

## Document d'action de fonds fiduciaire de l'UE à utiliser pour les décisions du comité de gestion

### 1. IDENTIFICATION

Intitulé/Numéro	<i>Programme d'appui sectoriel santé au Plan de Transition en RCA – 001</i>		
Coût total	Coût total estimé: 15 000 000 EUR Montant total provenant du Fonds fiduciaire: 100%		
Méthode d'assistance / Modalités de mise en œuvre	<i>Approche projet/Gestion Directe</i>		
Code CAD	12220	Secteur	Soins de santé de base

### 2. JUSTIFICATION ET CONTEXTE

#### 2.1. Résumé de l'action et de ses objectifs

L'objectif global de ce programme est de contribuer à la restauration des services de santé en République centrafricaine dans une logique permettant d'assurer la continuité et le renforcement des services entre l'urgence, la réhabilitation et le développement.

Le fonds fiduciaire Bêkou de l'Union européenne (ou le Fonds) veillera à assurer une cohérence stratégique en premier lieu avec les objectifs du Plan de Transition élaboré par le Ministère de la santé et toute autre intervention financée dans ce secteur, en particulier celles initiées par l'UE dans le domaine de la santé communautaire (UNICEF) et de l'appui institutionnel (OMS), et les Etats Membres.

Ce programme s'appuiera sur le renforcement des principales composantes du système de santé en priorisant les secteurs les plus affectés par les conséquences de la crise :

- i) **Offre de soins** : Fourniture d'un paquet minimum de soins de santé accessible à la population, en particulier aux groupes vulnérables, (femmes et enfants),
- ii) **Gouvernance et leadership** : Relance du dialogue sectoriel par un appui institutionnel sur les principaux piliers du système de santé, tels que, la gestion et la formation des ressources humaines, le système de surveillance épidémiologique et d'information sanitaire de routine ainsi que le financement de la santé.

Pour ce faire, ce programme s'articule autour de 3 composantes:

- ✓ Accès à un paquet minimum de soins de santé/appui aux équipes cadres pour l'exécution des fonctions essentielles des districts,
- ✓ Préparation d'une future action médicaments,
- ✓ Appui institutionnel au MSP

Les interventions financées par ce Fonds permettront de mettre en œuvre de façon réactive une aide pérenne à moyen terme tout en assurant une complémentarité et une continuité des actions humanitaires financées notamment par la DG ECHO.

## **2.2. Contexte**

### **2.2.1. Contexte national**

Ces deux dernières décennies d'instabilité politique, de mauvaise gouvernance et de crises successives ont mené la République centrafricaine à une crise profonde, caractérisée par une insécurité généralisée, la dégradation des sources de revenus et une faillite presque totale des services publics. Les violents affrontements entre groupes armés et à caractère confessionnel ayant émaillés l'année 2013 et le début de l'année 2014 ont provoqué le déplacement de plus d'1 million de personnes sur l'ensemble du territoire et fait plusieurs milliers de victimes. Une part importante de la population reste dépendante de l'aide extérieure pour répondre à ses besoins essentiels.

Si la situation s'est sensiblement améliorée dans la capitale centrafricaine depuis le début de l'année 2014 grâce à la présence de forces internationales, la majorité de la population continue de vivre dans un climat d'insécurité généralisée. Les troupes de maintien de la paix de l'Union africaine (déployées en décembre 2013), de la France et de l'UE (déployées respectivement en décembre 2013 et avril 2014), n'ont pas été en mesure de contenir les actes de violence intercommunautaires et de sécuriser les principaux axes et centres urbains.

L'investiture d'une nouvelle Présidente de la Transition le 23 janvier 2014 est apparue comme un signal très positif en faveur de l'apaisement pour la majorité de la population et de la communauté internationale. Cependant, après plus de 6 mois d'exercice, le gouvernement de transition ne semble pas en mesure de faire cesser les violences et peine à restaurer son autorité sur l'ensemble du territoire centrafricain.

Les décennies de mauvaise gouvernance, les périodes récurrentes d'instabilité et de violence, aggravées par les événements de 2013, sont à l'origine d'un contexte d'extrême pauvreté touchant une forte majorité de la population et d'une vulnérabilité accrue pour de nombreux groupes de population. Avant la crise, la République centrafricaine était classée 179<sup>e</sup> sur 187 pays selon l'Indice de développement humain (IDH). En 2012, le Produit intérieur brut (PIB) moyen par habitant était de 25%, inférieur à celui de 1980. La sécurité, les moyens de subsistance, la sécurité alimentaire, la santé et l'éducation sont parmi les secteurs les plus touchés par les bouleversements récents. Cette dernière crise aigüe se superpose à une situation d'urgence latente, chronique et structurelle d'un pays en situation d'extrême fragilité.

La situation sanitaire déjà précaire en raison d'un système de santé extrêmement faible s'est dégradée davantage au cours des crises successives et prolongées de ces deux dernières années. Les facteurs de surmortalité qui prévalaient avant la crise révèlent des indicateurs sanitaires parmi les plus bas en Afrique subsaharienne et une tendance à la stagnation, voire à la dégradation. On relève notamment une espérance de vie à la naissance (en baisse par rapport à 1985) de 48 ans, une mortalité des enfants de moins de 5 ans de 164/1000 naissances vivantes (la 8<sup>e</sup> plus élevée au monde), une mortalité maternelle de 890/100 000 naissances vivantes (la 3<sup>e</sup> plus élevée au monde), un taux très élevé de mortalité dû aux maladies infectieuses (le 5<sup>e</sup> plus élevé au monde), une des prévalences VIH/SIDA les plus élevées de l'Afrique sub-saharienne francophone, avec 4,6% de la population adulte infectée.

### **2.2.2. Contexte sectoriel: Politiques et enjeux**

Le système de santé de la République centrafricaine se caractérise depuis plusieurs dizaines d'années par une faible couverture de l'offre de soins primaires (y compris les services préventifs) et secondaires, une faible qualité des soins, une fonction de régulation quasi inexistante, un système d'approvisionnement en médicaments peu fiable et non-régulé, un personnel déjà en sous-effectif et peu qualifié. La crise ayant engendré des pillages, le départ du personnel de santé etc., seuls les services de santé bénéficiant d'un appui extérieur sont en mesure d'offrir des soins à la population. Les

violences ont provoqué d'importants déplacements de population nécessitant une mise à jour de la carte sanitaire comme outil de planification. L'accès aux services de santé auparavant contraint par la politique de recouvrement des coûts (instaurée en 1995) est aujourd'hui garanti par l'instauration d'une gratuité ciblée depuis mi-janvier 2014 sur instruction ministérielle. La prise en charge du manque à gagner lié à cette politique d'exemption des frais de santé relève de la responsabilité du Gouvernement centrafricain qui s'appuie principalement sur les partenaires extérieurs.

Le gouvernement centrafricain ne semble pas être en mesure de programmer une loi budgétaire 2015 portant les coûts de la prolongation de la politique de gratuité. Or la capacité à payer des populations, qui reste le critère clef permettant un retour à une participation financière aux soins de santé, devrait rester fortement limitée à moyen-terme (2015).

Sur l'échelle des pays prioritaires à un appui UE au secteur santé (mesuré principalement en termes de besoins, et de capacité de financement du système de santé.), la République centrafricaine se positionne en première place. Les besoins de la population en matière de services de santé et les défis d'un appui au secteur de la santé sont considérables. Le système sanitaire doit être réformé en profondeur dans un contexte institutionnel actuellement instable, et une politique sectorielle (Plan National de Développement Sanitaire 2006-2015) devenue caduque.

Dans ce cadre, un appui au secteur de la santé doit permettre à la fois de répondre aux besoins immédiats des populations et également de s'inscrire dans une politique de reconstruction à long-terme.

### **2.3. Enseignements tirés**

Les progrès du secteur avant la crise aiguë, qualifiés comme insuffisants au terme de la période 2008-2010 couverte par le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté I, ont été anéantis par les récents évènements.

Les taux de mortalité infantile et maternelle, ainsi que les principaux indicateurs sanitaires, sont alarmants depuis de nombreuses années et traduisent le manque d'accès et de qualité des interventions essentielles ainsi qu'une profonde faiblesse des institutions.

Actuellement, des interventions d'urgence réalisées par des ONGs et des organisations internationales sur le territoire restent largement tributaires de la situation sécuritaire, des moyens humains et financiers disponibles pour répondre aux besoins immédiats d'une forte majorité de la population. Face à ces contraintes et à une densité de population disparate, les capacités de couverture resteront limitées.

Ce Fonds d'appui à la période de Transition doit être en mesure de soutenir le gouvernement centrafricain et son Plan de Transition (en cours de finalisation par le Ministère de la Santé) pour développer une nouvelle politique de santé en tenant compte des précédentes expériences et des contraintes actuelles.

### **2.4. Actions complémentaires**

Les actions développées dans ce document sont complémentaires aux actions financées par d'autres bailleurs du secteur. On relève notamment les contributions des Agences des Nations Unies (OMS, UNICEF), celles des initiatives mondiales (Fonds Mondial de la Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria, et GAVI), de la Banque Mondiale et de la France, et celles de l'Union Européenne (au titre de l'aide humanitaire et de l'aide au développement). Les différents partenaires contribuent à fournir

des services de santé pour la population et à appuyer les autorités sanitaires, dans la contrainte de la situation sécuritaire actuellement dégradée. Le détail de ces appuis en cours est indiqué à l'annexe 3.

Les actions « santé » financées par le biais du Fonds établiront des synergies avec d'autres secteurs bénéficiant également de financements, et réciproquement. Les actions relatives au « genre », aux « chantiers à haute intensité de main d'œuvre », aux « réfugiés » hors de la Centrafrique, seront cohérentes et logiques dans leurs aspects « santé » avec les actions développées dans ce document action, afin de surpasser les bénéfices individuels, et de prévenir tout effet pervers généré par une coordination insuffisante des différentes actions.

## **2.5. Coordination des donateurs**

Le nombre de bailleurs du secteur santé est relativement limité. Un effort de coordination entre les partenaires du secteur de la santé est formellement fait par une réunion hebdomadaire du « cluster santé ». Le « cluster santé » réunit les autorités sanitaires centrafricaines et tous les intervenants (opérateurs, ONGs locales et internationales) et bailleurs du secteur (multilatéral, bilatéral, SNU) ; l'OMS le préside et Save the Children co-préside. A ce dispositif de coordination sont rattachés des groupes de sous-thématiques du secteur santé. L'efficacité du « cluster santé » est fortement liée à celles de ses membres et de son leadership. Les capacités de cet organe de coordination devront être revues en fonction des objectifs du secteur. Par exemple, il serait opportun de voir le Ministère de la Santé prendre le leadership de la coordination sectorielle regroupant l'ensemble des acteurs et des bailleurs afin d'assurer une cohérence vis-à-vis du Plan de Transition gouvernementale. Le dispositif de coordination, ainsi que les groupes de sous-thématiques du secteur, garderont un rôle central dans les discussions de choix stratégiques, et la mise en œuvre des activités gérées par le Fonds.

## **3. DESCRIPTION DÉTAILLÉE**

### **3.1. Objectifs**

#### ***Objectif global***

L'objectif global de ce programme est de contribuer à la restauration des services de santé en République centrafricaine dans une logique permettant d'assurer la continuité et le renforcement des services entre l'urgence, la réhabilitation et le développement

Le Fonds veillera à assurer une cohérence stratégique en premier lieu avec les objectifs de Plan de Transition élaboré par le Ministère de la santé et toute autre intervention financée dans ce secteur, en particulier celles initiées par l'UE, dans le domaine de la santé communautaire (UNICEF) et de l'appui institutionnel (OMS), et par les Etats membres.

#### ***Objectif spécifique***

L'objectif spécifique de l'action est de venir en appui à la fourniture des services de soins de santé dans les zones du pays en situation de transition, et de contribuer à la restauration durable du système de santé.

Cet objectif marque à la fois la volonté de répondre aux besoins immédiats des populations et de s'inscrire à moyen-terme sur la mise en place des bases d'une nouvelle politique de santé. Ceci implique le démarrage immédiat de certaines activités ayant un impact à court terme et en parallèle le traitement des questions structurelles (dialogue politique sectoriel sur les priorités du système de santé: formation et gestion du personnel de santé, financement etc.).

Le programme sera complété par une stratégie de repli et de flexibilité par rapport aux activités prévues, dans le cas où les conditions sécuritaires ne seraient plus réunies pour permettre la continuité d'une intervention.

Afin de répondre aux enjeux en matière d'impact, ce programme sectoriel santé fera l'objet d'un suivi des indicateurs suivants :

- IOV 1 : Augmentation du taux de fréquentation des consultations curatives
- IOV 2 : Augmentation du taux de vaccination (Pent 3 chez les < 1 an)
- IOV 3 : Augmentation du taux CPN 1
- IOV 4 : Augmentation du taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié

### ***Ciblage***

Les groupes vulnérables, et notamment les femmes et les enfants de moins de 5 ans seront considérés comme des groupes prioritaires.

L'approche par district sanitaire<sup>1</sup> sera privilégiée afin de garantir une couverture minimale et de soutenir le principe de cogestion avec les équipes de district/préfecture. Les régions seront ciblées en lien avec les autres interventions afin d'offrir le continuum de soins le plus complet. Les critères d'identification des zones sont définis dans l'annexe 1.

## **3.2. Résultats escomptés et principales activités**

### **Résultat 1 / Offre de Soins : Mise à disposition d'un paquet minimum de soins de qualité.**

Le peu de données sanitaires disponibles traduisent à la fois un profond dysfonctionnement du système et un usage extrêmement limité des services de santé publics par la population. La crise récente n'a fait qu'aggraver la situation en y superposant des défis liés spécifiquement aux violences (chirurgie de guerre, soins de santé mentale, prise en charge des viols) et à la destruction des biens publics.

La réponse d'urgence humanitaire se concentre, en accord avec son mandat, sur les problèmes les plus aigus dont l'approvisionnement en médicaments de base, la chirurgie, les services de base pour les populations déplacées dans les zones les plus instables sur le plan sécuritaire.

Ce programme d'appui à la Transition aura pour cible les zones dont les conditions sont réunies pour proposer une véritable relance de l'offre de soins et une restructuration du système sanitaire. Cette relance se fera par étape en commençant par la mise à l'échelle d'un paquet minimum de soins afin de réduire rapidement les taux de morbidité et mortalité.

L'approche par district sera privilégiée. Des accords seront passés avec des ONG Internationales afin de soutenir directement les formations sanitaires et renforcer le leadership des Equipes Cadres du District et du personnel de santé pour l'exécution de leurs fonctions principales à leur niveau déconcentré (Voir Résultat 2).

Les actuelles normes du Ministère de la santé relatives au Paquet Minimum d'Activité (PMA) et Paquet Complémentaire d'Activité (PCA) devront être adaptées aux objectifs (réduire rapidement la morbidité et la mortalité) et capacités des acteurs, au moins dans une première phase. Une révision des éléments du PMA et PCA à mettre en œuvre est proposée en annexe (*Voir Annexe 2*).

---

<sup>1</sup> District dans le sens d'unité du système de santé; le district sanitaire correspond à la préfecture – entité administrative- en RCA

La question des ressources humaines et des normes actuelles devra également faire l'objet d'une révision en accord avec les moyens et les principes d'utilisation rationnelle des financements. Le soutien financier à un personnel pléthorique et peu formé n'est pas envisageable dans le contexte actuel.

Les aspects de renforcement institutionnel et de stratégie sectorielle sont décrits au Résultat 3.

Un budget moyen d'environ 12 euros/habitant/an est prévu pour ce résultat pour une couverture d'au moins 1.000.000 personnes. À cet égard, la présence préalable dans la zone d'intervention et une capacité opérationnelle démontrée des ONGs candidates au financement fera partie des critères d'évaluation.

#### Activités prévues :

1. Réhabilitation fonctionnelle des structures sanitaires (y inclus accès à l'eau ; gestion des déchets). NB : concernant le matériel de la chaîne de froid, tenir compte des autres financements disponibles (p.ex. OMS, Unicef et Banque Mondiale).
2. Approvisionnement des intrants – hors personnel de santé: matériel; appui au laboratoire; équipement de base; pour les formations sanitaires recevant un appui – en lien avec les paquets d'activités (PMA/PCA restreint – Voir Annexe 2).
3. Appui à la gestion des formations sanitaires y inclus la pharmacie et la gestion financière. Ceci pourrait faire objet d'une recherche action: comment rendre plus fonctionnelle une formation sanitaire à travers des mesures alternatives en gestion (à prévoir en seconde partie de l'intervention).
4. Formation du personnel de santé au PMA/PCA.
5. Appui à la mise en place d'une approche communautaire (en lien avec l'approche promue par UNICEF et le Ministère).
6. Paiement des primes et frais de fonctionnement pour les structures sanitaires (en lien avec la révision des modalités RH par structure; et la politique de financement du secteur). Voir activité 3.
7. Promotion des activités de santé mentale en zone urbaine pour commencer, en vue de développer une politique nationale. Les conséquences des violences seront prises en charge (PTSD) prioritairement afin de contribuer au principe de cohésion sociale.
8. Une adaptation du PMA/PCA pour les zones urbaines (Bangui) est envisagée (paquet plus complet).

#### **Résultat 2/ Encadrement des structures déconcentrées: Appui aux Districts Sanitaires (préfectures) afin d'améliorer l'exécution des fonctions principales des équipes cadres.**

L'appui se fera de manière complémentaire à l'appui prévu sur le projet EU-OMS.

Cet appui sera assuré par l'ONG Internationale responsable du Résultat 1. Un encadrement technique par un expert santé publique (binôme 'double ancrage') est aussi prévu afin de donner un appui à l'ONG et au MSP au niveau central et déconcentré, et d'harmoniser graduellement les actions entre zones.

### Activités prévues :

L'appui à l'Equipe Cadre de District (ECD) contribuera à définir et mettre en œuvre une liste d'activités en rapport avec les fonctions-clés de l'équipe cadre de district, telles que :

1. l'établissement d'une planification et budgétisation annuelles (intégrant les différents appuis y inclus celui de l'Etat) ainsi qu'un suivi budgétaire, et la coordination des activités mises en œuvre par les différents partenaires. NB : pour ce faire une transparence de tous les partenaires est primordiale et ce point sera inclus dans les accords tripartites (Etat-Fonds-ONG).
2. Appui au développement d'une matrice des ressources humaines au niveau du district y inclus les besoins en formation.
3. Paiement des primes à l'ECD (en cas de besoins identifiés dans l'activité 1).
4. Appui pour des analyses mensuelles des données sanitaires et pour l'organisation des réunions de suivi avec les titulaires des formations sanitaires. L'objectif final de cette activité étant l'identification des goulots d'étranglement dans le fonctionnement des différents services/programmes et l'identification et mise en vigueur des actions y remédiant (voir aussi méthode de Tanahashi).
5. Appui à l'opérationnalisation du système de surveillance des maladies à potentiel épidémique (en fonction des gaps liés au projet EU-OMS).
6. Appui à la gestion des biens (inventaire, amortissement, entretien).
7. Etablissement d'une carte sanitaire (avec des indices sur la fonctionnalité des formations sanitaires).
8. Supervision formative pour veiller au respect des normes et procédures relatives à la fourniture des services (normes PMA/PCA, qualité, tarification –le cas échéant-, protocoles plaintes-traitements, registres des informations sanitaires, etc.).
9. Identification des priorités pour le développement de la préfecture sanitaire.

NB : aucun renforcement au niveau des équipes cadre des régions n'est prévu pour l'instant.

### **Résultat 3 : Appui Institutionnel au Ministère de la Santé**

Cet appui se fera de manière complémentaire à l'appui fourni par le projet EU-OMS, ainsi qu'aux activités financées par l'AFD.

La (re-)construction du système de santé doit se faire de façon graduelle en commençant par des activités essentielles. La mise en place d'une stratégie communautaire sera un élément clé du paquet de base (un projet EU-UNICEF adresse également la stratégie communautaire). Ces points seront intégrés dans le dialogue sectoriel. Les stratégies (et leur mise en œuvre incluant le niveau périphérique) des composantes essentielles du système de santé seront définies de concert avec les différents intervenants du secteur, dont l'OMS qui fournira une assistance technique sur ces aspects également, aux niveaux central et périphérique.

Une attention particulière sera accordée à la question de l'approvisionnement en médicaments essentiels, de qualité et à prix compétitif. Les récentes études et diagnostics réalisés démontrent une hétérogénéité des approvisionnements, un manque de contrôle qualité et ont identifié des défaillances dans le fonctionnement de l'UCM (Unité de Cession du Médicament – Centrale d'achat nationale publique). Une étude sur les Centrales d'Achat de Médicaments, qui en analyse le mode de fonctionnement et présente des données comparatives aux autorités centrafricaines dans le secteur, sera menée en vue de développer un modèle durable d'approvisionnement en médicaments en RCA.

La mise en œuvre des activités de ce résultat se fera par la fourniture d'assistance technique et d'études.

L'appui technique aux ONGs et au MSP au niveau central et déconcentré (au niveau district) sera assuré par un expert en santé publique travaillant en binôme avec l'expert attaché au niveau central du Ministère permettant d'assurer ainsi un relais entre la mise en œuvre au niveau périphérique et la fonction de régulation/normalisation au niveau central (principe de double ancrage).

Une série d'études et propositions concrètes seront effectuées de manière ad hoc par des experts court-terme.

#### Activités prévues :

1. fournir un appui institutionnel au Ministère de la Santé dans la poursuite de l'atteinte des objectifs du Plan de Transition;
2. fournir un appui au Ministère de la Santé pour le suivi et la coordination des actions du secteur de la santé financées sur le Fonds Bêkou;
3. préparer une éventuelle 2<sup>e</sup> phase d'action dans le secteur de la santé, financée sur le Fonds Bêkou.

### **3.3. Risques et hypothèses**

La sécurité des biens et des personnes reste la principale préoccupation pour la mise en œuvre de ce projet. Le niveau de violence atteint depuis décembre 2013 a généré un clivage ethnique et religieux profond. Par ailleurs, la déstructuration du tissu économique local et la hausse des prix des denrées alimentaires de base entraînent des tensions au sein de populations de plus en plus précarisées. L'incapacité du Gouvernement centrafricain à payer les salaires des fonctionnaires pourrait également être à l'origine d'une montée des tensions sociales et d'un rejet du Gouvernement de transition. Le respect des engagements pris par la communauté internationale devrait néanmoins permettre au Gouvernement d'assurer le traitement des agents de la fonction publique en 2014.

L'inexistence de capacités de transferts financiers vers l'intérieur du pays constitue aussi une réelle contrainte, limitant les capacités de réinstallation des services de soins de santé, comme de l'ensemble de la fonction publique à l'intérieur du pays.

La sécurisation de Bangui par la MISCA, les troupes françaises (opération Sangaris) sous mandat des Nations-Unies puis actuellement par la mission européenne (EUFOR-CAR) semble maintenant produire des effets concrets sur Bangui et certains axes. Les forces de sécurité sont également engagées à renforcer le niveau de sécurité dans les zones à risque. Le déploiement à compter de la mi-septembre 2014 de 12.000 soldats de maintien de la paix (opération MINUSCA des Nations-Unies) devrait permettre une couverture plus importante des foyers d'insécurité sur l'ensemble du territoire centrafricain.

Les opérateurs potentiels (ONG et Organisations Internationales), qui interviennent en RCA, ont bien conscience des risques et sont en mesure de développer des mesures compensatoires leur permettant de limiter considérablement les risques pour les personnes, tout en facilitant la mise en place de l'action et son acceptabilité dans les différents environnements sociaux.

Cependant, l'inexistence de services bancaires fonctionnels à l'intérieur du pays constitue un des facteurs de risque pour les ONGs qui doivent assurer non seulement l'acheminement des intrants, mais également de l'argent liquide vers la périphérie.

Dans l'hypothèse d'une dégradation ponctuelle et/ou généralisée, les actions pourraient être suspendues à titre provisoire ou réorientées afin de répondre temporairement aux besoins les plus urgents. Des critères précis seront définis, indiquant les types et niveaux de dégradation menant à la suspension ou à la réorientation des activités.

Un autre facteur limitant est l'infrastructure des routes. Pendant la saison de pluie, une grande partie du pays devient inaccessible, ce qui fait pression sur le démarrage et l'efficacité de l'action.



Les capacités d'absorption et la disponibilité de personnel qualifié restent les principaux défis pour la mise en œuvre de ce programme sectoriel.

Sur base des objectifs affichés par le Fonds dans le secteur de la santé, le rôle du Ministère de la santé et l'implication de son personnel s'avère essentiel. Les équipes encadrantes et l'ensemble du personnel de santé en poste dans les structures ciblées devront admettre le principe de cogestion avec les ONG internationales retenues pour la mise en œuvre des actions. Dans ce contexte, la création d'un accord tripartite fixant les rôles et les responsabilités de chacune des parties peut répondre à ces questions.

Les risques inhérents à la stabilité régionale, et notamment relatifs à la menace des épidémies (type Ebola) et des groupes terroristes, doivent également être pris en compte.

### **3.4. Questions transversales**

- L'action se concentre sur la prestation de services de base aux groupes extrêmement vulnérables dans une situation sécuritaire hautement volatile. L'accord contractuel pour la mise en œuvre de cette action comprendra des clauses visant un équilibre entre les hommes et les femmes.
- "Do No Harm"
- Groupes minoritaires

### **3.5. Parties prenantes**

Les bénéficiaires ultimes sont les Centrafricains, en particulier ceux qui bénéficient directement des activités liées à la santé dans cette action. D'autres bénéficiaires comprennent les communautés locales, les fournisseurs de services de santé, ainsi que les autorités sanitaires.

Le Ministère de la Santé est à la fois partie prenante et bénéficiaire de l'action, par l'appui qui lui sera prêté pour son renforcement et son rôle dans la formulation et la mise en œuvre de stratégies sectorielles adaptées au contexte actuel, mais dirigées vers le long-terme.

## **4. QUESTIONS DE MISE EN ŒUVRE**

### **4.1. Convention de financement, le cas échéant**

Pour mettre en œuvre cette action, il n'est pas envisagé de signer une convention de financement avec le pays partenaire. La République centrafricaine est signataire de l'Acte Constitutif du Fonds et sera associée à ce titre aux réflexions stratégiques permettant de soutenir le plan gouvernemental de transition.

Considérant les enjeux multiples aux niveaux central et périphérique, un accord de coopération tripartite (Ministère de la Santé, Opérateurs et Fonds) fixera les rôles et responsabilités de chacune des parties pour la mise en œuvre des actions.

### **4.2. Période indicative de mise en œuvre opérationnelle**

Chaque action au sein du programme aura une durée maximum de **18 mois**.

### **4.3. Modules et volets de la mise en œuvre**

Afin de pouvoir répondre aux besoins immédiats et d'assurer le lien avec les interventions réalisées dans le cadre de l'urgence, les modalités de contractualisation du Fonds seront :

Pour les résultats 1 et 2 : Les ONG internationales seront les opérateurs privilégiés. Ces organisations seront sélectionnées via un appel à proposition (gestion directe). La présence préalable dans la zone d'intervention et une capacité d'intervention immédiate démontrée des ONGs candidates au financement feront partie des critères d'évaluation.

Pour le résultat 3 : L'expertise sera mobilisée à travers la passation de marchés de service (gestion directe).

#### 4.4. Budget indicatif

Volet	Montant (EUR)
1. Soutien aux établissements sanitaires et appui parallèle aux districts (Subventions)	14 200 000
2. Préparation à une future action médicaments (Contrat de service)	100 000
3. Appui Institutionnel MSP central (Contrat de service)	500 000
Evaluation & Audit	200 000
<b>TOTAL</b>	<b>15 000 000</b>

#### 4.5. Évaluation et audit

Si nécessaire, des audits ad hoc ou de missions de vérification des dépenses pourraient être engagés par le Fonds pour un ou plusieurs contrats ou conventions.

Les audits et vérifications des dépenses seront effectués conformément à l'analyse de risque dans le cadre du plan d'audit annuel mené par la Commission européenne. Le montant consacré au budget à l'évaluation externe et à l'audit s'élève à 200 000 EUR.

L'évaluation et les missions d'audit seront mises en œuvre au moyen de contrats de service, en utilisant l'un des contrats cadre de la Commission prévu à cette fin ou, éventuellement, en ayant recours à la procédure négociée concurrentielle ou à la procédure d'appel d'offres.

#### 4.6. Communication et visibilité

La communication et la visibilité du Fonds constituent des obligations légales pour toutes les actions extérieures financées par le Fonds.

Pour la présente action, il y a lieu de prévoir des mesures de communication et de visibilité qui seront établies, avant le début de la mise en œuvre, sur la base d'un plan d'action spécifique dans ce domaine et financées sur le budget indiqué.

Ces mesures seront mises en œuvre a) par le Fonds et/ou b) par le pays partenaire, les contractants, les bénéficiaires de subvention et les entités désignées. Des obligations contractuelles adaptées seront respectivement prévues dans les conventions de financement, les procédures de marchés, les contrats de subventions et les conventions de délégation.

Le plan de communication et de visibilité de l'action ainsi que les obligations contractuelles nécessaires seront établis sur la base du manuel de communication et de visibilité applicables aux actions extérieures de l'Union européenne et des contributeurs.

#### **4.7. Liste d'annexes**

- Annexe 1 : Critères d'identification des zones couvertes
- Annexe 2 : Paquet de soins de santé prévu par niveau d'intervention
- Annexe 3 : Matrice d'intervention
- Annexe 4 : Carte des régions sanitaires
- Annexe 5 : Plan de transition du MSP