

PLAN OPERATIONNEL DE REPONSE DU SECTEUR SANTE A LA CRISE EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE



Janvier – Décembre 2015

OMS, UNFPA, UNICEF, UNHCR, ONUSIDA, OIM, MSP, IPB, MSF ESPAGNE, MSF FRANCE, MSF HOLLANDE, MSF BELGIQUE, MSF SUISSE, FICR, CICR, CR FRANÇAISE, CR CENTRAFRICAINE, IMC, ALIMA, EMERGENCY, MDM FRANCE, SAVE THE CHILDREN INTERNATIONAL, DRC, AHA, CAP-ANAMUR, CORDAID, FAIRMED, MENTOR INITIATIVE, TRIANGLE, IRC, ACF, MERCY CORPS, SOS VILLAGE D'ENFANTS, COHEB, PU-AMI, INTERSOS, MEDECINS D'AFRIQUE, CONCERN WORLDWIDE, WORLD VISION, EPS, CMPS, JUPEDEC, AFCG, CARITAS CENTRAFRIQUE, ACPDS, ACDES, GOD, YAMACUIR CENTRAFRIQUE, AIDE MONDIALE, CIEDD, ACMPSI, MAXI PAUVRE, APEC, RECAPEV, ACBF, VITALITE PLUS, ARBRE DE VIE, GEN-RCA, ARND, ACABEF, ASSOMESCA, MAHDDED, FAHC, LE PEUPLE, OEJS, AFRBD, CSLC, ARESDI, CONASAN, KAGA CONSTRUCTION, OKTK, AMAP, EAJID, AHCEAC, KWATYAKA, ADCF, GAERBB, APROJED/GRAM, SOS HUMANITE EN DETRESSE, ECHO, USAID, BM, BAD, UA, EU, AFD, OCHA.

Table des matières

Sigles et acronymes.....	3
Résumé.....	4
Contexte.....	6
1 Analyse de situation.....	7
1.1 Situation humanitaire.....	7
1.2 Situation sanitaire.....	8
2 Objectifs.....	12
2.1 Objectif général.....	12
2.2 Objectifs spécifiques.....	12
3 Priorités de la réponse en 2015.....	12
3.1 Zones prioritaires.....	12
3.2 Populations prioritaires en 2015.....	14
4 Stratégies de réponse.....	14
4.1 Dans les zones en situation de crise humanitaire aiguë et les enclaves.....	14
4.2 Dans les zones en situation de crise humanitaire chronique.....	15
4.3 Coordination des interventions.....	16
4.4 Monitoring et évaluation de la réponse.....	17
4.5 Renforcement des capacités des membres du cluster.....	17
4.6 Evaluation des performances du cluster.....	17
4.7 Renforcement de la gestion de l'information.....	18
5 Description des interventions prioritaires.....	18
5.1 Evaluation des besoins.....	18
5.2 Renforcement de la surveillance épidémiologique et riposte.....	18
5.3 Appui aux activités de vaccination.....	19
5.4 Distribution des MILDA.....	19
5.5 Appui aux activités de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose.....	19
5.6 Approvisionnement des structures de santé en médicaments essentiels génériques, réactifs de laboratoire ou en kits d'urgence.....	20
5.7 Réhabilitation ou construction des infrastructures sanitaires.....	20
5.8 Equipement des structures de santé.....	20
5.9 Renforcement des capacités des prestataires de soins et des membres des équipes cadres.....	21
5.10 Appui à la référence/contre référence.....	21
5.11 Appui au retour et à la stabilisation des professionnels de santé dans leur poste de travail.....	21
5.12 Renforcement de la participation communautaire à la gestion des structures de santé.....	21
6 Diagramme des actions prioritaires, budget et acteurs.....	23
6.1 Dans les zones de crise humanitaire aiguë et les enclaves.....	23
6.2 Dans les zones de crise chronique.....	25
6.3 Coordination, suivi/évaluation et renforcement des compétences des membres du cluster.....	32
7 Risques et Mesures de Mitigation.....	34
8 Chronogramme des actions clés.....	35

Sigles et acronymes

AVI	Activités de vaccination intensifiée
DMU-SR	Dispositif Minimum d'Urgence en Santé Reproductive
ERT	Equipe de réponse d'urgence
FICR	Fédération Internationale de la Croix-Rouge
HeRAMS	Health Resources Availability Mapping System
LRA	Lord's Resistance Army
MSF	Médecins Sans Frontières
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
MISCA	Mission Internationale de Soutien à la Centrafrique,
MVE	Maladie à Virus Ebola
OCHA	Office de Coordination des Affaires Humanitaires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
SAP	Système d'Alerte Précoce
SAV	Semaine Africaine de vaccination
SIDA	Syndrome Immunodéficitaire acquis
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRP	Plan Stratégique de Réponse
UCM	Unité de Cession du Médicament
UNDSS	United Nations Department of Safety & Security
UNHAS	United Nations Humanitarian Air Service
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

Depuis décembre 2012, les populations en République centrafricaine sont victimes des conflits politico-militaires et intercommunautaires avec des conséquences humanitaires, sociales et économiques importantes. De cette date au 31 décembre 2014, des milliers de personnes ont perdu leur vie ou ont été blessées, et près d'un million de personnes se sont déplacées dont 423 288 dans les pays voisins, 182 000 dans les sites et 248 000 dans les familles d'accueil à l'intérieur du pays.

Le secteur santé a payé l'un des plus lourds tributs à cette crise. En effet la crise a affecté toutes les composantes du système de santé entraînant ainsi son effondrement : destruction de 27% des infrastructures sanitaires, pillage des médicaments et équipements, déplacement du personnel y compris ceux chargés de la gouvernance, baisse de financement du secteur santé, rupture de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et autres intrants médicaux. Ces facteurs en mai 2014 avaient contribué à l'arrêt de fonctionnement de 45% des formations sanitaires.

Après la classification de la crise centrafricaine au niveau 3 des Urgences en décembre 2013, les capacités des partenaires du secteur santé ont été renforcées et plusieurs activités ont été réalisées en 2014 pour donner une réponse adéquate aux besoins en santé des populations affectées. Il s'agit notamment de l'offre de soins de santé d'urgence y compris la santé de la reproduction, la prise en charge des maladies mentales, des violences sexuelles, des complications de la malnutrition et des maladies chroniques (tuberculose et infection au VIH) ; de la prévention et de la lutte contre les flambées épidémiques (Choléra, Maladie à virus Ebola, Rougeole, Poliomyélite, Coqueluche) ; du renforcement de la coordination et de la gestion de l'information sanitaire. Certaines lacunes persistent : l'insuffisance des structures de coordination au niveau décentralisé, le faible monitoring de la réponse et des activités des partenaires, l'absence de mise en œuvre des activités dans certaines localités du pays due à l'insécurité et au mauvais état des routes, et l'insuffisance de mobilisation des ressources surtout financières.

En 2015, les interventions des partenaires du secteur santé vont cibler en priorité 43 sous-préfectures/arrondissements sur un total de 79. Ces interventions vont cibler 541500 personnes (déplacés, résidents des enclaves et leur communauté d'accueil) dans les zones de crise aiguë, et 930 500 personnes (retournés, femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, femmes allaitante de moins de 12 mois, victimes d'urgences médicales, chirurgicales et obstétricales) dans les zones de crise chronique. Les stratégies de réponse et les actions à mener vont dépendre du type dominant de crise (aiguë ou chronique) dans la localité. Dans les zones de crise aiguë et les enclaves les domaines d'actions sont:

- a. L'évaluation rapide des besoins des populations et des capacités locales de réponse
- b. La mise en place d'un système d'alerte précoce

- c. L'appui à l'offre gratuit des soins de santé primaires d'urgence y compris la santé de reproduction, la santé mentale, la prise en charge des maladies chroniques (VIH, Tuberculose) et des survivants de viols :approvisionnement en kits médicaux et de santé de la reproduction d'urgence, recrutement du personnel le cas échéant, paiement des primes au personnel local, appui à la référence/contre référence
- d. La vaccination de masse des enfants de 6 mois à 14 ans contre la rougeole
- e. La distribution de masse des MILDA
- f. Le renforcement des capacités des structures de santé de référence pour l'offre gratuit des soins d'urgence de qualité : fournitures des intrants, paiement des primes de motivation au personnel, campagne de collecte des dons de sang, etc.

Dans les zones de crise chronique, les interventions seront orientées plus vers le relèvement précoce du système de santé en lien avec le plan de transition, et vont comporter notamment :

- a. L'évaluation approfondie des besoins dans les structures de santé les plus affectées par la crise (détruites ou pillées pendant la crise)
- b. L'appui à l'offre des soins de santé primaires et secondaires : approvisionnement des structures de santé prioritaires en médicaments essentiels génériques, réactifs de laboratoires et consommables médicaux ; construction ou réhabilitation des infrastructures sanitaires ; équipement des structures de santé ; renforcement des capacités du personnel de santé ; et appui à la référence des urgences médicales, chirurgicales, obstétricales et chirurgicales)
- c. La distribution des MILDA en routine dans les formations sanitaires
- d. Le renforcement de la Surveillance intégrée des maladies et riposte
- e. L'appui aux activités de vaccination de routine et aux campagnes de vaccination
- f. L'appui aux activités de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose : sensibilisation, recherche des perdus de vue, dépistage/diagnostic et prise en charge des cas
- g. Le paiement des primes au personnel des structures de santé appuyées pour faciliter leur retour et leur stabilisation dans leur poste de travail
- h. Le renforcement de la participation communautaire à la gestion des structures de santé.

En plus de ces interventions zones dépendantes, la coordination, le monitoring des activités, la gestion de l'information, le plaidoyer, la participation à l'élaboration des documents stratégiques du pays, les capacités techniques des membres du cluster et l'évaluation des projets seront renforcés. Enfin un appui sera donné à la préparation et à la lutte contre les épidémies, ainsi qu'au renforcement de la disponibilité du sang pour une transfusion sanguine sans risque.

Pour mettre en œuvre toutes ces activités, les partenaires du cluster auront besoin de **63 144 759** dollars US.

Contexte

La République Centrafricaine a connu à partir de décembre 2012 une crise militaro-politique qui a abouti le 23 mars 2013 au renversement du régime en place par la coalition Séléka constituée en majorité de musulmans.

Lors de la conquête du pays, les éléments de cette coalition ont pillé et détruit les biens publics et privés, et commis de nombreuses exactions sur les populations civiles. Ces exactions vont être plus marquées sur les populations non musulmanes qui représentent près de 90% de la population totale du pays.

A partir de juillet 2013, un groupe d'autodéfense appelé Antibalaka voit le jour dans les préfectures de l'Ouham et de l'Ouham-Pendé avec pour objectif de protéger les populations civiles contre les exactions des Séléka. Ce mouvement Antibalaka va prendre de l'ampleur tant sur le plan politique que militaire, ses effectifs devenant de plus en plus importants avec le recrutement de certains éléments de l'ex-FACA (Forces Armées Centrafricaines).

Les objectifs des Antibalaka vont également évoluer, demandant le départ des Séléka et de leur leader Michel Djotodia, le nouvel homme fort du pays. Les premiers affrontements entre Antibalaka et Séléka ont lieu dans la sous-préfecture de Bossangoa en août 2013 et prennent une connotation interconfessionnelle, les Antibalaka s'attaquant aux musulmans et à leurs biens et les Séléka aux non musulmans.

Ces incidents vont entraîner le mouvement de populations le plus important du pays depuis le début de la crise avec formation des sites de déplacés dans la ville de Bossangoa. Les affrontements vont rapidement s'étendre à plusieurs localités du Nord-ouest du pays.

Dans la matinée du 05 décembre 2013, les Antibalaka attaquent les positions des Séléka dans la ville de Bangui. En deux jours les combats ont fait près d'un millier de morts et des centaines de blessés parmi lesquels de nombreux civils. Un grand mouvement de populations s'en suit et au 24 décembre 2013, l'on dénombre 639 000 personnes déplacées dont 214 000 dans la seule ville de Bangui et 164 697 nouveaux réfugiés centrafricains dans les pays voisins (source : Sitrep N°3 de OCHA du 24/12/2013). L'intervention des forces internationales françaises (Opération Sangaris) et africaines (MISCA) parviennent à mettre fin aux affrontements, mais les actes de violence continuent (pillage, destruction des biens, meurtres) entretenant un climat permanent d'insécurité dans la plupart des Arrondissements de la ville de Bangui (3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 8^{ème}) et de ses environs (Bimbo et Bégoua).

La démission de Michel Djotodia le 10 janvier 2014 va raviver la tension et les affrontements entre Séléka/musulmans et antibalaka/non musulmans vont progressivement s'étendre à plusieurs localités des préfectures de l'Ouest et du Centre

du pays (Bouar, Baoro, Carnot, Berberati, Batangafo, Kaga Bandoro, Dékoa, Bambari, Grimari, Ngakobo, Mbrés, etc.) avec son cortège de conséquences (de nombreux décès et blessés, déplacement des populations tant l'intérieur qu'à l'extérieur du pays, insécurité, pillage et destruction des biens privés et publics, etc.).

En fin 2014, les préfectures de l'Ouest sauf l'Ouham (Nana Mambéré, Ouham Pendé, Mambéré Kadeï, Sangha Mbaéré) sont pratiquement « libérées » des Séléka, mais pas de certains groupes armés (Révolution Jeunesse, Front démocratique du peuple centrafricain, Antibalaka, etc.), des Mbarara¹ et des bandits de grands chemins. Dans ces localités libérées des Séléka, les institutions de l'Etat se mettent progressivement en place (Police, Gendarmerie, autorités administratives et judiciaires, etc.). Par contre dans l'Ouham, la Nana Gribizi, la Kémo et la Ouaka la présence des Antibalaka et des Séléka crée un climat d'insécurité avec un risque permanent d'affrontement d'où l'absence de la plupart des institutions de l'Etat et parfois des acteurs humanitaires. Dans la Bamingui Bangoran, la Vakaga, la Haute Kotto, la Basse Kotto et le Mbomou, les Séléka règnent en maîtres et continuent à commettre des exactions de toutes sortes sur les populations. Dans le Haut Mbomou, la présence de la LRA crée un climat d'insécurité permanent.

1 Analyse de situation

1.1 Situation humanitaire

La crise humanitaire en RCA est qualifiée de crise chronique et complexe survenue dans un contexte de sous-développement. En effet, en 2012 la RCA était classée 180^e sur 187 pays en matière d'Indice de Développement Humain (IDH = 0,352)² et se trouve parmi les pays qui ont les taux de mortalité infantile (97,17 pour 1000 naissances vivantes) et de mortalité maternelle (880 pour 100 000 naissances vivantes) les plus élevés du monde en 2013³. En 2009 les éléments de la LRA ont envahi le Sud-est du pays (Haute Kotto et Haut Mbomou) dans un contexte où les crises politico-militaires avaient hautement fragilisé l'Etat. Longtemps qualifiée de crise oubliée, la crise centrafricaine a retenue de manière particulière l'attention de la communauté humanitaire mondiale lorsqu'elle a été classée au niveau 3 des urgences par le Comité Inter agence permanent et au grade 3 des urgences de santé par l'OMS respectivement les 11 et 16 décembre 2013.

Au 31 octobre 2014, la RCA comptait environs 430 000 déplacés internes (dont 182 000 dans les sites), 132 000 évacués, 522 500 retournés, 423 288 réfugiés dans les pays voisins et 36276 personnes dans les enclaves (source OCHA SRP 2015). Compte tenu des prévisions sécuritaires en 2015, la communauté humanitaire en RCA estime que les effectifs des déplacés internes pourront baisser à 388 000 bien que de nouvelles crises humanitaires avec déplacement d'environ 150 000 personnes

¹ Mbarara : transhumants peulhs ou Mbororos très souvent armés et prêts à se défendre pour protéger leurs bétails ; ils sont très souvent attaqués au cours de leurs mouvements dans les couloirs de transhumance par les bandits et il s'en suit des affrontements avec incendie des maisons et déplacement des populations autochtones.

² Source : PNUD, Rapports sur le développement humain (RDH), juillet 2014

³ Source : WHO, Global Health Observatory data, 2013

pourraient survenir. Environ 172 000 déplacés pourraient retourner dans leur lieu de résidence initiale. Sauf détérioration soudaine de la situation sécuritaire, la ville de Bangui est désormais considérée comme une zone de crise chronique.

1.2 Situation sanitaire

La santé est l'un des secteurs les plus touchés par la crise en RCA. En effet la crise a affecté toutes les composantes du système de santé (Gouvernance, Organisation des services, Système d'information, Médicaments et autres intrants et technologies, Ressources Humaines et financement) entraînant ainsi son effondrement.

Selon les résultats de l'enquête HeRAMS (Health Resources Availability Mapping System) conduite avec l'appui de l'OMS du 14 mars au 20 mai 2014, 27% des structures sanitaires ont été partiellement ou totalement détruites à travers le pays, 45% des structures sanitaires ont cessé de fonctionner ou réduit le volume de leurs activités à cause du pillage de leurs médicaments et/ou de leurs équipements, ou du déplacement forcé de leurs personnels à cause de l'insécurité.

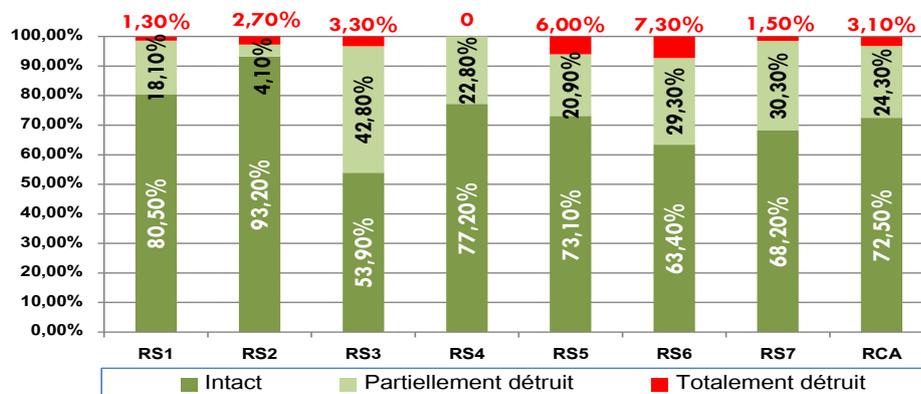


Figure 1: Proportion des Structures sanitaires détruites par région sanitaire en RCA (Source : HeRAMS)

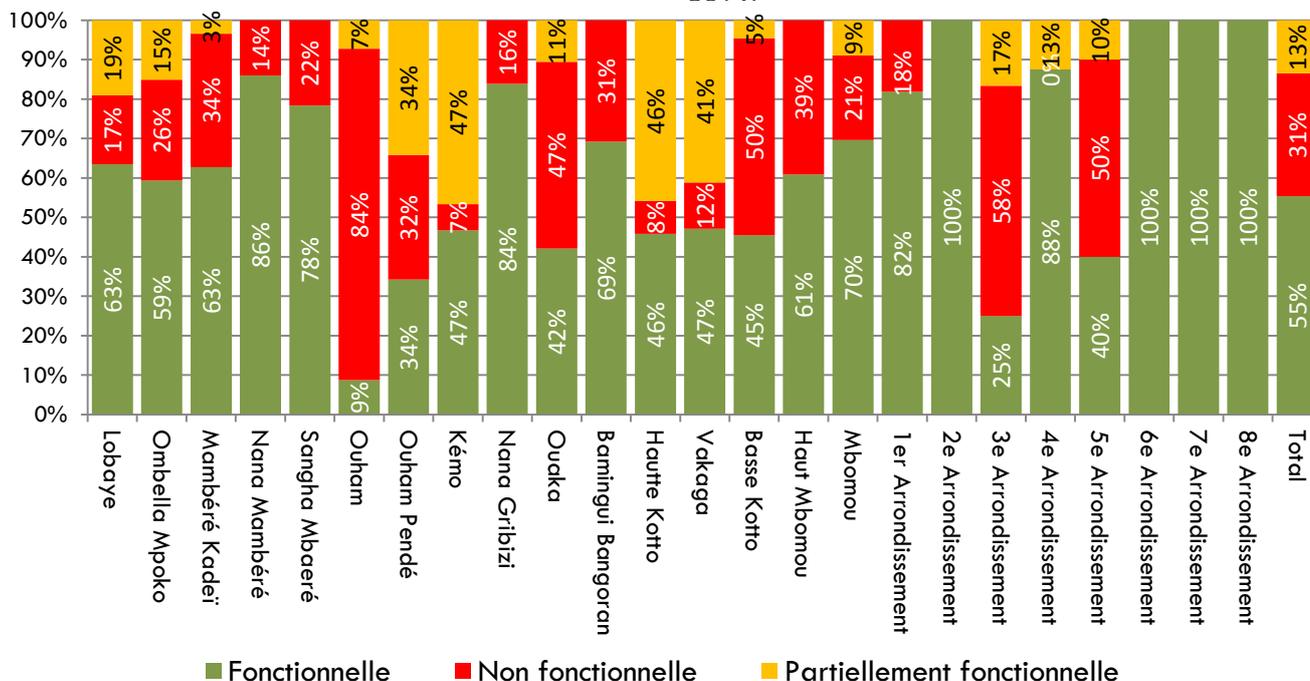


Figure 2 : Etat de fonctionnement des formations sanitaires dans les Préfectures/Arrondissements en RCA (Source : HeRAMS 2014)

La chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques est rompue avec la réduction drastique des activités de l'UCM principale source de ravitaillement des structures de santé publiques.

Les financements de l'Etat au secteur santé ont baissé et la chaîne d'approvisionnement des vaccins et de transmission des informations sanitaires a été rompue.

La classification de la crise Centrafricaine au niveau 3 des urgences par le Comité Permanent Inter agence et au grade 3 par l'OMS a permis de mobiliser des ressources à tous les niveaux de l'OMS, des autres agences des Nations Unies et des ONGs internationales/Nationales pour apporter une réponse à la crise assez importante bien qu'en deçà des attentes. C'est ainsi que les capacités de réponse du secteur santé ont été renforcées dans les différentes organisations et le nombre d'acteurs humanitaires a augmenté dans le pays avec l'arrivée de nouvelles ONGs : Médecins d'Afrique, Cap-Anamur, InterSOS, etc.

1.3. Organisation de la Réponse sectorielle santé en 2014

De décembre 2013 à décembre 2014, l'OMS a mobilisé en 3 phases 55 personnes en RCA pour l'équipe de réponse aux urgences (ERT). Cette équipe était composée d'un groupe de coordination incluant le coordinateur du cluster santé, d'un groupe de gestion de l'information, d'un groupe d'experts techniques, et d'un groupe de support administratif et logistique.

Dès janvier 2014, trois sous-bureaux de l'OMS avec un personnel stable ont été rendus opérationnel à Bouar, Kaga Bandoro et Bambari pour donner l'appui multiforme à la réponse sectorielle santé notamment la coordination de la réponse santé.

Des réunions de coordination du cluster santé auxquelles ont participé quatre-vingts organisations nationales et internationales ont été régulièrement tenues à Bangui (fréquence hebdomadaire) et dans les sous-bureaux (fréquence hebdomadaire pendant les six premiers mois puis bihebdomadaire). Des comités de crise ont été constitués pendant les pics de crise pour assurer une meilleure organisation/coordination de la réponse.

En janvier 2014, un plan stratégique de réponse du secteur santé a été élaboré pour les 100 premiers jours de la crise. Par la suite, un plan consolidé pour le reste de l'année a été élaboré ainsi que le plan opérationnel du cluster santé. Les principaux axes stratégiques de la réponse étaient : l'offre gratuite des soins de santé d'urgence dans les zones de crise aiguë y compris la prise en charge des maladies chroniques et des problèmes de santé mentale, le renforcement de la gestion de l'information, la prévention et la lutte contre les épidémies et le renforcement de la coordination.

Un système d'alerte précoce a été établi dans la plupart des localités affectées par la crise humanitaire aiguë à partir de décembre 2013 à Bangui, Bimbo et Bégoua ; en

janvier et février 2014 à Bouar et Baoro ; à partir de février 2014 à Kaga Bandoro ; et à partir de septembre 2014 à Bambari. A Bangui, Bimbo et Bégoua, le nombre de sites de notification a varié entre 64 et 34 en fonction de l'évolution de la crise. A Kaga Bandoro il est limité à la ville où il y a trois sites de déplacés et à Bambari il couvre la ville de Bambari et les sites de déplacés internes de Ngakobo. Le Système d'alerte précoce n'a pas été malheureusement mis en œuvre dans certaines zones de crise aiguë ou enclaves ; c'est le cas de Batangafo, Kabo/Moyenne Sido, Yaloké, Boda, Dékoa, Bouca, Carnot et Berberati. Du 12 décembre 2013 au 31 décembre 2014, ce système a permis de collecter les données sur :

- ✓ les activités curatives offertes : 615 572 consultations curatives ont été délivrées à Bangui, Bégoua, Bimbo, Bouar, Baoro, Bambari et Kaga Bandoro, parmi lesquelles 243 758 (39,5%) enfants de moins de 5 ans
- ✓ les principales causes de morbidité : avec un total cumulé de 290 412 cas, le paludisme est la première cause de morbidité, suivi des Infections Respiratoires Aiguës et de la diarrhée aqueuse avec respectivement 77577 et 52464 cas
- ✓ les principales causes de mortalité en milieu hospitalier : au total 249 décès ont été enregistrés dont 85 (34.1%) attribués au Paludisme, 37 (14.8%) à l'Infection respiratoire aiguë, 36 (14.4%) à la Diarrhée aiguë aqueuse et 24 (9.6%) aux traumatismes physiques
- ✓ la santé de la reproduction : 53 536 Consultations prénatales ont été réalisées ainsi que 12 578 accouchements assistés parmi lesquels 360 (2,86%) par césariennes
- ✓ les cas de viols dans les zones de crise : 634 cas⁴ de viol ont été rapportés dans la ville de Bangui et ses environs (Bimbo et Bégoua), 256 dans la ville de Kaga Bandoro et 1 à Bambari. Les cas de viol étaient très fréquents en début des crises avec des pics hebdomadaires de 50 à 99 cas dans la ville de Bangui, et de 30 cas dans la ville de Kaga Bandoro
- ✓ la santé mentale : 294 cas de troubles mentaux ont été enregistrés à Bangui et ses environs
- ✓ les maladies chroniques : 656 cas de tuberculose et 7351 cas d'infection au VIH ont été pris en charge en 2014 à Bangui, Bimbo, Bégoua, Kaga Bandoro et Bambari avec l'appui des partenaires du cluster santé.

L'accès aux soins d'urgence a été renforcé dans les zones de crise à travers les cliniques mobiles, les postes de santé temporaires établis dans certains sites de déplacés, l'appui à la gratuité des soins/relance des activités dans certaines structures de santé, les campagnes de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite dans les sites de déplacés, les campagnes de distribution des moustiquaires dans les sites de déplacés, les activités de DMU-SR, la prise en charge psycho sociale des cas de viols et des troubles mentaux, le renforcement des capacités de la banque de sang et l'appui à la référence/contre référence. En 2014, sur la centaine de nouveaux sites de

⁴ Données issues des formations sanitaires auprès desquelles le SAP est établi; les données du Sous-cluster VBG sont plus élevées

déplacés enregistrés sur l'ensemble du pays, 94 ont été couverts par une structure de santé temporaires, fixes ou les cliniques mobiles.

Plusieurs activités ont été menées dans le cadre de la prévention et la lutte contre les épidémies : les évaluation des risques de flambées, l'élaboration des plans de contingence et des plans opérationnels de lutte contre la Maladie à virus Ebola (MVE)/Marburg, du plan opérationnel de lutte contre les diarrhées aqueuses/Choléra, la mise en œuvre des activités de prévention et de préparation à la riposte à une éventuelle épidémie de MVE, ou de Choléra, l'organisation des campagnes de vaccination contre la rougeole, la coqueluche et la poliomyélite.

1.4. Contraintes et gaps observés au cours de la réponse

Les principales contraintes à la mise en œuvre de la réponse sont essentiellement liées à :

- ✚ L'insécurité et le mauvais état des routes qui limitent l'accès dans certaines zones de crise
- ✚ L'absence de la partie nationale (démobilisation/déplacement des membres des équipes cadre préfectorales ou régionales) dans certaines localités, ce qui affecte la planification, la coordination et le suivi des activités de santé publique
- ✚ La faible capacité de réponse de la plupart d'ONGs en termes de ressources humaines, financières et matérielles.
- ✚ L'insuffisance des partenaires opérationnels (nationaux et internationaux) pour mettre à l'échelle les services de santé : seulement 20 ONGs humanitaires opérationnelles dans le secteur santé
- ✚ La faible capacité de l'Unité de cession des médicaments (UCM) d'où les difficultés rencontrées par les partenaires pour acquérir les médicaments essentiels génériques de qualité.

Des lacunes ont également été observées dans le domaine de la coordination, de l'offre des soins, de la gestion de l'information, du suivi et évaluation et du financement du secteur santé:

- ✚ En matière de coordination on a relevé : i) une insuffisance d'échange d'informations entre le cluster santé et le sous-cluster Violences basées sur le genre, ii) l'insuffisance des structures de coordination au niveau décentralisé, iii) un faible alignement de certains partenaires du secteur santé sur certaines stratégies du cluster (non-respect de la circulaire ministérielle sur la gratuité des soins, réduction du paquet d'activités à offrir dans les structures de santé, non-respect des cibles de la gratuité des soins, etc.), iv) la faible participation des responsables clés (décideurs) des organisations membres du cluster aux réunions.
- ✚ Dans le domaine de l'offre des soins il y a une insuffisance de mise en œuvre des activités de santé mentale (le plus souvent par manque d'expertise) et une faible intégration de la vaccination de routine dans le paquet d'activités appuyé par les ONG dans les structures de santé.

- ✚ Une insuffisance du suivi et évaluation des projets des partenaires a été également relevée.
- ✚ La gestion de l'information souffre d'une insuffisance des données sur les activités des ONGs dans les provinces, de la non mise en œuvre du système d'alerte précoce dans certaines zones de crise aiguë et l'absence de données dans certaines régions du pays due à l'insécurité, l'absence du personnel et des moyens de communication.
- ✚ Enfin il y a un faible financement des projets du secteur santé réduisant les capacités de réponse des partenaires du secteur santé.

En 2015 Le cluster santé veillera à apporter avec les partenaires de solutions à ces lacunes.

2 Objectifs

2.1 Objectif général

Contribuer de manière efficace et efficiente à la réduction de la mortalité, de la morbidité et des infirmités évitables dans les zones les plus affectées par la crise humanitaire en République Centrafricaine d'ici à fin décembre 2015.

2.2 Objectifs spécifiques

- 1) Améliorer l'accès des populations les plus vulnérables aux soins de santé primaires et secondaires de qualité dans les localités les plus affectées par la crise humanitaire
- 2) Renforcer la coordination et le monitoring des interventions des partenaires du secteur santé
- 3) Renforcer la gestion de l'information sanitaire d'urgence afin de contribuer efficacement aux prises de décisions stratégiques au niveau pays
- 4) Appuyer la préparation et la mise en œuvre des plans de contingence de lutte contre les épidémies et les catastrophes
- 5) Renforcer le plaidoyer en faveur de l'amélioration de l'accès humanitaire et de la mobilisation des ressources pour le secteur santé
- 6) Renforcer les compétences des partenaires du cluster pour plus d'efficacité dans la planification et la mise en œuvre de la réponse

3 Priorités de la réponse en 2015

3.1 Zones prioritaires

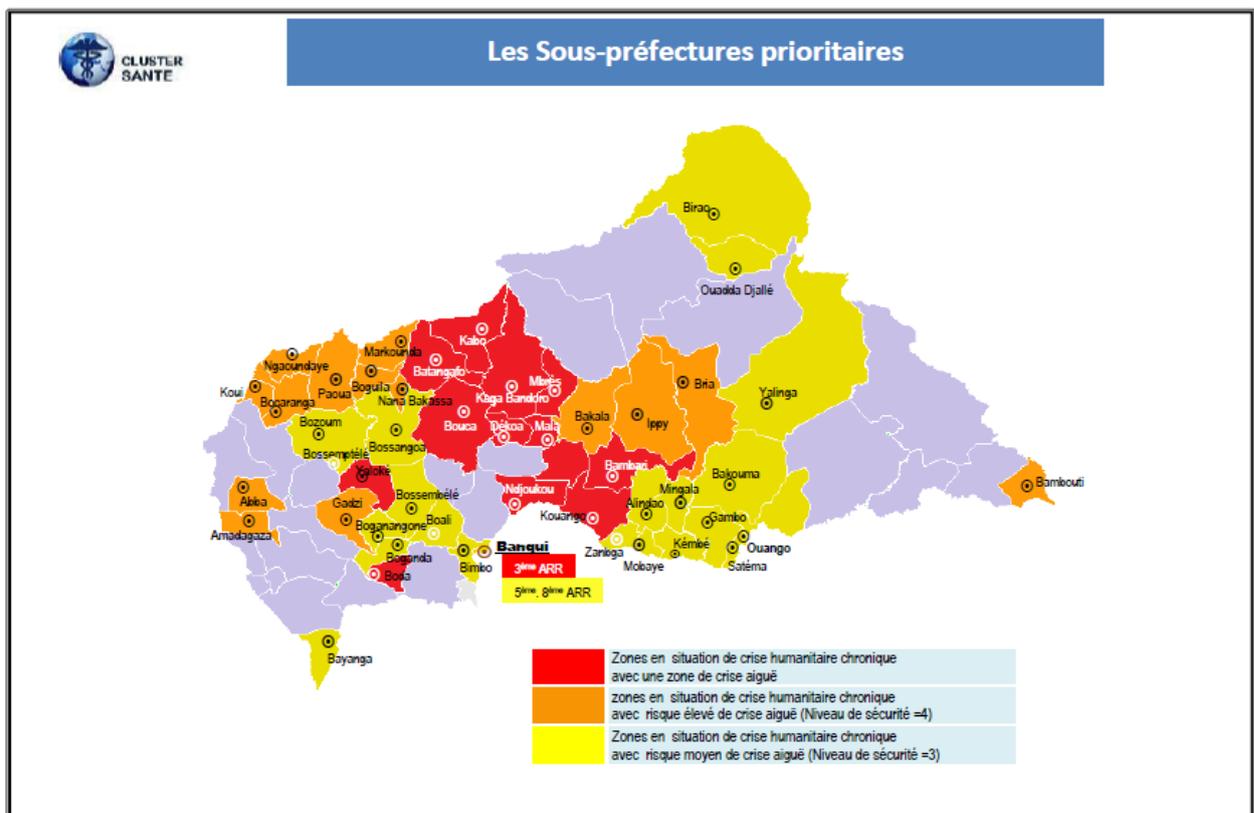
Sur la base des critères ci-dessous, le cluster santé a retenu 43 sous-préfectures/arrondissements prioritaires considérées comme les plus vulnérables. Les critères de vulnérabilités utilisés sont les suivants :

- ✓ La présence de déplacés ou d'enclaves
- ✓ La proportion des structures de santé fonctionnelles inférieure à 50%
- ✓ La proportion des centres de vaccination fonctionnels inférieure à 50%,
- ✓ L'existence de risques élevés d'incidents sécuritaires avec des conséquences humanitaires importantes (déplacement de populations, nombre élevé de blessés, etc.)

- ✓ L'existence de risque élevé de flambées épidémiques (rougeole, méningite, choléra, poliomyélite, coqueluche, etc.) ou d'importation des maladies à potentiel épidémique (Ebola, Poliomyélite, etc.)
- ✓ L'existence d'une zone de retour probable des déplacés dans la sous-préfecture.

Les sous-préfectures/arrondissements prioritaires (ou les plus vulnérables) retenues sont les suivantes:

- 1) Sous-préfectures/arrondissements en situation de crise humanitaire chronique avec une zone de crise aiguë (Batangafo, Kabo, Bouca, Kaga Bandoro, Mbrés, Dékoa, Mala, Ndjoukou, Bambari, Kouango, Grimari) ou une enclave (Yaloké, Boda et 3^{ème} Arrondissement de Bangui).
- 2) Sous-préfectures en situation de crise humanitaire chronique avec un risque élevé de crise aiguë (niveau de sécurité = 4) : Markounda, Nangha Boguila, Nana Bakassa, Kouï, Bocaranga, Ngaoundaye, Bria, Paoua, Bakala, Ippy, Bambouti, Amadagaza, Abba, Gadzi,
- 3) Sous-préfectures en situation de crise humanitaire chronique avec risque moyen de crise aiguë (niveau de sécurité = 3) : 5^{ème} et 8^{ème} Arrondissements de Bangui ; Bimbo, Boali, Bossembélé, Boganangone, Boganda, Bayanga, Bossangoa, Bozoum, Bossemptélé, Mingala, Satéma, Yalinga, Mobaye, Zangba, Bakouma, Alindao, Kembé, Gambo, Ouango, Birao, Ouanda-Djallé.



Carte 1 : Zones prioritaires pour la réponse sectorielle santé en 2015

3.2 Populations prioritaires en 2015

Les interventions dans le secteur santé vont cibler en priorité :

- ✚ Les déplacés internes et leur communauté d'accueil dans les zones de crise aiguë
- ✚ Les habitants des enclaves et leur communauté d'accueil
- ✚ Les retournés et leur communauté d'accueil
- ✚ Les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent un enfant de moins d'un an dans les zones de crise chronique
- ✚ Les urgences médicales, chirurgicales, traumatologique et obstétricales quel que soit l'âge, le sexe et la zone d'intervention.

3.3. Répartition des populations cibles en fonction du type de zone

Types de zone	Populations cibles	Nombre
Zone de crise humanitaire aiguë (zones encore en situation de crise aiguë en fin 2014 et nouvelles zones de crise aiguë en 2015) et enclaves.	Déplacés, communauté d'accueil, habitants des enclaves, cas d'urgences médicales, chirurgicales, obstétricales et traumatologique	541 500
Zone de crise chronique avec ou sans risque de flambée épidémique.	Enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, femmes allaitantes de moins de 12 mois, retournés, cas d'urgences médicales, chirurgicales, obstétricales et traumatologique	930 500
Total		1 472 000

4 Stratégies de réponse

Pour atteindre certains objectifs fixés, les stratégies suivantes ont été retenues en fonction de la typologie de la zone d'intervention:

4.1 Dans les zones en situation de crise humanitaire aiguë et les enclaves

Au cours d'une période maximale de six mois (éventuellement renouvelable) après la survenue d'une crise humanitaire aiguë et dans les enclaves, les interventions prioritaires suivantes seront menées :

- a. L'évaluation rapide des besoins des populations et des capacités locales de réponse
- b. La mise en place d'un système d'alerte précoce
- c. L'appui à l'offre gratuit des soins de santé primaires d'urgence y compris la santé de reproduction, la santé mentale, la prise en charge des maladies chroniques (VIH/SIDA, tuberculose) et des survivants de viols : approvisionnement en kits médicaux et de santé de la reproduction d'urgence, recrutement du personnel le cas échéant, paiement des primes au personnel local, appui à la référence/contre référence
- d. La vaccination de masse des enfants de 6 mois à 14 ans contre la rougeole
- e. La distribution de masse des MILDA

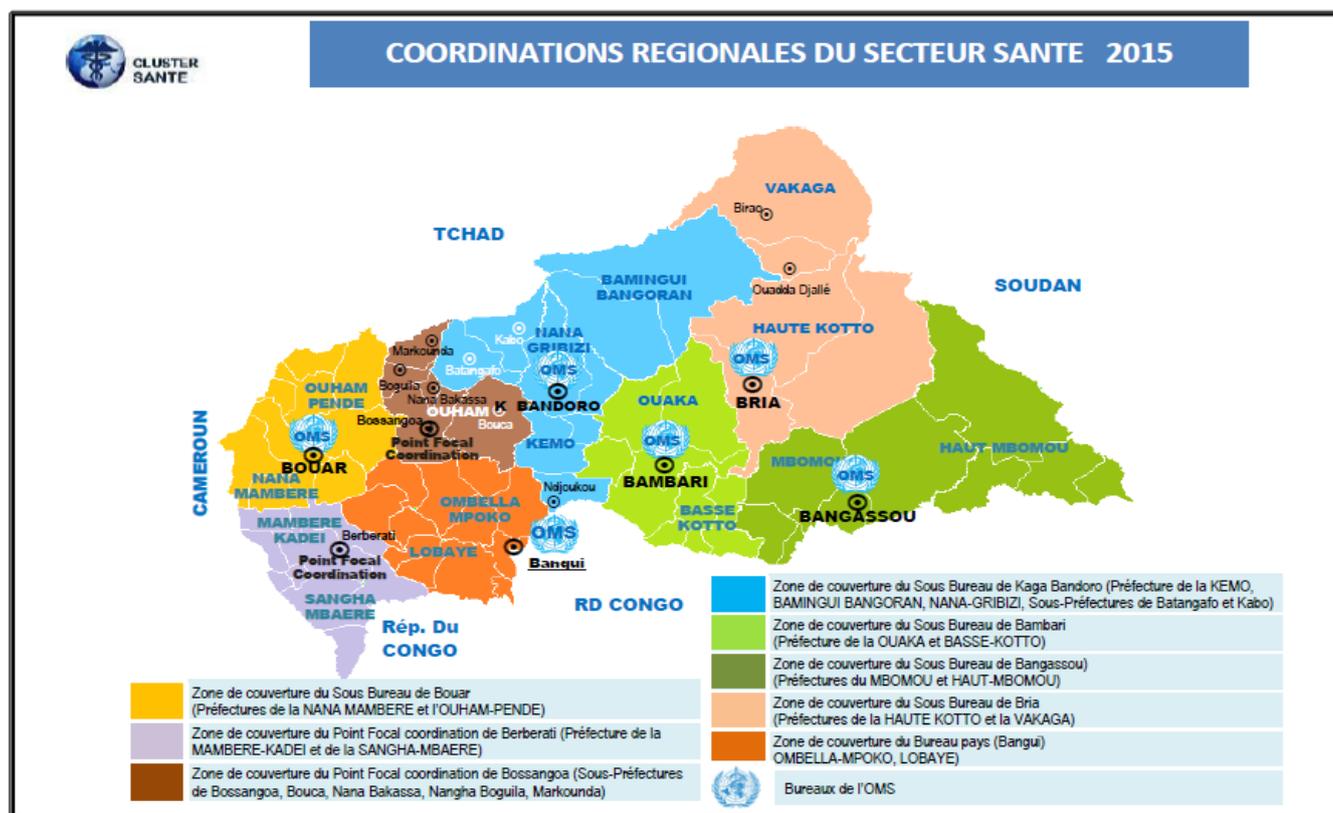
- g. Le renforcement des capacités des structures de santé de référence pour l'offre gratuit des soins d'urgence de qualité : fournitures des intrants, paiement des primes de motivation au personnel, campagne de collecte des dons de sang, etc.)

4.2 Dans les zones en situation de crise humanitaire chronique

Les interventions prioritaires pour les zones en situation de crise chronique sont les suivantes :

- a. L'évaluation approfondie des besoins dans les structures de santé les plus affectées par la crise (détruites ou pillées pendant la crise)
- b. L'appui à l'offre des soins de santé primaires et secondaires : approvisionnement des structures de santé prioritaires en médicaments essentiels génériques, réactifs de laboratoires et consommables médicaux ; construction ou réhabilitation des infrastructures sanitaires ; équipement des structures de santé ; renforcement des capacités du personnel de santé ; et appui à la référence des urgences médicales, chirurgicales, obstétricales et chirurgicales)
- c. La distribution des MILDA en routine dans les formations sanitaires
- d. Le renforcement de la Surveillance intégrée des maladies et riposte
- e. L'appui aux activités de vaccination de routine et aux campagnes de vaccination
- f. L'appui aux activités de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose : sensibilisation, recherche des perdus de vue, dépistage/diagnostic et prise en charge des cas
- g. Le paiement des primes au personnel des structures de santé appuyées pour faciliter leur retour et leur stabilisation dans leur poste de travail
- h. Le renforcement de la participation communautaire à la gestion des structures de santé.

4.3 Coordination des interventions



Carte 2 : Coordinations régionales du cluster santé en 2015

Domaines de la coordination

- ✓ La coordination intra sectorielle : les interventions des partenaires du cluster santé seront coordonnées pour éviter les chevauchements/doublons afin de garantir plus d'efficacité et d'efficience à la réponse
- ✓ La coordination avec le Ministère de la santé : les partenaires du cluster santé travailleront en étroite collaboration avec les autorités sanitaires pour que leurs priorités et interventions soient alignées à celles du Ministère de la santé dans une perspective de transfert de compétence et de retour progressif. Ceci va nécessiter une forte implication des autorités sanitaires dans l'identification des besoins et actions prioritaires, le suivi et l'évaluation des interventions des acteurs humanitaires
- ✓ La coordination des actions humanitaires et celles du plan de transition 2015-2016 du secteur santé à travers une forte implication des membres du cluster dans les activités du Cadre de concertation stratégique (CCS). En effet certaines actions humanitaires planifiées dans les zones de crise chronique sont reprises dans le plan de transition d'où la nécessité d'une bonne coordination pour éviter les chevauchements/doublons.
- ✓ La coordination intersectorielle : les échanges d'informations avec les autres clusters (Nutrition, Eau, hygiène et assainissement, Violence basée sur le genre, Coordination et gestion des sites, etc.) ainsi que les évaluations conjointes permettra au cluster santé de mieux appréhender les problèmes transversaux (multisectoriels) et d'apporter sa contribution dans le cadre des réponses multisectorielles. La participation aux réunions de ces clusters, aux réunions inter-clusters et de l'équipe humanitaire permettra de partager les

informations, harmoniser les stratégies et faire le plaidoyer sur certaines problématiques.

Structures de coordination

Les structures de coordination déjà mises en place à Bangui, Kaga Bandoro, Bouar et Bambari sous le lead de l’OMS seront maintenues et renforcées. Des antennes de l’OMS seront mises en place à Bria et Bangassou en fonction de la disponibilité des ressources.

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

4.4 Monitoring et évaluation de la réponse

Le suivi des activités de réponse sera fait par les partenaires opérationnels eux-mêmes et les membres des équipes de coordination en collaboration avec les autorités sanitaires locaux à travers la collecte et l’analyse mensuelle des données sur les activités, le partage des informations et les visites de terrains. Les visites de suivi/évaluation des activités des partenaires du secteur santé par les équipes de coordination seront organisées sur une base trimestrielle et en cas de nécessité.

4.5 Renforcement des capacités des membres du cluster

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

Des visites d’échange d’expérience des membres des équipes de coordination dans les autres pays en crise pourront être organisées. Il est vivement souhaité que certains membres du cluster santé participent aux séminaires de formation sur la gestion des urgences en santé publique avec l’appui du Cluster santé mondial les compétences de membres de l’équipe de coordination seront renforcées à travers un atelier de formation. Les membres de l’équipe de coordination du cluster santé national réaliseront des missions d’appui aux équipes de coordination du niveau régional. Les points focaux et les responsables des sous-bureaux de l’OMS seront briefés sur le rôle et les fonctions du cluster au cours d’un atelier qui sera organisé à Bangui.

4.6 Evaluation des performances du cluster

Pour améliorer les performances du cluster, une enquête d’évaluation en ligne des performances du cluster sera organisée au cours du mois de juillet avec l’appui du cluster santé mondial. Participeront à cette enquête, les membres du cluster santé : les bailleurs de fonds, agences du système des nations, les organisations internationales, les ONGs internationales et nationales. Les résultats de cette enquête seront analysés et interprétés pour la prise des actions qui vont aider le cluster à améliorer ses performances. Cette évaluation des performances du cluster pourra également se faire à travers des missions inter agences extérieures au pays.

4.7 Renforcement de la gestion de l'information

Dans les zones de crise humanitaire aiguë, le système d'alerte précoce sera mis sur pied tandis que dans les autres zones, la surveillance intégrée des maladies et riposte ainsi que le système national d'information sanitaire seront renforcés. Les partenaires du cluster santé donneront un appui à ces activités. L'OMS continuera à assurer le lead dans la gestion des données du système d'alerte précoce

En dehors des zones de crise aiguë, les partenaires du cluster santé donneront un appui au renforcement du SNIS et de la SIMR.

Un outils de collecte des données sur les activités des partenaires opérationnels sera élaboré et diffusé. Le gestionnaire de l'information du cluster sera chargé de la collecte mensuelle des données des activités des partenaires du cluster. Ces données seront analysées et diffusées mensuellement à travers le Bulletin du cluster santé. Les rapports des missions d'évaluations seront régulièrement diffusées, la cartographie 4W (qui fait quoi, où et quand) des partenaires du cluster santé sera actualisée tous les 3 mois et diffusée. Les données du HeRAMS seront actualisées tous les 6 mois.

5 Description des interventions prioritaires

5.1 Evaluation des besoins

Des missions conjointes d'évaluation rapide des besoins des populations seront conduites dans les zones de crise humanitaire aiguë. Dans les zones en situation de crise humanitaire chronique, les structures de santé prioritaires seront identifiées (critères de priorité : centre PEV non fonctionnel, population couverte importante, couvre un site de déplacés/enclave, structure pillée ou détruite pendant la crise, enclavement des populations couvertes, niveau de sécurité acceptable, etc.).

Des missions d'évaluation approfondies des besoins de ces structures de santé seront effectuées par les membres du cluster santé de la localité. Un accent sera mis sur les besoins en terme de formation du personnel (sur des thématiques retenues par le cluster santé), de réhabilitation des infrastructures, de personnel, de médicaments/consommables, d'équipements pour la maternité, le bloc opératoire et le service de vaccination

5.2 Renforcement de la surveillance épidémiologique et riposte

Un système d'alerte précoce (SAP) sera mis en place dans les zones crises humanitaires aiguë pour remplacer la surveillance intégrée des maladies (SIMR) en attendant le retour à la norme. Les données du SAP seront analysées de manière hebdomadaire pour la prise des décisions.

Dans les zones en situation de crise humanitaire chronique, la SIMR sera renforcée à travers l'approvisionnement en outils de collecte et transmission des données, le recyclage/formation des prestataires de soins, la mise en place des radiophonies ou des flottes téléphoniques. Les primes accordées aux membres des équipes cadres régionaux et préfectoraux/district dans le cadre de la gratuité des soins ou de la surveillance active, seront mises à profit pour faciliter le retour des points focaux surveillance là où ils sont absents lorsque le niveau de sécurité le permet.

La surveillance de la MVE sera renforcée à travers la mise en place des sites de surveillance le long des frontières et la formation des prestataires de soins.

Les flambées épidémiques devront être investiguées dans les meilleurs délais (72 heures) et la riposte organisée à temps pour réduire la morbidité et la mortalité liée aux épidémies.

5.3 Appui aux activités de vaccination

La vaccination de routine des enfants de 0-11 mois et des femmes enceintes sera intégrée dans le paquet des activités offertes dans toutes les structures de santé de premier échelon appuyées par un partenaire du cluster santé. Le Ministère de la santé/UNICEF sera chargé de l'approvisionnement en vaccins et intrants de la vaccination et les partenaires opérationnels donneront l'appui à la mise en œuvre des séances de vaccination à travers le paiement des primes aux équipes de vaccination et du carburant/location moto pour la vaccination en stratégie avancée. Les outils de collecte et de transmission des données de vaccination seront mis à la disposition des structures de santé par l'UNICEF et les partenaires opérationnels. Les données seront collectées mensuellement et transmises au niveau préfectoral/district qui fera la compilation et l'analyse.

Les campagnes de vaccination préventives contre la rougeole ciblant les enfants de 6 mois à 14 ans seront systématiquement organisées dans les nouveaux sites de déplacés. Ces campagnes seront couplées à la supplémentation en vitamine A des enfants de 6-59 mois et au déparasitage à l'Albendazole de ceux de 12-59 mois. Le Ministère de la santé, l'UNICEF, l'OMS et les partenaires opérationnels dans la zone où se trouve le site de déplacés seront chargés de la mise en œuvre de ces campagnes. Les partenaires en santé donneront également l'appui à la planification et à la mise en œuvre de toutes les campagnes de renforcement de la vaccination de routine (AVI, SAV) ou de vaccination contre certaines maladies spécifiques (poliomyélite, rougeole, coqueluche, méningite, etc.). Aussi une coordination des moyens mis à disposition par les partenaires opérationnels sera renforcée pour une optimisation des ressources disponibles au service d'une stratégie unique. Les rapports des campagnes seront présentés lors des réunions du cluster santé.

5.4 Distribution des MILDA

La distribution de masse des MILDA (Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action) sera faite au profit des femmes enceintes et des enfants de 0-59 mois dans les nouvelles zones de crise humanitaire aiguë à raison de deux MILDA par ménage. Dans les zones de crise chronique, les structures de santé seront approvisionnées en MILDA pour la distribution en routine aux femmes enceintes lors des consultations prénatales et aux enfants de 0-11 mois lors des séances de vaccination. Cette activité sera appuyée par les partenaires opérationnels, l'UNICEF, la FICR et l'OMS.

5.5 Appui aux activités de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose

Déjà avant la crise, le VIH/SIDA constituaient des problèmes de santé publique en RCA. La crise rompue la chaîne d'approvisionnement des intrants pour leur diagnostic et prise en charge, entraîné le déplacement de certains malades et personnels des centres de dépistage et de traitement, et pour ce qui est du VIH crée un environnement propice à l'augmentation de l'incidence de la maladie (viols, promiscuité, baisse du pouvoir d'achat des femmes, etc.). Les partenaires du cluster santé donneront leur contribution à la lutte contre ces deux fléaux à travers l'appui aux activités de sensibilisation, de recherche des perdus de vue pour les réintégrer dans le circuit de traitement, de dépistage et de prise en charge des cas.

5.6 Approvisionnement des structures de santé en médicaments essentiels génériques, réactifs de laboratoire ou en kits d'urgence

Dans les zones de crise aiguë, les kits d'urgence seront mis à la disposition des formations sanitaires ou des ONGs par les Agences des Nations Unies (OMS, UNFPA, UNICEF) et les autres partenaires en santé pour la réponse.

Dans les zones de crise chronique, 124 structures de santé dont 1 hôpital, 38 centres de santé et 85 postes ont une rupture en médicaments essentiels générique suite à la crise (source : HeRAMS 2014). Ces structures seront dotées en médicaments essentiels génériques en fonction des normes prévues pour chaque type de structure par le Ministère de la santé. Des mécanismes seront mis sur pied pour assurer une bonne gestion des dons notamment l'implication des bénéficiaires (participation communautaire) afin d'assurer le réapprovisionnement de la pharmacie et la disponibilité permanente des médicaments. Le cluster veillera au comblement des lacunes de médicaments de maladies chroniques non disponibles dans les kits d'urgence. Une coordination étroite sera faite avec la structure temporaire d'appui à l'approvisionnement en médicaments mis en place par le Ministère de la santé et les partenaires du secteur santé pour adapter les offres à la demande.

5.7 Réhabilitation ou construction des infrastructures sanitaires

Des 26 structures sanitaires publiques ou privées à but non lucratif entièrement détruites au cours de la crise, 13 (50%) se trouvent dans les sous-préfectures prioritaires de 2015. Il s'agit de 11 postes de santé et 2 centres de santé dans le 3^{ème} Arrondissement de la ville de Bangui et les sous-préfectures de Gadzi, Batangafo, Alindao, Paoua, Ngaoundaye, Gambo, Kembé et Birao. Ces structures seront construites selon les standards du Ministère de santé.

Des 198 structures sanitaires publiques ou privées à but non lucratif partiellement détruites au cours de la crise, 166 (84%) se trouvent dans les zones prioritaires de 2015. Il s'agit de 7 hôpitaux, 72 centres de santé et 87 postes de santé (confer figure 3). Les besoins en réhabilitation de ces structures de santé seront évalués et elles seront réhabilitées pour être conformes aux standards du Ministère de la santé.

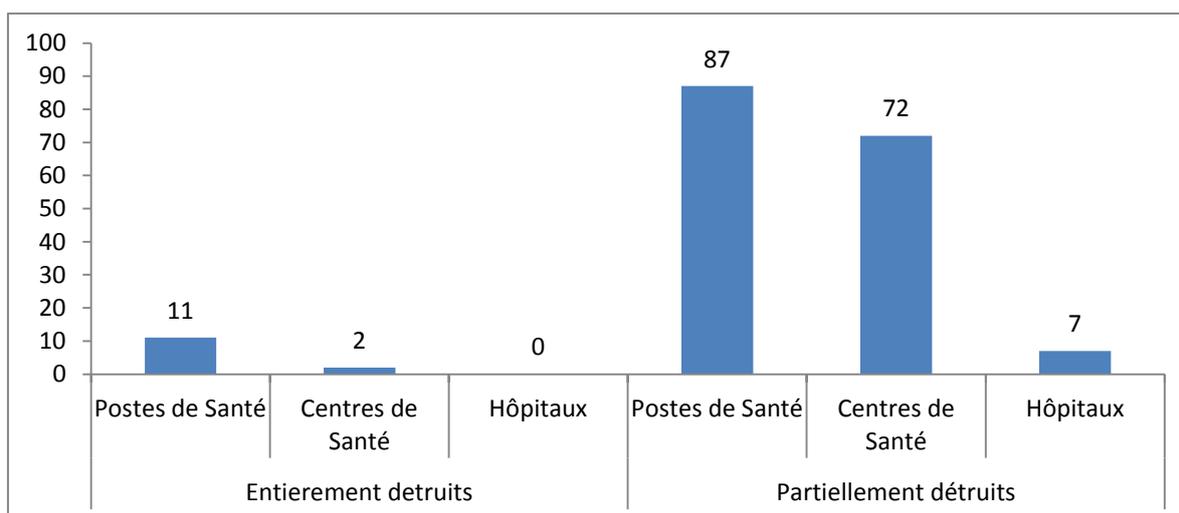


Figure 3 : Répartition des structures de santé détruites au cours de la crise dans les zones prioritaires pour 2015

5.8 Equipement des structures de santé

Les services prioritaires en matière d'équipement seront : la chaîne du froid pour les vaccins (réfrigérateur ou congélateur), le bloc opératoire, la Maternité, le laboratoire

(réactifs et matériel de laboratoire), la banque de sang/unités de transfusion sanguine, et d'autres équipements urgents en fonction de besoins.

5.9 Renforcement des capacités des prestataires de soins et des membres des équipes cadres

Des ateliers de formation seront organisés au profit des prestataires de soins et des membres des équipes cadres. Les principaux thèmes à développer au cours de ces ateliers seront : la SIMR y compris la surveillance active des maladies, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, le DMU-SR, le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux, la prise en charge clinique des survivants du viol, la prise en charge du paludisme, la prise en charge des complications médicales de la malnutrition, les mesures de précaution universelle et l'hygiène hospitalière, la prise en charge des maladies diarrhéiques, etc. Le Ministère de la santé, les partenaires techniques (OMS, UNICEF, UNFPA) et opérationnels seront les acteurs clés de ces formations.

5.10 Appui à la référence/contre référence

Les ambulances du Ministère de la santé et des partenaires seront mises à contribution pour assurer le transport des cas d'urgence vers les services spécialisés. Les avions de l'UNHAS, de la Croix rouge Internationale, de ACF et de MSF, pourront être sollicités en cas de besoins pour acheminer les cas urgents nécessitant des soins spécialisés de l'intérieur du pays vers Bangui. Des acquisitions de nouvelles ambulances sont prévues et les partenaires couvriront les frais de fonctionnement des ambulances appartenant au Ministère de la santé à Bangui en cas de nécessité. La cartographie des structures de santé avec leurs spécialités sera régulièrement mise à jour pour faciliter les références. Le numéro vert des urgences sera activé en cas de besoin à Bangui pour faciliter la coordination de la référence. Les personnes référées et leur garde malade (un par personne référée) bénéficieront d'une assistance alimentaire.

5.11 Appui au retour et à la stabilisation des professionnels de santé dans leur poste de travail

Pour encourager les professionnels de santé ayant quitté leur lieu de service, à retourner à leur poste là où le niveau de sécurité le permet, les partenaires en santé vont payer des primes aux prestataires de soins et les membres des équipes cadres dans les zones de crise conformément aux directives sur la gratuité des soins. Ces mesures incitatives seront couplées aux actions de sensibilisation et de rappel à l'ordre des autorités du Ministère de la santé. Aussi le cluster santé travaillera avec les autres clusters pour une approche intégrée dans les zones prioritaires (notamment les services sociaux de base : eau, assainissement, école, etc.)

5.12 Renforcement de la participation communautaire à la gestion des structures de santé

Les partenaires du cluster santé donneront un appui à la mise en place des comités de gestions plus représentatifs et démocratiques auprès des structures de santé qu'ils appuient. Les procédures de constitution des comités de gestion seront revues pour

être adaptées au contexte de crise qui sévit dans le pays. Les compétences des membres des comités de gestion seront renforcées pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle. Le cas échéant, des comités de gestion ad hoc seront mis en place pour assurer la bonne gestion des dotations remises aux structures de santé. Ces comités seront associés à la gestion de la gratuité. Les comités préfectoraux de soins de santé primaires seront redynamisés là où c'est possible. Les comités de gestions se réuniront une fois par mois avec les partenaires d'appui et les prestataires de soins pour faire le point sur le fonctionnement de la structure et les rapports de leurs réunions seront diffusés.

5.13 Appui à la préparation et à la mise en œuvre des plans de contingence de lutte contre les épidémies et les catastrophes

Les partenaires du cluster santé donneront un appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans de contingence de lutte contre les principales maladies à fort potentiel épidémique (rougeole, choléra, MVE, Fièvre jaune, Méningite) et les catastrophes en participant activement aux ateliers de planification/micro planification, en s'impliquant dans la mobilisation des ressources pour appuyer la mise en œuvre des activités ainsi que dans le monitoring.

6 Diagramme des actions prioritaires, budget et acteurs

6.1 Dans les zones de crise humanitaire aiguë et les enclaves

Activités	Indicateur/moyen de vérification	Quantité	Coût unitaire (USD)	Coût total (USD)	Parties prenantes
1- Participer aux missions conjointes d'évaluation pour identifier les besoins des populations (2 membres du cluster pour chaque mission)	Rapport des missions d'évaluation	15 missions conjointes d'évaluation	1500	22 500	Partenaires en santé
2- Mettre en place le système d'alerte précoce (fiches de collecte des données, primes des agents de collecte des données) dans 20 zones de crise aiguë et le rendre fonctionnel	Bulletins épidémiologiques	20 zones de crise aiguë/enclaves	3000	60 000	OMS/MSP/Partenaires en santé
3- Collecter, analyser et interpréter les données du SAP (salaire d'un agent de saisie des données à Bangui : 1200 USD/mois et de 4 épidémiologistes nationaux dont 1 à Bangui et 3 dans les sous-bureaux de l'OMS : 7500/mois/épidémiologiste)	Bulletins épidémiologiques	12 mois de salaire	23700	284 400	OMS
4- Acquérir les kits médicaux et de santé de reproduction d'urgence pour les soins primaires: 2200 IEHK 2011 unité basique, 2200 IEHK 2011 module malaria basique, 2200 IDDK 2006 module ORS, 220 Kit RH de 0 à 5)	Bordereaux de livraison	Pour 541 500 personnes pendant 12 mois		4 700 960	OMS/UNICEF/UNFPA/Autres partenaires opérationnels
5- Acquérir les kits médicaux et de santé de reproduction d'urgence pour les soins secondaires (220 IEHK 2011 unité supplémentaire, 220 IEHK 2011 module malaria supplémentaire, 20 Kit d'urgence italien profil traumatologique A et B, 100	Bordereaux de livraison	Pour 541 500 personnes pendant 12 mois		2 344 612	OMS/UNICEF/UNFPA/Autres partenaires opérationnels

IDDK 2006 module complet, 60 kits PEP ; 72 Kit RH de 6 à 10 ; 8 kits RH de 11 à 12)					
6- Transporter les kits dans le pays et dans les zones de crise	Contrat de transport	30% du montant des kits		1 056 836	Les partenaires en santé
7- Payer les primes et salaires au personnel ⁵ déployé dans les zones de crise aiguë 54 Médecins : 600 USD/médecin/mois 162 Infirmiers : 300 USD/infirmier/ mois 271 Aides-soignants : 150 USD/AS/mois	Fiches de paiement du personnel	12 mois	100650	1 207 800	Partenaires opérationnels
8- Donner l'appui logistique au déploiement des équipes mobiles et à la référence des patients (y compris avec les avions humanitaires)	Nombre de cliniques mobiles réalisées, nombre de patients référés	Forfait		500 000	Tous les partenaires opérationnels
9- Organiser les campagnes de vaccination contre la rougeole dans les nouveaux sites de déplacés/enclaves (cible : 67 500 ; 3 USD/enfant y compris le prix de revient des vaccins)	% d'enfants de 6 mois à 14 ans vaccinés contre la rougeole dans les nouveaux sites de déplacés/enclaves	67 500	3	202 500	UNICEF/OMS/MSP/ Autres partenaires opérationnels
10- Organiser les campagnes de distribution des moustiquaires (MILDA) aux enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes dans les nouveaux sites de déplacés/enclaves (cible : 31950 ; 5 USD/MILDA)	% d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu une moustiquaire MILDA dans les nouveaux sites de déplacés/enclaves	31950	5	159 750	UNICEF/OMS/MSP/FICR Autres partenaires opérationnels
11- Monitorer les activités dans les zones de crise (collecte et analyse des données, missions de monitoring/supervision sur le terrain)	Rapports des missions	24 jours de missions X 4 personnes + transport	1500	36 000	UNICEF/OMS/MSP/ Autres partenaires opérationnels
Sous total A				10 575 358	

⁵ 1 médecin, 3 infirmiers (y compris les sages-femmes/accoucheurs) et 5 aides-soignants (y compris les assistantes accoucheuses/matrones) pour 10 000 personnes

6.2 Dans les zones de crise chronique

Activités	Indicateur/moyen de vérification	Quantité	Coût unitaire (USD)	Coût total (USD)	Parties prenantes
1-Renforcement de la surveillance intégrée des maladies et riposte					
1- Multiplier et rendre disponible, les registres et les fiches de collecte et transmission des données dans les formations sanitaires (FOSA) fonctionnelles (600 FOSA, 1 registre et 500 fiches/FOSA)	% des formations sanitaires équipés en outils de collecte des données	600	50	30 000	OMS
2- Doter les points focaux surveillance en téléphone portable (flotte) et assurer leur fonctionnement (50 téléphones, 80 USD de crédit de téléphone/ point focal/mois)	% points focaux ayant un téléphone de la flotte	50	960	48 000	OMS
3- Former/recycler 1000 prestataires de soins sur la SIMR, y compris la prise en charge de certaines maladies à potentiel épidémique (durée formation 4 jours, 60 USD/participant/jour)	% des prestataires formés/recyclés sur la SIMR et la gestion des données	1000	240	240 000	OMS/MSP
4- Appuyer la collecte, compilation, analyse et diffusion des données de la SIMR (paiement primes à 40 points focaux surveillance, 1 gestionnaire des données et 1 chef de service de la surveillance : 300 USD/mois/personne)	Bulletins épidémiologiques	12 mois	12600	151 200	OMS
5- Investiguer les flambées épidémiques à temps (missions de terrain de 4 jours, per diem de 4 personnes y compris les chauffeurs: 45 USDx4x4jours + logistique de transport)	% des flambées investiguées dans les 72 heures	20	1500	30 000	OMS/UNICEF/partenaires opérationnels

6- Evaluer les risques d'épidémies et élaborer/actualiser les plans de contingence : missions d'évaluation + atelier d'élaboration et de validation des plans de contingence	Plans de contingence de lutte contre certaines maladies (choléra, méningite, rougeole, rage, etc.) disponibles	Forfait		150 000	OMS/UNICEF/partenaires opérationnels
7- Acquérir et pré positionner kits 10 kits maladies diarrhéiques complets (IDDK, 2006 complet), 20 kits de diagnostic et prise en charge méningite, 1000 doses de vaccins et 500 doses de sérums antirabique, 100 doses de sérum antivenimeux, 100 boites d'érythromycine 500 mg B/1000	Bordereaux de livraison			600 000	OMS
8- Doter le service de la surveillance épidémiologique du Ministère de la santé en matériel informatique : 2 ordinateurs portables, 1 imprimante et 1 photocopieuse	Bordereaux de livraison			17 000	OMS
9- Organiser la riposte aux flambées de cas de rougeole et diffuser les rapports (campagnes de vaccination contre la rougeole, supplémentation en vitamine A, sensibilisation de la population, prise en charge des cas, collecte et analyse des données, rapportage)	Rapports des ripostes aux flambées épidémiques	10 campagnes de ripostes contre la rougeole à travers tout le pays : cible 140 000 enfants de 6-59 mois	10 USD/enfant	1 400 000	OMS/MSP/UNICEF Partenaires opérationnels
10- Sensibiliser les communautés sur les mesures de lutte contre les maladies diarrhéiques et le choléra (2 jours de formation de 1000 relais communautaires et per diem de 3 jours de sensibilisation : 10 USD/jour x5 jours)	Rapports des activités de sensibilisation	1000 relais communautaires	50	50 000	OMS/MSP/UNICEF Partenaires opérationnels
Sous-total 1				2 869 200	

2- Appui aux activités de vaccination					
1- Acquérir et doter 20 centres de vaccination en réfrigérateur	Bordereau de livraison	20	4488	89 760	UNICEF/OMS
2- Acquérir et doter les Centres de vaccination en vaccins et intrants de vaccination	Bordereau de livraison	Forfait pour 12 mois		2 000 000	UNICEF/OMS
3- Appuyer le fonctionnement de 100 réfrigérateurs (pétrole, pièces de rechanges) des centres de vaccination	% de réfrigérateurs fonctionnels	100	800	80 000	UNICEF/partenaires opérationnels
4- Appuyer le fonctionnement de 100 motos pour la stratégie avancée (Carburant, pièces de rechanges)	% Centres PEV avec une moto fonctionnelle	100	1000	100 000	UNICEF/partenaires opérationnels
5- Payer les primes aux membres des équipes de vaccination de 100 centres PEV (2persones/équipe ; 20 USD/mois/personne)	Fiches d'émargement	200	240	48 000	UNICEF/partenaires opérationnels
6- Organiser les campagnes de vaccination préventives dans le pays : 3 AVI, 1 SAV, 1 campagne nationale de vaccination contre la rougeole, 5 campagnes de vaccination contre la poliomyélite : intrants et coûts opérationnels)	Rapports financiers des campagnes	Forfait		7 000 000	UNICEF/OMS/ partenaires opérationnels
7- Appuyer la collecte, compilation, analyse et diffusion des données des campagnes de vaccination (salaire de 2 consultants internationaux gestionnaires des données : 15000 USD/mois/consultant	Rapports d'activités PEV/ Rapport des campagnes de vaccination	12 mois	30 000	360 000	UNICEF/OMS/ partenaires opérationnels
Sous-total 2				9 677 760	
3- Appui à la distribution en routine des MILDA					
1- Acquérir et rendre disponible les MILDA dans les structures de santé (cible enfants de moins 5 ans et femmes enceintes)	Bordereaux de livraison	198197	5	990 985	Partenaires en santé/UNICEF/FICR/MSP

2- Sensibiliser les populations sur l'importance de la MILDA et son utilisation pendant les séances d'IEC dans les formations sanitaires	Nombre de séances de causeries éducatives organisées sur les MILDA	PM	PM		Partenaires opérationnels/MSP
3- Collecter, compiler, analyser et diffuser les données de la distribution des MILDA	Rapports mensuels de distribution des MILDA	PM	PM		Partenaires en santé/UNICEF/FICR/OMS
Sous-total 3				990 985	
4- Approvisionnement des structures de santé en médicaments essentiels génériques, réactifs de laboratoire et consommables médicaux					
Doter 102 Postes de santé pour la reprise des activités et la gratuité ciblée des soins	Bordereaux de livraison	102	10 000	1 020 000	Tous les Partenaires en santé opérationnels
Doter 42 Centres de santé pour la reprise des activités	Bordereaux de livraison	42	20 000	840 000	Tous les Partenaires en santé opérationnels
Doter 1 Hôpital préfectoral pour la reprise des activités et la gratuité ciblée des soins	Bordereaux de livraison	1	40 000	40 000	Un partenaire en santé
Renforcement des stocks de roulements de 48 postes de santé pour la gratuité ciblée des soins	Bordereaux de livraison	48	5 000	240 000	Les partenaires en santé
Renforcement des stocks de roulements de 26 centres de santé pour la gratuité ciblée des soins	Bordereaux de livraison	26	10 000	260 000	Les partenaires en santé
Appui aux hôpitaux de référence de troisième catégorie à Bangui et au CNTS	Bordereaux de livraison	5	100 000	500 000	OMS/UNFPA/Emergency
Renforcement des stocks de roulements de 7 hôpitaux de districts et 3 hôpitaux régionaux	Bordereaux de livraison	10	50 000	500 000	Les partenaires en santé
Sous-total 4				3 400 000	
5-Réhabilitation ou Construction des structures de santé					
1- Construire 2 centres de santé	PV de réception des travaux	2	150 000	300 000	Partenaires en santé opérationnels
2- Construire 11 postes de santé	PV de réception des travaux	11	75 000	825 000	Partenaires en santé opérationnels

3- Réhabiliter 87 postes de santé	PV de réception des travaux de réhabilitation	87	30000	2 610 000	Partenaires en santé opérationnels
4- Réhabiliter 72 centres de santé	PV de réception des travaux de réhabilitation	72	100000	7 200 000	Partenaires en santé opérationnels
5- Réhabiliter 5 hôpitaux de districts et 2 hôpitaux régionaux	PV de réception des travaux de réhabilitation	7	100 000	700 000	Partenaires en santé opérationnels
Sous-total 5				7 870 000	
6- Appui à l'équipement des structures de santé					
1- Equiper les postes de santé en matériel technique et d'exploitation	Bordereau de réception des équipements	85	10000	850 000	Partenaires en santé opérationnels
2- Equiper les Centres de santé en matériel technique et d'exploitation	Bordereau de réception des équipements	38	30000	1 140 000	Partenaires en santé opérationnels
3- Equiper les blocs opératoires et maternités des Hôpitaux	Bordereau de réception des équipements	7	100000	700 000	Partenaires en santé opérationnels
4- Equiper les Hôpitaux de référence en ambulance	Bordereau de réception des équipements	7	200000	1 400 000	Partenaires en santé opérationnels
5- Doter 5 Hôpitaux de district et 3 hôpitaux régionaux en ambulance	Bordereau de réception des équipements	8	150000	1 200 000	Partenaires en santé
Sous-total 6				5 290 000	
7- Renforcement des capacités des prestataires de soins, membres de la communauté et des membres des équipes cadre					
6- Identifier les besoins en termes de formation des professionnels de santé au niveau décentralisé	Liste des prestataires à former par thèmes disponible	PM	PM	PM	Tous les Partenaires en santé opérationnels/MSP
7- Recycler 2000 professionnels de santé sur les programmes prioritaires (paludisme, le VIH, tuberculose), les IST, DMU-SR, les ordinogrammes, etc. (50 USD/jour x 5 jours)	Nombre de personnes formées	2000	250	500 000	Partenaires en santé opérationnels/MSP
8- Former 1000 relais communautaires sur la communication en faveur de	Nombre de personnes formées	1000	30	30 000	Partenaires en santé opérationnels/MSP

certains programmes de santé (10 USD/jour x 3 jours)					
Sous-total 7				530 000	
9- Appui au retour et à la stabilisation des professionnels de santé dans leur poste de travail					
1- Faire le plaidoyer pour le renforcement de la sécurité autour des structures de santé	Lettre de plaidoyer à l'équipe humanitaire pays	PM	PM	PM	Equipe de coordination du cluster
2- Faire le plaidoyer au MSP pour la reprise de service de certains fonctionnaires dans les zones de niveau de sécurité acceptable	Lettre de plaidoyer au Ministre de la santé et de la population	PM	PM	PM	Equipe de coordination du cluster/OMS
3- Payer des primes au personnel dans les zones prioritaires (appui à la gratuité) : 30 médecins (600 USD/mois ; 100 IDE/Sage femmes/Accoucheurs : 300 USD/mois, 300 assistants de santé : 150 USD/mois, 500 agents de santé et assimilés : 75 USD/mois	Fiches d'émargement	12 mois	130 500	1 566 000	Partenaires opérationnels
Sous-total 8				1 566 000	
10- Renforcement de la participation communautaire à la gestion des structures de santé					
1- Mettre en place les comités de gestion (COGES) représentatifs auprès des structures de santé appuyées (réunions de sensibilisation et élections)	Nombre de structures de santé disposant d'un COGES fonctionnel	400 réunions de sensibilisation et assemblée générale électorale du bureau	200	80 000	MSP/Partenaires opérationnels/OMS/UNICEF
2- Former les membres des COGES 3- (durée de la formation 2 jours, per diem et transport : 30 USD)	Rapports des formations % des membres de COGES formés	1000	30	30 000	MSP/Partenaires opérationnels
4- Donner l'appui à la tenue des réunions du COGES (collation	% des réunions des COGES tenues	100	1200	120 000	Partenaires opérationnels

participation aux réunions) : 100 réunions par mois, 100 USD : réunion					
5- Impliquer les membres des COGES dans tout le processus de gestion des structures de santé	Rapports d'activités des structures de santé	PM	PM	PM	Partenaires opérationnels
Sous-total 9				330 000	
11- Appui aux activités de lutte contre le VIH/SIDA et la Tuberculose					
1- Doter 20 centres de dépistage volontaires en matériel de sensibilisation (vidéo projecteurs, affiches et dépliants de, préservatifs) et matériel informatique	Bordereau de livraison	20	20 000	400 000	UNICEF/OMS/FICR/autres partenaires
2- Paiement des primes à 100 personnels des centres de dépistage volontaire (CDV) : 100 USD/personne/mois	Fiches d'émargements	100	1200	120 000	UNICEF/OMS
3- Appuyer le fonctionnement de 20 réfrigérateurs (pétrole, pièces de rechanges) des centres de dépistage volontaire	% de réfrigérateurs fonctionnels dans les CDV	20	800	16 000	UNICEF/FICR/partenaires opérationnels
4- Doter les CDV en tests de dépistage et préservatifs	Nombre CDV sans ruptures de tests	Pour 500 000 personnes	4	2 000 000	UNICEF/partenaires opérationnels
5- Identifier et former/recycler 200 pairs éducateurs sur la communication en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA (durée de la formation 3 jours)	Rapports des formations	200	60	12 000	UNICEF/RECAPEV/partenaires opérationnels
6- Payer les primes aux pairs éducateurs pour la sensibilisation et la recherche des perdus de vue VIH+ ou tuberculeux : 80 USD/mois/pair éducateur	Rapports d'activités des pairs éducateurs	200	960	192 000	UNICEF/OMS/partenaires opérationnels
7- Recycler 200 prestataires de soins (y compris les laborantins) des centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT) et des centres de prise en charge du VIH/SIDA (durée	Nombre de prestataires de soins formés/ Rapports des formations	200	200	40 000	UNICEF/OMS/partenaires opérationnels

de la formation 4 jours					
8- Doter 32 CDT et 32 Centres de prise en charge du VIH/SIDA en réactifs, préservatifs et médicaments	Bordereaux de livraison	32	10000	320 000	UNICEF/OMS/ FICR/partenaires opérationnels
9- Monitorer les activités de lutte contre le VIH et la tuberculose (missions de terrain)	Rapports de mission	10	1500	15 000	
Sous-total 10				3 115 000	
Sous-total B				35 638 945	

6.3 Coordination, suivi/évaluation et renforcement des compétences des membres du cluster

Activités	Indicateur/moyen de vérification	Quantité	Coût unitaire	Coût total	Parties prenantes
1- Assurer les salaires des membres des équipes de coordination (8 internationaux + 4 nationaux + 12 chauffeurs + 5 points focaux)	Nombre d'équipes de coordination en pace	12 mois	267500	3 210 000	ECHO/OMS
2- Tenir régulièrement les réunions de coordination du cluster santé et du groupe de travail santé mental (collation participants)	CR de réunions de coordination % des réunions tenues	234	200	46 800	Equipes de coordination/OMS
3- Organiser les missions d'appui à la coordination au niveau décentralisé	Rapports de mission	12	5 000	60 000	ECHO/OMS
4- Organiser les réunions de crise et autres réunions ad hoc du cluster en cas de besoin	CR des réunions, Sitrep spéciaux	15	200	30 000	Equipes de coordination/OMS
5- Participer aux réunions des clusters associés à la santé (sous-cluster VBG, cluster Nutrition, WaSH) et aux réunions inter clusters	% de participation aux réunions des autres clusters et à la réunion inter cluster	PM	PM	PM	Equipes de coordination/OMS
6- Equiper 8 équipes de coordination en matériel informatique/communication et fournitures de bureau (5 téléphones, 15 cartouches d'imprimantes, etc.)	Bordereaux de livraisons	8	10000	80 000	OMS/ECHO

7- Diffuser régulièrement les informations sur les activités du cluster (Sitrep, bulletin, CR des réunions, rapports de missions, 3W, etc.)	% des documents diffusés	PM	PM	PM	Equipes de coordination/OMS
8- Développer et mettre à jour et diffuser la cartographie des risques de vulnérabilité dans les zones affectées par la crise	% des documents diffusés	PM	PM	PM	Equipes de coordination/OMS
9- Identifier et nommer les points focaux du cluster santé dans les zones prioritaires non couvertes par une structure de coordination	Liste des points focaux du cluster santé disponible	PM	PM	PM	Equipes de coordination/Partenaires du cluster
10- Elaborer les outils standardisés de collecte des données sur les activités des partenaires	Outils standards disponibles	PM	PM	PM	Equipe de coordination du cluster
11- Collecter, analyser et diffuser les données sur les activités des partenaires du cluster au niveau opérationnel	Bulletin du cluster santé Rapports des activités des partenaires	PM	PM	PM	Equipes de coordination/ Partenaires opérationnels
12- Organiser des missions de monitoring des activités des partenaires sur le terrain (durée de chaque mission 5 jours, nombre de participants 4)	Rapport des missions	12	15 000	180 000	Equipes de coordination/OMS/ECHO
13- Actualiser les données du HeRAMS (atelier + collecte des données)		Forfait		500 000	OMS/MSP/ partenaires opérationnels
14- Appuyer l'organisation des ateliers de d'élaboration des plans de contingence	Plans de contingence disponibles	5 ateliers	1500	7500	OMS/UNICEF
15- Former les membres du cluster santé sur l'approche cluster, l'élaboration des projets (durée 5 jours) : collation 20 USD/participant/jour	Rapport formation	60	100	6000	
Sous-total C				4 120 300	
Total A+B+C				50 334 603	
Support logistique et administratif : 25,45% du budget				12 810 156	
Total général				63 144759	

7 Risques et Mesures de Mitigation

Risques	Mesures possibles de mitigation du risque
<p>Limitation de l'accès lié à l'insécurité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mission conjointes • Implication de la MINUSCA dans certaines missions • Renforcement de la participation communautaire dans la gestion des projets • Respect des mesures de sécurité (UNDSS ou INSO)
<p>Manque de redevabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place des structures de participation communautaire • Mise en place d'un mécanisme de feed-back des bénéficiaires • Respect de la stratégie de sortie du cluster santé • Respect des normes de la gratuité des soins
<p>Manque de capacité du personnel de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités des prestataires de soins et des membres de l'équipe cadre de district : mécanisme de collaboration entre partenaire humanitaire et structures de formation reconnues par l'Etat • Appui en ressources humaines qualifiées

8 Chronogramme des actions clés

N°	Principaux domaines d'activités	janv-15	févr-15	mars-15	avr-15	mai-15	juin-15	juil-15	août-15	sept-15	oct-15	Nov-15	Dec-15
1	Evaluation des besoins des structures de santé												
2	Evaluation rapide des besoins dans les zones de crise humanitaire aiguë et organisation de la réponse												
3	Mobilisation des ressources financières pour la réponse												
4	Acquisition et pré positionnement des intrants médicaux (MILDA, Médicaments, vaccins, réactifs de laboratoire)												
5	Acquisition des équipements et de logistique de transport												
6	Equipement des structures de santé												
7	Elaboration des devis de réhabilitation												
8	Réhabilitation des structures de santé												
9	Mise en place des structures de participation communautaire												
10	Approvisionnement des structures de santé en intrants médicaux et outils de gestion des activités												

11	Formation des acteurs (professionnels de santé, membres des COGES, relais communautaires)												
12	Offre des soins												
13	Monitoring des activités (suivi et supervision)												
14	Coordination des activités/interventions												
15	Evaluation des activités/Projets												
16	Paiement des primes au personnel des structures de santé/membres des équipes cadre												