, APROJED/CRAM, ACPDS, ACMPSI , LE PEUPLE, YAMACUIR CA, EAJID, AHCEAC, KWATYAKA, ADFC, AFRBD, AFDSD, GAERBB, ACBF, ECHO, UE,MSP,IPB, EDEN, OBOUNI, CLIRA

Table des matières

Sigles et acronymes.....	4
Résumé.....	5
1 Contexte.....	6
1.1 Situation sécuritaire et humanitaire.....	6
1.2 Situation sanitaire.....	6
2 Besoins sanitaires prioritaires.....	9
3 Zones prioritaires.....	9
4 Populations ciblées (bénéficiaires).....	12
5 Interventions prioritaires.....	14
6 Stratégies de mise en œuvre des interventions.....	15
7 Coordination des interventions.....	15
7.1 Structures de coordination.....	15
7.2 Mécanismes de coordination.....	16
8 Monitoring et évaluation de la réponse.....	17
9 Renforcement des capacités des membres du cluster.....	17
10 Stratégie de sortie des interventions des partenaires du cluster santé.....	17
11 Genre et âge.....	18
12 Redevabilité vis-à-vis des populations affectées.....	18
13 Objectif général.....	18
14 Objectifs spécifiques.....	18
15 Hypothèse et risques.....	19
16 Résultats attendus et indicateurs.....	20
17 Budget.....	22
18 Chronogramme des activités.....	24

Figures

Figure 1 : Cartographie des sous-préfectures couvertes par les projets de relèvement et sous-préfectures ciblées par le plan de réponse du cluster santé en 2018	11
Figure 2 : Cartographie des hubs de coordination du cluster santé en 2018	16

Tableaux

Tableau 1 : Répartition des sous-préfectures prioritaires par préfecture/circonscription sanitaire	10
Tableau 2 : Populations ciblées dans les zones de crise humanitaires aiguë par le cluster santé en 2018	12
Tableau 3 : Populations ciblées dans les zones de crise humanitaires prolongées ou de retour par le cluster santé en 2018.....	13

Sigles et acronymes

DMU-SR	Dispositif Minimum d'Urgence en Santé Reproductive
ECD	Equipe cadre du district/préfecture sanitaire
FOSA	Formation sanitaire (poste de santé, Centre de santé ou hôpital)
HeRAMS	Health Resources Availability Mapping System
HTA	Hypertension artérielle
LRA	Lord's Resistance Army
MDSR	Maternal Death Surveillance and response
MEG	Médicaments essentiels génériques
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
MSF	Médecins Sans Frontières
MVE	Maladie à Virus Ebola
OCHA	Office de Coordination des Affaires Humanitaires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONGs	Organisations non gouvernementales
ONGI	Organisation Non Gouvernementale Internationale
ONGN	Organisation Non Gouvernementale Nationale
PASS	Projet d'Appui au Système de santé
PCIMNE	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du Nouveau-né
SAP	Système d'Alerte Précoce
SIDA	Syndrome Immunodéficitaire acquis
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
UCM	Unité de Cession des Médicaments
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

Depuis décembre 2012, les populations centrafricaines sont victimes des conflits politico-militaires et intercommunautaires avec des conséquences sécuritaires, humanitaires et socio-économiques importantes. Depuis lors, des milliers de personnes ont été tuées, blessées, violées ou contraintes à se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur du pays.

En dépit des améliorations observées sur le plan politique avec la mise en place des institutions légitimes (Gouvernement et Parlement) en 2016, la situation sécuritaire dans certaines localités du pays demeure encore préoccupante. En effet seulement cinq préfectures (Ombella Mpoko, Lobaye, Sangha Mbaéré, Bamingui Bangoran et Kemo) sur 16 n'ont pas été le théâtre de violences armées en 2017.

La détérioration de la situation sécuritaire a été très marquée à partir du deuxième trimestre 2017 avec des affrontements dans les secteurs centre (Kaga Bandoro, Mbrès, Bakala, Ndassima, Ippy, Alindao, Maloum, Mobaye, Zangba, Mingala, Kongbo, Dimbi, Kembé, Satéma), est (Bria, Yalinga, Pombolo, Gambo, Bangassou, Dembia, Zémio, Obo) et ouest (Batangafo, Kobo, Bocaranga, Ngaoundaye, Kouï, Niem, Paoua, Boguila, Markounda, Amadagaza, Gamboula). Cette détérioration de la situation sécuritaire a engendré des centaines de morts et de blessés, ainsi que l'augmentation de 70% le nombre de déplacés internes. En effet le nombre de personnes déplacées est passé de 402 240 en décembre 2016 à 688 700 fin décembre 2017. Parallèlement, le nombre de réfugiés est aussi passé de 451 600 à 545 873, soit une augmentation de 20% (Source : UNHCR, CMP 31 décembre 2017).

Le secteur santé a payé l'un des plus lourds tributs à cette crise. En effet la crise a affecté toutes les composantes du système de santé entraînant ainsi son effondrement : destruction des infrastructures sanitaires, pillage des médicaments et équipements, déplacement du personnel y compris ceux chargés de la gouvernance, baisse de financement du secteur santé par le Gouvernement et les populations, rupture de la chaîne nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels, réactifs et consommables médicaux, etc.

Les besoins humanitaires sont considérables dans le secteur santé au regard du nombre de personnes qui éprouvent des difficultés à accéder aux services essentiels de santé de qualité dans les zones affectées par les conflits, y compris les personnes les plus vulnérables (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, femmes allaitantes, personnes âgées, déplacés, retournés, réfugiés, victimes des urgences vitales, survivants de viols, et personnes vivant dans les enclaves). En effet, environ 2 497 000 personnes ont besoin d'une assistance sanitaire dont 589 000 dans les zones de crise humanitaire aiguë, 1 646 000 dans les zones de crise humanitaire chronique et 262 000 dans les zones de retour. En plus des besoins humanitaires, le pays est exposé aux risques d'épidémie de choléra, de méningite, de rougeole, de rage et de variole de singe (monkey pox).

La réponse du groupe de responsabilité sectorielle santé vise à réduire la mortalité, la morbidité et les infirmités évitables dans les zones affectées par les urgences et catastrophes à travers : i) l'offre des services de santé d'urgence (prise en charge des blessés, des survivants de viols et des maladies les plus courantes, mise en œuvre du DMU-SR, distribution des MILDA et des préservatifs dans les sites de déplacés, vaccination d'urgence dans les sites, premiers secours psychologiques, mise en œuvre du système d'alerte et de réponse précoce aux épidémies, mise à disposition des traitements pour les maladies chroniques) dans les zones affectées par une crise humanitaire aiguë, ii) l'amélioration de l'accès aux services de santé essentiels dans les zones affectées par une crise humanitaire chronique et les zones de retour (renforcement des capacités des structures de santé pour l'offre du PMA et du PCA) et iii) le renforcement des activités de lutte contre les épidémies dans les zones affectées ou à très haut risque.

Une analyse des besoins et des risques, de la vulnérabilité, de l'accessibilité et des lacunes dans la réponse en cours au 31 décembre 2017 a permis de prioriser 39 sous-préfectures suivantes sur un total de 79 dans le plan de réponse 2018 : ***Le 3^e Arrondissement de la ville de Bangui, Amadagaza, Gamboula, Bouar, Baboua, Kouï, Bocaranga, Ngaoundaye, Paoua, Markounda, Nanga Boguila, Nana Bakassa, Bouca, Batangafo, Kobo, Kaga Bandoro, Mbrès, Bambari, Kouango, Ippy, Bakala, Bria, Ouadda, Yalinga, Alindao, Mingala, Zangba, Mobaye, Kembé, Satéma, Ouango, Gambo, Bakouma, Bangassou, Rafaï, Zémio, Obo, Bambouti, Birao.***

Cette priorisation est dynamique et peut évoluer au cours de l'année en fonction de l'évolution de la situation sécuritaire et humanitaire. Sur une population dans le besoin d'assistance sanitaire de 2 497 000, le cluster santé va cibler en 2018 un total de 1 124 132 personnes et aura besoin d'un montant de 48,4 millions de dollars pour réaliser les interventions prioritaires au profit des populations ciblées. Parmi les personnes ciblées il y a 476 985 déplacés, 27 480 retournés et 9 000 réfugiés.

Il est à noter que les besoins sanitaires des populations vulnérables non ciblées dans ce plan de réponse 2018 du cluster santé sont couverts dans certaines zones de crise chronique ou de retour par des projets de relèvement ou de développement notamment le projet PCIME communautaire de l'UNICEF/UE, le projet fonds Békou de l'UE, les projets de FAIRMED et le PASS de la Banque Mondiale.

1 Contexte

1.1 Situation sécuritaire et humanitaire

La situation sécuritaire en République Centrafricaine reste encore imprévisible et volatile. Ceci est favorisé par le non-retour de l'autorité de l'Etat, la persistance des tensions intercommunautaires et des groupes armés dans 2/3 des préfectures du pays. Malgré le retour à la légitimité constitutionnelle des institutions politiques et le déploiement des forces internationales, les incidents sécuritaires de grande ampleur continuent à se perpétrer dans le nord-ouest, le centre et l'est du pays.

Sur le plan humanitaire, plus de 688 000 déplacés internes sont encore dans les sites ou les familles d'accueil et l'insécurité freine les initiatives de retour et de stabilisation communautaire de certains parmi eux. L'année 2017 a été marquée par une recrudescence des affrontements entre groupes armés dans plusieurs sous-préfectures du pays (3^e Arrondissement de la ville de Bangui, Kouï, Bocaranga, Ngaoundaye, Paoua, Markounda, Gamboula, Amadagaza, Bouar, Batangafo, Kabo, Kaga Bandoro, Mbrès, Bria, Ippy, Alindao, Zangba, Mobaye, Kembé, Satéma, Ouango, Gambo, Bangassou, Zemio, Mingala et Bakouma). Cette détérioration de la situation sécuritaire a engendré des centaines de morts et de blessés ainsi que le déplacement de plus de 200 000 personnes et freiné les processus de retour des déplacés initiés dans certaines localités (Kaga Bandoro, Batangafo, Mbrès, Ngaoundaye, Gamboula, Amadagaza, Bocaranga, Ippy, Bakala). En effet le nombre de personnes déplacées est passé de 402 240 en décembre 2016 à 688 700 fin décembre 2017. Parallèlement, le nombre de réfugiés est aussi passé de 451 600 à 545 873, soit une augmentation de 20%. (Source : UNHCR, CMP 31 décembre 2017).

Les incidents sécuritaires ont non-seulement réduit l'espace humanitaire, mais également affecté directement certains partenaires humanitaires dont certains du secteur de la santé (pillage et saccage des bureaux, résidences et entrepôts, braquage des convois, menaces ou meurtre du personnel, etc.) entraînant la suspension de leurs activités dans certaines localités.

Les besoins humanitaires restent considérables alors que les capacités de réponse des acteurs humanitaires diminuent suite à la baisse des financements. En effet, le plan de réponse du cluster santé a été financé seulement à 25,3% en 2017 contre 40,3% en 2016 (Source : OCHA, FTS au 31 décembre 2017).

1.2 Situation sanitaire

La santé est l'un des secteurs les plus touchés par les crises politico-militaires en RCA. En effet les crises récurrentes dont le pays est victime depuis des décennies ont affecté tous les piliers du système de santé (Gouvernance, Ressources humaines, Système d'information sanitaire, Infrastructures, Médicaments/équipements et autres intrants médico-sanitaires, financement) entraînant ainsi son effondrement. Cet effondrement du système de santé se traduit par des mauvais indicateurs notamment les taux de mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle qui sont parmi les plus élevés au monde (respectivement 96 pour 1000 ; 139 pour 1000 et 880 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 avec des disparités importantes entre les zones rurales et urbaines¹). L'espérance de vie à la naissance était estimée en 2016 à 51 ans chez les hommes et 53, 7 ans chez les femmes.

Sur le plan nutritionnel, 20,3% des enfants de moins de 5 ans sont affectés par une insuffisance pondérale modérée et 1,9% d'entre eux souffrent de la forme sévère de cette malnutrition. Le taux de malnutrition chronique est 40,8% chez les enfants de moins de 5 ans (source : Enquête Nationale sur la situation nutritionnelle et la mortalité rétrospective en RCA, 2015).

Les couvertures vaccinales chez les enfants de moins d'un an dans l'ensemble sont faibles. En effet, au cours des 5 dernières années, le pays n'a pas atteint 50% de couverture vaccinale pour le Penta 3 qui est le principal indicateur de performance du Programme élargi de vaccination.

A propos de la vaccination contre la rougeole, en juin 2016, une campagne de vaccination de masse a été conduite dans l'ensemble du pays au profit des enfants de 6 mois à 10 ans, avec une couverture de 85,1% (moins de 10% des sous-préfectures/arrondissement on atteint la couverture souhaitée de 95%).

¹ Source : Rapport Suivi des Objectifs du millénaire pour le développement 2015

Le paludisme occupe le premier rang des causes de morbidité et de mortalité surtout chez les enfants de moins de 5 ans. Une enquête récente sur les indicateurs du paludisme a montré que plus 86 à 92% des ménages disposent d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) à Bangui et dans les Régions sanitaires 1,2 et 3 ; que 71% de la population vivant à Bangui et 66% de celle des régions 1, 2 et 3 dorment sous une MILDA. Par contre seulement 21% des ménages dans les régions 4, 5 et 6 disposent d'une MILDA pour 2 personnes². Ce constat expliquerait la forte prévalence de la parasitémie du plasmodium dans ces régions (80-95%)³.

Après le Paludisme, les Infections respiratoires aiguës, l'Anémie, les maladies diarrhéiques et la Malnutrition constituent les autres causes principales de décès chez les enfants de moins de 5 ans⁴. Les traumatismes physiques liés aux conflits et aux accidents de la voie publique ont également une responsabilité importante dans les décès dans la population en général. Chez les adultes en plus des maladies transmissibles (Paludisme, tuberculose, VIH/SIDA) on observe de plus en plus des cas de maladies non transmissibles (diabète, hypertension, maladies cardio-vasculaires, troubles mentaux, cancers, traumatismes physiques, etc.). Le pays est à risque de plusieurs épidémies dont les principales au regard des cas enregistrés au cours des 10 dernières années sont : la méningite cérébro-spinale, le choléra, la rougeole, la coqueluche, la rage, la fièvre jaune, la poliomyélite, le tétanos maternel et néo-natal, et la variole du singe (monkey pox).

Gouvernance :

Les structures de gouvernance (Directions centrales, Equipes cadres régionales et de districts) sont sous-équipées (logistique de transport, matériel informatique et de communication, matériel didactique) avec un personnel insuffisant, peu motivé et irrégulier au poste de travail surtout à l'intérieur du pays. Il n'existe pas un document de politique nationale en matière de santé et des directives actualisées pour certains programmes de lutte contre la maladie ; et la plupart des districts et régions ne disposent pas de plans d'action. Les directives de mise en œuvre de la gratuité des soins dans le cadre de l'action humanitaire sont obsolètes et nécessitent une revue. L'OMS et d'autres partenaires donnent l'appui au Ministère de la santé dans les domaines de la planification, mise en œuvre, coordination et suivi des interventions en santé grâce à leurs équipes au niveau central et des hubs (Bouar, Kaga Bandoro, Bambari, Bria et Bangassou).

Ressources humaines :

Les ressources humaines en santé sont insuffisantes et peu qualifiées avec des disparités importantes entre les zones rurales et urbaines. Les ratios personnels qualifiés par habitant sont très élevés dans les formations sanitaires⁵ : 1 Médecin pour 24769 habitants, 1 Sage-femme pour 18509 habitants et 1 Infirmier diplômé d'Etat pour 20457 habitants. Les médecins spécialistes sont essentiellement à Bangui la capitale et à l'intérieur du pays 51% du personnel soignant dans les formations sanitaires est non qualifié (Source : OMS, HeRAMS 2016). Le pays n'a pas de psychiatre pourtant les besoins de psychiatrie sont énormes des nombreux traumatismes psychologiques que vivent au quotidien les populations dans les zones de conflits (victimes et témoins des agressions physiques et sexuelles). L'insécurité a engendré la fuite de certains personnels de santé qualifiés vers des localités plus sécurisées. Les déficits qualitatifs et quantitatifs en personnel sont plus ou moins comblés dans les zones de crise humanitaire par les ONGs nationales et internationales qui viennent en appui avec du personnel qualifié.

Système d'information sanitaire :

Toutes les composantes du SNIS présentent des faiblesses dont certaines inhérentes à la crise : absence/insuffisance des outils de collecte des données dans les formations sanitaires (la baisse des niveaux de recouvrement des coûts liés à la crise ne permet pas aux formations sanitaires de multiplier les outils de collecte), absence/insuffisance de transmission des données du niveau périphérique vers le niveau central (lié à la réduction du trafic routier car les transporteurs routiers constituent un des principaux moyens de transmission des rapports), absence/insuffisance d'analyse des données pour la prise des

² Ministère de la santé : Enquête nationale sur les Indicateurs du Paludisme—Mai 2016

³ Ministère de la santé : Revue du programme national de lutte contre le paludisme en RCA, septembre 2017

⁴ Source : Rapport Suivi des Objectifs du millénaire pour le développement 2015

⁵ Normes OMS Afrique : 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 IDE pour 5.000 habitants et 1 sage-femme pour 5.000 habitants

décisions à tous les niveaux. Les ressources des partenaires humanitaires devraient être mises à contribution pour améliorer le SNIS, le Système d'alerte et de réponse rapide, et la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR).

Infrastructures sanitaires

La couverture sanitaire est faible avec plusieurs localités où les populations résident à plus de 15 km d'une formation sanitaire. Les infrastructures sanitaires sont souvent délabrées, mal entretenues et ne respectent pas les normes du Ministère de la santé. Certaines infrastructures sanitaires ont été incendiées ou détruites au cours des attaques des groupes armés. En octobre 2016, sur les 1010 structures de santé que compte le pays, 236 (23%) portaient encore les stigmates de la crise (destruction partielle ou totale). Depuis lors bien que certaines de ces infrastructures sanitaires endommagées ont été réhabilités, d'autres ont été détruites en 2017.

Médicaments/équipements et autres intrants médico-sanitaires

Le système d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et dispositifs médicaux essentiels a été fortement fragilisé par la faillite de l'Unité de Cession des Médicaments (UCM) principale source de ravitaillement des structures de santé publiques. Depuis lors la plupart des formations sanitaires publiques non appuyées par une organisation humanitaire se ravitailleraient auprès des pharmacies diocésaines de l'ASSOMESCA, des grossistes privés ou dans les marchés de contrebande qui ne font l'objet d'aucun contrôle de qualité de leurs produits. En ce qui concerne les ARV, le Fonds mondial à travers le bénéficiaire principal assure le ravitaillement en médicaments, réactifs et consommables dans les structures de prise en charge du VIH. Les organisations humanitaires du secteur de la santé sont contraintes de commander tous les médicaments à l'étranger ce qui est très coûteux et retarde parfois le démarrage de certains projets. Les structures de santé sont également très sous-équipées et les équipements disponibles sont souvent en mauvais état.

Financement de la santé

En 2017, le Ministère de la santé a reçu 8,3% du budget de l'Etat occupant ainsi le premier rang⁶. Ceci est très inférieur aux engagements pris en 2001 par les gouvernements africains à Abuja de consacrer 15% des budgets nationaux à la santé. Le financement public du secteur de la santé est très dépendante de l'aide extérieure bilatérale ou multilatérale notamment les fonds mis à contribution par les partenaires techniques et financiers notamment l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, UNHCR, Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, Union Européenne, Banque mondiale, Union Africaine, BAD, les donateurs des fonds humanitaires (USA, ECHO, OFDA, DFID, EuropAid, Italie, Japon, Allemagne, Hollande, France, etc.). Le pouvoir d'achat des populations déjà faible a davantage diminué au cours de la crise au regard du taux de pauvreté qui est estimé à 70%⁷. Par conséquent la pratique du recouvrement des coûts dans certaines formations sanitaires constitue un obstacle important pour l'accès aux services de santé des populations les plus vulnérables.

Dans les zones de crise, les partenaires humanitaires contribuent fortement au financement de la santé à travers la mise en œuvre de la gratuité des soins et l'appui à l'offre des autres services de santé.

L'amélioration du contexte sécuritaire à partir 2015 dans certaines localités du pays a permis l'introduction ou la reprise des projets de relèvement du système de santé dans quelques régions. Il s'agit notamment du projet Békou, des projets d'appui à la gouvernance institutionnelle et à la PECIME⁸ communautaire de l'Union Européenne, et du Projet d'Appui au Système de Santé (PASS) de la Banque Mondiale. Ces projets viennent en complément des actions humanitaires en cours dans le secteur santé.

Bien qu'une trentaine d'organisations humanitaires soient opérationnelles dans le secteur santé avec l'appui de 4 agences du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA) et des partenaires financiers (ECHO, OFDA, DFID, OCHA, EuropAid, Union Européenne, UNHCR, AFD, MOFA/SDC/Orange, Partenaires bilatéraux, etc.), les capacités de réponse sont insuffisantes et certains besoins urgents des populations ne sont pas couverts (notamment les soins de santé mentale).

⁶ Source : Ministère de la santé 2017

⁷ Source : Rapport Suivi des Objectifs du millénaire pour le développement 2015

⁸ PECIME= Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

2 Besoins sanitaires prioritaires

Les problèmes de santé susceptibles d'être observés dans les zones de crise humanitaire aiguë liés aux violences armées en Centrafrique qui génèrent très souvent des blessés et des déplacements de populations en site ou dans les familles d'accueil avec une augmentation des risques sanitaires sont les suivants :

- Les problèmes directement liés aux affrontements : blessures, morts violentes et viols
- Les problèmes liés aux déplacements et aux mauvaises conditions de vie dans les lieux d'hébergement (sites, brousse ou familles d'accueil) : paludisme, rougeole, maladies diarrhéiques (diarrhée aiguë aqueuse, cholera, diarrhée sanglante, la typhoïde, etc.), infections respiratoires sévères (dont les pneumonies chez les enfants de moins de 5 ans), méningite, malnutrition
- Les problèmes liés à l'absence des structures sociales ou publiques de protection : viols et prostitution avec un risque élevé d'épidémies d'IST/VIH
- Les problèmes liés aux traumatismes psychologiques vécus : troubles mentaux
- Les problèmes liés à la suspension forcée de l'offre des services de santé : augmentation de la mortalité (infantile, infanto-juvénile, maternelle, mortalité liée au VIH, à la tuberculose, au paludisme, à la malnutrition, au diabète, à l'hypertension, etc.), augmentation de la prévalence de la tuberculose et de nouvelles infections au VIH liée à la perturbation des services de prévention et à l'absence d'accès aux antituberculeux et/ou aux antirétroviraux.

Les besoins essentiels des populations centrafricaines en matière de santé dans ces zones affectées par les violences armées sont les suivants :

- La prise en charge des blessés,
- La prise en charge des survivants de viols
- La prise en charge des maladies les plus courantes (paludisme, infections respiratoires sévères, maladies diarrhéiques, etc.)
- L'accès aux services de santé reproductive (Consultations prénatales, Accouchements, Consultations post-natales, Planification familiale)
- La protection contre les maladies transmissibles à potentiel épidémique (paludisme, IST/VIH, rougeole, pneumonie, diarrhées, méningites, etc.)
- L'accès au traitement par les ARV des personnes vivant avec le VIH
- L'accès au traitement des tuberculeux
- L'accès aux services de prise en charge des troubles mentaux
- L'accès aux médicaments de l'hypertension et du diabète

3 Zones prioritaires

Critères de vulnérabilité des sous-préfectures/aires de santé en matière de santé

Les critères suivants permettent de considérer les aires de santé comme les plus vulnérables en matière de santé :

- La présence d'au moins 500 retournés récents (moins 6 mois) ou d'au moins 500 déplacés internes (en site ou dans les familles d'accueil) ou de réfugiés en site dans une aire de santé
- La présence de structures de santé fermées ou de fonctionnalité très réduite suite à une crise sécuritaire
- La présence de groupes armés rebelles dont les exactions limitent la mobilité des personnes et l'accès des populations aux services de santé
- La présence d'une épidémie
- Un taux de mortalité brut chez les enfants de moins de 5 ans élevée : plus de 2 décès par jour pour 10000 habitants.

Critères de priorisation des sous-préfectures

La priorisation des sous-préfectures tient compte des critères suivants :

- La présence d'une ou plusieurs aires de santé vulnérables
- L'absence d'une intervention en santé
- L'existence de lacunes (actuelles ou envisagées) dans la réponse en cours dans les aires de santé affectées par les conflits armés.

Sur la base de ces critères, les sous-préfectures/arrondissements ci-dessous (confer tableau 1) ont été classées prioritaires pour l'année 2018. Cette classification sera revue régulièrement en fonction de l'évolution de la situation humanitaire, sanitaire et sécuritaire dans le pays.

Tableau 1 : Répartition des sous-préfectures prioritaires par préfecture/circonscription sanitaire

Préfectures	Sous-préfectures
• Bangui	• 3 ^e Arrondissement
• Mambéré Kadéï	• Gamboula, Amadagaza
• Nana Mambéré	• Bouar, Baboua
• Ouham Pendé	• Kouï, Bocaranga, Ngaoundaye, Paoua
• Ouham	• Markounda, Nangha-Boguila, Bouca, Nana Bakassa, Batangafo, Kabo
• Nana Gribizi	• Kaga Bandoro, Mbrès
• Ouaka	• Bambari, Ippy, Bakala, Kouango
• Basse Kotto	• Alindao, Mingala, Zangba, Mobaye, Kémbé, Satéma
• Haute Kotto	• Bria, Yalinga, Ouadda
• Mbomou	• Ouango, Gambo, Bangassou, Rafai, Bakouma
• Haut Mbomou	• Zemio, Obo, Bambouti
• Vakaga	• Birao

Figure 1 : Cartographie des sous-préfectures ciblées par le plan de réponse du cluster santé en 2018

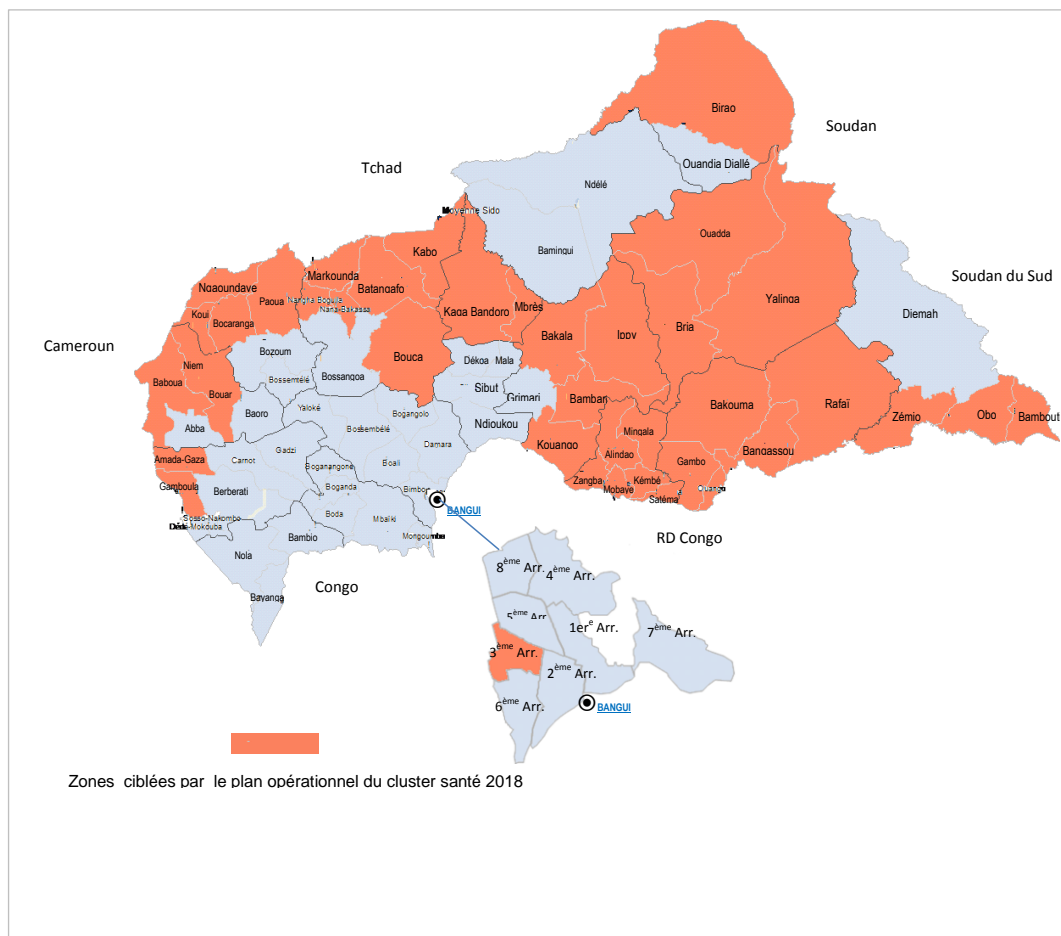
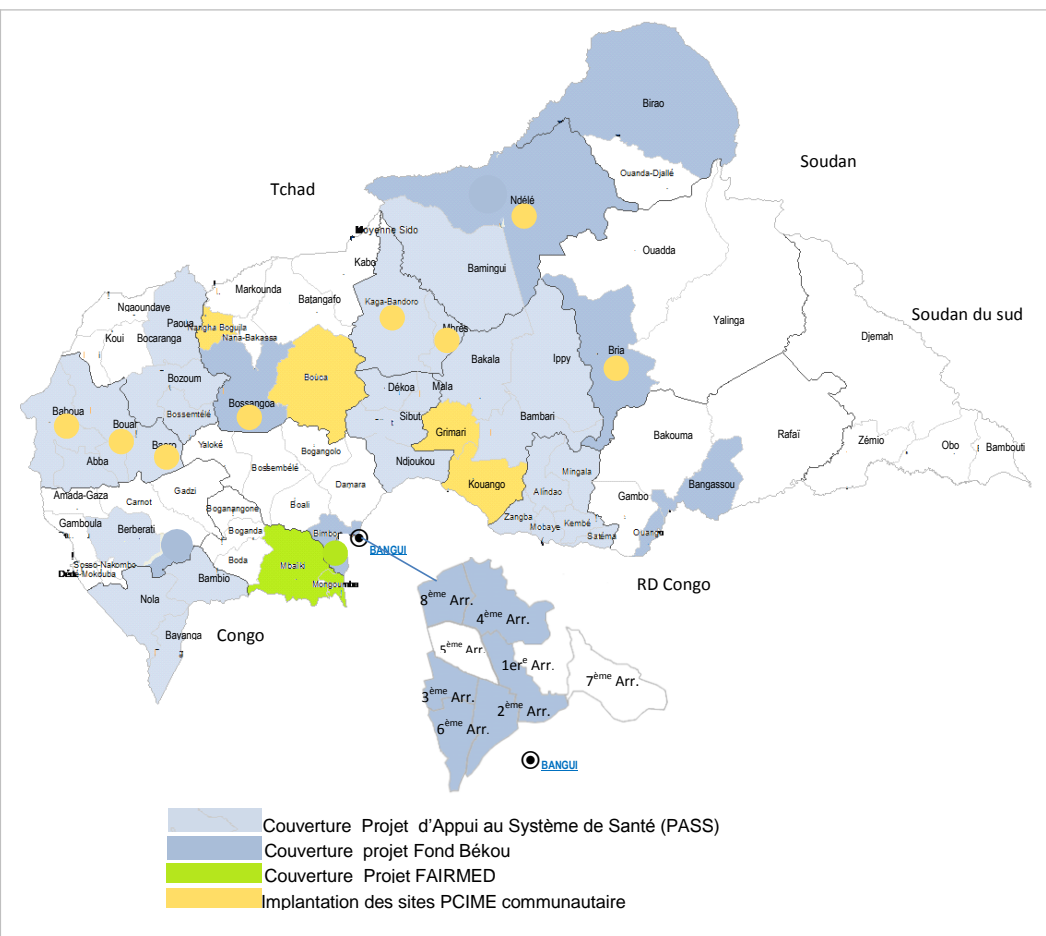


Figure 2 : Cartographie des sous-préfectures couvertes par les projets de relèvement en 2018



4 Populations ciblées (bénéficiaires)

Sur la base de la vulnérabilité aux problèmes de santé, les cibles prioritaires du cluster santé sont :

- dans les zones de crise humanitaire aiguë (moins de 6 mois après le choc) : les déplacés et leur communauté d'accueil
- dans les zones de crise humanitaire prolongée ou chronique (au-delà de 6 mois après le choc) et les zones de retour: les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les personnes âgées, les survivants de viols, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les hypertendus, les diabétiques, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes victimes des urgences vitales

En effet, les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les PVVIH et les personnes âgées sont très vulnérables en matière de santé, notamment aux maladies.

Dans les zones de crise humanitaire aiguë, les déplacés vivent dans les mauvaises conditions (promiscuité, exposition aux intempéries, sous-alimentation, accès limité à l'eau et aux conditions adéquates d'hygiène et assainissement) et le stress qui les rendent tous plus vulnérable aux maladies. En plus du stress, les communautés et familles d'accueil subissent une pression sur les ressources qu'elles doivent partager avec les déplacés.

Au-delà de six mois, en absence de nouveaux incidents sécuritaires, les déplacés ont développé des mécanismes de résilience (construction des abris adéquats, développement des activités génératrices de revenus, reconstitution des moyens de survie, etc.) avec l'appui de l'assistance humanitaire et leur niveau de vulnérabilité aux maladies diminue.

Sur la base de ces critères de vulnérabilités, le plan de réponse sectoriel santé 2018 va cibler 1 310 637 personnes (au lieu de 1 124 132 personnes prévues dans le Plan de réponse humanitaire 2018). En effet les données sur les populations ciblées ont été revues pour tenir compte de la situation humanitaire au 31/12/2017 et des crises de Markounda, Nangha Boguila et Paoua de début janvier 2018. Des personnes ciblées, il y a 288 990 déplacés internes, 6739 retournés, 2583 réfugiés et 1 012 325 personnes des communautés d'accueil (confer tableaux 2 & 3).

Tableau 2 : Populations ciblées dans les zones de crise humanitaires aiguë par le cluster santé en 2018

Sous-préfectures	Population totale	Populations ciblées		
		Déplacés	Communauté d'accueil	Total
Kembé	43586	650	42936	43586
Gambo	23750	2500	21250	23750
Rafai	18285	12287	5998	18285
Zémio	25728	6742	18986	25728
Bangassou (commune de Bangassou)	40374	1419	38955	40374
Amadagaza	19973	1039	18934	19973
Gamboula	34490	5100	29390	34490
Ippy	49155	14816	34339	49155
Markounda	21155	8919	12236	21155
Nangha Boguila	25779	1878	23901	25779
Paoua (Paoua, Bah-Bessar, Mia-Pendé, Nana-Barya)	100000	65000	35000	100000
Batangafo (Commune de Bédé et Bakassa)	38566	3000	35566	38566
Ngaoundaye (Commune de Dilouki/Ndim)	28786	1500	27286	28786
Bria	96477	62623	33854	96477
TOTAL	566104	187473	378631	566104

Tableau 3 : Populations ciblées dans les zones de crise humanitaire prolongée ou de retour par le cluster santé en 2018

Sous-préfectures	Population totale (PT)	Population spéciale			Populations ciblées					
		Déplacés	retournés récents	Réfugiés	Enfants de moins 5 ans (17,3%PT)	Femmes enceintes (4% PT)	Femmes allaitantes (3,4%)	Urgences vitales (3% PT)	personnes âgées (3,5% PT)	Total
3e Arrondissement	139043	30000			24 054	5 562	4 727	4 171	4 867	43 381
Mobaye	78317	900	2000		13 549	3 133	2 663	2 350	2 741	24 435
Zangba	50493	0	4000		8 735	2 020	1 717	1 515	1 767	15 754
Mingala	36882	5406	0		6 381	1 475	1 254	1 106	1 291	11 507
Satéma	31462	0	1000		5 443	1 258	1 070	944	1 101	9 816
Ouango	57600	300	0		9 965	2 304	1 958	1 728	2 016	17 971
Bakouma	28927	1350	0		5 004	1 157	984	868	1 012	9 025
Bangassou (Hormis la commune de Bangassou)	44905	13348	480		7 769	1 796	1 527	1 347	1 572	14 010
Bambouti	8000	900	0	6000	1 384	320	272	240	280	2 496
Obo	42845	14249	0	3000	7 412	1 714	1 457	1 285	1 500	13 368
Ouadda	19131	4030	0		3 310	765	650	574	670	5 969
Yalinga	6501	3270	0		1 125	260	221	195	228	2 028
Kaga Bandoro	129904	40555	4000		22 473	5 196	4 417	3 897	4 547	40 530
Mbrès	27731	2561	1000		4 797	1 109	943	832	971	8 652
Bakala	11337	4500	1000		1 961	453	385	340	397	3 537
Bambari	155170	66226	5000		26 844	6 207	5 276	4 655	5 431	48 413
Kouango	95182	621	3000		16 466	3 807	3 236	2 855	3 331	29 697
Nana Bakassa	59839	1000			10 352	2 394	2 035	1 795	2 094	18 670
Batangafo (Com. Batangafo, Hama &1 Ouassi)	45742	36355	3000		7 913	1 830	1 555	1 372	1 601	14 272
Kabo	52848	18867			9 143	2 114	1 797	1 585	1 850	16 489
Bouca	74450	4028	2000		12 880	2 978	2 531	2 234	2 606	23 228
Bocaranga	104643	13453			18 103	4 186	3 558	3 139	3 663	32 649
Koui	38608	4396			6 679	1 544	1 313	1 158	1 351	12 046
Ngaoundaye (hormis la commune de Dilouki)	89609	15491			15 502	3 584	3 047	2 688	3 136	27 958
Paoua (communes de Mom, Malé, Bimbi, Banh)	112135	3000	1000		19 399	4 485	3 813	3 364	3 925	34 986
Baboua	52689	1189			9 115	2 108	1 791	1 581	1 844	16 439
Bouar	130877	2700			22 642	5 235	4 450	3 926	4 581	40 834
Birao	64268	1326			11 118	2 571	2 185	1 928	2 249	20 052
TOTAL	1789138	289512	27480	9000	309 521	71 566	60 831	53 674	62 620	558 211

5 Interventions prioritaires

Dans les zones de crise humanitaire aiguë

A la suite d'un incident sécuritaire majeur avec déplacement de plus de 500 personnes dans une aire de santé les interventions suivantes seront menées pendant les 3 premiers mois de la réponse :

- a) L'évaluation rapide des besoins de la population et des capacités de réponse du système local de santé
- b) La prise en charge des blessés (triage, ramassage, transfert, traitement)
- c) La prise en charge des maladies les plus courantes (paludisme, infection respiratoire aiguë, maladies diarrhéiques)
- d) La mise en œuvre de la composante santé du Disposition minimum d'urgence en santé reproductive (DMU-SR) : prise en charge médicale et psychologique des victimes de viols, mise en œuvre des actions pour garantir la sécurité transfusionnelle, distribution gratuite des préservatifs, distribution des kits d'accouchement hygiénique aux femmes visiblement enceintes dans les zones d'accès difficile, offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, prise en charge des IST, mise à disposition des antirétroviraux pour les personnes déjà sous traitement ou testées positives au VIH et mise à disposition des contraceptifs
- e) L'offre des soins de santé mentale: premiers secours psychologiques, détection et prise en charge des cas de troubles mentaux
- f) La surveillance et la riposte contre les principales maladies à potentiel épidémique : mise en place d'un système d'alerte et de réponse précoce aux épidémies
- g) La vaccination de masse contre la rougeole couplée à la supplémentation en vitamine A et au déparasitage (cible : enfants de 6 mois à 14 ans ou de 6-59 mois en fonction du contexte) et les pneumonies à pneumocoque (cible : enfants de 0 à 5 ans) dans les sites de déplacés
- h) La distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA) aux ménages déplacés
- i) La mise à disposition des médicaments pour le traitement de l'Hypertension et du Diabète
- j) L'appui à la référence et contre référence des urgences vitales

Remarque : Après 3 mois d'intervention dans une localité affectée par une crise aiguë, les situations sécuritaire et humanitaire seront réévaluées, et le paquet d'interventions et les stratégies de leur mise en œuvre seront revus si nécessaire.

Dans les zones de crise humanitaire chronique et les zones de retour

Au-delà de 6 mois après la survenue d'une crise humanitaire aiguë (si la situation sécuritaire et humanitaire est stabilisée) et dans les zones de retour (sous-préfectures ayant accueilli ou devant accueillir plus de 500 retournés), un appui sera donné à la mise en œuvre des paquets minimum et complémentaires d'activités (PMA & PCA) dans les structures de santé ainsi que de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire. Cet appui se fera à travers les actions suivantes :

- a) L'évaluation approfondie des besoins sectoriels santé
- b) La mise à disposition des médicaments, consommables médicaux et réactifs (y compris ceux de la sécurité transfusionnelle le cas échéant) pour la prise en charge gratuite des maladies chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les personnes victimes des urgences vitales et les personnes âgées
- c) La mise à disposition des intrants pour la mise en œuvre du DMU-SR
- d) La formation/recyclage du personnel de santé sur la prise en charge des maladies les plus courantes, le DMU-SR et la surveillance intégrée des maladies, des décès maternels et riposte (SIMR/MDSR)
- e) La formation des relais communautaires pour la mise en œuvre des activités de PCIME communautaire (promotion de la santé et prise en charge des maladies les plus courantes)
- f) L'appui à la supervision et à la coordination des activités de santé dans la localité
- g) L'appui à la référence des urgences vitales
- h) L'appui à la mise en œuvre des activités de vaccination de routine
- i) L'appui à la gestion des informations sanitaires y compris la surveillance intégrée des maladies
- j) La réhabilitation et l'équipement des structures de santé le cas échéant

Dans les situations d'épidémie

En cas de flambée épidémique, les partenaires du groupe de responsabilité sectorielle santé donneront un appui aux activités suivantes :

- a) L'investigation de la flambée ou de l'alerte
- b) Le renforcement du système local d'alerte et de riposte précoces
- c) La confirmation des cas (collecte et transmission des échantillons à l'Institut Pasteur, mise à disposition du matériel et réactifs pour le diagnostic biologique des cas)
- d) La gestion des données : collecte, compilation, analyse, interprétation et transmission des données

- e) Le traitement médical et éventuellement psychologique des cas
- f) Le suivi des contacts avec administration éventuelle de la chimioprophylaxie
- g) Le renforcement des capacités techniques des prestataires
- h) La mobilisation des ressources (matérielles, humaines et financières)
- i) La mise en œuvre des activités de communication sur les risques, mobilisation sociale et engagement communautaire
- j) L'élaboration/adaptation des directives techniques
- k) La coordination opérationnelle des interventions

6 Stratégies de mise en œuvre des interventions

Dans les zones de crise humanitaire aiguë

Dans les zones de crise humanitaire aiguë, les populations sont très souvent déplacées dans les sites, les familles d'accueil ou en brousse et sans moyens pour payer les soins. Les formations sanitaires sont fermées ou difficiles d'accès à cause de l'insécurité. Parfois la formation sanitaire est détruite ou pillée de ses médicaments et équipements. Pour offrir les services de santé aux populations dans ce contexte, les stratégies suivantes seront utilisées :

- a) La gratuité totale des soins pour tous les déplacés et leur communauté d'accueil
- b) Les équipes médicales mobiles (cliniques mobiles) dans les sites de moins de 5 000 déplacés, les zones d'accès difficiles ou abritant les communautés à risque qui ne peuvent pas accéder à la formation sanitaire pour les raisons de sécurité
- c) Le renforcement des capacités des postes et centres de santé qui couvrent la zone affectée si le contexte est favorable pour soutenir le relèvement précoce du système de santé local
- d) La mise en place des postes de santé temporaires dans les sites de 5000 à 10 000 déplacés ou les quartiers ou villages d'accès difficile de plus de 5000 habitants (ces chiffres sont indicatifs et pourraient être reconsidérés en fonction du contexte) pour l'offre de soins de santé en ambulatoire
- e) La mise en place d'un Centre de santé temporaire dans les sites de 10 000-30 000 déplacés avec des lits pour mettre en observation (hospitalisation de courte durée : moins de 4 jours) de certains patients.
- f) La mise en place d'un Hôpital temporaire dans les sites de plus de 50 000-150 000 déplacés le cas échéant.
- g) La mise en place d'un mécanisme de référence et de contre référence pour les urgences médico-chirurgicales, gynéco-obstétricales et pédiatriques
- h) Le renforcement des capacités de l'Hôpital qui couvre la zone affectée pour prendre en charge les cas référés.

Dans les zones de crise humanitaire chronique ou de retour

Dans les zones de crise humanitaire chronique ou de retour, les populations ont déjà développé certains mécanismes de résilience et le contexte sécuritaire est plus ou moins stabilisé. Les structures de santé ont repris le service, mais ont des capacités réduites pour couvrir les besoins de toutes les populations. Pour offrir les services de santé aux populations dans ce contexte, les stratégies suivantes seront utilisées :

- a) Appui à la mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des personnes ciblées
- b) Appui aux structures de santé publiques ou privées à but non lucratifs qui couvrent la zone affectée pour l'offre des Paquets minimums et Paquets complémentaires d'activités (PMA & PCA)
- c) Appui à la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire (PCIME communautaire, cliniques mobiles dans les zones d'accès difficile, stratégies avancées)

7 Coordination des interventions

7.1 Structures de coordination

Les structures de coordination déjà mises en place à Bangui, Kaga Bandoro, Bouar, Bambari, et Bria sous le lead de l'OMS seront maintenues et renforcées. Les capacités du chef d'antenne de l'OMS à Bangassou seront renforcées pour assurer la coordination régionale des interventions des partenaires œuvrant dans le Mbomou et le Haute Mbomou. Les capacités du point focal des clusters santé et nutrition à Bossangoa (personnel de l'UNICEF) seront également renforcés.

Le groupe de travail Santé mentale et soutien psychosocial sera maintenu et soutenu pour une meilleure intégration des problématiques de santé mentale dans la réponse sectorielle santé.

Figure 3 : Cartographie des hubs de coordination du cluster santé en 2018



7.2 Mécanismes de coordination

- ✓ **Coordination intra sectorielle** : les interventions des partenaires du cluster santé seront coordonnées pour éviter les chevauchements/doublons afin de garantir plus d'efficacité et d'efficience dans la réponse.
- ✓ **Coordination avec le Ministère de la santé** : les partenaires du cluster santé travailleront en étroite collaboration avec les autorités sanitaires pour que leurs priorités et interventions soient alignées à celles du Ministère de la santé dans une perspective de transfert de compétence, de transition, d'appropriation et de pérennisation des interventions. Ceci va nécessiter une forte implication des autorités sanitaires dans l'identification des besoins et actions prioritaires, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions des partenaires humanitaires. A chaque niveau un représentant du Ministère de la santé au cluster santé devra être désigné pour assurer la co-coordination. L'équipe de coordination du Cluster santé s'impliquera activement dans les activités menées par le Centre des Opérations d'urgence en santé publique (COUSP) dans la lutte contre les épidémies et autres événements de santé publique.
- ✓ **Coordination des actions humanitaires et celles du relèvement/développement** : Près de 4 projets qui s'inscrivent dans le relèvement du système de santé sont mis en œuvre en RCA depuis 2017. Ces projets couvrent certaines zones prioritaires ciblées par le cluster santé dans le cadre de sa réponse en 2018. Il s'agit des projets fonds Békou de l'Union Européenne, PCIME au niveau communautaire de l'UNICEF/UE, du Projet d'Appui au Système de Santé (PASS) de la Banque mondiale et du Projet d'Appui à la gouvernance institutionnelle de l'OMS/UE.

Une meilleure coordination permettra de concentrer les efforts humanitaires sur les besoins les plus urgents et de faire une jonction harmonieuse avec les projets de relèvement (Nexus humanitaire-Développement). Une plate-forme de coordination Humanitaires-Développement sera mise en place à cet effet.

- ✓ **Coordination intersectorielle** : les échanges d'informations et d'analyses avec les autres clusters (Nutrition, Eau, hygiène et assainissement, Violence basée sur le genre, protection, Coordination et gestion des sites, etc.) ainsi que les évaluations conjointes permettront au cluster santé de mieux appréhender les problèmes transversaux ou nécessitant des réponses multisectorielles et d'apporter sa contribution. La participation aux réunions de ces clusters, aux réunions du groupe interclusters et de l'équipe humanitaire pays (via le Représentant de l'OMS) permettra de partager les informations, d'harmoniser les stratégies et de faire le plaidoyer sur certaines problématiques.

8 Monitoring et évaluation de la réponse

Le suivi des activités de réponse sera fait par les partenaires opérationnels eux-mêmes d'une part et les membres des équipes de coordination en collaboration avec les autorités sanitaires locales d'autre part. La fiche de collecte des données sur les activités des partenaires validées sera revue et partagée. Celle-ci sera remplie mensuellement et transmise par les partenaires au gestionnaire de l'information du cluster santé. Les données de cette fiche seront compilées, analysées et diffusées mensuellement. Les données du système d'alerte et de réponse précoces aux urgences de santé publique seront collectées et analysées sur une base hebdomadaire puis partagées. Les membres de l'équipe de coordination effectueront des missions de suivi et d'évaluation des projets de partenaires sur le terrain en collaboration avec les autorités du Ministère de la santé et OCHA. Ces missions seront organisées sur une base trimestrielle et en cas de nécessité.

Une enquête d'évaluation des performances du cluster santé sera organisée en Novembre 2018 suivie d'un atelier regroupant les partenaires pour identifier les forces et faiblesses du cluster et formuler les actions correctrices.

9 Renforcement des capacités des membres du cluster

Les besoins en formation suivants ont été identifiés : renforcement des capacités du groupe de travail santé mentale et soutien psychosocial sur l'élaboration et la gestion des projets, formations des membres clusters régionaux (hubs) sur la réforme humanitaire 2005 et l'Agenda de transformation de l'IASC. L'OMS et d'autres partenaires seront sollicités pour l'organisation des séminaires/ateliers sur les thèmes qui seront retenus.

Les membres de l'équipe de coordination du cluster santé national réaliseront des missions d'appui aux équipes de coordination des hubs (niveau régional). Les points focaux du cluster santé à Bossangoa et Bangassou seront briefés et accompagnés pour la mise en œuvre des fonctions du cluster.

10 Stratégie de sortie des interventions des partenaires du cluster santé

Dans les zones de crise aiguë, les interventions des partenaires du cluster santé seront planifiées pour une durée initiale de 3 mois. Un mois avant la fin de cette période, une réévaluation de la situation sanitaire et humanitaire dans la zone sera faite afin de décider de la nécessité de poursuivre les activités pendant 3 mois supplémentaires ou de les arrêter. Si les besoins humanitaires urgents persistent au-delà de 6 mois, la zone est classifiée comme une zone de crise chronique.

Dans les zones de crise chronique, les interventions seront planifiées pour une durée initiale de 8 à 12 mois. Deux mois avant la fin d'un projet dans une zone de crise chronique ou prolongée, les partenaires devront réévaluer la situation sanitaire et humanitaire afin de décider de la conduite à tenir :

- a) Si les besoins urgents persistent alors que le partenaire n'a plus de financement pour poursuivre le projet, la coordination du cluster devra en être informée pour que le plaidoyer soit fait afin de mobiliser les ressources nécessaires (y compris éventuellement à travers à un autre partenaire) pour la poursuite des interventions
- b) Si les besoins urgents d'assistance humanitaire n'existent plus, s'assurer que le personnel de santé de la formation sanitaire a les compétences nécessaires pour prendre en charge les maladies les plus courantes

(à défaut le recycler), que la formation sanitaire dispose d'un comité de gestion fonctionnel (à défaut le mettre en place et former ses membres), que la formation sanitaire dispose de quantités de médicaments et consommables médicaux suffisantes pour couvrir les besoins des populations couvertes pendant 3 mois (à défaut l'approvisionner) et que la formation sanitaire dispose d'un équipement minimum pour son niveau.

11 Genre et âge

Les inégalités genre sont très marquées en RCA et cette situation est aggravée par la crise. En effet les filles et les femmes ont un accès limité à l'emploi, à l'héritage, n'ont pas très souvent de propriétés (champs, maisons), ont un faible taux de scolarisation, sont peu associées à la prise des décisions dans les ménages, et occupent rarement les postes de responsabilité sociales, politiques ou professionnelles. Elles sont les plus victimes des violences basées sur le genre et dans le contexte de la crise sont parfois contraintes à se livrer à la prostitution pour survivre.

Parmi les relais communautaires, on retrouve plus d'hommes que de femmes et il n'est pas rare de trouver des aires de santé qui ne disposent que des relais masculins. Pourtant avoir des équipes mixtes de relais communautaires faciliterait l'accès à tous les groupes de la population et à toutes les thématiques y compris ceux qui sont tabous et ne peuvent être discutés qu'entre personnes de même sexe ou de même âge.

Pour réduire ces inégalités genre, les partenaires du cluster santé devront s'assurer d'une bonne représentation (au moins 30%) des filles et des femmes dans les structures de participation communautaire (relais communautaire, Comités de gestion des formations sanitaires) et lors des recrutements du personnel pour la mise en œuvre des activités à tous les niveaux, de l'implication des filles et des femmes dans les évaluations des besoins, les formations/recyclages et s'assurer que les filles et les femmes ont accès à tous les services de santé à travers une analyse par sexe et par tranche d'âge des données des activités.

12 Redevabilité vis-à-vis des populations affectées

A propos de la redevabilité vis-à-vis des bénéficiaires, les Comités de gestion des formations sanitaires ou des sites de déplacés seront utilisés comme interface entre les bénéficiaires et les partenaires dans les zones d'intervention. Des réunions régulières seront organisées entre les deux parties pour le partage d'information et les feedbacks sur la mise en œuvre du projet. De petites enquêtes auprès des bénéficiaires permettront de recueillir les plaintes de ces derniers et de revoir la mise en œuvre des activités.

13 Objectif général

Réduire l'excès de mortalité, de morbidité et d'infirmités dans les zones affectées par les urgences et catastrophes en République Centrafricaine au cours de l'année 2018.

14 Objectifs spécifiques

- 1) Offrir les services essentiels de santé d'urgence (préventifs, promotionnels et curatifs) aux populations affectées par une crise humanitaire aiguë y compris la santé sexuelle et reproductive, la prise en charge des blessés, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé de l'enfant, et la santé mentale.
- 2) Améliorer l'accès des populations les plus vulnérables aux soins de santé primaires et secondaires de qualité dans les zones de retour ou en situation de crise prolongée.
- 3) Renforcer la surveillance et la riposte aux épidémies dans les zones à risque ou affectées
- 4) Renforcer la coordination et le monitoring/évaluation des interventions des partenaires du secteur santé
- 5) Renforcer les capacités du pays et particulier des districts sanitaires en matière de préparation aux urgences humanitaires

15 Hypothèse et risques

L'atteinte des objectifs cités ci-dessus est conditionnée par une stabilisation ou une amélioration de la situation politique, sécuritaire et humanitaire, la mobilisation suffisante des ressources pour la mise en œuvre des activités, la collaboration renforcée entre les autorités sanitaires et les partenaires humanitaires, la coordination efficace entre partenaires d'urgences et de relèvement, la mise en place d'une structure nationale d'approvisionnement en médicaments, réactifs et consommables médicaux pour soutenir le relèvement des structures de santé et enfin l'amélioration de l'accès humanitaire qui va permettre aux partenaires de se rendre dans toutes les zones où se trouvent les besoins.

Les risques qui pourront perturber ou freiner l'atteinte des objectifs sont : l'insécurité, le faible financement des projets du secteur santé, une faible coordination entre les acteurs humanitaires et de développement (duplication des activités et des financements au dépend des zones avec des besoins non couverts), l'insuffisance de collaboration entre les humanitaires et les autorités sanitaires, les retards de mobilisation des ressources (médicaments, personnel de santé, équipements).

Les mesures de mitigation suivantes devront être mise en œuvre au niveau du cluster santé :

- a) Le renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières additionnelles pour le secteur santé (y compris les ressources du gouvernement)
- b) La mise en place d'une plate-forme de coordination entre les acteurs humanitaires et ceux de développement à tous les niveaux
- c) Le plaidoyer pour la revue des Directives de mise en œuvre de la gratuité des soins dans les formations sanitaires
- d) Le renforcement du plaidoyer pour la mise en place d'un système national d'approvisionnement en médicaments essentiels et dispositifs médicaux essentiels de qualité
- e) Le pré positionnement des médicaments dans le pays et certaines régions afin de réduire les délais de réponse et certaines contraintes d'accès
- f) Le renforcement de la coordination entre les partenaires humanitaires pour une utilisation optimale des ressources

16 Résultats attendus et indicateurs

Résultats attendus	Indicateurs	Valeur ciblée
<i>Objectif 1 : Offrir les services essentiels de santé d'urgence (préventifs, promotionnels et curatifs) aux populations affectées par une crise humanitaire aiguë y compris la santé sexuelle et reproductive, la prise en charge des blessés, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé de l'enfant, et la santé mentale</i>		
Résultat 1 : Les populations affectées par les crises humanitaires aiguës ont accès aux soins curatifs d'urgence de qualité	<ul style="list-style-type: none"> % de zones de crise humanitaires aiguës couvertes par des interventions curatives en santé Nombre de consultations curatives par an par personne dans les zones de crises humanitaires aiguës désagréé par sexe et par tranches d'âge 	<p>≥ 90%</p> <p>≥ 1cc /an/bénéficiaire</p>
Résultat 2 : Les populations affectées par les crises humanitaires aiguës ont accès aux soins de santé mentale d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> % des zones de crise humanitaires aiguës couvertes par des interventions de santé mentale 	≥ 50%
Résultat 3 : Les populations affectées par les crises humanitaires aiguës ont accès aux soins de santé de la reproduction d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> % des accouchements assistés en établissement de santé % de femmes visiblement enceintes ayant reçu un kit d'accouchement dans les zones de crise humanitaire aiguë % des cas de viols pris en charge dans les 72 heures % des zones de crises couvertes par une structure de santé qui fait la prise en charge médicale des cas de viols 	<p>≥ 50%</p> <p>≥ 80%</p> <p>≥ 80%</p> <p>≥ 90%</p>
Résultat 4 : Les personnes à risque sont protégées contre les maladies transmissibles dans les zones de crise aiguë	<ul style="list-style-type: none"> % des enfants de 6 mois à 14 ans (ou 6-59 mois) vaccinés contre la rougeole dans les sites de déplacés internes % des ménages dans les nouveaux sites de déplacés ayant reçu deux MILDA % d'enfants de 6-59 mois supplémentés en vitamine A % de personnes sexuellement actives ayant reçu des préservatifs dans les zones de crise aiguë 	<p>≥ 95%</p> <p>≥ 90%</p> <p>≥ 90%</p> <p>≥ 90%</p>
Résultat 5 : Les personnes victimes des maladies chroniques ont accès aux traitements appropriés dans les zones de crise aiguë	<ul style="list-style-type: none"> % de patients sous traitement ARV perdus de vue dans les zones affectées par une crise humanitaire % des zones affectées par une crise humanitaire aiguë ayant une structure de santé disposant d'antihypertenseurs 	<p>≤10%</p> <p>≤10%</p> <p>≥ 80%</p>

Objectif 2 : Améliorer l'accès des populations les plus vulnérables aux soins de santé primaires et secondaires de qualité dans les zones de retour ou en situation de crise prolongée

Résultat 1 : Les populations les plus vulnérables dans les zones de crise chronique ou de retour ont un accès amélioré aux soins de santé primaires	<ul style="list-style-type: none"> % des zones de crise chronique ou de retour couvertes par la gratuité ciblée des soins $\geq 80\%$ % des FOSA rendues fonctionnelles dans les zones de crise chronique ou de retour $\geq 80\%$
Résultat 2 : Les populations les plus vulnérables dans les zones de crise chronique ou de retour ont un accès amélioré aux soins de santé secondaires	<ul style="list-style-type: none"> % des accouchements par césarienne dans les zones de retour ou affectées par une crise humanitaire chronique $\geq 5\%$

Objectif 3 : Renforcer la surveillance et la riposte aux épidémies dans les zones à risque ou affectées

Résultat 1 : Les épidémies sont détectées à temps dans les zones à risque	<ul style="list-style-type: none"> % de zones de crise aiguë couvertes par le système d'alerte précoce (SAP) $\geq 90\%$ Promptitude des rapports du système d'alerte précoce $\geq 90\%$ % d'alertes épidémiques investiguées dans les 48 heures $\geq 60\%$
Résultat 2 : Les zones à risque d'épidémies sont préparées à faire face à une flambée des cas	<ul style="list-style-type: none"> % des sous-préfectures à risque élevé d'épidémie disposant d'un stock de contingence adéquat $\geq 80\%$

Objectif 4 : Renforcer la coordination et le monitoring/évaluation des interventions des partenaires du secteur santé

Résultat 1 : Les partenaires du cluster santé bénéficient du soutien des équipes de coordination	<ul style="list-style-type: none"> % de réunions de coordination tenues à tous les niveaux $\geq 90\%$ % de structures de coordination fonctionnelles $\geq 90\%$
Résultat 2 : Les besoins des populations et les capacités de réponse des structures de santé dans les zones de crise sont connues	<ul style="list-style-type: none"> % nouvelles zones de crises ayant bénéficiées d'une évaluation sectorielle santé ou multisectorielle avec une composante santé $\geq 80\%$
Résultat 3 : Les données sur les interventions des partenaires sont disponibles	<ul style="list-style-type: none"> % des rapports mensuels d'activités des partenaires reçus par la coordination $\geq 80\%$
Résultat 4 : Les projets des partenaires sont suivis et évalués sur le terrain	<ul style="list-style-type: none"> % de projets financés par les fonds humanitaires évalués sur le terrain par l'équipe de coordination $\geq 80\%$

Objectif 5 : Renforcer les capacités du pays et des districts sanitaires en particulier en matière de préparation aux urgences humanitaires

Résultat 1 : Les capacités des districts de santé à haut risque de crises humanitaires sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> % des districts à risque de crise humanitaire disposant d'un plan de préparation pour l'afflux de blessés et de déplacés $\geq 70\%$ % de districts à risque disposant d'un stock de contingence pour les actions humanitaires $\geq 90\%$ % de membres des clusters au niveau des hubs formés sur la réforme humanitaire et l'agenda de transformation
---	---

17 Budget

Nombre de bénéficiaires ciblés : 1 310 637 personnes Durée des activités : 12 mois

Activités	Unité	Quantité	Coût unitaire (USD)	Coût total (USD)	Organisations contributrices
1. Evaluer les besoins des populations et les capacités de réponse du système local de santé	mission	35	5560	194 600	Tous les partenaires
2. Evaluer la disponibilité des ressources et services en santé (HeRAMS)	Enquête	1	100000	100 000	OMS
3. Acquérir et distribuer les kits médicaux d'urgence : 1 kit complet = 10 unités basique IEHK 2011+ 10 modules malaria IEHK 2011 +1 unité supplémentaire IEHK 2011 +1 module supplémentaire malaria IEHK 2011)	kit (1 kit complet pour 10000 personnes x3 mois)	629	20200	12 701 760	OMS, UNICEF, ONGI
4. Acquérir et distribuer les kits de santé de la reproduction bloc 1 (kits SR 0, 1A, 1B, 2A, 2B, 3, 4, 5)	kit (1 kit pour 10000 personnes x 3 mois)	629	3418	2 149 238	UNFPA
5. Acquérir et distribuer les kits traumatologique complets (Italian trama kit type A, Italian trama kit type B)	kit (1 kit pour 100 interventions chirurgicales majeures)	15	17473,05	262 096	OMS
6. Acquérir et distribuer les kits pneumo A et B	kit	629	599,4	376 903	OMS
7. Acquérir et distribuer des médicaments pour le Diabète, l'Hypertension et les maladies cardiaques	kit (1 kit pour 1000 patients)	5	128212	641 060	OMS
8. Acquérir et distribuer des kits de transfusion sanguine (matériel de prélèvement, réactifs de la sécurité transfusionnelle)	kit (1 kit pour 5000 poches de sang)	4	100638	402 554	OMS/EMERGENCY
9. Acquérir et distribuer des kits de santé de la reproduction bloc 2 (kits SR 6A, 6B, 7, 8, 9, 10)	kit (1 kit pour 30 000 personnes x 3 mois)	215	3136	673 480	UNFPA
10. Acquérir matériel et équipement pour blocs opératoires de 6 maternités (kits 11A, 11B et 12)	1 kit pour 150 000 personnes pendant 3 mois	35	5415	189 262	UNFPA
11. Transport des médicaments, matériels et équipements (35% du prix d'achat)	Transport	1	1	6 088 724	Tous les partenaires
12. Acquérir des ambulances médicalisées	ambulance	10	100000	1 000 000	OMS, UNFPA
13. Multiplier des fiches de collecte et de transmission des données du Système d'alerte précoce (SAP)	FOSA	589	100	58 900	OMS, ONGI, ONGN
14. Payer des primes aux relais communautaires et points focaux du SAP	Personne	2500	360	900 000	OMS
15. Investiguer les alertes épidémique	mission	20	5000	100 000	OMS, UNICEF, ONGI
16. Acquérir et distribuer les vaccins et sérums antirabiques aux centres rabiques	dose	5000	15	75 000	OMS

17. Acquérir et distribuer les kits de prélèvement, des milieux de transport et des tests de diagnostic de la méningite et de choléra aux districts sanitaires ou ONGs	kits	500	800	400 000	OMS,
18. Acquérir et pré positionner les kits de traitement du choléra pour 200 cas avec déshydratation sévère	kit complets	2	17887,5	35 775	OMS
19. Payer des primes au personnel des formations sanitaires appuyées	FOSA	355	18000	6 390 000	ONG
20. Acquérir et distribuer les équipements aux FOSA	FOSA	20	30000	600 000	OMS, UNICEF, UNFPA, ONGI
21. Réhabiliter des infrastructures sanitaires y compris les maternités (Réhabilitation mineure)	FOSA	25	20000	500 000	OMS, UNICEF, UNFPA, ONGI
22. Acquérir et distribuer des MILDA dans les sites de déplacés	MILDA	200000	10	2 000 000	UNICEF, FICR, OMS
23. Mettre en œuvre les campagnes de vaccination préventives contre la rougeole dans les sites de déplacés	Personnes vaccinées	120000	2	240 000	UNICEF, OMS, ONGI
24. Former/recycler des agents de santé sur les thématiques prioritaires (ordinogramme, DMU-SR, PCIME, surveillance des maladies, gestion des urgences, prise en charge des viols, mhGAP, etc.)	Participants	1000	500	500 000	UNICEF, OMS, UNFPA, ONGI
25. Former les partenaires et membres de équipes cadre de district sur l'approche cluster et l'élaboration/gestion des projets (durée : 3 jours par session ; nombre de sessions : 4)	Personnes	100	300	30 000	OMS
26. Monitorer et évaluation les projets des partenaires	mission	12	5000	60 000	OMS, ONGI, ONGN
27. Payer des primes aux relais communautaires	Personne	1125	300	337 500	UNICEF, UNFPA, ONGI, ONGN
28. Entretenir les ambulances (nouvelles et anciennes)	ambulance	18	10000	180 000	UNICEF, ONGI
29. Organiser des missions d'appui aux clusters santé régionaux	mission	8	2000	16 000	OMS
30. organiser les ateliers de planification (plans de contingence, plan stratégique du cluster santé 2019) et d'évaluation des performances du cluster santé	Atelier	3	4000	12 000	OMS
TOTAL COUT DIRECT				37 214 852	
31. Soutenir le fonctionnement des organisations (salaire du personnel, acquisition des équipements et matériels de bureau, frais de transport et de subsistance, frais de communication, etc.)	30% des coûts directs	1	11 164 455	11 164 455	
TOTAL				48 379 307	

18 Chronogramme des activités

Principales activités	janv-18	févr-18	mars-18	avr-18	mai-18	juin-18	juil-18	août-18	sept-18	oct-18	Nov-18	Dec-18
1. Evaluer les besoins des populations et les capacités de réponse du système local de santé												
2. Evaluer la disponibilité des ressources et services en santé (HerAMS)												
3. Acquérir et distribuer les kits médicaux d'urgence : 1 kit complet = 10 unités basique IEHK 2011+ 10 modules malaria IEHK 2011 +1 unité supplémentaire IEHK 2011 +1 module supplémentaire malaria IEHK 2011)												
4. Acquérir et distribuer les kits de santé de la reproduction bloc 1 (kits SR 0, 1A, 1B, 2A, 2B, 3, 4, 5)												
5. Acquérir et distribuer les kits traumatologique complets (Italian trama kit type A, Italian trama kit type B)												
6. Acquérir et distribuer les kits pneumo A et B												
7. Acquérir et distribuer des médicaments pour le Diabète, l'Hypertension et les maladies cardiaques												
8. Acquérir et distribuer des kits de transfusion sanguine (matériel de prélèvement, réactifs de la sécurité transfusionnelle)												
9. Acquérir et distribuer des kits de santé de la reproduction bloc 2 (kits SR 6A, 6B, 7, 8, 9, 10)												
10. Acquérir matériel et équipement pour blocs opératoires de 6 maternités (kits 11A, 11B et 12)												
11. Transport des médicaments, matériels et équipements (35% du prix d'achat)												
12. Acquérir des ambulances médicalisées												
13. Multiplier des fiches de collecte et de transmission des données du Système d'alerte précoce (SAP)												
14. Payer des primes aux relais communautaires et points focaux du SAP												
15. Investiguer les alertes épidémique												
16. Acquérir et distribuer les vaccins et sérums antirabiques aux centres rabiques												
17. Acquérir et distribuer les kits de prélèvement, des milieux de transport et des tests de diagnostic de la méningite et de choléra aux districts sanitaires ou ONGs												
18. Acquérir et pré positionner les kits de traitement du choléra pour 200 cas avec déshydratation sévère												
19. Payer des primes au personnel des formations sanitaires appuyées												
20. Acquérir et distribuer les équipements aux FOSA												
21. Réhabiliter des infrastructures sanitaires y compris les maternités (Réhabilitation mineure)												
22. Acquérir et distribuer des MILDA dans les sites de déplacés												
23. Mettre en œuvre les campagnes de vaccination préventives contre la rougeole dans les sites de déplacés												

24. Former/recycler des agents de santé sur les thématiques prioritaires (ordinogramme, DMU-SR, PCIME, surveillance des maladies, gestion des urgences, prise en charge des viols, mhGAP, etc.)												
25. Former les partenaires et membres de équipes cadre de district sur l'approche cluster et l'élaboration/gestion des projets (durée : 3 jours par session ; nombre de sessions : 4)												
26. Monitorer et évaluation les projets des partenaires												
27. Payer des primes aux relais communautaires												
28. Entretenir les ambulances (nouvelles et anciennes)												
29. Organiser des missions d'appui aux clusters santé régionaux												
30. organiser les ateliers de planification (plans de contingence, plan stratégique du cluster santé 2019) et d'évaluation des performances du cluster santé												