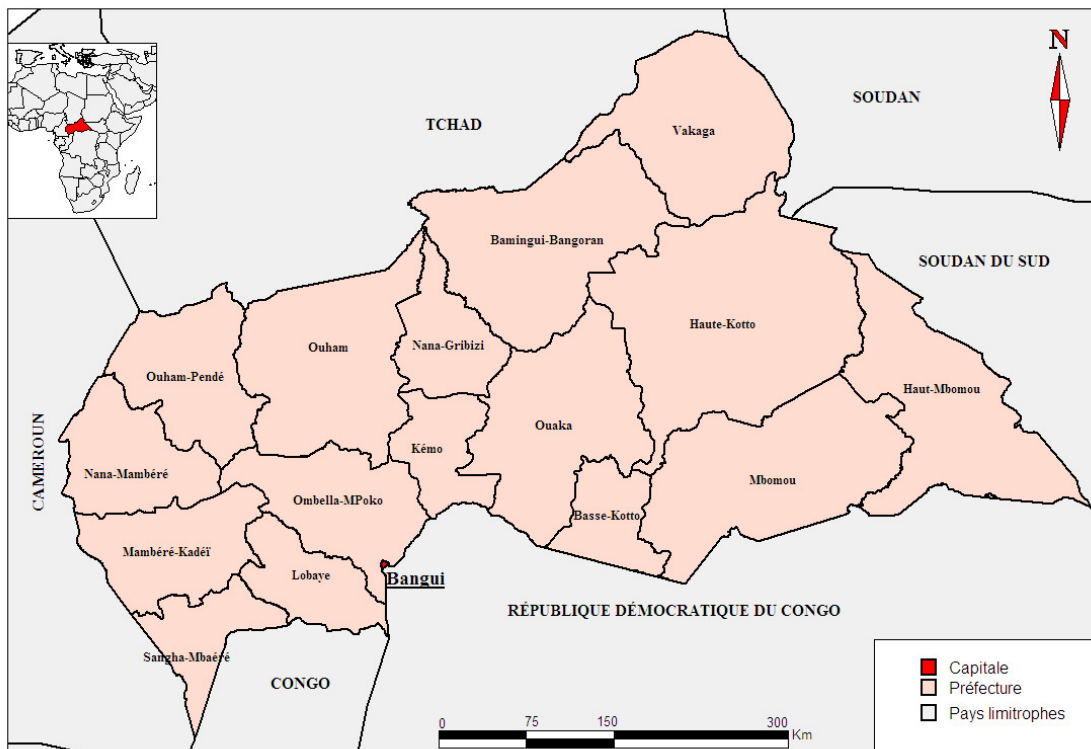




PLAN DE TRANSITION DU SECTEUR SANTÉ EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE 2015-2017



Février 2015

Table des matières

Préface	5
Abréviations et acronymes.....	6
Liste des tableaux	8
Liste des figures et graphiques.....	8
Résumé exécutif	9
Introduction	11
1. ANALYSE DE LA SITUATION	12
1.1. Contexte général	12
1.1.1. Contexte géographique.....	12
1.1.2. Contexte démographique.....	12
1.1.3. Contextes politique et sécuritaire	12
1.1.4. Contexte économique.....	13
1.1.5. Contexte social	13
1.1.6. Transport et communication.....	13
1.2. Etat de santé de la population.....	14
1.2.1. La santé de la mère et de l'enfant.....	14
1.2.2. Les principales maladies menaçant la survie de l'enfant	15
1.2.3. La situation de la triade Paludisme, Tuberculose et VIH SIDA	16
1.2.3.1. Le paludisme	17
1.2.3.2. Le VIH/SIDA	17
1.2.3.3. La tuberculose	18
1.2.4. La situation des Maladies Non Transmissibles (MNT).....	18
1.2.5. La situation des Maladies Tropicales Négligées (MTN).....	20
4.1. Gouvernance et leadership	21
4.1. Situation des urgences et catastrophes dans le pays.....	22
1.5. L'offre de services de santé	24
1.5.1. Disponibilité de l'offre de Service de Santé.....	24
1.5.2. Infrastructures, équipements et politique du médicament.....	24
1.5.3. Ressources humaines pour la Santé (RHS) : Politiques et plans des RHS	27
1.5.4. Système d'information sanitaire.....	28
1.5.5. Le développement de l'approche promotion de la santé	29
1.1.1. Financement du secteur de la santé	30
2. PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS	31
3. AXES STRATEGIQUES.....	32
4. ACTIONS PRIORITAIRES.....	33
4.1. Renforcement du ministère de la Santé dans ses fonctions de gouvernance.....	33
4.1.1. Appui au renforcement institutionnel du Ministère en charge de la Santé au niveau central	

4.1.2.	Renforcement de la décentralisation effective des fonctions du Ministère en charge de la Santé	33
4.1.3.	Concertation et coordination du Ministère en charge de la Santé et des partenaires.....	34
4.1.4.	Amélioration des capacités de planification et de suivi, et renforcement de la production et l'utilisation de l'information	34
4.1.5.	Communication externe via des activités de plaidoyer sur les priorités sanitaires.....	35
4.2.	Mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité.....	35
4.2.1.	Réorganisation de l'approvisionnement national en médicaments.....	35
4.2.2.	Réhabilitation des infrastructures et dotation en équipements répondant aux exigences des PMA / PCA.....	36
4.2.3.	Renforcement de la disponibilité et des compétences du personnel de santé.....	36
4.2.4.	Développement de modalités de financement équitables pour les populations.....	37
4.2.5.	Renforcement de l'hygiène dans l'ensemble des formations sanitaires	37
4.2.6.	Développement de structures nationales et décentralisées pour la transfusion sanguine	38
4.2.7.	Développement de la Promotion de la Santé dans tous les programmes de santé.....	38
4.2.8.	Développement de stratégies de participation communautaire et contribution au renforcement de la cohésion sociale.....	38
4.3.	Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.....	39
4.3.1.	Etudes et enquêtes nécessaires pour une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant	39
4.3.4.	Renforcement des capacités du personnel en santé mère enfant	39
4.3.3.	Prise en charge médicale et psychosociale des violences sexuelles	39
4.3.4.	Renforcement de la couverture vaccinale.....	39
4.3.5.	Amélioration du statut nutritionnel des enfants.....	40
4.3.6.	Renforcement de la prise en charge des enfants au niveau communautaire.....	40
4.4.	Amélioration de la gestion des urgences et catastrophes	40
4.4.1.	Renforcement de la structure institutionnelle d'anticipation et de prévention des urgences et catastrophes	40
4.4.2.	Développement d'une stratégie de mobilisation d'équipes d'intervention rapide au sein du personnel existant	41
4.4.3.	Dotation des moyens pour répondre aux urgences et catastrophes	41
4.4.4.	Renforcement de l'analyse des risques.....	41
4.4.5.	Evaluation des capacités de prévention et de contrôle des flambées épidémiques.	41
4.4.6.	Création d'un mécanisme de coordination intersectorielle	41
4.5.	Amélioration de la lutte contre les maladies	41
4.5.1.	Prise en charge et la prévention des principales causes de morbidité et mortalité (VIH, TB, malaria)	41
4.5.2.	Réduction de la morbidité et la mortalité attribuable aux Maladies Non Transmissibles et	

Maladies Tropicales Négligées.....	42
4.5.3. Développement et lancement de la mise en œuvre d'un programme national de santé mentale intégré au sein des paquets d'activité.....	42
5. ESTIMATION DES BESOINS	44
5.1. Ressources humaines.....	44
5.2. Infrastructures.....	45
5.3. Matériels, équipements et laboratoire	46
5.3.1. Niveau central	46
5.3.2. Niveau Régions et Districts.....	49
5.3.3. Niveau Centres de Santé	60
5.3.4. Niveau Poste de Santé.....	64
5.4. Moyens de communication et d'information	69
6. PLAN DE FINANCEMENT	70
6.1. Estimation des couts par orientation stratégique.....	70
6.2. Evaluation des fonds disponibles et prévus.....	70
6.3. Détermination de l'écart entre les besoins et les ressources disponibles	71
6.4. Moyens et stratégies pour combler l'écart.....	72
7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	72
7.1. Structures et organes de mise en œuvre	72
7.1.1. Au niveau central	72
7.1.2. Au niveau régional et district	73
7.2. Modalités de mise en œuvre du financement.....	73
7.3. Rôle des communautés et des partenaires.....	74
7.4. Facteurs favorisant la mise en œuvre	74
7.5. Contraintes dans la mise en œuvre.....	75
8. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE.....	76
9. SUIVI/EVALUATION.....	76
9.1. Mécanismes de suivi et d'évaluation	76
9.1.1. Surveillance épidémiologique et SNIS.....	76
9.1.2. Supervision et monitoring.....	77
9.1.3. Suivi et Evaluation	77
9.2. Coût de la composante suivi/évaluation et cadre de mise en œuvre	77
CONCLUSION	78

Préface

La République Centrafricaine a élaboré et mis en œuvre plusieurs documents stratégiques relatifs au secteur santé en vue de l'amélioration de la santé des populations à la base, notamment le Plan National de Développement Sanitaire de première génération de 1994-1998 (PNDS I), le Plan Intérimaire de Santé 2000-2002 (PIS) et le (PNDS II) 2006-2015.

Le Plan National de Développement Sanitaire de deuxième génération (PNDS II) a été mis en œuvre à travers des plans triennaux glissants dans le cadre global de la stratégie de lutte contre la pauvreté, en lien également avec les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (DSRP 1 et 2).

Toutefois, il convient de souligner que la mise en œuvre du PNDS II n'a pu, non seulement, être évaluée afin de mesurer les progrès accomplis et les résultats attendus en termes d'amélioration de l'offre des soins aux populations, mais le contexte actuel, lié à la crise politico-militaire que traverse le pays depuis 2012 a complètement modifié les conditions de mise en œuvre pour les trois dernières années.

C'est pourquoi, afin de trouver des réponses appropriées au dysfonctionnement profond du système de santé et faciliter la relance, un Plan de Transition du Secteur Santé a été initié par le Gouvernement, avec l'appui principaux partenaires techniques et financiers, pour la période de 2014 à 2016.

Compte tenu du démarrage tardif de la mise en œuvre lié à la volatilité sécuritaire d'une part, et de la volonté de nouveaux partenaires à participer au relèvement du système de santé centrafricain, une révision dudit s'est imposée, et a abouti à la prolongation de la durée jusqu'en 2017.

Ce Plan de Transition, fruit d'un large consensus inclusif, a le mérite de proposer d'abord des principes généraux facilitant le processus de collaboration entre différents acteurs tout en s'appuyant sur le développement d'une régulation mieux coordonnée dont devrait découler la concertation constante entre les acteurs.

Il faudra pour ceci, se focaliser sur les priorités immédiates de l'heure, la différenciation des approches selon les zones et les arbitrages nécessaires à la relance opérationnelle au niveau des districts sanitaires.

Les résultats attendus sont liés aux axes stratégiques suivants :

- ✓ l'appui au renforcement institutionnel du ministère,
- ✓ la mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité,
- ✓ l'amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant,
- ✓ l'amélioration de la gestion des urgences et autres catastrophes ;
- ✓ l'amélioration de la lutte contre les maladies.

Aussi, qu'il me soit permis de remercier, au nom du Gouvernement et de Son Excellence, Monsieur le Président de la République, Chef de l'Etat, tous nos partenaires techniques et financiers, dont l'appui sans cesse renouvelé a rendu possible l'aboutissement de cet important outil de planification.

J'engage donc tous les acteurs du système de santé à s'approprier ce Plan afin d'en faire un usage adéquat pour répondre aux préoccupations urgentes de nos compatriotes à la base.

Le Ministre de la Santé, de l'hygiène Publique et de la Population

Dr. Fernande DJENGBOT

Abréviations et acronymes

AH	Assistance Humanitaire
ACT / CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AVC	Accident Vasculaire Cérébrale
BAD	Banque Africaine de Développement
BADEA	Banque Arabe de Développement Economique en Afrique
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agence
CCSSS	Cadre de Concertation Stratégique du Secteur Santé
COGES	Comité de Gestion
CS	Centre de Santé
DAD	Gestion des Base de Données
DCS	Direction de la Communication en matière de Santé
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DR	Direction des Ressources
DRS	DitECTION de la Région Sanitaire
DS	District Sanitaire
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FMI	Fonds Monétaire International
FOSA	Formation Sanitaire
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunisation
HCR	Haut Commissariat aux Réfugiés
IEC	Information Education Communication
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MILD	Moustiquaire Imprégné d'Insecticide de Longue Durée
MNT	Maladie Non Transmissibles
MPECI	Ministère du Plan, de l'Economie et de la Coopération Internationale
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MTN	Maladie Tropicale Négligée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PASS	Projet d'Appui au Sytème de Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PSDRH	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPAC	Plan Pluri-Annuel Complet
PPP	Partenariat Public Privé
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PS	Préfecture Sanitaire
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTSS	Plan de Transition du Secteur Santé
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH

RCA	République Centrafricaine
RHS	Ressources Humaines en Santé
RSS	Renforcement du Système de Santé
SAV	Semaine Africaine de Vaccination
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unies
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
UA	Union Africaine
UCM	Unité de Cession des Médicaments
UE	Union Européenne
UNDAF	Programme de Développement des Agences des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine
WWF	Fonds Forestier Mondial

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principaux indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant	14
Tableau II : Situation actuelle des moyens logistiques	25
Tableau III : Disponibilité de l'offre de service par manque d'équipements	25
Tableau IV : Disponibilité en source d'approvisionnement en eau dans les structures de santé de la République Centrafricaine.....	26
Tableau V : Situation du personnel/normes (2014)	28
Tableau VI : Répartition des dépenses de santé en RCA (Données de référence) :.....	31
Tableau VII : Besoin en ressources humaines au niveau national	44
Tableau VIII : Besoin en infrastructures à construire par type et par région pour la période 2015-2017	45
Tableau IX : Besoin en infrastructures à réhabiliter par type et par région pour la période 2015-2017	45
Tableau X : Estimation des besoins en matériels, équipements et laboratoire au niveau central	46
Tableau XI : Estimation des besoins en matériels, équipements et laboratoire au niveau régions et districts.....	49
Tableau XII : Estimation des besoins en matériels, équipements et laboratoire au niveau Centre de Santé	60
Tableau XIII : Estimation des besoins en matériels, équipements et laboratoire au niveau Poste de Santé.....	64
Tableau XIV : Cadrage de coûts par axe stratégique (en millions de F CFA)	70
Tableau XV : Résumé du plan de financement du PTSS (en million de F CFA) :.....	71

Liste des figures et graphiques

Figure 1 : Evolution mensuelle du nombre des cas de paludisme de 2009 à 2013 en RCA. 17
Figure 2 : Cartographie des FOSA complètement détruites en RCA (HeRAMS, avril 2014).. 24

Résumé exécutif

L'année 2013 a été particulièrement désastreuse pour la République Centrafricaine sur tous les plans (sécuritaire, humanitaire et de développement) suite à une crise sans précédent qui a paralysé le pays tout entier depuis décembre 2012.

Pour appuyer et compléter les efforts du Gouvernement pendant la période de transition et pour répondre aux besoins les plus urgents des groupes vulnérables, renforcer la résilience des communautés et préparer les conditions propices pour le relèvement immédiat et la consolidation de la paix, les activités de développement de l'UNDAF 2012-2016 ont été suspendues et les Agences du Système des Nations Unies ont élaboré un plan stratégique intérimaire du SNU en RCA pour la période 2014-2015, en cohérence et en alignement avec la feuille de route du Gouvernement et le Programme National d'Urgence.

Par ailleurs, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) II 2006 - 2015 qui arrive à terme n'est plus en adéquation avec la situation d'urgence que traverse le pays. Après l'enquête HeRAMS menée en 2014 qui a permis au Ministère de la Santé et de la Population d'évaluer son Système de Santé, d'identifier les besoins et priorités du pays en matière de santé, il a été élaboré le présent Plan de Transition du Secteur de la Santé, avec l'appui technique de l'Agence Française de Développement (AFD) et l'Organisation Mondiale de la Santé qui ont mis à la disposition du pays une expertise internationale dans le domaine.

Après l'analyse de la situation et la description de l'orientation stratégique, ce document a été rendu opérationnel grâce à un cadre de performance organisé autour de cinq axes stratégiques :

- Gouvernance et appui institutionnel ;
- Délivrance du paquet minimum et du paquet complémentaire d'activités ;
- La Santé de la mère et de l'enfant ;
- La lutte contre la maladie ;
- Les Urgences et catastrophes.

Les principaux résultats attendus de la mise en œuvre de ce plan sont :

- 60 % des cadres de concertation à chaque niveau de la pyramide sanitaire sont fonctionnels ;
- 100% des personnes vivant sur le territoire Centrafricain ont accès à l'offre de soins de santé de qualité ;
- La mortalité materno-infantile est maîtrisée ;
- La lutte contre les principales causes de morbidité est reprise sur toute l'étendue du territoire Centrafricain ;
- Les populations des zones en crise et des enclaves ont accès aux services de soins de santé.

Pour une mise œuvre efficace et coordonnée du présent Plan de Transition du Secteur de la Santé, deux stratégies ont été retenues :

- (i) l'approche humanitaire, conduite par le Cluster Santé : elle vise la mobilisation des ressources ainsi qu'une coordination des acteurs dans les zones en urgence humanitaire ;
- (ii) l'approche relèvement/développement du système de santé, directement animée par le Ministère en charge de la santé : elle vise principalement le rétablissement rapide des services publics de santé dans tout le pays, et l'amorce du développement sanitaire dans les zones sécurisées.

Le coût total de ce plan s'élève à 262, 209 milliards de F CFA soit USD 371,027. Ce qui fait une moyenne d'USD 37 par habitant.

Avec les différentes initiatives en faveur de la RCA, notamment le fonds multi bailleurs Bêkou et OCHA ainsi que la mobilisation des partenaires traditionnels du système de Santé Centrafricain, 60% des besoins de financement du PTSS sont quasi couverts.

Pour combler le gap, le MSP devra surtout explorer les pistes du budget national dont la contribution au PTSS reste très faible, des partenaires bilatéraux qui ne se sont

jusque-là manifestés que dans le cadre des initiatives communes et enfin, de quelques multilatéraux comme la BAD.

Le dispositif institutionnel pour la coordination de la mise en œuvre du PTSS prévoit :

- Un Cadre de Concertation du Secteur de la Santé (CCSS) sous la présidence du Ministre de la Santé et de la Population, comprenant les représentants des partenaires techniques et financiers (PTF), et les Organisations Non Gouvernementales œuvrant dans le domaine de la Santé du pays.
- Un Secrétariat Technique chargé du suivi de la mise en œuvre du PTSS et du renforcement institutionnel du MSP dans le domaine de l'animation des politiques publiques. Il est composé d'experts nationaux et internationaux affectés à temps complet pour cette mission.
- Des Groupes thématiques chargés d'analyser les questions nécessitant une expertise particulière.

Selon une périodicité rapprochée, il sera mené une évaluation complète de la mise en œuvre du PTSS afin de s'assurer de l'efficacité des actions entreprises par les acteurs.

Introduction

Dans le contexte actuel de crise sociopolitique que traverse la RCA, engendrant la crise humanitaire, le Plan de Transition du Secteur Santé qui est un document politique intérimaire en attendant l'élaboration du PNDS III se veut à la fois programmatique, stratégique et opérationnel.

De par son objet, qui est d'apporter une réponse urgente aux problèmes de santé des populations dans tout le pays, il répond ainsi à une préoccupation d'ordre stratégique.

Cependant, l'urgence de la situation exprimée dans sa durée initiale de deux ans (2015-2016) prorogée jusqu'en 2017 ainsi que l'exigence de l'efficacité de l'action qu'il induit font de ce document un cadre opérationnel d'orientation de l'action sanitaire pendant les périodes de transition politique et de retour à l'ordre constitutionnel en RCA.

Aussi, les cadres programmatiques existants ont servi de fondement au choix des interventions les plus efficaces en période de crise. La mise en œuvre du PTSS fera face aux contraintes inévitables d'insécurité et d'enclavement du pays. Mais, les acteurs chargés de l'animation du PTSS devront s'investir pour saisir l'opportunité de la solidarité internationale consensuelle sur la cause de la RCA en général et de son système de santé en particulier, matérialisée par les nombreuses initiatives de financement.

La démotivation perceptible du personnel ainsi que son insuffisance qualitative et quantitative pourront être jugulées par la mise en place des mesures incitatives et de rétention au poste, ainsi qu'une plus large implication de la communauté à la prise en main de ses problèmes de santé.

La structure du PTSS a voulu mettre en exergue l'action du Cluster Santé en lui consacrant une grande partie du domaine "Urgence et catastrophe".

En effet, à partir de ce domaine, le Ministère en charge de la Santé peut interagir avec le dispositif humanitaire pour la prise en charge des personnes en situation de crise aiguë ou chronique ainsi que des personnes présentes dans les enclaves.

Dans la phase de la mise en œuvre, chaque activité du cadre logique devra faire l'objet d'un micro plan avec le dispositif organisationnel existant pour garantir l'appropriation par les parties de la nouvelle approche managériale basée sur la performance.

Le dispositif institutionnel temporairement mis en place (Cadre de concertation stratégique du Secteur de la Santé, le Secrétariat Technique du CCSS et les Groupes Thématiques) devra assurer un bon accompagnement pour garantir la cohérence entre les préoccupations d'ordre techniques, managériales et politiques.

1. ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. Contexte général

1.1.1. Contexte géographique

La RCA est un pays enclavé de 623.000 Km², situé au cœur de l'Afrique. Elle est limitée au Nord par le Tchad, à l'Est par les deux Soudan, à l'Ouest par le Cameroun et au Sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo. Elle est située en zone tropicale où l'on enregistre jusqu'à 9 mois de pluies au Sud, 7 mois au Centre et 5 mois 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 850 m et un réseau hydrographique très dense provenant de la dorsale oubanguienne.

1.1.2. Contexte démographique

Selon les projections du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2003), la population centrafricaine est estimée en 2015 à 4 953 015 habitants avec un taux d'accroissement naturel de 2,5 %. Cette population est constituée en majorité de jeunes âgés de moins de 18 ans (49%).

Le Nord-Est du pays demeure sous peuplé avec une densité de 0,9 habitants/km² dans la préfecture de la Bamingui-Bangoran. La préfecture la plus dense est la Basse-Kotto avec 17,5 habitants/km². La capitale Bangui a une densité de 12 218 habitants/km² en 2014.

La répartition par sexe montre que les femmes représentent 50,2 % de la population totale. Du point de vue milieu de résidence, 37,9% de la population vit en milieu urbain contre 62,10% en milieu rural. Au fort moment de la crise, on a noté un mouvement de populations vers les villes qui semblaient être plus en sécurité.

1.1.3. Contextes politique et sécuritaire

Les troubles militaro-politiques récurrents ont plongé la République Centrafricaine dans une crise profonde caractérisée par l'insécurité généralisée, la paupérisation de la communauté et la faillite de l'Etat. Au cours de ces événements, des milliers de personnes ont été victimes de combats et d'agressions ciblées. On dénombre plusieurs personnes ayant perdu la vie et des biens. Certaines personnes sont handicapées et près d'un million sont des déplacées dans des camps/sites de fortune à la suite des événements de décembre 2013. A ce jour, plus de la moitié de la population dépend de l'aide humanitaire.

Le déplacement dans la majeure partie du pays en toute sécurité, devenu presque impossible au début 2014, rend difficile la fourniture de l'assistance nécessaire aux populations vulnérables de manière adéquate. Cette situation avait limité la fourniture de l'assistance nécessaire aux populations vulnérables de manière adéquate. Les troupes internationales de maintien de la paix déployées dans le pays après le déclenchement de la dernière crise de décembre 2013, appuyées par les forces intérieures de défense et de sécurité, sont en train de ramener progressivement la sécurité dans la majeure partie du pays. Toutefois, on note la persistance de violences intercommunautaires dans certaines zones à l'intérieur du pays.

1.1.4. Contexte économique

Les périodes récurrentes d'instabilité et de violence, exacerbées par les événements de décembre 2013 ont abouti à une aggravation sans précédent de la vulnérabilité de la majeure partie de la population. Cette situation se superpose à un niveau déjà existant d'extrême pauvreté. Avant la crise, la République Centrafricaine était déjà classée au 179^{ème} rang¹ sur 187 pays selon l'Indice de Développement Humain (IDH).

En fin 2013, le PIB par habitant était de 333,20 USD soit une réduction de 33% par rapport à 2010². La situation économique du pays est influencée par les aspects suivants :

- **Au plan extérieur**, la crise économique mondiale et ses corolaires ;
- **Au plan intérieur**, la situation est caractérisée par (i) la fragilisation des structures économiques, (ii) la régression des cultures de subsistance et d'exportation, (iii) une hausse généralisée des prix des produits de première nécessité due à la restriction de l'utilisation du corridor Bangui/Douala.

L'appréciation de la situation de l'économie nationale montre : (i) la reprise progressive des activités dans les différents secteurs de l'économie ; (ii) la reprise progressive des exportations des matières premières ; (iii) la poursuite des négociations pour la levée de la suspension du processus de Kimberley ; (iv) la hausse des prix à la consommation avec un taux d'inflation estimé à 13% en 2014, supérieur aux critères de convergence de 3%.

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.

1.1.5. Contexte social

La cohésion sociale et la solidarité nationale sont mises à rude épreuve. La destruction des habitations, les menaces et les exactions de tous ordres sont à l'origine de déplacement des populations vers les sites de fortune et dans la brousse.

Les zones où il y a beaucoup de déplacements sont le Nord et le Centre du pays occupées par les forces non conventionnelles.

De nombreuses familles déplacées se trouvent loin des services sociaux de base existants et d'autres déplacés dans les pays voisins vivent dans des conditions précaires.

Des organisations humanitaires à assise communautaire sensibles au genre, aux personnes vulnérables sont en train de se déployer pour aider au retour, à la réinstallation et à l'intégration des personnes déplacées.

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.

1.1.6. Transport et communication

L'enclavement de la RCA constitue l'un des sérieux handicaps à son développement car, le pays n'accède à la mer pour ses importations et exportations que

¹ Rapport sur le Développement Humain 2013 PNUD

² Rapport OMD RCA 2010

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.

En dehors de 835 kms de routes bitumées, le réseau routier interne de la RCA mesurant 24.000 kms est constitué de routes nationales, régionales et de pistes rurales qui sont presque toutes actuellement impraticables. 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.

Le réseau aérien domestique n'est pas assez développé, car le pays compte moins de 4 aérodromes bitumés dont l'utilisation est limitée pendant la saison des pluies à cause des inondations voire de manque d'entretien.

Dans le domaine de la télécommunication, les bases des Directions Régionales, Préfectorales et certains centres de santé qui étaient équipés en radio VHF ont tous été pillés à partir de 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.

Il convient de relever que le développement de la téléphonie mobile facilite la communication entre toutes les principales villes du pays. On note également l'existence de connexion Internet dans certaines villes du pays. Seulement cette téléphonie est très limitée.

1.2. Etat de santé de la population

Pendant que 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. L'épidémie du VIH/Sida en RCA, combinée à la profonde dégradation des conditions de vie de la population sont autant de facteurs de l'aggravation de la mortalité globale³ qui est passée à 20,06‰. Le contexte du pays est marqué par une baisse l'espérance de vie, passant de 49 ans en 1988 à 43 ans en 2003.

1.2.1. La santé de la mère et de l'enfant

Les principaux indicateurs en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant en Centrafrique se présentent comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Principaux indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant

Indicateur	Situation du pays	source	Commentaire
Mortalité infantile	116 ‰	MICS IV	97‰ en 1995, puis à 132‰ en 2003 et 116 ‰ en 2010
Taux d'accouchements assistés	53,8%	MICS IV	
Prévalence contraceptive	9,3 %	MICS IV	
Besoins non satisfaits en PF	27%	MICS IV	
Mortalité maternelle	890 pour 100 000 NV	Groupe inter agence SNU, 2010	la 3 ^{ème} plus élevée au monde
Indice synthétique de fécondité	5,1	RGPH03	

³ RGPH 2003

Taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans)	22,9 %	MICS IV	Induit en partie l'augmentation des taux de mortalité et de morbidité maternelle
Taux de mortalité infanto juvénile	179 ‰	MICS IV	huitième position parmi les pays les plus affectés dans le monde.

La fécondité est surtout précoce et se poursuit durant toute la vie génésique. La fécondité des adolescentes pose d'énormes défis en matière de santé compte tenu des risques de complications de la grossesse et de l'accouchement dont les fistules obstétricales. Les campagnes de réparation des fistules obstétricales menées en RCA ont permis d'opérer 242 cas de 2009 à 2014.

1.2.2. Les principales maladies menaçant la survie de l'enfant

Les principales causes de mortalité infantile et infanto juvénile sont : les maladies diarrhéiques, les infections néonatales, le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA), la Malnutrition et l'infection à VIH/SIDA.

1.2.2.1. Les maladies diarrhéiques

La prévalence des maladies diarrhéiques est plus élevée chez les enfants de 1 à 3 ans comparativement à la moyenne (23,7%) avec un pic chez ceux âgés de 12 à 23 mois (33,3%).

La prise en charge des cas de diarrhée chez l'enfant par le SRO, qui avait connu un essor entre 2000 et 2006 avec une couverture qui était passée de 17,2% à 34,3% a rechuté en 2010 pour se situer à 15,6%.

1.2.2.2. Les infections respiratoires aiguës (IRA)

Les IRA constituent la seconde pathologie en termes d'importance chez les enfants de moins de cinq ans. Au niveau national, la prévalence de la pneumonie est estimée à 6,9%, et cette proportion demeure stable comparée avec 2006 (7,1%).

La couverture de la prise en charge des IRA est restée stable pendant une décennie. Malgré le léger progrès observé en 2006 (39%), elle est descendue à 31,3% en 2010.

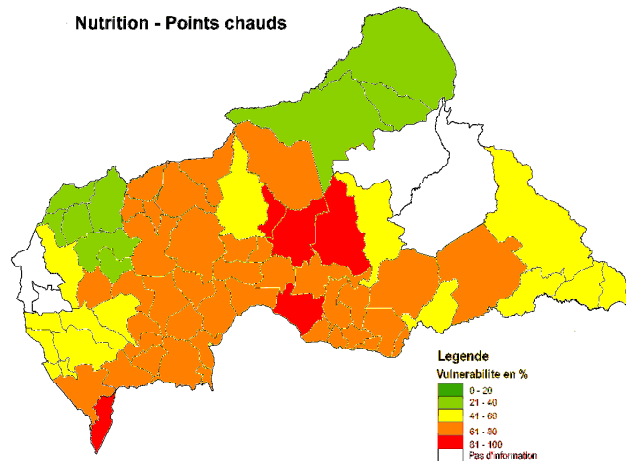
1.2.2.3. Le paludisme

Le paludisme est l'une des principales causes de décès des enfants de moins de cinq ans en République Centrafricaine. Il contribue également à l'anémie chez les enfants et est une cause fréquente d'absentéisme scolaire. Des mesures préventives, notamment l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), peut réduire considérablement les taux de mortalité du paludisme chez les enfants.

1.2.2.4. La malnutrition

La malnutrition aiguë demeure parmi les 5 premières causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en RCA. L'enquête SMART 2012 (Unicef) montre que les immenses potentialités que détient le pays ne sont pas mises à profit pour une bonne alimentation de ce groupe cible. Le taux global de Malnutrition aiguë sévère (MAS) est de 7,8 %, tandis que le taux de malnutrition chronique a augmenté au cours des quatre dernières années pour atteindre 40 % en 2012.

La cartographie ci-dessous établissant les niveaux de vulnérabilité montre qu'avant la crise actuelle, la situation nutritionnelle du pays était déjà préoccupante.



Carte 1 : Situation nutritionnelle par Région en 2012

1.2.2.5. L'infection à VIH

La mortalité due au SIDA n'est pas très bien documentée bien que l'infection à VIH fasse partie des 10 premières causes de mortalité infantile.

Le taux de transmission mère/enfant est de 9,83% ce qui est loin des objectifs de l'élimination fixés à moins de 5%.

La couverture en PTPE reste encore faible en termes de pourcentage des FOSA menant les activités dans ce domaine. Seulement 136 FOSA sur 352 offrent la PTPE (soit une couverture de 38,6%). Aussi 43,84% des FOSA ont un centre de dépistage volontaire (CDV); 11,92 % des FOSA proposent les traitements ARV. (MICS IV).

Au 2e trimestre 2014, sur 131 sites de la prévention de la transmission du VIH des parents à l'enfant (PTPE), 62, soit 47%, ne sont pas fonctionnels.

La prise en charge pédiatrique du VIH (PECP) ne se fait qu'au Complexe Pédiatrique de Bangui.

1.2.2.6. Les maladies évitables par la vaccination

En 2013, sur toute l'étendue du territoire, seulement 365 des 758 formations sanitaires accessibles mènent les activités du Programme Elargi de vaccination (couverture géographique de 48%). Les pillages des équipements de la chaîne de froid et des moyens de transport ont limité le nombre de centres PEV fonctionnels à 290.

Aucun des objectifs de couverture vaccinale fixés à 75% dans le plan d'action 2013 n'a été atteint pour Pentavalent 3 (28%) et le Vaccin Anti rougeoleux (29%) justifiant ainsi les épidémies de rougeole survenues au cours de cette année à travers le pays. La proportion des enfants complètement vaccinés à l'âge d'un an n'est que de 13 % (source : JRF 2013).

La nouvelle enquête SMART en cours donnera un meilleur aperçu de la situation du moment.

Pour les autres maladies, telles la rubéole, le papilloma virus, la fièvre typhoïde, ..., la prévention par la vaccination n'est pas encore effective.

1.2.3. La situation de la triade Paludisme, Tuberculose et VIH SIDA

1.2.3.1. Le paludisme

Le paludisme est l'une des premières causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en RCA. Selon les données du SNIS en 2010, il était responsable de 58% des causes de consultations externes contre 40 % en 2001. Selon la même source, 54% des décès hospitaliers lui sont attribuables contre 23% en 2005.

Le pic de transmission se situe entre les mois de mai et août.

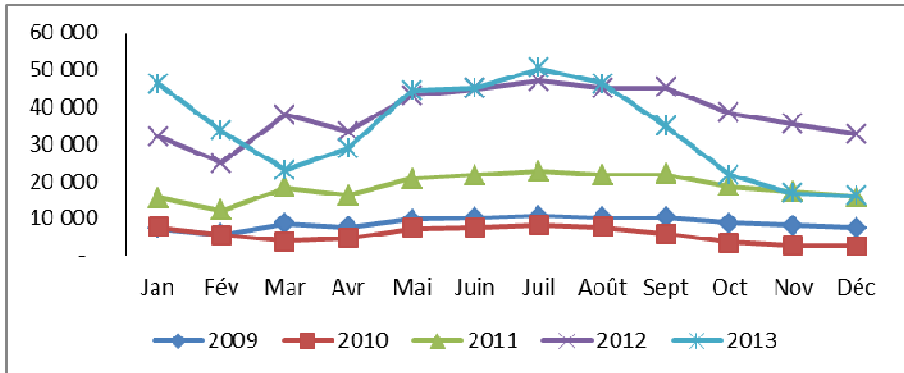


Figure 1 : Evolution mensuelle du nombre des cas de paludisme de 2009 à 2013 en RCA

Les résultats des années 2009 et 2010 se justifient par la subvention du Fonds mondial pour appuyer la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le Paludisme pendant les années d'accalmie entre 2005 et 2011.

Depuis 2005, les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) sont recommandées pour le traitement du paludisme. L'association de l'arthémeter avec la luméfanantrine est utilisée pour les cas simples et la quinine injectable pour les formes graves. En mai 2012, l'Artésunate injectable est recommandée dans le traitement des cas sévères.

Sur les 332 FOSA jugées fonctionnelles en 2013, les subventions du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme ne couvrent que 166 FOSA dans le cadre de la prise en charge par les CTA. Il est prévu une augmentation progressive à 220 FOSA.

La PECADOM a été adoptée en 2013 comme stratégie pour améliorer l'accessibilité des populations défavorisées aux traitements du paludisme et à l'utilisation du test de dépistage rapide (TDR).

Par ailleurs, les directives nationales prévoient le traitement préventif intermittent par la sulfadoxine pyriméthamine chez les femmes enceintes.

Selon les données de l'enquête MICS4 (2010), 31,8% des enfants de moins de 5 ans fébriles ont reçu les CTA en moins de 24 heures, 37% ont reçu un antipaludique approprié, 46,9% des femmes enceintes ont reçu le TPI1 contre 34,6% pour le TPI2.

Il convient de souligner qu'aucune disposition n'a été prise pour vérifier l'efficacité du protocole de traitement à base de CTA. De même, l'on déplore un manque de données de recherche spécifique sur les vecteurs ainsi que la répartition du poids de la maladie selon les zones géographiques.

1.2.3.2. 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 de l'enquête à indicateurs multiples (MICS4) contre 6,2% relevé en 2006. Il existe une grande disparité entre les différentes préfectures du pays. En effet, elle varie de 1,0% dans l'Ouham à 11,9% dans le Haut Mbomou. L'épidémie est donc de type généralisé. La séroprévalence est plus élevée en milieu urbain (7,9%) qu'en milieu rural (2,9%). Cette tendance est observée aussi bien chez les femmes (10,3 %

contre 3,7 %), les hommes (4,8% contre 1,9%) que chez les jeunes (4,4% contre 1,6%).

Les femmes sont infectées à un âge plus jeune que les hommes. Quel que soit le sexe, la prévalence augmente avec l'âge pour atteindre 9,2 % chez les femmes de 40 à 44 ans et 6,9 % chez les hommes de 35 à 39 ans. La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 2,8%.

La prévalence chez les femmes enceintes est de 4,5% en 2010 alors qu'elle était de 5,3% en 2006. Cette prévalence est de 4,1% parmi les jeunes femmes enceintes de 15-24 ans.

La dernière crise humanitaire avec le mouvement important de la population et l'interruption de services de prévention et de prise en charge surtout à l'intérieur du pays risque d'entraîner une augmentation de l'incidence, un changement dans la répartition des cas selon les régions et la recrudescence des cas de résistance aux ARV.

Au deuxième trimestre de 2014, la situation des formations sanitaires impliquées dans les activités de la lutte contre le Sida donne 93 sites de prise en charge par les ARV dont 26 soit 28% ne sont pas fonctionnels.

Des 21 Centres de Dépistage Volontaire, 10 sont encore fonctionnels.

1.2.3.3. La tuberculose

Les données du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) en 2012, donnent une incidence de 367 cas pour 100.000 habitants, toutes formes confondues, et une prévalence de 520 cas pour 100.000 habitants.

Le nombre total des cas de tuberculose notifiés étaient de 8.623, avec 4.199 nouveaux cas TPM+. Le taux de létalité de la tuberculose varie entre 2 à 5% de 2008 à 2011.

Selon une étude de l'Institut Pasteur de Bangui en 2009, le niveau de résistance primaire à au moins une molécule est de 14,7%. Le taux de résistance primaire à l'Isoniazide (INH) s'élève au cours de cette étude à 9,3% et celui de la multi-résistance aux antituberculeux est de 0,4%.

La prévalence du VIH chez les tuberculeux selon les rapports de routine du PNLT de 2012 est de 39% pour les tuberculeux de toutes formes, et de 37% pour les nouveaux cas TPM+.

Toutefois, le PNLT ne dispose pas encore d'un document de Politique Nationale de lutte.

Un nouveau plan stratégique de lutte contre la Tuberculose pour la période 2013-2017 est disponible et doit être adapté au cadre de ce Plan de Transition.

Au cours des crises, sur 80 CDT les microscopes de 11 laboratoires ont été emportés, et huit (08) centres ont interrompu momentanément leurs activités pour cause d'insécurité.

1.2.4 La situation des Maladies Non Transmissibles (MNT)

Les données disponibles proviennent de l'enquête STEP 2010-2011 et de l'enquête NCD_pays 2008-2010.

1.2.4.1. Les maladies cardiovasculaires.

Les données hospitalières de 2008 à 2010 rapportent 197 cas dont 16 décès pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC), et 85 cas pour les cardiopathies rhumatismales.

1.2.4.2. L'hypertension artérielle.

La prévalence de l'HTA est de 34,5% dont 36,8% chez les hommes et 32,3% chez les femmes. Le pourcentage des hypertendus qui ne sont pas actuellement sous

traitement médical est de 90,7% dont 94,3% d'hommes et 86,6 % de femmes.

1.2.4.3. Le diabète.

Le pourcentage des adultes ayant des troubles de la glycémie à jeun est de 19,6% dont 18,2% chez les hommes et 21,0% chez les femmes. Le pourcentage des personnes suivant actuellement un traitement contre l'hyperglycémie connue est de 0,8%. Le nombre de cas de diabète rapportés de 2008 à 2010 est de 329 cas dont 13 décès.

1.2.4.4. Les cancers.

Le nombre de cas rapportés de 2008 à 2010 est de 245 cas (107 hommes et 138 femmes) pour 153 décès (65 hommes et 88 femmes). Les cancers les plus fréquents sont ceux du sein (66%), du col de l'utérus (64%), de la prostate (34%), du foie (28%), du colon et du rectum (26%) et les lymphomes non Hodgkiniens (14%).

1.2.4.5. Les maladies respiratoires chroniques.

Le nombre de cas rapportés de 2008 à 2010 est de 4258 cas de broncho-pneumopathies obstructives et 132 cas d'asthme. Aucun décès n'a été rapporté pendant cette période.

Les facteurs de risques associés aux maladies non transmissibles

- ✓ *Le tabagisme* : Il est la principale cause des maladies non transmissibles. La prévalence du tabagisme en milieu scolaire atteint 9% chez les enfants de moins de 5 ans (GYTS 2008). Elle atteint 14,1% chez les sujets de 25 à 64 ans (Hommes 22,8 % et Femmes 5,5 %)
- ✓ *La consommation abusive d'alcool* : la proportion des hommes qui ont consommé 5 verres standards ou plus d'alcool est de 36,3 % et la proportion des femmes qui ont consommé 4 verres standards ou plus est de 20,3 %
- ✓ *L'inactivité physique* : la proportion des sujets qui ont un niveau bas d'activité physique est 24,7 % (Hommes 20,4 % et Femmes 29 %)
- ✓ *La consommation insuffisante de fruits et légumes* : le pourcentage des sujets qui consomment moins de 5 portions de fruits et légumes par jour est de 66,1 % (Hommes 70,8 % et Femmes 61,5 %).

1.2.4.6. Les troubles mentaux

Le nombre de cas de problèmes mentaux rapportés de 2008 à 2010 est de 1959 ; dont 314 pour les épilepsies, 1261 pour la psychose et 300 cas pour les malades errants.

Les principales lacunes observées à l'issue de l'évaluation de la situation de la santé mentale et du soutien psychosocial à la réponse à la crise humanitaire en RCA sont représentées par : i) l'insuffisance d'un système de santé intégrant la santé mentale et le soutien psycho-social dans les différents niveaux de soins ; ii) un accès aux soins de santé mentale et de soutien psycho-social réduit au CNHUB; iii) une connaissance limitée en matière de santé mentale et de soutien psycho-social, ses enjeux, les psychopathologies et leur gestion au niveau des personnels de santé non spécialisés et au niveau de la population face à la crise ; iv) une faible coordination des activités à travers le groupe inter sectoriel Santé mentale opérationnelle qui nécessite d'être renforcée à travers l'implication des agences de protection (OIM et HCR) qui

assurent les activités de protection et gèrent les sites des personnes déplacées.

1.2.4.7. Les autres maladies chroniques.

Le nombre de cas rapportés de 2008 à 2010 est de 599 pour la drépanocytose. Pour les affections oculaires, 5193 cas ont été notifiés parmi lesquels 135 cas de cataracte. Pour les affections auditives, 867 cas ont été rapportés dont 330 patients avec handicap.

Pour ce qui concerne les violences et traumatismes leur émergence en fait également un problème de santé publique. Les données statistiques ne sont pas disponibles.

1.2.5. La situation des Maladies Tropicales Négligées (MTN)

1.2.5.1. La filariose lymphatique

Une enquête réalisée en 2008 dans 08 préfectures sur les 16 que compte le pays montre qu'elles sont toutes endémiques de la filariose lymphatique.

1.2.5.2. L'Onchocercose

Depuis 1998, l'onchocercose est endémique dans 10 préfectures comprenant 6.042 villages où vivent près de la moitié de la population de la RCA. (2.427.453 habitants).

La mise en œuvre est du TIDC appuyée par l'ONG CBM et OMS/APOC) a connu des interruptions momentanées. C'est ainsi que depuis l'année 2012, le Programme de lutte contre l'onchocercose n'a pas réalisé de traitement de masse dans les préfectures endémiques. Cette situation fait perdre au pays les acquis déjà consolidés et compromet dangereusement la réduction de la transmission de la maladie et le progrès vers l'échéance de l'élimination.

Aussi, en dehors de l'onchocercose, la cartographie des autres MTN/CTP telles que la Schistosomiase, les géo-helminthiases, et le trachome n'est pas encore complète.

1.2.5.3. La Lèpre

Depuis fin 2005, la RCA a atteint le seuil de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique (moins d'un cas pour 10000 habitants). Cette élimination cache certaines disparités car la maladie est confinée à des régions bien précises où le seuil d'élimination n'est pas atteint. Depuis 2008, ce programme souffre d'insuffisance de financement, avec comme conséquence une mauvaise performance.

Cette situation s'est aggravée depuis le déclenchement des multiples crises militaro politiques qui ont favorisé la promiscuité liée aux regroupements des personnes sur des sites sans organisation adéquate de l'hygiène et de la salubrité de l'environnement.

1.2.5.4. La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)

La RCA en est un pays à forte endémicité après la RDC (> 1 cas/1000 habitants). La THA sévit dans 5 (cinq) foyers endémiques qui sont : Bilolo (Sangha Mbaéré), Goffo

(Ouham), Obo (Haut Mbomou), SCAD (Lobaye), Yatimbo (Ombella M'Mpoko).

1.2.5.5. Le Ver de Guinée ou Dracunculose

Cette maladie a été éradiquée en RCA depuis 2002 et la certification a été faite depuis novembre 2006. Le véritable enjeu réside du fait que les pays frontaliers sont encore fortement endémiques (Tchad, Soudan et Soudan du Sud).

L'objectif général du programme est de renforcer la surveillance post-certification de l'éradication du ver de Guinée afin de préserver les acquis de l'arrêt de la transmission locale.

De 2006 à 2012, aucun cas de Ver de Guinée n'a été notifié sur toute l'étendue du territoire. Ceci peut éventuellement être dû à une défaillance du système de surveillance consécutive à la crise.

1.2.5.6. 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.

1.2.5.7. Le pian

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

Un Traitement de masse avec Azithromycine per os a été planifié pour 2014, le programme est toujours dans l'attente de réalisation.

1.3. Gouvernance et leadership

L'organisation du système de santé 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** est responsable de la conception, de la coordination et de l'encadrement de la politique générale du secteur ainsi que des actions d'envergure nationale. C'est le premier niveau de régulation du système et des programmes nationaux. Il comprend le Cabinet du Ministre, la Direction de Cabinet, 3 Directions générales, 12 Directions centrales subdivisées en services et sections. A ce niveau hiérarchique se trouvent les Etablissements de diagnostic et de traitement de référence nationale appuyant la formation universitaire du personnel, médical et paramédical.

Au **niveau intermédiaire**, les 7 Directions régionales sont responsables de l'appui technique et du suivi de la mise en œuvre des politiques définies au niveau des Districts sanitaires. Les Directions régionales relèvent de la Direction de Cabinet

Le **niveau périphérique** est composé de 12 préfectures sanitaires, 10 districts sanitaires et de 8 circonscriptions sanitaires de la ville de Bangui qui correspondent au découpage administratif du pays. Ces entités sont managées par des Equipes Cadres des Districts (ECD).

Le découpage des autres préfectures et de la ville de Bangui en districts débuté en 2013 n'est pas encore finalisé.

Les ECD coordonnent et contrôlent l'ensemble des activités des structures

sanitaires de leurs zones de responsabilité en application des directives régionales.

La crise qu'a traversé la RCA a entraîné le désengagement de certains des principaux bailleurs de fonds pour les appuis au secteur santé, le système de santé extrêmement dégradé ne permet pas d'assurer l'accessibilité à des soins de qualité pour la majorité de la population centrafricaine.

La faible performance de l'administration sanitaire résulte principalement d'une organisation peu adaptée, d'une insuffisance de liens fonctionnels, de procédures, d'outils et de l'insuffisance et la non stabilité des ressources humaines formées.

Cette faible performance concerne :

- le leadership dans la coordination des partenaires externes (ONG en particulier) ;
- la coordination intersectorielle ;
- l'organigramme inadapté aux besoins du secteur (chevauchement des attributions) ;
- le découpage sanitaire complexe, ne répondant pas aux critères des SSP ;
- le niveau intermédiaire (régions sanitaires) en termes de mise en œuvre de la politique de décentralisation (par exemple pour certains programmes d'appui au PEV);
- le non-respect des normes en termes de gestion des districts, entraînant des surcharges de travail ;
- la verticalisation excessive des Programmes liée aux exigences des partenaires ;
- la forte dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure due au non décaissement des fonds de l'Etat.

Les principaux problèmes liés à la gouvernance du système, qui constituent des défis majeurs pour le Département, découlent d'importantes carences sur le plan des politiques sectorielles et du cadre juridique et réglementaire. Hormis les attributions définies dans les textes portant organisation des services du Ministère, on note une inadéquation entre les profils requis et les nominations des cadres aux postes de l'administration sanitaire.

Le pouvoir de sanction de premier degré est délégué par texte aux responsables déconcentrés du secteur, mais n'est pas effectif. L'initiative est prise par le supérieur hiérarchique immédiat qui propose la sanction après un questionnaire donné à l'agent.

Dans le cadre des réformes, une nouvelle nomenclature des formations sanitaires a été définie, supprimant ainsi la subdivision des Centres de santé en plusieurs catégories (A, B, C, D, E) pour améliorer le système de référence/contre référence.

Bien que la décentralisation existe administrativement, les responsabilités des Régions et Districts sanitaires sont étouffées par certains responsables centraux réfractaires au changement.

1.4. Situation des urgences et catastrophes dans le pays

Depuis plus d'une décennie, la République Centrafricaine est confrontée à des urgences sanitaires de tous genres dont les principales sont les conséquences des crises politico-militaires. En effet, des groupes d'opposition armés se sont multipliés conduisant à des crises humanitaires successives, malgré les nombreux Dialogues de concertation regroupant tous les partis politiques et organisations de la société civile.

Par ailleurs, régulièrement, le pays fait face à de nombreux épisodes épidémiques, d'intempéries, des accidents de la voie publique, aux naufrages, aux événements de santé publique et aux catastrophes naturelles qui ont aggravé cette situation entraînant de nombreuses pertes en vie humaines.

Les principales crises humanitaires, en dehors des crises politico militaires, ont été 8 crashes d'avion au cours des 20 dernières années occasionnant 120 morts et plus de 300 blessés, les inondations, les pluies diluviennes, les accidents de la voie publique, les naufrages des baleinières à répétition et les feux de brousse. Des incendies des citernes d'essence ont été observés à Sibut en 2001(9 décès), à Paoua en 2003 (17 décès), et à Boali en 2011 (plus de 40 décès). Les incendies spontanés et

criminels.

Des épidémies de méningite à méningocoque dans la Haute Kotto, à Ouadda, dans la Ouaka, de la grippe, de l'hépatite virale et de rougeole ont causé de nombreux décès.

Face à cette situation, un engagement du Gouvernement a été décidé par la mise en place d'un Comité Interministériel chargé de coordonner les calamités et les catastrophes naturelles par Arrêté N° 05/ MSPP du 29 Septembre 2005. Un autre arrêté a fixé les modalités de prise en charge des urgences dans les formations sanitaires du pays.

Mais ces textes ne sont pas mis en œuvre, et des faiblesses structurelles, logistiques, opérationnelles et financières retardent le développement de la capacité de réponse aux urgences en RCA.

L'éboulement de la mine d'or le 24 Juin 2013 à Ndashima a fait 40 morts, le naufrage survenu le premier Décembre 2012 lors de la fête nationale ayant fait 35 morts et 18 disparus et surtout le phénomène des SELEKA et des ANTI BALAKA ayant causé de nombreux décès sans que des dispositions préalables soient établies au niveau institutionnel et hospitalier pour réduire le fort taux de mortalité dû à ces phénomènes de santé.

L'absence de mécanisme de gouvernance de prise en charge des urgences en milieu hospitalier est patente. Dans les 5 hôpitaux de référence de la ville de Bangui, on note :

- une insuffisance fonctionnelle des structures de prise en charge des urgences avec un transport pré hospitalier précaire des victimes,
- une insuffisance ou une faible capacité des salles de réanimation
- une insuffisance des moyens roulants, des réactifs de laboratoire, du matériel de réanimation, d'oxygène, de radiologie, des films et des cartes pour l'imagerie médicale en dehors du Complexe Pédiatrique de Bangui.
- l'insuffisance quantitative et qualitative des Services des Urgences et leur faible capacité d'accueil;
- l'absence de plan hospitalier de prise en charge des urgences et des catastrophes ;
- la non préparation et formation au management d'un afflux massif de victimes multiples ;
- l'absence de Service de Réanimation et de Soins intensifs de grandes capacités ;
- un dysfonctionnement du système de référence et contre référence ;
- l'insuffisance quantitatives des morgues et leur faible capacité d'accueil.

De même, on note une absence totale des mécanismes de prise en charge des urgences en milieu extra hospitalier :

- une absence d'espace hélicoptère ;
- l'absence d'unité mobile d'intervention rapide opérationnelle.
- En RCA, il n'y a ni urgentiste, ni anesthésiste-réanimateur actuellement.
- L'insuffisance de motivation du personnel de santé constitue une menace dans la réponse aux urgences sanitaires au niveau de nos formations sanitaires.

Concernant le volet médicament, il faut noter que les kits d'urgence sécurisés dans des salles de stockage au sein des formations sanitaires manquent pour la précocité de la prise en charge des éventuelles urgences sanitaires. Ces kits d'urgence sont souvent rendus difficilement disponibles par les Partenaires Techniques et Financiers plusieurs semaines après la survenue d'une crise humanitaire.

De nombreux partenaires bilatéraux et multilatéraux ainsi que le secteur privé, des ONG et Associations interviennent dans la gestion des urgences et catastrophes en RCA. Leurs interventions ne sont pas toujours en synergie pour une prise en charge équitable et globale des catastrophes survenues en RCA. Elles sont souvent cloisonnées et disparates. Les ressources destinées à la gestion de ces urgences sanitaires sont méconnues, mal utilisées et l'impact des apports des partenaires est diminué par le fait de cette insuffisance. Les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante.

1.5. L'offre de services de santé

1.5.1. Disponibilité de l'offre de Service de Santé

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

Des 814 Formations Sanitaires en 2014 (HeRAMS), 55,3% seulement sont fonctionnelles au niveau national ; la non fonctionnalité variant de 51,7% dans la Région Sanitaire N°2 à 17,9% dans la Région Sanitaire N°5.

1.5.2. Infrastructures, équipements et politique du médicament

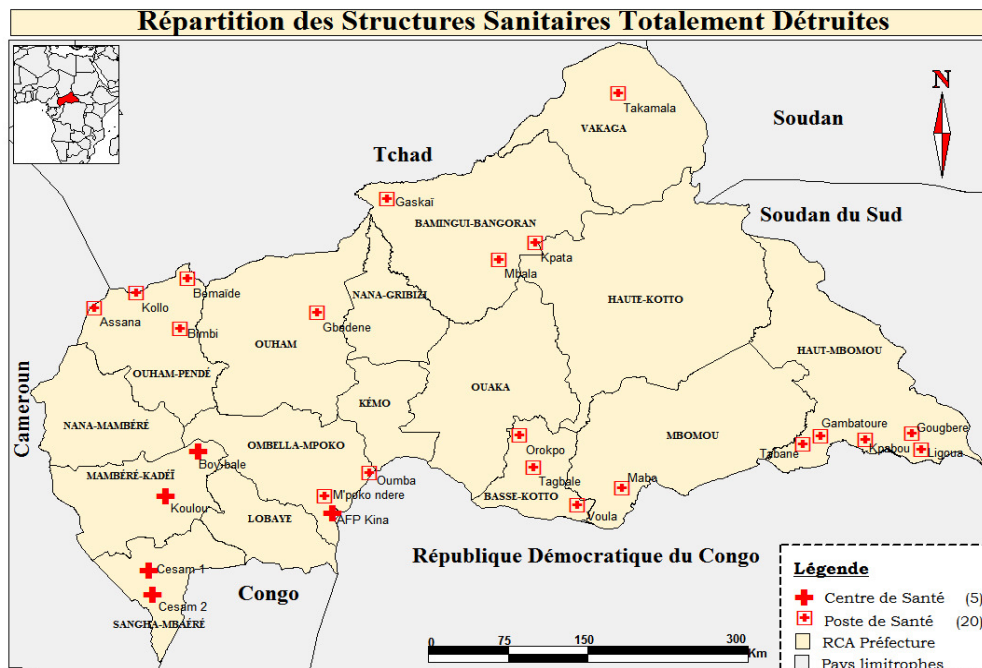
1.5.2.1. Infrastructures

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

Au niveau national, 27,5% des Formations Sanitaires ont été partiellement ou totalement détruites avec une grande disparité allant de 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 les besoins en reconstruction 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. L'analyse de la situation 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 ;
- Groupe 2 : Les RS 1, 2, 3 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 10000 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.

1.5.2.3. Equipements et matériels biomédicaux

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

En dehors du document de normes 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, celles-ci sont encore sous-équipées en dépit d'importants apports de l'extérieur (logistiques, matériels de froid et matériels biomédicaux) qui sont souvent mal gérés, mal entretenus et parfois inadaptés. Les amortissements et remplacements du matériel ne sont pas planifiés.

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 entraîné la destruction massive des infrastructures et le pillage des matériels et mobiliers de bureau, matériels biomédicaux et autres équipements, dont la grande partie a été fournie par les partenaires au développement.

Tableau II : Situation actuelle des moyens logistiques⁴

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

Les actes de vandalisme ont concerné 80% de moyens roulants affectés aux structures sanitaires de l'arrière-pays.

Tableau III : Disponibilité de l'offre de service par manque d'équipements⁵

Services	RS1 (%)	RS2 (%)	RS3 (%)	RS4 (%)	RS5 (%)	RS6 (%)	RS7 (%)	Pays (%)
Réadaptation	93,3	60	50	40	93,3	92,5	50	75,4
Hospitalisation	41,7	26,5	11,5	22,2	28,6	45,2	42,9	35,1
Laboratoire	31,4	16,4	51,3	30,8	77,8	47,1	19,6	35,5
Radiologie	50	66,7	75	71,4	100	94,1	68,7	75,7
Banque de Sang	84,3	60	50	100	71,4	91,3	80	78,9
Référence contre référence	87,4	87,5	86,2	67,3	69,1	55	80,8	74,3

⁴ Source : Direction des Ressources, 2013

⁵ Source : HeRAMS, avril 2014

Supervision PECADOM	96,7	55,6	64,3	88,9	97,2	91,8	90	87,8
Gestion et élimination des déchets	42,1	20	67,4	7,5	53,8	27,5	32,6	34,9
Transmission du dernier rapport SNIS	82,8	37,6	90,7	38,2	88,9	46,8	51	63,1

■ 75 à 100 % de FOSA ne disposant pas du service par manque d'équipement ;

■ 50 à 75% des FOSA ne disposant pas du service par manque d'équipement ;

■ 25 à 50% des FOSA ne disposant pas du service par manque d'équipement ;

■ 0 à 25% des FOSA ne disposant pas du service par manque d'équipement.

La crise récurrente a accentué les problèmes en équipements de réadaptation, de radiologie et en matériel de transport.

La destruction et le pillage des infrastructures sanitaires ont entraîné la dégradation de certaines sources d'énergie indispensables à la mise en œuvre des activités sanitaires au niveau des Régions sanitaires, notamment les kits solaires et groupes électrogènes. 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 IV : Disponibilité en source d'approvisionnement en eau dans les structures de santé de la République Centrafricaine⁶

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'accès à l'eau potable reste un problème en milieux urbains et ruraux.

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

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

Dans un cadre stratégique de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN), il s'agit d'améliorer la législation et 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.

La liste nationale des médicaments essentiels génériques est révisée tous les ans mais, avec la situation actuelle du financement du secteur de la santé, cette liste n'a pas été revue depuis 2012.

L'approvisionnement en médicaments en RCA est assuré par trois (03) grossistes répartiteurs : CENTRAPHARM, Unité de Cession du Médicament (UCM), Unité de Dépôt Pharmaceutique (UDP), deux (02) dépositaires que sont SHALINA et Roffe Pharma,

⁶ Source : HeRAMS, avril 2014

lesquels importent des médicaments qui n'ont pas une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), en l'absence d'un dispositif règlementant l'importation des médicaments en RCA.

A côté de ces structures d'approvisionnement, il convient de mentionner l'existence d'une usine de fabrication de solutés massifs installée depuis 1993 et qui fournissait tous les solutés massifs (sérum glucosé à 5 et 10 %, Ringer lactate, sérum salé 0,9%), quelques antibiotiques en solution (métronidazole et ciprofloxacine) et des gélules/comprimés (amoxicilline, cimétidine et tinidazole) à l'UCM, son principal client. Cette société est fermée pendant la crise.

Problématique de l'UCM

L'unique centrale d'achat est l'UCM créée aussitôt après la dévaluation du franc CFA en janvier 1994 et dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Son objectif est de permettre à la population d'accéder à des médicaments de qualité à moindre coût. Mais elle ne peut plus remplir sa mission correctement pour des problèmes de gestion.

En effet, les unités de vente en détail qui sont installées 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 Médecine Traditionnelle. 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.

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, avec comme leader le Ministère de la Sécurité Publique qui a créé en son sein l'Office Centrafricaine de Lutte contre les Drogues (OCLAD), qui a pour mission de lutter contre les drogues et les médicaments de la rue avec le concours des autres Départements impliqués.

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

1.5.3. Ressources humaines pour la Santé (RHS) : Politiques et plans des RHS

Il n'existe pas encore de politique et de plan de développement 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).

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. Globalement, le SRH dispose de 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, dans la limite des moyens financiers dont ils disposent, procèdent aux recrutements complémentaires des agents qualifiés. Seul le Gouvernement reste compétent en matière de détermination du niveau de salaire.

La situation des Ressources humaines, outre son insuffisance numérique et sa répartition géographique inéquitable au regard des normes et standards internationaux, connaît une faiblesse de ses qualifications, tant dans le domaine technique des soins que dans celui de la gestion du système.

Tableau V : Situation du personnel/normes (2014)

Catégorie professionnelle	Norme	Effectif requis	Effectif actuel	Gap à intégrer
Personnel médical				
Médecins, Pharmaciens et Dentistes	1/10 000	485	267	218
Spécialistes paramédicaux (TS)	1/4 000	1 214	327	887
Infirmiers (IDE et assimilés)	1/4 000	1 214	1 144	70
Infirmière (SFDE/Ass Accouch)	1/4 000	1 214	596	618
Personnel administratif d'appui				
Gestionnaire-comptable	1/Hôp/Etab diagnostic	25	8	17
Ingénieur en Génie civil	1 noyau central	5	1	4
Ingénieur/Technicien en Informatique (Data Manager GRH)	1 noyau central	4	1	3
Technicien en maintenance)	1/Hôp/Etab diagnostic	25	2	23
TOTAL		4 186	2 346	1 860

Cette situation est aggravée par la sortie en masse de la Fonction Publique non compensée ces dernières années, des Agents du Ministère de la Santé admis à faire valoir leur droit à la retraite et des cas de mise en disponibilité.

Les troubles militaro-politiques, avec l'insécurité qui en découle rendent l'environnement de travail non propice au niveau de certaines régions du pays, à cause des déplacements du personnel ne permettant pas à la Direction des Ressources de maîtriser la situation réelle du personnel de santé.

Le secteur privé en RCA regroupe les entités suivantes :

- Les structures confessionnelles et privées à but non lucratif (ASSOMESCA essentiellement) qui recrutent des agents de santé au besoin ;
- Les agences humanitaires qui 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.

1.5.4. Système d'information sanitaire

Le processus de réforme du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) de la RCA a débuté en 1991 grâce au concours de la BAD. Cependant, en 2009 un nouveau problème a été identifié, celui de la multiplicité des supports élaborés par les différents programmes. Ce problème a été résolu en partie avec l'appui des partenaires pour la révision des indicateurs, des supports de données et la multiplication de ceux-ci.

Le SNIS est institutionnellement représenté par le Service des Statistiques et de

l'Information Sanitaire rattaché à la Direction des Etudes et de la Planification (DEP).

Le Comité de Coordination du SNIS mis en place par Arrêté N° 120 du 3 décembre 2010, est le principal organe qui veille à la gestion des activités du SNIS. Il est composé des cadres du Département de la Santé et des partenaires bi et multilatéraux.

Aussi, un Comité Technique de Gestion du SNIS qui est une structure multisectorielle et pluridisciplinaire d'appui au Comité de Coordination dans ses prises de décision a été mis en place par Arrêté N° 119/MSPP du 3 décembre 2010,

Ces deux comités ne sont pas fonctionnels. A cela s'ajoute une insuffisance de tenue des réunions d'analyse des données mensuelles et annuelles du SNIS au niveau central, régional et de district et aussi, l'absence d'un mécanisme de coordination entre l'institut centrafricain des statistiques et des études économiques et sociales et le ministère de la santé, le manque d'intégration et de coordination entre producteurs et utilisateurs d'information sanitaire à l'échelle nationale et l'absence d'un système permanent de suivi-évaluation des données du SNIS. Néanmoins des réunions de coordination du PEV et de la surveillance épidémiologique intégrée sont tenues dans les Régions et Districts Sanitaires.

Concernant les indicateurs nationaux, les avancées significatives relevées portent particulièrement sur l'intégration des indicateurs clés des différents programmes de santé.

Cependant, les principaux problèmes rencontrés demeurent : (i) l'absence des données sur les facteurs socioéconomiques et démographiques, facteurs de risque environnementaux et comportementaux, (ii) l'irrégularité dans la production ainsi que la diffusion des informations sanitaires, (iii) le retard dans la production du bulletin annuel des statistiques sanitaires et (iv) l'insuffisance du système de contrôle de qualité à différents niveaux de collecte et de transcription des données.

Un manuel de procédures a été élaboré et rendu disponible pour les Postes de santé, les Centres de Santé, et les Hôpitaux. Ce manuel donne des directives sur la collecte, la transmission et l'archivage des données.

1.5.5. Le développement de l'approche promotion de la santé

Depuis 2012, la crise militaro-politique a occasionné la destruction des structures et matériels de Communication (mégaphones, panneaux d'images, appareils de sonorisation, vidéo, camera ? appareils photos numériques) dans tout le pays, avec de véritables freins à la promotion de la Santé.

La quasi-totalité des formations sanitaires (FOSA), ainsi que les structures relais (ONG/OAC, Confessions Religieuses) ne disposent pas de matériels adéquats qui puissent permettre les Bonnes Pratiques de la Communication pour la Promotion de la Santé.

Il existe des déterminants liés au système de santé et ceux liés aux autres secteurs de développement. Pour espérer agir efficacement sur les problèmes de santé qui se posent aux populations, l'essentiel sera de faire l'inventaire des « causes des causes » et d'orienter les actions sur les déterminants répertoriés. La façon d'aborder la gestion du système de santé doit ainsi connaître une réorientation avec pour principes de se coller aux contextes, en travaillant avec les différents secteurs y compris les communautés concernées et en utilisant plusieurs approches adaptées aux circonstances particulières auxquelles l'on a à faire face.

L'approche promotion de la Santé, a fait déjà ses preuves dans plusieurs pays de la planète en général et de l'Afrique en particulier. C'est cela qui explique l'engagement des Etats de la région Africaine de l'OMS à adopter la Promotion de la Santé comme la principale approche pour le développement des systèmes de santé (OMS, 2001 ; OMS, 2002).

En plus des maladies infectieuses citées dans le document, le pays connaît une augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles, plus particulièrement, les maladies chroniques, les maladies cardiovasculaires, les traumatismes (surtout de

la voie publique) qui sont également responsables de la mortalité élevée observée sur le continent.

Plusieurs autres facteurs contribuent à cette situation parmi lesquels, l'analphabétisme (surtout dans la population féminine), le manque d'hygiène, l'insécurité alimentaire, les carences alimentaires, les conflits armés et les comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, la mauvaise alimentation et l'inactivité physique.

Un constat est que les interventions des différents programmes se font généralement sans réel consensus sur les approches de communication en santé; ceci aboutit souvent à des approches contradictoires empêchant toute évaluation et réorientation efficace des interventions.

La crise a également causé le déplacement de la majorité des responsables d'IEC des provinces vers la capitale Bangui.

La Direction de la Communication en matière de santé a élaboré et validé un document de Politique nationale de Promotion de la Santé depuis juillet 2011 qui n'est pas été vulgarisé dans différents secteurs.

Concernant les canaux de Communication, sur 11 radios communautaires avec lesquelles la Direction de la Communication en matière de Santé collabore dans le cadre de la mobilisation sociale, seulement 06 sont opérationnelles en ce moment auxquelles s'ajoutent la Radio Centrafrique, Radio Ndeke Luka, Radio Notre Dame et Radio Esca. Toutes les radios de communication au niveau des formations sanitaires périphériques sont soit en panne, soit pillées.

1.1.1. Financement du secteur de la santé

L'Etat n'est plus le financeur principal des soins. En 2013, environ 5% des dépenses des soins de santé sont assurées par le Gouvernement. Le pays reste fortement dépendant de l'aide extérieure. Par conséquent, le secteur de la santé a besoin d'autres ressources et de méthodes alternatives de financement.

Sur *le plan interne*, avant la crise de 2012, les sources de financement étaient représentées par : l'Etat, les ménages, les communautés, les collectivités territoriales et le secteur privé.

Sur *le plan externe*, le financement provient des dons et des prêts principalement à travers la coopération bi et multilatérale.

Les allocations budgétaires de l'Etat pour la Santé représentent en moyenne 9% du budget général de l'Etat et restent donc en deçà du seuil recommandé par la Déclaration d'Abuja (15%). Par ailleurs, compte tenu des tensions de trésorerie, beaucoup de décaissements ne sont pas effectués.

La participation communautaire

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire était le moyen de financement approprié pour atteindre les bénéficiaires sous deux formes : le recouvrement des coûts avec l'approche paiement par épisode et par acte, et l'approche participative pour certains investissements comme les constructions ou réhabilitation des infrastructures.

Le recouvrement de coûts instauré en 1994, s'effectue par l'achat des médicaments, les consultations, les actes et les hospitalisations. Les tarifs des consultations varient de 500 FCFA à 2000 FCFA selon le niveau de la structure et la qualification des prestataires. Les paiements sont directs. Il n'existe aucune forme de mutualisation des risques ou des ressources autres que le Budget de l'Etat. Donc aucune protection ou subvention croisée ce qui pose un problème d'accès équitable aux soins de santé de qualité pour tous.

L'approche participative se mesure par la contribution de la communauté sous forme des travaux manuels, apports de matériaux et contribution financière directe pour la construction des postes et cases de santé et les pharmacies villageoises dans les

communes.

A ce jour, aucune étude n'a été réalisée pour cerner l'étendue ou l'importance du *financement communautaire*, encore moins des collectivités territoriales.

Les nouvelles directives ministérielles de 2013 préconisent la *gratuité ciblée des soins de santé en faveur* des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et allaitantes ainsi que pour des cas d'urgence vitale sur toute l'étendue du territoire pour une durée d'une année.

Tableau VI : Répartition des dépenses de santé en RCA (Données de référence)⁷ :

	Année	Année	Année
	2012	2013	2014
Population	4 779 088	4 981 700	5 191 559
PIB	2 222 275 920	2 316 490 500	2 595 779 500
Dépense Totale de Santé (DTS)	23 904 028 080	24 501 628 875	25 114 169 655
DTS du Gouvernement (DTSG)	2 426 258 865	2 486 915 325	2 535 138 150
Budget Général de l'Etat	239 054 234 000	272 668 930 000	221 272 516 000
DTSG en % des DTS	10	10	11
DTSG en % du budget général	10	09	11
DTSG en % du PIB	109	107	97,7
DTS/Hbt	5002	4918	4838

De la lecture du tableau ci-dessus, il ressort que les dépenses totales de santé du Gouvernement représentent environ 10 % des dépenses totales de santé (DTS), ce qui implique la très forte dépendance du secteur de la santé vis-à-vis du financement extérieur.

Un effort doit être fait pour mobiliser des ressources additionnelles pour répondre aux besoins financiers occasionnés par les nouvelles approches que sont : la décentralisation, les mutuelles de santé, le renforcement du partenariat public /privé, le PBF et la gratuité ciblée.

2. PRINCIPAUX PROBLEMES ET DEFIS

Cette section résume les principaux problèmes et défis auxquels la RCA doit faire face dans le contexte particulier de crise actuelle, caractérisé par la coexistence de programmes d'urgence et une volonté de relance du système de santé.

Les principaux problèmes et défis liés au système de santé sont entre autres :

- L'insuffisance de leadership du ministère dans la coordination et la concertation stratégique intersectorielle ainsi qu'avec les PTF et les ONG au niveau central et décentralisé.
- Le passage des interventions d'urgence aux interventions de développement.
- Les capacités insuffisantes du ministère à exercer ses fonctions de régulation
- L'insuffisance en RH pour la santé en quantité et en qualité ;
- La réorganisation du niveau décentralisé autour des districts sanitaires comme base de la mise en œuvre de la politique des SSP ;
- Le contexte sécuritaire changeant (Persistance de la circulation des armes de guerre) ;
- La définition de la politique de financement du secteur extrêmement dépendant des partenaires internationaux.

⁷ Source : PPAC du PEV-RCA 2011-2015

- La déficience du système d'information sanitaire général, et du système d'alerte épidémiologique.
- Problèmes importants d'approvisionnement en médicaments. Plusieurs systèmes parallèles coexistent en raison du déficit de confiance des PTF et ONG en la capacité de l'UCM et son absence d'autonomie de gestion. Il n'y a pas de dépôts fonctionnels au niveau décentralisé. Le contrôle central de la qualité des médicaments est impossible en l'état.
- Plusieurs infrastructures peu ou pas fonctionnelles (HERAMS). Il y a des besoins importants de réhabilitation et équipements suite aux pillages et aux destructions. Les moyens logistiques (roulant, communication, équipement) sont largement insuffisants. La recherche de solutions est rendue difficile à cause des questions sécuritaires.
- Insuffisance de la gouvernance pour la prise en charge des urgences sanitaires et humanitaires au niveau national;
- Faiblesse liée à la coordination des interventions, des capacités de communication du ministère en faveur des urgences sanitaires ainsi que du Suivi/Evaluation ;
- Important déplacement des personnes sur l'ensemble du pays (transfrontalier, interne encadré ou caché).

3. AXES STRATEGIQUES

Le plan de transition a été organisé autour de cinq axes stratégiques. Les deux premiers portent sur les questions de gouvernance et de reconstruction progressive du système de santé, les trois suivants sur les populations et / ou programmes de santé prioritaires. Ils sont repris ci-dessous en détaillant les spécificités de chaque axe par rapport à des plans pluriannuels classiques dans des contextes stables.

(1) Renforcement du ministère en charge de la Santé dans ses fonctions de gouvernance.

L'accent est mis ici notamment sur la coordination stratégique entre les intervenants (MiniSanté, PTF, ONG) à tous niveaux et sur le besoin d'adapter et faire évoluer les stratégies et modalités d'intervention en fonction des conditions locales de sécurité et de fonctionnalité des services.

(2) Mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité.

L'ensemble des piliers du système de santé demande un renforcement massif. Les problématiques les plus difficiles à gérer dans l'immédiat résident probablement dans l'organisation d'un approvisionnement de qualité et dans les modalités de réallocation du personnel et de paiement au niveau décentralisé.

(3) Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

L'ensemble des services curatifs et préventifs sont à renforcer d'urgence, avec notamment le renforcement de la vaccination, les réponses aux problèmes massifs de malnutrition accentués par la crise et les déplacements, la systématisation de stratégies alternatives au niveau communautaire et le développement et la mise en œuvre de programmes réalistes de prise en charge médicale et psychosociale des violences sexuelles ; la réduction de la transmission du VIH des parents à l'enfant et l'amélioration de l'accessibilité des femmes en âge de procréer au service de planning familial.

(4) Amélioration de la gestion des urgences et catastrophes.

Des documents et procédures existent. Il faut aujourd'hui les opérationnaliser en créant au sein du personnel des équipes mobilisables en cas d'alerte et assurer le pré

positionnement des intrants.

(5) Amélioration de la lutte contre les maladies.

Cet axe a besoin d'intégration de stratégies de santé mentale au sein des paquets d'activités. La poursuite de la lutte contre les principales maladies infectieuses est évidemment essentielle en raison de leur lourd tribut en termes de morbidité et de mortalité, sans oublier l'émergence des maladies non transmissibles pouvant découler de la situation psychologique actuelle de la population et la recrudescence des maladies tropicales négligées.

4. ACTIONS PRIORITAIRES

4.1. Renforcement du ministère de la Santé dans ses fonctions de gouvernance

4.1.1. Appui au renforcement institutionnel du Ministère en charge de la Santé au niveau central

- Revoir l'organigramme et la définition des profils des postes du Ministère en charge de la Santé
- Déterminer les besoins prioritaires en termes de réhabilitation et équipement du Ministère en charge de la Santé (roulant, matériel, informatique, énergie).
- Doter le Ministère en charge de la Santé d'une assistance technique résidente sur l'ensemble des fonctions de gouvernance, et d'assistances techniques perlees sur des thématiques spécifiques (suivi du plan de transition, réforme de l'approvisionnement en médicament, ressources humaines, financement, de la santé, autres).
- Procéder aux dotations et réhabilitations prioritaires du niveau central du Ministère en charge de la Santé.
- Initier un programme d'audit des décès maternels.
- Initier un programme de lutte contre les fistules obstétricales (FO).

4.1.2. Renforcement de la décentralisation effective des fonctions du Ministère en charge de la Santé

- Concevoir et mettre en œuvre un plan de redéploiement / retour au poste du personnel du Ministère en charge de la Santé dans chaque district et chaque région, sur la base des données HERAMS.
Si les ressources sont insuffisantes, placer la priorité sur le renforcement du niveau district en vue de promouvoir la relance et l'encadrement des prestations de soins dans les formations sanitaires.
- Doter les équipes cadres décentralisées de l'assistance technique nécessaire au développement de leurs fonctions.
- Veiller à la mise en œuvre des outils et procédures relatives aux fonctions décentralisées, particulièrement :
 - (i) surveillance épidémiologique et collecte de données ;
 - (ii) supervision formative des structures de santé ;
 - (iii) coordination avec les partenaires à la santé ;

- (iv) santé communautaire et
- (v) promotion de la santé.

Si nécessaire, développer les outils et procédures manquants.

- Appliquer les mesures incitatives prévues en faveur des équipes cadres et des prestataires de soins.
- Procéder aux dotations et réhabilitations prioritaires des districts sanitaires.
- Renforcer progressivement la composition et les compétences des équipes cadres au niveau décentralisé (région, district), en lien avec les partenaires présents localement.
- Appuyer les équipes cadres dans le processus d'identification des besoins et de planification opérationnelle en intégrant autant que possible l'ensemble des ressources présentes dans la zone).

4.1.3. Concertation et coordination du Ministère en charge de la Santé et des partenaires

- Développer un format et des instances de concertation rassemblant Ministère en charge de la Santé, PTF et ONG autour d'un processus concerté de définition, mise en œuvre et suivi des stratégies santé dans le pays (plan de transition, futur PNDS III, stratégies thématiques spécifiques), reprenant notamment le modèle antérieur de Comité Sectoriel Santé (CSS).
- Développer un format et des instances de concertation miroir au niveau décentralisé, adaptées en fonction de la composition effective des équipes cadres locales du MSP (région, district) et des partenaires présents.
- Mettre l'accent sur l'orientation stratégique des ONG, au-delà de la concertation opérationnelle.
- Accompagner les travaux des instances de concertation et des commissions existantes ou à créer, et faciliter l'interface entre elle dans un souci de réactivité.

4.1.4. Amélioration des capacités de planification et de suivi, et renforcement de la production et l'utilisation de l'information

- Développer des formats vulgarisés du plan de transition et autres documents d'orientation pour diffusion auprès des acteurs concernés.
- Structurer le cycle de planification politique en santé au niveau central et décentralisé, en application des instances de coordination et concertation entre MSP, PTF et ONG (plan opérationnel, plan d'action annuel national, plans d'action annuels régionaux et de district, revue annuelle conjointe, autres)
- Développer et maintenir à jour la cartographie des interventions des PTF et ONG dans les régions et districts du pays.
- Revitaliser et renforcer la production d'information de routine via le SNIS (outils, procédures, supervision, collecte, transmission, analyse et dissémination). Déterminer la liste des études et données de base nécessaires à la prise de décision stratégique et politique en santé et le formaliser dans une planification des études.
- Systématiser les mécanismes d'alerte précoce et d'investigation en cas de flambée épidémique au niveau des équipes cadres, formations sanitaires et communautés
- Assurer la mise à jour d'une plateforme ouverte sur internet (Dropbox, Google Drive, autres) pour l'échange de rapports, études et autres documents entre ministère et partenaires du secteur de la Santé.

- Renforcer les capacités des cadres du MSP et des instances de concertation et de coordination sur tout le cycle de planification politique (analyse de situation, priorités, planification, évaluation)
- Maintenir un dialogue permanent avec les ONG d'urgence présentes dans le pays, les conséquences des retraits et la reprise progressive par d'autres initiatives (qu'elles soient de développement selon le contexte)
- finaliser le processus de découpage des régions sanitaires en districts sanitaires.
- Mettre à jour périodiquement la carte des institutions sanitaires du pays, via notamment une mise à jour des données collectées selon l'enquête HERAMS.
- Procéder à des évaluations périodiques de la mise en œuvre du plan de transition concentrée sur les éléments stratégiques essentiels.
- réaliser des études planifiées pour orienter la prise de décision stratégique et politique.
- Elaborer le PNDS III. Si possible, procéder en amont à une évaluation du PNDS II.

4.1.5. Communication externe via des activités de plaidoyer sur les priorités sanitaires

- Poursuivre le développement du site internet du MSP et autres outils de communication.
- Faire un plaidoyer auprès du gouvernement et des parlementaires sur les priorités sanitaires dans le plan de transition et le futur PNDS III.
- Assurer une mise à jour régulière du site internet.
- Organiser une communication de masse (radio, TV, affichage, autres) sur les problématiques majeures de santé (maladies transmissibles, vaccination, santé de la reproduction, santé communautaire, autres) ;

4.2. Mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité

4.2.1. Réorganisation de l'approvisionnement national en médicaments

- Renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles d'approvisionnement en médicaments dans le pays, y compris l'Autorité Nationale de Régulation (ANR).
- Explorer et mettre en œuvre une (des) solution(s) alternative(s) commune(s) pour fédérer l'approvisionnement en médicaments et matériel médical de qualité pour les PTF, ONG et autres ; Réduire le nombre de circuits d'approvisionnement parallèles et faciliter le contrôle de qualité par les autorités nationales.
- Développer un plan de renforcement de l'Inspection Nationale des Services Pharmaceutiques pour monitorer la qualité des médicaments disponibles en RCA.
- Développer un système de pré-qualification des médicaments.
- Mettre à jour la liste de médicaments essentiels génériques
- Fournir une assistance technique perçue ad-hoc.
- Procéder à une documentation comparative de l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement et de la qualité des médicaments et matériels médicaux délivrés par les principaux fournisseurs nationaux (UCM, CHMP, éventuellement autres).
- Documenter la disponibilité, la qualité et la source des médicaments dans les FOSA.
- Renforcer le contrôle qualité des médicaments au niveau national via l'Inspection

Nationale des Services Pharmaceutiques.

- Renforcer les capacités des intervenants (niveau central, décentralisé, FOSA) dans la gestion de l'approvisionnement en médicaments et matériel consommables.
- Planifier le renforcement et l'extension progressive de dépôts pharmaceutiques décentralisés dans le pays, en regard de la situation sécuritaire.
- Adapter les normes actuelles du MSP en matière de PMA / PCA en fonction des infrastructures et des capacités des acteurs effectivement en place.
- Mettre la priorité sur la santé mère-enfant, la vaccination de routine, le RSI et la surveillance épidémiologique.
- Déterminer les stratégies additionnelles nécessaires pour compléter les PMA / PCA dans les zones où ils ne peuvent être appliqués intégralement (équipes mobiles, maison de maternité, PECADOM, stratégies avancées).
- Développer en collaboration avec les ONG des solutions sanitaires spécifiques pour les populations victimes du conflit au sein du pays, notamment les populations migrantes et les populations cachées à proximité de leur village.
- Explorer en collaboration avec les ONG et le HCR les possibilités de collaboration avec les organismes prenant en charge les populations réfugiées en dehors du pays.
- Renforcer le système de référence / contre-référence via notamment la dotation en moyens de communication et matériel roulant, adaptées aux contextes locaux.

4.2.2. Réhabilitation des infrastructures et dotation en équipements répondant aux exigences des PMA / PCA

- Etablir un plan de réhabilitation et équipement des FOSA (médical, roulant, informatique, chaîne de froid, laboratoire, énergie, autres) en lien avec l'étude HeRAMS.
- Procéder aux dotations, réhabilitations et constructions prioritaires dans les FOSA.
- Etablir un plan étendu de développement des infrastructures en prévision du PNDS III.

4.2.3. Renforcement de la disponibilité et des compétences du personnel de santé

- Elaborer une méthodologie et des outils pour permettre de déterminer et mettre à jour le plan des effectifs en santé dans le pays, étendu au personnel contractuel des formations sanitaires.
- Développer une stratégie de redéploiement du personnel, en adéquation avec la manière pragmatique les causes de leur concentration en milieu urbain.
- Veiller à une dotation en ressources humaines répondant aux minima requis dans chaque contexte en fonction du PMA/PCA.
- Faire un plaidoyer pour développer des solutions pour assurer le transfert des salaires (et autres financements) au niveau décentralisé dans des conditions de sécurité acceptables, pour faciliter la présence du personnel en poste dans les districts et régions.
- Poursuivre la mise en œuvre des mécanismes d'incitation dans le cadre des directives de gratuité.
- Encourager ou négocier avec les nouveaux projets / programmes à adopter la politique de paiement de primes d'incitation ou motivation au personnel de santé, et à s'investir sur les zones non-couvertes.
- Chercher à développer un mécanisme de paiement de primes d'incitation via les lignes gouvernementales dans les zones non-couvertes par les partenaires.
- Renforcer les capacités du personnel sur les éléments essentiels du PMA/PCA à mettre en œuvre dans chaque zone.

- Appuyer le renforcement des capacités en gestion des formations sanitaires, y inclure la gestion financière et la gestion des stocks.
- Elaborer une politique et / ou un plan stratégique de développement des Ressources Humaines en Santé à intégrer dans le cadre du PNDS III.
- Proposer des curricula de formations adaptés aux capacités du personnel et des formateurs sur les programmes/projets clés.
- Rechercher des solutions pour augmenter l'engagement du personnel qualifié actuellement au chômage (remplacement numérique des départs à la retraite, décès, plaider pour l'augmentation du budget d'engagement par la Fonction Publique, le Ministère des Finances et autres).
- Renforcer la production de ressources humaines en relançant et étendant les curricula complets de formation de personnel paramédical (infirmier, sage-femme, agent technicien de santé, promotion de la santé) au sein d'écoles de formation à Bangui et en provinces (Bambari, extension éventuelle à Bossangoa, Bouar, autres) pour anticiper sur les besoins futurs.

4.2.4. Développement de modalités de financement équitables pour les populations

- Poursuivre la mise en œuvre de la gratuité ciblée des soins.
- Inciter les nouveaux projets/programmes à adopter les modalités de gratuité des soins, et à s'investir sur les zones non-couvertes.
- Développer un mécanisme de paiement des prestations effectuées par les formations sanitaires dans le cadre de la gratuité via les lignes gouvernementales dans les zones non-couvertes par les partenaires (notion de compensation de recouvrement de coûts).
- Réguler la tarification des soins dans les formations sanitaires.
- Investiguer et documenter les freins à la mise en œuvre de la gratuité dans les formations sanitaires où elle n'est pas ou que partiellement appliquée (ex : rupture de stock, budget de fonctionnement insuffisant, paiement erratique (irrégulier) des salaires et primes d'incitation et autres).
- Renforcer la gestion administrative et financière des FOSA pour une meilleure mobilisation et gestion des ressources (Etat, recouvrement des coûts, PTF)
- Documenter et partager les effets des mécanismes de paiement (gratuité, financement basé sur les résultats) sur l'utilisation des soins par la population, la satisfaction des usagers et du personnel, et une série d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs de performance des services de santé.
- Etudier l'opportunité de modèles alternatifs de financement (ex : forfait, FBR, mutuelles) à développer dans le cadre d'une future politique de financement de la santé et / ou des stratégies retenues pour avancer vers la couverture universelle en santé dans le cadre du PNDS III.

4.2.5. Renforcement de l'hygiène dans l'ensemble des formations sanitaires

- Systématiser la communication sur les règles d'hygiène à respecter par le personnel et les usagers au sein des formations sanitaires (affichage, fiches de procédures)
- Intégrer le contrôle de l'hygiène et de la présence de matériel d'entretien dans les procédures de supervision de routine
- Déployer des agents d'hygiène et d'assainissement dans l'ensemble des formations sanitaires.
- Procéder aux dotations, constructions et réhabilitations nécessaires en matière d'hygiène et de gestion des déchets.

4.2.6. Développement de structures nationales et décentralisées pour la transfusion sanguine

- Renforcer les capacités du Centre National de Transfusion Sanguine.
- Planifier le développement de centres et dépôts régionaux et de districts de transfusion sanguine à lancer en 2015 et intégrer à terme au sein du PNDS III.
- Réhabiliter / doter progressivement les dépôts et centres décentralisés de transfusion sanguine (réfrigérateur, matériel de transfusion, autres).

4.2.7. Développement de la Promotion de la Santé dans tous les programmes de santé

- Renforcer des capacités en promotion de la santé à travers la formation des agents impliqués dans le développement sanitaire;
- Renforcer des systèmes de santé par l'introduction de la promotion de la santé dans tous les programmes ;
- Mettre en place des partenariats en vue du développement des actions intersectorielles pour agir sur les déterminants de la santé ;
- Renforcer l'appropriation communautaire à travers des interventions qui donnent le pouvoir aux populations d'agir sur les déterminants de leur propre santé ;
- Développer la culture sanitaire et l'action sur les comportements favorables à la santé.
- Informer le grand public sur les services disponibles (curatif, préventif, autres), notamment les services peu connus tels que prise en charge des violences sexuelles et santé mentale.
- Former les relais communautaires (y compris dans les sites des déplacés) dans le cadre du paquet intégré communautaire pour les maladies telles que : paludisme, choléra, VIH, malnutrition, maladies non transmissibles, Ebola.
- Appuyer les relais formés sur les sites avec des kits de sensibilisation sur la sécurité sanitaire des aliments ;
- Elaborer et vulgariser un plan intégré de communication (PIC) prenant en compte tous les aspects de santé
- Développer des formats de communication adaptés / vulgarisés pour la communication de masse sur les fondamentaux de la promotion de la santé.
- Former les enseignants et leaders communautaires sur la promotion de la santé.
- Elaborer un plan stratégique intégré de promotion de la santé à intégrer dans le PNDS III.

4.2.8. Développement de stratégies de participation communautaire et contribution au renforcement de la cohésion sociale

- Renforcer les liens entre les professionnels de santé et autres personnels des secteurs non sanitaires.
- Mettre en place les structures communautaires suivant les besoins des communautés et sur leurs initiatives
- Organiser des sessions de partage des leçons des organisations travaillant sur le renforcement de la cohésion sociale, dans tous secteurs et en santé.
- Réactiver le fonctionnement des Comités de Gestion et Comités de Soins de Santé Primaire à l'échelle nationale.

4.3. Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant

4.3.1. Etudes et enquêtes nécessaires pour une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant

- Organiser deux études : sur les SONU et sur la disponibilité des produits et services de santé sexuelle et reproductive ;
- Organiser une étude sur les déterminants anthropologiques de la santé de la reproduction ;
- Évaluer les besoins en équipements en matière de Maternité à Moindres Risques ; Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), produits contraceptifs ;
- Organiser une enquête sur la prévalence du VIH chez les femmes enceintes et les nouveaux nés.

4.3.4. Renforcement des capacités du personnel en santé mère enfant

- Renforcer les capacités du personnel de santé et ASC en matière de SONU,PF, Soins essentiels du nouveau-né, PTPE, PCIME, violences sexuelles, Nutrition, PEV, fistules obstétricales (FO) et autres programmes spécifiques.
- Intégrer d'autres interventions à haut impact pour la survie de l'enfant. Mettre en œuvre la Stratégie Atteindre Chaque District (ACD) et/ou des stratégies innovantes (Activité Vaccinale Intensive, Stratégie Africaine de Vaccination, cliniques mobiles, autres) dans toutes ses composantes au niveau des districts sanitaires.
- Rendre disponibles les kits SONU, PF, Soins essentiels du nouveau-né, PTPE, PCIME, violences sexuelles et autres programmes spécifiques dans les structures de soins de base.

4.3.3. Prise en charge médicale et psychosociale des violences sexuelles

- Constituer une commission « violences sexuelles » intégrant des expertises en matière de prise en charge médicale, psychosociale et juridique.
- Prévoir une assistance technique pour l'organisation de la prise en charge holistique des violences sexuelles.
- Développer un plan d'extension de la prise en charge des violences sexuelles sur base des programmes UNICEF, UNFPA et MINUSCA, PNUD, ONUFEMMES.
- Développer et mettre en œuvre des protocoles de prise en charge exploitable au niveau décentralisé, notamment en adaptant les outils développés par les Nations Unies en matière de protection contre l'exploitation et les abus sexuels.
- Mettre en œuvre le plan de prise en charge sur toute l'étendue du territoire en adaptant les stratégies d'accès à chaque zone et en fonction des réalités locales.
- Documenter les cas de violences sexuelles et monitorer les tendances en lien avec les évolutions du contexte (ex : mouvements de troupes armées). Si possible, établir des données de base sur différentes régions et suivre l'évolution.

4.3.4. Renforcement de la couverture vaccinale

- Mettre la priorité sur les activités de vaccination de routine au sein du paquet minimum d'activités.
- Evaluer et rééquiper les formations sanitaires en équipements de chaîne de froid.
- Assurer l'approvisionnement en vaccins, vitamine A, Albendazole et consommables de la vaccination.
- Organiser les activités de routine et campagnes supplémentaires de vaccination.
- Suivre l'évolution de la couverture vaccinale des enfants en routine.

- Programmer l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine.
- Programmer les études spécifiques de couverture vaccinale au sein du PNDS III.

4.3.5. Amélioration du statut nutritionnel des enfants

- Organiser une évaluation approfondie de la situation nutritionnelle pour orienter les actions de réponses (Enquête SMART).
- Assurer l'approvisionnement et la gestion en intrants / équipements nutritionnels et supports à tous les échelons pour permettre d'assurer la supplémentation nutritionnelle des enfants en micronutriments et nutrition hypercalorique.
- Redynamiser les Unités Nutritionnelles Ambulatoires de prise en charge des cas de malnutrition ;
- Former les agents de santé et les ASC sur le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition aiguë modérée selon le protocole national ; ainsi que le dépistage de la malnutrition aiguë sévère pour améliorer la référence au niveau des Unités Nutritionnelles Thérapeutiques.
- Former les relais communautaires sur le dépistage, la référence et le suivi de la prise en charge des cas de malnutrition au sein du paquet intégré communautaire.
- Maintenir l'approvisionnement et la gestion des intrants / Equipement nutritionnelle.
- Intégrer la promotion des activités de nutrition du jeune enfant et du nourrisson dans le paquet d'intervention de la nutrition.
- Suivre l'état nutritionnel des enfants à travers des activités régulières de dépistage / monitoring de la malnutrition suivant les zones d'interventions.

4.3.6. Renforcement de la prise en charge des enfants au niveau communautaire

- Former les relais communautaires sur le paquet intégré au niveau communautaire (maladies transmissibles, malnutrition) en fonction de la zone d'intervention.
- Rendre disponibles les kits du paquet intégré auprès des relais communautaires.
- Sensibiliser les communautés sur les approches du paquet intégré au niveau communautaire.
- Définir les modalités d'incitation des relais communautaire
- Documenter la mise en œuvre du paquet intégré au niveau communautaire et la qualité de la supervision effectuée par les agents de santé.
- Programmer l'élaboration d'une politique nationale en matière d'interventions sanitaires communautaires.

4.4. Amélioration de la gestion des urgences et catastrophes

4.4.1. Renforcement de la structure institutionnelle d'anticipation et de prévention des urgences et catastrophes

- Renforcer le fonctionnement de la commission « Urgences et Catastrophes » avec les experts techniques du MSP, des PTF et des ONG.
- Mettre à jour les plans de préparation et de riposte aux épidémies et catastrophes (fièvre jaune, choléra, Ebola, poliomyélite), y compris les plans de contingence relatifs.
- Développer les procédures d'investigation des rumeurs et zones suspectes.
- Renforcer le système d'alerte précoce.
- Collaborer avec OCHA et les ONG sur la mise en réseau, l'harmonisation et l'extension des systèmes d'alerte précoces disséminés dans le pays.

- Suivre régulièrement le système d’alerte précoce.

4.4.2. Développement d’une stratégie de mobilisation d’équipes d’intervention rapide au sein du personnel existant

- Elaborer les procédures, outils et matériels de formation du personnel sanitaire destiné à faire partie des équipes d’intervention rapide, en collaboration entre MSP, PTF, et ONG ;
- Constituer et former les équipes d’intervention rapide ;
- Organiser des exercices de simulation réguliers pour maintenir les équipes en veille.

4.4.3. Dotation des moyens pour répondre aux urgences et catastrophes

- Acquérir et pré-positionner les kits d’urgence ;
- Organiser une mobilisation additionnelle des ressources financières en faveur des urgences et des catastrophes ;
- Faire un plaidoyer pour les décaissements rapides sur la ligne budgétaire en faveur des catastrophes et des urgences ;
- Maintenir le stock à jour.

4.4.4. Renforcement de l’analyse des risques

- Organiser une analyse des risques sur les urgences et catastrophes dans le pays ;
- Elaborer une cartographie des risques sur les urgences et catastrophes ;
- Elaborer un plan de contingence multirisque

4.4.5. Evaluation des capacités de prévention et de contrôle des flambées épidémiques.

- Mettre en place le système de veille sanitaire ;
- Renforcer le système d’alerte précoce et la gestion des rumeurs ;
- Former les équipes d’intervention rapide à tous les niveaux.
- Mettre en place un mécanisme régulier des exercices de simulation

4.4.6. Création d’un mécanisme de coordination intersectorielle

- Mettre en place un mécanisme de coordination et de collaboration intersectorielle des intervenants permettant une action coordonnée et efficace en faveur des urgences et des catastrophes ;
- Mettre en place un mécanisme de suivi/évaluation des urgences et catastrophes survenues dans le pays permettant de suivre les progrès réalisés dans la prévention et de leur prise en charge

4.5. Amélioration de la lutte contre les maladies

4.5.1. Prise en charge et la prévention des principales causes de morbidité et mortalité (VIH, TB, malaria)

- Mettre à jour si nécessaire, les plans d’actions spécifiques de lutte contre les

maladies pour la période de transition et en prévision du PNDS III.

- Elaborer des plans d'intervention adaptés à chaque situation
- Doter les formations sanitaires et/ou centres spécialisés en intrants appropriés (test de diagnostic rapide du paludisme, test de dépistage VIH, ARV traitements antipaludiques, antituberculeux, réactifs et intrants, kit césarienne sécurisée, autres) selon les circuits d'approvisionnement spécifiques.
- Assurer la formation du personnel sur les procédures et outils spécifiques aux trois maladies.
- Appuyer les ONG, associations des PVVIH pour la mise en œuvre des actions de prévention du VIH/SIDA, de prise en charge psychosociale et de lutte contre la stigmatisation.
- Assurer un soutien au dispositif communautaire de recherche des perdus de vue.
- Assurer la surveillance des indicateurs d'alerte précoce de la résistance aux ARV.
- Organiser la distribution des MILD (campagne de distribution de masse, distribution de routine).
- Systématiser la supervision et intégrer un maximum de composantes dans les activités de supervision de routine.
- Assurer la continuité des programmes selon les plans d'actions spécifiques.
- Etendre les activités de prise en charge de la tuberculose pour les enfants dans les hôpitaux régionaux et préfectoraux.

4.5.2. Réduction de la morbidité et la mortalité attribuable aux Maladies Non Transmissibles et Maladies Tropicales Négligées.

- Mettre à jour les plans d'actions spécifiques de lutte contre les maladies (si nécessaire) pour la période de transition et en prévision du PNDS III.
- Mettre en place un programme impliquant la communauté dans la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles et maladies tropicales négligées
- Renforcement des arrangements institutionnels, modules de formation, équipements et circuit d'approvisionnement spécifiques aux programmes (en plus des activités reprises ci-dessus).
- Assurer la surveillance épidémiologique de routine via des stratégies adaptées au personnel et moyens logistiques locaux
- Appuyer les ONG, les associations locales et les groupements de patients dans les activités de prévention et de lutte contre la stigmatisation.
- Assurer la continuité des programmes selon les plans d'actions spécifiques.
- Conduire des études spécifiques nécessaires (cartographie intégrée des MTN/CTP, enquêtes épidémiologiques, évolution des déterminants des MNT)
- Réduire l'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux.
- Organiser des campagnes de dépistage et traitement de masse
- Elaborer les plans, outils et procédures nécessaires pour le renforcement des activités et l'intégration dans le PNDS III.

4.5.3. Développement et lancement de la mise en œuvre d'un programme national de santé mentale intégré au sein des paquets d'activité

- Créer une commission « Santé Mentale » incluant les partenaires actifs sur le sujet pour développer un paquet de service intégré et les outils correspondants.
- Prévoir une assistance technique sur la prise en charge de la santé mentale.
- Développer un programme de santé mentale, à intégrer dans le cadre du PNDS III.
- Développer des curricula de formation de base en santé mentale à destination des prestataires de soins.

- Développer un programme au niveau des communautés sur base du guideline santé mentale communautaire en zone de crise produit par l'Inter Agency Standing Committee.
- Renforcer les capacités des structures sanitaires de la ville de Bangui à la prise en charge des troubles mentaux majeurs et de soutien psycho social, et étendre progressivement aux hôpitaux préfectoraux.
- Mettre en place le programme de santé mentale communautaire dans un nombre de districts pilotes, évaluer et étendre.
- Collecter, traiter et diffuser les données relatives aux troubles mentaux et soutien psychosocial.
- Former une sélection de prestataires de soins au niveau décentralisé à détecter, prévenir, accompagner et référer les cas de santé mentale.
- Créer un pôle spécialisé Santé Mentale à Bangui.

5. ESTIMATION DES BESOINS

5.1. Ressources humaines

Tableau VII : Besoin en ressources humaines au niveau national

Profils	Régions							Total	
	Population 2014	1	2	3	4	5	6		7
		744 510	862 841	986 421	632 693	229 175	580 660	818 605	4 854 905
Médecins	<i>Disponible</i>	25	1	10	7	2	7	173	225
	<i>Requis</i>	74	86	99	63	23	58	82	485
	<i>besoins</i>	49	85	89	56	21	51	- 91	260
Technicien supérieur de Santé	<i>Disponible</i>	7	-	1	2	-	3	103	116
	<i>Requis</i>	149	173	197	127	46	116	164	971
	<i>besoins</i>	142	173	196	125	46	113	61	855
Sages-Femmes	<i>Disponible</i>	49	2	10	12	4	8	199	284
	<i>Requis</i>	149	173	197	127	46	116	164	971
	<i>besoins</i>	100	171	187	115	42	108	- 35	687
Infirmier Diplômé d'Etat	<i>Disponible</i>	57	1	13	12	9	26	181	299
	<i>Requis</i>	149	173	197	127	46	116	164	971
	<i>besoins</i>	92	172	184	115	37	90	- 17	672
Assistant d'Assainissement	<i>Disponible</i>	70	2	16	3	4	16	124	235
	<i>Requis</i>	149	173	197	127	46	116	164	971
	<i>besoins</i>	79	171	181	124	42	100	40	736
Assistant de Santé	<i>Disponible</i>	81	3	8	24	6	33	145	300
	<i>Requis</i>	149	173	197	127	46	116	164	971
	<i>besoins</i>	68	170	189	103	40	83	19	671
Technicien Supérieur de Laboratoire	<i>Disponible</i>	17	1	4	6	-	1	63	92
	<i>Requis</i>	149	173	197	127	46	116	164	971
	<i>besoins</i>	132	172	193	121	46	115	101	879
Agent de Santé Communautaire	<i>Disponible</i>	509	127	604	388	207	495	129	2 459
	<i>Requis</i>	496	575	658	422	153	387	546	3 237
	<i>besoins</i>	-	13	448	54	34	- 54	- 108	778

5.2. Infrastructures

Tableau VIII : Besoin en infrastructures à construire par type et par région pour la période 2015-2017

Types d'infrastructure à construire	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Direction Régionale	0	0	0	0	1	0	0	1
Bureau de District	0	0	0	0	0	0	0	0
Hôpitaux régionaux	0	0	0	0	0	0	0	0
Hôpitaux de District	0	0	0	0	0	0	0	0
Centre de Santé	0	4	0	0	0	0	1	5
Poste de Santé	2	0	5	0	4	9		20
Total besoin par niveau	2	4	5	0	5	9	1	26

Tableau IX : Besoin en infrastructures à réhabiliter par type et par région pour la période 2015-2017

Types d'infrastructure à réhabiliter	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Hôpital Central							3	3
Direction Régionale		1	1	1	1	1		5
Bureau de District	6	3	2	3	3	6	4	27
Hôpitaux régionaux			1					1
Hôpitaux de District	2	1		1		3		7
Centre de Santé	15	1	24	11	3	16	19	89
Poste de Santé	10	4	51	6	11	17		99
Total besoin par niveau	33	10	79	22	18	43	26	231

5.3. Matériels, équipements et laboratoire

5.3.1. Niveau central

Tableau X : Estimation des besoins en matériels, équipements et laboratoire au niveau central

Désignations	CNHUB	Complexe Pédiatrique	Hôpital Domitien	Hôpital Communautaire	Hopital Amitié	Total besoin
Matériels bureautiques						
Matériel de reprographie	1	1	1	1	1	5
Ordinateurs + accessoires	5	5	5	5	5	25
Matériels roulants						0
Bicyclettes	7	8	9	5	9	38
Cyclomoteurs	6	6	6	6	6	30
Motocyclettes	9	9	9	9	9	45
Véhicule 4x4 de supervision/fonction	5	5	5	5	5	25
Ambulances	1	1	1	1	1	5
Camions de ravitaillement	1	1	1	1	1	5
Radio Emetteur Récepteur						0
Equipements						
Energie						
Groupes électrogènes > 50 KVA	1	1	1	1	1	5
Installations solaires	1	1	1	1	1	5
Lampes	45	33	23	21	30	152
Imagerie						
Echographes	1	1	1	1	1	5
Scanner corps entier				1	1	2
Mammographes	1	1	1	1	1	5
Appareils de radiographie fixe	1	1	1	1	1	5
Appareils de radiographie mobile	1	1	1	1	1	5
Développeuses automatiques	1	1	1	1	1	5
Développeuses manuelles	1	1	1	1	1	5

Désignations	CNHUB	Complexe Pédiatrique	Hôpital Domitien	Hôpital Communautaire	Hopital Amitié	Total besoin
Vidéo endoscope	1	1	1	1	1	5
Amplificateurs de brillance	1	1	1	1	1	5
Chaîne de froid						
Réfrigérateurs solaires	2	2	2	2	2	10
Réfrigérateurs Mixte	2	2	2	2	2	10
Banque de sang	1	1	1	1	1	5
Congélateurs	1	1	1	1	1	5
Climatiseurs	21	21	21	21	21	105
Mobilier						
Mobilier de bureau	21	21	21	21	21	105
Tables d'accouchement	7		8	7	6	28
Tables de consultation	15	15	15	15	15	75
Lits d'hospitalisation	15	15	15	15	15	75
Lits orthopédiques		7		21		28
Fauteuils dentaires	3		3	3	2	11
Tables de consultation ophtalmologique	3					3
Tables opératoires universelles	1	1	1	1	1	5
Tables opératoires orthopédiques		1		1		2
Equipements de spécialités						
Electroencéphalographe	1	1	1	1	1	5
Electrocardiographe	1	1	1	1	1	5
Appareils d'électrothérapie	1	1	1	1	1	5
Matériels de rééducation	1	1	1	1	1	5
Fibroscope	1	1	1	1	1	5
Bloc de Stérilisation automatique	1	1	1	1	1	5
Autoclave vertical	1	1	1	1	1	5
Poupinel électrique	1	1	1	1	1	5
Microscopes opératoires	1	1	1	1	1	5
Fibroscope bronchique	1	1	1	1	1	5
Unité d'hémodialyse	1	1	1	1	1	5
Equipements cabinet dentaire	1	1	1	1	1	5
Boîtes de chirurgie	1	1	1	1	1	5

Désignations	CNHUB	Complexe Pédiatrique	Hôpital Domitien	Hôpital Communautaire	Hopital Amitié	Total besoin
Bistouri électrique	1	1	1	1	1	5
Moniteur d'anesthésie	1	1	1	1	1	5
Extracteur d'oxygène	1	1	1	1	1	5
Equipements de salle opératoire	1	1	1	1	1	5
Equipements de salle de plâtre	1	1	1	1	1	5
Lampes scialytiques plafonniers	1	1	1	1	1	5
Lampes scialytiques mobiles	1	1	1	1	1	5
Service maintenance						
Valise de maintenance individuelle	1	1	1	1	1	5
Valise de maintenance collective	1	1	1	1	1	5
Batterie de Cuisine <100lits	1	1	1	1	1	5
Batterie de Cuisine >100lits	1	1	1	1	1	5
Equipements de buanderie	1	1	1	1	1	5
Laboratoire						
Microscopes	2	2	2	2	2	10
Chaîne Elisa + Accessoires	1	1	1	1	1	5
Hémoglobinomètres Sahali	1	1	1	1	1	3
Spectrophotomètres (ASM Junior + imprimante)	3	3	3	3	3	15
Centrifugeuse manuelle	1	1	1	1	1	5
Fauteuil de prélèvement	3	3	3	3	3	15
Table Gynécologique	1	1	1	1	1	5
Réfrigérateurs -80°	2	2	2	2	2	10
Etuves 37°	2	2	2	2	2	10
Cytomètres à flux (Facscount system)	1	1	1	1	1	3
Quantiplex bDNA (charge virale)	0	0	0	0	0	2
Etuves 600 litres	1	1	1	1	1	5
Bain-marie	3	3	3	3	3	15
Appareil à Electrophorèse + imprimante	1	1	1	1	1	5
PH mètre	1	1	1	1	1	5
Agitateurs de plaque	3	3	3	3	3	15
Mini Vidas + Onduleur	1	1	1	1	1	5

Désignations	CNHUB	Complexe Pédiatrique	Hôpital Domitien	Hôpital Communautaire	Hopital Amitié	Total besoin
Automate d'hématologie (Sysmex KX – 21)	1	1	1	1	1	5
Générateurs + cuves d'électrophorèse	1	1	1	1	1	5
Micritome Leitz	1	1	1	1	1	5
Hotte biohazard MSCI 12	1	1	1	1	1	5
Microscope à fluorescent	1	1	1	1	1	5
Agitateurs de Blots	1	1	1	1	1	5
Autres équipements de labo	2	2	2	2	2	10

5.3.2. Niveau Régions et Districts

Tableau XI : Estimation des besoins en matériels, équipements et laboratoire au niveau régions et districts

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
MOBILIER								
Armoire des produits pharmaceutiques	42	28	21	35	28	49	56	259
Armoire de rangement en bois	60	40	30	50	40	70	80	370
Armoire de rangement en métal	18	12	9	15	12	21	24	111
Banc en bois	120	80	60	100	80	140	160	740
Bureaux en bois avec tiroirs	108	72	54	90	72	126	144	666
Chaise en bois	180	120	90	150	120	210	240	1110
Coffre fort	6	4	3	5	4	7	8	37

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Etagères en bois	60	40	30	50	40	70	80	370
Fauteuil métallique	60	40	30	50	40	70	80	370
Groupe électrogène 13 KVA	6	4	3	5	4	7	8	37
Groupe électrogène 6 KVA	6	4	3	5	4	7	8	37
Installation solaire	24	16	12	20	16	28	32	148
Table simple	120	80	60	100	80	140	160	740
Tabouret métallique GM	72	48	36	60	48	84	96	444
Tabouret métallique PM	90	60	45	75	60	105	120	555
Tabouret en bois	108	72	54	90	72	126	144	666
Horloge	24	16	12	20	16	28	32	148
MATERIELS DE LA CHAINE DE FROID								
Congélateur mixte -20 °C	12	8	6	10	8	14	16	74
Fût de 200 L	12	8	6	10	8	14	16	74
Glacière de 25 L	24	16	12	20	16	28	32	148
Jerrican de 20 L	12	8	6	10	8	14	16	74
Réfrigérateur solaire	18	12	9	15	12	21	24	111
Porte vaccin	60	40	30	50	40	70	80	370
LITS ET LITERIE								
Couverture	600	400	300	500	400	700	800	3700
Moustiquaire	600	400	300	500	400	700	800	3700
Drap	1200	800	600	1000	800	1400	1600	7400
Lit métallique	600	400	300	500	400	700	800	3700
Matelas à revêtement skař	600	400	300	500	400	700	800	3700
Table de chevet	600	400	300	500	400	700	800	3700

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
MATERIELS DE DESHERBAGE								
Brouette	30	20	15	25	20	35	40	185
Pelle	60	40	30	50	40	70	80	370
Houe	60	40	30	50	40	70	80	370
Pioche	60	40	30	50	40	70	80	370
Rateau	60	40	30	50	40	70	80	370
Machette	60	40	30	50	40	70	80	370
Faucille	60	40	30	50	40	70	80	370
CONSOMMABLES								
Abaisse langue métallique	30	20	15	25	20	35	40	185
Abaisse langue en bois	1200	800	600	1000	800	1400	1600	7400
Aiguilles diverses	1200	800	600	1000	800	1400	1600	7400
Aiguille à usage unique	0	0	0	0	0	0	0	0
Aspirateur nasal	120	80	60	100	80	140	160	740
Alèse en plastique	120	80	60	100	80	140	160	740
Cathéter urétral à trou unique	120	80	60	100	80	140	160	740
Doigtier chirurgical	1200	800	600	1000	800	1400	1600	7400
Gants chirurgicaux	1200	800	600	1000	800	1400	1600	7400
Seringue en verre (2,5, 10 et 20 ml)	1200	800	600	1000	800	1400	1600	7400
Sonde naso-gastrique	300	200	150	250	200	350	400	1850
Sonde urinaire	12	8	6	10	8	14	16	74
Vessie de glace	30	20	15	25	20	35	40	185
EQUIPEMENTS DE GYNECO OBSTETRIQUES								
Spéculum	132	88	66	110	88	154	176	814

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Bassin de lit	150	100	75	125	100	175	200	925
Bassin Cuvette lave bébé	60	40	30	50	40	70	80	370
Boîtes d'accouchement	36	24	18	30	24	42	48	222
Boîte de pansement	18	12	9	15	12	21	24	111
Boîte d'insertion DIU	36	24	18	30	24	42	48	222
Boite d'insertion/retrait implants	300	200	150	250	200	350	400	1850
Boite d'épisiotomie	18	12	9	15	12	21	24	111
Table d'examen gynécologique	24	16	12	20	16	28	32	148
Table d'accouchement	18	12	9	15	12	21	24	111
Couveuse	30	20	15	25	20	35	40	185
Escabeau	42	28	21	35	28	49	56	259
Mètre rubans	24	16	12	20	16	28	32	148
Pèse-personne avec toise	12	8	6	10	8	14	16	74
Pèse-personne sans toise	12	8	6	10	8	14	16	74
Pèse bébé	12	8	6	10	8	14	16	74
Tensiomètre(brassard + Stéthoscope médical)	24	16	12	20	16	28	32	148
Plateau GM	30	20	15	25	20	35	40	185
Plateau PM	30	20	15	25	20	35	40	185
Potence métallique	150	100	75	125	100	175	200	925
Stéthoscope obstétrical	24	16	12	20	16	28	32	148
Tensiomètre électronique	12	8	6	10	8	14	16	74
Thermomètres médicaux	150	100	75	125	100	175	200	925
Vacuum extrator (ventouses)	12	8	6	10	8	14	16	74

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Séringue pour AMIU (Aspiration manuelle intra utérine)	30	20	15	25	20	35	40	185
Lampe d'examen	12	8	6	10	8	14	16	74
Lampe torche	12	8	6	10	8	14	16	74
Horloge	12	8	6	10	8	14	16	74
Refrigérateur mixte de 120 L	6	4	3	5	4	7	8	37
EQUIPEMENTS DU SERVICE D'IMAGERIE								
Appareil de radiologie (os-poumons)	6	4	3	5	4	7	8	37
Appareil de développement numérique	6	4	3	5	4	7	8	37
Appareil d'échographie	6	4	3	5	4	7	8	37
Négatoscope trois plages	18	12	9	15	12	21	24	111
Dosimètre	30	20	15	25	20	35	40	185
Tabliers en plomb	12	8	6	10	8	14	16	74
MATERIELS DE LABORATOIRE								0
Bain-marie	6	4	3	5	4	7	8	37
Appareil à hématocrite	6	4	3	5	4	7	8	37
Balance de précision	6	4	3	5	4	7	8	37
Bouilloire	12	8	6	10	8	14	16	74
Plaque chauffante	12	8	6	10	8	14	16	74
Centrifugeuse manuelle à 4 tubes	12	8	6	10	8	14	16	74
Counter d'hématologie	6	4	3	5	4	7	8	37
Centrifugeuse électrique	12	8	6	10	8	14	16	74
Centrifugeuse à hématocrite	6	4	3	5	4	7	8	37

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Lecteur d'hématocrite	6	4	3	5	4	7	8	37
Compte Goutte	600	400	300	500	400	700	800	3700
Spectro photomètre	6	4	3	5	4	7	8	37
Hotte à flux laminaire	6	4	3	5	4	7	8	37
Etuve	6	4	3	5	4	7	8	37
Cellule de Malassez	30	20	15	25	20	35	40	185
Cellule de Toma	30	20	15	25	20	35	40	185
Bac à coloration	24	16	12	20	16	28	32	148
Autoclave 120 L	6	4	3	5	4	7	8	37
Densitomètre	6	4	3	5	4	7	8	37
Flacon laveur laboratoire	60	40	30	50	40	70	80	370
Lampe à alcool	18	12	9	15	12	21	24	111
Microscopes binoculaires Mixte	12	8	6	10	8	14	16	74
Minuterie	12	8	6	10	8	14	16	74
Pissette	180	120	90	150	120	210	240	1110
Portoir en bois	12	8	6	10	8	14	16	74
Poubelle métallique	60	40	30	50	40	70	80	370
Poupinel	12	8	6	10	8	14	16	74
Rhésuscope	6	4	3	5	4	7	8	37
Agitateur électrique	24	16	12	20	16	28	32	148
Table de prélèvement gynécologique	6	4	3	5	4	7	8	37
Lampe de prélèvement	6	4	3	5	4	7	8	37
Fauteil de prélèvement	12	8	6	10	8	14	16	74

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Table de prélèvement	6	4	3	5	4	7	8	37
Anse de platine	30	20	15	25	20	35	40	185
Oese	30	20	15	25	20	35	40	185
Compteur CD4	6	4	3	5	4	7	8	37
Jeux de spéculums (petite, moyenne et grande taille)	18	12	9	15	12	21	24	111
Réfrigérateur mixte de 120 L	6	4	3	5	4	7	8	37
Réfrigérateur mixte de 200 L (pour banque de sang)	6	4	3	5	4	7	8	37
Hémoglobinomètre	6	4	3	5	4	7	8	37
Armoire	12	8	6	10	8	14	16	74
Jeu de pipettes	6	4	3	5	4	7	8	37
Cônes et embouts	6	4	3	5	4	7	8	37
Micro pipette de précision	18	12	9	15	12	21	24	111
Chronomètre(minuterie)	6	4	3	5	4	7	8	37
Pissette	24	16	12	20	16	28	32	148
Compteur de cellules	6	4	3	5	4	7	8	37
Pincés à servir	30	20	15	25	20	35	40	185
Coagulomètre	6	4	3	5	4	7	8	37
Incinérateur de déchets	6	4	3	5	4	7	8	37
Bec bunsen	6	4	3	5	4	7	8	37
Bande de test	12	8	6	10	8	14	16	74
Balance de précision	6	4	3	5	4	7	8	37
Compteur d'hématologie paramètres 18	6	4	3	5	4	7	8	37

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Kit de verrerie	6	4	3	5	4	7	8	37
CONSO								
LABORATOIRE								
Poche à sang	300	200	150	250	200	350	400	1850
Transfuseur	300	200	150	250	200	350	400	1850
Kit ABOD	60	40	30	50	40	70	80	370
Lame (boite de 75)	90	60	45	75	60	105	120	555
Lamelle (boite de 100)	60	40	30	50	40	70	80	370
MATERIELS DE BLOC OPERATOIRE								
Boîte courante	24	16	12	20	16	28	32	148
Boîte de césarienne	12	8	6	10	8	14	16	74
Boîte de laparotomie	12	8	6	10	8	14	16	74
Boîte d'amputation	6	4	3	5	4	7	8	37
Boîte de forceps	6	4	3	5	4	7	8	37
Boîte de craniotomie	6	4	3	5	4	7	8	37
Boîte d'embryotomie	6	4	3	5	4	7	8	37
Boîte d'ostéosynthèse	6	4	3	5	4	7	8	37
Boîte de curétage	12	8	6	10	8	14	16	74
Boîte de petite de chirurgie	30	20	15	25	20	35	40	185
Tambours métalliques GM	120	80	60	100	80	140	160	740
Tambours métalliques PM	120	80	60	100	80	140	160	740
Tabliers plastiques	120	80	60	100	80	140	160	740
Table d'opération	18	12	9	15	12	21	24	111
Table de réanimation	18	12	9	15	12	21	24	111

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Table pour Instruments de MAYO	18	12	9	15	12	21	24	111
Table d'anesthésie	18	12	9	15	12	21	24	111
Scialytique électrique	18	12	9	15	12	21	24	111
Scialytique solaire	18	12	9	15	12	21	24	111
Stéthoscope médical	18	12	9	15	12	21	24	111
Porte sérum	18	12	9	15	12	21	24	111
Pincés ablation plâtre	12	8	6	10	8	14	16	74
Concetrateur d'oxygène	24	16	12	20	16	28	32	148
Haricot GM	90	60	45	75	60	105	120	555
Haricot MM	90	60	45	75	60	105	120	555
Haricot PM	90	60	45	75	60	105	120	555
Chariot à poubelles	90	60	45	75	60	105	120	555
Boîte à pansement	90	60	45	75	60	105	120	555
Boîte métallique à gant	30	20	15	25	20	35	40	185
Boîte métallique à coton	30	20	15	25	20	35	40	185
Boîte métallique à compresses	30	20	15	25	20	35	40	185
MATERIELS TECHNIQUES DE BASE								
Incinérateur traditionnel	6	4	3	5	4	7	8	37
Poubelle métallique à pédale	60	40	30	50	40	70	80	370
Fosse à placenta	6	4	3	5	4	7	8	37
Radio de communication	6	4	3	5	4	7	8	37
Chariot-brancard	30	20	15	25	20	35	40	185
Fauteuil roulant	30	20	15	25	20	35	40	185
Brancard pliant	30	20	15	25	20	35	40	185

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Potence	600	400	300	500	400	700	800	3700
balance, type Salter	12	8	6	10	8	14	16	74
Toise enfant	6	4	3	5	4	7	8	37
Table d'examen	24	16	12	20	16	28	32	148
Tensiomètre (Stéthoscope médical+ Brassard)	30	20	15	25	20	35	40	185
Pèse-personnes+Toise	24	16	12	20	16	28	32	148
Réchaud à pétrole, 2 foyers	6	4	3	5	4	7	8	37
Bocal pour pinces	30	20	15	25	20	35	40	185
Plateau instruments avec couvercle(PM MM GM)	30	20	15	25	20	35	40	185
Blouse (voir personnel)	360	240	180	300	240	420	480	2220
Lampe à pétrole	30	20	15	25	20	35	40	185
Jeux de laryngoscope	6	4	3	5	4	7	8	37
Marteau à réflexe	18	12	9	15	12	21	24	111
Otoscope	12	8	6	10	8	14	16	74
Poire pour lavage d'oreilles	30	20	15	25	20	35	40	185
Poire à lavement	30	20	15	25	20	35	40	185
Urinoirs hommes	240	160	120	200	160	280	320	1480
Boite d'instruments dentaires et daviers	18	12	9	15	12	21	24	111
Fauteuil dentaire	6	4	3	5	4	7	8	37
MATERIELS ROULANTS								
Ambulance	6	4	3	5	4	7	8	37
Véhicule supervision 4x4	6	4	3	5	4	7	8	37

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Bicyclette	30	20	15	25	20	35	40	185
Motocyclette	48	32	24	40	32	56	64	296
MATERIELS DE BUREAU/INFORMATIQUES								
Matériels informatique (ordinateur, imprimante et logiciel de gestion de base des données)	30	20	15	25	20	35	40	185
Photocopieuse multi fonction	12	8	6	10	8	14	16	74
MATERIELS DE MAINTENANCE								
Caisse à outils électrique	6	4	3	5	4	7	8	37
Caisse à outils chaine de froid	6	4	3	5	4	7	8	37
Caisse à outils véhicule	6	4	3	5	4	7	8	37
Echelle 12 marches	6	4	3	5	4	7	8	37
Perceuse à batterie	12	8	6	10	8	14	16	74

5.3.3. Niveau Centres de Santé

Tableau XII : Estimation des besoins en matériels, équipements et laboratoire au niveau Centre de Santé

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type d'équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
MATERIELS GYNECO/OBSTETRIQUES								
Table gynécologique	6	3	7	4	5	8	9	42
Table d'accouchement	12	6	14	8	10	16	18	84
Boite d'accouchement complète	18	9	21	12	15	24	27	126
Table de réception de nouveau-né	12	6	14	8	10	16	18	84
Kit de réanimation nouveau-né	12	6	14	8	10	16	18	84
Pèse bébé	12	6	14	8	10	16	18	84
Mètre ruban	12	6	14	8	10	16	18	84
Spéculum	60	30	70	40	50	80	90	420
MUAC	30	15	35	20	25	40	45	210
Horloge	6	3	7	4	5	8	9	42
Echographe avec imprimante	6	3	7	4	5	8	9	42
Boite d'insertion/retrait DIU	18	9	21	12	15	24	27	126
Kit insertion/retrait implant	18	9	21	12	15	24	27	126
Vacuum extractor (Ventouse)	6	3	7	4	5	8	9	42
Aspirateur	6	3	7	4	5	8	9	42
Bassin de lit	30	15	35	20	25	40	45	210
Lampe torche	30	15	35	20	25	40	45	210
Lampe tempête	30	15	35	20	25	40	45	210

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type d'équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
EQUIPEMENTS DE LABORATOIRE								
Microscope binoculaire mixte	6	3	7	4	5	8	9	42
Etuve à Co2	6	3	7	4	5	8	9	42
Anse de platine	12	6	14	8	10	16	18	84
Oese	60	30	70	40	50	80	90	420
Bac à coloration	12	6	14	8	10	16	18	84
Cellule de Malassez, Toma	12	6	14	8	10	16	18	84
Lampe de prélèvement (spot)	12	6	14	8	10	16	18	84
Agitateur	6	3	7	4	5	8	9	42
Fauteuil de prélèvement	6	3	7	4	5	8	9	42
Table de prélèvement	6	3	7	4	5	8	9	42
Spectrophotomètre	6	3	7	4	5	8	9	42
Table gynécologique	6	3	7	4	5	8	9	42
Centrifugeuse	6	3	7	4	5	8	9	42
Réfrigérateur	6	3	7	4	5	8	9	42
Hémoglobinomètre	6	3	7	4	5	8	9	42
Hotte à flux laminaire	6	3	7	4	5	8	9	42
Armoire	6	3	7	4	5	8	9	42
Jeu de pipettes	6	3	7	4	5	8	9	42
Cônes et embouts	6	3	7	4	5	8	9	42
Micro pipette de précision	18	9	21	12	15	24	27	126
Spéculum	60	30	70	40	50	80	90	420
Chronomètre (minuterie)	6	3	7	4	5	8	9	42
Pissette	24	12	28	16	20	32	36	168
Compteur de cellules	6	3	7	4	5	8	9	42
Coagulomètre	6	3	7	4	5	8	9	42

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type d'équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Bec bunsen	6	3	7	4	5	8	9	42
Autoclave	6	3	7	4	5	8	9	42
Bande de test	12	6	14	8	10	16	18	84
Balance de précision	6	3	7	4	5	8	9	42
Kit de verrerie	6	3	7	4	5	8	9	42
EQUIPEMENT DE BASE								
Poubelle	60	30	70	40	50	80	90	420
Brancard pliant	12	6	14	8	10	16	18	84
Lit d'observation, matelas, moustiquaire	60	30	70	40	50	80	90	420
Porte serum sur pied	60	30	70	40	50	80	90	420
Balance (type salter)	6	3	7	4	5	8	9	42
Toise enfant	6	3	7	4	5	8	9	42
Table d'examen	18	9	21	12	15	24	27	126
Stéthoscope médical	12	6	14	8	10	16	18	84
Stéthoscope obstétrical	12	6	14	8	10	16	18	84
Brassard	12	6	14	8	10	16	18	84
Tensiomètre électronique	6	3	7	4	5	8	9	42
Otoscope	6	3	7	4	5	8	9	42
Balance pèse personne	6	3	7	4	5	8	9	42
Toise adulte	6	3	7	4	5	8	9	42
Rechaud à pétrole 2 foyers	6	3	7	4	5	8	9	42
Poupinel électrique de 60 L	6	3	7	4	5	8	9	42
Autoclave de 120 L	6	3	7	4	5	8	9	42
Boite métallique	6	3	7	4	5	8	9	42
Bocal en verre (pour pince)	12	6	14	8	10	16	18	84
Boite à pansement	12	6	14	8	10	16	18	84
Boite de petite chirurgie	12	6	14	8	10	16	18	84
Plateau instruments avec	12	6	14	8	10	16	18	84

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type d'équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
couvercle								
Groupe électrogène de 6 KVA	6	3	7	4	5	8	9	42
Installation solaire	6	3	7	4	5	8	9	42
Armoire à pharmacie	18	9	21	12	15	24	27	126
Armoire de rangement en bois	12	6	14	8	10	16	18	84
Armoire de rangement en métal	24	12	28	16	20	32	36	168
Chaise en bois	60	30	70	40	50	80	90	420
Banc en bois	30	15	35	20	25	40	45	210
Bureau en bois avec tiroirs	18	9	21	12	15	24	27	126
Coffre-fort	6	3	7	4	5	8	9	42
Etagère en bois	12	6	14	8	10	16	18	84
Fauteuil métallique	6	3	7	4	5	8	9	42
Table simple	24	12	28	16	20	32	36	168
Tabouret métallique GM	12	6	14	8	10	16	18	84
Tabouret métallique PM	12	6	14	8	10	16	18	84
Tabouret en bois	12	6	14	8	10	16	18	84
Chariot à pansement	12	6	14	8	10	16	18	84
Matériel informatique (ordinateur et imprimante) et logiciel de gestion de base de données)	6	3	7	4	5	8	9	42
Photocopieuse	6	3	7	4	5	8	9	42
Matériel bureautique	6	3	7	4	5	8	9	42
MATERIEL DE LA CHAINE DE FROID								
Glacière	12	6	14	8	10	16	18	84
Porte-vaccins 1,5-3, 0 litres	30	15	35	20	25	40	45	210
Réfrigérateur solaire	6	3	7	4	5	8	9	42

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type d'équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Fût de 200 L	6	3	7	4	5	8	9	42
Jerricane de 20 L	6	3	7	4	5	8	9	42
Accumulateurs de froid	240	120	280	160	200	320	360	1680

5.3.4. Niveau Poste de Santé

Tableau XIII : Estimation des besoins en matériels, équipements et laboratoire au niveau Poste de Santé

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type d'équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
EQUIPEMENT								
Boite à pansement	24	8	112	12	30	52	0	238
Table d'accouchement	12	4	56	6	15	26	0	119
Boite d'accouchement complete	24	8	112	12	30	52	0	238
Boite de petite chirurgie	12	4	56	6	15	26	0	119
Pèse-bébé	12	4	56	6	15	26	0	119
Pèse personne sans toise	12	4	56	6	15	26	0	119
Pèse personne avec toise	12	4	56	6	15	26	0	119
Mètre ruban	24	8	112	12	30	52	0	238
Autoclave à rechaud	12	4	56	6	15	26	0	119
Réchaud à pétrole à mèche	12	4	56	6	15	26	0	119

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type d'équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Glacière	12	4	56	6	15	26	0	119
Jerrican 20 L	12	4	56	6	15	26	0	119
Réfrigérateur à pétrole	12	4	56	6	15	26	0	119
Porte vaccin	36	12	168	18	45	78	0	357
Bassin de lit	24	8	112	12	30	52	0	238
Bassins Cuvettes lave bébé	12	4	56	6	15	26	0	119
Blouse	72	24	336	36	90	156	0	714
Boite métallique à gant	24	8	112	12	30	52	0	238
Boite métallique à coton	24	8	112	12	30	52	0	238
Boite métallique à compresses	24	8	112	12	30	52	0	238
Brancard	12	4	56	6	15	26	0	119
Escabeaux	12	4	56	6	15	26	0	119
Gobelet	72	24	336	36	90	156	0	714
Haricot GM	24	8	112	12	30	52	0	238
Haricot PM	24	8	112	12	30	52	0	238
Pissette	24	8	112	12	30	52	0	238
Plateau GM	24	8	112	12	30	52	0	238
Plateau PM	24	8	112	12	30	52	0	238
Poire lavage oreilles	12	4	56	6	15	26	0	119
Potence métallique	60	20	280	30	75	130	0	595
Poubelle métallique	24	8	112	12	30	52	0	238
Sac pour agent	12	4	56	6	15	26	0	119
Sthétoscope	24	8	112	12	30	52	0	238

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type d'équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Sthétoscopes obstétricaux	12	4	56	6	15	26	0	119
Table d'examen	12	4	56	6	15	26	0	119
Tablier plastique	24	8	112	12	30	52	0	238
Tambour métallique PM	24	8	112	12	30	52	0	238
Tensiomètre	24	8	112	12	30	52	0	238
Thermomètre médical	24	8	112	12	30	52	0	238
Urinoir homme	24	8	112	12	30	52	0	238
Urinoir femme	24	8	112	12	30	52	0	238
Lampe à tempête	24	8	112	12	30	52	0	238
Lampe à alcool	12	4	56	6	15	26	0	119
Boite à image	12	4	56	6	15	26	0	119
Horloge	12	4	56	6	15	26	0	119
MATERIELS DE LABORATOIRE								
Kit des tests rapides paludisme	36	12	168	18	45	78	0	357
Kit des tests rapides albumine sucre	12	4	56	6	15	26	0	119
Kit des tests rapides TBG	12	4	56	6	15	26	0	119
Microscope solaire	12	4	56	6	15	26	0	119
CONSOMMABLES								
Abaisse langue métallique	12	4	56	6	15	26	0	119
Abaisse langue en bois	1200	400	5600	600	1500	2600	0	11900
Aspirateur nasal	120	40	560	60	150	260	0	1190

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type d'équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Alèse en plastique	48	16	224	24	60	104	0	476
Lame	1800	600	8400	900	2250	3900	0	17850
Lamelle	1800	600	8400	900	2250	3900	0	17850
LITS ET LITERIE								
Couverture	120	40	560	60	150	260	0	1190
Drap	120	40	560	60	150	260	0	1190
Esuie main	24	8	112	12	30	52	0	238
Lit métallique	60	20	280	30	75	130	0	595
Matelas à revêtement skař	60	20	280	30	75	130	0	595
Table de chevet	60	20	280	30	75	130	0	595
Moustiquaire imprégnée (MILDA)	60	20	280	30	75	130	0	595
MATERIELS ROULANTS								
Bicyclette	12	4	56	6	15	26	0	119
Tricyclette aménagée (ambulance villageoise)	12	4	56	6	15	26	0	119
Cyclomoteur	12	4	56	6	15	26	0	119
MOBILIER	0	0	0	0	0	0	0	0
Armoire à produits pharmaceutiques	24	8	112	12	30	52	0	238
Banc en bois	24	8	112	12	30	52	0	238
Bureau en bois avec tiroirs	12	4	56	6	15	26	0	119
Chaise en bois	72	24	336	36	90	156	0	714
Table simple	12	4	56	6	15	26	0	119

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau							Total besoin par type d'équipement
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	
Tabouret en bois	12	4	56	6	15	26	0	119
MATERIELS D'ENTRETIEN	0	0	0	0	0	0	0	0
Balais	24	8	112	12	30	52	0	238
Fer à repasser	12	4	56	6	15	26	0	119
Sceau en plastique	36	12	168	18	45	78	0	357
Sceau métallique	24	8	112	12	30	52	0	238
Produits d'entretien	12	4	56	6	15	26	0	119

5.4. Moyens de communication et d'information

Désignation	Besoins pour 3 ans (2015-2017) par niveau								Total besoin
	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	Central	
Matériels UVM : Caméoscope, appareil photo numérique	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Radio Emetteur Récepteur	7	4	4	4	4	7	8	2	40
Installation d'un système de transmission numérique de donnée	7	4	4	4	4	7	8	2	40
Matériels de communication (talkie-walkie)	2	0	0	0	0	0	25	35	62
Antenne VSAT								1	1

6. PLAN DE FINANCEMENT

6.1. Estimation des coûts par orientation stratégique

La répartition des coûts par axe stratégique se présente comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau XIV : Cadrage de coûts par axe stratégique (en millions de F CFA)

Domaine d'intervention	2015	2016	2017	Total	%
1. Gouvernance et appui institutionnel	22 331	20 150	18 166	60 647	23
2. Délivrance du PMA et du PCA	22 947	23 841	37 482	84 270	32
3. Santé de la mère et de l'enfant	8 870	10 470	17 475	36 815	14
4. Urgences et catastrophes	11 082	6 307	6 373	23 762	9
5. Lutte contre les maladies	22 913	22 603	11 199	56 715	22
Total général	88 143	83 371	90 695	262 209	

Ce tableau traduit clairement la volonté du Gouvernement de mettre un accent pendant cette période sur la remise à niveau des services de santé de base. En effet, 32% des ressources y seront consacrées.

La prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant (14 %) et le renforcement de l'administration du système de santé (23%) ne seront pas en reste.

Avec 22% de l'enveloppe globale, le pays compte continuer la mise en œuvre de la lutte contre la triade Tuberculose, VIH/SIDA et paludisme de même que le contrôle des maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées. Toujours dans le cadre de la lutte contre la maladie, le PTSS 2015-2017 se propose contribuer efficacement dans la prise en charge des maladies mentales et des problèmes psychosociaux.

Grâce à l'initiative Humanitaire à travers le Cluster Santé, 10% des ressources seront allouées aux Urgences et Catastrophes.

6.2. Evaluation des fonds disponibles et prévus

Le financement du PTSS se fera à travers les sources de financement suivantes : budget de l'Etat, partenaires au développement bilatéraux et multilatéraux, organisations non gouvernementales. La contribution de la population et du secteur privé est difficilement mobilisable durant la période de transition.

L'Etat financera le PTSS par le paiement des salaires et l'allocation budgétaire annuelle sous forme de crédits alloués répartis entre les structures et les différents niveaux du système. Le Ministère de la santé veillera à la mobilisation des ressources additionnelles pour le financement du PTSS.

Les collectivités et les communautés vont bénéficier de la gratuité des soins dans les zones de crise, la tarification forfaitaire avec faible recouvrement

de coût dans les autres zones. L'avenir des modalités de paiement des soins sera étudié au cours du plan de transition et mis en œuvre à partir de 2017.

Le plan de transition servira d'outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières, tant vis-à-vis du gouvernement que des financeurs extérieurs. Pouvoir témoigner d'un consensus large avec les PTF et ONG sur les orientations stratégiques et politiques sera probablement capital pour accroître la confiance et l'intérêt des bailleurs.

La couverture du besoin en financement se répartit comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau XV : Résumé du plan de financement du PTSS (en million de F CFA) :
(A compléter par les partenaires lors de la réunion de validation avec le Ministre)

Sources de financement	2015	2016	2017	Total	%
A rechercher	23 099	37 353	53 613	114 065	
Béku	4 354	2 743	14 410	21 507	
BM	3 130	10		3 140	
Etat	15 135	14 449	16 000	45 584	
Fonds Mondial	1 645	978		2 623	
GAVI	1953	2158		4 111	
OCHA	23 407	7 788		31 195	
OMS	6 900	6 550	5 296	18 746	
UE	1 133	621		1 754	
UNICEF	6 341	9 345		15 686	
UNFPA	1 046	1 376	1 376	3 798	
MSF					
BAD				0	
kfw				0	
BADEA				0	
Total	88 143	83 371	90 695	262 209	

6.3. Détermination de l'écart entre les besoins et les ressources disponibles

Le tableau XV montre bien que l'essentiel du financement du PTSS sera assuré par les Partenaires Techniques et Financier (83,6%).

Par ailleurs, 39,6% du financement reste à trouver, d'où la nécessité de mener des actions de plaidoyer soutenues pour le financement complet du PTSS. L'espace budgétaire national est dans ce cas tout aussi bien explorable que d'autres pistes auprès des multilatéraux (ex BAD) et surtout des bilatéraux.

6.4. Moyens et stratégies pour combler l'écart

Le financement des soins de santé dans ce contexte de crise humanitaire que le pays traverse a eu un impact très négatif sur la capacité de l'Etat à mobiliser des ressources internes et externes pour les secteurs sociaux tel que la santé. La politique de recouvrement des coûts n'a pas entraîné non plus beaucoup de ressources additionnelles provenant des ménages à cause du faible pouvoir d'achat d'une population marquée par un état de paupérisation avancée.

Il est évident qu'une politique de financement des soins centrée sur le recouvrement des coûts et le paiement direct par les populations dans un contexte d'extrême pauvreté d'une grande partie de celles-ci n'est pas bien adaptée à la situation actuelle et ne débouchera pas sur de bons résultats en termes d'indicateurs sanitaires.

C'est ainsi que la Politique sur la gratuité ciblée des soins sera appliquée jusqu'à la fin de la période de relèvement précoce afin de protéger les couches des populations les plus vulnérables. Le gouvernement optera pour des mécanismes mixtes (gratuité & recouvrement de coûts) selon une approche différenciée axée sur le degré de sécurisation des districts, le retour du personnel de santé et des populations, la prise des activités génératrices de revenu de la population au fur et à mesure que l'économie et les revenus de la population augmentent et le permettent.

Le Gouvernement continuera à conduire un plaidoyer fort auprès des PTFs pour la mobilisation des ressources additionnelles pour appuyer le secteur de la santé.

7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

7.1. Structures et organes de mise en œuvre

Le présent Plan de Transition du Secteur de la Santé tient compte des spécificités de la période de crise sans précédent que traverse la République Centrafricaine. Il vise à gérer la coexistence entre programmes humanitaires d'urgence et programmes de développement, pour avancer vers un renforcement progressif du système de santé. L'un des défis centraux est de faciliter le dialogue et rassembler les acteurs autour de stratégies communes. Il faut notamment éviter que le retrait futur des ONG humanitaires se traduise par une chute brutale des services, sans reprise parallèle par les acteurs de développement.

L'organisation de la coordination et de la concertation entre les acteurs est donc essentielle. La responsabilité première de la mise en œuvre du plan de transition incombe au Gouvernement. Il en délègue l'exécution au Ministère en charge de la Santé qui assurera la coordination générale des interventions grâce à ses organes tant du niveau central que du niveau décentralisé. L'une des premières étapes de la mise en œuvre sera de redéfinir et organiser les modalités de concertation et coordination préexistantes, en vue d'en faire des plateformes dynamiques d'aide à la prise de décision.

7.1.1. Au niveau central

Les activités de santé ont été coordonnées par le passé par deux organes au niveau central : le Comité Sectoriel Santé VIH/SIDA et le Comité National de Coordination des SSP.

Ces organes seront réactivés en coordination avec les partenaires (PTF, ONG). Le mandat des organes et les modalités d'organisation seront revisités et validés par l'ensemble des parties prenantes dans un Memorandum of Understanding.

Il faudra pour cela déterminer les fonctions techniques, et de validation politique. Ceci inclut notamment :

- (1) Un cadre de concertation stratégique du secteur de la santé : le CCSS sera composé du Ministère en charge de la Santé qui assumera la présidence, des représentants des autres départements, des PTF et des ONG. Il aura une fonction de **validation politique**. Ses décisions seront possibles basées autant que sur les recommandations d'un Secrétariat Technique restreint.
- (2) Un **Secrétariat technique restreint** composé de 6 à 7 experts compétents du Ministère en charge de la Santé. Il n'aura pas de rôle décisionnel, mais apportera les éléments pour faciliter la prise de décision stratégique au sein du CCSS. Il organisera au besoin des **réunions de consultation** plus étendue pour les thématiques requérant un débat élargi ou une validation technique auprès du Ministère en charge de la Santé, des PTF et des ONG. Il bénéficiera d'une assistance technique des PTF.
- (3) Des groupes **thématiques qui** seront chargés de la mise des différents axes stratégiques du PTSS sur la base d'une planification opérationnelle des activités.

7.1.2. Au niveau régional et district

Les mêmes efforts de coordination et concertation seront reflétés au niveau des districts et des régions. Au besoin, les organes seront adaptés dans un premier temps à la disponibilité de personnel au sein des équipes cadres de régions et de district.

Un comité technique restreint jouera le rôle dévolu au secrétariat technique permanent du Ministère en charge de la Santé Il rassemblera autour des équipes cadres les acteurs clés représentatifs des partenaires (PTF, ONG, organisation de la société civile, représentants de la population) en vue de faciliter la coordination des activités et le consensus stratégique. Des Memorandum of Understanding standards seront proposés au niveau régions et district pour structurer la concertation avec les partenaires et faciliter la coordination au niveau central. Ils s'inspireront notamment du fonctionnement des Comités Régionaux des SSP préexistants.

Les équipes cadres assureront la coordination technique des interventions opérationnelles, en représentation et sous l'autorité du Ministère en charge de la Santé. Ils fourniront l'appui technique et logistique aux structures sous leur responsabilité, et coordonneront la planification des activités et le suivi de leur mise en œuvre.

Les plans annuels des districts intégreront les micro- plans des Centres de Santé et des structures de référence. Les responsables des districts de santé organiseront sous la supervision des Préfets ou Sous-Préfets, les ateliers d'adoption des plans et veilleront à leur mise en œuvre et au suivi des plans adoptés.

7.2. Modalités de mise en œuvre du financement

Pour ce qui est du financement du PTSS, les sources restent les mêmes : Etat, Communautés, Secteur privé et Partenaires.

L'Etat financera le PTSS par la formation et l'intégration du personnel, le paiement des salaires et l'allocation budgétaire annuelle sous forme de crédits répartis entre les structures et les divers niveaux du système de santé. Le Ministère en charge de la Santé veillera à la mobilisation de ressources additionnelles pour le financement du PTSS.

Les Collectivités et les Communautés continueront à participer au financement du PTSS par le biais de subventions et du recouvrement des coûts. En outre, elles apporteront des contributions en nature pour certaines réalisations d'utilité publique en matière de santé.

Le secteur privé interviendra dans le financement de la santé sous diverses formes : sécurité sociale, contrats de services, sous-traitance, gestion des structures de santé, approvisionnement en médicaments, etc.

Les partenaires au développement seront encouragés à poursuivre leurs aides sous forme de dons en matériels et équipements, en médicaments, de subventions financières ou d'appui pour l'accès à divers fonds créés dans le cadre d'initiatives existantes ou nouvelles (Fonds mondial, GAVI, etc.).

7.3. Rôle des communautés et des partenaires

Outre le financement et la mobilisation des ressources, les communautés et les collectivités locales seront impliquées activement dans tout le processus de planification de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du PTSS. Leurs capacités seront renforcées pour la prise en charge de leurs problèmes de santé.

De par leur présence au sein des différents organes, les ONG et Associations de santé ainsi que les représentants des Départements ministériels connexes apporteront leurs appuis, chacun dans son domaine de compétence, pour la mise en œuvre du PTSS.

Les partenaires au développement soutiendront les efforts du Gouvernement et contribueront à la mobilisation des ressources, au renforcement du partenariat et du cadre institutionnel pour faciliter la mise en œuvre du PTSS. Ils seront impliqués à toutes les étapes du processus.

7.4. Facteurs favorisant la mise en œuvre

La mise en œuvre du plan de transition sera intimement liée au dialogue entre MSP et partenaires et la réactivité des instances de coordination et concertation. Il sera nécessaire de s'accorder sur les principales étapes jalonnant la définition, la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation de stratégies de transition. Les premiers points précédant la mise en œuvre effective du plan sont les suivants :

- **Elaboration d'une feuille de route conjointe.** La feuille de route visera à planifier et coordonner les interventions des différentes parties dans le processus de transition. Il s'agit de s'accorder sur un agenda glissant déterminant à chaque étape quelle est l'action à mener, qui en est responsable et pour quand elle doit être finalisée. La feuille de route doit rester un outil dynamique à discuter et adapter avec l'ensemble des parties prenantes en vue de mobilisation de ressources conséquentes. De même, il est nécessaire que des individus et non des institutions soient désignés en vue d'engager la responsabilité individuelle des personnes concernées.

- **Structuration des instances de coordination.** La section 9 propose une organisation des instances de coordination. Il faudra s'accorder au plus vite sur leur composition et modalités en vue d'initier les interventions du plan de transition.
- **Détermination des zones d'intervention prioritaires.** Certaines zones bénéficient déjà de supports importants, d'autres non. De même les besoins en matière de relance minimale du système de santé ne sont pas uniformes. Les données HERAMS seront exploitées jusqu'au niveau district pour établir une cartographie des zones prioritaires, qui servira à orienter la mise en œuvre.
- **Suivi du cycle de planification politique.** Le Ministère en charge de la Santé veillera à intégrer ses partenaires dans un processus régulier de documentation, revue et adaptation des stratégies opérationnelles, via notamment l'organisation de planifications périodiques au niveau central et décentralisé, et de revue annuelle conjointe. Cela devra déboucher à terme sur le développement d'un PNDS III ou une extension du plan de transition en cas de persistance de la phase de crise politico-militaire.

7.5. *Contraintes dans la mise en œuvre*

La situation de crise que traverse le pays induit des risques et contraintes majeurs. Réussir à gérer la transition entre le contexte d'urgence prévalant aujourd'hui et une future relance du système de santé suppose de considérer et trouver des solutions face aux éléments qui peuvent aller à l'encontre de la mise en œuvre. Ils sont divisés ci-dessous en cinq types de contraintes différents : (i) structurelles ; (ii) contextuelles ; (iii) fonctionnelles ; (iv) financières ; (v) sociales et comportementales.

- **Contraintes structurelles : Réactivité des organes de concertation.** Les partenaires à la santé présents dans le pays répondent souvent à des logiques et des stratégies d'intervention différentes. Les positions peuvent être difficiles à concilier (ex : entre urgentiste et développementaliste). Le succès du plan de transition dépendra probablement en grande partie de l'efficacité des plateformes de concertation et coordination, qui elles-mêmes dépendront des individus qui s'y investissent. Il faut tant que possible qu'elles soient des espaces dynamiques de débat pour trouver des solutions pratiques aux problèmes prioritaires, dans un esprit de compréhension des contraintes et positions respectives.
- **Contraintes contextuelles : Volatilité et imprévisibilité des contextes.** Les conflits en cours imposent de nombreuses restrictions au niveau des activités. L'évolution des contextes devra se traduire dans une adaptation des réponses stratégiques et opérationnelles apportées. Dans certains cas, cela pourrait mettre à mal des réalisations précédentes et faire rebasculer certaines zones stabilisées dans des réponses d'urgence. Cela pourrait également freiner la relance du système de santé dans certaines zones, en raison de doutes sur l'évolution sécuritaire. S'ajoute à cela, les difficultés d'accessibilité liée à la dégradation des routes, ponts, bacs, parc automobile, piste d'atterrissage, fleuve.
- **Contraintes fonctionnelles : renforcement effectif du système de santé.** Le redéploiement des activités sanitaires dans les zones stabilisées dépend d'un ensemble de conditions à l'existence même des services, pour lesquelles des solutions pratiques doivent être trouvées. Le plan de transition ne pourra se traduire en action que si l'on arrive à payer le personnel au niveau décentralisé, à organiser un approvisionnement de qualité à l'échelle nationale, etc. Les structures non supportées par les partenaires posent un défi supplémentaire.
- **Contraintes financières : ampleur et acheminement des ressources.** Le plan de transition demande des ressources très importantes. La RCA doit mettre tout en

œuvre pour susciter le support de financeurs extérieurs, et fluidifier ses circuits de financement. Il est de plus nécessaire d'anticiper la chute des financements qui suivra probablement la fin de la crise politico-militaire.

- **Contraintes comportementales et sociales: restaurer la confiance.** Rétablir l'offre de service ne se traduira pas forcément en gains de santé pour la population. Il faut encore pour cela s'assurer que la population ait confiance dans les services proposés (désire les utiliser), et en corollaire que le personnel ait un comportement adéquat. C'est toute la question de qualité de service qu'il est nécessaire de travailler à terme, dans des contextes où la méfiance, les actes malveillants et la discrimination auront marqué les esprits. La gratuité des soins vont rendre difficile le retour au recouvrement de coût.

8. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du PTSS se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et district) avec l'appui des partenaires au développement. Des plans opérationnels seront élaborés à tous les niveaux du système de santé avec une focalisation des actions au niveau opérationnel (district et aires de santé). L'idée est d'arriver à des plans opérationnels intégrés qui tiennent compte des réalités locales et qui répondent aux besoins et attentes des populations.

Le PTSS s'étend sur trois ans et couvre la période 2015-2017. Sa mise en œuvre se fera au travers de plans opérationnels.

9. SUIVI/EVALUATION

9.1. Mécanismes de suivi et d'évaluation

La rédaction de plans opérationnels dérivés du plan de transition veillera à définir précisément un cadre de suivi et évaluation. Le contexte de crise actuelle, les défauts de fonctionnalité du système de santé et du système d'information demanderont de revoir les ambitions de manière réaliste et de développer des solutions créatives.

9.1.1. Surveillance épidémiologique et SNIS

Les données de routine collectées dans le cadre du SNIS ne permettent pas actuellement d'assurer le suivi à chaque niveau du système. Un renforcement doit être planifié durant le plan de transition en vue d'offrir les conditions nécessaires pour relancer un SNIS de routine complet dans le cadre du PNDS III.

Dans l'attente, l'accent sera mis sur la surveillance épidémiologique des maladies et sur la relance de certains éléments clés du SNIS.

9.1.2. Supervision et monitoring

Le système de supervision et de monitoring a été mis à mal par la déstructuration des équipes cadres de régions et de districts et les risques liés à la circulation à l'intérieur du pays.

L'accent sera d'abord mis sur le développement d'outils de supervision formative intégrée qui soient adaptés aux capacités des acteurs présents aux niveaux région et district.

Selon le degré de stabilisation et de retour à la fonctionnalité des zones, un système complet de supervision et monitoring sera progressivement réintroduit avec une supervision trimestrielle des activités des régions sanitaires par le niveau central, une supervision des districts tous les deux mois par les régions sanitaires, et une supervision rapprochée des formations sanitaires par les équipes cadres de district. L'urgence dans un premier temps va évidemment à ce dernier niveau, en vue de favoriser la relance de prestations de santé de qualité acceptable.

9.1.3. Suivi et Evaluation

Un cadre de suivi et évaluation sera élaboré dans le processus de planification opérationnelle. Il déterminera la manière dont les données seront collectées, analysées et diffusées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Outre les données collectées via les mécanismes de surveillance épidémiologiques et certaines composantes du SNIS, le cadre de suivi évaluation veillera à planifier les études complémentaires nécessaires pour suivre l'état de santé de la population, analyser la relance effective du système de santé et apporter des réponses stratégiques adaptées aux contextes locaux. Certaines de ces études figurent déjà parmi les actions proposées. Elles seront intégrées dans le cycle de planification politique.

Outre ces études, une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du plan de transition sera planifiée pour le dernier semestre 2016, et servira à réorienter les stratégies pour la dernière année. Une évaluation finale sera réalisée au deuxième semestre 2017 dans la perspective de l'élaboration du PNDS III.

9.2. *Coût de la composante suivi/évaluation et cadre de mise en œuvre*

Fonctionnement du Comité Sectoriel Santé VIH/SIDA: ...	15.000.000 FCFA ;
Réunions du Cadre de Concertation Stratégiques :	18.000.000 FCFA
Fonctionnement du Secrétariat Technique.....	15.000.000 FCFA ;
Réunion du Comité National de Coordination :.....	21.000.000 FCFA ;
Reuves :	9.000.000 FCFA ;
Enquêtes :.....	9.000.000 FCFA ;
Evaluation :.....	9.000.000 FCFA ;
Suivi au niveau décentralisé :.....	21.000.000 FCFA.
TOTAL	117.000.000 FCFA

CONCLUSION

Dans un contexte de vacuité de l'administration publique du à la crise politico sociale que connaît le pays, le Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS) vient restituer la prédominance managériale de la planification sur le pilotage à vue qui s'accommoderait mal avec ce contexte.

Ce document est un aboutissement d'une implication d'un ensemble d'acteurs à des rôles et objectifs différents et quelquefois antagonistes, à la dure expérience des usages et à la triste réalité de la démobilisation et démotivation des principaux acteurs que sont les personnels de santé.

Le PTSS est également l'expression de l'appui scientifique et technique soutenu de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui a su cristalliser les efforts de la communauté internationale et des politiques du pays à la cause de la santé des populations de la RCA en cette période de crise.

Loin d'être un aboutissement, le Plan de Transition du Secteur de la Santé n'est en fait qu'un OUTIL de préparation d'un réel plan de développement du secteur santé. Donc, inerte et froid comme tous les outils de gestion des politiques publiques et ne prendra vie que grâce au dynamisme des acteurs chargés de sa mise en œuvre. Ses limites, loin de le décrédibiliser confirment l'assertion selon laquelle « l'œuvre humaine reste et demeure imparfaite » et nous permettent d'évaluer le chemin qui reste à parcourir pour bâtir une politique de santé sereine et surtout résiliente aux soubresauts politiques.

La bonne combinaison stratégique des initiatives humanitaire (à travers le Cluster Santé) et développementale (à travers le MSP) est l'expression d'une très haute approche d'efficacité qui servira d'exemple d'école dans le développement des politiques publiques en Afrique.

Reste que les uns et les autres s'investissent à fonds pour que la santé des populations cesse d'être sujet des politiques publiques mais plutôt son objet.

MATRICE OPERATIONNELLE
DU PLAN DE TRANSITION DU SECTEUR
DE LA SANTE 2015-2017

Résultat Stratégique 1 : Le Ministère en charge de la Santé est renforcé dans ses fonctions de gouvernance

EFFETS	PRODUITS	COUTS	PARTIES PRENANTES
Effet 1: Un appui est fourni pour le renforcement institutionnel du MSP au niveau central	Produit 1: 75 véhicules sont acquis pour les services administratifs	2 343 750 000	MSP/PTFS
	Produit 2: Une coordination du secteur de la santé est renforcée avec toutes les parties prenantes	15 000 000	MSP/PTFS
	Produit 3: 39 Mois de salaire sont régulièrement payés au personnel de santé	20 281 852 500	MINFI
	Produit 4: 400 jours/homme d'assistance sont assurés à travers une assistance technique perlée	250 000 000	MSP/Béku/GAVI
	Produit 5: 24 jours/homme d'assistance sont assurés à travers une assistance technique de longue durée	150 000 000	MSP/Béku/GAVI
	Produit 6: L'Organigramme du MSP est révisé à travers 10 réunions	6 250 000	MSP/OMS/UNICEF
	Produit 7: Les bâtiments du MSP sont réhabilités suite à des travaux	625 000 000	MSP/PTFS
Total Effet 1		23 671 852 500	
Effet 2: La décentralisation de la pyramide sanitaire est renforcée	Produit 1: 4 missions de supervision par an sont conduites du niveau central vers le niveau déconcentré	1 440 000 000	MSP/PTFS
	Produit 2: Le système d'alerte épidémique est fonctionnel	2 690 250 000	MSP/OMS
	Produit 3: Des revues périodiques sont organisées au niveau déconcentré	239 364 888	MSP/OMS/GAVI/BM
	Produit 4: Des plans d'urgences opérationnels sont élaborés et disponibles au niveau des DS	17 500 000	MSP/OMS UNICEF BM
Total Effet 2		4 387 114 888	
Effet 3: La concertation et la coordination des partenaires sont assurées à tous les niveaux	Produit 1: Un appui technique est assuré auprès du MSP	22 335 914 050	MSP/OMS, UE, GAVI, Béku
	Produit 2: Une commission de suivi du financement du secteur de la santé est disponible et fonctionnelle	10 000 000	MSP MinFB PTFs
	Produit 3: Une cartographie des ressources est	31 250 000	MSP

Effet 3: La concertation et la coordination des partenaires sont assurées à tous les niveaux	développée et mise à jour		MinFB PTFs
	Produit 4: Les gaps de financement sont comblés à travers l'organisation d'une table ronde des bailleurs et PTFs autour des prévisions budgétaires.	12 500 000	MSP MinFB PTFs
	Produit 5: Les instances de coordination du niveau central sont redynamisées et rendues fonctionnelles	30 000 000	MSP/UNICEF/OMS
	Produit 6: Les instances de coordination du niveau District de Santé sont redynamisées et fonctionnelles	33 652 800	MSP/UNICEF/OMS
	Produit 7: Les instances de coordination du niveau intermédiaire sont redynamisées et fonctionnelles	67 424 400	MSP/UNICEF/OMS
	Produit 8: 15 OSC subventionnées par les PTFs	1 000 000 000	MSP/UNICEF/OMS/Béku
Total Effet 3		23 520 741 250	
Effet 4: Le dispositif de planification, programmation, budgétisation et suivi évaluation est mis en place	Produit 1.1: Les données sanitaires sont collectées et analysées Produit 1.2 : Les bulletins statistiques annuels sont publiés	1 055 943 653	MSP/PTFs
	Produit 2: 6 missions d'expertise sont réalisées pour appuyer la mise en œuvre des programmes spécifiques (expertises perlées et audit)	250 000 000	MSP/AFD/UE/OMS/Partenaires
	Produit 3: Les résultats des études spécifiques sont disponibles et diffusés	125 000 000	MSP/PTFs
	Produit 4: Un cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT) est élaboré	81 250 000	MSP MinPlan MinFB OMS
	Produit 5: Un plan d'actions prioritaires est élaboré	6 250 000	MSP BM Béku OMS
	Produit 6: Le PNDS III est élaboré et diffusé	18 750 000	MSP PTFs
	Produit 7: Le rapport d'évaluation du PTSS est élaboré	58 941 434	MSP PTFs
	Produit 8: Le rapport d'évaluation du PNDS II est d'élaboré	236 424 269	MSP PTFs

Effet 4: Le dispositif de planification, programmation, budgétisation et suivi évaluation est mis en place	Produit 9: Le cycle de planification stratégique et opérationnel est implémenté	34 375 000	MSP PTFs
	Produit 10: 600 personnels de santé sont formés à la planification, programmation budgétisation et suivi-évaluation	112 500 000	MSP PTFs
	Produit 11: Les résultats des enquêtes de santé (SMART, EDS-MICS, PET, Herams, etc.) sont diffusés	187 500 000	MSP PTFs
	Produit 12: Un centre numérique pour la santé est fonctionnel	33 750 000	MSP PTFs
	Produit 13: Le décret de découpage des régions sanitaires en districts / circonscriptions sanitaires est actualisé.	7 500 000	MSP BM
	Produit 14: La politique Nationale de Santé (PNS) est révisée et diffusée	8 125 000	MSP OMS
	Produit 15: 300 motos sont acquises pour les services de santé	1 125 000 000	MSP,GAVI, Bêku, OMS, UNICEF
	Produit 16: 04 véhicules sont acquis pour les services de santé	125 000 000	MSP PTFs
	Produit 17: 194 vélos sont acquis pour les services de santé	48 500 000	MSP PTFs
	Produit 18: Des réunions mensuelles et trimestrielles sont tenues pour assurer la coordination du SNIS	5 391 794 625	MSP PTFs
	Produit 19: Le cadre de mise en œuvre du PTSS est financé pour le suivi du PTSS	117 000 000	MSP PTFs
Total Effet 4		9 023 603 980	

Effet 5: Les informations utiles pour l'action en santé rendues disponibles en ligne auprès de tous les acteurs	Produit 1: Le site internet du MSP est finalisé et mis à jour	25 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Diffusion du PTSS à tous les acteurs œuvrant dans le secteur de la santé Produit 2.2: Mise en œuvre du PTSS suivi et évalué régulièrement par le cadre de concertation du secteur de la santé (CCSS)	18 750 000	MSP PTFs
Total Effet 5		43 750 000	
TOTAL RESULTAT STRATEGIQUE 1		60 647 062 618	

Résultat Stratégique 2 : Un paquet minimum d'activités de qualité est mis à disposition

EFFETS	PRODUITS	COUTS	PARTIES PRENANTES
Effet 1: Les capacités institutionnelles et organisationnelles d'approvisionnement en médicament dans le pays sont renforcés	Produit 1: Les capacités institutionnelles et organisationnelles d'approvisionnement en médicaments dans le pays, y inclus l'Autorité Nationale de Régulation (ANR) sont renforcées.	27 469 867 477	MSP PTFs
	Produit 2: Une (des) solution(s) alternative(s) commune(s) pour fédérer l'approvisionnement en médicaments et matériel médical de qualité pour les PTF, ONG et autres ; Réduire le nombre de circuits d'approvisionnement parallèles et faciliter le contrôle de qualité par les autorités nationales sont explorées et mise en oeuvre .	4 826 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Un plan de renforcement de l'Inspection Nationale des Services Pharmaceutiques pour monitorer la qualité des médicaments disponibles en RCA est développé.	171 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: Développer un système de pré-qualification des médicaments.	243 200 000	MSP PTFs
	Produit 5: La liste de médicaments essentiels génériques est mise à jour	151 050 000	MSP PTFs
	Produit 6: Une assistance technique perlée ad-hoc est fourni.	665 000 000	MSP PTFs

	Produit 7: Une documentation comparative de l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement et de la qualité des médicaments et matériels médicaux délivrés par les principaux fournisseurs nationaux (UCM, CHMP, éventuellement autres) est disponible.	108 300 000	MSP PTFs
	Produit 8: La disponibilité, la qualité et la source des médicaments dans les FOSA sont documentées.	43 700 000	MSP PTFs
	Produit 9: Le contrôle qualité des médicaments au niveau national via l'Inspection Nationale des Services Pharmaceutiques est renforcé.	53 200 000	MSP PTFs
	Produit 10: Les capacités des intervenants (niveau central, décentralisé, FOSA) dans la gestion de l'approvisionnement en médicaments et matériel consommables sont renforcées.	3 478 289 538	MSP PTFs
	Produit 11: Le renforcement et l'extension progressive de dépôts pharmaceutiques décentralisés dans le pays, en regard de la situation sécuritaire est planifié.	109 250 000	MSP PTFs
	Produit 12: Les normes actuelles du MSP en matière de PMA / PCA en fonction des infrastructures et des capacités des acteurs effectivement en place sont adaptées.	45 980 000	MSP PTFs
	Produit 13: Une priorité est mise sur la santé mère-enfant, la vaccination de routine, le RSI et la surveillance épidémiologique.	8 550 000 000	MSP PTFs

	Produit 14: Des stratégies additionnelles nécessaires pour compléter les PMA / PCA dans les zones où ils ne peuvent être appliqués intégralement (équipes mobiles, maison de maternité, PECADOM, stratégies avancées) sont déterminées.	1 822 100 000	MSP PTFs
	Produit 15: Des solutions sanitaires spécifiques pour les populations victimes du conflit au sein du pays, notamment les populations migrantes et les populations cachées à proximité de leur village sont développées en collaboration avec les ONG.	5 082 500 000	MSP PTFs
	Produit 16: Des possibilités de collaboration avec les organismes prenant en charge les populations réfugiées en dehors du pays sont explorées en collaboration avec les ONG et le HCR.	2 660 000 000	MSP PTFs
	Produit 17: Le système de référence / contre-référence est renforcé via notamment la dotation en moyens de communication et matériel roulant, adaptées aux contextes locaux.	855 000 000	MSP PTFs
Total Effet 1		8 597 500 000	
Effet 2: Les structures administratives de santé sont mises à niveau	Produit 1: Un plan de réhabilitation et équipement des FOSA (médical, roulant, informatique, chaîne de froid, laboratoire, énergie, autres) en lien avec l'étude HeRAMS est élaboré.	35 150 000	MSP PTFs
	Produit 2: Les dotations, réhabilitations et constructions prioritaires dans les FOSA sont effectuées.	32 775 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Un plan étendu de développement des infrastructures en prévision du PNDS III est élaboré.	47 201 700	MSP PTFs

Total Effet 2		32 857 351 700	
Effet 3: Les formations sanitaires ciblées sont dotées en ressources humaines adéquates pour la mise en œuvre du PMA/PCA	Produit 1: Une méthodologie et des outils pour permettre de déterminer et mettre à jour le plan des effectifs en santé dans le pays, étendu au personnel contractuel des formations sanitaires sont élaborés.	58 900 000	MSP PTFs
	Produit 2: Une stratégie de redéploiement du personnel, en adéquation avec la manière pragmatique les causes de leur concentration en milieu urbain est développer.	361 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Veiller à une dotation en ressources humaines répondant aux minima requis dans chaque contexte en fonction du PMA/PCA.	6 270 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: Des solutions pour assurer le transfert des salaires (et autres financements) au niveau décentralisé dans des conditions de sécurité acceptables, pour faciliter la présence du personnel en poste dans les districts et régions sont développées après un plaidoyer.	102 600 000	MSP PTFs
	Produit 5: La mise en œuvre des mécanismes d'incitation dans le cadre des directives de gratuité est maintenue.	14 250 000 000	MSP PTFs
	Produit 6: la politique de paiement de primes d'incitation ou motivation au personnel de santé, et à s'investir sur les zones non-couvertes est encouragée ou négociée à travers les nouveaux projets / programmes.	1 350 900 000	MSP PTFs
	Produit 7: Un mécanisme de paiement de primes d'incitation via les lignes gouvernementales dans les zones non-couvertes par les partenaires est développé.	2 964 000 000	MSP PTFs
	Produit 8: Les capacités du personnel sur les éléments essentiels du PMA/PCA à mettre en œuvre dans chaque zone sont renforcées.	1 273 000 000	MSP PTFs

	Produit 9: Le renforcement des capacités en gestion des formations sanitaires, y inclus la gestion financière et la gestion des stocks est appuyé.	142 500 000	MSP PTFs
	Produit 10: Une politique et / ou un plan stratégique de développement des Ressources Humaines en Santé à intégrer dans le cadre du PNDS III est élaborée.	16 910 000	MSP PTFs
	Produit11: Des curricula de formations adaptés aux capacités du personnel et des formateurs sur les programmes/projets clés sont proposés.	89 300 000	MSP PTFs
	Produit12: Des solutions pour augmenter l'engagement du personnel qualifié actuellement au chômage (remplacement numérique des départs à la retraite, décès, plaidoyer pour l'augmentation du budget d'engagement par la Fonction Publique, le Ministère des Finances et autres) sont proposées.	2 850 000 000	MSP PTFs
	Produit 13: La production de ressources humaines est renforcée en relançant et étendant les curricula complets de formation de personnel paramédical (infirmier, sage-femme, agent technicien de santé, promotion de la santé) au sein d'écoles de formation à Bangui et en provinces (Bambari, extension éventuelle à Bossangoa, Bouar, autres) pour anticiper sur les besoins futurs.	179 873 000	MSP PTFs
Total Effet 3		29 908 983 000	
Effet 4: Les ressources nécessaires pour le financement des soins sont	Produit 1: La mise en œuvre de la gratuité ciblée des soins est poursuivie.	1 672 000 000	MSP PTFs

mobilisées	Produit 2: Inciter les nouveaux projets/programmes à adopter les modalités de gratuité des soins, et à s'investir sur les zones non-couvertes.	874 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Un mécanisme de paiement des prestations effectuées par les formations sanitaires dans le cadre de la gratuité via les lignes gouvernementales dans les zones non-couvertes par les partenaires (notion de compensation de recouvrement de coûts) est développé.	1 221 700 000	MSP PTFs
	Produit 4: La tarification des soins dans les formations sanitaires est régulé.	22 800 000	MSP PTFs
	Produit 5: Les freins à la mise en œuvre de la gratuité dans les formations sanitaires où elle n'est pas ou que partiellement appliquée (ex : rupture de stock, budget de fonctionnement insuffisant, paiement erratique (irrégulier) des salaires et primes d'incitation et autres) sont investigués et documentés.	32 300 000	MSP PTFs
	Produit 6: La gestion administrative et financière des FOSA pour une meilleure mobilisation et gestion des ressources (Etat, recouvrement des coûts, PTF) est renforcée	85 500 000	MSP PTFs
	Produit 7: Les effets des mécanismes de paiement (gratuité, financement basé sur les résultats) sur l'utilisation des soins par la population, la satisfaction des usagers et du personnel, et une série d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs de performance des services de santé sont documentés et partagés	43 700 000	MSP PTFs

	Produit 8: Une étude sur l'opportunité de modèles alternatifs de financement (ex : forfait, FBR, mutuelles) à développer dans le cadre d'une future politique de financement de la santé et / ou des stratégies retenues pour avancer vers la couverture universelle en santé dans le cadre du PNDS III est conduite.	315 400 000	MSP PTFs
Total Effet 4		4 267 400 000	
Effet 5: Le système de gestion de l'hygiène hospitalière est introduit dans au moins 50% des formations sanitaires ciblées	Produit 1: La systématisation de la communication sur les règles d'hygiène à respecter par le personnel et les usagers au sein des formations sanitaires (affichage, fiches de procédures) est établie	312 208 000	MSP PTFs
	Produit 2: Le contrôle de l'hygiène et de la présence de matériel d'entretien est intégré dans les procédures de supervision de routine	237 500 000	MSP PTFs
	Produit 3: Des agents d'hygiène et d'assainissement sont déployés dans l'ensemble des formations sanitaires.	366 700 000	MSP PTFs
	Produit 4: Les dotations, constructions et réhabilitations nécessaires en matière d'hygiène et de gestion des déchets sont assurées.	1 273 000 000	MSP PTFs
Total Effet 5		2 189 408 000	
Effet 6: Les formations sanitaires ciblées sont dotées d'un dispositif de transfusion sanguine	Produit 1: Les capacités du Centre National de Transfusion Sanguine sont renforcées.	855 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Le développement de centres et dépôts régionaux et de districts de transfusion sanguine est planifié et intégré à terme au sein du PNDS III.	14 440 000	MSP PTFs

	Produit 3: Une réhabilitation / dotation progressive des dépôts et centres décentralisés de transfusion sanguine (réfrigérateur, matériel de transfusion, autres) est assurée.	849 300 000	MSP PTFs
Total Effet 6		1 718 740 000	
Effet 7: Les Programmes de Santé ont intégrés la promotion de la santé	Produit 1: Les capacités en promotion de la santé sont renforcées à travers la formation des agents impliqués dans le développement sanitaire;	171 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Les systèmes de santé sont renforcés par l'introduction de la promotion de la santé dans tous les programmes ;	148 200 000	MSP PTFs
	Produit 3: Des partenariats en vue du développement des actions intersectorielles pour agir sur les déterminants de la santé sont mis en place;	45 600 000	MSP PTFs
	Produit 4: L'appropriation communautaire est renforcée à travers des interventions qui donnent le pouvoir aux populations d'agir sur les déterminants de leur propre santé ;	115 900 000	MSP PTFs
	Produit 5: Développer la culture sanitaire et l'action sur les comportements favorables à la santé.	820 800 000	MSP PTFs
	Produit 6: Le grand public est informé sur les services disponibles (curatif, préventif, autres), notamment les services peu connus tels que prise en charge des violences sexuelles et santé mentale.	126 977 000	MSP PTFs

	Produit 7: Les relais communautaires sont formés (y compris dans les sites des déplacés) dans le cadre du paquet intégré communautaire pour les maladies telles que : paludisme, choléra, VIH, malnutrition, maladies non transmissibles, Ebola.	1 278 700 000	MSP PTFs
	Produit 8: Les relais formés sont appuyés sur les sites avec des kits de sensibilisation sur la sécurité sanitaire des aliments ;	866 571 000	MSP PTFs
	Produit 9: Un plan intégré de communication (PIC) est élaboré et vulgarisé prenant en compte tous les aspects de santé	145 730 000	MSP PTFs
	Produit 10: Des formats de communication adaptés / vulgarisés sont développés pour la communication de masse sur les fondamentaux de la promotion de la santé.	37 620 000	MSP PTFs
	Produit 11: Les enseignants et leaders communautaires sont formés sur la promotion de la santé.	123 500 000	MSP PTFs
	Produit 12:Un plan stratégique intégré de promotion de la santé est élaboré et intégré dans le PNDS III est élaboré.	39 900 000	MSP PTFs
Total Effet 7		3 920 498 000	
Effet 8: L'IEC-CCC est vulgarisé dans toutes les aires de santé ciblées Produit 2: a mobilisation communautaire dans les aires de santé ciblées est assuré	Produit 1: Les liens entre les professionnels de santé et autres personnels des secteurs non sanitaires sont renforcés.	29 773 000	MSP PTFs
	Produit 2: Les structures communautaires suivant les besoins des communautés et sur leurs initiatives sont mises en place	184 300 000	MSP PTFs

	Produit 3:Des sessions de partage des leçons des organisations travaillant sur le renforcement de la cohésion sociale, dans tous secteurs et en santé sont organisées.	107 882 000	MSP PTFs
	Produit 4: Le fonctionnement des Comités de Gestion et Comités de Soins de Santé Primaire à l'échelle nationale est réactivé.	488 300 000	MSP PTFs
Total Effet 8		810 255 000	
TOTAL RESULTAT STRATEGIQUE 2		84 270 135 700	

Résultat Stratégique 3: La prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant est améliorée			
EFFETS	PRODUITS	COUTS	PARTIES PRENANTES
Effet 1: Les rapports d' études et enquêtes nécessaires pour une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant	Produit 1: Deux études sur les SONU et sur la disponibilité des produits et services de santé sexuelle et reproductive sont organisées	48 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Une étude sur les déterminants anthropologiques de la santé de la reproduction est organisée;	27 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Les besoins en équipements en matière de Maternité à Moindres Risques ; Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), produits contraceptifs sont évalués;	68 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: Une enquête sur la prévalence du VIH chez les femmes enceintes et les nouveaux nés est organisée.	77 000 000	MSP PTFs
Total Effet 1		220 000 000	
Effet 2: Les capacités du personnel de santé mère enfant sont renforcées	Produit 1: Les capacités du personnel de santé et ASC en matière de SONU,PF, Soins essentiels du nouveau-né, PTPE, PCIME, violences sexuelles, Nutrition, PEV, fistules obstétricales (FO) et autres programmes spécifiques sont renforcées	1 112 000 000	MSP PTFs
	Produit 2.1: D'autres interventions à haut impact pour la survie de l'enfant sont intégrées. Produit 2.2:La Stratégie Atteindre Chaque District (ACD) et/ou des stratégies innovantes (Activité Vaccinale Intensive, Stratégie Africaine de Vaccination, cliniques mobiles, autres) dans toutes ses composantes au niveau des districts sanitaires est mise en oeuvre.	3 675 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Les kits SONU, PF, Soins essentiels du nouveau-né, PTPE, PCIME, violences sexuelles et autres programmes spécifiques sont disponibles dans les structures de soins de base.	4 998 000 000	MSP PTFs
Total Effet 2		9 785 000 000	

Effet 3: Les violences sexuelles sont prises en charge sur le plan médical et psychosocial	Produit 1: Une commission « violences sexuelles » intégrant des expertises en matière de prise en charge médicale, psychosociale et juridique est constituée.	13 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Une assistance technique pour l'organisation de la prise en charge holistique des violences sexuelles est livrée.	450 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Un plan d'extension de la prise en charge des violences sexuelles sur base des programmes UNICEF, UNFPA et MINUSCA, PNUD, ONUFEMMES est développé.	56 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: Des protocoles de prise en charge exploitable au niveau décentralisé, notamment en adaptant les outils développés par les Nations Unies en matière de protection contre l'exploitation et les abus sexuels sont développés et mis en oeuvre..	298 764 000	MSP PTFs
	Produit 5: Le plan de prise en charge est mis en œuvre sur toute l'étendue du territoire en adaptant les stratégies d'accès à chaque zone et en fonction des réalités locales.	127 000 000	MSP PTFs
	Produit 6: Les cas de violences sexuelles sont documentés et les tendances en lien avec les évolutions du contexte sont monitorés (ex : mouvements de troupes armées). selon le contexte l'évolution des données de base sur différentes régions sont suivies.	122 000 000	MSP PTFs
Total Effet 3		1 066 764 000	
Effet 4: Le Taux de couverture vaccinale en Penta 3 est amélioré	Produit 1: La priorité est mise sur les activités de vaccination de routine au sein du paquet minimum d'activités.	8 012 693 816	MSP PTFs
	Produit 2: Les formations sanitaires sont évaluées et dotées en équipements de chaîne de froid.	536 176 277	MSP PTFs
	Produit 3: L'approvisionnement en vaccins, vitamine A, Albendazole et consommables de la vaccination est assuré.	2 830 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: Les activités de routine et campagnes supplémentaires de vaccination sont organisées.	1 502 118 734	MSP PTFs
	Produit 5: L'évolution de la couverture vaccinale des enfants en routine est suivie.	76 022 500	MSP PTFs
	Produit 6: Les plans d'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV de routine sont élaborés et disponibles.	276 822 500	MSP PTFs

	Produit 7: Les études spécifiques de couverture vaccinale sont planifiées dans le PNDS III.	59 000 000	MSP PTFs
Total Effet 4		13 292 833 827	
Effet 5 : Les cas de malnutrition dans les aires de santé ciblées sont pris en charge correctement	Produit 1: Une évaluation approfondie de la situation nutritionnelle pour orienter les actions de réponses (Enquête SMART) est organisée.	525 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: L'approvisionnement et la gestion en intrants / équipements nutritionnels et supports est organisé à tous les échelons pour permettre d'assurer la supplémentation nutritionnelle des enfants en micronutriments et nutrition hypercalorique.	2 826 080 392	MSP PTFs
	Produit 3: Les Unités Nutritionnelles Ambulatoires de prise en charge des cas de malnutrition sont organisées ;	1 250 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: Les agents de santé et les ASC sont formés sur le dépistage et la prise en charge des cas de malnutrition aiguë modérée selon le protocole national ; ainsi que le dépistage de la malnutrition aiguë sévère pour améliorer la référence au niveau des Unités Nutritionnelles Thérapeutiques.	1 350 000 000	MSP PTFs
	Produit 5: Les relais communautaires sont formés sur le dépistage, la référence et le suivi de la prise en charge des cas de malnutrition au sein du paquet intégré communautaire.	1 445 000 000	MSP PTFs
	Produit 6: L'approvisionnement et la gestion des intrants / Equipement nutritionnelle est maintenu.	1 725 000 000	MSP PTFs
	Produit 7: La promotion des activités de nutrition du jeune enfant et du nourrisson est intégré dans le paquet d'intervention de la nutrition.	524 000 000	MSP PTFs
	Produit 8: L'état nutritionnel des enfants est suivi à travers des activités régulières de dépistage / monitoring de la malnutrition	342 000 000	MSP PTFs

	suivant les zones d'interventions.		
Total Effet 5		9 987 080 392	
Effet 6: Les maladies du nouveau-né et de l'enfant sont prises en charge de manière intégrée	Produit 1: Les relais communautaires sont formés sur le paquet intégré au niveau communautaire (maladies transmissibles, malnutrition) en fonction de la zone d'intervention.	650 000 000	MSP PTFs
	Produit2: Les kits du paquet intégré sont disponibles auprès des relais communautaires.	1 265 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Les communautés sont sensibilisés sur les approches du paquet intégré au niveau communautaire.	425 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: Les modalités d'incitation des relais communautairei sont clairement définies et formalisées	43 000 000	MSP PTFs
	Produit 5: La mise en œuvre du paquet intégré au niveau communautaire et la qualité de la supervision effectuée par les agents de santé est documentée.	57 000 000	MSP PTFs
	Produit 6: Une politique nationale en matière d'interventions sanitaires communautaires est élaborée.	23 500 000	MSP PTFs
Total Effet 6		2 463 500 000	
TOTAL RESULTAT STRATEGIQUE 3		36 815 178 219	

Résultat Stratégique 4: La gestion des urgences et catastrophes est améliorée			
Effet 1: La structure institutionnelle d'anticipation et de prévention des urgences et catastrophes est renforcée	Produit 1: Le fonctionnement de la commission « Urgences et Catastrophes » est renforcé avec les experts techniques du MSP, des PTF et des ONG.	1 406 750 000	MSP PTFs
	Produit 2: Les plans de préparation et de riposte aux épidémies et catastrophes (fièvre jaune, choléra, Ebola, poliomyélite), y compris les plans de contingence relatifs sont mis à jour.	3 750 000	MSP PTFs
	Produit 3: Les procédures d'investigation des rumeurs et zones suspectes sont développées.	115 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: Le système d'alerte précoce est renforcé.	740 600 000	MSP PTFs
	Produit 5: Une collaboration est établie avec OCHA et les ONG sur la mise en réseau, l'harmonisation et l'extension des systèmes d'alerte précoces disséminés dans le pays.	250 000 000	MSP PTFs
	Produit 6: Le système d'alerte précoce est suivi régulièrement.	125 780 000	MSP PTFs
Total Effet 1		2 641 880 000	
Effet 2: Une stratégie de mobilisation d'équipes d'intervention rapide au sein du personnel existant est développée.	Produit 1: Les procédures, outils et matériels de formation du personnel sanitaire destiné à faire partie des équipes d'intervention rapide sont élaborés en collaboration entre MSP, PTF, et ONG ;	25 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Les équipes d'intervention rapide sont constituées et formées;	2 290 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Des exercices de simulation sont régulièrement organisés pour maintenir les équipes en veille.	70 000 000	MSP PTFs
Total Effet 2		2 385 000 000	
Effet 3: Dotation des moyens pour répondre aux urgences et catastrophes	Produit 1: Les kits d'urgence sont acquis et pré-positionnés dans les formations sanitaires;	11 518 408 000	MSP PTFs
	Produit 2: Des réunions de mobilisation additionnelle des ressources financières en faveur des urgences et des catastrophes sont organisées;	47 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Un plaidoyer pour les décaissements rapides sur la ligne budgétaire en faveur des catastrophes et des urgences est organisé ;	8 000 000	MSP PTFs

	Produit 4: Le stock d'intrants pour répondre aux urgences et catastrophes est à jour.	3 645 000 000	MSP PTFs
Total Effet 3		15 218 408 000	
Effet 4: L'analyse des risques sur les urgences et catastrophe est renforcée	Produit 1: Une analyse des risques sur les urgences et catastrophes dans le pays est organisée;	75 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Une cartographie des risques sur les urgences et catastrophes est élaborée;	50 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Un plan de contingence multirisque est élaboré	25 000 000	MSP PTFs
Total Effet 4		150 000 000	
Effet 5: Les capacités de prévention et de contrôle des flambées épidémiques sont évaluées	Produit 1: Le système de veille sanitaire est mis en place ;	740 600 000	MSP PTFs
	Produit 2: Le système d'alerte précoce et la gestion des rumeurs est renforcé;	1 542 900 000	MSP PTFs
	Produit 3: Les équipes d'intervention rapide à tous les niveaux sont formées.	275 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: Un mécanisme régulier des exercices de simulation est mis en place	45 000 000	MSP PTFs
Total Effet 5		2 603 500 000	
Effet 6: Un mécanisme de coordination intersectorielle est créé et fonctionnel	Produit 1: Un mécanisme de coordination et de collaboration intersectorielle des intervenants permettant une action coordonnée et efficiente en faveur des urgences et des catastrophes est mis en place;	301 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Un mécanisme de suivi/évaluation des urgences et catastrophes survenues dans le pays permettant de suivre les progrès réalisés dans la prévention et de leur prise en charge est mis en place	462 000 000	MSP PTFs
Total Effet 6		763 000 000	
TOTAL RESULTAT STRATEGIQUE 4		23 761 788 000	

Résultat Stratégique N°5: La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles est améliorée

Effet 1: La prise en charge et la prévention des principales causes de morbidité et mortalité (VIH, TB, malaria) sont assurées	Produit 1: Les plans d'actions spécifiques de lutte contre les maladies pour la période de transition et en prévision du PNDS III sont mis à jour.	82 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Des plans d'intervention adaptés à chaque situation sont élaborés	45 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Les formations sanitaires et/ou centres spécialisés sont dotés en intrants appropriés (test de diagnostic rapide du paludisme, test de dépistage VIH, ARV traitements antipaludiques, antituberculeux, réactifs et intrants, kit césarienne sécurisée, autres) selon les circuits d'approvisionnement spécifiques.	39 940 797 600	MSP PTFs
	Produit 4: La formation du personnel sur les procédures et outils spécifiques aux trois maladies est assurée.	9 985 199 400	MSP PTFs
	Produit 5: Les ONG, associations des PVVIH sont appuyés pour la mise en œuvre des actions de prévention du VIH/SIDA, de prise en charge psychosociale et de lutte contre la stigmatisation.	250 000 000	MSP PTFs
	Produit 6: Un soutien au dispositif communautaire de recherche des perdus de vue est assuré	300 000 000	MSP PTFs
	Produit 7: La surveillance des indicateurs d'alerte précoce de la résistance aux ARV est effective.	187 500 000	MSP PTFs
	Produit 8: Des campagnes de distribution de masse et de routine des MILDAs sont organisées.	1 878 582 700	MSP PTFs
	Produit 9: La supervision est systématisée et intègre un maximum de composantes dans les activités de supervision de	576 000 000	MSP PTFs

	routine.		
	Produit 10: Les activités de prise en charge de la tuberculose pour les enfants sont étendues dans les hôpitaux régionaux et préfectoraux.	325 000 000	MSP PTFs
Total Effet 1		53 570 079 700	
Effet 2 : La morbidité et la mortalité attribuable aux Maladies Non Transmissibles et Maladies Tropicales Négligées sont réduites.	Produit 1: Les plans d'actions spécifiques de lutte contre les maladies sont mis à jour pour la période de transition et en prévision du PNDS III.	25 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Un programme impliquant la communauté dans la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles et maladies tropicales négligées est mis en place	45 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Un renforcement des arrangements institutionnels, modules de formation, équipements et circuit d'approvisionnement spécifiques aux programmes est assuré	28 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: La surveillance épidémiologique de routine via des stratégies adaptées au personnel et moyens logistiques locaux est assurée	92 000 000	MSP PTFs
	Produit 5: Les ONG, les associations locales et les groupements de patients sont appuyés dans les activités de prévention et de lutte contre la stigmatisation.	845 000 000	MSP PTFs
	Produit 6: La continuité des programmes selon les plans d'actions spécifiques est assurée.	52 000 000	MSP PTFs
	Produit 7: Des études spécifiques nécessaires sont conduites (cartographie intégrée des MTN/CTP, enquêtes épidémiologiques, évolution des déterminants des MNT)	80 349 986	MSP PTFs
	Produit 8: L'exposition aux facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et aux déterminants sociaux est réduite.	37 500 000	MSP PTFs
	Produit 9: Des campagnes de dépistage et traitement de masse sont organisées	441 330 441	MSP PTFs

	Produit 10: Des plans, outils et procédures nécessaires pour le renforcement des activités et l'intégration dans le PNDS III sont élaborés.	85 000 000	MSP PTFs
Total Effet 2		1 731 180 427	
Effet 3 : Le développement et lancement de la mise en œuvre d'un programme national de santé mentale intégré au sein des paquets d'activité sont effectifs	Produit 1: Une commission « Santé Mentale » incluant les partenaires actifs sur le sujet est créée pour développer un paquet de service intégré et les outils correspondants.	10 000 000	MSP PTFs
	Produit 2: Une assistance technique sur la prise en charge de la santé mentale est disponible.	375 000 000	MSP PTFs
	Produit 3: Un programme au niveau des communautés est développé sur base du guideline santé mentale communautaire en zone de crise produit par l'Inter Agency Standing Committee.	65 000 000	MSP PTFs
	Produit 4: Les capacités des structures sanitaires de la ville de Bangui sont renforcées dans la prise en charge des troubles mentaux majeurs et le soutien psycho social, et étendre progressivement aux hôpitaux préfectoraux.	425 000 000	MSP PTFs
	Produit 5: Le programme de santé mentale communautaire est mis en place dans un nombre de districts pilotes, évaluer et étendre.	125 000 000	MSP PTFs
	Produit 6: Les données relatives aux troubles mentaux et soutien psychosocial sont collectées, traitées et diffusées	17 028 996	MSP PTFs
	Produit 7: Former une sélection de prestataires de soins au niveau décentralisé à détecter, prévenir, accompagner et référer les cas de santé mentale.	225 000 000	MSP PTFs
	Produit 8: Un pôle spécialisé Santé Mentale est créé à Bangui.	172 000 000	MSP PTFs
Total Effet 3		1 414 028 996	
TOTAL RESULTAT STRATEGIQUE 5		56 715 289 123	

