



République Centrafricaine

Unité –Dignité - Travail



PLAN OPERATIONNEL DU GROUPE DE RESPONSABILITE SECTORIELLE « CLUSTER » SANTÉ EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE



Janvier- Décembre 2017

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

Table des matières

Sigles et acronymes.....	4
Résumé.....	5
1 Contexte.....	8
1.1 Situation sécuritaire et humanitaire	8
1.2 Situation sanitaire.....	8
2 Besoins sanitaires prioritaires	10
3 Zones prioritaires	11
4 Populations ciblées (bénéficiaires)	12
5 Interventions prioritaires et Stratégies de mise en œuvre de la réponse en 2017	13
6 Objectif général.....	14
7 Objectifs spécifiques	14
8 Hypothèse et risques	15
9 Coordination des interventions	15
9.1 Structures de coordination	15
9.2 Mécanismes de coordination.....	16
10 Monitoring et évaluation de la réponse	17
11 Renforcement des capacités des membres du cluster	17
12 Stratégie de sortie des interventions des partenaires du cluster santé	17
13 Genre et redevabilité	18
14 Résultats attendus et indicateurs	19
15 Budget.....	21
16 Chronogramme des actions clés	23

Figures

Figure 5 : Cartographie des structures de coordination du cluster santé et leurs zones de compétences en 2017	16
---	----

Tableaux

Tableau 1 : Répartition des sous-préfectures prioritaires par préfectures/circonscriptions sanitaires.....	11
Tableau 2 : Répartition des populations ciblées par le plan de réponse sectoriel santé 2017	12

Sigles et acronymes

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

Résumé

Depuis décembre 2012, les populations centrafricaines sont victimes des conflits politico-militaires et intercommunautaires avec des conséquences sécuritaires, humanitaires et socio-économiques importantes. Depuis lors, des milliers de personnes ont été tués, blessés, violés ou contraintes à se déplacer l'intérieur ou à l'extérieur du pays. En dépit des améliorations observées sur le plan politique avec la mise en place des institutions légitimes (Gouvernement et Parlement) en 2016, la situation sécuritaire dans certaines localités du pays demeure encore préoccupante. En effet certaines régions du pays restent encore sous le contrôle des groupes armés rebelles. Le dernier trimestre 2016 a été marqué par une recrudescence de la violence (affrontement entre groupes armés) dans plusieurs localités du pays (Koui, Bocaranga, Kaga Bandoro, Bria, Bakala, Ndassima, Poudjio, etc.) qui a entraîné des centaines de morts et de blessés ainsi que le déplacement de 70 000 personnes. Au 31 décembre 2016, près d'un million de personnes étaient encore déplacées dont 466 378 dans les pays voisins et 411 785 dans les sites ou les familles d'accueil à l'intérieur du pays. Entre fin 2015 et début 2016, près de 4222 personnes ont fui les conflits inter-ethniques au Soudan du Sud pour trouver refuge à Bamouti dans le Sud-Est du pays, portant le nombre de réfugiés sur le sol centrafricain à 12785 (source : OCHA, plan de réponse humanitaire 2017-2019).

Le secteur santé a payé l'un des plus lourds tributs à cette crise. En effet la crise a affecté toutes les composantes du système de santé entraînant ainsi son effondrement : destruction des infrastructures sanitaires, pillage des médicaments et équipements, déplacement du personnel y compris ceux chargés de la gouvernance, baisse de financement du secteur santé par le gouvernement et les populations, rupture de la chaîne nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels, réactifs et consommables médicaux, etc. En septembre 2016, l'enquête sur la disponibilité des ressources en santé (HeRAMS) menée par le Ministère en charge de la santé avec l'appui de l'OMS a montré que : sur les 1010 structures de santé que compte le pays, 236 (23%) portent encore les stigmates de la crise (destruction partielle ou totale), 244 (24%) sont partiellement ou non fonctionnelles et 340 sont soutenues par les organisations humanitaires.

Les besoins humanitaires demeurent considérables dans le secteur santé au regard des difficultés qu'éprouvent les populations affectées par les conflits à accéder aux soins de santé de qualité, de l'augmentation des personnes vulnérables (déplacés, retournés, réfugiés, victimes des urgences vitales, violés, et personnes vivant dans les enclaves, indigents), de la non mise en œuvre de certaines interventions (cas de la santé mentale) dans certaines localités couvertes par les partenaires en santé, et de la faible capacité des partenaires en santé à répondre efficacement à ces besoins. En plus des urgences humanitaires, des flambées épidémiques sont régulièrement enregistrées dans le pays. En 2016, par exemple, les partenaires du groupe sectoriel santé ont contribué à la riposte aux flambées de Méningite à méningocoque W135 dans les sous-préfectures de Batangafo et Kabo ; de Variole de singe (Monkey pox) dans les sous-préfectures de Bakouma, Bangassou et Mingala ; de Rougeole dans la sous-préfecture de Batangafo ; de Rage à Bangui et dans les sous-préfectures de Bouar, Carnot et Gamboula ; et de choléra dans les sous-préfectures de Ndjoukou et Damara ainsi que les 2^e et 7^e Arrondissements de Bangui. La riposte à ces épidémies a diminué davantage les capacités des partenaires à répondre aux besoins humanitaires des populations.

Une analyse des besoins, de la vulnérabilité, de l'accessibilité et des capacités de réponse des partenaires du groupe sectoriel santé a permis de prioriser les 38 sous-préfectures suivantes sur un total de 79 dans le plan de réponse 2017 : **3^e, 5^e et 8^e Arrondissements de la ville de Bangui, Bimbo, Boda, Amadagaza, Gamboula, Gadzi, Abba, Bouar (la commune de Niem-Yelewa), Kouï, Bocaranga, Ngaoundaye, Batangafo, Kabo, Markounda, Nana Bakassa, Bouca, Kaga Bandoro, Mbrès, Ndjoukou, Bambari, Grimari, Kouango, Ippy, Bakala, Bria, Ouadda, Yalinga, Ouanda Ndjallé, Ouango, Kembé, Satéma, Gambo, Bakouma, Obo, Djemah, Bamouti.**

Sur un total de 1 273 926 personnes dans le besoin d'une assistance sanitaire d'urgence, le cluster santé a ciblé 936777 personnes parmi lesquels 8000 réfugiés et 255031 déplacés internes.

Les interventions et les stratégies de mise en œuvre de la réponse sectorielle santé dépendront de la catégorisation de la zone.

Dans les zones en situation d'urgence aiguë les interventions prioritaires pendant les six (06) premiers mois de la réponse vont cibler toute la population de la zone affectée (déplacés et leur communauté d'accueil) et seront :

1. L'évaluation rapide des besoins de la population et des capacités de réponse du système local de santé
2. La prise en charge des blessés (triage, ramassage, transfert, traitement)
3. L'offre gratuite des soins de santé d'urgence suivants aux personnes affectées: traitement des maladies les plus courantes (paludisme, infection respiratoire aiguë, diarrhées), soins de la santé de la reproduction (CPN, accouchements, CPON, PF) à travers les cliniques mobiles, les structures de santé temporaires ou l'appui à une structure de santé publique ou privée à but non lucratif facile d'accès aux personnes affectées
4. La prise en charge médicale et psychologique des cas de viols,
5. L'offre des soins de santé mentale: premiers secours psychologiques, détection et prise en charge des cas de troubles mentaux
6. La prévention et surveillance des maladies à potentiel épidémique : mise en place d'un système d'alerte et de réponse précoce aux épidémies, vaccination contre la rougeole des enfants de 6 mois à 14 ans dans les sites de déplacés, distribution des MILDA aux ménages et des préservatifs aux personnes sexuellement actives dans les sites de déplacés
7. L'appui à la prise en charge des maladies chroniques transmissibles (VIH/SIDA, Tuberculose) et non transmissibles (Hypertension, diabète)
8. L'appui à la référence contre référence des urgences vitales

Au-delà de 6 mois après la survenue d'une crise humanitaire aiguë (si la situation sécuritaire et humanitaire est stabilisée) et dans les zones de retour (aire de santé accueillant plus de 500 retournés), un appui sera donné à la mise en œuvre des soins de santé primaires et secondaires (curatifs, préventifs et promotionnels) gratuits au profit des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes, des femmes allaitantes, des victimes d'urgences vitales, des cas de viols ou de troubles mentaux à travers l'appui aux structures de santé publiques ou privées à but non lucratif situées dans la zone en priorité, les activités communautaires et la référence/contre référence.

En cas de flambée épidémique, les partenaires du groupe de responsabilité sectorielle santé donneront un appui à la mise œuvre des actions planifiées à tous les niveaux, notamment l'élaboration des plans de contingence et des plans de riposte, l'investigation des flambées, la prise en charge des cas, le renforcement de la surveillance épidémiologique, le comblement des gaps en intrants, la mobilisation sociale, la vaccination éventuellement et le suivi-évaluation des activités.

Toutes les interventions relatives à l'offre des services seront soutenues par le renforcement des capacités du personnel de santé, l'approvisionnement en intrants, le comblement des gaps en équipement, le suivi-évaluation des activités, le plaidoyer et la coordination.

La gratuité étant le principe de base de l'assistance humanitaire, les interventions des partenaires du cluster santé dans les structures de santé se feront en respect des Directives nationales sur la mise en œuvre de la gratuité des soins.

La mise en œuvre de ces différentes interventions coutera 28 millions de dollars US et permettront aux partenaires du cluster santé d'atteindre les objectifs suivants :

1. Offrir les soins de santé d'urgence (préventifs, promotionnels et curatifs) aux populations affectées par une crise humanitaire aiguë y compris la santé reproductive, la prise en charge des blessés, des maladies courantes, des cas de viol et des troubles mentaux
2. Améliorer l'accès des populations les plus vulnérables aux soins de santé primaires et secondaires de qualité y compris la prise en charge des maladies chroniques (VIH/SIDA, Tuberculose, Diabète, Hypertension) dans les zones de retour ou en situation de crise prolongée
3. Renforcer la surveillance et la riposte aux épidémies dans les zones à risque ou affectées
4. Renforcer la coordination et le monitoring des interventions des partenaires du secteur santé en tenant compte de la cohabitation entre les interventions d'urgences et celles de relèvement du système de santé
5. Améliorer la gestion de l'information sanitaire d'urgence afin de contribuer efficacement aux prises de décisions stratégiques au niveau pays
6. Renforcer les capacités nationales en matière de préparation et de réponse aux urgences

1 Contexte

1.1 Situation sécuritaire et humanitaire

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

Sur le plan humanitaire, plusieurs centaines de milliers de déplacés sont encore dans les sites ou les familles d'accueil et un afflux de nouveaux réfugiés sud-soudanais sur le territoire centrafricain a été enregistré au cours des deux dernières années. Le dernier trimestre 2016 a été marqué par une recrudescence de la violence (affrontement entre groupes armés) dans plusieurs localités du pays (Koui, Bocaranga, Kaga Bandoro, Bria, Bakala, Ndassima, Poudjio, etc.) qui a entraîné des centaines de morts et de blessés ainsi que le déplacement de 70 000 personnes. Au 31 décembre 2016, près d'un million de centrafricains étaient encore déplacés dont 466 378 dans les pays voisins et 411 785 dans les sites ou les familles d'accueil à l'intérieur du pays (source : Commission Mouvement des populations, décembre 2016, UNHCR). Des retours spontanés ou accompagnés de déplacés ont été cependant enregistrés dans certaines localités du pays, notamment à Bangui, Batangafo et Kaga Bandoro.

Les besoins humanitaires restent considérables alors que les capacités de réponse des acteurs humanitaires diminuent suite à la baisse des financements. En effet certaines organisations humanitaires ont réduit le volume ou suspendu leurs activités dans certaines localités du pays en 2016.

1.2 Situation sanitaire

La santé est l'un des secteurs les plus touchés par la crise en RCA. En effet la crise a affecté tous les piliers du système de santé (Gouvernance, Ressources humaines, Système d'information sanitaire, Infrastructures, Médicaments/équipements et autres intrants médico-sanitaires, financement) entraînant ainsi son effondrement.

Selon les résultats de l'enquête HeRAMS conduite avec l'appui de l'OMS en septembre 2016, sur les 1010 structures de santé que compte le pays, 236 (23%) portent encore les stigmates de la crise (destruction partielle ou totale), 244 (24%) sont partiellement ou non fonctionnelles et 340 sont soutenues par les organisations humanitaires.

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

Le financement de l'Etat au secteur santé a fortement baissé et les activités du Ministère de la santé sont très dépendantes des fonds des partenaires techniques et financiers notamment l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, Fonds mondial, Union Européenne, Banque mondiale, Union Africaine, BAD, etc. Le pouvoir d'achat des populations a baissé de manière considérable avec la

crise dans un contexte où 62 % de la population vivait déjà au-dessous du seuil de la pauvreté. Par conséquent la pratique du recouvrement des coûts par les formations sanitaires non appuyées par les humanitaires constitue un obstacle important à l'accès d'une partie considérable des populations aux soins de santé de base.

En matière de gouvernance, bien qu'au cours des deux dernières années l'on ait observé un retour progressif des membres des équipes cadres des régions et des préfectures/districts sanitaires à leur poste, ceux-ci sont très mal outillés (logistique de transport, matériel informatique et de télécommunication, matériel didactique et de bureau, etc.) pour mener leurs activités.

Plusieurs maux minent le système d'informations sanitaires : la mauvaise collecte des données, la faible disponibilité des outils de collecte et transmission des données liée à la rupture des financements de l'Etat et à la baisse des recettes des formations sanitaires, l'insuffisance des moyens de transmission des données (la transmission des données par courriers à travers les transporteurs est devenue très difficile à cause de la réduction du trafic routier liée à l'insécurité, plusieurs radio-commandement ont été pillées ou vandalisées, la couverture du réseau téléphonique en dehors des grandes agglomération est très faible), la faible analyse et exploitation des données, et l'irrégularité de la retro-information.

Les ressources humaines en santé sont insuffisantes et peu qualifiées. En effet le pays compte dans les formations sanitaires un médecin pour 24769 habitants (norme OMS : au moins 1 médecin pour 10 000 habitants) et 51% du personnel des formations sanitaires sont des agents sans aucune qualification (source : OMS, HeRAMS 2016).

Sur le plan épidémiologique selon les données récentes de la surveillance, les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont dominées par le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les traumatismes physiques, la malnutrition et la rougeole. Chez les adultes en plus des maladies transmissibles (Paludisme, tuberculose, VIH/SIDA) on observe de plus en plus des cas de maladies non transmissibles (diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires, troubles mentaux, cancers, traumatismes physiques, etc.). Le pays est à risque de plusieurs épidémies dont les principales au regard des cas enregistrés au cours des 10 dernières années sont : la méningite cérébrospinale, le choléra, la rougeole, la coqueluche, la rage, la fièvre jaune, la poliomyélite, le tétanos maternel et néonatal, et la variole du singe (monkeypox).

L'amélioration du contexte sécuritaire à partir 2015 dans certaines localités du pays a permis l'introduction ou la reprise des projets de relèvement du système de santé dans quelques régions. Il s'agit notamment du projet Békou, des projets d'appui à la gouvernance institutionnelle et à la PECIME¹ communautaire de l'Union Européenne, et du Projet d'Appui au Système de Santé (PASS) de la Banque Mondiale. Ces projets viennent en complément des actions humanitaires en cours dans le secteur santé.

Malgré cette amélioration de la situation sécuritaire, l'accès humanitaire reste limité dans certaines régions du pays (Centre, Nord-ouest, Est, etc.) à cause de la présence des groupes armés rebelles et du mauvais état des routes.

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

¹ PECIME= Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

2 Besoins sanitaires prioritaires

En 2016, la RCA était parmi les cinq premiers pays du monde ayant les plus mauvais indicateurs en matière de mortalité maternelle et infanto-juvénile, avec respectivement 882 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et 138 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes (Source : WHO, Health statistics 2016). Ceci témoigne de l'importance du besoin d'accès des femmes en âge de procréer et en particulier des femmes enceintes aux services de santé reproductive de qualité, et des enfants de moins de 5 ans aux soins curatifs, préventifs et promotionnels. Les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont : le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées aiguës et la malnutrition aiguë (source : OMS, Système d'alerte précoce 2016).

Au cours des affrontements il y a un afflux de blessés tant des combattants que de la population civile, d'où le besoin d'accès urgent aux services de chirurgie en général et traumatologique en particulier. Cet afflux de blessés a augmenté les besoins en transfusion sanguine sécurisée. L'unique banque de sang du pays se trouve à Bangui et doit couvrir à la fois les besoins de la capitale et des provinces. Des efforts sont en cours pour doter certaines régions de véritables banques de sang ou d'unités de transfusion sanguine sécurisée afin de réduire la proportion des transfusions sanguines qui ne respectent pas tous les standards de sécurité transfusionnelle.

L'insécurité et le déplacement des populations ont augmenté les risques de viols, et l'incidence des cas de viols a augmenté de manière considérable dans les zones affectées par les crises. De Janvier à Octobre 2016, en dépit des efforts des partenaires humanitaires, sur 1666 cas de viols enregistrés dans les zones ciblées par le sous-cluster VBG² seulement 498 (29,9%) ont bénéficié d'une prise en charge médicale dans les 72 heures (source : Sous-cluster VBG). Les survivants des viols ont donc un accès limité aux services de prise en charge médicale et psychologique surtout à l'intérieur du pays.

Les troubles mentaux étaient déjà considérés comme un problème de santé publique avant la crise socio-politique qui a commencé en décembre 2012. Dans les zones de crise, les populations sont victimes de nombreux traumatismes psychologiques liés à la perte d'un être cher, des biens, des emplois, des moyens de subsistance, à l'insécurité ambiante, aux viols, etc. Ceci a augmenté les besoins des populations en soins de santé mentale et de soutien psychologique. Malheureusement la prise en charge des problèmes de santé mentale étaient encore mal organisée et peu soutenue par les organisations humanitaires tant au niveau communautaire que dans les structures de santé jusqu'en 2016. Depuis lors, des efforts ont été fait et plusieurs projets de santé mentale et de soutien psychosociale sont en cours pour le moment dans le pays, mais leur envergure reste faible au regard des besoins.

A propos des maladies chroniques transmissibles (VIH/SIDA, Tuberculose) et non transmissibles les plus fréquentes (diabète, hypertension), la crise a limité l'accès aux structures spécialisées de prise en charge avec les déplacements et la réduction de la mobilité de populations, ainsi que la faible disponibilité des médicaments au niveau périphérique. Ceci a contribué à l'augmentation des malades sous traitement perdus de vue ou ayant interrompu leur traitement.

Le système de référence et de contre référence reste mal organisé et peu efficace. Les ambulances sont insuffisantes et parfois mal utilisées. Même si la plupart des blessés graves sont très souvent transportés en urgence par les organisations humanitaires, assurer la référence des autres urgences demeure encore un défi. En plus de l'insuffisance des ambulances et des ressources pour leur fonctionnement, le mauvais état des routes et l'insécurité constituent des véritables contraintes à la mise en œuvre de la référence/contre référence.

² VBG = Violences basées sur le genre

Au regard des données des 10 dernières années, la RCA est à risque de plusieurs épidémies : rougeole, méningite bactérienne, choléra, coqueluche, grippe saisonnière, variole de singe, et rage. Ceci témoigne du besoin de renforcer la surveillance épidémiologique, de prévenir et de riposter aux épidémies dans les zones à risque ou affectées.

3 Zones prioritaires

Sur la base des critères ci-dessous, le cluster santé a retenu 38 sous-préfectures/arrondissements prioritaires considérées comme les plus vulnérables. Les critères de vulnérabilités utilisés sont les suivants :

- ✓ La présence d'au moins 500 déplacés, enclavées, réfugiés ou retournés dans la localité
- ✓ L'insuffisance de structures de soins de santé primaires fonctionnelles (moins d'une formation sanitaire de premier échelon fonctionnelle pour 5000 habitants en zone rurales et pour 10000 habitants en zones urbaines)
- ✓ La présence de groupes armés rebelles dont les exactions limitent la mobilité des personnes et l'accès des populations aux services de santé

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

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

Préfectures	Sous-préfectures	Préfectures	Sous-préfectures
Bangui	3e Arrondissement	Haut Mbomou	Bambouti
	5e Arrondissement		Obo
	8e Arrondissement		Djema
Ombella Mpoko	Bimbo	Mbomou	Bakouma
Lobaye	Boda		Ouango
Mambéré Kadeï	Amadagaza	Basse Kotto	Gambo
	Gadzi		Kembé
	Gamboula		Satéma
Nana Mambéré	Bouar	Haute Kotto	Bria
	Abba		Ouadda
Ouham Pendé	Ngaoundaye	Ouaka	Yalinga
	Bocaranga		Kouango
	Koui		Bambari
Ouham	Markounda	Kémo	Ippy
	Bouca		Bakala
	Batangafo		Grimari
	Kabo		Ndjoukou
Nana Gribizi	Nana Bakassa	Vakaga	Ouanda Ndjallé
	Kaga Bandoro		
	Mbrès		

NB : La priorisation a tenu compte de la présence des personnes déplacées, retournées, enclavée, ou réfugiées et du niveau d'accès des populations aux services de santé de qualité. Les sous-préfectures de Yalinga, Djema et Bakouma ont été retenues sur l'hypothèse que les conditions sécuritaires vont s'améliorer et permettre l'accès des humanitaires dans ces localités. Cette priorisation reste dynamique et va s'adapter à l'évolution des contextes sécuritaires et humanitaires.

4 Populations ciblées (bénéficiaires)

Sur la base de la vulnérabilité sanitaire et socio-économique, les cibles prioritaires du cluster santé sont dans les zones de crise humanitaire récente (moins de 6 mois) : Toute la population affectée dont les déplacés et leur communauté d'accueil ; et dans les zones de crise humanitaire prolongée (au-delà de 6 mois) et les zones de retour: les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les femmes allaitantes, et les personnes victimes des urgences vitales y compris les cas de viols.

En effet, les enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes sont les plus grands consommateurs des services de santé au regard de leurs besoins qui sont très nombreux. Les déplacés ou personnes enclavées dans les premiers mois vivent très souvent dans de mauvaises conditions (problèmes d'accès à l'eau potable, à un abri adéquat, à la nourriture, mauvaises conditions d'hygiène et assainissement, etc.) et sont donc plus demandeur des services de santé. L'aggravation du niveau de pauvreté des personnes déplacées, retournées ou enclavées pendant les premiers mois qui suivent la crise fait qu'ils ne peuvent pas payer pour leurs soins de santé (faible capacité de résilience).

Sur la base de ces critères de vulnérabilités, le plan de réponse sectoriel santé va cibler 936 777 personnes dont 295302 déplacés/enclavés, 20800 retournés et 9600 réfugiés réparties comme suit (confer tableau 1).

Tableau 2 : Répartition des populations ciblées par le plan de réponse sectoriel santé 2017

Sous-préfectures	Population totale en 2017	Populations ciblées							Total
		Femmes enceintes (4% PT)	Enfants de moins de 5 ans (17,3% PT)	Femmes allaitantes (3,04%)	Urgences vitales (0,5% PT)	Déplacés	Retournés	Réfugiés	
3e Arrondissement	139043	5562	24054	4227	695	15000	2000	0	51538
5e Arrondissement	189188	7568	32730	5751	946	6000	1000	0	53994
8e Arrondissement	118268	4731	20460	3595	591	500	2000	0	31878
Kembé	48019	1921	8307	1460	240	1000		0	12928
Satéma	30889	1236	5344	939	154	1000		0	8673
Bambouti	8000	320	1384	243	40	0		6000	7987
Djema	3293	132	570	100	16	0		0	818
Obo	42066	1683	7277	1279	210	10776		600	21825
Ouadda	18783	751	3249	571	94	0		0	4666
Yalinga	6382	255	1104	194	32	0		0	1585
Ndjoukou	39035	1561	6753	1187	195	0		0	9696
Amadagaza	22474	899	3888	683	112	3000	2000	0	10583
Gadzi	73018	2921	12632	2220	365			0	18138
Gamboula	38447	1538	6651	1169	192	1000		0	10550
Bakouma	28401	1136	4913	863	142				7055
Gambo	26632	1065	4607	810	133	2000			8615
Ouango	56553	2262	9784	1719	283	5472			19520
Kaga Bandoro	126656	5066	21911	3850	633	30000	4800		66261

Mbrès	28227	1129	4883	858	141	4618			11630
Abba	29218	1169	5055	888	146	3132			10390
Bouar (Niem-Yelewa)	38500	1540	6661	1170	193	14000			23563
Bimbo	280336	11213	48498	8522	1402	32857	9000		111492
Bakala	11131	445	1926	338	56	2000			4765
Bambari	152346	6094	26356	4631	762	47043		3000	87886
Grimari	49901	1996	8633	1517	250	2500			14895
Ippy	54594	2184	9445	1660	273	3000			16561
Kouango	93449	3738	16167	2841	467	3000			26213
Batangafo	82777	3311	14320	2516	414	29958			50520
Kabo	51889	2076	8977	1577	259	4940			17829
Bouca	73099	2924	12646	2222	365	13891			32049
Markounda	23165	927	4008	704	116	0			5754
Nana Bakassa	58753	2350	10164	1786	294	0			14594
Bocaranga	105684	4227	18283	3213	528	17000			43252
Koui	37905	1516	6558	1152	190	0			9416
Ngaoundaye	116241	4650	20110	3534	581	10000			38874
Boda	59730	2389	10333	1816	299	3000			17837
Bria	92799	3712	16054	2821	464	28615			51666
Ouanda-Djallé	5154	206	892	157	26	0			1280
TOTAL	2460045	98402	425588	74785	12300	295302	20800	9600	936777

5 Interventions prioritaires et Stratégies de mise en œuvre

A la suite d'un incident sécuritaire majeur avec déplacement ou enclavement de plus de 500 personnes dans une localité (aire de santé), les interventions suivantes seront menées pendant les 6 premiers mois de la réponse :

- 1- L'évaluation rapide des besoins de la population et des capacités de réponse du système local de santé
- 2- La prise en charge des blessés (triage, ramassage, transfert, traitement)
- 3- L'offre gratuite des soins de santé d'urgence suivants aux déplacés, réfugiés ou enclavés et de leur communauté d'accueil : traitement des maladies les plus courantes (paludisme, infection respiratoire aigüe, diarrhées), soins de la santé de la reproduction (CPN, accouchements, CPON, PF) à travers les cliniques mobiles (sites de déplacés de moins de 5000 habitants), les structures de santé temporaires (sites de déplacés ou enclaves de 5000 habitants et plus), ou une structure de santé publique ou privée à but non lucratif facile d'accès aux déplacés/réfugiés/enclavés.
- 4- La prise en charge médicale et psychologique des cas de viols,
- 5- L'offre des soins de santé mentale: premiers secours psychologiques, détection et prise en charge des cas de troubles mentaux
- 6- La prévention et la surveillance des maladies à potentiel épidémique : mise en place d'un système d'alerte et de réponse précoce aux épidémies, vaccination contre la rougeole des enfants de 6 mois à 14 ans dans les sites de déplacés, distribution des MILDA aux ménages et des préservatifs aux personnes sexuellement actives dans les sites de déplacés

- 7- L'appui à la prise en charge des maladies chroniques transmissibles (VIH/SIDA, Tuberculose : recherche des malades sous traitement et appui à l'accès au traitement) et non transmissibles (Hypertension, diabète : mise à disposition des médicaments appropriés)
- 8- L'appui à la référence contre référence des urgences vitales

Au-delà de 6 mois après la survenue d'une crise humanitaire aiguë (si la situation sécuritaire et humanitaire est stabilisée) et dans les zones de retour (aire de santé accueillant plus de 500 retournés), un appui sera donné à la mise en œuvre des soins primaires et secondaires gratuits au profit des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes, des femmes allaitantes, des victimes d'urgences vitales, des cas de viols ou de troubles mentaux à travers l'appui des structures de santé publiques ou privées à but non lucratifs situées dans la zone en priorité, ou les activités communautaires.

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

1. Investigation de la flambée ou de l'alerte
2. Renforcement du système local de surveillance des maladies, y compris le laboratoire
3. La prise en charge clinique ou médicale gratuite des cas
4. La collecte, l'analyse, et l'interprétation des données pour la prise des décisions opérationnelles ou stratégiques
5. L'appui à la campagne de riposte vaccinale le cas échéant
6. L'appui à la coordination opérationnelle les interventions

6 Objectif général

Contribuer de manière efficace et efficiente à la réduction de la mortalité, de la morbidité et des infirmités évitables dans les zones les plus affectées par la crise humanitaire en République Centrafricaine d'ici à fin décembre 2017.

7 Objectifs spécifiques

- 1) Offrir les soins de santé d'urgence (préventifs, promotionnels et curatifs) aux populations affectées par une crise humanitaire aiguë y compris la santé reproductive, la prise en charge des blessés, des maladies courantes, des cas de viol et des troubles mentaux
- 2) Améliorer l'accès des populations les plus vulnérables aux soins de santé primaires et secondaires de qualité y compris la prise en charge des maladies chroniques (VIH/SIDA, Tuberculose, Diabète, Hypertension) dans les zones de retour ou en situation de crise prolongée
- 3) Renforcer la surveillance et la riposte aux épidémies dans les zones à risque ou affectées
- 4) Renforcer la coordination et le monitoring des interventions des partenaires du secteur santé en tenant compte de la cohabitation entre les interventions d'urgences et celles de relèvement du système de santé
- 5) Améliorer la gestion de l'information sanitaire d'urgence afin de contribuer efficacement aux prises de décisions stratégiques au niveau pays
- 6) Renforcer les capacités nationales en matière de préparation et de réponse aux urgences

8 Hypothèse et risques

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

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

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

- Le renforcement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour les projets santé
- La mise en place d'une plate-forme de coordination entre les acteurs humanitaires et ceux de développement à tous les niveaux
- Le plaidoyer pour la revue des Directives de mise en œuvre de la gratuité des soins dans les formations sanitaires
- Le renforcement du plaidoyer pour la mise en place d'un système national d'approvisionnement en médicaments essentiels et dispositifs médicaux essentiels de qualité
- Le renforcement de la coordination entre les partenaires humanitaires pour une utilisation optimale des ressources

9 Coordination des interventions

9.1 Structures de coordination

Les structures de coordination déjà mises en place à Bangui, Kaga Bandoro, Bouar et Bambari sous le lead de l'OMS seront maintenues et renforcées. Les capacités des chefs d'antennes de l'OMS de Bria et Bangassou seront renforcées pour assurer la coordination régionale des interventions des partenaires œuvrant respectivement dans la Haute Kotto et la Vakaga, et dans le Mbomou et le Haut Mbomou.

Dans le souci d'une meilleure décentralisation de la coordination pour plus d'efficacité, certaines ONGs ou Agences du système des Nations Unies seront désignées comme points focaux pour la coordination de la réponse sectorielle santé à Berberati et Bossangoa où l'OMS n'est pas représentée. Ces points focaux seront désignés et capacités pour assurer efficacement leur rôle.

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

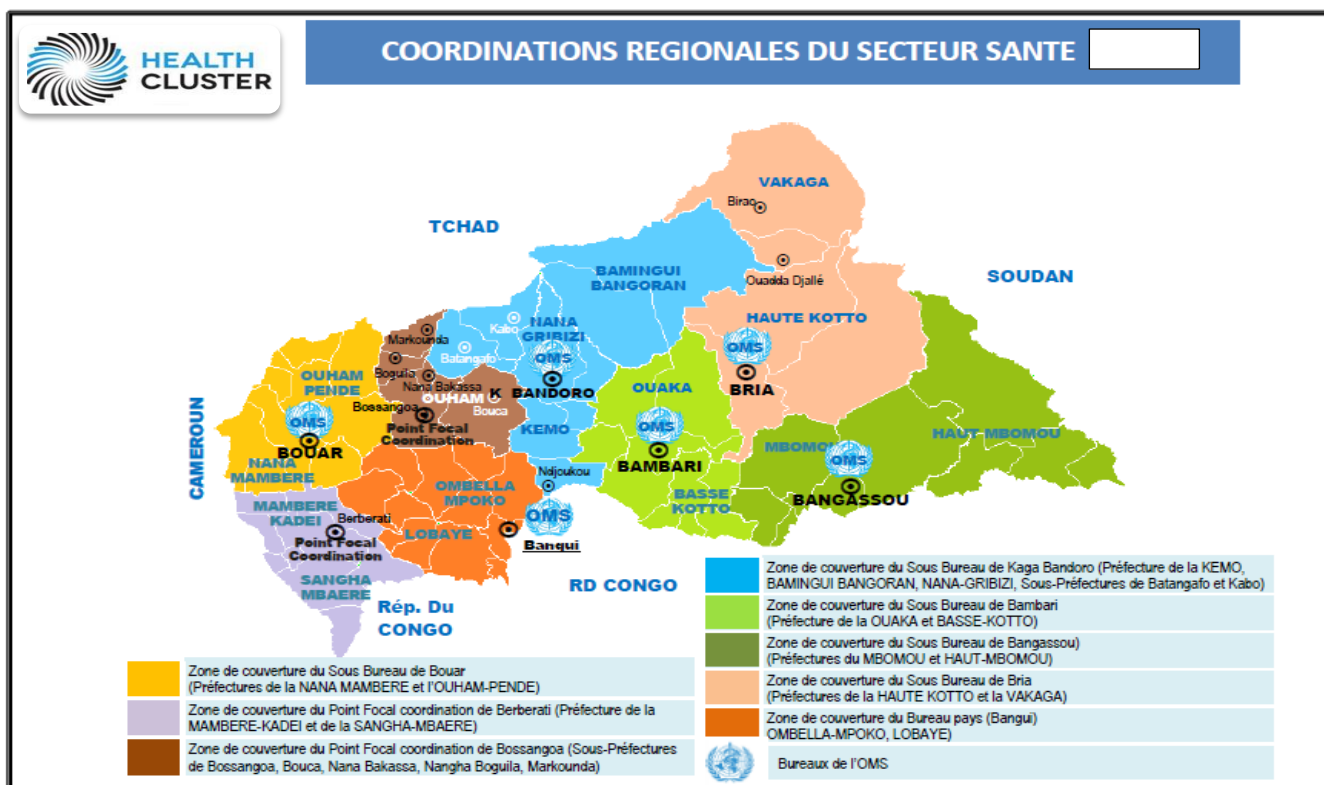


Figure 1 : Cartographie des structures de coordination du cluster santé et leurs zones de compétences en 2017

9.2 Mécanismes de coordination

- ✓ **Coordination intra sectorielle** : les interventions des partenaires du cluster santé seront coordonnées pour éviter les chevauchements/doublons afin de garantir plus d'efficacité et d'efficience dans la réponse
- ✓ **Coordination avec le Ministère de la santé** : les partenaires du cluster santé travailleront en étroite collaboration avec les autorités sanitaires pour que leurs priorités et interventions soient alignées à celles du Ministère de la santé dans une perspective de transfert de compétence, de transition, d'appropriation et de pérennisation des interventions. Ceci va nécessiter une forte implication des autorités sanitaires dans l'identification des besoins et actions prioritaires, le suivi et l'évaluation des interventions des partenaires humanitaires
- ✓ **Coordination des actions humanitaires et celles du relèvement/développement** : Près de 4 projets qui s'inscrivent dans le relèvement du système de santé seront mise en œuvre en RCA à partir de 2017. Ces projets couvrent certaines zones prioritaires ciblées par le cluster santé dans le cadre de sa réponse en 2017. Une meilleure coordination permettra de concentrer les efforts humanitaires sur les besoins les plus urgents et d'éviter les doublons. Une plate-forme de coordination Humanitaires-Développement sera mise en place à cet effet.
- ✓ **Coordination intersectorielle** : les échanges d'informations avec les autres clusters (Nutrition, Eau, hygiène et assainissement, Violence basée sur le genre, Coordination et gestion des sites, etc.) ainsi que les évaluations conjointes permettront au cluster santé de mieux appréhender les problèmes transversaux (multisectoriels) et d'apporter sa contribution dans le cadre des réponses multisectorielles. La participation aux réunions de ces clusters, aux réunions inter-clusters et de l'équipe humanitaire permettra de

partager les informations, d'harmoniser les stratégies et faire le plaidoyer sur certaines problématiques. Une task force sera mise sur pied en collaboration avec le sous-cluster violence basée sur le genre pour discuter des problématiques liées à la prise en charge médicale des cas de viol.

10 Monitoring et évaluation de la réponse

Le suivi des activités de réponse sera fait par les partenaires opérationnels eux-mêmes d'une part et les membres des équipes de coordination en collaboration avec les autorités sanitaires locales d'autre part. La fiche de collecte des données sur les activités des partenaires validées en 2015 sera remplie mensuellement et transmise par les partenaires au gestionnaire de l'information du cluster santé. Les données de cette fiche seront compilées, analysées et diffusées régulièrement. Les données du système d'alerte précoce et de la surveillance intégrée des maladies seront collectées et analysées sur une base hebdomadaire puis partagées. Les membres de l'équipe de coordination effectueront des missions de suivi et d'évaluation des projets de partenaires sur le terrain en collaboration avec les autorités du Ministère de la santé et OCHA. Ces missions seront organisées sur une base trimestrielle et en cas de nécessité. Une enquête d'évaluation des performances du cluster santé sera organisée en Novembre 2017 suivie d'un atelier regroupant les partenaires pour identifier les forces et faiblesses du cluster et formuler les actions correctrices (voir plus bas).

11 Renforcement des capacités des membres du cluster

Un état des besoins en termes de formation des membres du cluster santé aux niveaux national et régional sera établi et les partenaires techniques et financiers seront sollicités pour l'organisation des séminaires/ateliers sur les thèmes qui seront retenus. Les principaux domaines de renforcement des capacités des membres du cluster sont : l'approche cluster, l'élaboration et la gestion des projets, le cycle du programme humanitaire, etc.

Les membres de l'équipe de coordination du cluster santé national réaliseront des missions d'appui aux équipes de coordination du niveau régional. Les points focaux et les responsables des sous-bureaux de l'OMS seront briefés sur le rôle et les fonctions du cluster au cours d'un atelier qui sera organisé à Bangui.

12 Stratégie de sortie des interventions des partenaires du cluster santé

Dans les zones de crise aiguë, les interventions des partenaires du cluster santé seront planifiées pour une durée initiale de 6 mois. Un mois avant la fin de cette période, une réévaluation de la situation sanitaire et humanitaire dans la zone sera faite afin de décider de la nécessité de poursuivre les activités ou de les arrêter. Dans les zones de crise chronique, les interventions seront planifiées pour une durée initiale de 12 mois. Deux mois avant la fin d'un projet dans une zone de crise chronique ou prolongée, les partenaires devront réévaluer la situation sanitaire et humanitaire afin de décider de la conduite à tenir.

- 1- Si les besoins urgents persistent, et le partenaire n'a plus de financement pour poursuivre le projet, la coordination du cluster devra en être informée pour que le plaidoyer soit fait afin de mobiliser les ressources nécessaires (y compris éventuellement à travers à un autre partenaire) pour la poursuite des interventions

- 2- Si les besoins urgents d'assistance humanitaire n'existent pratiquement plus, doter la formation sanitaire en médicaments (3 fois la consommation moyenne mensuelle) renforcer les capacités managériales du COGES et de l'agent responsable de la pharmacie et combler éventuellement les gaps en matière de renforcement des capacités techniques du personnel.

13 Genre et redevabilité

Les inégalités genre sont très marquées en RCA et cette situation est aggravée par la crise. En effet les filles et les femmes ont un accès limité à l'emploi, à l'héritage, n'ont pas très souvent de propriétés (champs, maisons), ont un faible taux de scolarisation, sont peu associées à la prise des décisions dans les ménages, et occupent rarement les postes de responsabilité sociales, politiques ou professionnelles. Elles sont les plus victimes des violences basées sur le genre et dans le contexte de la crise sont parfois contraintes à se livrer à la prostitution pour survivre. Parmi les relais communautaires, on retrouve plus d'hommes que de femmes et il n'est pas rare de trouver des formations sanitaires qui ne disposent que des relais masculins. Pourtant avoir des équipes mixtes de relais communautaires faciliterait l'accès à tous les groupes de la population et à toutes les thématiques y compris ceux qui sont tabous et ne peuvent être discutés qu'entre personnes de même sexe ou entre pairs.

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

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

14 Résultats attendus et indicateurs

Résultats attendus	Indicateurs	Valeur ciblée
Résultat 1 : Les besoins des populations et des structures de santé dans les zones de crise sont connus	<ul style="list-style-type: none"> % nouvelles zones de crises ayant bénéficiées d'une évaluation sectorielle santé ou multisectorielle avec une composante santé 	≥ 80%
Résultat 2 : Les populations affectées par les crises ont accès aux soins curatifs d'urgence de qualité	<ul style="list-style-type: none"> % de zones de crise ayant une couverture sanitaire satisfaisante Nombre de consultations curatives par an par bénéficiaire dans les zones prioritaires désagrégé par sexe et par tranches d'âge Nombre de poches de sang sécurisées distribués aux FOSA Nombre de blessés pris en charge dans les structures de santé appuyées par les partenaires 	≥ 80% 1cc /an/bénéficiaire ≥ 20000 poches ≥ 15000 personnes
Résultat 3 : Les populations affectées par les crises ont un accès accru aux soins de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnels de santé formés aux Premiers Secours Psychologiques Nombre de formations sanitaires de niveau secondaire dans les zones prioritaires mettant en œuvre le mhGAP 	1 groupe/zone prioritaire ≥ 60%
Résultat 4 : Les populations affectées par les crises ont accès aux soins de santé de la reproduction d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> % des accouchements assistés dans les zones prioritaires % de femmes visiblement enceintes ayant reçu un kit d'accouchement dans les zones de crise aiguë 	≥ 60% ≥ 80%
Résultat 5 : Les survivants de viols ont accès à une prise en charge médicale et psychologique de qualité	<ul style="list-style-type: none"> % des cas de viols pris en charge dans les 72 heures % des zones de crises couvertes par une structure de santé qui fait la prise en charge médicale et psychologique des cas de viols 	≥ 80% ≥ 90%
Résultat 6 : Les personnes à risque sont protégées contre les épidémies dans les zones de crise aiguë	<ul style="list-style-type: none"> % des enfants de 6 mois à 14 ans vaccinés contre la rougeole dans les sites de déplacés internes % des ménages dans les nouveaux sites de déplacés ayant reçu deux MILDA % de personnes sexuellement actives ayant reçu des préservatifs dans les nouveaux sites de déplacés 	≥ 95% ≥ 90% ≥ 95%

Résultat 7 : Les épidémies sont détectées à temps et prises en charge de manière adéquate dans les zones à risque	<ul style="list-style-type: none"> • % de zones de crise aiguë couvertes par le système d'alerte précoce (SAP) ≥ 95% • Promptitude des rapports du système d'alerte précoce ≥ 90% • % d'épidémies investiguées dans les 48 heures ≥ 60% • Couverture vaccinale au cours des campagnes de riposte contre la rougeole ≥ 95%
Résultat 8 : Les personnes victimes des maladies chroniques ont accès aux services de santé appropriés	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients sous traitement ARV perdus de vue retrouvés, désagrégé par sexe et par tranches d'âge • Nombre de patients sous traitement antituberculeux perdus de vue retrouvés, désagrégé par sexe et par tranches d'âge • Nombre de structures de santé dotées en antidiabétique et antihypertenseur dans les zones de crise 10
Résultat 9 : Les partenaires du cluster santé bénéficient du soutien des équipes de coordination	<ul style="list-style-type: none"> • % de réunions de coordination tenues à tous les niveaux ≥ 90% • % de structures de coordination fonctionnelles ≥ 90%

15 Budget

Nombre de bénéficiaires ciblés : **936 777** habitants Durée des activités : 12 mois

Activités	Unité	Quantité	Coût unitaire ³	Coût total	Organisations contributrices
1. Evaluer les besoins des populations et des capacités de réponse du système local de santé	mission	40	1500	60 000	Tous les partenaires
2. Evaluer la disponibilité des ressources sanitaires (HeRAMS)	Enquête	1	50000	50 000	OMS
3. Acquérir et distribuer les kits médicaux d'urgence (1 kit complet = 10 unités basique IEHK + 10 modules malaria +1 unité supplémentaire IEHK +1 module supplémentaire malaria)	kit (1 kit pour 10000 personnes x3 mois)	376	20883,15	7 852 064	OMS, UNICEF, ONGI
4. Acquérir et distribuer les kits de santé de la reproduction bloc 1 (kits SR 0, 1A, 1B, 2A, 2B, 3, 4, 5)	kit (1 kit pour 10 000 personnes x 3 mois)	376	4614,3	1 734 977	UNFPA
5. Acquérir et distribuer les kits traumatologique complets (Italian trama kit type A, Italian trama kit type B)	kit (1 kit pour 100 interventions chirurgicales majeures)	10	17473,05	174 731	OMS
6. Acquérir et distribuer les kits pneumo A et B	kit	376	599,4	225 374	OMS
7. Acquérir et distribuer des médicaments pour le Diabète, l'Hypertension et les maladies cardiaques	kit (1 kit pour 1000 patients)	5	128212	641 060	OMS
8. Acquérir et distribuer des kits de transfusion sanguine (matériel de prélèvement, réactifs de la sécurité transfusionnelle)	kit (1 kit pour 5000 poches de sang)	5	100638,45	503 192	OMS/EMERGENCY
9. Acquérir et distribuer des kits de santé de la reproduction bloc 2 (kits SR 6A, 6B, 7, 8, 9, 10)	kit (1 kit pour 30 000 personnes x 3 mois)	124	4233,6	524 966	UNFPA
10. Acquérir des ambulances médicalisées	ambulance	8	60000	480 000	OMS, UNFPA
11. Multiplier des fiches de collecte et de transmission des données de surveillance (SAP, mhGAP et SIMR) pour les FOSA	FOSA	400	30	12 000	OMS, ONGI, ONGN
12. Payer des primes et frais de transport aux points focaux surveillance	Personne	30	3600	108 000	OMS
13. Appuyer la mise en œuvre des missions d'investigation des épidémies	mission	10	2000	20 000	OMS, UNICEF, ONGI

³ NB : les prix des kits, vaccins, MILDA, ambulances et des équipements ont été majoré de 35% pour prendre en compte les frais de transport et de dédouanement.

14. Acquérir et distribuer les vaccins et sérums antirabiques aux centres rabiques	dose	5000	15	75 000	OMS
15. Acquérir et distribuer les kits de prélèvement, des milieux de transport et des tests de diagnostic de la méningite et de choléra aux districts sanitaires ou ONGs	kits	500	800	400 000	OMS,
16. Acquérir et pré positionner les kits de traitement du choléra pour 1000 cas avec déshydratation sévère	kit complets	10	17887,5	178 875	OMS
17. Payer des primes au personnel des formations sanitaires appuyées	FOSA	355	19000	6 745 000	ONG
18. Acquérir et distribuer les équipements aux FOSA	FOSA	20	40000	800 000	OMS, UNICEF, UNFPA, ONGI
19. Réhabiliter des infrastructures sanitaires y compris les maternités	FOSA	20	10000	200 000	OMS, UNICEF, UNFPA, ONGI
20. Acquérir et distribuer des MILDA dans les sites de déplacés	MILDA	40000	7	280 000	UNICEF, FICR, OMS
21. Mettre en œuvre les campagnes de vaccination préventives contre la rougeole dans les sites de déplacés	dose	100000	1	100 000	UNICEF
22. Former/recycler des agents de santé sur les thématiques prioritaires (ordinogramme, DMU-SR, PCIME, surveillance des maladies, gestion des urgences, prise en charge des viols, mhGAP, etc.)	personne	500	150	75 000	UNICEF, OMS, UNFPA, ONGI
23. Former les partenaires et membres de équipes cadre de district sur l'approche cluster et l'élaboration/gestion des projets (durée : 3 jours par session ; nombre de sessions : 4)	Personnes	100	150	15 000	OMS
24. Monitorer et évaluation les projets des partenaires	mission	8	2000	16 000	OMS, ONGI, ONGN
25. Payer des primes aux relais communautaires	Personne	938	300	281 400	UNICEF, UNFPA, ONGI, ONGN
26. Entretien des ambulances (nouvelles et anciennes)	ambulance	18	4000	72 000	UNICEF, ONGI
27. Organiser des missions d'appui aux clusters santé régionaux	mission	8	2000	16 000	OMS
28. organiser les ateliers de planification (HNO, plan de réponse sectorielle 2018)	Atelier	2	2000	4 000	OMS
TOTAL COUT DIRECT				21 644 640	
29. Soutenir le fonctionnement des organisations (salaire du personnel, acquisition des équipements et matériels de bureau, frais de transport et de subsistance, frais de communication, etc.)	30% des coûts directs	1	6 493 392	6 493 392	
TOTAL				28 138 032	

16 Chronogramme des actions clés

Principales activités	janv-17	févr-17	mars-17	avr-17	mai-17	juin-17	juil-17	août-17	sept-17	oct-17	Nov-17	Dec-17
1) Evaluer des besoins des populations et des capacités de réponse locales dans les zones de crise												
1) Organiser l'enquête HeRAMS												
2) Acquérir et pré positionner ou distribuer les kits médicaux d'urgence et des kits SR												
3) Acquérir et pré positionner les kits de transfusion sanguine												
4) Acquérir et pré positionner les vaccins et immunoglobulines antirabiques												
5) Acquérir et pré positionner les kits de prise en charge de la méningite cérébrospinale												
6) Acquérir et distribuer les ambulances												
7) Réhabiliter les infrastructures sanitaires												
8) Former les prestataires de soins et membres des équipes cadres												
9) Former les relais communautaires sur la PECIME												
10) Former les partenaires du cluster santé et les cadres du MSP sur l'approche cluster												
11) Réaliser les missions d'évaluation des projets des partenaires (surtout CHF)												
12) Payer les primes aux relais communautaires												
13) Payer les primes aux équipes de vaccination et superviseurs lors des campagnes de vaccination préventives ou de riposte												
14) Entretien des ambulances anciennes et nouvelles												
15) Organiser des missions d'appui aux clusters santé régionaux												
16) Organiser l'atelier de formation des membres du cluster santé sur l'élaboration des projets												
17) Organiser les ateliers d'évaluation des besoins du secteur santé et d'élaboration du plan de réponse sectoriel santé 2018												