
***STRATÉGIE DE COOPÉRATION
DE L'OMS AVEC
LA RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
(2016 - 2018)***

(Version de janvier 2016)

Table des matières

1. Chapitre 1 : Introduction1
2. Chapitre 2 : Situation en matière de santé et de développement3
 - 2.1. Principales réalisations et défis majeurs dans le domaine de la santé3
 - 2.2. Collaboration avec les Nations Unies et d’autres partenaires24
 - 2.3. Contribution du pays à l’action sanitaire mondiale26
3. Chapitre 3 : Bilan de la coopération 2008-2013 avec l’OMS28
 - 3.1. Principales réalisations par priorité29
 - 3.2. Enseignements tirés32
4. Chapitre 4 : Programme stratégique de coopération avec l’OMS33
 - 4.1. Priorités de leadership33
 - 4.2. Programme stratégique34
 - 4.3. Validation du programme stratégique43
5. Chapitre 5 : Mise en œuvre du programme stratégique – incidences pour l’ensemble du Secrétariat58
 - 5.1. Le rôle et la présence de l’OMS58
 - 5.2. Incidence pour l’ensemble du Secrétariat59
6. Chapitre 6 Suivi- Évaluation de la SCP60
 - 6.1. Objectif de l’évaluation60
 - 6.2. Calendrier la SCP60
 - 6.3. Types d’évaluation60

TABLEAUX

Tableau I : *Répartition des dépenses de santé en RCA (données de référence) :*

Tableau II : Priorités stratégiques, domaines d’actions prioritaires et approches stratégiques

Tableau III : Validation du programme stratégique aligné sur le Plan de transition du secteur de la santé 2015-2017

Tableau IV : Validation du programme stratégique aligné sur le 12^{ème} Programme général de travail

Tableau I : Ressources humaines dans les régions sanitaires (ECR) en 2015

Tableau II : Ressources humaines dans les districts sanitaires (ECD) en 2015

Tableau III : Ressources humaines dans les structures sanitaires par région sanitaire en 2015

PRÉFACE

La troisième génération de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) concrétise le programme majeur de réforme adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé pour renforcer la capacité de l'OMS et faire en sorte que ses prestations répondent mieux aux besoins du pays. Elle reflète le douzième programme général de travail de l'OMS au niveau du pays, vise à assurer une pertinence accrue de la coopération technique de l'OMS avec les États Membres et met l'accent sur l'identification des priorités et des mesures d'efficacité pour la mise en œuvre des réformes de l'OMS et du programme de transformation régional. L'agenda de transformation vise à faire de l'organisation sanitaire régionale une institution clairvoyante, proactive, capable de répondre aux attentes, axée sur les résultats, transparente et responsable. Cette génération de SCP tient compte du rôle des différents partenaires, y compris les acteurs non étatiques, dans la fourniture d'un appui aux gouvernements et aux communautés.

La troisième génération des SCP s'inspire des leçons tirées de la mise en œuvre des SCP de première et de deuxième génération, de la stratégie en faveur des pays (politiques, plans, stratégies et priorités) et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF). Les SCP sont également en adéquation avec le contexte sanitaire mondial et l'orientation vers la couverture sanitaire universelle, car elles intègrent les principes de l'alignement, de l'harmonisation et de l'efficacité formulés dans les déclarations de Rome (2003), de Paris (2005), d'Accra (2008) et de Busan (2011) sur l'efficacité de l'aide. La troisième génération des SCP prend également en considération les principes qui sous-tendent le mécanisme « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et les Partenariats internationaux pour la santé et initiatives apparentées (IHP+), reflétant ainsi la politique de décentralisation et renforçant la capacité de prise de décision des gouvernements afin d'améliorer la qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Élaboré dans le cadre d'un processus de consultation avec les principaux intervenants dans le domaine de la santé au niveau du pays, le document de SCP met en exergue les résultats attendus du Secrétariat de l'OMS. En droite ligne de la stratégie qui place un accent renouvelé sur les pays, la SCP doit servir de plateforme pour communiquer l'action de l'OMS dans le pays ; formuler le plan de travail de l'OMS en faveur du pays ; entreprendre le plaidoyer, mobiliser des ressources et assurer la coordination de l'action avec les partenaires ; et façonner le volet santé de l'UNDAF et des autres plateformes de partenariats pour la santé dans le pays.

Je salue le rôle moteur efficace et effectif joué par le gouvernement dans la conduite de cet exercice important d'élaboration de la SCP. Je demande également à tous les membres du personnel de l'OMS, et particulièrement au

Représentant de l'OMS, de redoubler d'efforts pour assurer une mise en œuvre efficace des orientations programmatiques fournies dans le présent document, en vue d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires susceptibles de contribuer à la santé et au développement en Afrique.

Dr Matshidiso MOETI
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

ACRONYMES

ACD : Atteindre chaque district	OIM : Organisation internationale pour les migrations
AMM : Autorisation de mise sur le marché	OMD : Objectifs du Millénaire pour le développement
APOC : Programme africain de lutte contre l'onchocercose	OMS : Organisation mondiale de la Santé
ARV : Antirétroviraux	ONG : Organisation non gouvernementale
AS : Assistant de santé	PCA : Paquet complémentaire d'activités
ASSOMESCA : Association des œuvres médicales des églises pour la santé en Centrafrique	PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
BK : Bacille de Koch	PDI : Personnes déplacées internes
CAMES : Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur	PECADOM : Prise en charge à domicile
CBM : Christoffel-Blindenmission	PFA : Paralysie flasque aiguë
CDT : Centre de dépistage et de traitement	PMA : Paquet minimum d'activités
CNHUB : Centre national hospitalier universitaire de Bangui	PNDS : Plan national de développement sanitaire
CNS : Comptes nationaux de la santé	PPN : Politique pharmaceutique nationale
COOPI : Cooperazione Internazionale	PRH : Plan de réponse humanitaire
DC : Distributeurs communautaires	PSDRHS : Plan stratégique de développement des ressources humaines en santé
DDR : Désarmement, démobilisation, réinsertion	PTF : Partenaires techniques et financiers
DEP : Direction des études et de la planification	PTME : Prévention de la transmission mère-enfant
DOTS : Traitement de courte durée sous surveillance directe	PTPE : Prévention de la transmission parent-enfant
DQS : Auto-évaluation de la qualité des données	PTSS : Plan de transition du secteur de la santé
EHA : Urgences et action humanitaire	PURD : Plan d'urgence et de relèvement durable
FACSS : Faculté des sciences de la santé	PVS : Poliovirus sauvage
FICR : Fédération internationale de la croix rouge	PVVIH : Personne vivant avec le VIH
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population	RCA : République Centrafricaine
Fonds AC : Fonds régulier de l'OMS	RDC : République Démocratique du Congo

Fonds VC : Fonds sur contributions volontaires de l’OMS	RHS : Ressources humaines pour la santé
FOSA : Formations sanitaires	SIDA : Syndrome d’immunodéficience acquise
GAVI : Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination	SIMR : Surveillance intégrée des maladies et réponse
GAVI/RSS : Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination/ Renforcement du système de santé	SNIS : Système national d’information sanitaire
GFATM : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	SNU : Système des Nations Unies
HCR : Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés	SONU : Soins obstétricaux et néonataux d’urgence
HeRAMS : Cartographie de la disponibilité de ressources pour la santé	SR : Santé génésique
IEC : Information, éducation, communication	SSP : Soins de santé primaires
IST/AC : Équipes d’appui inter-pays de l’OMS pour l’Afrique Centrale	SURVAC : Projet de renforcement de la surveillance en Afrique centrale
LEM : Surveillance de l’élimination de la Lèpre	SWAP : Panier commun de financement
LRA : Armée de résistance du Seigneur (Lord Resistance Army)	TB : Tuberculose
MGF : Mutilations génitales féminines	THA : Trypanosomiase humaine africaine
MICS : Enquêtes à indicateurs multiples	TIDC : Traitement à l’ivermectine sous directives communautaires
MIILDE : Moustiquaires imprégnées d’insecticide de longue durée	TMN : Tétanos maternel et néonatal
MINUSCA : Mission intégrée des Nations Unies en Centrafrique	TPM+ : Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
MNT : Maladie non transmissible	MSP : Ministère de la Santé
MSPPLS : Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le Sida	UCM : Unité de cession des médicaments
MTN : Maladie tropicale négligée	UDP : Unité de dépôt pharmaceutique
MTN/CTP : Cartographie des maladies tropicales négligées	UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l’enfance
OAC : Organisation à assise communautaire	USD : Dollar des États Unis
OCLAD : Office centrafricain de lutte contre les drogues	VIH : Virus de l’immunodéficience humaine

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Le Gouvernement de transition de la RCA a élaboré un Programme d'urgence et de relèvement durable (PURD) qui s'étend de 2014 à 2016, et conjugue les interventions d'assistance humanitaire et de relèvement afin de renforcer son objectif global de lutte contre la pauvreté. L'objectif principal du pilier relatif à l'assistance humanitaire est de fournir aux déplacés internes et aux retournés une assistance multisectorielle nécessaire à leur survie et de favoriser leur retour et leur réinsertion sociale. Une consultation régulière est menée entre la communauté humanitaire et le Gouvernement à travers le ministère des Affaires Sociales et de l'Action Humanitaire afin de mieux coordonner les initiatives des humanitaires et celles des autorités, et pour faire le lien entre les plans de réponse humanitaire (PRH) de 2014, 2015 et 2016 et le Programme d'urgence et de relèvement durable (PURD).

Les efforts consentis par les différents acteurs du secteur de la santé ont permis de mettre en œuvre la Stratégie de coopération de première génération (2004-2007) et de deuxième génération (2008-2013) qui fut mise en œuvre dans un environnement difficile, marqué par des conflits armés d'une extrême violence dans tout le pays, ce qui a fragilisé le système de santé.

Au cours des années 2014 et 2015 l'accent a été mis sur la réponse humanitaire avec un volet de relèvement précoce fondé sur un plan de transition. Ainsi, la Stratégie de Coopération 2016-2018 a été conçue, à défaut de PNDS en raison du changement de paradigme dans le secteur de la santé, et dans la perspective d'accompagner le Plan de transition du secteur de la santé (PTSS) 2015-2016 prolongé à 2017. Elle consacre la formalisation de l'appui technique de l'OMS, de l'adoption du plan de transition en 2015 à la finalisation du PNDS-III prévu en 2018. Elle a été élaborée en vue de servir de cadre à un certain nombre d'interventions, en vue d'une part d'alléger les souffrances de la population centrafricaine et de mieux répondre à ses besoins en matière de santé, et d'autre part, de permettre un relèvement précoce du système de santé.

Adapté à la situation de fragilité que traverse le pays, ce document est le fruit d'échanges avec le gouvernement de la RCA et ses partenaires et repose sur l'espoir d'une restauration et d'un renforcement du système de santé afin d'atteindre les objectifs du pays en matière de soins de santé primaires. Il prend en considération l'évolution du contexte politique, économique et sécuritaire dans le pays.

Il est structuré autour de trois niveaux : cinq (5) priorités stratégiques qui seront soutenues par les activités de l'OMS ; vingt (20) principaux domaines d'actions prioritaires ; et des approches stratégiques alignées sur les fonctions essentielles de l'OMS pour soutenir les principaux domaines d'intervention. Les cinq priorités stratégiques qui seront soutenues par l'OMS sont :

1. **Maladies transmissibles** : réduire la charge des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées, dans un contexte de haute vulnérabilité lié au déplacement des populations, à la faible couverture vaccinale et à la détérioration des conditions de vie notamment les conditions environnementales.
2. **Maladies non transmissibles** : réduire la charge des maladies non transmissibles, y compris les cardiopathies, le cancer, les pneumopathies, le diabète et les troubles mentaux ainsi que les handicaps et les traumatismes, par la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention, le traitement et la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque. La crise a réduit l'accès aux traitements et surtout aux mesures préventives.
3. **Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie** : améliorer la santé pendant la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence ; améliorer la santé sexuelle et génésique ; et permettre à tous de vieillir en restant actif et en bonne santé en prenant en compte les déterminants de la santé et les objectifs de développement convenus au niveau international, en particulier les objectifs de développement durable liés à la santé.
4. **Systèmes de santé** : contribuer au renforcement des systèmes de santé en mettant l'accent sur la prestation intégrée des services ; concourir à leur financement en vue de la couverture sanitaire universelle ; renforcer les ressources humaines pour la santé et les systèmes d'information sanitaire ; faciliter le transfert de technologie ; promouvoir l'accès à des technologies sanitaires d'un coût abordable, de qualité, sûres et efficaces, ainsi que la recherche sur les systèmes de santé et ceci dans la perspective de la reconstruction du système de santé de la République Centrafricaine.
5. **Préparation, surveillance et intervention** : contribuer à la préparation, à la surveillance et à une intervention efficace en cas de flambée épidémique et d'urgence aiguë de santé publique, et à la bonne gestion des aspects sanitaires des catastrophes humanitaires pour contribuer à la sécurité sanitaire. La mise en œuvre effective du RSI par le pays est une priorité dans une perspective globale d'identification et de réduction des risques.

2. CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'est engagée à élaborer une Stratégie de coopération avec la République Centrafricaine qui un instrument de coopération technique avec les États Membres.

Les efforts consentis par les différents acteurs du secteur de la santé ont permis de mettre en œuvre la Stratégie de coopération de première génération (2004-2007) et de deuxième génération (2008-2013) qui fut mise en œuvre dans un environnement difficile, caractérisé par des conflits armés récurrents depuis 2012. Ces conflits d'une extrême violence touchant tout le pays se sont intensifiés à partir du deuxième trimestre 2013 et ont abouti à un coup d'état.

Ainsi, en l'absence de PNDS en raison d'un changement de paradigme dans le secteur de la santé beaucoup plus axé sur la réponse humanitaire, et dans l'optique d'accompagner le Plan de transition du secteur de la santé (PTSS) 2015-2017, la Stratégie de coopération fait office de cadre à un certain nombre d'interventions, pour alléger les souffrances de la population centrafricaine, mieux répondre à ses besoins en matière de santé, et restaurer au plus vite le système de santé.

La Stratégie de coopération est le fruit d'un large consensus national obtenu grâce à la participation active des autorités nationales et l'aide des partenaires au développement.

Cette Stratégie se fonde d'une part, sur l'analyse des forces et des faiblesses de la mise en œuvre de la Stratégie précédente (2008-2013) et d'autre part, sur les principaux défis auxquels le système de santé est confronté en situation de fragilité.

Les principaux défis¹ à relever sont :

1. Les insuffisances en matière de gouvernance.
2. Les taux élevés de mortalité maternelle (890 pour 100 000 naissances vivantes²) et des enfants de moins de cinq ans (173 pour 1000) ;

¹ Plan de transition du secteur de la santé 2015-2017

² Chiffres de l'Observatoire du SNU en RCA 2015

3. La prévalence élevée des maladies transmissibles qui évoluent généralement sur le mode endémo-épidémique, à savoir : le VIH/sida de type généralisé avec une séroprévalence de 4,9 % dans la population adulte ; le paludisme qui est l'une des principales causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans ; la tuberculose en recrudescence avec l'apparition de formes multiresistantes aux antituberculeux ; les maladies tropicales négligées. L'apparition progressive ou la recrudescence de maladies non transmissibles tels que l'hypertension artérielle et le diabète ;
4. Le dysfonctionnement du système de santé durement éprouvé par la crise humanitaire et le manque de ressources adéquates.
5. Le financement du secteur de la santé qui reste fortement tributaire de l'aide extérieure, souvent mal coordonnée, ce qui limite son efficacité et son efficience.

Pour y remédier, le gouvernement a retenu les axes stratégiques ci-après en vue de promouvoir l'accès des populations aux services socio-sanitaires de base :

1. Le renforcement du ministère de la Santé et de ses fonctions de gouvernance.
2. La mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité pour répondre aux besoins essentiels des services de santé.
3. L'amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant (mesures préventives et curatives).
4. L'amélioration de la lutte contre les maladies (notamment le trio VIH/sida ; TB ; paludisme).
5. L'amélioration de la gestion des urgences et des catastrophes (les besoins persistants en matière d'assistance humanitaire en raison de l'importante détérioration du système de santé).

Les orientations stratégiques de l'OMS au niveau mondial et régional, ainsi que les orientations nationales en matière de santé contenues dans le PTSS 2015-2016 étendu à 2017, ont servi de repère à l'élaboration de la Stratégie de coopération de l'OMS avec la République Centrafricaine pour la période 2016-2018. Il s'agit ainsi d'une stratégie de transition qui doit conduire à une nouvelle Stratégie de coopération avec le pays. Cette dernière couvrira une période de 5 ans (à compter de 2018) et sera alignée sur le PNDS III qui doit être finalisé d'ici juin 2018.

3. CHAPITRE 2 : SITUATION EN MATIERE DE SANTE ET DE DEVELOPPEMENT

3.1. Principales réalisations et défis majeurs dans le domaine de la santé

3.1.1. Analyse du conflit/de la situation de fragilité³

La République Centrafricaine (RCA) située au cœur de l'Afrique, est un pays enclavé de 623 000 Km², et une population estimée à 4 953 015 habitants en 2015. Elle est limitée au Nord par le Tchad, à l'Est par les deux Soudans, à l'Ouest par le Cameroun et au Sud, par la République Démocratique du Congo et la République du Congo. La RCA traverse une crise complexe et chronique depuis 2012 qui a connu une escalade avec les évènements de 2013, le coup d'état d'avril 2013 et un conflit armé majeur en décembre 2013. La dégradation des infrastructures socioéconomiques, le faible redéploiement de l'État et des services techniques dans les préfectures, l'effritement de la cohésion sociale et du tissu socioéconomique à la suite des crises récurrentes et violentes, ont eu des conséquences humanitaires considérables, provoquant le déplacement de milliers de personnes. La situation sécuritaire s'est améliorée quelque peu en particulier à Bangui, et dans l'Ouest du pays, permettant le retour d'une partie des déplacés. Toutefois, elle reste toujours extrêmement instable aussi bien en milieu urbain que rural et sur les axes routiers avec des affrontements fréquents entre des éléments des anti-Balaka et des ex-Seleka, des attaques contre la population civile et une forte hausse de la criminalité qui n'épargne pas les acteurs humanitaires et de développement (chronologie de la crise en annexe).

La pauvreté en milieu rural et urbain s'est aggravée : la RCA qui était classée 179^{ème} en 2011 dans l'indice de développement humain a reculé à la 185^{ème} place sur 187 en 2013.

Les conflits ont eu des conséquences humanitaires sans précédent sur les populations de Bangui et ses environs et dans plusieurs régions du pays. Les autorités nationales n'étaient pas préparées et n'ont donc pas les moyens de répondre à ces besoins. En effet, depuis le début de la crise, environ 1 million de personnes se sont déplacées à l'intérieur de la Centrafrique alors que plus de 423 000 personnes (à la date du 17 novembre 2014), se sont exilées dans les pays voisins, provoquant un impact certain sur les populations de ces pays hôtes. On comptait environ 450 000 déplacés internes dans le pays à la fin novembre 2015 (PRH 2016) ; certaines personnes se retrouvent ainsi «

³ Plan de réponse humanitaire (PRH) 2015 et 2016

enclavées » et privées de liberté de mouvement. Certaines populations se déplacent vers des camps ou des familles d'accueil, d'autres se réfugient en brousse et se retrouvent privées de la possibilité de recevoir une assistance. Des migrants économiques ont été évacués par les pays tiers ; les ressortissants binationaux, sans nationalité, ou sans papiers, se retrouvent privés de droits et de protection. Les communautés ou familles d'accueil sont elles-mêmes fragilisées et ne reçoivent pas suffisamment d'assistance.

Plus de 30 % de la population vit dans l'insécurité alimentaire et n'a pas accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement. Le niveau d'urgence L3 (urgence de niveau 3 du CPI) a été déclaré en décembre 2013 et prorogé à trois reprises jusqu'à la mi-juin 2015. Ceci avait pour but d'accélérer la réponse humanitaire, de la renforcer compte tenu de l'ampleur de la crise et de continuer à plaider en faveur d'une amélioration de la situation politique et sécuritaire, faute de quoi il sera difficile de faire face à l'immensité des besoins.

Le Gouvernement de transition de la RCA a élaboré un Programme d'urgence et de relèvement durable (PURD) qui s'étend de 2014 à 2016, et conjugue les interventions d'assistance humanitaire et de relèvement afin de renforcer son objectif global de lutte contre la pauvreté. L'objectif principal du pilier relatif à l'assistance humanitaire est de fournir aux déplacés internes et aux retournés une assistance multisectorielle nécessaire à leur survie et de favoriser leur retour et leur réinsertion sociale. Une consultation régulière est menée entre la communauté humanitaire et le Gouvernement à travers le ministère des Affaires Sociales et de l'Action Humanitaire afin de mieux coordonner les efforts des humanitaires et ceux des autorités, et pour faire le lien entre le PRH et le PURD.

Nonobstant les interventions notables des bailleurs de fonds, les financements restent insuffisants par rapport aux besoins recensés, ce qui constitue un défi. Les financements reçus à la date du 16 décembre 2015 n'avaient couvert que 67 % des 555 millions de dollars US requis au titre du PRH 2014.

Les principaux facteurs de la crise⁴ sont :

Politique : le gouvernement national de transition reste fragile : 2 gouvernements se sont succédé en 2014. Les institutions étatiques doivent être renforcées au niveau national et dans les provinces, et surmonter de nombreux défis liés à la bonne gouvernance car derniers sont à l'origine de

⁴ Plan de réponse humanitaire (SRP) 2015

bon nombre de maux tels que l'insécurité, la corruption et le dysfonctionnement des services publics. En dépit des efforts déployés par les autorités et les forces internationales, le contrôle de la circulation des armes demeure un défi majeur.

Conflits armés : malgré l'accord de cessation des hostilités négocié à Brazzaville, des groupes armés et des factions de certains groupes continuent à mener des attaques sur la population civile, y compris les populations déplacées. Des violations graves des droits de l'homme sont signalées dans toutes les régions où il y a des affrontements, cycles d'attaques et de représailles entre des groupes qui nouent des alliances et des contre alliances pour le contrôle des ressources naturelles, le positionnement politique, le contrôle du territoire, etc. À l'Est du pays, dans le Haut Mbomou, on signale toujours la présence d'éléments de la LRA ce qui entretient l'insécurité dans cette zone.

Criminalité : hormis les attaques des groupes armés, on assiste également à une forte augmentation de la délinquance et de la criminalité à Bangui et dans plusieurs villes du pays, prenant pour cible également les travailleurs humanitaires et les Agences des Nations Unies.

Absence/démantèlement des services de l'État (santé, éducation, eau, sécurité, justice) : l'absence des services et des institutions de l'État dans la plupart des régions reste une entrave à l'accès des populations aux services de base et à l'instauration de l'état de droit. Le dysfonctionnement des registres de l'état-civil limite l'enregistrement des naissances et l'octroi de cartes d'identité nationale, ce qui pourrait, à long terme accroître le nombre d'apatrides. Par ailleurs, le dysfonctionnement des services publics du cadastre pourrait également engendrer des conflits fonciers. Couplé à la pauvreté, le manque de services de base accroît la vulnérabilité des populations, même dans les préfectures non touchées directement par les conflits, ce qui réduit leur capacité à réagir en cas de crise humanitaire soudaine. L'absence de services sociaux de base y compris les services de santé freine le retour des populations déplacées et même celui des fonctionnaires qui doivent assurer divers services publics.

Impunité et absence de système judiciaire : l'effondrement de l'appareil judiciaire – existant mais extrêmement précaire - sur l'ensemble du pays fait régner un sentiment général d'impunité. L'insuffisance de personnel formé, le manque de protection des auxiliaires de justice, la faiblesse des institutions,

les pressions et la corruption, sont autant de facteurs qui entravent les actions en justice.

Tensions intercommunautaires : les tensions intercommunautaires résultent de la conjonction de plusieurs facteurs, notamment les effets des années de crise économique dans le pays, l'aggravation de la pauvreté, la mauvaise gouvernance, l'insécurité, la prolifération d'armes légères, la porosité des frontières, les incursions d'hommes armés qui pillent et brûlent les villages, ainsi que l'inégal accès des différentes communautés centrafricaines à l'éducation supérieure et aux sphères d'activités économiques lucratives comme le commerce et l'exploitation minière. La crise militaro-politique de 2013 a provoqué le déplacement de centaines de milliers de personnes ou le maintien de certaines communautés minoritaires dans des situations d'enclavement.

Économique et social : l'effondrement du tissu économique ces dernières années, le manque d'investissement, le ralentissement du commerce, la fermeture de plusieurs sociétés pourvoyeuses d'emploi, sont autant de facteurs ayant entraîné la chute du revenu des ménages, l'augmentation de la pauvreté, le chômage massif des jeunes désœuvrés, sans avenir et facilement manipulables, qui constituent une proie facile de recrutement pour les groupes armés.

3.1.2. Les scénarios et leur possible évolution ⁵

3.1.2.1. Hypothèses de planification

La planification se fonde sur les hypothèses suivantes :

- La transition politique est un processus long et complexe
- La cohésion sociale demeure extrêmement fragile. La situation sécuritaire s'améliore partiellement dans la capitale et à l'Ouest du pays en général, mais reste instable dans le reste du pays :
- La crise et le manque de protection perdure
- La criminalité augmente
- La situation économique et sociale demeure inchangée
- L'aide humanitaire reste nécessaire pour la survie des populations touchées
- L'espace humanitaire se réduit
- La crise prend une dimension régionale
- Il existe des risques liés à la transhumance

⁵ Plan de réponse humanitaire (SRP) 2015

Scénario retenu ⁶

La situation en Centrafrique demeurera complexe, alliant une stabilité politique précaire, une timide restauration de l'autorité de l'État et du redéploiement des services publics, avec des épisodes de violences et des déplacements.

- Les élections pourront constituer un facteur de déstabilisation de certaines zones.
- Les affrontements entre anti-Balaka, ex-Seleka et d'autres groupes armés ainsi que les attaques contre la population civile et la montée de la criminalité pourraient exacerber l'insécurité et contribuer à la détérioration de la situation humanitaire. Des régions stables et instables vont coexister à travers le pays. Cette situation pourrait s'améliorer avec la mise en œuvre progressive du programme de désarmement, démobilisation et réinsertion (DDR).
- La reprise économique sera inégale, et tributaire des conditions de sécurité et de l'instauration d'un environnement favorable (justice et état de droit ; cadre d'investissement privé). Le retour de l'État dans les secteurs sociaux sera lent et conditionnera les interventions pour permettre aux populations d'avoir accès à des services essentiels. Dans ce contexte, une aide massive tant humanitaire que de développement reste nécessaire.
- L'accroissement de l'insécurité et les changements climatiques pourront avoir des conséquences dramatiques sur les mouvements de transhumance.
- Les récoltes fortement en-dessous de la moyenne avant la crise et l'insuffisance de stocks entraineront une installation précoce de la période de soudure qui s'accompagne d'un risque de détérioration de l'insécurité alimentaire (un nombre accru de cas de malnutrition chez les enfants) et plus de recours à des mécanismes de survie néfastes.

⁶ Plan de réponse humanitaire (SRP) 2015

Analyse critique du système de santé

Gouvernance⁷

L'organisation du système de santé est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Les principaux problèmes liés à la gouvernance du système de santé qui constituent des défis majeurs pour le ministère ont trait à : des chevauchements entre les attributions des différentes directions, services et programmes ; des carences au niveau des politiques sectorielles et du cadre juridique et réglementaire ; et de faibles performances du système de santé. Par ailleurs on note une verticalisation excessive des Programmes, liée aux exigences des partenaires, ce qui entrave toute décentralisation de la réglementation et de la gestion.

Bien que la décentralisation soit instituée au plan juridique, et dans les textes de loi, les régions et Districts sanitaires n'assument pas encore de réelles responsabilités.

Hormis les attributions définies par les textes portant organisation des services du ministère, il n'existe pas de descriptions de tâches détaillées ou de profils requis pour les nominations des cadres aux postes de l'administration sanitaire.

Ressources humaines pour la santé (RHS)

Il n'existe pas encore de politique et de plan de développement des RHS. L'élaboration de ces documents est en cours et fera l'objet de l'appui technique de l'OMS. Le MSP vient d'achever une analyse de la situation des RHS et les principales conclusions de cette étude permettront de finaliser le Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (PSDRHS).

En vertu des textes, le pouvoir de sanction de premier degré est délégué aux responsables déconcentrés du secteur, mais ce dernier n'est pas effectif. L'initiative est prise par le supérieur hiérarchique immédiat qui propose la sanction après une demande d'explication à l'agent.

La situation des ressources humaines est mal maîtrisée, outre son insuffisance numérique et sa distribution géographique inéquitable au regard des normes et standards internationaux, le pays est peu performant en matière de planification et de suivi des carrières des RHS.

Les données de l'enquête HeRAMS 2015 ont fourni les informations suivantes aux formations sanitaires (FOSA) :

⁷ Plan de transition du secteur de la santé 2015-2017

Dans les FOSA, on compte au niveau national :

- 1 médecin pour 22 013 habitants ;
- 1 sage-femme pour 17 440 habitants ;
- 1 infirmier d'État pour 16 565 habitants ;
- 1 agent de santé communautaire pour 2 014 habitants ;

Les agents de santé communautaires (ASC) des formations sanitaires représentent environ 61 % des effectifs du système de santé de la RCA. Au regard de cette forte proportion, le Plan de développement des RHS devra décrire leurs principales attributions, leurs critères de performance, les problèmes et défis liés à leur encadrement et motivation.

Dans le secteur privé, les ressources humaines pour la santé se présentent comme suit :

- Les structures confessionnelles et privées à but non lucratif (ASSOMESCA essentiellement) qui recrutent des agents de santé au besoin ;
- Les agences humanitaires qui recrutent les RHS pour les déployer dans leurs zones d'intervention ;
- Les organisations privées à but lucratif qui embauchent les professionnels de santé le plus souvent en attente d'intégration dans la fonction publique ou déjà admis à la retraite.

Système d'information sanitaire⁸

Au plan institutionnel, le SNIS est géré par le Service des statistiques et de l'information sanitaire logé à la Direction des études et de la planification (DEP).

Le Comité de coordination du SNIS mis en place par arrêté n° 120 du 3 décembre 2010, est le principal organe chargé de la gestion des activités du SNIS ; il est composé de cadres du ministère de la Santé et de partenaires du Système des Nations Unies.

Le Comité technique de gestion du SNIS établi par arrêté n°119 du 3 décembre 2010 est une structure multisectorielle et pluridisciplinaire chargée d'apporter un appui à la prise de décisions du Comité de Coordination. Ces deux comités ne sont pas fonctionnels depuis la crise que connaît le pays.

Ajoutons à cela le manque de tenue régulière des réunions d'analyse des données mensuelles et annuelles du SNIS au niveau central, régional et de district. Ceci a pour corollaire l'absence de mécanisme de coordination entre l'Institut national de la statistique, les acteurs non étatiques (privés, structures de soins associatifs) et le ministère de la Santé, le manque d'intégration et de coordination entre les producteurs et les utilisateurs des informations

⁸ Plan de transition du secteur de la santé 2015-2017

sanitaires à l'échelle nationale, et l'absence de système permanent de suivi-évaluation des données du SNIS.

Il existe néanmoins des formulaires de collecte de données normalisés au niveau national mais le taux de complétude est bas (30 %), du fait des déplacements du personnel de santé et des fréquentes ruptures de stocks de ces formulaires.

Les principaux problèmes rencontrés demeurent : (i) La non prise en compte des données relatives aux facteurs socioéconomiques et démographiques, ainsi qu'aux facteurs de risque environnementaux et comportementaux, (ii) l'irrégularité dans la production ainsi que la diffusion des informations, (iii) le retard dans la production du bulletin annuel des statistiques sanitaires et (iv) l'insuffisance du système de contrôle de qualité à différents niveaux de collecte et de transcription des données.

Depuis le début des troubles militaro-politiques qui ont touché le pays, un système d'alerte précoce a été mis en place avec le soutien des partenaires pour pallier le dysfonctionnement des structures sanitaires chargées de la surveillance de la maladie et riposte. Il n'empêche qu'en 2014 le système de surveillance épidémiologique a enregistré de piètres performances. À titre d'exemple, le taux moyen de complétude des notifications des cas de maladie et de décès des districts sanitaires vers le niveau central (cf. graphique 1) était supérieur à la cible de 90 % pour 3 districts seulement (10,3 %) et la promptitude de la transmission des données trop faible (inférieure à 80 %) dans tous les districts.

3.1.3.4. Médicaments, dispositifs médico-chirurgicaux et réactifs de laboratoire⁹

La situation des services sociaux de base en Centrafrique s'est nettement dégradée. Les formations sanitaires publiques manquent de médicaments essentiels et de matériels médicaux, et une partie du personnel médical n'est pas à son poste.

La RCA dispose d'une Politique pharmaceutique nationale (PPN) adoptée en 1995 qui fait partie intégrante du PNDS mais n'est pas suffisamment mise en œuvre. Cette politique couvre tous les aspects du secteur pharmaceutique et a pour objectif de rendre accessible à la population des médicaments essentiels de qualité efficace et à moindre coût.

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

⁹ Plan de transition du secteur de la santé 2015-2017

En RCA, l'approvisionnement en médicaments est assuré par trois (03) grossistes répartiteurs : Centrapharm, UCM (Unité de Cession des Médicaments) et UDP (Unité de Dépôt Pharmaceutique), et par deux (02) dépositaires : Shalina et Roffe Pharma. Toutefois, ces derniers importent des médicaments sans autorisation de mise sur le marché (AMM) faute de dispositif réglementant l'importation des médicaments en RCA.

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

L'UCM qui est l'unique centrale d'achat a été créée aussitôt après la dévaluation du franc CFA en janvier 1994 pour permettre à la population d'accéder à des médicaments de qualité à moindre coût abordables et disponibles sur place. Toutefois, elle n'est plus en mesure de remplir sa mission actuellement en raison de problèmes de gestion.

La lutte contre les médicaments de la rue est du ressort du Gouvernement qui affiche une réelle volonté politique dans ce domaine ; il s'est mobilisé avec comme chef de file le ministère de la Sécurité Publique qui a créé en son sein l'Office Centrafricain de lutte contre les drogues (OCLAD). Cet organe a pour mission de lutter contre les drogues et les médicaments de la rue avec le concours des autres ministères concernés.

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

Offre de services de santé

L'enquête HeRAMS 2015 a permis de cerner les contours de l'offre de services de santé par région sanitaire, ainsi que les principales raisons de la couverture peu optimale.

Au niveau national, sur les 1008 formations sanitaires enquêtées, seules 68 % sont fonctionnelles.

Le pourcentage des structures de santé fonctionnelles varie de 55 % dans la région sanitaire n° 1 à 79 % dans la région sanitaire n°4.

Au niveau national, 34 % des formations sanitaires ont été partiellement ou totalement détruites avec une grande disparité allant de 19 % dans la région sanitaire n° 5 à 44 % dans la région sanitaire n° 6.

En dehors du document établissant les normes en matière d'équipements et d'infrastructures des districts sanitaires, il n'existe pas encore de document national de développement des infrastructures, des équipements et de la maintenance, faisant office de cadre d'orientation pour la gestion du patrimoine du système de santé.

Les formations sanitaires périphériques sont sous-équipées en dépit d'importants apports de l'extérieur (logistique, matériel de froid et matériel biomédical) qui sont parfois mal gérés, mal entretenus voire inadaptés. L'amortissement et le remplacement du matériel n'est pas planifié.

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

Cette situation a été exacerbée par la crise militaro-politique actuelle qui a entraîné la destruction massive des infrastructures et le pillage des matériels et mobiliers de bureau, matériels biomédicaux et autres équipements, dont une grande partie a été fournie par les partenaires au développement.

80 % du matériel roulant affecté aux structures sanitaires de l'arrière-pays a été touché par des actes de vandalisme.

Tableau : Indicateurs clé de couverture en soins essentiels

	Taux de couverture	Source - année
Taux de fréquentation des formations sanitaires	16,70 %	Annuaire statistique SNIS 2009
Taux de couverture vaccinale DTC-HepB+ Hib3	33 %	JRF 2015
Taux de couverture vaccinale rougeole	47 %	JRF 2015
Prévalence de la contraception	15 %	Statistiques de la Direction de la santé familiale et de la population 2015
Soins prénatals (pourcentage de femmes de 15 à 49 ans qui ont bénéficié de soins prénatals dispensés par un personnel de santé qualifié)	38,1 %	Statistiques de la Direction de la santé familiale et de la population 2015
Accouchements assistés	89,6 %	Statistiques de la Direction de la santé familiale et de la population 2015

Le SNIS n'est plus opérationnel depuis 2010. Les dernières données relatives à la fréquentation des formations sanitaires indiquent un taux de 16,70 %. La couverture vaccinale en DTC-HepB+Hib3 est de 33 % tandis que celle de la rougeole est de 47 %.

La prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives parmi les femmes de 15 à 49 ans mariées ou en couple a quadruplé entre 1995 (3,3 %) et 2015 (15 %).

Le taux de femmes enceintes ayant effectué au moins quatre consultations prénatales a stagné. Il est passé de 39,7 % à 38,1 % entre 1995 et 2015.

En 2015, 89,6 % des naissances ont été assistées par un personnel de santé qualifié, contre 50 % en 1995. En 2010, les femmes qui vivent en milieu rural sont nettement moins assistées (38 %) par un personnel qualifié que celles qui vivent en milieu urbain (83 %). Cette différence en faveur des citadins s'explique en partie par une forte concentration du personnel de santé et des infrastructures sanitaires en milieu urbain.

Financement du système de santé

L'État n'est plus la principale source de financement des soins de santé. En effet, en 2013, le Gouvernement n'a assuré qu'environ 5 % des dépenses en la matière, le pays restant fortement dépendant de l'aide extérieure. Le secteur de la santé doit donc trouver d'autres sources et méthodes de financement.

Avant la crise de 2012, les sources internes de financement étaient : l'État, les ménages, les communautés, les collectivités territoriales et le secteur privé.

Les sources externes de financement proviennent des dons et des prêts via essentiellement la coopération bi et multilatérale.

Les allocations budgétaires de l'État au secteur de la santé représentent en moyenne 9 % du budget général de l'État, ce qui se situe bien en deçà du seuil recommandé par la Déclaration d'Abuja (15 %). Par ailleurs, compte tenu des tensions de trésorerie, bon nombre de décaissements ne sont pas effectués.

Participation communautaire

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire est le moyen de financement recommandé, en faisant contribuer les bénéficiaires de deux manières : le recouvrement des coûts avec l'approche de paiement par épisode et par acte, et l'approche participative par

le financement de certains investissements tels que la construction ou la réhabilitation des infrastructures.

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

L'approche participative consiste pour la communauté à apporter une contribution sous forme de travaux manuels, de matériaux et de contribution financière directe à la construction des postes et cases de santé et des pharmacies villageoises dans les communes.

À ce jour, aucune étude n'a été réalisée pour cerner l'étendue ou l'importance du financement communautaire, encore moins celui des collectivités territoriales. Les Comptes nationaux de la santé n'existent pas dans le pays.

Les directives ministérielles de 2014 préconisaient la gratuité ciblée des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes ainsi que pour les cas d'urgence vitale, sur toute l'étendue du territoire et pour une durée d'une année au départ, qui a été prorogée en 2015.

Tableau I : Répartition des dépenses de santé en RCA (données de référence)¹⁰ :

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

Il ressort du tableau ci-dessus que les dépenses totales de l'État pour le secteur de la santé ne représentent que 10 % environ des dépenses totales de santé (DTS), ce qui implique une très forte dépendance du secteur de la santé sur les financements extérieurs.

- Il convient donc de multiplier les efforts pour mobiliser des ressources supplémentaires afin de répondre aux besoins financiers occasionnés par de nouvelles approches : la décentralisation, les mutuelles de santé, le renforcement du partenariat public /privé, le financement basé sur la performance (projet « Performance Based Financing » (PBF) financé par la Banque Mondiale), et la gratuité ciblée.

3.1.3.7. Situation sanitaire de la population : tendances, disparités et ventilation des données¹¹

(a) Santé de la mère et de l'enfant

¹⁰ Source : PPAC du PEV-RCA 2011-2015

¹¹ Suivi des objectifs du Millénaire pour le Développement en RCA : Rapport final 2015

(i) Santé de la mère

Les taux de décès maternels n'ont cessé de croître de 1988 à 2003, avant d'amorcer une véritable baisse entre 2003 et 2013. Environ 880 femmes sont décédées en couches en 2015, soit une diminution de 27 % par rapport à 1990 (1200 décès). En revanche, entre 2012 et 2015 le risque de décès maternel a augmenté de 63 % : pour 100 000 naissances vivantes, 880 femmes sont décédées en couches en 2015 contre en 540 en 2012.

(ii) Santé de l'enfant

La RCA a réalisé des progrès, quoique de façon irrégulière, dans le domaine de la réduction de la mortalité des moins de cinq ans (0 à 5 ans). Selon les estimations du groupe interagences des Nations Unies, en 1990, 177 enfants sur 1000 naissances vivantes décédaient avant d'atteindre l'âge de 5 ans contre 139 en 2015, soit une baisse de 1,2 %. Ces estimations montrent aussi que le taux de mortalité infantile (risque de décès d'un enfant âgé de 0 à 1 an) a baissé de 17 % passant de 115 ‰ en 1990 à 96 ‰ en 2015.

Entre 2012 et 2015, la mortalité des moins de cinq ans a augmenté de 7,8 %, passant de 129 ‰ en 2012 à 139 ‰ en 2015. Pour la même période, la mortalité infantile a augmenté de 5,5 %, passant de 91 ‰ en 2012 à 96 ‰ en 2015.

Sur 1000 naissances vivantes en 2015, 88 filles contre 103 garçons courent le risque de décéder avant l'âge un an. Les filles présentent moins de risque de décéder que les garçons. La tendance est la même au niveau des enfants âgés de 0 à 5 ans avec 132 filles contre 146 garçons en 2015.

En 2014, sur 10000 naissances, 1,69 enfant de moins de cinq ans décédait (ce qui reste en dessous du seuil d'alerte de 2/10000/j) contre 1,10 en 2012. Trois préfectures (Nana-Gribizi, Ouham et Vakaga) sur dix-sept affichent un taux supérieur au seuil d'alerte (2/10000/j). Par ailleurs, les enfants de moins de 5 ans habitant la préfecture de Vakaga frôlent le seuil d'urgence (4/10000/j), avec 3,7 décès pour 10000 naissances par jour (Enquête SMART 2014).

D'après les résultats de l'enquête SMART 2014, les maladies (paludisme, infections respiratoires aiguës, anémie, maladies diarrhéiques) et la malnutrition figurent parmi les principales causes de décès des moins de 5 ans.

(b) Situation du trio paludisme, tuberculose et VIH/sida

(i) Paludisme

Depuis le début de ce millénaire, la prévalence du paludisme reste stationnaire dans la population des enfants âgés de 0 à 5 ans. Cette prévalence est passée de 32 % en 20012 à 25,7 % en 2014. C'est en 2006 que le taux de prévalence le plus bas (22 %) a été enregistré chez les enfants.

En milieu hospitalier, le paludisme continue d'être l'une des principales causes de consultation, d'hospitalisation et de décès.

En 2013, le paludisme était à l'origine de 59 % des consultations contre 40 % en 2001. Les enfants de moins de 5 ans représentent à eux seuls 52 % de ces cas. Cette même année, 34 % des décès en milieu hospitalier ont été attribués au paludisme contre 24 % en 2005¹³

En 2014, dans un contexte de crise, le paludisme constitue encore la première cause de maladie avec 42,3 %¹⁴ des consultations dans les camps de déplacés.

Pour lutter contre ce fléau, le gouvernement a mis en place plusieurs stratégies, dont une campagne de plaidoyer et une approche préventive et curative. La campagne de plaidoyer a permis d'inscrire la lutte contre le paludisme parmi les mesures d'action prioritaires, même si la table ronde pour la mobilisation de ressources n'a pas pu être organisée en raison de la crise. Quant à l'approche préventive, elle a consisté en l'organisation des campagnes de distribution de 3 026 462 moustiquaires entre 2012 et 2014. L'enquête réalisée en 2012 a montré que 61,8 % des enfants de moins de 5 ans et 68,1 % des femmes enceintes dormaient sous MILDE¹⁵.

L'approche curative a consisté à effectuer 1 596 366 diagnostics de paludisme (microscopie ou TDR) et à administrer environ 2 053 770 traitements. Selon les données de l'enquête MICS 4, 31,8 % des enfants fébriles de moins de 5 ans ont bénéficié d'un traitement. 19,1 % d'entre eux ont reçu, dans les 24 heures, un traitement correct dans une formation sanitaire.

Au niveau communautaire, on ignore le pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de fièvre ou de paludisme qui ont reçu un traitement correct dans les 24 heures. Cependant, en 2014 on note que 37 %

¹² Enquête MICS de 2000

¹³ Données de routine du SLP 2013.

¹⁴ Données de surveillance d'alerte précoce de l'OMS, 2014

¹⁵ Enquête TRaC sur l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée (MILDE) par les ménages en RCA, Bangui, Mars 2012

d'enfants fébriles ont reçu un antipaludique approprié en moins de 24 heures¹⁶

Par ailleurs, 46,9 % des femmes enceintes ont reçu un traitement préventif intermittent (TPI) 1 contre 34,6 % pour le TPI2.

La mortalité hospitalière liée au paludisme a baissé, passant de 16,63 décès pour 100 000 habitants en 2005 à 11,95 décès pour 100 000 habitants en 2010 ; chez les moins de 5 ans, elle a baissé de 82,79 décès pour 100 000 habitants en 2005 à 79,87 décès pour 100 000 habitants en 2009.

En 2014, le paludisme a continué à constituer un problème de santé publique. Bien qu'une baisse de prévalence de la mortalité ait été observée, l'incidence de la maladie évolue en dent de scie en raison du manque de financement et d'un faible engagement des acteurs locaux, ce qui a freiné l'atteinte des OMD en fin 2015.

(ii) VIH/sida

La prévalence du VIH était estimée à 16 % en 2003 ; 145 000 enfants étaient orphelins du sida et les malades devaient prendre eux-mêmes en charge leur traitement.

En 2015, la prévalence du VIH était estimée à 4,1 %, mais reste la plus élevée de la sous-région dans la tranche d'âge des 15 à 49 ans. Cette estimation montre un recul de 2 % en 10 ans par rapport aux données de MICS3 couplée à la sérologie à VIH. Le taux de nouvelles infections par le VIH est aussi en baisse.

Les données estimées ne sont pas ventilées par sexe. Toutefois, étant donné le contexte de crise qu'a connu le pays pendant la mise en œuvre des OMD, la prévalence par sexe, âge et région devrait correspondre aux données de 2010 affichant une prévalence plus élevée chez les filles de 15-24 ans (4,2 %) que chez les garçons (0,7 %) et un taux de 2 % chez les filles de 15-17 ans.

Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant a baissé, passant de 11,3 % en 2012, à 9,8 % en 2014.

Les données de l'infection à VIH montrent que la prévalence est au-dessus de la moyenne nationale parmi les jeunes, notamment les professionnelles du sexe (9,1 %)¹⁷ et les hommes vivant avec les hommes (28,6 %)¹⁹. La zone urbaine constitue la principale cible d'intervention.

¹⁶ MICS 4 cité dans le rapport de suivi des OMD de 2012

¹⁷ Enquête nationale sur les professionnelles de sexe, Bangui, 2013

¹⁹ Article sur les HSH, CNRISTAR, 2012

Le taux d'utilisation du préservatif (55 %) et la connaissance des modes de transmission de la mère à l'enfant (50 %) sont assez élevés, toutefois il faut redoubler d'effort pour atteindre les objectifs du millénaire.

(iii) Tuberculose

Si la tuberculose fait partie des maladies meurtrières pour la population en général, elle l'est plus particulièrement pour les femmes enceintes et les enfants. La résurgence de la tuberculose est liée à la progression de la pandémie de VIH et de sida. Les données disponibles publiées par l'OMS en 2014 montrent que cette progression est aussi due au fort taux de résistance du Bacille de Koch (BK) aux antituberculeux.

En 2008, on dénombrait 12 670 cas de tuberculose, toutes formes confondues, dont 5325 cas de TPM+. Sur la période des OMD, le taux d'incidence de la tuberculose a baissé, passant de 864 cas pour 100 000 habitants en 1990 à 400 cas pour 100 000 habitants en 2011.

Le nombre de nouveaux cas est aussi en baisse. En effet, en 1990 soit au début de la période, 1 020 cas pour 100 000 habitants avaient été notifiés, contre 510 en 2011 puis 422 en 2014, et ce, grâce au financement du Fonds mondial. Ces résultats sont certainement à attribuer à la stratégie DOTS.

Le taux de mortalité est en baisse avec 53 décès pour 100 000 habitants en 2011 contre 121 pour 100 000 habitants en 1990.

Le traitement donne des taux de succès thérapeutiques variant de 53 à 71 %, même si ces taux n'atteignent pas encore la cible fixée à 85 %. En 2011, le taux de perdus de vue pour le traitement était encore élevé à 19 %. En revanche, le taux d'échec thérapeutique de 1 % est l'un des meilleurs de la sous-région.

(c) Situation des maladies non transmissibles (MNT)²⁰

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

(i) Maladies cardiovasculaires.

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

La prévalence générale de l'hypertension artérielle est de 34,5 % dont 36,8 % chez les hommes et 32,3 % chez les femmes. Le pourcentage des hypertendus

²⁰ Plan de transition du secteur de la santé 2015-2017

qui ne sont pas sous traitement médical est de 90,7 % dont 94,3 % d'hommes et 86,6 % de femmes.

(ii) Diabète.

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

(d) Situation des maladies tropicales négligées (MTN)

Une enquête réalisée en 2008 dans 8 des 16 préfectures montre qu'elles sont toutes endémiques pour la filariose lymphatique.

La mise en œuvre du traitement à l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC) avec l'appui de l'ONG CBM et de l'OMS/APOC a connu quelques interruptions momentanées. C'est ainsi que depuis l'année 2012, le Programme de lutte contre l'onchocercose n'a pas réalisé de traitement de masse dans les préfectures endémiques.

Notons aussi que, hormis l'onchocercose, la cartographie d'autres MTN/CTP telles que la schistosomiase, les géo-helminthiases, et le trachome n'est pas achevée.

Depuis fin 2005, la RCA a atteint le seuil d'élimination de la lèpre comme problème de santé publique. Cette élimination cache certaines disparités car la maladie est confinée à certaines régions bien précises, où vivent de nombreuses personnes handicapées par la lèpre. Depuis 2008, ce programme est mal financé ce qui se traduit par de piètres performances.

Cette situation s'est aggravée depuis le déclenchement des multiples crises militaro-politiques qui ont favorisé la promiscuité liée aux regroupements de personnes dans des camps sans conditions adéquates d'hygiène et de salubrité de l'environnement.

La RCA est l'un des pays à forte endémicité pour la **trypanosomiase humaine africaine** après la RDC (> 1 cas/1000 habitants). En 2014 la THA sévissait dans cinq foyers endémiques : Bilolo (SM), Goffo (UA), Obo (HB), SCAD (LB), Ndimba (MP).

La **dracunculose** est éradiquée en RCA depuis 2002, et la certification obtenue depuis novembre 2006. Le véritable enjeu réside dans le fait que les pays frontaliers sont encore fortement endémiques (Tchad, Soudan et Soudan du Sud).

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

En octobre 2006, un cas **d'ulcère de Buruli** a été confirmé pour la première fois en République centrafricaine. Cependant on ignore encore quelle est l'étendue de cette maladie.

Le **pian** est endémique dans 2 préfectures (Lobaye et Sangha-Mbaéré) avec une nette prédominance en zone pygmée.

(e) Santé mentale

Le nombre de troubles mentaux notifiés entre 2008 et 2010 s'élève à 1959 cas ; dont 314 cas d'épilepsie, 61 de psychose et 500 cas de malades errants. Avec la crise ayant entraîné des tueries et violences sexuelles, il est fort probable que l'on assiste à une recrudescence des cas de troubles.

Les principales lacunes constatées suite à l'évaluation de la situation de la santé mentale et du soutien psychosocial dans le cadre de la réponse à la crise humanitaire en RCA sont : i) le manque de système de santé intégrant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les différents niveaux de soins ; ii) un accès aux soins de santé mentale et de soutien psychosocial réduit au CNHUB ; iii) face à la crise, une connaissance limitée en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, ses enjeux, les psychopathologies et leur gestion au niveau des personnels de santé non spécialisés et au niveau de la population ; iv) une faible coordination des activités par le groupe intersectoriel opérationnel de santé mentale qui doit être renforcé en associant les institutions (OIM et HCR) qui assurent les activités de protection et gèrent les camps de personnes déplacées.

3.1.3.8. Déterminants de la santé, y compris les inégalités et la violence à l'égard des femmes

(a) Éducation

Depuis la flambée de violence de 2013, les services d'éducation fonctionnent au ralenti. La plupart des écoles sont fermées en raison des problèmes sécuritaires, des pillages et dégâts causés aux infrastructures et équipements, de l'impossibilité pour les parents de payer les primes aux enseignants, et des difficultés du ministère de l'Éducation à gérer le système. Certaines écoles de province sont encore occupées par des PDI et des groupes armés, ou alors ont été pillées ou détruites par des incendies.

La situation pose un énorme risque à court-terme pour les élèves (séviés, recrutement dans les forces armées, violence sexuelle), sapant tant leurs perspectives personnelles que les fondations du développement socioéconomique du pays.

Quelques partenaires au développement interviennent dans ce secteur : l'UNICEF (chef de file du groupe sur l'éducation locale), COOPI, Save the Children, CORDAID, Danish Refugee Council, Triangle GH, Jesuit Refugee Services, ECAC (Écoles catholiques), Finn Church Aid et JUPEDDEC (une ONG nationale).

(b) Équité et violence fondée sur le sexe

En République Centrafricaine, les femmes jouent un rôle très important dans l'économie familiale et la production agricole. Cependant, le contexte socioculturel est aussi marqué par une forte prévalence des mutilations génitales féminines, des mariages précoces et de l'exposition des femmes à diverses violences surtout dans les zones affectées par les conflits armés où les agressions sexuelles ont été massives et n'ont épargné ni mineures, ni femmes du troisième âge, entraînant de graves conséquences sur tous les plans : psychologique, économique et social.

Selon l'enquête MICS 2010, 29 % des filles de 20 à 24 ans sont mariées avant l'âge de 15 ans et 68 % avant l'âge de 18 ans. La pratique de l'excision quant à elle, a enregistré une forte baisse au cours des dernières décennies. Son taux est passé de 43 % en 1994/95[6], à 36 % en 2000, pour tomber à 28 % en 2006[8] puis à 24 % en 2010. Les femmes en milieu rural sont davantage touchées par l'excision (29 %) que les citadines (18 %).

En plus des inégalités préexistantes entre les sexes, la crise a aggravé les vulnérabilités fondées sur le sexe. Les inégalités existantes sur le plan de la sécurité physique, de l'éducation, de la santé génésique, de la nutrition, de l'accès à la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance, ont été aggravées par la paralysie des institutions étatiques et des services d'accompagnement. Dans la société centrafricaine, la dépendance socio-économique des femmes et des filles accroît leur vulnérabilité et les expose aux viols, aux agressions sexuelles, aux mariages forcés, à l'esclavage sexuel et à d'autres formes de violences fondées sur le sexe. La destruction des moyens de subsistance et la mobilité limitée en raison de l'insécurité a conduit certaines personnes en particulier les ménages dirigés par des femmes ou des filles, ou les ménages extrêmement pauvres, à adopter des mécanismes néfastes de survie tels que l'octroi de faveurs sexuelles. 60 à 70 % des cas de viols signalés en RCA relèveraient de cas de viols collectifs perpétrés par des groupes armés (source ligne téléphonique 4040/RDC).

Entre 6 000 et 10 000 enfants ont été recrutés et sont utilisés dans les groupes armés. De nombreux cas de violences sexuelles et de violences fondées sur le sexe continuent d'être notifiés, y compris parmi les personnes déplacées, le plus souvent par le fait d'hommes armés. Des enfants sont séparés de leurs familles et d'autres se retrouvent non accompagnés lors des déplacements forcés suite aux affrontements des groupes armés. Toutefois 68 % des formations sanitaires continuent à fournir des soins à la population (HeRAMS 2015) et environ 50 % des écoles ont rouvert leur portes.

Les mesures de prévention et de riposte doivent être renforcées.

Il est essentiel de renforcer les capacités des acteurs humanitaires en matière de problématiques sexospécifiques et de solutions à y apporter. Ce

renforcement portera plus particulièrement sur la mise en œuvre concrète des programmes de promotion de l'égalité entre les sexes sur l'ensemble du cycle de programmation humanitaire ainsi que sur la prise en charge médicale des victimes de pratiques néfastes pour la santé.

(c) Eau, hygiène et assainissement

À la précarité de la situation sanitaire des populations, il faut ajouter des conditions d'hygiène très difficiles. Avant la crise, l'enquête MICS 2010 révélait qu'en République Centrafricaine, plus de la moitié des ménages (54 %) consommaient de l'eau de boisson potable. Ce taux était fonction du lieu de résidence, et variait de 67 % en milieu urbain à 46 % en milieu rural. On est bien loin ces taux aujourd'hui après la crise qui a secoué le pays. En effet, sur le plan de l'assainissement, la situation est très préoccupante : les types de toilettes améliorées les plus courants sont les latrines à trou recouvertes d'une dalle (31 %) et les latrines à fosse couvertes d'une dalle (4 %). Les latrines à trou sans dalle ne sont pas considérées comme des toilettes améliorées, or ce sont les plus fréquemment utilisées par la population (36 %). On note en outre que plus d'un quart de la population (27 %) n'utilise aucun type de toilettes et défèque à l'air libre, ce qui ne répond pas à des conditions d'hygiène adéquates.

(d) Santé environnementale²¹

Les indicateurs disponibles pour la santé environnementale sont les suivants :
Tableau : indicateurs de santé environnementale

Pourcentage de la population ayant un accès durable à une source d'eau potable (2015)	68,5 (Total)
	89,6 (Urbain)
	54,4 (Rural)
Pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées (2015)	43,6 (Urbain)
	21,8 (Total)
	7,2 (Rural)

Sources de données :

Observatoire mondial de la santé, mai 2016

<http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

²¹ Plan de transition du secteur de la santé 2015-2017

Collaboration avec les Nations Unies et d'autres partenaires

Les acteurs humanitaires ont considérablement renforcé leur présence et leurs interventions en 2014, passant de 47 organisations présentes en décembre 2013, à 105 en octobre 2014 dont 82 partenaires actifs dans le cluster santé en 2015 (bulletin annuel 2015 du cluster santé). La communauté internationale est intervenue pour répondre aux besoins prioritaires des populations dans un contexte de quasi-absence de structure étatique dans de nombreuses régions du pays. Plus de 2,5 millions de personnes sur les 4,6 millions d'habitants que compte la RCA dépendent de l'assistance humanitaire pour satisfaire un ou plusieurs besoins vitaux. La consolidation du déploiement humanitaire, et la mise en place d'un système d'alerte précoce au niveau des communautés contribuent à protéger la population à risque et à répondre à leurs besoins de base. Le maintien de l'espace humanitaire reste un défi majeur. En effet, 20 travailleurs humanitaires ont péri dans des attaques de groupes armés depuis septembre 2013.

- Les pays de la sous-région continueront de jouer un rôle important en tant que pays d'accueil de réfugiés mais aussi en tant qu'acteurs de la médiation, de la stabilisation, et du déploiement de la mission MINUSCA dans le cadre du processus de stabilisation du pays. Il pourrait s'avérer nécessaire de mener des interventions de santé publique transfrontalières.

Cadre de concertation stratégique du secteur de la santé

Le Cadre de concertation stratégique du secteur de la santé (CCSS) est un organe consultatif technique et stratégique dont l'OMS est membre de plein droit. Il est placé sous la coordination du ministre de la Santé et de la Population et vise à faciliter les échanges entre les principaux acteurs du système de santé.

Pour être efficace, le CCSS devra être doté d'un secrétariat technique et si besoin est, de groupes thématiques spécialisés dans certaines questions précises.

Au niveau opérationnel, les comités de coordination devront être ouverts à tous les intervenants locaux et informer en permanence le niveau central de leurs activités ciblés.

Concertation des partenaires intervenant dans le secteur de la santé

Une réunion de concertation des partenaires du secteur de la santé est organisée tous les mois et présidée par l'OMS. Cette réunion se tient tous les premiers vendredi du mois et réunit les autorités sanitaires centrafricaines, les partenaires bi et multilatéraux, ainsi que les ONG locales et internationales. Au cours de cette réunion, les partenaires font le point et le suivi des dossiers d'actualité.

Cluster santé

La coordination des partenaires du secteur de la santé s'effectue de façon formelle grâce à une réunion hebdomadaire du « cluster santé ». Le « cluster santé » réunit les autorités sanitaires centrafricaines et l'ensemble des intervenants (opérateurs, ONG locales et internationales) et bailleurs de fonds du secteur de la santé (partenaires bi et multilatéraux, SNU) ; Il est présidé par l'OMS et coprésidé par Save the Children (STC) et le ministère de la santé. Les capacités de cet organe de coordination devront être revues en fonction des **objectifs du secteur**.

Coordination des partenaires stratégiques du secteur de la santé au sein du SNU

Au cours de la période d'instabilité de ces deux dernières décennies, plusieurs partenaires au développement et bailleurs de fonds internationaux ont quitté le pays, tandis que ceux qui sont restés sont restreints dans leurs opérations, et doivent régulièrement interrompre leurs activités en raison de la situation sécuritaire. Néanmoins, au sein du SNU, un groupe de partenaires stratégiques du secteur de la santé s'est récemment constitué et mène des actions conjointes et coordonnées pour relever les défis les plus urgents, en tenant compte des besoins à moyen et long terme.

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose a été confronté à des difficultés liées à la gestion et à la mise en œuvre du programme (retards importants dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments, planification défailante des besoins en médicaments, changement de bénéficiaire principal, brève suspension du programme en 2013, faibles décaissements, etc.). Ces difficultés ont eu des conséquences graves sur le traitement et le suivi des trois maladies (interruption des traitements, apparition d'une résistance, etc.). Depuis novembre 2013, la Fédération internationale de la croix rouge (FICR) a été désignée comme bénéficiaire principal du Fonds.

La Banque Mondiale a suspendu ses activités dès 2012 et au cours de la période de crise ; un projet de US \$26,5 millions (sur 4 ans) n'a jamais démarré. Il ciblait 4 régions sanitaires et 2,5 millions de personnes, et visait à améliorer l'accès et la qualité des soins grâce à une approche de « financement basé sur les performances ». À l'heure actuelle, la Banque Mondiale finance l'aide humanitaire à hauteur de 15 millions d'euros dans le domaine de la santé, à travers l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP. Ce projet d'urgence sera relayé par un projet de développement axé sur une approche de financement basé sur les performances à partir de 2016.

La cartographie des interventions des partenaires du secteur de la santé figure en **annexe**

Contribution du pays à l'action sanitaire mondiale

Lutte contre le paludisme, le sida et la tuberculose

Un certain nombre d'interventions efficaces ont permis d'obtenir des résultats en matière de lutte contre le VIH et d'inverser les tendances afin d'atteindre les OMD. Il s'agit de : i) la mise sous thérapie antirétrovirale d'un nombre important de personnes nécessitant un traitement ; ii) l'élargissement du dépistage grâce à des stratégies mobiles et fixes ; iii) les taux satisfaisants de rétention 12 mois après le début de la TAR malgré la crise, ainsi qu'un bon taux de succès thérapeutique chez les patients co-infectés TB/VIH ; iv) la promotion du dépistage précoce de l'infection par PCR chez les nourrissons nés de mères séropositives ; v) l'organisation de la riposte au VIH conformément au principe des « trois unités » à savoir un seul organe de gestion, un seul cadre d'orientation et un seul cadre de suivi et évaluation.

Les interventions du pays en matière de lutte contre le paludisme se présentent comme suit : i) l'existence d'une chaîne communautaire (PECADOM) de prise en charge des cas de paludisme ; ii) la généralisation à toutes les FOSA (publiques, privées confessionnelles et ONG à but non lucratif) de la prise en charge des cas simples ; iii) le contrôle des taux de morbidité et de mortalité dues au paludisme au cours de la période de mise en œuvre du programme par rapport à la situation des années 2000. En matière de tuberculose, la contribution du pays a consisté à formuler la stratégie DOTS pour favoriser (i) la prise des médicaments, (ii) l'observation et la relance des « perdus de vue » par des volontaires communautaires (iii) la décentralisation et l'augmentation du nombre de centres de dépistage et de prise en charge des tuberculeux qui est passé de 3 en 2005 à 81 à 2014.

Initiative d'éradication de la poliomyélite

Malgré la crise sécuritaire et humanitaire qui sévit depuis 2 ans, le pays a réussi à maintenir un système de surveillance des PFA plus ou moins fonctionnel. Cependant ce dernier s'est nettement affaibli.

Au niveau national, la performance du système de surveillance peut se résumer comme suit pour le trimestre 2015 : un taux annualisé de PFA non poliomyélitique de 4,56, un taux de prélèvement des selles dans les 14 jours de 93 %, et un taux de 33 % de districts ayant notifié un cas de PFA.

La sensibilité du système de surveillance repose essentiellement sur les rapports élaborés par des formations sanitaires fonctionnelles, gérées pour la plupart par des ONG internationales (surveillance passive ; « zéro notification »). Tous les acteurs de la santé n'ont cependant pas été systématiquement sollicités afin d'appuyer la surveillance. Le plan de redynamisation du programme poliomyélite qui est en cours vise à assurer une réelle participation concrète des partenaires.

Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination

La grave crise militaro-sécuritaire a provoqué d'importants déplacements de population, une déstabilisation de l'organisation des soins de santé, et une dépendance croissante de l'État sur les organisations non-gouvernementales (ONG) et les partenaires techniques et financiers (PTF) pour assurer le financement et la prestation de services sanitaires à la population. En ce qui concerne le volet vaccination, ceci s'est traduit par la destruction/pillage des infrastructures sanitaires, y compris la chaîne de froid, et des intrants, l'arrêt quasi-total de l'offre de services de soins ce qui inclut les services de vaccination, le déplacement du personnel de santé, et la perte de la capacité de préparation et de réponse aux épidémies.

Compte tenu de cette situation, la RCA a bénéficié en 2014 d'une réallocation du soutien GAVI-RSS en cours jusque fin 2015 afin de réaffecter le solde de la subvention à une série de priorités, tenant compte de l'évolution du contexte et des conditions opérationnelles et sécuritaires particulières.

La RCA a introduit en janvier 2015 une première requête pour une nouvelle soumission, bénéficiant d'un traitement sur mesure compte tenu de la situation particulière du pays. Il a été décidé de présenter au Comité d'examen indépendant de juin 2015 un projet de trois ans portant sur un budget de US \$7,56 millions.

Le GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) a financé les vaccins à hauteur de US \$7,7 millions en 2014 et 2015.

3.3.4. Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

Les bons choix de politiques qui ont contribué à la réduction de la mortalité maternelle en Centrafrique sont : i) les interventions des ONG humanitaires en situation d'urgence avec la fourniture de kits visant à faciliter des accouchements hygiéniques et sans risque, et l'établissement de systèmes d'aiguillage pour gérer les urgences obstétricales ; ii) le renforcement de la prise en charge des urgences obstétricales par l'État ; iii) la mobilisation des partenaires traditionnels du système de santé de la mère et de l'enfant au moyen d'initiatives de financement telles que le fonds Bekou²² ; iv) l'implication de la communauté avec la formation et l'équipement des accoucheuses traditionnelles pour la détection précoce et l'orientation des patientes vers des établissements mieux équipés ; v) l'intégration d'un paquet à haut impact pour la réduction de la mortalité maternelle (SONU/GATPA, vaccination antitétanique, supplémentation en fer, prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH/sida, planification familiale) ; et vi) les campagnes de réparation des fistules obstétricales.

CHAPITRE 3 : BILAN DE LA COOPERATION 2008-2013 AVEC L'OMS

La Stratégie de coopération de l'OMS avec la RCA pour la période 2008-2013 fut exécutée conformément au cycle de programmation de l'OMS, et donc à travers trois plans de travail biennaux : 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013.

La stratégie de coopération de deuxième génération avait recensé les principaux problèmes et défis du secteur de la santé et arrêté sept priorités qui ont servi de base à la définition des priorités du pays dans ce secteur. Les priorités retenues sont : (i) la réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile par le renforcement de la santé génésique ; (iii) le renforcement du système et des services de santé afin de les rendre plus aptes à gérer efficacement le secteur de la santé ; iv) la lutte contre les maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées ; v) la lutte contre les maladies non transmissibles ; (vi) la promotion d'un environnement favorable à la santé ; (vii) la lutte contre la pauvreté.

²² Fonds multi-bailleurs européen pour la RCA : Composante santé

Principales réalisations par priorité

Les principales réalisations du pays au cours de la période de mise en œuvre de la SCP2 (2008-2013) se résument comme suit :

Priorités	Principales réalisations
<p><i>Réduction des taux de mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile grâce au renforcement des services de santé génésique</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui au renforcement des capacités techniques, matérielles et logistiques des hôpitaux et centres de santé pour la prise en charge des SONU et formation en audits maternels et IEC ; Remise de trousseaux d'accouchement aux agents de santé communautaire ; fourniture de guides/directives en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale aux hôpitaux et centres de santé ; ▪ Appui à la collecte des données sur les mutilations génitales féminines par les comités préfectoraux ce qui a permis de disposer de données pour l'élaboration du plan de lutte contre les pratiques néfastes pour la femme et la jeune fille. ▪ Appui à l'extension de la PCIME à cinq districts sanitaires
<p><i>Renforcement du système et des services de santé afin de les rendre plus aptes à gérer efficacement le secteur de la santé</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision et adoption des normes d'organisation et de fonctionnement du système de santé de district y compris les Paquets minimum et complémentaire d'activités (PMA et PCA); ▪ Appui à l'encadrement des équipes de cadres des régions et préfectures (24) en matière de gestion intégrée ▪ Mise en place d'un observatoire national des ressources humaines en santé ▪ Appui à la mise en place de mutuelles de santé dans deux districts sanitaires ▪ Appui à l'élaboration du Cadre de dépenses à moyen terme du secteur de la santé.

<p><i>Réduction significative de la charge de morbidité due aux maladies transmissibles, y compris les maladies tropicales négligées ;</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à échelle de l'approche ACD : l'ensemble des 24 districts ont introduit l'ACD dans le PEV de routine ▪ Élargissement de l'utilisation de l'outil d'autoévaluation de la qualité des données (DQS) à Bangui dans la RS1, RS2, RS3 et élargissement à la RS4. ▪ Introduction effective du vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib) dans les 24 districts depuis septembre 2008. ▪ Introduction effective du vaccin antipneumococcique depuis 2011 ▪ Renforcement des capacités opérationnelles du service de gestion des épidémies (un véhicule 4 x 4, matériel informatique et bureautique) ▪ Mise en place d'un site sentinelle de surveillance des diarrhées dues au rotavirus ▪ Mise en place d'une surveillance des méningites bactériennes pédiatriques au cas par cas. ▪ Évaluation externe à mi-parcours et évaluation finale du plan triennal 2006-2008 du programme national de lutte contre la lèpre, combinée au suivi de l'élimination de la lèpre (LEM). Ceci a permis d'orienter les interventions et de les concentrer sur les régions sanitaires encore hyper-endémiques afin de consolider les acquis c'est-à-dire de maintenir, au niveau national, le seuil d'élimination de la lèpre qui était de 0,91 cas pour 10 000 habitants. ▪ L'appui technique et financier de l'OMS a permis de relancer les activités de prospection dans les foyers où sévit généralement la trypanosomiase humaine africaine, ce qui a permis de dépister et de traiter de nombreux nouveaux cas en collaboration avec MSF.
<p><i>Lutte contre les maladies non transmissibles</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement des capacités nationales ; fourniture de matériel informatique à la coordination et participation du coordonnateur à la conférence africaine sur le diabète à Port Louis, île Maurice ;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui à la formation des agents de santé et des membres des OAC ; ▪ Mobilisation sociale lors de l'organisation des Journées mondiales de la santé mentale ; ▪ Fourniture de médicaments aux services de santé mentale.
<i>Réduction des répercussions sanitaires et socioéconomiques des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits</i>	Fourniture d'un appui à la mise en place et au fonctionnement d'une plateforme nationale de prévention, de préparation et de réponse aux situations d'urgence et de catastrophe, y compris l'assistance humanitaire dans le domaine de la santé
<i>Promotion d'un environnement favorable à la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui au renforcement des capacités techniques du chef du service d'hygiène et de salubrité de l'environnement (MSPPLS) et du point focal protection de l'environnement humain (PHE) du Bureau en finançant leur participation à l'atelier sur l'Initiative villes-santé organisé par l'unité PHE/AFRO et l'IST/AC à Libreville ; ▪ Réalisation d'activités villes-santé à Berberati et d'une étude sur la pollution industrielle à Bangui
<i>Lutte contre la pauvreté.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude sur la collecte d'informations relatives aux déterminants socioéconomiques de la santé menée par un consultant local et qui a permis de définir les indicateurs clés en la matière ▪ Appui à la mise en place d'une base des données sur les déterminants socioéconomiques de la santé ▪ Deux régions sanitaires et cinq préfectures sanitaires (districts) ont bénéficié d'un appui du Bureau de l'OMS pour la redynamisation des comités de santé et l'application de l'approche SWAP grâce aux missions de sensibilisation menées dans ces zones

Enseignements tirés

Il s'agit de déterminer quels sont les facteurs de succès et les obstacles pour l'ensemble des 7 domaines prioritaires.

Enseignements tirés

- La mise à disposition des financements à temps permet de réaliser les actions planifiées ; la synergie dans la mise en œuvre des interventions est assurée grâce au partenariat entre le MSP, l'OMS, l'UNICEF et les autres partenaires du secteur de la santé.

Forces

- Collaboration agissante avec le ministère de la Santé ; bonne collaboration des partenaires intervenant dans le secteur de la santé ; appuis reçus de l'IST/AC, de l'OMS/AFRO ; implication des autres partenaires (MSPPLS, SNU, ONG) ;

Faiblesses

- Désintérêt de la partie nationale dans les activités humanitaires du cluster santé.
- Désignation tardive d'un point focal de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles au ministère de la Santé Publique ;
- Manque d'informations stratégiques en particulier sur les progrès réalisés, ce qui n'a pas permis d'effectuer un plaidoyer suffisamment efficace pour mobiliser des ressources supplémentaires ;

Opportunités

- Disponibilité de fonds notamment ceux des contributions volontaires et fixées de l'OMS ; appui de l'IST/AC et d'AFRO, implication des autres partenaires (MSPPLS, UNFPA, UNICEF, ONG)

Menaces

- Retard dans la mise en œuvre des activités planifiées en raison de l'absence de coordination nationale ; insécurité dans certaines parties du pays (surtout le centre et le nord) ; insuffisance des financements.

5. CHAPITRE 4 : PROGRAMME STRATEGIQUE DE COOPERATION AVEC L'OMS

5.1. Priorités de leadership

Dans le cadre de la réforme programmatique, le 12^{ème} Programme général de travail de l'OMS définit les 6 priorités de leadership qui serviront de repère à l'action sanitaire à l'échelle mondiale pour la période 2014-2019. Il s'agit de :

1. **Faire progresser la couverture sanitaire universelle**
2. **Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé**
3. **Relever le défi des maladies non transmissibles**, de la santé mentale, de la violence et des traumatismes, et des handicaps.
4. Appliquer les dispositions du **Règlement sanitaire international**
5. Améliorer l'accès à des **produits médicaux** essentiels, de grande qualité et abordables (médicaments, vaccins, produits diagnostiques et autres technologies sanitaires).
6. Agir sur les **déterminants sociaux, économiques et environnementaux** de la santé en tant que moyen de réduire les inégalités en santé au sein des pays et entre ceux-ci.

De ce fait, les priorités stratégiques retenues pour le programme de coopération de l'OMS avec le pays prennent en compte ce programme sanitaire à l'échelle mondiale ainsi que le contexte particulier du pays. Les cinq premières priorités sont programmatiques et correspondent aux activités techniques de l'Organisation, tandis que la sixième couvre l'ensemble des services institutionnels.

1. **Maladies transmissibles**
2. **Maladies non transmissibles**
3. **Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie**
4. **Systèmes de santé**
5. **Préparation, surveillance et intervention**
6. **Services institutionnels/fonctions d'appui**

Programme stratégique

Le programme stratégique du Bureau pays pour la période 2016-2017 sera articulé autour des priorités stratégiques, des domaines d’actions prioritaires et des approches stratégiques en tenant compte des priorités du plan de transition 2015-2017 qui définit les axes prioritaires pour le ministère de la Santé pour les deux ans à venir avant l’élaboration d’un nouveau PNDS (pour lequel l’appui de l’OMS est attendu).

(a) Priorités stratégiques : Le Bureau pays contribue à cinq « outcomes » (résultats escomptés) dans le cadre de cette SCP.

(b) Domaines d’actions prioritaires : Il s’agit des « outputs » (produits) sur lesquels le Bureau pays mettra l’accent afin d’atteindre les « outcomes » (résultats escomptés).

(c) Les approches stratégiques : Les priorités stratégiques et les domaines d’actions prioritaires sont inspirés des fonctions essentielles de l’OMS et ses avantages comparatifs :

- jouer un rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu’une action conjointe est nécessaire ;
- Encourager la formulation de programmes de recherche et stimuler l’esprit d’innovation, de diffusion et d’application des connaissances issues des résultats de ces travaux de recherche ;
- Fixer des normes et des critères et en encourager et suivre l’application ;
- Établir un équilibre entre les questions d’éthique et les réalités sur le terrain ;
- Fournir un appui technique, se faire l’agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé

Priorités stratégiques

1. **Maladies transmissibles :** réduire la charge des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées.
2. **Maladies non transmissibles :** réduire la charge des maladies non transmissibles, y compris les cardiopathies, le cancer, les pneumopathies, le diabète et les troubles mentaux ainsi que les handicaps et les traumatismes, par la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention, le traitement et la surveillance

des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque. Dans le cadre de la RCA, certaines maladies feront l'objet du paquet minimum de services compte tenu de leur prévalence particulière (notamment les cardiopathies, le cancer, les pneumopathies, le diabète et les troubles mentaux).

3. **Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie** : réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé pendant la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence ; améliorer la santé sexuelle et génésique ; et permettre à tous de vieillir en restant actifs et en bonne santé, sachant qu'il faut tenir compte des déterminants de la santé et des objectifs de développement convenus au niveau international, en particulier les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Pour la RCA, cette priorité stratégique s'inscrit dans le cadre du volet prioritaire de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant pour faire face à la très forte mortalité infantile et maternelle dans le pays.
4. **Systèmes de santé** : contribuer au renforcement des systèmes de santé en mettant l'accent sur la prestation intégrée des services ; concourir à leur financement en vue de la couverture sanitaire universelle ; renforcer les ressources humaines pour la santé et les systèmes d'information sanitaire ; faciliter le transfert de technologie ; promouvoir l'accès à des technologies sanitaires d'un coût abordable, de qualité, sûres et efficaces, ainsi que la recherche sur les systèmes de santé. Dans le cas de la RCA le système de santé est à restaurer et l'appui de l'OMS sera plus qu'essentiel. La restauration de la gouvernance (axe prioritaire de la transition) est le point de départ de cette intervention. Elle exige cependant une réflexion urgente sur des problématiques telles que les ressources humaines, le financement des services de santé (gratuité des soins instaurée pendant la période de crise), le système d'information sanitaire, l'équipement et la reconstruction des infrastructures.
5. **Préparation, surveillance et intervention** : contribuer à la préparation, à la surveillance et à une intervention efficace en cas de flambée épidémique et d'urgence aiguë de santé publique, et à la bonne gestion des aspects sanitaires des catastrophes humanitaires pour contribuer à la sécurité sanitaire. Pour la RCA cette priorité stratégique englobera la surveillance de la situation sanitaire et la réponse à toute situation d'urgence sanitaire ou toute catastrophe

ayant un impact sanitaire, compte tenu de la fragilité du système de santé.

Domaines d'actions prioritaires et approches stratégiques

Tableau II : Priorités stratégiques, domaines d'actions prioritaires et approches stratégiques

Priorité stratégique 1 : Réduire la charge des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées	
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques
<p>1.1 VIH et hépatite : Soutien à la formulation et à la mise en œuvre des politiques, stratégies et programmes nationaux liés aux services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins afin d'assurer l'accès universel aux services de lutte contre le VIH d'ici le 31 décembre 2017.</p>	<p>1.1.1 Fournir un appui technique à l'élaboration d'un nouveau plan stratégique de lutte contre le VIH/sida pour la période 2017-2021 aligné sur le plan mondial de l'après 2015</p>
	<p>1.1.2 Mesurer les tendances en effectuant chaque année une sérosurveillance du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles</p>
	<p>1.1.3 Établir des normes/critères en élaborant des directives nationales en matière de prévention, de dépistage et de traitement des hépatites, alignées sur les normes de l'OMS à l'échelle mondiale</p>
<p>1.2 Tuberculose (TB) : d'ici le 31 décembre 2017, fourniture d'un appui à l'intensification de la mise en œuvre de la Stratégie halte à la tuberculose afin de renforcer la prise en charge et la lutte contre la tuberculose, en mettant l'accent sur la couverture des populations vulnérables, sur le renforcement de la surveillance et sur un meilleur alignement avec les plans du secteur de la santé</p>	<p>1.2.1 Établir des normes/critères en mettant à jour le guide de diagnostic et de la prise en charge de la tuberculose</p>
	<p>1.2.2 Mesurer les tendances en apportant un appui à la mise en œuvre des activités trimestrielles de supervision, de suivi et d'audit de la qualité des données dans les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose</p>
	<p>1.2.3 Encourager le développement de la recherche par l'organisation d'une recherche opérationnelle sur les pratiques professionnelles dans les CDT afin de permettre au besoin, une réorientation de la mise en œuvre</p>

<p>1.3 Paludisme : soutien au développement et la mise en œuvre des politiques, stratégies et approches nationales de prévention, contrôle et élimination du paludisme, y compris la production et l'utilisation d'informations stratégiques afin de formuler un programme antipaludique et d'assurer un ciblage des interventions antipaludiques fondé sur des données factuelles à l'horizon 2017</p>	<p>1.3.1 Fournir un appui technique à l'élaboration du plan stratégique de l'après 2015 pour la période 2017-2012</p>
	<p>1.3.2 Mesurer les tendances grâce à la mise en œuvre des activités trimestrielles de supervision, de suivi et d'audit de la qualité des données dans les sites de prise en charge des cas de paludisme</p>
	<p>1.3.3 Encourager le développement de la recherche par la réalisation d'une étude sur la résistance des vecteurs aux insecticides</p>
<p>1.4 Maladies tropicales négligées (MTN) : Appui à une chimiothérapie de masse ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de plans d'action intégrés au niveau de la RCA, afin de combattre, éliminer et éradiquer les maladies tropicales négligées d'ici la fin de l'année 2017</p>	<p>1.4.1 Mesurer les tendances en aidant le ministère de la Santé à réaliser la cartographie des polychimiothérapies (PCT) pour la lutte contre les MTN dans 6 préfectures sanitaires</p>
	<p>1.4.2 Fournir un appui technique au suivi et à l'évaluation des activités de PCT contre les MTN</p>
	<p>1.4.3 Fournir un appui au ministère de la Santé pour le renforcement des capacités de DC et AS</p>
<p>1.5 Maladies évitables par la vaccination (MEV) : Soutien à la stratégie ACD visant à accroître la couverture des services de vaccination d'ici fin 2017</p>	<p>1.5.1 Fournir un appui technique à l'élaboration du plan d'élimination de la rougeole/TMN/HebB et de contrôle de la méningite épidémique</p>
	<p>1.5.2 Mesurer les tendances en fournissant un appui au laboratoire de surveillance de la rougeole, de la fièvre jaune, du rotavirus et de la méningite pédiatrique</p>
	<p>1.5.3 Encourager le développement de la recherche par la réalisation d'une étude sur les taux d'abandon des vaccins multidoses</p>
<p>Priorité stratégique 2 : Réduire la charge des maladies non transmissibles, y compris les cardiopathies, le cancer, les pneumopathies, le diabète et les troubles mentaux ainsi que les handicaps et les traumatismes (en tenant compte d'un paquet minimum de services)</p>	
<p>Domaines d'actions prioritaires</p>	<p>Approches stratégiques</p>

<p>2.1 Maladies non transmissibles (MNT) : soutien à la formulation et à la mise en œuvre de politiques, stratégies et programmes sectoriels, y compris la recherche et la production de données factuelles, le suivi et l'évaluation de la situation et des tendances sanitaires, afin de prévenir et de contrôler les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque de 2015 à 2017</p>	<p>2.1.1 Fournir un appui technique à la coordination nationale pour l'élaboration des plans multisectoriels de prévention et de lutte contre les MNT</p>
	<p>2.1.2 Établir des normes/critères en apportant un appui à l'élaboration de directives relatives à la prévention et à la lutte contre les MNT</p>
	<p>2.1.3 Évaluer la situation sanitaire en octroyant un appui à l'organisation de réunions intersectorielles de lutte antitabac une fois par semestre</p>
<p>2.2 Santé mentale : soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies, y compris les systèmes de diagnostic et de données primaires, afin d'assurer l'accès aux services de prise en charge des troubles liés à la santé mentale et à la toxicomanie</p>	<p>2.2.1 Fournir un appui technique à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques, lois, règlements et plans nationaux relatifs à la santé mentale qui soient en accord avec les plans d'action régionaux et mondiaux en la matière et avec les normes en matière de droits de l'homme</p>
	<p>2.2.2 Évaluer la situation sanitaire en favorisant la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des données concernant l'ampleur, les tendances, les conséquences et les facteurs de risque des troubles mentaux et neurologiques, à l'échelle nationale ; aider les pays à renforcer les bases factuelles et la recherche pour orienter l'élaboration des politiques et la planification</p>
	<p>2.2.3 Établir des normes/critères en apportant un appui à la mise en œuvre de lignes directrices sur la santé mentale couvrant le traitement, le rétablissement, la prévention et la promotion de la santé dans ce domaine</p>
<p>2.5 Nutrition : soutien à l'élaboration d'un plan d'action national de la nutrition et à sa mise en œuvre avant fin 2017</p>	<p>2.5.1 Apporter un appui technique à l'élaboration d'un plan d'action national de la nutrition</p>
	<p>2.5.2 Renforcer les capacités des prestataires à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications</p>

Priorité stratégique 3 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé pendant la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence ; améliorer la santé sexuelle et génésique ; et permettre à tous de vieillir en restant actifs et en bonne santé (la santé maternelle et infantile étant une priorité)	
Domaines prioritaires	d'actions
Approches stratégiques	
3.1 Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : appui aux plans stratégiques pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en privilégiant un accès élargi à des interventions de qualité visant à mettre un terme aux décès évitables de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.	3.1.1 Établir des normes/critères en apportant un appui à l'organisation d'un atelier de révision des normes et procédures cliniques des services de santé génésique
	3.1.2 Encourager le développement de la recherche en octroyant un appui à la réalisation d'études sur la mortalité néonatale
	3.1.3 Évaluer la situation sanitaire en favorisant l'élaboration du plan de suivi évaluation du cadre stratégique de la santé génésique
3.2 déterminants sociaux de la santé : faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à améliorer l'équité en santé grâce au renforcement de la collaboration et des partenariats pour des actions coordonnées concernant les déterminants sociaux de la santé	3.2.1 Fournir un appui technique à la création de comités de promotion de la santé au niveau décentralisé
	3.2.2 Évaluer la situation sanitaire en fournissant des équipements à la structure chargée de la promotion de la santé afin d'effectuer un suivi des activités
	3.2.3 Encourager le développement de la recherche en fournissant un appui à la recherche sur la sécurité routière
3.3 Santé et environnement : appui afin d'évaluer les risques pour la santé et d'élaborer et appliquer des politiques, des stratégies ou une réglementation visant à éviter, atténuer et gérer les conséquences des risques environnementaux et professionnels pour la santé d'ici fin 2017	3.3.1 Renforcer les capacités des techniciens d'hygiène et de salubrité de l'environnement en technique de contrôle de la qualité de l'eau et de traitement approprié en la matière
	3.3.2 Fournir un appui sur les normes et critères permettant de prévenir et de maîtriser les conséquences sur la santé des risques environnementaux
	3.3.3 Encourager le développement de la recherche en lançant une étude sur les incinérateurs dans les structures de santé

Priorité stratégique 4 : Contribuer au renforcement des systèmes de santé en mettant l'accent sur la prestation intégrée des services ; concourir à leur financement en vue de la couverture sanitaire universelle ; renforcer les ressources humaines pour la santé et les systèmes d'information sanitaire ; faciliter le transfert de technologie ; promouvoir l'accès à des technologies sanitaires d'un coût abordable, de qualité, sûres et efficaces, ainsi que la recherche sur les systèmes de santé (Restauration du système de santé avec un accent sur le renforcement de la gouvernance).

Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques
4.1 Politiques, stratégies et plans de santé nationaux : appui à la réorganisation de la prestation de services décentralisés afin d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services connexes, en levant les obstacles d'ordre géographique, financier et socioculturel ; mettre l'accent sur l'organisation de l'ensemble des services sanitaires, du système de santé, des infrastructures sanitaires et sur l'organisation de supervisions intégrées d'ici fin 2017 (restauration d'un paquet minimum de services)	4.1.1 Fournir un appui technique à l'élaboration du document de politique/stratégie de financement du secteur de la santé
	4.1.2 Évaluer la situation sanitaire par la mise en place de réseaux d'organisations de la société civile (OSC) pour un meilleur suivi des activités
	4.1.3 Établir des normes/critères pour favoriser la révision des textes réglementaires régissant les organes de soins de santé primaires
4.2 services de santé intégrés centrés sur la personne : Fournir un appui aux efforts du gouvernement pour améliorer la production du personnel à la FACSS, ainsi que la motivation, la rétention et la répartition du personnel de santé nécessaire afin de s'acheminer vers la couverture sanitaire universelle au niveau national d'ici 2017.	4.2.1 Analyser la situation de la sécurité des soins/hygiène hospitalière
	4.2.2 Fournir un appui technique au rétablissement de l'Observatoire pour la santé
	4.2.3 Encourager le développement de la recherche en évaluant la FACSS et ses annexes
4.3 Accès aux médicaments et aux autres technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires : fourniture d'un appui à la mise en place d'une structure d'approvisionnement en médicaments essentiels et technologies de la santé et au renforcement des Autorités nationales de réglementation d'ici 2017	4.3.1 Fournir un appui technique à la mise en place d'une structure d'approvisionnement en médicaments essentiels
	4.3.2 Établir des normes/critères en apportant un appui à la révision des guides thérapeutiques

	4.3.3 Évaluer la situation sanitaire en favorisant la mise en place d'un système national de pharmacovigilance
4.4 Informations et données factuelles sur les systèmes de santé : fourniture d'ici 2017 d'une assistance à la réactivation du Système national d'information sanitaire (SNIS) pour la collecte, l'analyse et la diffusion de j la prise de décisions.	4.4.1 Fournir un appui technique à l'organisation des réunions du Comité technique du SNIS
	4.4.2 Évaluer la situation sanitaire en favorisant la production des annuaires statistiques de 2015 et 2016
	4.4.3 Encourager le développement de la recherche en élaborant un plan stratégique de recherche
Priorité stratégique 5 : contribuer à la préparation, à la surveillance et à une intervention efficace en cas de flambée épidémique et d'urgence aiguë de santé publique, et à la bonne gestion des aspects sanitaires des catastrophes humanitaires	
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques
5.1 Capacités d'alerte et d'intervention : octroi d'un appui à la mise en œuvre de stratégies et fourniture de conseils techniques en matière de la gestion de l'information afin de détecter, vérifier, évaluer et coordonner la réponse aux urgences de santé publique conformément au RSI, d'ici 2017	5.1.1 Fournir un appui technique à la mise à jour du plan d'action du RSI de la RCA
	5.1.2 Évaluer la situation sanitaire en favorisant la production de bulletins épidémiologiques sur le RSI de la RCA
	5.1.3 Établir des normes/critères en mettant à disposition des documents de procédures opérationnelles normalisées
5.2 Maladies à tendance épidémique et pandémique : fourniture d'un soutien au renforcement du système de surveillance des maladies épidémiques prioritaires (SIMR) d'ici 2017	5.2.1 Fournir un appui technique à l'élaboration du plan de contingence de la grippe pandémique en RCA
	5.2.2 Appui à l'adaptation et à la mise en œuvre des normes pour anticiper, prévenir et combattre les flambées de maladies épidémiques

	5.2.3 Évaluer la situation sanitaire en favorisant la production et la diffusion de bulletins épidémiologiques trimestriels pour la RCA
<p>5.3 Gestion des crises et des risques associés aux urgences : fournir une assistance technique en matière de gestion des risques pour la santé liés aux situations d'urgence et aux catastrophes afin de renforcer les capacités nationales de préparation aux situations d'urgence, les plans de riposte du secteur de la santé et l'amélioration de la sécurité des hôpitaux d'ici 2017</p>	5.3.1 Fournir un appui technique à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans de contingence pour faire face à la crise d'Ébola et aux risques courants (choléra, méningite, rougeole, fièvre jaune, afflux de déplacés et de blessés)
	5.3.2 Évaluer la situation sanitaire du pays en mettant l'accent sur l'évaluation de la capacité de gestion de risques de catastrophe
	5.3.3 Établir des normes/critères et favoriser la validation et la diffusion du protocole national de prise en charge des violences sexuelles
<p>5.5 Éradication de la poliomyélite : fournir une assistance technique pour renforcer la surveillance et atteindre le seuil d'immunité de la population requis pour interrompre la transmission de la poliomyélite d'ici 2017</p>	5.5.1 Fournir un appui technique à la préparation (planification, formation) des campagnes de vaccination contre la poliomyélite
	5.5.2 Évaluer la situation sanitaire et apporter un appui à la mise à jour des rapports hebdomadaires des cas de PFA et de poliomyélite ainsi qu'aux activités de vaccination supplémentaires antipoliomyelitiques
	5.5.3 Encourager le développement de la recherche en apportant un appui à la réalisation d'une étude sur le retrait du VPO de type 2 et l'introduction du vaccin antipoliomyélique inactivé dans programme de vaccination systématique du pays

5.6 Interventions en cas d'épidémies ou de crises : fournir une assistance à la mise œuvre du Cadre d'action d'urgence dans les situations d'urgence aiguës/imprévues et en cas de catastrophes ayant des répercussions sur la santé publique d'ici 2017	5.6.1 Évaluer la situation sanitaire en apportant un appui à l'actualisation des données sur la situation sanitaire et les activités des partenaires
	5.6.2 Apporter un appui technique à l'élaboration de plans de riposte stratégique et opérationnelle du cluster santé
	5.6.3 Apporter un appui à l'actualisation des normes et critères de surveillance épidémiologique

5.3. Validation du programme stratégique

5.3.1. Validation du programme stratégique aligné sur le Plan stratégique du secteur de la santé

La validation du programme stratégique aligné sur le Plan stratégique du secteur de la santé est résumée dans le tableau ci-dessous :

Tableau III : Validation du programme stratégique aligné sur le Plan de transition du secteur de la santé 2015-2017

Priorités stratégiques	Domaines d'actions prioritaires	Domaines prioritaires du Plan de transition du secteur de la santé 2015-2017				
		1	2	3	4	5
1 MALADIES TRANSMISSIBLES	VIH et Hépatite	X	X	X		X
	Tuberculose	X	X	X		X
	Paludisme	X	X	X		X
	Maladies tropicales négligées	X	X			X
	Maladies à prévention vaccinale	X	X	X		X
2 MALADIES NON TRANSMISSIBLES	Maladies non transmissibles	X	X			X
	Santé mentale et abus de substances psychoactives	X	X			X
	Nutrition	X	X	X		X
3 PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE	Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	X	X	X		
	Déterminants sociaux de la santé	X	X			

	Santé et environnement	X	X			
4 SYSTÈMES DE SANTÉ	Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	X	X			
	Services de santé intégrés centrés sur la personne	X	X			
	Accès aux médicaments et aux autres technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires	X	X			
	Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	X	X			
5 PRÉPARATION, SURVEILLANCE ET INTERVENTION	Capacités d'alerte et d'intervention	X	X		X	X
	Maladies à tendance épidémique et pandémique	X	X		X	X
	Gestion des crises et des risques associés aux urgences	X	X		X	
	Éradication de la poliomyélite	X	X	X	X	
	Interventions en cas d'épidémies ou de crises	X	X	X	X	

NB 1= Renforcement du ministère de la Santé dans ses fonctions de gouvernance 2 = Mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité 3= Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant 4= Amélioration de la gestion des urgences et catastrophes 5 = Amélioration de la lutte contre les maladies

Le plan de transition restera en vigueur jusqu'à l'élaboration du nouveau PNDS d'ici le premier trimestre 2018.

Validation du programme stratégique aligné sur le 12^{ème} Programme général de travail

Tableau IV : Validation du programme stratégique aligné sur le 12^{ème} Programme général de travail

La validation du programme stratégique aligné sur les résultats escomptés (outputs) du 12^{ème} Programme général de travail est résumée dans le tableau ci-dessous :

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12^{ème} PGT
Priorité stratégique 1 : réduire la charge des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées	1.1 VIH et hépatite : Soutien à la formulation et à la mise en œuvre des politiques, stratégies et programmes nationaux liés aux services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins afin d'assurer l'accès universel aux services de lutte contre le VIH d'ici le 31 décembre 2017.	Élargissement de l'accès aux interventions essentielles pour les personnes vivant avec le VIH	Nombre de personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un traitement antirétroviral Base : 8 millions (2011) Cibles : 15 millions (2015))
	1.2 Tuberculose (TB) : d'ici le 31 décembre 2017, fourniture d'un appui à l'intensification de la mise en œuvre de la Stratégie halte à la tuberculose afin de renforcer la prise en charge et la lutte contre la	Augmentation du nombre de patients tuberculeux traités avec succès	Nombre cumulé de patients tuberculeux traités avec succès dans le cadre de programmes ayant adopté la stratégie recommandée par l'OMS depuis 1995 Base : 51 millions (2011) Cible : 70

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
	tuberculose, en mettant l'accent sur la couverture des populations vulnérables, sur le renforcement de la surveillance et sur un meilleur alignement avec les plans du secteur de la santé		millions (2015)
	1.3 Paludisme : soutien au développement et la mise en œuvre des politiques, stratégies et approches nationales de prévention, contrôle et élimination du paludisme, y compris la production et l'utilisation d'informations stratégiques afin de formuler un programme antipaludique et d'assurer un ciblage des interventions antipaludiques fondé sur des données factuelles à l'horizon 2017	Élargissement de l'accès au traitement antipaludique de première intention pour les cas confirmés de paludisme	Pourcentage de cas confirmés de paludisme dans le secteur public pour lesquels le patient bénéficie d'un traitement antipaludique de première intention conformément à la politique nationale Base : 50 % (2011) Cible : 70 % (2015)

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
	<p>1.4 Maladies tropicales négligées (MTN) : appui à une chimiothérapie de masse ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de plans d'action intégrés, afin de combattre, éliminer et éradiquer les maladies tropicales négligées en RCA d'ici la fin de l'année 2017</p>	<p>Élargissement et maintien de l'accès aux médicaments essentiels contre les maladies tropicales négligées</p>	<p>Nombre d'États Membres ayant atteint le taux de couverture cible recommandée pour la chimioprévention régulière des helminthiases dans les populations à risque de contracter la filariose lymphatique, la schistosomiase et des géohelminthiases Base : 25 (2012) Cible : 100 (2020)</p>
	<p>1.5 Maladies évitables par la vaccination (MEV) : soutien à la stratégie ACD visant à accroître la couverture des services de vaccination d'ici fin 2017</p>	<p>Élargissement de la couverture vaccinale aux populations et communautés difficiles à atteindre</p>	<p>Couverture moyenne mondiale par trois doses de vaccin antidiptérique-antitétanique-anticoquelucheux Base : 83 % (2011) Cible : ≥90 % (2015)</p>

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
<p>Priorité stratégique 2 : réduire la charge des maladies non transmissibles, y compris les cardiopathies, le cancer, les pneumopathies, le diabète et les troubles mentaux ainsi que les handicaps et les traumatismes (en tenant compte d'un paquet minimum de services)</p>	<p>2.1 Maladies non transmissibles (MNT) : soutien à la formulation et à la mise en œuvre de politiques, stratégies et programmes sectoriels, y compris la recherche et la production de données factuelles, le suivi et l'évaluation de la situation et des tendances sanitaires, afin de prévenir et de contrôler les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque de 2015 à 2017</p>	<p>Accès amélioré aux interventions visant à prévenir et à prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque</p>	<p>Au moins 10 % de baisse relative à l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient, dans le cadre national : réduction de 10 % d'ici à 2025 Baisse relative de 30 % de la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 15 ans ou plus : Réduction de 10 % d'ici à 2025 Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension ou limitation de la prévalence de l'hypertension selon la situation nationale : Réduction de 25 % d'ici à 2025</p>

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
	2.2 Santé mentale : soutien à l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies, y compris les systèmes de diagnostic et de données primaires, afin d'assurer l'accès aux services de prise en charge des troubles liés à la santé mentale et à la toxicomanie	Accès amélioré aux services liés aux troubles mentaux et aux troubles liés à la consommation de substances psychoactives	Proportion de personnes atteintes de graves troubles mentaux (psychose, troubles affectifs bipolaires, dépression modérée à sévère) qui utilisent les services : Augmentation de 20 % d'ici à 2020
	2.5 nutrition : Soutien à l'élaboration d'un plan d'action national de nutrition et à sa mise en œuvre d'ici avant fin 2017	Réduction des facteurs de risque nutritionnels	Nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance Base : 165 millions (2011) Cible : 102 millions (2025)
Priorité stratégique 3 : réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé pendant la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence ; améliorer la santé sexuelle et génésique ; et permettre à tous de vieillir en restant actifs et en bonne santé (la santé maternelle et infantile	3.1 Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : appui aux plans stratégiques pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en privilégiant un accès élargi à des interventions de qualité visant à mettre un terme aux décès évitables de la mère, du	Élargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	Nombre de femmes utilisant un moyen de contraception à des fins de planification familiale dans les 69 pays les plus pauvres Base : 260 millions Cible : 320 millions (2015)

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
étant une priorité)	nouveau-né et de l'enfant.		
	<p>3.2 Déterminants sociaux de la santé : appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à améliorer l'équité en santé grâce au renforcement de la collaboration et des partenariats pour des actions coordonnées liées aux déterminants sociaux de la santé</p>	<p>Amélioration de la coordination intersectorielle des politiques pour agir sur les déterminants sociaux de la santé</p>	<p>Accouchement assisté par du personnel qualifié (pourcentage de naissances vivantes ayant lieu en présence d'un personnel de santé qualifié) Base : 69 % (2011) Cible : 75 % (2015) Soins postnatals administrés à la mère et à l'enfant (pourcentage de mères et d'enfants bénéficiant de soins postnatals dans les deux jours suivant</p>

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
			l'accouchement) Base : 46 % (2010) Cible : 60 % (2015) Traitement antibiotique contre la pneumonie (pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois chez qui on soupçonne une pneumonie et qui sont mis sous antibiotiques) Base : 47 % Cible : 60 % (2015)
	3.3 Santé et environnement : appui afin d'évaluer les risques pour la santé et d'élaborer et appliquer des politiques, des stratégies ou une réglementation visant à éviter, atténuer et gérer les conséquences des risques environnementaux et professionnels pour la santé d'ici fin 2017	Réduction des menaces environnementales qui pèsent sur la santé	Proportion de la population qui n'a pas accès a une source d'eau potable améliorée Base : 11 % (2010) Cible : 9 % (2015) Proportion de la population qui n'a pas accès à un système d'assainissement amélioré Base : 37 % (2010) Cible : 25 % (2015) Proportion de la population qui cuisine essentiellement à l'aide de combustibles solides Base : 41 % (2010)

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
			Cible : 38 % (2015)
<p>Priorité stratégique 4 : contribuer au renforcement des systèmes de santé en mettant l'accent sur la prestation intégrée des services ; concourir à leur financement en vue de la couverture sanitaire universelle ; renforcer les ressources humaines pour la santé et les systèmes d'information sanitaire ; faciliter le transfert de technologie ; promouvoir l'accès à des technologies sanitaires d'un coût abordable, de qualité, sûres et efficaces, ainsi que la recherche sur les systèmes de santé (restauration du système de santé avec un accent sur le</p>	<p>4.1 Politiques, stratégies et plans de santé nationaux : fourniture d'un appui à la réorganisation de la prestation de services décentralisés afin d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services connexes, sur le plan géographique, financier et socioculturel, en mettant l'accent sur l'organisation de l'ensemble des services sanitaires, du système de santé, des infrastructures sanitaires et sur l'organisation de supervisions intégrées d'ici fin 2017 (restauration d'un paquet minimum de service...)</p>	<p>Tous les pays se sont dotés de politiques, stratégies et plans de santé nationaux complets qui ont été actualisés au cours des cinq dernières années</p>	<p>Nombre de pays dotés d'une stratégie nationale complète pour le secteur de la santé, assortie d'objectifs et de cibles, qui a été actualisée au cours des cinq dernières années Base : 115 (2013) Cible : 135 (2015)</p>

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
renforcement de la (gouvernance).	4.2 Services de santé intégrés centrés sur la personne : fourniture d'un appui aux efforts du gouvernement pour améliorer la production de personnel au niveau de la FACSS, ainsi que la motivation, la rétention et la répartition du personnel de santé nécessaire afin de s'acheminer vers la couverture sanitaire universelle au niveau national d'ici 2017.	Les politiques, les financements et les ressources humaines nécessaires sont disponibles pour améliorer l'accès à des services de santé intégrés centrés sur la personne	Nombre de pays mettant en œuvre des stratégies pour la prestation de services intégrés Base : 50 (2014) Cible : 65 (2015) Pourcentage de pays confrontés à de graves pénuries de personnels de santé Base : 30 % (2006) Cible : 20 % (2014)
	4.3 Accès aux médicaments et aux autres technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires : fourniture d'un appui à la mise en place d'une structure d'approvisionnement en médicaments essentiels et technologies de la santé et au renforcement des Autorités nationales de réglementation	L'accès à des médicaments et des technologies sanitaires sûres, efficaces et de qualité est amélioré et ceux-ci sont utilisés de façon plus rationnelle	Disponibilité de médicaments génériques dans les secteurs public et privé Base : 48 % (2011) Cible : 80 % (2015)

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
	d'ici 2017		
	<p>4.4 Informations et données factuelles sur les systèmes de santé : fourniture d'ici 2017 d'une assistance à la reprise du Système national d'information sanitaire (SNIS) pour la collecte, l'analyse et la diffusion de l'information pour la prise de décisions.</p>	Tous les pays sont dotés de systèmes d'enregistrement des actes d'état civil et de services statistiques de l'état civil qui fonctionnent correctement	Nombre de pays qui communiquent des informations sur les causes de décès en utilisant la Classification internationale des maladies, Dixième Révision Base : 108 (2013) Cible : 112 (2015)

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
<p>Priorité stratégique 5 : contribuer à la préparation, à la surveillance et à une intervention efficace en cas de flambée épidémique et d'urgence aiguë de santé publique, et à la bonne gestion des aspects sanitaires des catastrophes humanitaires</p>	<p>5.1 Capacités d'alerte et d'intervention : octroi d'un appui à la mise en œuvre de stratégies et fourniture de conseils techniques à la gestion de l'information pour détecter, vérifier, évaluer et coordonner la réponse aux urgences de santé publique conformément au RSI, d'ici 2017</p>	<p>Tous les pays disposent, pour l'ensemble des risques, des principales capacités d'alerte et d'intervention minimum requises par le Règlement sanitaire international (2005)</p>	<p>Nombre de pays qui ont acquis et qui maintiennent les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005) Base : 80 (2013) Cible : 195 (2016)</p>
	<p>5.2 maladies à tendance épidémique et pandémique : Fourniture d'un soutien au renforcement du système de surveillance des maladies épidémiques prioritaires (SIMR) d'ici 2017</p>	<p>Tous les pays ont amélioré leur capacité à renforcer leur résilience et à disposer d'une préparation appropriée afin d'intervenir de façon rapide, prévisible et efficace en cas d'épidémie ou de pandémie de grande ampleur</p>	<p>Pourcentage de pays dotés d'une stratégie nationale en vigueur portant sur la résilience et la préparation aux principales épidémies et pandémies Base : 40 % (2011) Cible : 50 % (2015)</p>

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
	<p>5.3 Gestion des crises et des risques associés aux urgences : fourniture d'une assistance technique en matière de gestion des risques pour la santé liés aux situations d'urgence et aux catastrophes afin de renforcer les capacités nationales de préparation aux situations d'urgence, les plans de riposte du secteur de la santé et l'amélioration de la sécurité des hôpitaux d'ici 2017</p>	<p>Les pays ont la capacité de gérer les risques de santé publique associés aux urgences</p>	<p>Pourcentage de pays dotés des capacités minimales pour gérer les risques de santé publique associés aux urgences Cible : 80 % (2019)</p>
	<p>5.5 Éradication de la poliomyélite : Fournir une assistance technique pour renforcer la surveillance et atteindre le seuil d'immunité de la population requis pour interrompre la transmission de la poliomyélite d'ici 2017</p>	<p>Aucun cas de paralysie dû à un poliovirus sauvage ou à un poliovirus apparenté au virus vaccinal de type 2 à l'échelle mondiale</p>	<p>Nombre de pays signalant des cas de paralysie dus à un poliovirus sauvage, quel qu'il soit, ou à un poliovirus apparenté au virus vaccinal de type 2 au cours des 12 mois antérieurs Base : 8 (2012) Cible : 0 (2019)</p>

PRIORITÉS STRATÉGIQUES	DOMAINES D'ACTIONS PRIORITAIRES	Résultats escomptés du 12 ^{ème} PGT et BP 2016-17	Indicateurs & cibles des ODD/12 ^{ème} PGT
	<p>5.6 Interventions en cas d'épidémies ou de crises : fourniture d'une assistance à la mise œuvre du Cadre d'action d'urgence dans les situations d'urgence aiguës/imprévues et en cas de catastrophes ayant des répercussions sur la santé publique d'ici 2017</p>	<p>Tous les pays font face de manière appropriée aux menaces et aux urgences ayant des répercussions sur la santé publique</p>	<p>Pourcentage de pays qui ont fait face de manière appropriée à une situation d'urgence, quelle qu'elle soit, par une évaluation initiale coordonnée et un plan d'action du secteur de la santé, dans les cinq jours suivant la survenue de l'évènement Cible :100 %</p>

6. CHAPITRE 5 : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATEGIQUE – INCIDENCES POUR L'ENSEMBLE DU SECRETARIAT

Le rôle et la présence de l'OMS

La Représentation de l'OMS au niveau pays continuera à jouer son rôle de conseiller technique, de fédérateur et de chef de file dans le domaine de la santé auprès du ministère de la Santé en vue de :

- Soutenir la mise en œuvre du PTSS ;
- Piloter les ripostes aux urgences de santé publique de portée internationale ;

Le Bureau pays de l'OMS exercera ce mandat conformément aux fonctions essentielles énoncées dans le douzième Programme général de travail notamment : (i) Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ; (ii) Encourager la formulation de programmes de recherche et stimuler l'esprit d'innovation, de diffusion et d'application des connaissances issues des résultats de ces travaux de recherche ; (iii) Fixer des normes et des critères et encourager et évaluer leur mise en œuvre (iv) Établir un équilibre entre les questions d'éthique et les réalités sur le terrain ; (v) Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ; vi) Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

Le programme stratégique sera mis en œuvre et coordonné par le Bureau de la représentation, sous la direction du Représentant de l'OMS et avec l'aide des cinq sous-bureaux de l'OMS (Bouar, Kagabandoro, Bambari, Bria et Bangassou). La décentralisation de l'OMS sur le terrain permettra de combler les lacunes liées à l'absence de présence effective dans les districts et régions sanitaires et surtout d'accompagner la restauration de la gouvernance. Cette présence sur le terrain est essentielle tout au long du biennium.

Incidence pour l'ensemble du Secrétariat

Implications pour le Bureau pays

- Améliorer les compétences et capacités du personnel dans le domaine de la planification et de la gestion des programmes, de la négociation et de la mobilisation des ressources ;
- Renforcer les partenariats, surtout avec les agences des NU intervenant dans le secteur de la santé, en élaborant un plan conjoint ;
- Raffermer la collaboration avec le ministère de la Santé et de la Population ;
- Jouer pleinement le rôle de conseiller technique auprès de ce ministère ;

Implications pour le Bureau régional et l'IST/AC

- Renforcer les capacités du Bureau en matière de recherche ;
- Fournir une expertise technique en cas de besoin ;
- Fournir de la documentation en français sur les normes ;
- Mobiliser des fonds supplémentaires pour la mise en œuvre de la stratégie de coopération ;
- Apporter un appui au Bureau pour la mobilisation de l'expertise selon les besoins ;
- Fournir un appui aux programmes interpays ;
- Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre de la stratégie de coopération avec le pays ;

Implications pour le Siège

- Favoriser le développement des ressources humaines au niveau du Bureau pays ;
- Renforcer les capacités matérielles et logistiques du Bureau ;
- Fournir de la documentation en français sur les normes et les guides ;
- Mobiliser des fonds supplémentaires pour la mise en œuvre de la stratégie de coopération ;
- Renforcer l'expertise technique du Bureau régional et du Siège ;
- Fournir un appui aux programmes interpays ;

7. CHAPITRE 6 SUIVI- ÉVALUATION DE LA SCP

7.1. Objectif de l’évaluation

Le Bureau pays, sous la direction du Représentant de l’OMS, avec l’appui du Bureau régional, du Siège, et en totale coordination avec le ministère de la Santé et les autres partenaires, veillera au suivi de la SCP afin d’évaluer la contribution de l’OMS aux priorités sanitaires nationales.

L’accent sera mis sur les produits attendus pour l’appui au PTSS.

Calendrier la SCP

Ce calendrier fera l’objet d’un examen à mi-parcours puis à nouveau en fin de cycle, qui devra coïncider avec les autres processus d’examen nationaux (le cas échéant), et sera lié, dans la mesure du possible, au suivi et à l’évaluation du plan de travail biennal.

Types d’évaluation

Le suivi et l’évaluation de la mise en œuvre de cette stratégie de coopération se fera à travers les différents mécanismes de suivi-évaluation ci-après :

1. Le Système national d’information sanitaire (SNIS) : les données de routine collectées dans le cadre du SNIS permettront d’assurer le suivi à chaque niveau du système. Pour ce faire, l’accent sera mis sur la surveillance épidémiologique des maladies et sur la redynamisation de certains éléments clés du SNIS. Les outils seront adaptés au cadre conceptuel du PTSS. Ceci exige le renforcement urgent des systèmes de surveillance sanitaires des populations et des services. La restauration efficace du système en dépend ;
2. Les rapports techniques et administratifs produits par le Bureau de la Représentation de l’OMS en République Centrafricaine notamment les rapports d’activités trimestriels qui seront adressés au Directeur régional ;
3. Les enquêtes ;
4. La supervision et le suivi

Le système de supervision et de suivi sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Un plan de suivi régulier des activités sanitaires sera élaboré pour chaque niveau. Le niveau central effectuera une supervision trimestrielle des agents de santé des régions sanitaires. Les agents de santé des préfectures sanitaires seront supervisés tous les deux mois par le niveau

régional (avec la contribution des bureaux de l'OMS) et assureront à leur tour, tous les mois, une supervision rapprochée du personnel des formations sanitaires de leurs zones respectives. En ce qui concerne la supervision et le suivi, l'accent sera d'abord mis sur l'élaboration de modèles de supervision formative intégrée, adaptés en fonction de certains facteurs : les capacités des acteurs au niveau régional et du district, le niveau de fonctionnalité et de sécurité dans la zone ainsi que la présence d'organisations partenaires (ONG, PTF) aptes à contribuer aux activités de supervision.

Selon le degré de stabilisation et de retour à un fonctionnement normal des zones, un système complet de supervision et de suivi sera progressivement réintroduit avec une supervision trimestrielle des activités des régions sanitaires effectuée par le niveau central, une supervision des districts tous les deux mois effectuée par les régions sanitaires, et une supervision rapprochée des formations sanitaires conduite par les équipes de cadres de district.

Les revues : le ministère de la Santé Publique et de la Population organisera des revues périodiques en collaboration avec l'OMS, afin d'informer le Gouvernement, les partenaires du secteur de la santé et les citoyens de l'évolution des activités menées sur le terrain.

Évaluation

Des évaluations semestrielles et annuelles seront réalisées et permettront d'apporter les corrections nécessaires en vue d'atteindre les objectifs fixés.

Annexes

QUELQUES INDICATEURS	
Population totale (estimation 2015)	4900,3
Pourcentage des moins de 15 ans (2015)	39,1
Pourcentage des plus de 60 ans (2015)	5,9
Espérance de vie à la naissance (2015)	52,5 (H+F) 50,9 (H). 54,1 (F)
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes (2015)	42,6 [24,9-68,3]
Taux de mortalité pour 1000 enfants de moins de 5 ans (2015)	130,1 [86,8-197,4]
Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (2015)	882 [508 - 1 500]
Couverture par le vaccin DTC3 chez les enfants d'un an (%) (2014)	47
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%) (2010)	40,0
Nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de vie (%) (2010)	34
Densité de médecins pour 1000 habitants (2009)	0,048
Densité d'infirmières et de sages-femmes pour 1000 habitants (2009)	0,257
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB (2014)	4,2
Dépenses des administrations publiques en santé en % des dépenses totales des administrations publiques (2014)	14,2
Dépenses privées en santé en pourcentage des dépenses totales de santé (2014)	51,0
Taux d'alphabétisation des adultes (+ de 15 ans) (2007-2012)	57
Pourcentage de la population ayant un accès durable à une source d'eau potable (2015)	68,5 (Total) 89,6 (Urbain) 54,4 (Rural)
Pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées (2015)	43,6 (Urbain) 21,8 (Total) 7,2 (Rural)
Rang dans l'indice de développement humain sur 188 pays (2014)	187

Sources de données :
Observatoire mondial de la santé, mai 2016

<http://apps.who.int/gho/data/node.cco>

ANNEXE

CHRONOLOGIE DE LA CRISE

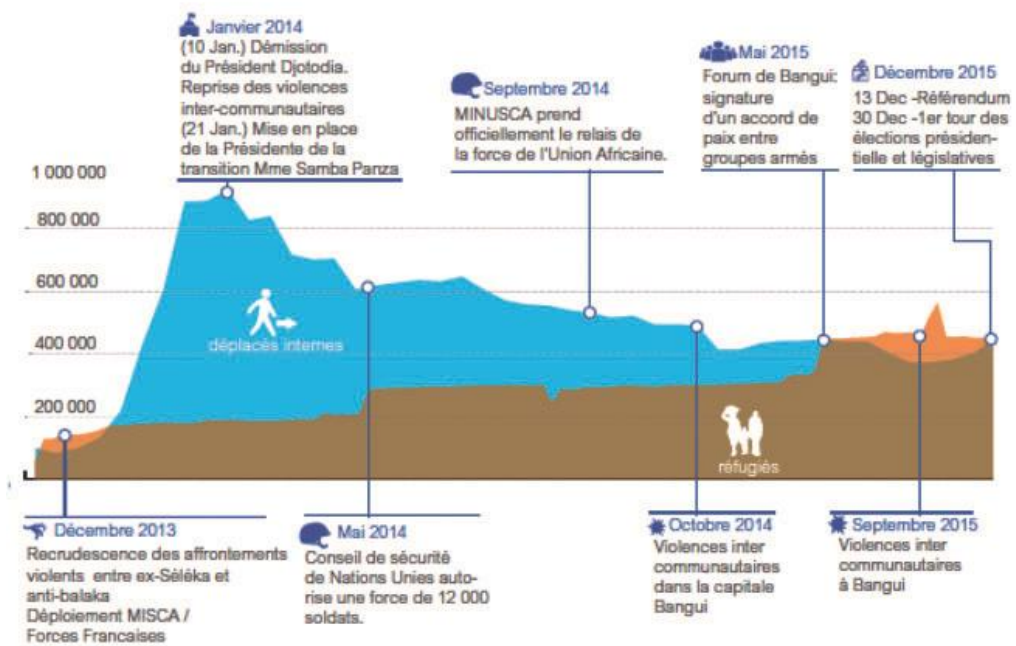


Schéma extrait du PRH 2016 (OCHA)

ANNEXE

Tableau V : Ressources humaines dans les régions sanitaires (ECR) en 2015

Région sanitaire	Médecin de santé publique	Médecin généraliste	Technicien supérieur de santé	Sage-femme	Infirmier diplômé d'État	Technicien en salubrité	Autres	Total
1	0	1	0	0	0	1	1	3
2	1	1	1	0	0	1	0	4
3	0	1	1	0	1	0	1	4
4	1	0	1	0	1	0	0	3
5	1	0	0	0	2	1	0	4
6	1	0	1	0	0	1	1	4
7	0	1	0	2	2	0	1	6
Total	4	4	4	2	6	4	4	28

Tableau VI : Ressources humaines dans les districts sanitaires (ECD) en 2015

Région sanitaire	District	Médecin de santé publique	Médecin généraliste	Technicien supérieur de santé	Sage - femme	Infirmier diplômé d'État	Technicien en salubrité	Autres	Total
1	Bossembélé	1	0	0	0		1	0	5
	Bimbo	1	0	0	1	1	1	0	4
	Boda	1	0	0	0	1	2	0	4
	Bégoua	0	1	0	1	2	0	0	4
	Mbaiki	1	0	0	0	1	1	0	3
2	Mambéré Kadei	1	0	0	1	1	1	0	4
	Nana Mambéré	1	0	0	1	1	1	0	4

	Sangha Mbaéré	0	1	0	0	2	1	0	0
3	Ouham	1	0	0	0	1	1	1	4
	Ouham Pendé	0	1	0	1	1	1	0	4
4	Kémo	0	1	2	1	1	1	0	6
	Ouaka	0	1	0	1	3	1	0	6
	Nana- Gribizi	0	1	0	0	1	1	0	3
5	Vakaga	0	1	0	0	1	0	0	2
	Bamingui- Bangoran	0	1	0	0	0	1	0	2
	Haute- Kotto	0	1	0	0	1	1	1	4

6	Haut Mbomou	0	1	0	1	2	1	0	5
	Alindao	0	1	1	0	1	1	0	4
	Bangassou	0	1	0	0	2	1	0	4
	Kembé	0	1	0	0	2	1	0	4
	Mobaye	0	1	1	0	1	1	0	4
	Ouango	0	1	0	0	2	1	0	4
7	1er Arrondissement	1	0	0	0	0	0	0	1
	2ème Arrondissement	1	1	0	1	1	1	0	5

	3ème Arrondissement	0	1	1	3	0	1	0	6
	4ème Arrondissement	0	1	1	1	1	1	0	5
	5ème Arrondissement	0	1	0	2	1	0	0	4
	6ème Arrondissement	0	1	0	0	0	0	0	1
	7ème Arrondissement	0	1	0	0	0	0	0	1
	8ème Arrondissement	0	1	0	1	0	1	1	4
Tota		9	22	6	16	34	25	3	111

Tableau VII : Ressources humaines dans les structures sanitaires par région sanitaire en 2015

Profils	Régions							RCA
	1	2	3	4	5	6	7	
Médecins	25	1	10	7	2	7	173	225
TSS ²³	7	-	1	2	-	3	103	116
Sages-femmes	49	2	10	12	4	8	199	284
IDE	57	1	13	12	9	26	181	299
AA	70	2	16	3	4	16	124	235
AS	81	3	8	24	6	33	145	300
TSL	17	1	4	6	-	1	63	92
ASC	509	127	604	388	207	495	129	2 459
Total	816	139	669	458	237	595	1 124	4 010

²³ Technicien supérieur de santé, technicien supérieur en ophtalmologie, technicien en salubrité de l'environnement, technicien en rééducation, technicien supérieur en stoma-odontologie, technicien supérieur en service social, technicien supérieur en anesthésie-réanimation, technicienne supérieur en puériculture, technicien en statistiques, technicien supérieur en néonatalogie, technicien en orthopédie, technicien en kinésithérapie,

Tableau : Cartographie des interventions des partenaires du secteur de la santé

Nom du partenaire	Type de partenaire	Principaux domaines d'intervention
France	Bilatéral	Infrastructures de soins Prestations de soins
Union Européenne	Multilatéral	Prestations de soins Renforcement du système de santé
Banque mondiale	Multilatéral	Renforcement du système de santé
BAD	Multilatéral	Renforcement du système de santé
GAVI/RSS	Multilatéral	Renforcement du système de santé
GAVI/vaccination	Multilatéral	Vaccination
GFATM	Multilatéral	VIH/sida, tuberculose et paludisme
PNUD	Multilatéral	Planification stratégique Renforcement du système de santé
UNICEF	Multilatéral	Survie de l'enfant Eau/assainissement VIH/sida
FNUAP	Multilatéral	Santé génésique Genre VIH/sida
PAM	Multilatéral	Nutrition, logistique
HCR	Multilatéral	Infrastructures de soins

Réseau MSF	ONG internationale	Prestations de soins
Ami d'Afrique	ONG internationale	VIH/sida
CICR	ONG internationale	Prestations de soins
CRF	ONG internationale	Prestations de soins
Save the Children	ONG internationale	Prestations de soins
AMI	ONG internationale	Prestations de soins
FAIRMED	ONG internationale	Lèpre-Soins de santé primaires
CBM	ONG internationale	Maladies cécitantes
PSI	ONG internationale	VIH/sida, PF, MII
Mentor Initiative	ONG internationale	Paludisme
ACABEF	ONG nationale	PF
ASSOMESCA	ONG nationale	Prestations de soins