

Région Afrique

Afrique du Sud	Madagascar
Algérie	Malawi
Angola	Mali
Bénin	Maurice
Botswana	Mauritanie
Burkina Faso	Mozambique
Burundi	Namibie
Cameroun	Niger
Cap-Vert	Nigéria
Centrafricaine	Ouganda
Comores	Rwanda
Congo	Sao Tomé-et-Principe
Congo démocratique	Sénégal
Côte d'Ivoire	Seychelles
Erythrée	Sierra Leone
Ethiopie	Swaziland
Gabon	Tanzanie
Gambie	Togo
Ghana	Tchad
Guinée	Zambie
Guinée Equatoriale	Zimbabwe.
Guinée-Bissau	
Kenya	
Lesotho	
Libéria	

Table des Matières

Avant propos	4 - 5
Acronymes	6
SECTION 1 : Introduction, Informations Générales sur le pays	7 - 12
1.1. Introduction	7
1.2. Informations générales	8
1.2.1. Situation géographique	9
1.2.2. Situation sécuritaire et socio politique	9
1.2.3. Situation économique du pays	10
1.2.4. Situation sanitaire avant la crise	10
SECTION 2 : Conséquences de la crise	13 - 14
2.1. Conséquences humanitaires	13
2.2. Conséquences sur le système de santé	14
SECTION 3 : Contributions des programmes aux priorités du pays	15 - 33
3.1. Maladies transmissibles	15
3.1. 1. Les maladies évitables par la vaccination	15
3.1. 2. La lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose	21
3.1. 3. La lutte contre les maladies tropicales négligées	22
3.2. Maladies non transmissibles	22
3.2.1. La lutte contre les principales maladies non transmissibles	22
3.3. Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie	23
3.3.1. La santé de la reproduction	23
3.3.2. La lutte contre les violences faites aux femmes	24
3.4. Le Système de santé	24
3.4.1. Le renforcement du système de santé	24
3.5. Préparation, surveillance et interventions en situation d'épidémie et de crise	25
3.5.1. La réponse de l'OMS et des partenaires du secteur de la santé à la crise centrafricaine	25
3.5.2. Mise en œuvre des activités de la SIMR et le RSI (2005)	32
3.5.3. Les perspectives pour la réponse humanitaire	32
3.6. Promotion de la santé et réduction des facteurs de risque sur la santé	33
SECTION 4 : Plaidoyer et développement du partenariat	34 - 35
4.1. Le leadership, la gouvernance et le partenariat	34
4.1. 1. La coopération de l'OMS avec le pays	34
4.1. 2. La communication	35
SECTION 5 : Gestion et administration	36
5.1. Les ressources humaines	36
5.2. Le niveau de mise en œuvre du plan de travail 2014-2015	36
SECTION 6 : Présence de l'OMS dans le pays	37
6.1. L'association du personnel du Bureau de l'OMS Centrafrique	37
6.2. La retraite du personnel du Bureau de l'OMS Centrafrique	37
SECTION 7 : Défis, contraintes, leçons apprises & perspectives	38
Défis, Contraintes, leçons apprises, perspectives	38
CONCLUSION	39



Certitudes et défis

C'est avec un immense plaisir que le Bureau de l'OMS en République Centrafricaine souhaite partager avec tous les partenaires ce rapport biennal 2014 –2015 qui résume les principales réalisations de ces deux dernières années, les difficultés rencontrées, les activités en cours ainsi que les défis qui restent à l'horizon.

Je voudrais tout d'abord saisir cette occasion pour rendre hommage aux acteurs du secteur de la santé, les féliciter et les remercier pour le travail que nous avons accompli ensemble dans le cadre de la mise en œuvre du plan de coopération avec le pays, durant les deux années écoulées. Nous voulons ici vanter le mérite des travailleurs du Ministère de la Santé qui, malgré le contexte de travail difficile ont contribué à sauver des vies parfois au détriment des leurs.

Nous, agents de l'OMS avons tous ensemble commencé une course contre la montre, car des milliers de vies humaines étaient engagées. J'ai pu constater par moi-même le dévouement et le sens élevé du devoir de chacun des collègues sur le terrain. Que tous trouvent ici l'expression de mes sincères remerciements, car ils font un travail exceptionnel, dans des circonstances souvent difficiles.

Le peuple Centrafricain et nous, sommes reconnaissant pour le travail accompli par l'ensemble des ONG, des Organisations humanitaires Internationales et nationales qui aux côtés des équipes d'urgence de l'OMS et des Agences NU, au sein du cluster Santé, ont répondu présent à l'appel des populations centrafricaines en détresse. Notre gratitude au Dr Koné Mamadou Lamine, Représentant par intérim qui a maintenu le bureau de l'OMS à flot mal-

gré la crise. Sa contribution à la mise en œuvre du plan d'action 2014-2015 dans un contexte national volatil est à saluer. Par cette même occasion, je voudrais remercier tous les collègues des Agences du Système des Nations Unies, de la MINUSCA, de l'Union Européenne, de l'Agence Française de Développement pour leur grande coopération et pour tous les efforts qu'ils ont déployés pendant ces deux années.

Nous avons mené de concert plusieurs activités au service de cette nation. Nous croyons certainement avoir créé des avancées dans bien de domaines en dépit des défis humanitaires. Il reste cependant beaucoup à faire et cela sollicite toute notre attention, nos initiatives, nos énergies et bien sûr, les ressources nécessaires pour y répondre.

Nous félicitons le Gouvernement de la République Centrafricaine pour tous les efforts déployés dans la perspective de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement malgré la crise et les ressources limitées. Des efforts significatifs ont été faits dans le domaine de la lutte contre le paludisme, la principale cause actuelle de mortalité et de morbidité avec la distribution à grande échelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action et la mise à disposition de médicaments grâce à la reprise de l'appui du Fond Mondial. Ces efforts sont aussi à saluer dans la lutte contre les maladies tropicales négligées et les mesures pour la lutte effective contre les maladies non transmissibles dont la santé mentale; la transfusion sanguine; la santé de la reproduction et la prise en charge des victimes de violences sexuelles; la vaccination et la réponse aux épidémies.



Dr. N'da Konan Michel YAO

Représentant de l'OMS en Centrafrique

Dans le cadre des urgences et actions humanitaires, divers projets mis en œuvre grâce à la générosité de certains pays donateurs (Finlande, Etats Unies, Italie, Hollande) et divers fonds (CERF, CHF, MPTF, FAUSP/AFRO...) ont permis d'épargner plusieurs vies notamment celles des enfants et des mères qui paient un lourd tribut à cette crise.

Cependant d'autres grands défis demeurent, notamment la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, de même que la prise en charge médicale de toutes les victimes des violences faites aux femmes et aux filles.

Pour faire face à ces défis, nous avons entrepris un exercice sans précédent d'évaluation de l'ensemble des structures de santé du pays et utilisé les résultats pour orienter les actions de réhabilitation du système de santé de 2015 à 2017 à travers le plan de transition du secteur de la santé. Il y a lieu de saluer aussi

la participation massive de tous les partenaires y compris les humanitaires.

Nous devrions continuer le chantier de faire du bureau de la RCA un modèle en termes de respect des procédures, et d'environnement de travail moderne et modèle.

Je tiens particulièrement à exprimer ma profonde gratitude et ma reconnaissance à Madame la Ministre de la santé et à Son Excellence Mme la Présidente de la République, Chef de l'état de transition, aux Membres du gouvernement de transition, à la communauté des donateurs et à tous les partenaires qui ont contribué ou facilité l'exécution de la mission de l'OMS durant cette période.

L'OMS continuera au cours du prochain plan biennal à se tenir aux côtés du peuple centrafricain pour la restauration du système de santé.

Acronymes

ACT / CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
ASCA	Association du personnel de l'OMS en Centrafrique
AVI	Activités de Vaccination Intensifiées
BAD	Banque Africaine de Développement
CERF	Central Emergency Response Fund
CHF	Common Humanitarian Fund
COGES	Comité de Gestion
DDRR	Désarmement, Démobilisation, Réinsertion, Rapatriement,
FAUSP	Fonds Africain pour les Urgences en Santé Publique
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunization
HeRAMS	Health Resource Availability Mapping System
IEP	Initiative mondiale d'Éradication de la Poliomyélite
IVE	Immunization Vaccine Development & Emergency
LRA	Lord's Resistance Army
MDTF	Multi Donor trust Funds
MenAfriVac	Vaccin contre la Méningite A
MICS	Multi Indicator Cluster Survey
MILDA	Moustiquaire Imprégné d'Insecticide de Longue Durée Action
MINUSCA	Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation en République centrafricaine
MIRA	Multi cluster/sector rapid assessment
MNT	Maladie Non Transmissibles
MPTF	Multi Partner Trust Fund
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MTN	Maladie Tropicale Négligée
ODM	Outbreaks and Disasters Risk Management
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralyse flasque aiguë
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAV	Semaine Africaine de Vaccination
STEPs	Stepwise approach surveillance of risk factors
SIAD	Short Interval Additional Dose
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
UCM	Unité de Cession du Médicament
UNCT	United Nation Country Team
VPOt-VPOb	Vaccin Polio Orale trivalent -Vaccin Polio Orale bivalent

Section 1 : Introduction, Informations Générales sur le Pays



Photo OMS: Campagne de vaccination dans le site des déplacés de l'aéroport de Bangui Mpoko

1.1. INTRODUCTION

La santé figure parmi les priorités du Gouvernement de la République Centrafricaine. L'évaluation multi-sectorielle (MIRA) réalisée au pic de la crise en décembre 2013 a montré que la santé était la première des priorités de la population. Les conflits qui déchirent le pays ont provoqué l'effondrement du système de santé dans toutes ses composantes (HeRAMS 2014):

- 27% des structures sanitaires ont été partiellement ou totalement détruites à travers le pays,
- 45% des structures sanitaires ont cessé de fonctionner ou réduit le volume de leurs activités à cause du pillage des stocks de médicaments et/ou de leurs équipements, ou du déplacement forcé de leur personnel à cause de l'insécurité.
- Rupture de la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques: l'Unité de Cession des Médicaments (UCM) principale source de ravitaillement des structures de santé publique a réduit de manière drastique ses activités et n'assure plus les livraisons qu'à Bangui. Cette rupture concerne aussi la chaîne d'approvisionnement en vaccin surtout hors de Bangui, la capitale et la transmission des informations sanitaires restent difficiles.

Avec l'amenuisement des moyens de l'Etat et la paupérisation de la population, le mécanisme de recouvre-

ment de coût des services de santé n'était plus possible au risque de pénaliser les populations redues vulnérables par la crise. Au 31 décembre 2015, 451.986 personnes étaient encore déplacées à l'intérieur du pays parmi lesquelles 216.392 personnes vivent encore dans les sites de déplacés. 453 442 centrafricains sont encore réfugiés dans les pays voisins (OCHA Déc. 2015).

Dans ce contexte difficile, le paludisme est au premier rang des causes de morbidité et de mortalité (données des sites de déplacés, OMS/MSP), suivi des Infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques. Plusieurs rapports dont celui de l'OMS sur le paludisme ont révélé les progrès enregistrés dans plusieurs pays. Cependant en RCA, des défis persistent notamment en termes de difficultés de mise à l'échelle des interventions, une lenteur dans la mise en œuvre des traitements à base des CTA, l'inadéquation des ressources humaines et la faiblesse des plans d'approvisionnement et du système de suivi évaluation. Tous ces défis compromettent lourdement l'utilisation optimale des ressources allouées à la lutte contre le paludisme.

Sous le leadership de l'OMS et du Ministère de la Santé, les réunions de coordination du cluster santé se sont tenues régulièrement à Bangui de façon hebdoma-



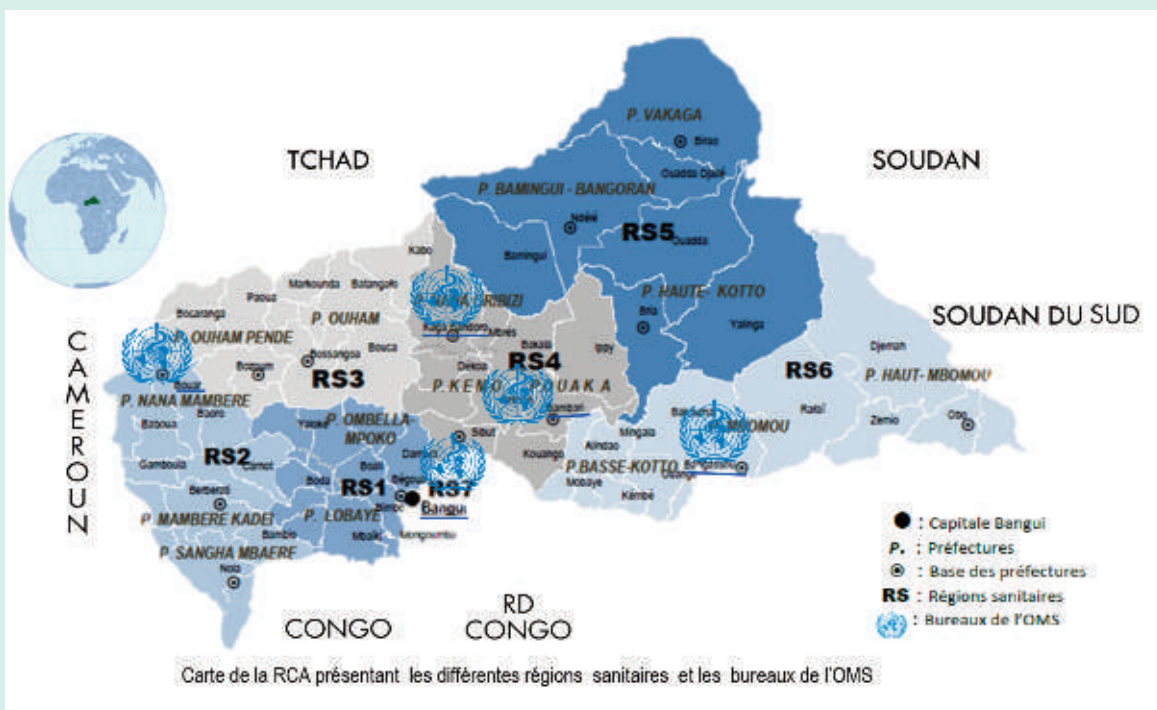
taire. Une équipe constituée d'un coordinateur, d'un Co-facilitateur (l'ONG Save the Children International) et d'un gestionnaire de l'information est entièrement dédiée à cette activité. Des réunions de la cellule de crise sont tenues en cas de détérioration brusque de la situation humanitaire.

Un groupe de travail a été mis sur pieds pour s'occuper de la problématique de la santé mentale et du soutien psycho-social. Au niveau décentralisé, l'OMS a assuré le leadership dans la coordination des clusters santé régionaux à travers les responsables de ses sous bureaux de Kaga-Bandoro, Bambari et Bouar en appui aux préfectures sanitaires pour couvrir cette zone. Un autre sous bureaux a été ouvert à Bangassou dans le sud Est du pays dans le dernier trimestre de 2015 pour permettre de revitaliser les activités de santé publique, notamment la surveillance des maladies.

En dépit de ce contexte difficile l'OMS et les partenaires n'ont pas baissé les bras même aux forts moments des affrontements. Les activités planifiées pour le plan biennal 2014-2015 on finalement été dominées par la réponse humanitaire avec une reprise progressive de certaine activités du programme visant à contribuer à cette réponse. La limitation des acteurs humanitaires santé à faire face au besoins a poussé l'OMS à aider à une évaluation exhaustive (Hermas) en 2014 qui a conduit à l'élaboration d'un plan de transition définissant les priorités de réponse et surtout de restauration précoce du système de santé.

Ce rapport est en fait la synthèse des efforts fournis pour juguler le côté sanitaire de la crise et à maintenir à flot certains programmes essentiels. 78% des produits attendu du plan biennal ont été cependant réalisés pour soulager les souffrances d'un peuple dont la résilience malgré les épreuves nous donne la force de croire à un avenir meilleur.

1.2. INFORMATIONS GÉNÉRALES



1.2.1. Situation géographique

Située au cœur du continent africain, la République Centrafricaine couvre une superficie estimée à 623 000 km². Elle fait frontière à l'Est avec le Soudan et le Soudan du Sud, à l'Ouest avec le Cameroun, au Nord avec le Tchad, au Sud avec le Congo et la République Démocratique du Congo (RDC). Le Pays est divisé en 7 régions administratives, lesquelles sont divisées en 16 préfectures et 73 sous-préfectures. Les limites des régions et préfectures sanitaires sont superposables au découpage administratif. Le processus de redécoupage sanitaire a commencé avec la création de 10 districts sanitaires dans les régions sanitaires N°1 et N° 6 officialisée par la décision n° 304/MSPPLS/DIRCAB du 19 Août 2010. En 2013, la population centrafricaine était estimée à 4.758.451 habitants selon les projections du bureau centrale de recensement sur la base des données du RGPH 2003.

1.2.2. La situation sécuritaire et socio-politique

La République Centrafricaine a connu à partir de décembre 2012 l'une des plus importantes crises militaro-politique de ces 20 dernières années ayant abouti le 23 mars 2013 au renversement du régime en place par la coalition Séléka. Les premiers affrontements entre Antibalaka (les milices d'auto-défenses qui se sont constituées pour faire face aux exactions organisées par les Séléka) et Séléka ont lieu dans la sous-préfecture de Bossangoa à partir du mois août 2013 entraînant 713.000 personnes déplacées au 31 octobre 2013.

Les affrontements ont par la suite pris une dimension interconfessionnelle et intercommunautaire.

Le 5 décembre 2013, Les Antibalaka lancent une attaque contre la Séléka dans la ville de Bangui et la violence a atteint un niveau sans précédent faisant en deux jours plus de 1200 morts (Amnesty International), des milliers de blessés et des dizaines de déplacés.

Le 5 Décembre 2013, la résolution 2127 du conseil de sécurité des Nations Unies donne mandat aux 1600 éléments du contingent Français de l'opération « Sangaris » et à la Mission Internationale de Soutien à la Centrafrique (MISCA) de l'UA d'intervenir en Centrafrique pour désarmer les combattants et protéger les civiles. Ces forces ont réussi à instaurer une sécurité relative dans certains endroits du pays et surtout dans et autour de la capitale Bangui.



Photo OMS: Convois des Nations Unies négociant l'accès humanitaires

Sur le plan sécuritaire, l'année 2015 a été moins perturbée que l'année précédente dans l'ensemble mais la situation est cependant restée hétérogène et volatile, en particulier à Bangui et dans le centre du pays où les tensions sont toujours vives avec des affrontements récurrents entre les groupes armés comme celui survenue le 26 septembre à Bangui faisant 75 morts et plus de 400 blessés.

Dans le Sud-Est et à l'Est du Pays, des éléments de la LRA de Joseph KONY (ou groupes armés non identifiés) se livrent à des attaques ponctuelles sur les populations. Ces exactions altèrent gravement les conditions de vie des populations sur tous les plans : sécuritaire, humanitaire et droits de l'homme, alimentaire, sanitaire et économique.

A partir de 11 décembre 2013, la RCA a été classée au niveau d'urgence le plus élevé (L3) et prolongée à trois reprises jusqu'en juin 2015.

Sur la plan politique la situation a été surtout marquée par :

- La démission de Michel Djotodia le 10 janvier 2014 qui va raviver la tension et les affrontements entre Séléka et anti-Balaka qui vont progressivement s'étendre à plusieurs localités des préfectures de l'Ouest et du Centre du pays.
- Le 20 janvier 2014, il est remplacé par Mme Catherine SAMBA PANZA au cours d'une élection par le Conseil National de Transition.
- Le rejet par le Gouvernement de transition de l'accord signé à Nairobi entre les ex-présidents François Bozizé et Michel Djotodia, le 27 janvier 2015 avec un cessez-le-feu et la demande d'une amnistie générale pour les signataires de l'accord.

- La tenue sur fond de tension, en raison de la non-participation de l'ex-partie au pouvoir et de cinq (5) groupes armés, du Forum National de Bangui du 4 au 11 mai 2015, étape majeure du processus de sortie de crise ayant recommandé entre autre, le report des échéances électorales et conduit à la signature d'un accord d'engagement censé mettre fin au recrutement et à l'utilisation des enfants dans les conflits armés, d'un Pacte Républicain et d'un accord de désarmement, démobilisation, réintégration et rapatriement (DDRR). En l'absence de ressources (forces de sécurité, financements) les autorités de transition ont eu du mal à mettre en œuvre les réformes requises.

- La tenu du referendum constitutionnel dont le vote organisé le 13 décembre 2015 a été émaillée de violents incidents dans le 5ème arrondissement de Bangui et dans le Nord-Est du pays à Kaga Bandoro, Ndélé et Birao faisant officiellement 5 morts et une vingtaine de blessés .

1.2.3. Situation Economique

La situation économique du pays qui était déjà précaire a été aggravée par l'absence d'investissement, la fermeture de plusieurs sociétés génératrices d'emplois, la diminution des échanges commerciaux entraînant ainsi l'effondrement du système économique (baisse du recouvrement des taxes) et une diminution du revenu des ménages, avec l'augmentation de la pauvreté et le chômage des jeunes dont certains se sont facilement faits enrôler dans des groupes armés.

Avant la crise, la République Centrafricaine était classée 179ème sur 187 pays selon l'Indice de Développement Humain (IDH) en 2013. En 2012, le PIB moyen par habitant était de 25% inférieur à celui de 1980.

1.2.4. Situation sanitaire avant la crise

Aux regards d'un certain nombre d'indicateurs on s'aperçoit tout de suite que le Pays était déjà dans une situation sanitaire assez précaire avant la crise.

INDICATEURS CLES

- 76% de la population vivent au-delà de 10 km d'une structure sanitaire
- Le taux de mortalité maternelle est estimé à 890 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2013 (source: OMS, statistiques sanitaires mondiales 2015).
- Le taux de mortalité des moins de 5 ans est estimé à 164 décès pour 1000 naissances vivantes en 2013 (source: OMS, statistiques sanitaires mondiales 2015).
- L'espérance de vie à la naissance est de 51 an (deux sexes confondus) (source: OMS, statistiques sanitaires mondiales 2015)
- La prévalence du VIH chez les adultes est évalué à 4,9% (MICS4 2010)

- **Le paludisme :** Le paludisme constitue l'un des graves problèmes de santé publique dans le pays. C'est l'une des premières causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Selon les données de 2014 du Service de Lutte contre le Paludisme, il a constitué 70% des causes de recours aux soins dans toutes les tranches d'âge contre 59% en 2013 et 40% en 2001. Mais pour la même année, la proportion des enfants de moins de 5 ans parmi ces cas a légèrement baissé à 49% contre 52% en 2013. Les données sur les taux de décès montrent aussi une tendance à la baisse.

En 2012 le taux de décès était de 0,31 pour 1000. Il est descendu à 0,22 en 2013, les données partielles des 9 premiers mois de 2015 montre un taux de décès à 0,26 pour 1000 habitants. L'amélioration de la prise en charge avec une disponibilité améliorée des médicaments (contribution des ONG) pourrait expliquer cette tendance. Les données de morbidité montrent certes une augmentation des cas, mais l'amélioration progressive du système de notification avec la collecte des données par téléphone pourrait aussi avoir influencé cette tendance.

- **La Tuberculose :** Le rapport global sur la tuberculose publié par l'OMS en 2015 sur les données du Service de Lutte contre la Tuberculose (SLT) de la RCA de 2014, donne une incidence annuelle de 375 cas pour 100 000 habitants et une prévalence de 435 cas pour 100 000 habitants contre respectivement 367 et 520 pour les données de 2012. On note donc une légère augmentation de l'incidence tandis que la prévalence a sensiblement baissé. Les données de 2014 ont fait état de zéro cas de retraitement en dehors des rechutes. L'incidence concernant uniquement le VIH associé à la tuberculose est de 157 pour 100 000 habitants. La mortalité liée à la tuberculose seule est de 48 pour 100 000 alors que celle concernant uniquement les cas du VIH associé à la tuberculose est un peu plus élevée à 64 pour 100 000.
- **Le VIH/SIDA :** La prévalence de l'infection à VIH chez les personnes âgées de 15 à 49 ans est de 4,9% en 2010 selon les résultats de l'enquête à indicateurs multiples (MICS4). 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. Quelque 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. Dans la population générale, en absence d'études récentes, les estimations faites par l'ONUSIDA donnent une prévalence à 4,3% du VIH chez les 15 à 49 ans en 2014.
- **Les maladies cibles du PEV :** Le programme élargi de vaccination n'a pas été épargné par la crise politico-militaire en RCA qui a eu comme conséquence, la destruction/pillages des infrastructures sanitaires, les départs du personnel de santé de leurs postes de travail, conduisant à l'arrêt des activités de vaccination de routine dans la majorité des centres PEV. A la fin de 2013, la proportion d'enfants qui recevaient trois doses de vaccin Pentavalent était de moins de 30 %, avec seulement 13 % des enfants complètement vaccinés à l'âge de 1 an. Durant cette période, la persistance de la crise et son extension à la quasi-totalité du territoire a déstructuré un système de santé déjà précaire et hypothéqué les performances globales du Programme Élargi de Vaccination.
- **La Malnutrition :** La malnutrition aiguë demeure parmi les 5 premières causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en RCA. Malgré les forts potentiels forestiers, agro-pastoraux et hydrauliques du pays, le pays présente d'énormes poches d'insécurité alimentaire aggravée par la crise qui expose près de 2 millions de personnes. Selon les résultats de l'enquête SMART (2014), 7% des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition aiguë globale (MAG) dont 2 % de la malnutrition aiguë sévère (MAS) et 40% pour le taux de malnutrition chronique.

- **Les Maladies Non Transmissibles**

Les données datent de 2010 (source: Enquête STEP 2010) et concernent le groupe d'âge de 25 - 64 ans. La situation pourrait être beaucoup plus préoccupante avec la crise qui s'est accentuée depuis 2013, n'ayant pas permis la mise en œuvre des programmes de prévention et de prise en charge.

i) **Les maladies cardio vasculaires :** Le nombre de cas rapportés de 2008 à 2010 est de 197 dont 16 décès pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et 85 cas pour les cardiopathies rhumatismales. Il s'agit là des chiffres hospitaliers en sachant que beaucoup de cas ne sont pas pris en charge par les structures hospitalières.

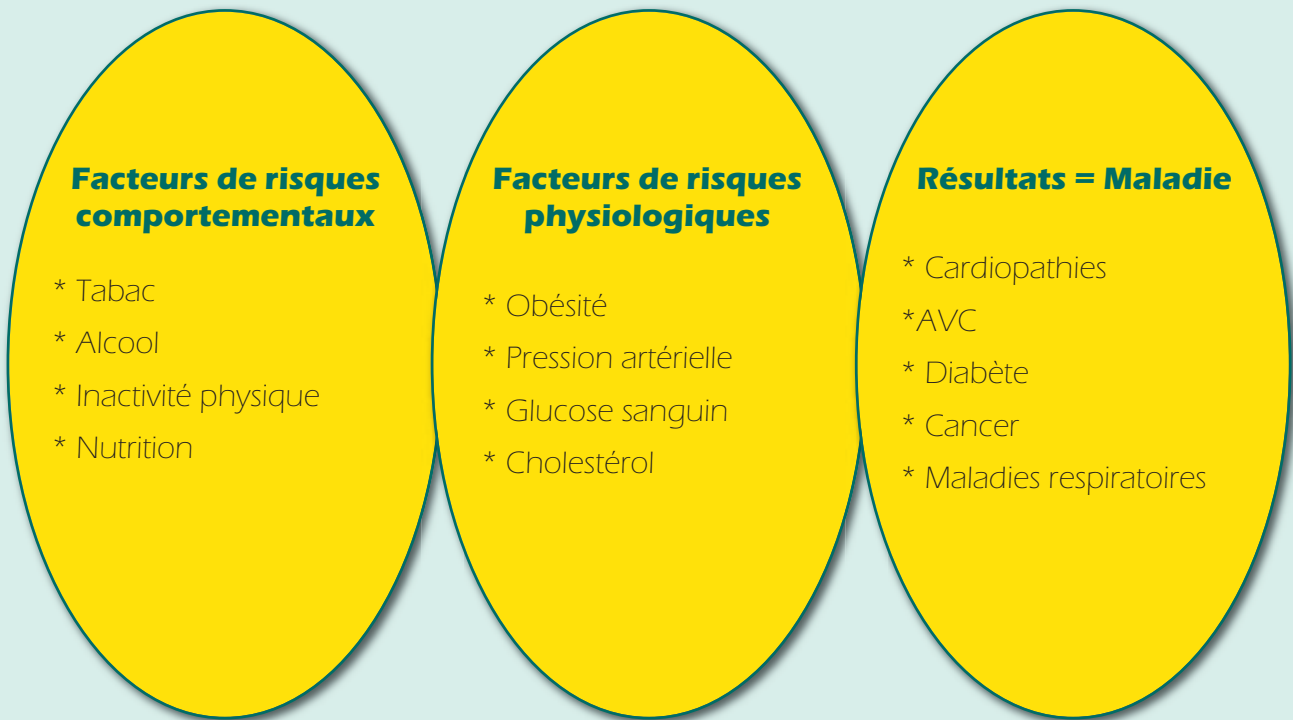
ii) **L'Hypertension artérielle :** La prévalence est de 34,5% dont 36,8% chez les hommes et 32,3% chez les femmes. Le pourcentage des hypertendus qui ne sont pas sous traitement médical est de 90,7% dont 94,3% d'hommes et 86,6 % de femmes. (Source: Enquête STEP 2010).

iii) **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 est de 0,8%, traduisant ces difficultés d'accès aux médicaments. Le nombre de cas de diabète rapportés de 2008 à 2010 est de 329 cas pour 13 décès. (Source: Enquête STEP 2010).

iv) **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).

v) **Les Maladies respiratoires chroniques** : Le nombre de cas rapportés de 2008 à 2010 est de 4258 cas de broncho-pneumopathie obstructive et 132 cas d'asthme pour 0 décès.

vi) **Les autres maladies chroniques** : de 2008 à 2010 drépanocytose (599 cas) , pour les affections oculaires (5193 cas dont 135 cas de cataracte



Chaîne causale des Maladies Non Transmissibles



**Organisation
mondiale de la Santé**

Section 2 : Conséquences de la crise centrafricaine



Photo CB: Un enfant blessé pendant la crise à Bangui

2.1. Conséquences Humanitaires

Les conséquences humanitaires de la crise centrafricaine ont été d'une ampleur sans précédent sur l'ensemble du Pays. Deux ans après le déclenchement de la crise, la situation reste préoccupante :

- 451 986 personnes sont encore déplacées dans le pays dont 235 594 dans les familles d'accueil et 216 392 personnes réparties dans 106 sites à travers le pays.
- 453 442 personnes ont trouvé refuge hors du Pays (source: Commission Mouvements de Population 30 déc.2015).

Depuis le début de la crise on estime à :

- 2.7 million le nombre estimé de personnes nécessitant une aide humanitaire.

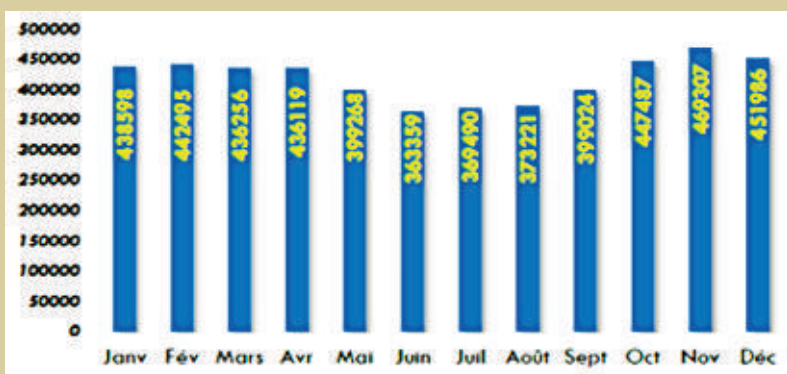


Figure 1: Evolution du nombre de déplacés dans le pays en 2015 (source: Commission Mouvements de Population 30 déc.2015)

2.2. Conséquences sur le système de santé

La santé est l'un des secteurs les plus touchés par la crise en RCA. En effet Plusieurs composantes du système de santé ont été touchées entraînant ainsi son affaiblissement.

- Le personnel de santé démobilisé: L'insécurité quasi généralisée a provoqué la fuite des prestataires de soins et des équipes cadre des préfectures sanitaires. Une majorité des structures de santé ne disposent que de personnels non qualifiés.

- Selon les résultats préliminaires de l'enquête HeRAMS conduite avec l'appui de l'OMS en 2015, 34% des structures sanitaires sont encore partiellement ou totalement détruites à travers le pays (figure 2).



Figure 2: Proportion des Structures sanitaires détruites par région sanitaire en RCA (Source : Rapport préliminaire HeRAMS 2015)

Durant toute l'année 2015, 32% des structures sanitaires sont restées fermées ou ont réduit le volume de leurs activités dans l'ensemble du pays en raison du pillage de leurs médicaments et/ou de leurs équipements, ou du déplacement forcé de leurs personnels à cause de l'insécurité, (figure 3).

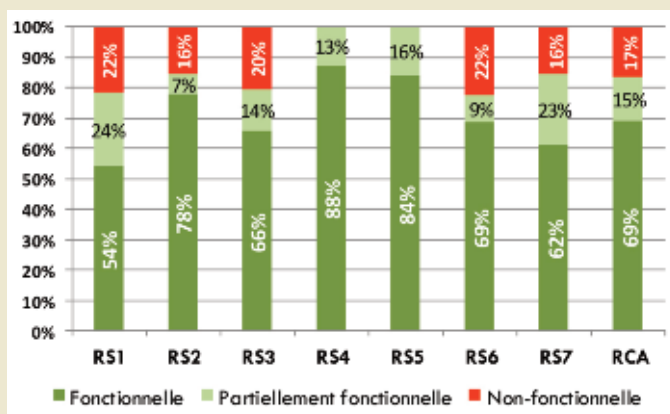


Figure 3 : Proportion des structures sanitaires fonctionnelles par région (Source : Rapport préliminaire HeRAMS 2015)

Plus de 23% des structures sanitaires n'ont toujours pas de personnels de santé. Les activités de l'UCM principale structure de ravitaillement des formations sanitaires ont été réduites de manière drastique. 56% des structures sanitaires offrent des services de vaccination dans les régions sanitaires 3 et 5, à cause de la rupture de la chaîne d'approvisionnement en vaccins.

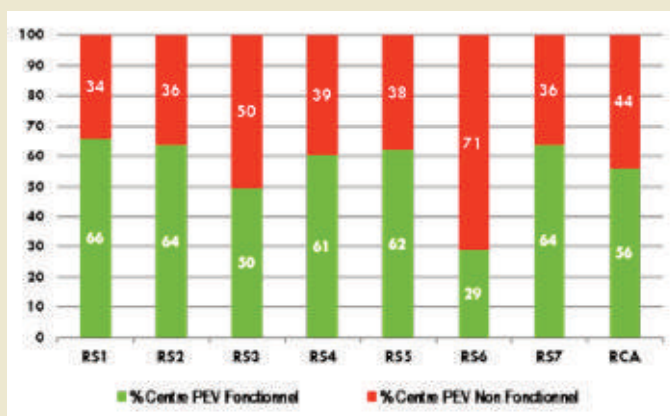


Figure 4 : Fonctionnalité des centres PEV dans les régions sanitaires en RCA

Section 3 : Contributions des programmes aux priorités du pays



Photo OMS: Allocution du Dr Casimir MANENGU, point Focal IVE lors du Lancement de la gratuité des soins au complexe pédiatrique de Bangui

3.1. MALADIES TRANSMISSIBLES

3.1.1. Les maladies évitables par la vaccination

les activités vaccinales, celles de surveillance et les activités supplémentaires de vaccination ont été au cœur des appuis de l'OMS à la RCA. En dépit du contexte national difficile, l'OMS a poursuivi et renforcé sa coopération dans la vaccination. Il s'est agit de :

- relancer la recherche active des cas de PFA dans la région sanitaire N°2 (préfectures de Nana-Mambéré et Mambéré-Kadeï);
- assurer un appui à la planification et la mise en œuvre des campagnes de riposte préventive dans les régions sanitaires 2, 3, 1, et 7 contre l'épidémie de Polio au Cameroun.

Au cours du bienium 2014-2015 le bureau de l'OMS a appuyé la tenue de huit (8) réunions du Comité national d'Expert Polio (CNEP) pour la classification finale des cas de PFA de 2014-2015 et 5 réunions du Comité national de certification de la Polio (CNC) pour la validation des rapports des progrès de l'Initiative de l'Éradication de la Poliomyélite en RCA de 2013-2015.

Dans le cadre de l'initiative mondiale de l'éradication de la poliomyélite (IEP) l'appui technique de l'OMS a permis :

- la relance de la recherche active des cas de PFA dans la région sanitaire N°2 (préfectures de Nana-Mambéré et Mambéré-Kadeï) ;



Photo OMS : Le Représentant de l'OMS administrant symboliquement la 1ère dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé injectable

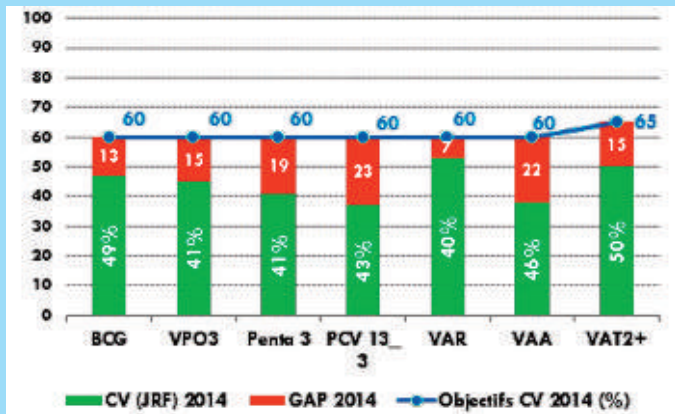


Figure 5 : Evolution des couvertures vaccinales 2014 (PEV de routine)

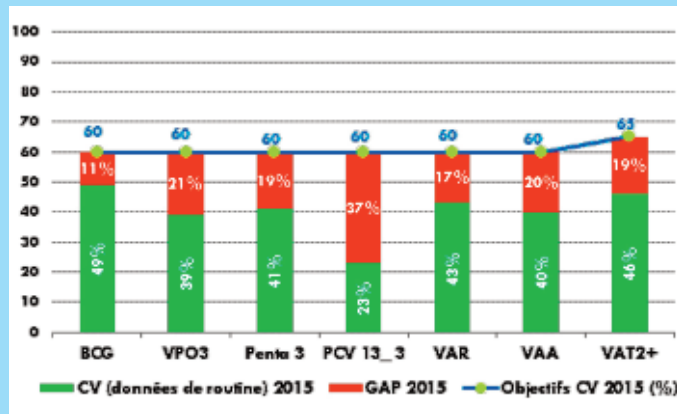


Figure 6 : Evolution des couvertures vaccinales en 2015 (PEV de routine)

Initiative Mondiale de l'Éradication de la Poliomyélite

Les activités de l'IEMP, inscrites dans le cadre du plan stratégique d'éradication de la Poliomyélite 2013-2018 (Assaut final, « End Game ») ont porté sur :

- la relance de la surveillance active des PFA par le

renforcement de la recherche active des PFA,

- le renforcement de la présence de l'équipe IVE par le déploiement de staffs dans 4 sous-bureaux (3 en 2014 et 1 en 2015); le 5ème déploiement prévu au début de 2016 avec l'appui de la fondation Bill et Melinda Gates.

Régions Sanitaires	VPO			VIT A		
	Cible (0-10ans)	Doses admin	CV	Cible (0-10ans)	Doses admin	CV
RS4	246552	175701	71%	106793	1000	1%
RS4	103554	84944	85%	44854	8514	19%
RS6	231624	209086	90%	100327	55744	56%

Tableau 1 : Résultats de la 5^{ème} édition de la Semaine Africaine de la Vaccination

L'introduction de nouveaux vaccins

En ce qui concerne l'introduction de nouveaux vaccins, le Bureau de l'OMS a appuyé l'introduction du VPI dans le PEV de routine et l'élaboration des plans d'introduction du MenAfriVac dans le PEV de routine et campagne de vaccination.



Photo OMS: Allocution du Représentant de l'OMS lors de la cérémonie officielle marquant le début de l'introduction du VPI



Photo OMS: SE Mme la Présidente de la République et le Représentant de l'OMS lors de la cérémonie officielle marquant le début de l'introduction du VPI dans le PEV de routine

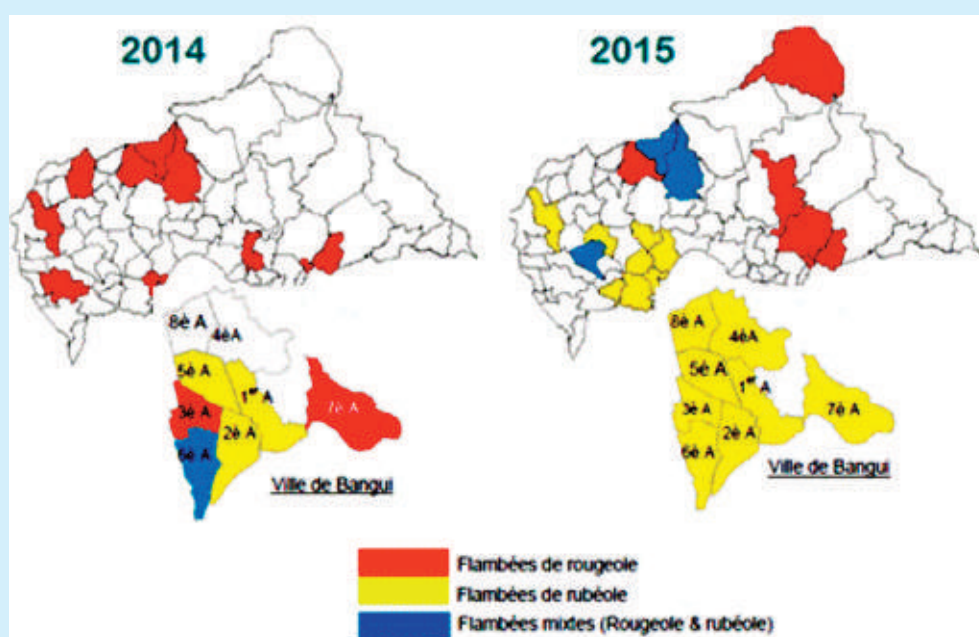
Contrôle des autres maladies évitables par la vaccination

En ce qui concerne le contrôle des autres maladies évitables par la vaccination, l'OMS a apporté un appui dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de surveillance épidémiologique, la réponse aux flambées épidémiques enregistrées en 2014-2015, en particulier la rougeole. Les indicateurs de la surveillance de la rougeole et de la fièvre jaune pour la RCA sont dans les normes définies pour le contrôle de ces 2 maladies tandis que la surveillance du Tétanos Maternel et Néo-natale (TMN) est caractérisée par une sous notification des cas.

• **Surveillance de la Rougeole :** Au cours des deux dernières années la surveillance de la rougeole a permis de détecter plusieurs flambées de rougeole dans le pays survenant de façon concomitante avec des flambées de rubéole depuis 2014. Les épidémies de rubéoles ont surtout été observées dans la Région sanitaire N°7 (Bangui) et dans la région sanitaire N°1. Il faut noter qu'en ce qui concerne la rougeole, une faible mortalité a été relevé grâce aux soutient apporté par les acteurs humanitaires dans la prise en charge des cas. En raison l'accroissement du nombre de personnes susceptible à la maladie, l'OMS se prépare à appuyer une campagne nationale de suivie au cours de l'année 2016.

Années	Nbre de cas rapportés	Nbre de cas avec échantillon	% IgM+		Taux d'investigation annualisé $\geq 2,0/100000$		% Districts ayant prélevé ≥ 1 cas
			Nbre	%	Annualisé /100000	Non rougeoleux	$\geq 80\%$
2014	629	629	161	3	13,0	9,6	87%
2015	723	723	85	12	14,8	12,9	83%

Tableau 2 : Indicateurs de performance de la surveillance active de la rougeole, 2014-2015



Carte présentant les foyers de rougeole (IgM+) et rubéole (IgM+) en 2014 et 2015

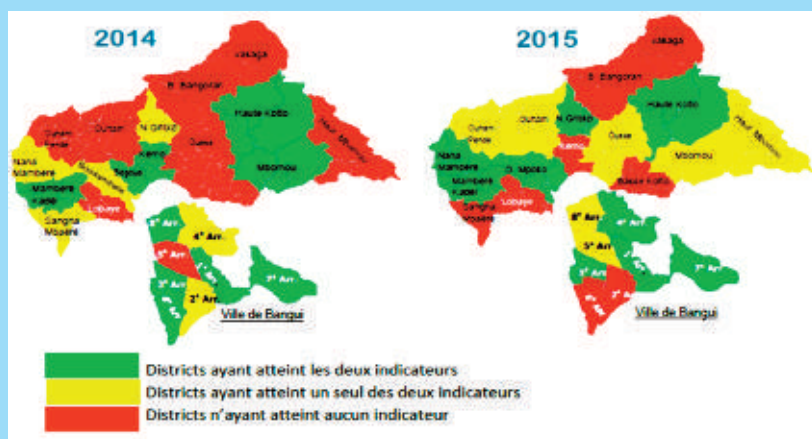
• Surveillance de la fièvre jaune

Années	Nbre de cas suspects prélevés	% IgM+		Taux d'investigation annualisé $\geq 2,0/100000$	% Districts ayant prélevé ≥ 1 cas
		Nbre	%		
2014	326	0	0	6,0	77%
2015	99	0	0	2,0	40%

Tableau 3 : Surveillance Active de la fièvre jaune, 2014-2015

• **Surveillance active des PFA :** L'équipe IVE a appuyé la relance de la surveillance active des PFA dans les régions sanitaires à risque (RS4, 5 et 6) par l'ouverture des 5 sous-bureaux, le recrutement de 5 staffs nationaux IVE, le déploiement des 10 consultants STOP/CDC Atlanta, la formation des points focaux nationaux chargé de la surveillance et la mise à disposition des moyens de transport et des outils de gestion des données. En ce qui concerne les performances de la surveillance des PFA, ILa RCA est libre de polio depuis 3 ans, le dernier cas de Poliovirus sauvage ayant été notifié le 09/12/2011. Les indicateurs majeurs de performance de la surveillance active des PFA sont restés aux normes de certification (Taux PFA-NP ≥ 3 p. 100.000 et Taux Echantillons dans les 14 jrs $\geq 80\%$) au cours des de la période 2014-2015 tel le montre le tableau 4 ci-dessous :

Variables	2014	2015
Population <15 ans	1 975 946	1 936 690
Cas de PFA attendus	59	60
Cas de PFA notifiés	89	81
Taux annualisé PFA NP (3/100000 <15 ans)	3,6	3,7
Cas de PFA avec 2 selles en 14 Jrs	72	68
Taux d'échantillons des selles ≤ 14 jrs	81%	84 %
Taux d'entérovirus non polio	28 %	26 %
Cas de PVS	0	0
Cas compatibles	7	7



Carte mettant en évidence le niveau d'atteinte des indicateurs de performance de la surveillance des PFA par district de la 1^{ère} semaine

Tableau 4 : indicateurs de performance de la surveillance des PFA

Malgré la crise et le contexte d'insécurité l'appui de l'OMS et de ses partenaires a été déterminant pour maintenir le programme à flot. Des efforts restent à faire pour améliorer la qualité des campagnes de vaccination avec des contraintes majeures en ressources humaines, en moyens logistique et surtout lié à l'accessibilité (insécurité). Les échéances politiques en cours pourraient améliorer les conditions en 2016.



Photo OMS: Une équipe de l'OMS aux côtés du Médecin chef de la préfecture sanitaire de la Nana Gribizi lors d'une mission d'investigation autour des cas présumés de rougeole à Nana Outa.

Tours AVS Poilio	Dates	Type d'AVS	Type d'intervention	Zones ciblées	Tranche d'âge cible	Cibles	Nombre d'enfants vaccinés	Couverture Vaccinale	Résultats MI	
									(% enfants non vaccinés)	
									En ménage	Hors ménages
1er	janv-14	JLV	VAR+VPOt+Vit A + Albendazole	Bangui: 71 camps de déplacés	6 M- 14 A	156 863	143 755	92%	NA	NA
					0 - 5 ans	69 672	201 753	86%	NA	NA
2ème	02-07/04/14	JLV	Antigènes PEV + VPOt	RS1, 2, 3, 4, 5 et 7	0 - 23 mois	99 359	24 484	25%	NA	NA
3ème	24-30/05/14	JLV	Antigènes PEV + VPOt	RS1, 2, 3 et 7	0 - 5 ans	511.555	162 045	32%	NA	NA
4ème	24-27/08/14	JLV	Polio (VPOb)	RS2 et 3	0 - 5 ans	319 922	295 130	82%	13%	15%
5ème	31/08-03/09/14	JLV	Polio (VPOb)	RS2	0 - 5 ans	149 271	138 245	100%	9%	11%
6ème	05-07/09/14	JLV	Polio (VPOb)	RS3	0 - 5 ans	170 651	62 214	88%	11%	22%
7ème	21-23/09/14	JLV	Polio (VPOb)	RS1, 2, 3 et 7	0 - 10 ans	1 200 243	1 144 165	95%	9%	15%
8ème	02-04/10/14	JLV	Polio (VPOb)	RS1 et 7	0 - 5 ans	270 419	284 583	105%	9%	13%
1er	24-26/04/2015	RS4, RS5, RS6	JLV	VPOb	0-10 ans	463.667	464.890	92%	9%	14%
2ème	01-03/05/2015	RS4, RS5, RS6	JLV	VPOb	0-10 ans	463.667	380.635	75%	10%	9%
3ème	22-24/05/2015	RS2	JLV	VPOt	0-5 ans	152.144	127.843	84%	11%	9%
4ème	05- 07/06/2015	RS5	JLV	VPOt	0-5 ans	54.669	50430	92%	11%	12%
5ème	19-21/06/2015	RS3	JLV	VPOt	0-5 ans	173.935	142.694	82%	9%	10%
6ème	11-13/09/15	RS1 et RS7	JLV	VPOt	0-5 ans	276.447	243.514	76%	4%	6%

Légende du tableau :

Couverture vaccinale :	≥ 100%	Entre 80 et 99%	< 80%
% enfants non vaccinés :	< 5%	Entre 5 et 10%	>10%
Monitoring non réalisé :	NA		

Tableau 5 : Résultats administratifs des AVS Polio, 2014 – 2015



Photo OMS : Séance de vaccination dans le site des déplacés de Don Bosco



Photo OMS : Administration du VPI dans le deuxième arrondissement

Les 2ème et 3ème campagnes (en 2014) ont été affectées par l'insécurité n'ayant pas permis la campagne dans certains districts.

3.1.2. La lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme

Sur les années du bienium 2014-2015, la coopération OMS/RCA a été marquée par la performance des principaux programmes et stratégies en termes de couverture et de résultats dans l'accélération de la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. Pour étayer ce rapport on peut citer les appuis techniques apportés par l'OMS au pays dans la mise en œuvre des actions suivantes :

- Dans le domaine du partenariat

- Contribution dans le cadre de l'équipe conjointe du système des Nations Unies au développement de plan annuel conjoint et à la mise en œuvre des actions conjointes de lutte contre le VIH/Sida;
- Contribution à la rédaction du rapport JPMS sur le site de l'ONUSIDA;
- Echanges, plaidoyer et autres actions auprès du Fonds mondial dans le cadre d'élaboration et de la mise en œuvre des subventions de Fonds mondial pour la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme;
- Echanges et plaidoyer auprès de l'Union Internationale de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires pour un appui au Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), appuis dans le domaine de suivi et évaluation et aussi la tuberculose multi-résistante.

- Dans la recherches et la diffusion des connaissances :

- Evaluation de 22 sites PTME de la ville de Bangui, de Bimbo et de Bégoua à l'issue de laquelle, 14 sites sont autorisés à démarrer l'option B+ pour la prévention de la transmission mère enfant (PTME) du VIH;
- Suivi des malades tuberculeux multi-résistants pris en charge dans le cadre de l'étude multicentrique de la tolérance et l'efficacité du traitement cours de 9 mois au centre de pneumo-physiologie de la ville de Bangui en collaboration avec l'Union contre la tuberculose et les maladies respiratoires ;
- Participation à l'étude sur la prévention de la pharmacorésistance du VIH chez les adultes sous TAR au CTA de l'hôpital communautaire de Bangui .

- L'élaboration des directives et des normes

- Révision des directives d'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement conformément aux recommandations de l'OMS de juin 2013;
- Elaboration du guide de formation des relais communautaires de la lutte contre le paludisme
- Elaboration d'une affiche pour l'utilisation de l'Artésunate injectable à mettre dans les formations sanitaires.

- L'élaboration des politiques, plans et stratégies

- Mise à jour des plans stratégiques ainsi que les documents opérationnels (PSE et plan opérationnels) des trois programmes : PNLS ; PNLT et PNLP.,

- L'appui technique

- Réunions du Groupe Technique National (GTN) sur la surveillance de la résistance du VIH aux ARV;
- Formation sur les Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) et sur l'utilisation de l'outil d'extraction des données des IAP ;
- Formation de 160 relais communautaires de Bangui et de Bambari pour une sensibilisation post-campagne de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MILDA) dans les sites des déplacés afin de permettre leur meilleure utilisation.

- Le domaine du suivi et évaluation

- Réalisation des réunions trimestrielles de suivi des tendances et de contrôle de la qualité des données sur les cas et les décès, regroupant les agents de santé des formations sanitaires de la ville de Bangui et ses environs Bimbo et Bégoua et les responsables des trois programmes ; sida, tuberculose et paludisme du ministère de la santé et les partenaires;
- Elaboration des rapports annuels des trois maladies et publication sur les sites de l'OMS pour la tuberculose et le paludisme (Global Report Tuberculosis et World Malaria Report) et de l'ONUSIDA (Rapport GARPR sur la riposte du Sida dans le monde);
- Réalisation des revues des plans stratégiques des trois programmes.

3.1.3. La lutte contre les maladies tropicales négligées



Photo OMS : Trachome (Kératoconjunctivite)

En ce qui concerne la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées, l'OMS a apporté un appui multiforme :

- la distribution de masse du Praziquantel contre la schistosomiase dans quatre préfectures sanitaires ;
- la distribution de masse de l'Albendazole aux enfants d'âge scolaire dans huit préfectures sanitaires ;
- la prospection de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) dans quatre des cinq foyers: Dans le foyer de Nola, 77 cas dépistés dont 72 trypanosomés en phase 1 et 5 trypanosomés en phase 2 sur une population de 4 700 personnes examinées. Tous ces malades sont mis sous traitement spécifique tel que recommandé par l'OMS.
- la formation /recyclage des agents de santé sur les méthodes de traitement de la THA par le NECT (Nifurtimox Eflornithine Combination Therapy) ;
- la formation /recyclage des agents de santé et agents de santé communautaire sur les procédures opératoires standardisées de la surveillance épidémiologique post certification de l'interruption de la transmission du ver de Guinée dans six préfectures sanitaires frontalières avec le Tchad et le Soudan du Sud ;
- la formation/recyclage des agents de santé dans deux préfectures sur les méthodes de prise en charge de l'Ul-cère de Buruli et la formation/recyclage des agents de santé sur la gestion du programme national de lutte-contre la lèpre dans deux préfectures sanitaires encore hyper endémiques de cette MTN ;

- Formation des professionnels des médias sur les méthodes de prévention des Maladies Non Transmissibles (MNT) et sur les directives de prise en charge de l'Ul-cère de Buruli ;

3.2. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

3.2.1. La lutte contre les principales maladies non transmissibles

L'appui majeur du bureau de l'OMS dans ce domaine a surtout concerné :

- l'élaboration et la validation du Plan stratégique 2014-2020 de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles,
- L'appui à la formation des personnels des médias aux méthodes de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, la célébration de la Journée mondiale de la santé mentale, édition 2014 autour du thème local : Investir dans la santé mentale : « la cohésion sociale favorise une bonne santé mentale » et la formation des membres des ONG locales aux méthodes de prise en charge des problèmes de santé mentale et de soutien psycho-social.



Photo CB : visite de contrôle de la tension artérielle dans un centre de santé

- Briefing des Médecins spécialistes, des Médecins généralistes et des Infirmiers Diplômés d'Etat des hôpitaux centraux et des centres de santé urbains de la ville de Bangui sur les directives WHO PEN de l'OMS sur les Maladies Non Transmissibles ;

- Formation des formateurs sur les directives WHO PEN de l'OMS sur les méthodes de prévention et de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (Diabète, HTA, drépanocytose, affections respiratoires) ;
- Formation des Médecins, des Travailleurs Sociaux, des Paramédicaux, des membres des ONG nationales et internationales et des membres du personnel des Nations Unies de la ville de Bangui et dans deux préfectures sanitaires sur les directives de prise en charge des principaux problèmes de santé mentale et soutien psycho social.

3.3. PROMOTION DE LA SANTE A TOUTES LES ETAPES DE LA VIE

3.3. 1. La Santé de reproduction

La santé maternelle et néo-natale constitue l'une des préoccupations de santé publique en République centrafricaine et les indicateurs ne laissent personne insensible :

- 890 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Chaque jour, 5 femmes meurent suite à une complication de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches.
- 164 décès des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes,

Cette situation s'est d'avantage empirée avec la crise humanitaire que connaît le pays. Le Bureau de l'OMS s'est engagé avec les partenaires du secteur santé a soutenir le ministère de la santé dans la mise en œuvre de la feuille de route pour l'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (RMMNN) 2004-2015 .

C'est dans cette perspective que le bureau de l'OMS a apporté un appui technique et financier à l'organisation de

l'atelier de validation du rapport de la revue de ladite Feuille de Route, assorti de l'élaboration d'un plan d'action intérimaire 2016 – 2017, du 14 au 16 octobre 2015.

L'OMS a également apporté un appui technique ;

- au lancement de la campagne contre les violences faites aux femmes et aux filles dans le cadre des 16 jours d'activismes, le 09 décembre 2015 mettant l'accent sur la prise en charge médicale,
- l'organisation de l'atelier d'élaboration du plan de plaidoyer pour le repositionnement de la Planification familiale du 20 au 23 juin 2014 qui a précédé le questionnaire sur les politiques nationales pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, dûment rempli et transmis à IST/CA ;
- Le bureau a soutenu la participation d'un cadre du Ministère de la santé à la 58ème session du Comité de Suivi de la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF) à Genève (8-11 juillet 2014); de même que la participation (appui technique) à la réunion d'estimation des besoins en produit de Santé de la Reproduction (SR/PF/VIH/Fistules obstétricales) pour l'année 2015, du 21 au 22 août 2014 (Financement de l'UNFPA).
- Les prestataires en SONU dans la Région sanitaire N°2 (Nana Mambéré , Mambéré Kadeï) ont été aussi formés.



Photo MSP : retard dans la prise en charge des urgences obstétricales

3.3.2. La lutte contre les violences faites aux femmes

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action du Groupe Thématique Genre et Développement du Système des Nations Unies (GTGD) en RCA, l'OMS a contribué pour la campagne autour du thème de la journée internationale de la femme du 08 mars 2014 et pour la campagne contre les violences faites aux femmes dans le cadre des 16 jours d'activismes, du 25 novembre au 10 décembre 2014, particulièrement en fournissant des kits médicaux de premier secours au Lycée professionnel féminin de Bangui, et l'organisation d'une conférence débat entre générations sur la paix, la violence basée sur le genre, les valeurs et les modèles de réussite en collaboration avec le Ministère des Affaires Sociales et de l'Action Humanitaire le 22 mars 2014.

L'OMS a également contribué dans la mise en œuvre de la feuille de route de redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'enfant 2014- 2018, entre autres la formation de 28 agents de santé que sont les points focaux de la santé de la reproduction et les responsables de la surveillance épidémiologique des régions sanitaires sur la surveillance des décès maternels en République Centrafricaine du 25 au 29 novembre 2014 et l'appui technique à l'élaboration et la validation du protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aigue, du 18 au 20 décembre 2014.

L'OMS a initié une plate-forme conjointe OMS-UNICEF-UNFOA et ONUSIDA pour un appui concerté au Ministère de la santé.

3.4. LE SYSTÈME DE SANTE

3.4.1. Le renforcement du système de santé

Dans le domaine du renforcement du système de Santé, l'enquête HeRAMS (système d'évaluation des

ressources en santé) et le Plan de Transition ont été certainement parmi les grandes réalisations.

L'enquête HeRAMS

L'escalade de la violence en RCA a totalement désorganisé le système de soins et entravé le déploiement de l'aide humanitaire auprès des populations. Face à cette situation, l'OMS a initié en 2014 (puis réactualisé en 2015), la réalisation d'une enquête approfondie (HeRAMS) couvrant toutes les structures sanitaires dans les zones accessibles du pays afin d'évaluer la disponibilité de l'offre de soins et celle des services de santé. Cette enquête est depuis lors, une référence au niveau national dans le domaine de l'utilisation des données pour une prise de décision dans la mise en œuvre de la réponse humanitaire mais aussi dans l'élaboration du plan de transition du secteur de la santé 2015–2016 voire 2017.

L'OMS a également appuyé la mise en œuvre de l'outil-test des méthodes globales de suivi et de rapportage des incidents contre le système de santé.

Le plan de transition du secteur de la santé

L'appui technique de l'OMS a permis de conduire à terme la production du PTSS ainsi que la mise en place d'un nouveau cadre de concertation stratégique dans le domaine de la santé pour le suivi du plan de transition renforcé par l'existence de groupes thématiques en appui aux différents piliers du système de santé.

Le plan de transition du secteur de la santé a été finalisé et validé à la date du 15 septembre 2014 sous la direction du Ministère de la santé et de population de la RCA, avec l'appui de l'OMS et de l'Agence Française de Développement. Ce plan de transition sectoriel sert de cadre en matière de Planification et de budgétisation pour tous les partenaires techniques et financiers jusqu'à ce qu'il soit possible d'élaborer le nouveau Plan de Développement Sanitaire (PNDSIII).

Les directives de la gratuité des soins

Les directives de la gratuité en appui au Ministère de la santé ont été produites avec le soutien de l'OMS. Ces directives ont permis d'harmoniser l'application de la gratuité des soins dans les structures sanitaires par les partenaires humanitaires. Entre autres, le document de formation des CONGES et COGES a été révisé.

Autres appuis au système de santé

- Le soutien technique et financier de l'OMS a permis la mise en place du système de référence des patients à travers la prise en charge de 4 ambulances dans la ville de Bangui au moment fort de la crise humanitaire.
- Un consultant international a été mis à disposition du Ministère de la santé pour l'élaboration de la proposition de la soumission de la République Centrafricaine à GAVI-RSS.
- Appui à l'actualisation de l'Observatoire des Ressources Humaines pour la Santé ; l'évaluation du Système National d'Information Sanitaire ; l'évaluation des écoles de formation professionnelle en santé.
- La conduite de l'évaluation des besoins pour l'amélioration de la Sécurité de Patients en RCA ainsi que l'élaboration de la feuille de route ont été finalisées grâce à l'appui de l'OMS.
- Appui à la réflexion sur l'approvisionnement en médicament (un atelier co-facilité par OMS (appui de AFRO) et un expert mis à disposition par l'UE (Fonds Békou).
- L'OMS apporte de façon globale un appui technique aux groupes techniques mis en place dans le cadre de la mise en œuvre du PTSS (Finance, Gouvernance, Ressources humaines, Infrastructure, Approvisionnement en médicaments Action Communautaire; Lutte contre la maladie; Hygiène hospitalière; Système d'information & Planification & Suivi Evaluation.; Santé de La Reproduction).

3.5. PREPARATION, SURVEILLANCE ET INTERVENTIONS EN SITUATION D'EPIDEMIE ET DE CRISE



Photo OMS : Population déplacée sur le site de Mpoko

3.5.1. La réponse de l'OMS et des partenaires du secteur santé à la crise humanitaire

La persistance des besoins humanitaires suite à cette instabilité socio politique a poussé l'OMS à maintenir à la hausse le niveau des activités du programme de gestion des épidémies et de risques de catastrophes dénommé ODM (Outbreaks and Disasters Risk Management)

Le leadership dans la coordination des interventions sanitaires

Face à l'ampleur de la crise, l'OMS a organisé les activités de coordination des réponses sanitaires d'urgence à Bangui avec une décentralisation dans 3 sous bureaux (Bambari, Bouar et Kaga Bandoro) mis en place à partir de 2013. Le Cluster Santé en RCA compte 82 organisations membres actifs; 9 membres observateurs, 23 ONG internationales, 39 ONG Nationales, 7 agences des Nations Unies, le Ministère de la Santé, les 2 principaux bailleurs (ECHO, UE) , l'Institut Pasteur de Bangui.



Photo OMS : une vue des participants à la réunion hebdomadaire du cluster santé

Comblement des « gaps » critiques dans l'assistance sanitaire.

La mise en place du Système d'Alerte Précoce

Compte tenu des risques très élevés de survenue des épidémies dans les sites des personnes déplacées suite aux conditions d'hygiène et assainissement insuffisantes, l'OMS a mis en place un Système d'Alerte Précoce (SAP) qui couvre 31 sites des déplacés à Bangui, Bégoua, Yakoké, Bimbo, Bambari, Kaga Bandoro et Ngakobo. Ce SAP a permis de détecter précocement la recrudescence de plusieurs pathologies et événements en lien avec la santé pour lesquels des réponses spécifiques ont été apportées (diarrhée, rougeole, malnutrition, afflux des blessés et des cas de viol en particulier pendant les affrontements armés). Les pathologies les plus fréquentes sont respectivement le paludisme (36 à 40%), les maladies respiratoires (10 à 15%) et les maladies diarrhéiques (10 à 15%).

La mise en place du Système d'Alerte Précoce

Compte tenu des risques très élevés de survenue des épidémies dans les sites des personnes déplacées suite aux conditions d'hygiène et assainissement insuffisantes, l'OMS a mis en place un Système d'Alerte Précoce (SAP) qui couvre 31 sites des déplacés à Bangui, Bégoua, Yakoké, Bimbo, Bambari, Kaga Bandoro et Ngakobo. Ce

SAP a permis de détecter précocement la recrudescence de plusieurs pathologies et événements en lien avec la santé pour lesquels des réponses spécifiques ont été apportées (diarrhée, rougeole, malnutrition, afflux des blessés et des cas de viol en particulier pendant les affrontements armés). Les pathologies les plus fréquentes sont respectivement le paludisme (36 à 40%), les maladies respiratoires (10 à 15%) et les maladies diarrhéiques (10 à 15%).

La mise en place du système de notification des alertes relatives aux incidents sécuritaires avec impact sur les ressources sanitaires

Suite aux impacts négatifs des incidents sécuritaires sur le secteur de la santé, l'OMS a mis en place un système d'alerte et de notification des cas dénommé « MESURES » (Monitoring des Evénements affectant la Sécurité d'Utilisation & de Régie des Services de Santé dans les urgences humanitaires complexes). La notification effectuée par les partenaires opérationnels permet d'apporter un appui à temps opportun aux victimes mais aussi de mener des actions de plaidoyer afin de prévenir de nouveaux incidents. Ce système pilote s'inscrit également dans le cadre de la mise en œuvre du mécanisme de suivi des violences graves contre les droits des enfants qui a été instauré par les Nations Unies et dont l'attaque des hôpitaux constitue l'une des composantes. Une centaine d'incidents sécuritaires ont été enregistrés entre les mois de mars et décembre 2015.

L'appui du système d'approvisionnement en médicaments essentiels.

Le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels étant en faillite, l'OMS a fourni entre 2014 et 2015, 1993 kits sanitaires (tout type confondu) ainsi que d'autres intrants. L'enclavement du pays par rapport à la voie maritime, oblige d'utiliser la voie aérienne en particulier pour l'acheminement des stocks de médicaments et autres intrants. Bien que cette option ait permis de répondre de manière plus prompte aux situations d'urgences, elle reste toutefois une solution temporaire.



Photo OMS : Mise en place d'un pont aérien pour approvisionner les districts sanitaires en médicaments essentiels

L'appui au Centre National de Transfusion Sanguine

L'OMS a appuyé le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) de manière à répondre efficacement aux besoins en poches de sang sécurisées dans les formations sanitaires de la ville de Bangui pendant la crise.

La collecte de sang a conduit à la mise à disposition d'une moyenne de 1000 poches de sang sécurisées mensuellement au profit des structures sanitaires de Bangui et des zones périphériques à partir de 2014. Avec l'appui des ONG EMERGENCY et VITALITE PLUS et ACABEF, des campagnes de sensibilisation en faveur du don volontaire de sang ont été intensifiées dans les différents arrondissements de Bangui entre décembre 2013 et décembre 2014.



Photo OMS : Unités mobiles procédant à la collecte des dons de sang dans les conditions difficiles au profit des structures sanitaires de Bangui pendant les moments forts de la crise

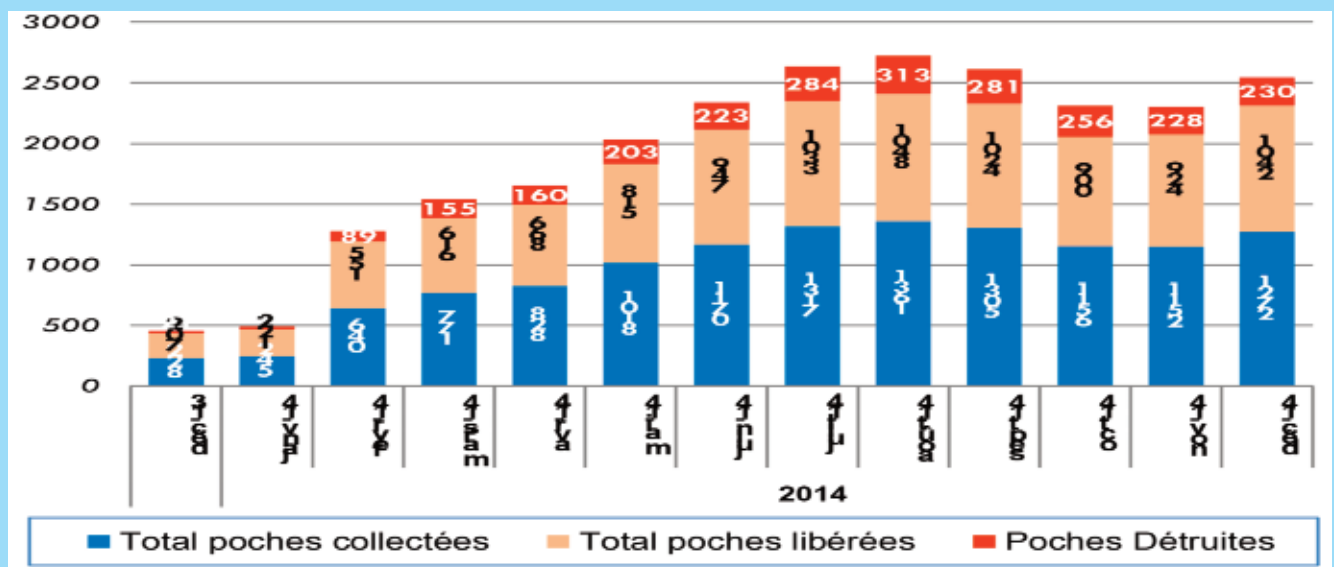


Figure 7 : Gestion des poches de sang depuis le début de la crise en déc.2013 jusqu'en déc.2014 (Données du CNTS)

La santé mentale et le soutien psychosocial

Le problème de santé mentale se pose avec acuité en république centrafricaine. Entre 2014 et 2015, le système d'alerte précoce a notifié 620 personnes présentant des problèmes liés à la santé mentale.



Dans le seul service de psychiatrie du pays, le nombre de patients nécessitant un suivi en santé mentale et un soutien psycho-social a quadruplé durant les deux dernières années suite à la crise que traverse la RCA. L'OMS a contribué à la formation de 176 personnels de santé (Médecins, Infirmiers et assistants psycho-sociaux) du Ministère de la Santé et des ONG à Bangui, Paoua et Bambari dans la prise en charge en santé et le soutien psycho-social. 44 autres agents de santé ont été formés sur la prise en charge psycho-sociale des victimes de violences sexuelles à Bangui.

La préparation et la réponse aux épidémies

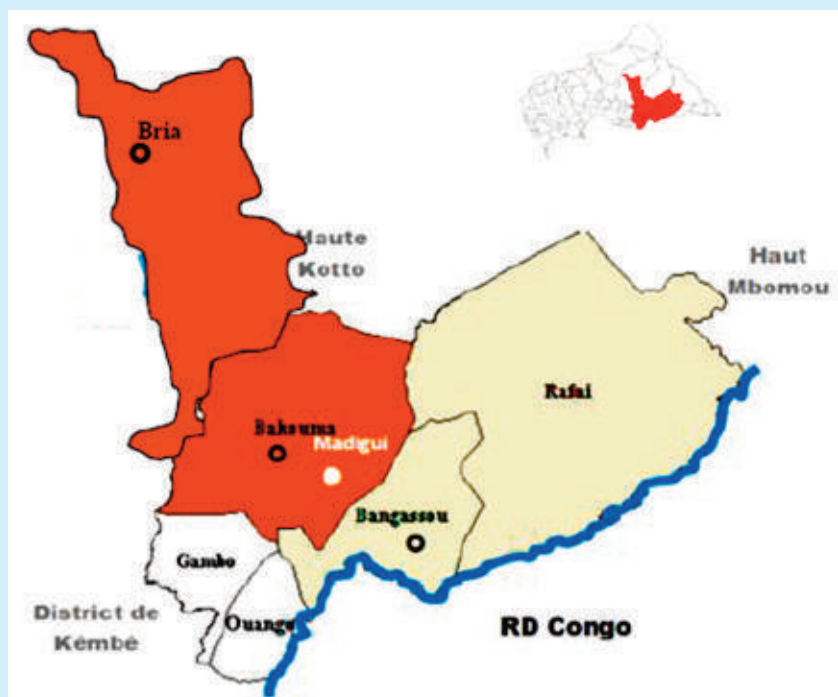
Les campagnes de riposte contre les flambées de rougeole et coqueluche

- 188 717 enfants de 6 mois à 14 ans ont été vaccinés contre la rougeole dans les sites de déplacés de Bangui, Bimbo, Bégoua, Batangafo, Kabo, Moyenne Sido, Kaga Bandoro et Bambari dans le cadre des campagnes préventives.

- 46 475 enfants de 6 à 59 mois vaccinés contre la rougeole dans le cadre des campagnes de riposte contre les épidémies de rougeole survenues à Berberati, Nola, Carnot, Paoua et Bria. Ces campagnes ont été réalisées avec l'appui de l'OMS, l'UNI-CEF, IMC, MSF France, MSF Espagne, CICR, Caritas et MSF Suisse. Elles ont permis d'atteindre chaque fois plus de 85% de la cible sauf à Berberati.
- 527 enfants de 6 semaines à 59 mois ont reçu une dose de vaccin pentavalent (DTC Hep B Hi) dans le cadre du 1er tour de la riposte contre l'épidémie de coqueluche dans la commune de Grévaï (Kaga Bandoro). Au cours de cette campagne, 465 enfants de 9 -59 mois (100% de la cible) ont été vaccinés contre la rougeole.
- 9752 enfants de 6 mois à 10 ans (soit 92% de la cible) ont été vaccinés contre la rougeole dans la préfecture de la Nana Gribizi dans le cadre de la riposte à l'épidémie de rougeole.

Riposte contre les épidémies de Monkeypox

Dans le cadre de la réponse à cette épidémie, l'OMS à l'instar des autres partenaires notamment l'Institut Pasteur de Bangui et MSF a soutenu le Ministère de la santé en déployant une équipe d'épidémiologiste au niveau du district pour réaliser une étude épidémiologique permettant d'identifier les risques et les possibilités de propagation mais aussi en fournissant des médicaments et matériel de protection individuel pour le personnel de santé.



Carte présentant les foyers de l'épidémie à virus Monkeypox (Bria en 2014 et Bangassou en 2015)

La préparation à la riposte contre l'épidémie de la maladie à virus Ebola

La RCA est classée parmi les pays à risque pour la maladie à virus Ebola. C'est à ce titre que le pays a reçu du 2 au 8 décembre, la mission internationale d'appui aux pays non infectés par la maladie à virus Ebola conduite par l'OMS. A l'issue de cette mission des actions prioritaires dans la mise en œuvre du dispositif de préparation et de réponse ont été planifiées et mise en œuvre avec l'appui de l'OMS, l'UNICEF, MSF Belgique, PU-AMI, FICR, Institut Pasteur de Bangui et autres. On peut citer notamment:

- le renforcement du plan de contingence élaboré et validé le 1er septembre 2014,
- la mise en place de quatre (4) sous-comités avec des plans opérationnels, la formation des équipes d'intervention rapides et de prise en charge;
- la construction d'un centre de traitement pour la maladie à Virus Ebola et d'un centre des opérations d'urgence en santé publique (ce dernier en cours de construction);
- La mise à disposition d'une quarantaine de thermomètres, de 2 cameras à infra rouge et des équipements de protection;
- la formation /recyclage des équipes d'intervention rapide (51 staffs);
- la mise en place de sept (7) postes de surveillance à l'aéroport de Bangui et sur le fleuve Oubangui ;



Photo OMS : Le Représentant de l'OMS et Mme la Ministre de la Santé au chevet de malades atteints par le virus Monkeypox à Bangassou



Photo OMS : Le Représentant de l'OMS aux côtés de Mme La Ministre de la Santé et le Directeur scientifique de l'Institut Pasteur lors de la conférence de presse au retour de la mission de Bangassou



Photo OMS : Equipe Internationale d'appui pour la préparation et la riposte contre la MVE aux côtés des collègues du Bureau OMS RCA



Photo OMS : Formation de l'équipe d'intervention rapide face à une éventuelle MVE

La préparation à la riposte contre le choléra

Pour éviter l'écllosion d'une épidémie de choléra, plusieurs actions ont été entreprises dans le cadre de la préparation notamment la formation des personnels de santé dans les districts sanitaires à Risque (Bangui, Obo, Mbaïki et Bouar) avec le pré positionnement des kits choléra. Des appuis ont été apportés aux partenaires du cluster WASH (hygiène et assainissement) ainsi qu'à la société nationale de distribution d'eau SODECA à Bangui qui ont connu des ruptures de stock de produits chlorés. Les partenaires (Oxfam, MSF Espagne et la Croix rouge centrafricaine) ont appuyé à leurs tours le traitement de l'eau de boisson desservie dans les sites des déplacés à Bangui et de Batangafo, Boali, Yaloké et Gaga Bando. Une population totale d'environ 1 200 000 personnes en particulier les plus à risque ont bénéficié de cet appui.

La lutte contre le paludisme

Face aux stocks insuffisants des antipaludiques, tests rapides de malaria et moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA) dans le pays, 500 000 tests rapides, 230 000 cures des ACT & Quinine et 70 000 MILDA ont été rendus disponibles par l'OMS.



Photo OMS : Quantité de chlore faisant partie du Stock de contingence



Photo OMS : Quantité de chlore faisant partie du Stock de contingence

L'appui direct à la gratuité des soins dans les structures sanitaires afin de rendre les soins de santé accessibles

L'appui direct des partenaires à la gratuité des soins a été un atout majeur dans l'amélioration de l'accès aux soins de base dans les zones les plus affectées par la crise. Cet appui a concerné au total 243 structures de santé dont certaines situées dans les sites de déplacés.

L'appui direct à la gratuité des soins apporté par l'OMS dans les structures de santé (tableau 5) a été suivi des mesures d'accompagnement à savoir le paiement des primes des personnels et des coûts de fonctionnement des structures sanitaires pour des périodes allant de 3 à 12 mois.

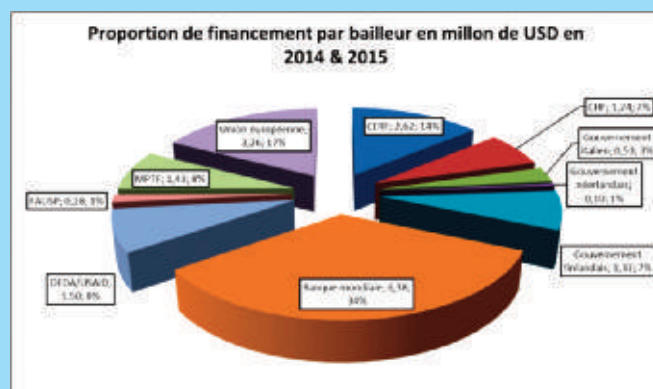
Ces structures couvrent environ 1 million des personnes dans les zones affectées par la crise humanitaire.



Photo OMS : Formation de l'équipe d'intervention rapide face à une éventuelle MVE

Structures de santé	USD	Observations
Site NDV	4 071	Mise en œuvre directe
Site Ngakobo	3 701	Mise en œuvre directe
Centre National de Transfusion Sanguine	666 910	A travers EMERGENCY
Hôpital Préfectoral de Bria	657 234	A travers IMC
Centre de santé de Damara	400 000	A travers IMC
Hôpital Préfectoral de Bozoum	300 000	A travers INTERSOS
Hôpital préfectoral de OBO et 2 sites des PDI de Bangui (Bimbo et Moukassa)	200 000	A travers SCI
Hôpital de l'Amitié et 2 sites des PDI de Bangui (Bimbo et Moukassa)	248 780	A travers SCI
Hôpital de l'Amitié (PEC gratuite des cas des viol)	354 598	A travers MSP
5 Sites Ouaham Bac, Gbangayanga, Zéré, Kango et Bobo MMU	112 150	A travers IMC
Projet FAUSP (Complexe Pédiatrique de Bangui, hôpitaux de Boda et Mbaiki)	279 723	A travers MSP & AHA
A ajouter hop Bouar et centres de santé de R2	24 000	Mise en œuvre directe
TOTAL	3 251 167	

Tableau 6 : Structures sanitaires ayant bénéficié de l'appui direct de l'OMS à la gratuité des soins



3.5.2. Mise en œuvre des activités de la SIMR et le RSI (2005)

La crise centrafricaine a été marquée par la destruction des infrastructures sanitaires ainsi que les moyens de communication et moyens roulants rendant ainsi difficile voire impossible la conduite des activités de surveillance dans les différents districts sanitaires. Pour pallier à cette situation, l'OMS a mis en place un système d'Alerte Précoce composé de 31 sites sentinelles situés à Bangui, Bimbo, Bégoua, Kaga Bandoro, Bambari et Yaloké. Parallèlement, l'OMS a continué à renforcer la surveillance des maladies et la riposte à travers les activités suivantes:

- L'organisation de la revue interne du projet SURVAC en RCA à l'instar de celle déjà réalisée au Cameroun et en RDC,
- Appui technique à la formation d'une trentaine de cadres et agents de santé de la Lobaye sur la prévention et le contrôle du choléra ;
- La formation de 55 personnels de santé sur la prise en charge de choléra à Bouar (30 personnes) et à Mbaïki (25 personnes) par une équipe conjointe MSP, UNICEF et OMS
- Le renforcement des capacités d'une trentaine de cadres et agents de santé de la Nana-Mambéré par la formation à la prévention et au contrôle du choléra eu égard à la menace liée à l'apparition de cas suspects et confirmés dans des camps de réfugiés centrafricains à Garoua-Boulai (Cameroun), district frontalier avec la Nana-Mambéré ; des kits médicaux et non-médicaux de maladies diarrhéiques aigues ont été prépositionnés au niveau du chef-lieu de la préfecture sanitaire
- La participation à la mission conjointe Ministère des Eaux et Forêt, chasse et Pêche - l'OMS-FAO d'investigation sur les rumeurs de mort massive de poissons dans la rivière Sangha.
- La réponse aux expositions endémiques à la rage canine dans la ville de Bangui et à l'intérieur du pays.
- La gestion de l'alerte à un cas suspect de maladie à virus Marburg après le résultat du premier examen d'un échantillon qui s'est relevé positif au laboratoire de l'Institut Pasteur de Bangui. Cet événement a occasionné l'accélération de mise en œuvre de la feuille de route de préparation à l'épidémie de maladie à virus Ebola.
- L'appui à l'évaluation de la surveillance Intégrée des maladies et riposte et de la mise en œuvre du RSI (2005) avec des recommandations pour sa revitalisation en 2016..

3.5.3. Perspectives pour la réponse humanitaire

Tout en reconnaissant un leadership affirmé de l'OMS dans la réponse humanitaire du secteur de la Santé en RCA, les contraintes principales restent l'insécurité, le manque de moyens financiers et l'affaiblissement du système de santé.

L'insuffisance des ressources et le déblocage tardif des fonds mobilisés en particulier au dernier trimestre de 2015 n'ont pas permis d'atteindre une partie des objectifs fixés durant 2014 et 2015, ces fonds apporteront des changements planifiés plutôt au cours de 2016.

En plus des activités destinée à sauver des vies « live saving » les autres activités seront d'avantage orientées au cours du prochain bienium vers le renforcement du système de santé dans le cadre de la mise en œuvre du plan de transition du secteur de la santé 2015-2016. une coordination entres les acteurs humanitaires et ceux du développement sera facilité par l'OMS en appui eu MSP.

L'évaluation de l'application de la directive sur la gratuité des soins de santé conduite actuellement par l'OMS permettra de déterminer une nouvelle stratégie pour l'accès aux soins de santé, elle tiendra également compte du degré actuel de la vulnérabilité de population.

La coordination des activités humanitaires sera également renforcées à travers deux autres nouveaux Sous bureaux (Bangassou & Bria) installés grâce au programme d'élimination de la polio.

Le maintien des staffs du programme ODM reste tributaire des fonds mobilisés qui constitue l'une des grandes préoccupations, il est à noter cependant que la réduction des activités n'est pas planifiée pour 2016 face aux besoins immenses d'assistance humanitaire en RCA et la persistance du contexte sécuritaire volatile.



Photo OMS : Supervision de la campagne de vaccination contre la rougeole dans la Vakaga

3.6. PROMOTION DE LA SANTE ET REDUCTION DES FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTE

3.6.1. Promotion de la santé

En vue de renforcer les actions en faveur des déterminants de la santé et de la santé environnementale, des activités de promotion de la santé à travers un soutien technique de l'OMS ont été conduites dont :

- La promotion des mesures d'hygiène dans les sites de déplacés,
- Appui à l'organisation d'une mobilisation sociale des handicapés le 13 juin 2014 autour du thème : « Briser les barrières, ouvrir les portes vers une société inclusive et un développement accessible à tous », thème de la journée internationale des personnes handicapées, édition 2013
- La sensibilisation des populations sur les mesures d'hygiène alimentaire et d'assainissement des marchés de la ville de Bangui (10 marchés), du 21 septembre au 16 octobre 2015 dans le cadre de la campagne sur le thème de la journée Mondiale de Santé 2015 : « Sécurité sanitaire des aliments ».
- La célébration de la Journée Mondiale de la Santé avec un volet plaidoyer devant les ambassadeurs et partenaires de la RCA en faveur du Plan de Transition du Secteur Santé.
- La célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le paludisme 2015 à l'hôpital Elizabeth DOMITIEN.
- La célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le Tabac (31 mai 2015) en milieu scolaire.
- La célébration de la Journée Mondiale du Donneur Bénévole de Sang (14 juin 2015).
- La célébration de la Journée Mondiale de lutte contre la Drépanocytose avec une forte mobilisation des communautés (19 juin 2015).
- La célébration de la Journée Internationale de lutte contre la Drogue (26 juin 2015).
- La mobilisation des communautés en faveur de la lutte contre la maladie à Virus Ebola et la maladie à virus Marburg dans le 6ème arrondissement à Bangui.

Avec la propagation du Virus Ebola en Afrique de l'Ouest, l'OMS a multiplié des communications et débats autour de la maladie dans les Agences du Système des Nations Unies, dans les locaux des partenaires et dans les écoles. A titre d'exemple, le Dr YAO, Représentant de l'OMS avait été le 29 novembre 2014 face aux élèves du fondamental 2 de l'Ecole Internationale Turque de Bangui sur invitation de l'Administration de l'Ecole.



Photo OMS : Séance de sensibilisation sur le site des déplacés de Kaga Bandoro



Photo OMS : Intervention du représentant de l'OMS face aux 200 élèves de l'école International Türk dans le cadre de la mobilisation contre la Maladie à Virus Ebola en milieu scolaire



Photo OMS : Intervention du représentant de l'OMS lors de la célébration de la journée mondiale de la santé

Section 4 :

Plaidoyer et développement du partenariat



Photo OMS : Le Représentant de l'OMS avec le Ministre des Affaires étrangères



Photo OMS : Le Représentant de l'OMS/Senior HCai avec l'Ambassadeur de France aux NU à New-York (Assurant la présidence à l'époque de la visite) lors de la visite du Conseil de Sécurité en RCA

4.1. LE LEADESHIP, LA GOUVERNANCE ET LE PARTENARIAT

4.1.1. La coopération de l'OMS avec le Pays

A peine le sol centrafricain foulé, le Dr Michel YAO a multiplié les initiatives pour renforcer le partenariat avec les autres acteurs du développement sanitaire, créer des occasions de partage et d'échange, et chercher à nouer de nouvelles relations de travail. A l'intérieur du pays, beaucoup d'occasions ont été mises à profit pour des actions de plaidoyer en faveur du Plan de transition, du Plan de lutte contre la maladie à virus Ebola et pour des actions urgentes en faveur de tel ou tel plan d'intervention qui souffrirait d'un retard ou d'un déficit de financement. Nous ne mentionnerons dans ce rapport que quelques-unes des initiatives prises.

Le 1er septembre 2014, dans la salle de conférence de l'Hôtel LEDGER Plaza de Bangui le Dr Yao était aux côtés du Premier Ministre centrafricain à la réunion d'information et de mobilisation des ressources en faveur du Plan de Contingence pour la lutte contre la maladie à virus Ebola, en présence de l'équipe gouvernementale, des membres du Parlement de Transition, les Ambassadeurs et Représentants des Agences du Système des Nations Unies.

L'autre événement majeur toujours à l'hôtel Ledger Plaza où le lundi 15 septembre 2014, le Dr Yao a été l'artisan d'une importante réunion visant à valider le Plan de Tran-

sition qui devra guider le pays dans les deux prochaines années. Cela en étroite collaboration avec autorités sanitaires nationales et les représentants de l'AFD.

La présentation du rapport HeRAMS a été entre autres une préoccupation suivie par le Représentant de l'OMS. Ce rapport dont les données renseignent sur les besoins prioritaires pour la réhabilitation précoce des services de santé.

L'analyse des problèmes et les raisons de couvertures non optimales permettent d'envisager comme solution à court, moyen et long terme pour assurer la relance des activités de santé notamment le redéploiement et le renforcement du personnel de santé, le ravitaillement en intrants,

la formation/supervision, l'équipement, la mobilisation des ressources auprès des donateurs et l'organisation du système de référence et de contre référence.

Le bureau de l'OMS en Centrafrique a en outre achevé le processus d'élaboration de la stratégie de coopération de transition 2015 –2017 avec le pays, après la stratégie de coopération 2008-2013 dont la mise en œuvre s'est déroulée dans un contexte assez difficile, marquée par

la situation de conflits armés qui a touché le pays dans son ensemble. Il s'agit d'une stratégie de coopération intérimaire destinée à accompagner le plan de transition du secteur de la santé (PTSS) 2015 –2016 en cours d'ajustement pour couvrir 2017.

Hors du territoire national, le 18 septembre 2014, en compagnie de ses collègues des Nations Unies en Centrafrique, le Dr Yao a rencontré à Yaoundé les partenaires qui ont délocalisé leur bureau à cause de l'insécurité. Cela a également été l'occasion de briefer les donateurs internationaux sur la situation sanitaire en RCA, de présenter les différentes réalisations du cluster santé pendant la crise et de plaider en faveur d'un soutien à la relance du secteur de la santé. Cette rencontre a été rééditée en Janvier et Septembre 2015. Toutes ces actions et bien d'autres ont renforcé le rôle de l'OMS dans le pays et à mobiliser des ressources pour le secteur de la santé et pour l'OMS.

4.1.2. La communication

Améliorer la visibilité de l'OMS

Durant le bienium 2014 –2015, le Représentant de l'OMS a régulièrement conféré avec les media nationaux et internationaux afin de clarifier certaines situations liées à la santé en République centrafricaine.

Il en a été ainsi avec France 24 concernant la crise Ebola dans un contexte de pays fragilisé par la crise humanitaire. De même la radio BBC Afrique a relayé les interventions du représentant pendant les folles rumeurs, heureusement fausses concernant les cas de malades à virus Ebola.

En janvier 2015 le Représentant a participé à Genève au briefing des Etats membres sur les crises majeures (grade 3 de l'OMS) il a participé à la conférence de presse qui a suivi.

Depuis 2014, l'OMS dispose d'une tranche d'antenne à la radio des Nations Unies (Radio Guira FM) où le représentant de l'OMS, les responsables techniques de l'OMS sont régulièrement invités pour élucider l'opinion nationale et internationale sur leurs programmes ou sur des sujets d'importance en santé publique. Les principales émissions ont été axées sur:

- L'introduction du nouveau vaccin injectable inactivé de la polio avec le Représentant de l'OMS/RCA
- L'initiative Mondiale de l'Éradication de la Poliomyélite avec le point focal IVE au bureau pays de l'OMS, Dr Casimir MANENGU,
- Les Maladies cardio-vasculaires et le diabète avec Mr Augustin DIBERT,
- Les violences basées sur le genre avec le Dr Antoinette Ilunga,
- La lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose avec le Dr Désiré Aristide KOMANGOYA,
- Les risques liés à la maladie à virus Ebola ou encore des clarifications autour de la polémique sur l'utilisation de la

DHAPPO (dihydroarthémisinine pipreranquiene) par le représentant de l'OMS.

- Les risques liés à la maladie à virus Ebola ou encore des clarifications par le représentant de l'OMS autour de la polémique sur l'utilisation de la DHAPPO (dihydroarthémisinine pipreranquiene) dans le pays.

Toutes ces émissions ont bénéficié d'une grande audience auprès du publique à Bangui et dans les provinces qui s'est traduit par des appels des auditeurs.

De nombreux sujets brefs ont été publiés sur le site web et les medias sociaux (Facebook) de l'OMS.



Photo OMS : Le Représentant de l'OMS et le Premier Ministre Centrafricain en présence de Mme la Ministre de la santé au sortir d'une réunion d'information et de mobilisation de ressources pour la lutte contre Ebola



Photo OMS : Le Dr Yao lors de la présentation du Rapport HeRAMS devant les membres du gouvernement, les ambassadeurs et représentants du système des Nations Unies.



Dr Yao, dîner de travail avec les donateurs internationaux et les ambassadeurs au Cameroun en septembre 2014.

Section 5 : Gestion & administration

5.1. LES RESSOURCES HUMAINES

Afin de mieux répondre à la situation de crise dans le pays, le nombre de personnel du bureau de l'OMS a augmenté entre 2013 et 2015 passant de 56 membres en 2013 à 86 en fin 2015.

5.2. Niveau de mise en œuvre du plan de travail 2014 –2015

Au cours du bienium 2014-2015, le bureau de l'OMS Centrafrique a mobilisé des fonds pour un montant total de 1.165.039 USD dont 30% représentent le budget régulier et 70% de fonds volontaires. Le taux global de mise en œuvre est de 97%.

Les fonds OCR représente une partie des fonds pour la réponse humanitaire dont une partie est restée dans le plan du bureau régional (contribution Banque Mondiale...). Le tableau ci-dessous détaille les contributions pour l'urgence

Projets	Coûts planifiés	Fonds reçus	Encumbrances	Dépenses	Balance	Taux de Mise en œuvre	
Activity	Appui aux programmes	1.474.360	1.276.005	37.676	1.128.435	109.894	91%
	Politique et système de santé	432.750	284.359	10.346	269.991	4.022	99%
	Présence de l'OMS	542.750	538.582	5.044	533.541	-3	100%
	POLIO	3.306.047	3.223.406	293.090	2.828.803	101.513	97%
	ORC	5.097.354	4.538.291	182.476	4.244.495	111.320	98%
	10.853.261	9.860.643	528.632	9.005.268	326.746		
Salary	Salaire	7.387.604	7.304.396	1.456	7.180.384	122.556	98%
		18.240.865	17.165.039	530.088	16.185.649	449.302	97%

Tableau 7 : Récapitulatif des ressources mobilisées au cours du bienium 2014-2015

Donateurs	2014	2015	Total amount in USD
CERF	1 295 834	1319667	2 615 501
CIIF	500 000	740 051	1 240 051
Italian government	-	530 223	530 223
Netherland government	-	100 000	100 000
Finland government	1 367 989	-	1 367 989
World Bank	5 848 599	530 180	6 378 779
OFDA/USAID	1 500 000	-	1 500 000
FAUSP	279 723	-	279 723
MPTF	-	1 434 763	1 434 763
Union Européenne	-	3282276	3 282 276
TOTAL	10 792 145	7 937 160	18 729 305
Needs	16 100 000	14 918 498	31 018 498
% mobilized funds	67,03%	53,20%	60,38%

Output	Non accompli	Partiellement accompli	Complètement accompli	Total général
Catégorie 1	1	1	9	11
Catégorie 2	3	1	6	10
Catégorie 3	5	2	6	13
Catégorie 4	3	2	4	9
Catégorie 5	1	4	10	15
Catégorie 6	1		6	7
Total Général	14	10	41	65
Pourcentage	22%	15%	63%	100%

Tableau 9 : Récapitulatif du niveau de mise en œuvre du plan de travail 2014-2015 par catégorie (BM & la Hollande).

Tableau 8 : Récapitulatif des ressources mobilisées par donateur pour les urgences humanitaires et la préparation pour Ebola (BM & la Hollande).

Section 6 : Présence de l'OMS dans le pays



Photo OMS: Dr Désiré KOMANGOYA et Mme Bernadette FOGUE, respectivement président de l'ASCA et Présidente de l'Association du personnel a AFRO

6.1. L'Association du personnel de l'OMS Centrafrique (ASCA)

Le bureau de l'ASCA, galvanisé par la visite pendant le bienium de la présidente de l'association du personnel de AFRO a été entreprenant.

L'ASCA a ainsi multiplié des gestes constants de solidarité et d'attachement aux familles lors des événements heureux ou malheureux. Deux arbres de Noël ont été organisés à l'endroit des enfants du personnel, ainsi que des fêtes d'au revoir du personnel. Les moments de réjouissance pendant la retraite ont aussi été des périodes inoubliables.

6.2. La retraite du personnel de l'OMS

La retraite du personnel de l'OMS en Centrafrique a été l'occasion pour le représentant de l'OMS de mettre un accent particulier sur les points suivants:

- L'environnement du travail,
- Le respect du mandat et des procédures de l'OMS,
- La mise en place d'un mécanisme visant à mesurer les efforts de l'organisation en termes de contribution dans l'amélioration de l'état de santé des populations de Centrafrique.

Le Bureau de l'association a engagé le personnel à mener des actes de bonne volonté. C'est ainsi qu'en 2014, plusieurs handicapés ont bénéficié de l'appui de l'association quant au paiement de leurs redevances scolaires. Des campagnes de dépistage volontaire contre le VIH/SIDA ont également été menées par l'association

du personnel. On assiste ainsi à une véritable famille créée au sein du bureau de l'OMS en Centrafrique.

Le Représentant de l'OMS ainsi que tout le personnel ont souhaité ainsi faire du bureau de l'OMS Centrafrique, « un bureau modèle et moderne dans un environnement apaisé et agréable ».



Photo OMS: Le Représentant de l'OMS remet des jouets aux enfants du personnel (arbre de Noël décembre 2015)



Photo OMS: Photo illustrant l'ambiance du nouvel an 2016

Section 7 : Defis, Contraintes, Leçons apprises & Perspectives



Les défis

- Le premier défis à relever reste la mobilisation des fonds additionnels afin de maintenir une capacité de réponse optimale permettant au Bureau pays de faire face aux aléa de la crise humanitaire, tout en apportant un soutien aux programmes prioritaires du Pays.
- L'absence d'un système national d'approvisionnement en médicament performant
- Affaiblissement du système de santé peu de partenaire pour combler toutes les lacune; nécessite de réponse et de restauration du système de santé

Les contraintes majeures

- La question sécuritaire récurrente dans certaines régions du pays liée à la prolifération des groupes armés reste la contrainte majeure qui limite les opérations humanitaires en faveur des populations les plus vulnérables du Nord, Nord-Est et du Centre pays.
- Les ressources requises pour mettre en œuvre les activités humanitaires dans le secteur santé restent insuffisantes au regards des besoins sans cesse croissants. Au cours de ces deux dernières années le niveau de financement du secteur santé est passé de 66,4% en 2014 à 43,7% en 2015.

Les leçons apprises

- Le leadership de l'OMS s'est renforcé tout au long du bienium a travers les interactions continues avec les partenaires du cluster santé, l'UNCT et le HCT.
- Le plan de transition du système de la santé (PTSS) avec l'appui technique de l'OMS sur la base de l'enquête HeRAMS a permis de mieux canaliser les ressources de santé vers les besoins essentiels et aussi positionné l'OMS comme un acteur clé de la réhabilitation du système de santé,
- La présence d'un point focal en charge de la sécurité a été un atout majeur ayant facilité l'appui des forces internationales au cours des interventions du secteur santé dans les zones difficiles d'accès.
- La disponibilité des homologues du Ministère de la Santé, parfois affectés par la situation de crise.
- Les campagnes de vaccination organisées et exécutées sur l'ensemble du territoire en dépit de l'insécurité dans certaines localités du pays avec une bonne sensibilisation de tous les acteurs politiques y compris les groupes armés.

La Micro planification réalise avant les Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) dans les Régions Sanitaires 4, 5 et 6 ont permis de mieux mettre en œuvre les Campagnes de vaccination contre la poliomyélite et

- La mise en œuvre des AVS par phase (Région sanitaire par région sanitaire) a permis d'améliorer la qualité des AVS contre la Polio avec une baisse significative d'enfants non vaccinés et de concentrer les ressources humaines et la logistique dans une seule zone à la fois
- Les activités intensives de vaccination à doses rapprochées (SIAD) menées en Octobre 2014 et en 2015 ont permis d'augmenté rapidement et significativement l'immunité des enfants 3 à doses par mois avec le VPO bivalent.
- Le Déploiement des membres de l'équipe IVE dans l'arrière-pays a permis le renforcement des activités de surveillance active et a augmenté la visibilité de l'OMS sur le terrain. La présence des sous-bureau a permis à l'OMS de combler les lacunes liées à l'absence des districts, notamment dans la réponse aux urgences, la surveillance des maladies et la planification des soins avec les partenaires
- Les activités intensives de vaccination à Antigènes multiples couplées à l'administration de la Vitamine A, au déparasitage à l'Albendazole ont permis d'avoir un haut impact en court terme
- La Mise en œuvre directe lors des AVS a permis de respecter le délai des campagnes de vaccination et à ce que les fonds et les intrants arrivent rapidement chez les ayants droits. Mais la partie nationale au niveau opérationnelle a eu des difficultés dans sa mise en place.
- La mise en œuvre des interventions susceptibles d'infléchir la courbe évolutive des grossesses précoces et non désirées et des avortements provoqués est nécessaire pour la réduction non seulement de la morbidité et de la mortalité maternelle, mais aussi celles des enfants issus de ces grossesses.
- Les faiblesses suivantes, dans un contexte d'un SNIS peu performant, n'ont pas permis de rendre disponible l'information stratégique nécessaire et actuelle sur la mise en œuvre de la FdR : (i) l'absence d'un plan de S&E, (ii) la non organisation des revues périodiques, (iii) la non harmonisation des outils de collecte des données, (iv) l'Insuffisance de données fiables et exploitables au niveau central, (v) l'absence d'information sur les Soins Obstétricaux et du Nouveau-né et la surveillance des décès maternels et néonataux et (v) la non réalisation des revues périodiques du programme.
- L'analyse du Plan Stratégique pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale 2004-2015, a relevé des faiblesses dans sa planification, et le non développement des instruments de sa mise en œuvre et de son suivi, tels que (i) un plan détaillé budgétisé, (ii) des plans opérationnels annuels, (iii) un plan de suivi et évaluation, et (iv) une stratégie de plaidoyer ou mobilisation des fonds.
- La PTME est insuffisamment intégrée dans les CPN avec moins de 50 % des FOSA offrant la CPN, et une application insuffisante du conseil dépistage du VIH à l'initiative du prestataire. Les CPN ne sont pas accompagnées de la distribution des MILDE en routine.
- L'implication des communautés nécessaire dans l'accompagnement de l'offre des SONU est très faible
- Les femmes et particulièrement les adolescentes sont victimes des violences de toutes sortes comme les harcèlements, les viols et les mutilations génitales en période de conflits comme de paix.

Perspectives 2016-2017

Au cours de prochain bienium, le bureau pays a inscrit parmi ses priorités;

- L'appui au pays dans la mise en place d'un système national d'approvisionnement en médicaments essentiel,
- La poursuite des activités de réponse humanitaire qui se focaliseront dans les zones chaudes.
- L'appui à la restauration progressive des piliers du système de santé dans son ensemble avec un accent particulier sur la gouvernance, la réhabilitation, l'équipement, la formation du personnel, etc. incluant la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les maladies,

Conclusion

La République centrafricaine reste confrontée à une lourde charge de morbidité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles accentuée par les effets de la crise humanitaire qu'a connu le pays. Durant ces deux dernières années, le Bureau de l'OMS Centrafrique a manœuvré dans un contexte difficile en adaptant l'exécution des activités aux aléas sécuritaires du pays. Du fait de la situation de crise, la réponse aux urgences sanitaires a reçue toute l'attention du Bureau partout où il était nécessaire d'intervenir. Malgré tout, de gros efforts ont été déployés dans la mise en œuvre du programme de coopération de l'OMS avec le pays.

L'action de l'OMS pour le prochain bienium portera sur les domaines prioritaires tels que défini dans le plan de transition du secteur santé 2015 - 2017.



Organisation
mondiale de la Santé

Bureau de la Représentation de l'OMS
en République Centrafricaine
Avenue Gamal Abdel NASSER - B.P. 1416 BANGUI