

Soutien en espèces au renforcement des systèmes de santé

Dossier de demande – Formulaire de demande de soutien

NOM DU PAYS: **République Centrafricaine**

DATE DE LA DEMANDE **1^{er} Juin 2015**

Le présent formulaire est destiné aux pays requérants qui souhaitent demander à Gavi un soutien en espèces au renforcement du système de santé (RSS). Ils sont encouragés à participer à un processus itératif avec les partenaires de Gavi, notamment les organisations de la société civile (OSC), pour élaborer des propositions de RSS avant le dépôt de cette demande de financement.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	1
Eléments clés du renforcement du système de santé de Gavi	2
PARTIE A - RÉSUMÉ DU SOUTIEN DEMANDÉ ET COORDONNÉES DU REQUERANT.....	5
i. Liste de contrôle d'une demande complète	5
1. Informations relatives au requérant	7
2. La Procédure de mise au point de la demande.....	7
PARTIE B - RÉSUMÉ.....	11
3. Résumé exécutif	12
4. Acronymes.....	13
PARTIE C - ANALYSE DE SITUATION	14
5. Statistiques clés sur la santé et le système de santé.....	14
6. Description du secteur national de la santé.....	16
7. Stratégie nationale de santé et évaluation conjointe de la stratégie nationale de santé (JANS)	19
8. Plan de suivi et d'évaluation pour le plan national de santé	20
9. Goulots d'étranglement du système de santé qui contrarient les résultats de la vaccination	21
10. Leçons tirées et expérience acquise	23
PARTIE D - DÉTAILS DE LA PROPOSITION	27
11. Objectifs de la demande	27
12. Description des activités	30
13. Chaîne de résultats.....	36
14. Suivi et évaluation.....	42
PARTIE E – BUDGET, ANALYSE DES ECARTS ET PLAN DE TRAVAIL	44
15. Explications détaillées du budget et plan de travail.....	44
16. Analyse des écarts et complémentarité.....	47
17. Pérennité.....	48
PARTIE F - MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE LIMITATION DES RISQUES.....	49
18. Modalités de mise en œuvre	49
19. Participation des OSC	51
20. Assistance technique.....	52
21. Risques et mesures d'atténuation	53
22. Modalités de passation des marchés et de gestion financière.....	56

Éléments clés du renforcement du système de santé de Gavi

Les éléments clés suivants mettent en exergue l'approche de Gavi du renforcement du système de santé et devraient être reflétés dans une demande de RSS. Ils sont présentés comme étant soit requis pour une subvention RSS de Gavi, soit recommandés pour une subvention de Gavi au RSS:

1. Éléments exigés:

- L'un des objectifs stratégiques de Gavi est de "contribuer à renforcer la capacité de systèmes de santé intégrés pour assurer la vaccination". Le soutien de Gavi au RSS a pour but de supprimer les goulets d'étranglement des systèmes pour parvenir à de meilleurs résultats en matière de vaccination, notamment avec une couverture élargie et un accès plus équitable à la vaccination. C'est pourquoi la demande doit être fondée sur une solide analyse des goulets d'étranglement et des écarts financiers. Elle doit aussi présenter une chaîne des résultats démontrant clairement le lien entre les activités proposées et l'amélioration des résultats de la vaccination.
- Le financement fondé sur la performance (FFP) est au cœur du soutien de Gavi au RSS. Toutes les demandes doivent être harmonisées sur la nouvelle approche de financement fondé sur la performance introduite par Gavi en 2012. La performance des pays sera jugée selon un ensemble prédéfini d'indicateurs du FFP en fonction desquels des paiements supplémentaires seront versés pour récompenser les succès obtenus dans l'amélioration des résultats de la vaccination. Dans le cadre du financement fondé sur la performance, la part programmée de la subvention au RSS doit être utilisée uniquement pour financer les activités du programme de RSS. Les pays ont plus de latitude pour déterminer comment ils souhaitent dépenser les paiements liés aux récompenses, à condition que ces fonds soient alloués au secteur de la santé. Ni le financement programmé ni les récompenses ne sauraient servir à l'achat de vaccins ni au paiement des obligations exigées par Gavi au titre du cofinancement des vaccins, pas plus qu'ils ne peuvent régler des impôts, taxes, droits de douane ou autres charges prélevées à l'importation des vaccins et fournitures associées.
- L'approche de Gavi exige un cadre de suivi et d'évaluation solide, une mesure et documentation des résultats, et une évaluation de fin de soutien. Les performances de la subvention RSS seront mesurées par des indicateurs intermédiaires ainsi que des résultats en matière de vaccination, tels que la couverture DTC-HEPB-HIB3, la couverture de la première dose d'un vaccin antirougeoleux, le pourcentage d'enfants totalement vaccinés, la différence de couverture DTC-HEPB-HIB3 entre les quintiles sanitaires supérieur et inférieur, le pourcentage de districts notifiant une couverture vaccinale DTC-HEPB-HIB3 d'au moins 80%. De plus, afin de mesurer et de documenter de manière systématique la qualité des données et les activités d'amélioration du système de données, des évaluations indépendantes et récurrentes de la qualité des données seront requises pour toutes les demandes RSS.
- L'approche de Gavi du RSS inclut un soutien pour renforcer les systèmes de données et améliorer la qualité des données. De solides systèmes d'information sont d'une importance fondamentale, aussi bien pour les pays que pour Gavi. Gavi exige que le pays ait en place des mécanismes systématiques afin d'évaluer de manière indépendante la qualité des données administratives et suivre les changements dans la qualité des données au fil du temps. De même, ils sont fermement encouragés à démontrer comment leur subvention sera utilisée pour aider à appliquer les recommandations ou les points d'action convenus lors de précédentes évaluations de la qualité des données. Le processus de réalisation d'évaluations périodiques de la qualité des données et de suivi des tendances devra être crédible et accepté au niveau national. Ainsi, l'inclusion d'un élément indépendant dans les évaluations pourrait faire appel à des institutions nationales qui sont extérieures au programme chargé de recueillir ou de superviser la collecte de données. Des informations détaillées sur les exigences de compte-rendu et de qualité des données figurent dans les Directives générales SVN/RSS pour 2015. Veuillez consulter la section 3 sur le suivi et le compte-rendu et l'annexe E sur la qualité des données.
- Gavi reconnaît l'importance de pouvoir compter sur des systèmes de chaîne d'approvisionnement efficaces et efficaces pour la gestion des vaccins et des produits sanitaires existants et nouveaux. Gavi a donc élaboré et approuvé en juin 2014 une stratégie liée à la chaîne d'approvisionnement¹. (Pour de plus amples

¹ Voir la section 3.5 de la Stratégie de chaîne d'approvisionnement de Gavi
<http://www.gavi.org/About/Governance/Gavi-Board/Minutes/2014/18-June/Minutes/05---Gavi-Alliance-immunisation-supply-chain-strategy/>

informations sur les initiatives stratégiques, veuillez consulter le bulletin d'informations à l'adresse <http://www.gavi.org/Library/Publications/Gavi-fact-sheets/Gavi-Supply-Chain-Strategy/>). L'évaluation et le plan d'amélioration de la gestion efficace des vaccins (GEV) sont des étapes essentielles dans l'approche stratégique de l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement dans les pays.

- Nouveau critère: Ainsi que le Conseil d'administration de Gavi l'a approuvé en juin 2014, toutes les futures demandes (en 2015 et au-delà) qui comprennent un financement par Gavi des équipements de la chaîne du froid destinés au stockage de vaccins doivent acquérir du matériel préqualifié par l'OMS via le programme PQS (Performance, qualité et sécurité). L'achat d'équipements non préqualifiés PQS n'est envisagé qu'à titre exceptionnel, après justification et accord préalable de Gavi.
- Gavi est favorable aux principes de l'alignement et de l'harmonisation (suivant les déclarations de Paris, d'Accra et de Busan et le Partenariat international pour la santé, IHP+). La demande doit démontrer que le soutien de Gavi est harmonisé avec les plans et procédures de santé du pays, qu'il complète le financement d'autres bailleurs de fonds et qu'il utilise les systèmes nationaux existants, par exemple pour la gestion financière et les activités de suivi et d'évaluation. Le cadre commun de suivi et d'évaluation de l'IHP+ sert de référence dans les Directives complémentaires pour les demandes de soutien au RSS.
- Gavi demande aux pays d'identifier et de renforcer les liens existants entre le soutien au RSS et la mise en œuvre de nouveaux vaccins (SVN de Gavi): les liens avec le renforcement de la vaccination systématique, l'introduction de nouveaux vaccins et la planification et lancement des campagnes doivent être démontrés dans la demande. Les pays devront démontrer l'harmonisation des activités liées aux subventions du RSS avec les activités financées à travers un autre type de soutien en espèces de Gavi, tels que les subventions pour l'introduction d'un vaccin et le soutien opérationnel aux campagnes vaccinales.
- Dans le cadre de l'introduction de vaccins, le soutien de Gavi au RSS doit être utilisé pendant les phases préalable et postérieure à l'introduction pour le renforcement du système de vaccination systématique, afin d'améliorer la couverture, par exemple au moyen de la mobilisation sociale, de la formation, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, etc. (voir les types de subventions au tableau 1 des Directives complémentaires pour les demandes de soutien au RSS) pour tous les vaccins soutenus. Ce soutien devrait compléter d'autres sources de financement, dont les subventions pour l'introduction de vaccins de Gavi
- Les demandes doivent inclure des informations sur les leçons tirées de la mise en œuvre de subventions antérieures de RSS de Gavi ou du soutien provenant d'autres sources telles que des subventions antérieures de soutien aux vaccins nouveaux, les outils d'évaluation de la GEV ou d'évaluation post-introduction, les examens du PEV, etc.
- Les demandes doivent donner des informations montrant comment la question de la pérennité des activités sera traitée et les résultats seront évalués d'un point de vue financier et programmatique au-delà de la période de soutien de Gavi.
- Les demandes doivent renseigner sur la manière dont la question de l'équité (du point de vue de l'égalité entre hommes et femmes, de la situation géographique et du statut socioéconomique) sera traitée.
- Les demandes doivent montrer la complémentarité et la valeur ajoutée du soutien de Gavi pour supprimer les goulets d'étranglement et renforcer le système de santé, par rapport au soutien d'autres partenaires et sources de financement, et par rapport à d'autres fonds de Gavi propres aux nouveaux vaccins et/ou aux campagnes de vaccination.

2. Éléments recommandés:

- Gavi soutient l'utilisation des évaluations conjointes des stratégies nationales de santé (JANS). Si un pays a entrepris une évaluation JANS, il peut en joindre les conclusions dans sa demande de soutien. Le Comité d'examen indépendant (CEI) utilisera les conclusions de l'évaluation JANS pour comprendre le contexte de la politique et du secteur de la santé, ce qui guidera son étude de la crédibilité et la faisabilité de la demande RSS.
- L'approche de Gavi du RSS inclut un soutien à la mobilisation communautaire, à la création de la demande et à la communication, notamment l'approche de communication pour la vaccination.

- Gavi soutient l'innovation. Les pays sont encouragés à penser à des activités novatrices et catalytiques susceptibles de supprimer les goulets d'étranglement afin d'améliorer les résultats de la vaccination.
- Gavi invite les pays à inclure un financement pour les OSC qui mettront en œuvre le soutien au RSS en vue d'améliorer les résultats de la vaccination. Les OSC peuvent recevoir un financement de Gavi de deux manières : i) Gavi verse les fonds au ministère de la Santé, qui les transfère à l'OSC, ou ii) Gavi vers les fonds directement à l'OSC. Prière de vous reporter au tableau 1 pour des types d'activités potentielles à inclure dans le budget pour les OSC et à l'annexe 4 des Directives complémentaires pour les demandes de soutien au RSS pour d'autres précisions sur le soutien de Gavi aux OSC.
- Recommandations : Les pays peuvent inclure des éléments stratégiques nouveaux dans leurs demandes de SVN et de RSS qui commencent à viser les trois éléments clés des principes de base de la gestion de la chaîne d'approvisionnement (les gestionnaires de chaîne d'approvisionnement, les tableaux de performance de la chaîne d'approvisionnement et les plans détaillés de gestion de la chaîne d'approvisionnement) et peuvent utiliser des ressources existantes telles que:
 - La GEV, le plan d'amélioration de la GEV et le rapport d'étape du plan d'amélioration de la GEV, qui doivent être soumis avec les demandes, le cas échéant, et qui pourraient aider à prouver l'état actuel de la chaîne du froid et les plans nationaux destinés à supprimer les goulets d'étranglement et à documenter l'élaboration d'un plan détaillé de gestion de la chaîne d'approvisionnement.
- Si l'approche actuelle FFP de Gavi est appliquée aux subventions de RSS au niveau national, Gavi encourage également les pays à utiliser le financement fondé sur la performance aux niveaux sous-nationaux. Lorsque cela est adéquat, les pays peuvent décider d'harmoniser le programme avec d'autres programmes de FFP, comme les programmes de financement fondé sur les résultats (FFR) de la Banque mondiale; dans ce cas, la proposition de RSS à Gavi doit contenir suffisamment d'informations sur la manière dont les financements seront harmonisés. En cas d'harmonisation avec un programme FFR de la Banque mondiale, veuillez présenter une note conceptuelle ou un document de conception du programme. Décrivez lesquels des objectifs de la subvention concernent le programme de FFP/FFR. Veuillez aussi joindre le cadre de résultats et le budget du programme de FFR. Veuillez noter qu'il faut plus d'un indicateur se rapportant à la vaccination dans un tel programme de FFP/FFR, s'il est proposé d'harmoniser la subvention de Gavi au RSS avec ce programme (voir la partie IV de l'introduction aux Directives complémentaires pour les demandes de soutien au RSS).
- Les requérants sont invités à identifier l'assistance technique et les besoins en renforcement des capacités pour la mise en œuvre et le suivi des subventions de RSS. Ils doivent inclure des détails sur l'assistance technique à court et moyen terme s'ils en font la demande, comme partie intégrante de la demande de soutien au RSS, afin de garantir une solide mise en œuvre et efficacité du soutien Gavi au RSS.

PARTIE A - RÉSUMÉ DU SOUTIEN DEMANDÉ ET COORDONNÉES DU REQUERANT

i. Liste de contrôle d'une demande complète

Une demande complète contient les documents ci-après. Les pays sont libres de joindre les documents nationaux complémentaires jugés nécessaires.

Formulaire de demande de soutien au RSS et annexes Gavi obligatoires		
N°	Annexe	
1.	Formulaire de demande de soutien au RSS	X
2.	Feuille de signatures du Ministère de la Santé, du Ministère des Finances et des membres du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS)	X
3.	Procès-verbal de la réunion du CCSS qui valide la demande	X
4.	Procès-verbaux des trois dernières réunions du CCSS	X
5.	Cadre de suivi et évaluation du RSS	X
6.	a. Budget détaillé, analyse des écarts et plan de travail ; b. Base de calcul Soumission GAVI RSS 2016-2018.	X
7.	Plan d'achat détaillé (18 mois)	X

Documents nationaux existants - Annexes obligatoires		
N°	Annexe	
8.	a. Plan de Transition du Secteur Santé (PTSS) ; b. PNDS II 2006-2015 (relayé par le PTSS).	X
9.	Plan national de suivi et évaluation (pour le secteur/la stratégie de la santé). Non disponible	
10.	Plan national de vaccination. Non disponible	
11.	a. Plan pluriannuel complet pour la vaccination (PPAC) du pays (2011-2015) ; b. PPAC 2015-2017 en cours de finalisation.	X
12.	a. Rapport d'évaluation de la GEV (évaluation réalisée au cours des 36 mois précédant la demande) ; b. Évaluation de la GEV Septembre 2011. Prochaine GEV inscrite dans les activités de la présente soumission pour 2016 ; c. Rapport de mise en œuvre des recommandations ; d. Mise à jour de l'évaluation du plan d'amélioration de la GEV – Septembre 2014.	X
13.	Le cahier des charges du Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS).	

Documents nationaux existants - Annexes supplémentaires		
N°	Annexe	
14.	Evaluation conjointe de la stratégie nationale de santé (JANS). Non disponible	
15.	Réponse à l'Evaluation conjointe de la stratégie nationale de santé (JANS). Non disponible	
16.	Si les transferts de fonds vont directement à une organisation de la société civile (OSC) ou à un réseau d'OSC, veuillez fournir les 3 derniers états financiers annuels publiés de l'OSC chef de file, vérifiés par un auditeur externe indépendant qualifié. Non applicable.	
17.	Plan de gestion des approvisionnements et des stocks des médicaments et dispositifs médicaux. Non applicable	
18.	Liste d'inventaire de l'équipement de la chaîne du froid et/ou analyse de la capacité de la chaîne du froid. Non disponible	
19.	Plan d'amélioration de la couverture. Non disponible	
20.	Analyse et plan d'équité.	X
21.	Evaluation de la subvention de RSS précédente. Non disponible	
22.	Liste des populations/districts cibles et critères de sélection. Districts cibles avec données	X

	démographiques	
23.	Rapport d'évaluation post-introduction. Non disponible.	
24.	Rapport d'examen/évaluation du PEV.	X
25.	Rapport de la dernière enquête auprès des ménages achevée. Non disponible.	
26.	Note conceptuelle ou document de conception du programme (comprenant un cadre de résultats et un budget) de tout programme de financement fondé sur les résultats (FFR) de la Banque mondiale ou un autre document de programme FFP/FFR, s'il est proposé d'harmoniser la subvention de Gavi au RSS avec un tel programme. Non disponible.	
27.	Rapport HeRAMS 2014	X
28.	Reprogrammation GAVI-RSS 2014-2015	X
29.	Plan d'action PEV 2015 (draft)	X
30.	Draft de l'arrêté portant création, fonctionnement et organisation du Cadre de Concertation Stratégique en Santé	X
31.	Draft de l'arrêté portant fonctionnement et organisation du Secrétariat Technique Permanent du Cadre de Concertation Stratégique en Santé	X
32.	Programme d'Urgence et de Relèvement Durable (PURD) de la RCA 2014-2016	X
33.	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté 2011-2015 (DSRP II)	X
34.	Inventaire et analyse de Gap de la chaîne de froid 2014	X
35.	Rapport Conjoint OMS/UNICEF de notification des activités de vaccination 2013 (JRF)	X
36.	Rapport sur l'enquête à indicateurs multiples (MICS IV-2010)	X
37.	Normes (des PMA-PCA) des districts sanitaires-2010	X
38.	Plan stratégique 2012-2016 du Systèmes des Nations Unies en RCA (UNDAF)	X
39.	a. Directives sur la gratuité b. Annexes sur les directives de la gratuité	X
40.	Rapport mission Directeurs du PEV à Douala	X
41.	Budget stratégies avancées 2015	X

1. Informations relatives au requérant	
Requérant:	Ministère de la Santé et de la Population
Pays :	République Centrafricaine
Titre de la proposition :	Soutien au renforcement du système de santé (RSS)
Date de début proposée :	Janvier 2016
Durée du soutien demande :	3 ans
Financement total demandé à Gavi :	7 560 000\$US
Coordonnées de contact	
Nom :	Dr Peggy Raymonde CONJUGO-BATOMA
Organisation et titre:	Directrice des Études et de la Planification
Adresse postale:	BP 883 Bangui RCA
Téléphone :	Tel: +236 75 03 33 09/+236 70 40 78 34
Télécopie:	
Adresse électronique:	pegconj@gmail.com ; pegconj@yahoo.fr

2. La Procédure de mise au point de la demande
<p>La conception de la demande a été placée sous la responsabilité de la Direction des Etudes et de la Planification. Le Ministère de la santé dispose en théorie d'un Comité Sectoriel Santé VIH/SIDA (CSS-VIH//SIDA) créé par Arrêté du Premier Ministre le 25 juillet 2008 et en charge de l'élaboration et la validation politique de toute stratégie de renforcement du système de santé. Cependant, celui-ci demande à être réactivé. Par ailleurs, un Cadre de Concertation Stratégique en Santé (CCSS) chargé de soumettre des recommandations stratégiques (sans pouvoir décisionnel) dans le cadre du Plan de Transition du Secteur Santé (PTSS) est en cours de création depuis décembre 2014, mais n'a toujours pas été activé.</p> <p>Dans ce contexte, un comité de rédaction a été mis en place par Note de Service N°956/MSPAFPGAH/DIRCAB/DGSCEH/DEP du 30 Octobre 2014 pour élaborer la soumission.</p> <p>Le Comité Technique d'Appui au PEV (CTAPEV) a été chargé de valider techniquement la soumission élaborée par le comité de rédaction.</p> <p>Le Comité de Concertation Inter-Agence (CCIA) a apporté la validation finale à la soumission de janvier 2015 et à la seconde soumission de mai 2015.</p> <p>Au niveau central, la Direction des Études et de la Planification a collaboré étroitement avec la Direction de la Santé Familiale et de la Population, la Direction du PEV, la Direction de la Communication en matière de Santé, la Direction du Développement des Infrastructures Sanitaires et la Direction des Ressources.. L'ensemble de ces directions travaillent en synergie pour le développement global et équitable du secteur de la santé.</p> <p>Par contre, la contribution des niveaux décentralisés a été relativement limitée. Cela s'explique principalement par le faible niveau de fonctionnalité des équipes cadres de Région et de District liés au départ d'une partie importante du personnel en raison des conflits qui secouent le pays depuis décembre 2012. Cette proposition entend justement travailler à la relance des instances du MSP au niveau décentralisé, en application du PTSS. Cependant, la plupart des Directeurs des Régions Sanitaires et certains Médecins Chefs de Préfectures/Districts/Circonscriptions Sanitaires ont contribué aux réunions de validation technique de la proposition.</p> <p>De même, la participation des OSC s'est principalement résumée à l'implication de L'Association des Œuvres</p>

Médicales pour la Santé en Centrafrique (ASSOMESCA) dans tout le processus d'élaboration partant de la rédaction, de la validation technique à l'adoption de la proposition. Les raisons de ces limitations sont similaires : le tissu associatif en RCA a été totalement déstructuré par les conflits et les déplacements de population. A noter que l'ASSOMESCA est depuis 20 ans de loin la principale OSC nationale en RCA, avec un important réseau de formations sanitaires confessionnelles et de dépôts pharmaceutiques.

L'élaboration de la proposition a été soutenue par les organisations partenaires suivantes : Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). En plus de ces agences, les organisations suivantes sont également intervenues pour l'examen de la proposition avant soumission à GAVI : Union Européenne, Agence Française de Développement et Banque Mondiale. L'OMS a également fourni une assistance technique à trois reprises : pour la première soumission en décembre 2014, pour la seconde et la troisième, en janvier 2015, réciproquement pour l'amélioration de la rédaction et le complément des sections 1 à 22, puis des sections 15 et 16 en plus des fichiers annexés y relatifs après la pré-revue effectuée à Genève.

Les préparatifs de l'élaboration de la proposition GAVI-RSS ont démarré le 16 mai 2014 à l'issue d'une réunion conjointe avec l'autorité du Département et ses principaux collaborateurs à l'issue de laquelle, une manifestation d'intérêt en vue de la soumission d'une requête pour le renforcement du système de santé de la République Centrafricaine a été envoyée à GAVI Alliance.

La manifestation d'intérêt a été suivie, après une série de contacts entre les partenaires clés (Gouvernement-OMS-UNICEF-UNFPA), par la création du Comité de rédaction le 30 octobre 2014. Ce Comité de rédaction multidisciplinaire est composé de la Directrice de la DEP, du Directeur du PEV, du Chef de Service de l'Information et des Statistiques Sanitaires, du Gestionnaire du projet GAVI-RSS, de la Responsable de Suivi et Evaluation à la Direction de la Santé Familiale et de la Population, du Directeur de la Médecine Préventive et de la Lutte contre les Maladies de deux représentants de l'OMS, de deux représentants de l'UNICEF et d'un représentant de l'UNFPA. Le Comité de rédaction multidisciplinaire a eu pour rôles de coordonner les différentes activités inhérentes au processus de rédaction ; de rassembler la documentation nécessaire ; et d'identifier les besoins en assistance technique et en faire part au bureau du Comité de Coordination du Secteur Santé VIH (CCSS) à travers l'élaboration d'une feuille de route qui a été financée par l'OMS pour un montant de 22 millions xxx F CFA.

Le comité de rédaction a assuré la coordination du processus depuis la rédaction des documents de la soumission, jusqu'à son envoi au Secrétariat de GAVI Alliance. Il répondra à toutes les demandes de clarification jusqu'à la notification de la réponse finale de GAVI Alliance.

Une première version de la soumission a fait l'objet d'une revue par les pairs à Libreville du 17 au 20 novembre 2014 au cours d'un atelier réunissant l'Équipe d'appui Inter Pays de l'Afrique Centrale (IST/AC), le Bureau Régional de l'OMS (AFRO), le siège de l'OMS (HQ), l'Alliance GAVI et les pays éligibles.

Les éléments ont été rassemblés dans un premier draft qui a bénéficié d'une Assistance Technique Internationale supportée par l'OMS composée d'un consultant du xx Décembre 2014 au 3 Janvier 2015.

Le document a ensuite été présenté au cours d'une consultation élargie lors d'un atelier organisé à l'Hôtel AZIMUT du 13 au 22 janvier 2015 impliquant outre les cadres des différents niveaux du système de santé, ceux du ministère du plan et des finances, des délégués des Organisations de la société civile, les ONGs, l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA. Une équipe technique restreinte (MSP, UNICEF, OMS, OSC) a procédé à la finalisation de la proposition du 23 au 25 janvier 2015.

Le Ministère de la Santé avait cependant conscience de soumettre un document sous-optimal. Tout au long du processus d'élaboration de la soumission, l'environnement sécuritaire volatile n'a pas permis à l'équipe de travailler en toute quiétude. Par ailleurs la mise à disposition tardive des consultants pour la finalisation du Costing de la proposition GAVI/RSS et pour l'élaboration du PPAC 2015-2019 a contraint le Ministère de la Santé à adresser une lettre à GAVI-Alliance pour solliciter le report de l'examen du document de la République Centrafricaine. Cela n'étant pas possible, le document a été soumis à une pré-revue organisée à Genève en février 2015, qui a adressé une série de recommandations techniques en retour.

Le Comité de Rédaction s'est remis à la tâche en mars 2015 et a bénéficié d'un appui technique additionnel de l'OMS sous la forme d'une consultance internationale au mois d'avril 2015 (l'un pour les corrections et l'amélioration du document). Le comité de rédaction a poursuivi l'élaboration du document durant les derniers jours d'avril pour renseigner l'outil de budgétisation et permettre ainsi de remplir la partie narrative y relative.

Le document a été présenté pour validation technique au CTAPEV le 30 avril 2015, puis représenté au CCIA pour approbation en date du 08 mai 2015 et présenté à l'équipe de pré-revue de l'OMS Genève début mai 2015.

Les dernières corrections ont été apportées dans la seconde quinzaine du mois de mai, validée par le CCIA et présentées à GAVI en date du 15 mai 2015.

Signatures: aval du gouvernement

Veillez noter que cette demande ne sera ni examinée ni approuvée par Gavi si elle n'est pas munie des signatures du ministre de la Santé et du ministre des Finances ou de leur représentant autorisé.

Ministre de la Santé

Ministre des Finances

Nom : Dr Marguerite SAMBA-MALIAVO

Nom : Mr Abdallah KADRE ASSANE

Signature :

Signature :

Date :

Date :

Signatures: Comité de coordination du système de santé (CCSS)

Nous, membres du CCIA, du CCSS ou d'un comité équivalent, nous sommes réunis le _____ pour examiner la présente demande. À cette réunion, nous avons approuvé cette proposition sur la base des documents d'appui figurant en annexe. Le compte-rendu de la réunion ayant approuvé la proposition est joint à la présente demande.

Prière de donner la liste de tous les membres du CCSS	Titre / Organisation	Nom	Veillez signer ci-dessous pour indiquer la participation à la réunion au cours de laquelle la proposition a été avalisée	Veillez signer ci-dessous pour indiquer la participation à la réunion au cours de laquelle la proposition a été discutée
Président(e)	Ministre/Ministère de la Santé et de la Population	Dr Marguerite SAMBA-MALIAVO		
Secrétaire	Directrice des Études et de la Planification/Ministère de la Santé et de la Population	Dr Peggy Raymonde CONJUGO-BATOMA		
Membres du ministère de la Santé	Directeur Général de la Santé Publique	Dr Thomas d'Aquin KOYAZEGBE		
Membres du ministère de la Santé	Directeur Général des Services Centraux et des Etablissements Hospitaliers	Pr Eugène SERDOUMA		
Partenaires du développement				
Membres des OSC	Coordonnateur CONASAN	Mr François DEWENBONA LEGUE		
OMS	Représentant/OMS	Dr Michel N'da Konan YAO		
UNICEF	Représentant/UNICEF	Mr Mohamed Malick FALL		
UNFPA	Représentant/UNFPA			

Veillez cocher la case qui convient pour indiquer si les signataires ci-dessus incluent une représentation d'une plateforme élargie d'OSC: Oui Non

Les membres individuels du CCSS peuvent adresser des remarques informelles à l'adresse : gavihss@gavi.org
Toutes les remarques seront traitées de manière confidentielle.

PARTIE B - RÉSUMÉ

La République Centrafricaine (RCA) vit depuis fin 2012 une crise militaro-sécuritaire majeure qui a mené à d'importants déplacements de population, une déstabilisation de l'organisation des soins de santé, et une dépendance croissante de l'Etat envers les organisations non-gouvernementales (ONGs) et les partenaires techniques et financiers (PTFs) dans le financement et la prestation de services de santé pour la population. Concernant la vaccination, ceci s'est traduit par la destruction/pillage des infrastructures sanitaires et des intrants, l'arrêt quasi-total de l'offre des services des soins incluant les services de vaccination, le déplacement du personnel de santé, et la perte de la capacité de préparation et de réponse aux épidémies.

Dans ces conditions, la RCA a bénéficié en 2014 d'une réallocation du soutien GAVI-RSS en cours jusque fin 2015 pour recentrer le solde de la subvention sur une série de priorités adaptée aux évolutions du contexte et aux conditions spécifiques de fonctionnalité et de sécurité.

La RCA a soumis en janvier 2015 une première requête pour une nouvelle soumission, bénéficiant d'une approche sur mesure en fonction des conditions spécifiques du pays. Suite aux remarques de la pré-revue assurée par l'OMS Genève en février 2015, il a été décidé de corriger le document pour une soumission à l'IRC de juin 2015 d'une proposition sur trois ans d'un budget de 7.56 millions de dollars US.

La situation du pays s'est quelque peu stabilisée mais le contexte militaro-sécuritaire reste imprévisible. La nouvelle soumission est donc construite en continuité de la reformulation 2014-2015, mais avec un focus plus marqué sur le renforcement institutionnel et l'intégration des services. En comparaison avec la reformulation 2014-2015, les avancées de la présente soumission sont principalement sur les volets suivants :

- Intégration dans un cadre stratégique plus large. La formulation tire profit et s'inscrit dans la mise en œuvre de documents stratégiques récents, avec en premier lieu le Plan de Transition du Secteur Santé (PTSS) 2015-2016 approuvé en mars 2015 et le PPAC 2015-2017 en cours de finalisation.
- Focus sur la coordination. Dans un contexte de dépendance financière et opérationnelle vis-à-vis des partenaires, la coordination autour de stratégies communes est devenue essentielle (PTSS 2015-2016).
- Approche de soins de santé intégrés. Le projet GAVI-RSS soutient la relance de la mise en œuvre de Paquet Minimum d'Activité, intégrant mais non limité aux activités de vaccination. Ceci implique aussi un appui aux centres et postes de santé, et non plus uniquement aux centres PEV.
- Soutien à la décentralisation. Les équipes cadre de région et de districts doivent être restaurés dans leur rôle de gouvernance et accompagnement local, en comparaison de la centralisation qui prévalait.

Les principaux goulots d'étranglement qui ont mené à ces choix sont les suivants :

- (1) L'offre de service est morcelée et de qualité insuffisante. Ceci est une conséquence évidente des dommages infligés par les conflits aux populations, personnel et infrastructures. C'est aussi la conséquence d'une définition tardive et peu appliquée du PMA. Il faut donc travailler à sa mise en œuvre, en appuyant le renforcement du système sur ses volets de ressources humaines, d'infrastructures et équipements, et de chaîne de froid et d'approvisionnement.
- (2) Les ressources financières sont insuffisantes et peu prévisibles. L'intervention doit se placer en complémentarité avec plusieurs autres interventions, actuellement peu coordonnées et peu documentées. Cette question est globale et doit être discutée au sein de l'organe en charge de la Concertation autour du PTSS.
- (3) L'information sanitaire n'est pas fiable ni utilisée pour la prise de décision. Les défauts de RH aux différents échelons rendent sa gestion difficile. La priorité est fixée dans le PTSS sur la surveillance

épidémiologique, étendue ici aux données de vaccination.

- (4) Les mécanismes de coordination souffrent de lacunes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'urgence a mené à une juxtaposition d'approches peu coordonnées. Le PTSS et le PPAC ouvrent la voie pour le développement d'approches conjointes.

En termes de zones d'intervention, la présente formulation reprend les régions sanitaires n°1, 2 et 3 de la moitié Ouest du pays qui sont actuellement supportées dans le cadre de la reprogrammation 2014-2015. Ceci répond à des critères de sécurité / accessibilité essentiels dans le contexte, ainsi qu'à des critères de densité de population pour optimiser les résultats du programme en termes d'augmentation de la couverture vaccinale globale du pays. Cela répond également à un souci d'équité géographique avec l'inclusion de la région 3 qui présente des indicateurs particulièrement alarmants en termes de fonctionnalité et de délivrance de services par rapport au reste du pays (voir étude HeRAMS). Il n'y a pas en RCA de différences significatives de taux de vaccination sur base du genre, et l'état de déprivation de la population suite au conflit rend les besoins de support et d'équilibrage socio-économique quasi universalisable en dehors de certains îlots à Bangui.

Les objectifs du programme apparaissent en droite ligne des principaux goulots d'étranglement exposés. Ils sont formulés comme suit :

- (1) Renforcer la gouvernance et la coordination des activités de vaccination aux niveaux central, régional et périphérique (1 439 444 USD) ;
- (2) Assurer les conditions et la qualité de l'offre de services de santé curatifs, préventifs et promotionnels en conformité avec les paquets minimum et complémentaires d'activité intégrant la vaccination dans les régions sanitaires 1, 2 et 3 (4 311 231 USD) ;
- (3) Renforcer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire pour la surveillance épidémiologique et le PEV (budget de 413 416 USD).

Les modalités de gestion proposées marquent un retour du leadership du MSP sur la coordination financière du programme GAVI-RSS, en comparaison avec la reprogrammation où les fonds avaient été confiés à l'UNICEF. Une Unité de Gestion du Projet (UGP) est renforcée à cet effet sous l'autorité de la DEP et sous le pilotage du CCIA. L'encadrement institutionnel s'étend désormais au rôle joué par le Cadre de Concertation Stratégique en Santé sur toute la mise en œuvre du PTSS, qui devient un interlocuteur privilégié du CCIA pour toute dimension RSS de la vaccination et pour gérer la complémentarité avec l'ensemble des autres interventions présentes et à venir. L'UNICEF et l'OMS restent des partenaires privilégiés, le premier pour toutes les questions relatives à l'approvisionnement, certaines réhabilitations, équipements et matériels de chaîne de froid ; le deuxième pour toute activité d'appui institutionnel.

Les OSC sont actifs dans le programme, à travers notamment la participation aux organes de coordination au niveau central et périphérique, le suivi des activités communautaires, mais aussi les organes de gestion et structures de coordination propre au système public de santé.

Les règles de transparence en vigueur en RCA sont d'application sur le programme, notamment avec des mécanismes de double signature (MSP+OMS) pour toute requête de déboursement, des reportings réguliers auprès du CCIA et des audits externes et internes sur base annuelle.

3. Résumé exécutif

4. Acronymes

Acronyme	Signification de l'acronyme
ASSOMESCA	Association des Œuvres Médicales pour la Santé en Centrafrique
AVI	Activité de Vaccination Intensive
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CCSS	Cadre de Concertation Stratégique en Santé
CPEV	Centre de PEV
CS	Centre de Santé
CSS-VIH/SIDA	Comité Sectoriel Santé VIH/SIDA
CTAPEV	Comité Technique d'Appui au PEV
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DIRCAB	Directeur de Cabinet
DGSCEH	Direction Générale des Services Centraux et des Etablissements Hospitaliers
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
ECD	Equipe Cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FOSA	Formation Sanitaire
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GT	Groupe Thématique
HeRAMS	Enquête rapide sur l'estimation des besoins de santé
MPN	Manager des Programmes Nationaux
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PS	Poste de Santé
PSRV	Plan Stratégique Régional de Vaccination
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTSS	Plan de Transition du Secteur Santé 2015-2016
PURD	Plan d'Urgence et de Relèvement Durable du Gouvernement de RCA
RSA	Rapport de Situation Annuel
RCA	République Centrafricaine
RS	Région Sanitaire
RSS	Renforcement du Système de Santé
UGP	Unité de Gestion du Projet
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

PARTIE C - ANALYSE DE SITUATION

5. Statistiques clés sur la santé et le système de santé

Vaccins actuellement utilisés par le programme de vaccination

Vaccin	Année d'introduction	Commentaires (notamment les changements prévus de produit, la perte vaccinale, etc.)
BCG	1979	
VPO	1979	
Pentavalent (DTC-HEPB-HIB-HepB+Hib)	2008	
VAR	1979	
VAA	1979	
VAT/Td	1979/2014	Le Td est introduit en 2014 en remplacement du VAT
PCV13	2011	

Vaccins que le programme de vaccination prévoit d'utiliser à l'avenir

Vaccin	Mois / année d'introduction	Commentaires	La planification de l'introduction du vaccin a-t-elle été prise en compte dans la demande de RSS ? Sinon pourquoi pas ?
Vaccin anti Rotavirus (Rotarix)	Juin 2016	Flacon de 02 Doses	Oui
VPI	Septembre 2015	Flacon de 05 doses.	Oui
MenAfriVac	Octobre 2017	Flacon de 10 doses	Oui
HPV	Juillet 2018	Flacon 2 doses	Oui

Accessibilité géographique

Pendant la saison des pluies, la communication terrestre est presque coupée entre Bangui la capitale et les Préfectures du nord-est dans la Région Sanitaire N°5 notamment la Vakaga et le Bamingui-Bangoran situés respectivement à 1250 Km et 675 Km, ce qui rend certaines interventions difficiles.

Le réseau routier interne de la RCA est constitué majoritairement de pistes rurales difficilement praticables en saison des pluies ne permettant pas d'accéder à certaines localités. Les voies aériennes quant à elles ne sont pas développées car, le pays compte moins de 20 aérodromes non bitumés et certains pratiquement inutilisables pendant la saison des pluies à cause des inondations pour certains et de manque d'entretien pour d'autres.

Données de la population par sexe et densité par Région Sanitaire en 2015

La Région Sanitaire N°5 du pays demeure sous peuplée avec une densité de 1,2 hbt/km². La Région Sanitaire N° 7 (Capitale ville de Bangui) est la plus dense avec 12 218 hbt/km² en 2015.

L'enquête à indicateurs multiples de 2010 (MICS IV) en rapport avec l'équité a permis de relever les éléments suivants :

Au niveau national, seulement 13% des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu tous les antigènes

Tableau 1 : Couverture vaccinale par antigène chez les 12-23 mois (MICS IV, 2010)

Antigènes	Couverture vaccinale (CV) des enfants de 12 à 23 mois
BCG	74%
VPO3	45%
DTC-HEPB-HIB3	32%
VAR	53%
VAA	61%

L'analyse des taux de couverture vaccinale par sexe et par antigène ne montre pas de différence significative entre

les garçons et les filles.

Tableau 2 : Couverture vaccinale en DTC-HEPB-HIB3 par lieu de résidence (MICS IV, 2010)

Lieu de résidence	CV en DTC-HEPB-HIB3
Rural	8%
Urbain	23%

Les enfants du milieu rural sont moins complètement vaccinés que ceux du milieu urbain (8% contre 23%). Seulement deux enfants sur 10 en milieu rural sont vaccinés avec trois doses requises de DTC-HEPB-HIB (22,2%) contre 5 enfants sur 10 en milieu urbain (51%) ;

Tableau 3 : Couverture vaccinale en BCG par Préfecture (MICS IV, 2010)

Zone	CV BCG < 1an
Bangui	93%
Sangha-Mbaéré	86%
Kémo	84%
Ombella-M'poko	84%
Nana-Grébizi	83%
Mambéré-Kadéi	81%
Nana-Mambéré	80,5%

L'accessibilité mesurée par l'antigène BCG, témoin d'un premier contact des enfants de moins d'un an avec les services de vaccination est bon dans sept des 17 des préfectures. Celui-ci demeure moyen dans 10 autres préfectures avec un taux variant de 50 à moins de 80%.

Tableau 4 : Couverture vaccinale en Penta 3 en fonction du niveau d'instruction de la mère e (MICS IV, 2010)

Niveau d'instruction des mères	CV en DTC-HEPB-HIB3
Secondaire	60%
Primaire	31%
Sans instruction	23%

Six enfants sur dix (60%) appartenant aux mères du niveau d'instruction secondaire et plus reçoivent plus les 3 doses de DTC-HEPB-HIB contrairement à trois enfants sur dix des mères du primaire (31%) et environ deux enfants sur dix des mères n'ayant aucune instruction (23%).

Tableau 5 : Couverture vaccinale en DTC-HEPB-HIB par Niveau de vie (MICS IV, 2010)

Niveau d'instruction des mères	CV en DTC-HEPB-HIB3
Pauvre	21%
Cadre moyen	28%
Riche	60%

Seulement deux enfants sur dix issus des ménages pauvres (21%) bénéficient de trois doses de DTC-HEPB-HIB comparativement à environ trois enfants sur dix vivant dans les ménages ayant un statut du bien-être économique moyen (28%) et près de six enfants sur dix appartenant aux ménages plus riches (60%).²

² Equity for Immunization in a Crisis Situation : Central African Republic, December 2014

6. Description du secteur national de la santé

Généralités

Avec une espérance de vie à la naissance de 47,7 ans (DSRP II 2011-2015) et un taux d'accroissement naturel de 2,5 %, la population centrafricaine est estimée à 4 953,015 habitants en 2015 (RGPH 2003). Les proportions des enfants de moins de 5 ans et de 5 à 14 ans représentent respectivement 17,3% et 22,7%. Cette population en grande partie rurale (62%) est constituée en majorité de jeunes âgés de moins de 18 ans (49%). L'Indice d'inégalité de genre est 0,768

L'incidence moyenne de la pauvreté est de 75% (37% en milieu urbain et 94% en milieu rural). L'intensité de la déprivation est de 59,3 (DSRP II 2011-2015)

Les indicateurs sur la santé de la mère et de l'enfant sont alarmants. Les taux de mortalité infantile et de mortalité infanto-juvénile sont respectivement de 116/1000, et 164/1000 en 2010, et le taux de mortalité maternelle est de 890 pour 100.000 naissances vivantes (MICS IV, 2010).

Les troubles militaro-politiques qui secouent la République Centrafricain depuis fin 2012 ont causé d'importants déplacements de population, mis à mal une économie déjà fragile, renforcé la déstructuration du système national de santé et réduit considérablement la fonctionnalité des services de santé ainsi que leur accès pour la population. Il est plus que probable que les indicateurs de santé se soient encore dégradés.

Gouvernance et organisation du système de santé

L'organisation du système de santé est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central du MSP est responsable de la politique générale du secteur, de la régulation du système ainsi que des programmes nationaux, des 5 hôpitaux et des 4 établissements de diagnostics centraux dont 1 privé. Il comprend le Cabinet du Ministre, la Direction de Cabinet, 3 Directions générales, 12 Directions centrales subdivisées en services et sections.

Au niveau intermédiaire, les 7 régions sanitaires sont responsables du suivi de la mise en œuvre des politiques définies par le niveau central et de l'appui technique au niveau périphérique (opérationnel).

Le niveau opérationnel est composé de 30 districts sanitaires, répondant encore à des dénominations différentes (12 préfectures, 10 districts et 8 circonscriptions sanitaires à Bangui). Un redécoupage sanitaire est prévu pour l'année 2016 qui devrait augmenter le nombre de districts.

Le PPAC 2015-2017 offre une description à jour de l'organisation institutionnelle des activités de vaccination. Elles sont coordonnées au niveau central par la Direction du PEV qui fait partie intégrante de la Direction Générale de la Santé Publique du Ministère de la Santé et de la Population. Elle est relayée au niveau régional par un superviseur Régional du PEV et un Point Focal Régional de la surveillance intégrée de la maladie et au niveau des Districts Sanitaires par un Responsable du PEV et un Point Focal de la surveillance intégrée de la maladie. La concertation inter-acteurs et le pilotage des activités est assuré par deux organes :

- Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) du PEV : principal organe qui veille à la gestion des activités du Programme Elargi de Vaccination créée par Arrêté ministériel N°0044 MSPP/CAB/SG/DGSP/SPEV du 7 février 2002.
- Comité Technique d'Appui au PEV : créée par Arrêté N° 113 MSPP/CAB/SG/DGSP/DMPM/SPEV du 11 Mars 2003. Structure pluri sectorielle et pluridisciplinaire placée sous la présidence du Directeur Général de la Santé Publique et appuie le CCIA dans ses prises de décision.

Les deux dernières années de conflit ont profondément nuit à l'organisation du système, particulièrement au niveau périphérique. Pillages et déplacements de population ont affecté tant les formations sanitaires que les équipes cadre aux niveaux région et district. Une Enquête rapide sur l'estimation des besoins de santé (Enquête HeRAMS) menée en 2014 avec le soutien de l'OMS donne une image précise du niveau de fonctionnalité des formations sanitaires et des services effectivement disponibles.

Le Plan de Transition du Secteur Santé (PTSS) en République Centrafricaine 2014-2016 a été développé pour répondre à ces défis nouveaux. C'est le fruit du travail conjoint d'experts du Ministère de la Santé Publique (MSP) et de l'ensemble des partenaires à la santé sur le second semestre 2014. Il s'inscrit en ligne avec le Plan d'Urgence et de Relance Durable (PURD) du Gouvernement, et à la suite du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) Il dont le terme était prévu pour fin 2015.

Le pari du gouvernement est d'arriver à sortir de la crise d'ici fin 2016, et pouvoir lancer un nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS III) à partir de 2017. Le plan de transition se veut plus dynamique et réactif

qu'un PNDS classique pour gérer au mieux la volatilité des contextes, la forte dépendance financière et opérationnelle du MSP par rapport à ses partenaires, et la coexistence nécessaire de logiques d'urgence et de développement.

Les structures de concertation sont en train de s'adapter. La fonction de validation technique et politique est officiellement confiée au Comité Sectoriel Santé VIH/SIDA (CSS-VIH/SIDA) depuis 2008, mais celui-ci demande à être redynamisé. Un Cadre de Concertation Stratégique en Santé (CCSS) est en cours de création pour faire bénéficier les instances politiques de recommandations stratégiques communes (MSP, PTF, ONG) autour du PTSS et de sa mise en œuvre, sans se substituer d'aucune façon au pouvoir décisionnel.

En termes de vaccination, la coordination est confiée au Cadre de Concertation Inter-Agence (CCIA), en lien avec le Comité Technique d'Appui au PEV (CTAPEV). Les activités actuelles se réfèrent encore au PPAC 2011-2015, mais une nouvelle version adaptée est attendue avant mi-2015. Ceci se traduira par la suite en plan national de vaccination et en plan de suivi-évaluation, qui sont encore indisponibles à l'heure actuelle.

Ressources humaines pour la Santé

La situation des Ressources humaines, présente une insuffisance numérique (voir les gaps dans le tableau ci-dessous). et sa distribution géographique inéquitable au regard des normes et standards internationaux, accuse une faiblesse en matière de qualifications, tant dans le domaine technique des soins que dans celui de la gestion du système.

Tableau 5: Situation du personnel/normes (PTSS 2015-2017)

Catégorie professionnelle	Normes	Effectif requis	Effectif actuel	Gap à intégrer
Médecins, Pharmaciens et Dentistes	1/10 000	485	267	218
Spécialistes paramédicaux (TS)	1/4 000	1 214	327	887
Infirmiers (IDE et assimilés)	1/4 000	1 214	1 144	70
Infirmière (SFDE/Assistante Accoucheuse)	1/4 000	1 214	596	618
Personnel administratif d'appui :				
Gestionnaire-comptable	1/Hôp/Etab diagnostic	25	8	17
Ingénieur en Génie civil	1 noyau central	5	1	4
Ingénieur/Technicien en Informatique (Data Manager GRH)	1 noyau central	4	1	3
Technicien en maintenance)	1/Hôp/Etab diagnostic	25	2	23
TOTAL		4 186	2 346	1 860

Cette situation est aggravée par la sortie en masse non compensée des Agents du Ministère de la Santé, admis à faire valoir leur droit à la retraite et l'exode de certains agents suite aux événements socio-politiques.

Les conflits ont mené à une fuite du personnel de santé vers la capitale où elle est sous-utilisée, sans que l'on en connaisse l'inventaire exact. Leur redéploiement implique de pouvoir leur garantir des conditions de sécurité acceptables et des solutions pratiques pour le paiement des salaires au niveau périphérique

Le secteur privé en RCA dans ce pilier du système regroupe les entités suivantes :

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

Infrastructures et prestation de services

L'étude HeRAMS apporte des informations capitales pour juger de la fonctionnalité des infrastructures et des capacités de prestation des services.

Le pays compte un total de 814 formations sanitaires, divisées en 674 publiques, 69 privées à but lucratif, 35 privés à but non lucratif et 37 confessionnelles.

27,7% de ces structures ont été totalement ou partiellement détruites avec une grande disparité entre régions allant de 6,8% dans la RS 2 à 46,1% dans la RS 3 (toutes deux ciblées par cette proposition).

Ceci, couplé avec les déplacements de personnel ayant fui les conflits, affecte la fonctionnalité des formations sanitaires : seules 55,2% d'entre elles étant considérées comme fonctionnelles à l'échelle nationale, avec des disparités inter-régions allant de 74,7% en RS 2 à seulement 24,4% en RS 3

La définition du Paquet Minimum d'Activités reste récente (2010) et n'a été appliquée que sur une partie des FOSA de premier échelon. Ceci est évidemment aggravé par les dommages subis depuis fin 2012. L'étude HeRAMS montre ainsi que seuls 46,7% des FOSA offrent des services de PEV, un pourcentage qui chute à 17,9% en RS 3.

Système National d'Informations Sanitaires

Le SNIS est institutionnellement représenté par le Service du SNIS dévolue à la Direction des Etudes et de la Planification (DEP). Il est supporté par deux comités :

- Le Comité de Coordination du SNIS mis en place par Arrêté N° 120 du 3 décembre 2010, principal organe qui veille à la gestion des activités du SNIS. Il est composé des cadres du Département de la Santé et des partenaires du Système des Nations Unies.
- Le Comité Technique de Gestion du SNIS créé par Arrêté n°119 du 3 décembre 2010 est une structure pluri sectorielle et pluridisciplinaire qui appuie le Comité de Coordination dans ses prises de décision.

En pratique, le Comité de Coordination du SNIS, le Comité Technique de Gestion du SNIS et les réunions d'analyse des données mensuelles et annuelles du SNIS ne sont pas opérationnels. Néanmoins des réunions de coordination du PEV et de la surveillance épidémiologique sont tenues dans les Régions et Districts Sanitaires.

A cela s'ajoute une mise en œuvre aléatoire du SNIS dans les FOSA, des taux de complétude et de promptitude largement insuffisants, un manque d'analyse des données mensuelles et annuelles du SNIS au niveau central, régional et de district ayant pour corollaire l'absence d'un mécanisme de coordination entre l'institut national de la statistique et le Ministère de la Santé, le manque d'intégration et de coordination entre producteurs et utilisateurs d'information sanitaire à l'échelle nationale et l'absence d'un système permanent de suivi-évaluation des données du SNIS. Toute fois au niveau central, une réunion mensuelle d'harmonisation des données du PEV et de la surveillance épidémiologique est tenue en vue d'analyser les données, relever et corriger certaines discordances et améliorer la complétudes et promptitudes des rapports.

Financement du secteur de la santé

A. Financement sur ressources domestiques

A1. Financement du Gouvernement

L'environnement des services de santé publique a totalement changé en Centrafrique avec les troubles militaro-politiques. L'Etat a perdu son monopole dans l'allocation des ressources de santé. Seuls 10% des dépenses pour la santé sont assurées par le Gouvernement, le reste étant majoritairement couvert par l'aide extérieure. Dans le contexte de crise actuelle, le Gouvernement a décrété mi-2014 une politique de gratuité des soins de santé en faveur des enfants de moins de 5ans, des femmes enceintes et allaitantes ainsi que des cas d'urgence sur toute l'étendue du territoire pour une durée d'une année. Il est probable que cette période soit prolongée sur la durée du Plan de Transition. En pratique, l'effectivité de la gratuité est intimement dépendante du support de financements extérieurs, bien qu'aucune étude n'ait encore été conduite à ce sujet Les autres sources de financement potentielles (population, collectivités locales, etc.) restent marginales.

A2. Financement communautaire

La communauté est impliquée dans la gestion du système à travers les organes des Soins de Santé Primaires dont le fonctionnement est mis à mal aujourd'hui par la gratuité des soins instaurée par le Gouvernement pour répondre aux besoins de la population en situation d'urgence sanitaire.

Le financement communautaire est constitué de :

Un système de recouvrement des coûts a été instauré en 1994 dans le cadre de l'Initiative de Bamako, avec des tarifs de consultations variant de 500 FCFA à 2000 FCFA selon le niveau de la structure et la qualification des praticiens. Pour le reste, le paiement des soins au point de service dépend des contributions des ménages (payements directes aux prestataires), dont la capacité de payer a été fortement affectée par la crise.

Une approche participative qui se mesure par la contribution de la communauté sous forme des travaux manuels, apports de matériaux et contributions financières directe pour la construction des postes de santé et les pharmacies villageoises dans les communes.

À ce jour, aucune étude n'a été réalisée pour cerner l'étendue ou l'importance du financement communautaire, encore moins des collectivités territoriales.

Aucune forme de mutualisation des risques ou des ressources (autre que le Budget de l'État) n'a été mise en

œuvre dans le pays.

B. Financement sur ressources externes

Sur le plan externe les sources de financement proviennent des dons et des prêts à travers les:

- Aides multilatérales : Les agences du Système des Nations Unies, Banque Mondiale, Fonds mondial, Union Européenne, BADEA, BAD, WWF et les autres ONGs humanitaires etc.
- Aides bilatérales: France, Allemagne, Japon, Chine, Egypte, Maroc etc.

Autres sources: GAVI-Alliance, Fondation Bill and Melinda GATES, Rotary international, CDC Atlanta.

Approvisionnement et distribution des vaccins et autres intrants

Le circuit d'approvisionnement en médicaments en RCA est assuré par trois (03) grossistes répartiteurs à savoir le Centrpharm, l'Unité de Cession du Médicament (UCM) et l'UDP (Unité de Dépôt Pharmaceutique) et deux (02) dépositaires : Shalina et Roffe Pharma ainsi que les confessions religieuses gestionnaires de dépôts pharmaceutiques. Les grossistes répartiteurs et les dépositaires n'importent que des médicaments qui ont reçu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en RCA.

L'UCM est la centrale d'achat nationale, créée aussitôt après la dévaluation du francs CFA en janvier 1994 pour permettre à la population d'accéder à des médicaments de qualité à moindre coût et disponibles géographiquement et financièrement. Malheureusement, l'UCM ne parvient plus aujourd'hui à remplir sa mission en raison de problèmes récurrents de gestion et de fonctionnement, et d'une perte de confiance vis-à-vis des fournisseurs à l'étranger. La quasi-totalité des partenaires présents dans le pays préfèrent faire appel à d'autres fournisseurs, ce qui se traduit par une multiplication des lignes d'approvisionnement en médicaments et intrants médicaux dans le pays.

Le système d'approvisionnement en vaccins et consommables fonctionne lui grâce à l'appui des Partenaires dans le cadre de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale en Afrique. Les vaccins sont commandés par l'intermédiaire de l'UNICEF. La fréquence d'approvisionnement en vaccins est de deux fois par an au niveau central. La distribution des vaccins et consommables du niveau central vers la Préfecture Sanitaire se fait une fois par trimestre. Faute de moyens logistiques (Camions de livraison, pickup 4X4) cette fréquence de distribution n'est toujours pas respectée.

La gestion des vaccins est informatisée au niveau central depuis 2005 (fichiers Registre_Stock_Intégral RCA et DVD MT), mais ne l'est pas encore au niveau décentralisé.

Au niveau des Préfectures Sanitaires, la gestion des données se fait essentiellement sur supports papier. Les outils de gestion PEV sont régulièrement révisés en intégrant les nouveaux vaccins.

7. Stratégie nationale de santé et évaluation conjointe de la stratégie nationale de santé (JANS)

Depuis près de deux (02) décennies, la République Centrafricaine a connu plusieurs séries de troubles militaro-politiques. Suite à la dernière vague de conflits socio-militaro-politiques, la communauté humanitaire au niveau mondial y compris l'Organisation Mondiale de la Santé a classé le niveau d'urgence de la RCA au degré le plus élevé à savoir le « grade 3 » à l'instar des situations humanitaires en Syrie et aux Philippines.

Pour appuyer les efforts du Gouvernement pendant cette période de crise humanitaire récurrente; de répondre aux besoins les plus urgents des groupes vulnérables ; de renforcer la résilience des communautés ; de préparer les conditions propices pour le relèvement économique précoce et la consolidation de la paix, le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté II a été « mis en veilleuse » et un Programme d'Urgence de Relèvement Durable (2014-2016) a été élaboré en ligne avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Par ailleurs, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) II, dont le terme est prévu pour fin 2015, n'est plus en adéquation avec la situation d'urgence que traverse le pays. La situation sécuritaire du pays n'a pas permis la tenue d'une évaluation conjointe de type JANS sur le PNDS II.

Pour répondre aux spécificités du contexte de crise actuelle, un Plan National de Transition du Secteur de la Santé couvrant la période de 2014-2016 a été élaboré et validé. La vaccination y figure parmi les programmes prioritaires prenant en compte les problèmes et défis liés à la santé de la population centrafricaine du fait de la contre-performance du PEV «avec seulement 28 % d'enfants complètement vaccinés en routine à l'âge de 1 an selon les données de fin 2013 ».

Le plan de transition a été organisé autour de cinq axes stratégiques :

- (1) Le renforcement du Ministère de la Santé dans ses fonctions de gouvernance ;
- (2) La mise à disposition d'un paquet minimum d'activités de qualité ;

- (3) L'amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant y compris le renforcement de la vaccination ;
- (4) L'amélioration de la gestion des urgences et catastrophes ;.
- (5) L'amélioration de la lutte contre les maladies.

Le renforcement de la vaccination est contenu dans l'axe stratégique 3 du Plan de Transition.

Le Programme Elargi de Vaccination de la RCA s'inspire de la Vision et mission de la Décennie des vaccins dans le but de parvenir à la couverture vaccinale universelle et s'inscrit dans le cadre du Plan Stratégique Régional de Vaccination 2014-2020 (PSRV).. Les objectifs du PSRV sont :

- Accroître la couverture vaccinale;
- Finaliser l'interruption de la transmission du poliovirus et assurer le confinement du virus;
- Eliminer la rougeole et entreprendre le plaidoyer en faveur de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale;
- Atteindre et maintenir l'élimination/le contrôle d'autres maladies évitables par la vaccination.

En vue d'atteindre ces objectifs, la RCA a retenu comme actions prioritaires:

- Amélioration de l'offre et l'utilisation des services de vaccination ;
- Interruption de la transmission du poliovirus d'ici fin 2015;
- Réduction d'au moins 90% de la morbidité et de la mortalité dues à la rougeole ;
- l'Élimination du Tétanos Néonatal dans la région Africaine de l'OMS d'ici 2017 ;
- l'introduction des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies..

l'intégration d'autres interventions essentielles à la survie de l'enfant

8. Plan de suivi et d'évaluation pour le plan national de santé

La République Centrafricaine ne dispose pas actuellement d'un plan de suivi-évaluation. Les approches de suivi-évaluation sont peu formalisées. En pratique, elles sont souvent influencées localement par les formats et méthodologies des partenaires soutenant les activités, ce qui nuit à une harmonisation au niveau national.

Un chapitre dans le Plan de Transition a été consacré au cadre et mécanisme de suivi et 'évaluation mais le gros reste à élaborer. Ainsi, le mécanisme de suivi/évaluation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est basé sur :

- La collecte des données de routine dans le cadre du SNIS qui ne permet pas actuellement d'assurer le suivi à chaque niveau du système. Un renforcement doit être planifié durant le plan de transition en vue d'offrir les conditions nécessaires pour relancer un SNIS de routine complet dans le cadre du PNDS III. Dans l'attente, l'accent sera mis sur la surveillance épidémiologique des maladies et sur la relance de certains éléments clés du SNIS. Les outils seront adaptés aux capacités et à la présence d'acteurs au niveau décentralisé.
- Le système de supervision et de monitoring qui a été mis à mal par le déplacement des membres des équipes cadres de régions et districts sur Bangui et les risques liés à la circulation à l'intérieur du pays. L'accent sera d'abord mis sur le développement de formats de supervision formative intégrée qui soient adaptés aux capacités des acteurs présents aux niveaux région et district. Ils seront au besoin différenciés selon les niveaux de fonctionnalité et de sécurité et la présence d'organisations partenaires (ONGs, PTFs) capables d'appuyer les activités de supervision.

Selon le degré de stabilisation et de retour à la fonctionnalité des zones, un système complet de supervision et monitoring sera progressivement réintroduit avec une supervision trimestrielle des activités des régions sanitaires par le niveau central, une supervision des districts tous les deux mois par les régions sanitaires, et une supervision rapprochée des formations sanitaires par les équipes cadres de district. L'urgence dans un premier temps va évidemment à ce dernier niveau, en vue de favoriser la relance de prestations de santé de qualité acceptable.

Outre des études, une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du plan de transition sera planifiée pour le deuxième semestre 2017, et servira à réorienter les stratégies pour la dernière année. Une évaluation finale sera réalisée en 2018 dans la perspective de l'élaboration du futur PNDS III.

Cadre de suivi évaluation spécifiques aux vaccinations : Expliciter comment le suivi-évaluation a été effectué pour les activités de vaccination précédemment (reprogrammation 2014 & avant) et comment cela peut impacter sur le plan de M&E à intégrer dans cette proposition.

En ce qui concerne les revues (à mi-parcours ou annuelle) du secteur de la santé, elles se tiennent selon les programmes de coopération entre le MSP et les Agences du SNU. Il n'y a pas encore eu à ce stade de revue conjointe annuelle. Celle-ci est planifiée pour 2016, avec un appui de GAVI dans cette proposition pour la formation des acteurs en charge de la revue.

9. Goulots d'étranglement du système de santé qui contrarient les résultats de la vaccination

PRINCIPALES CONTRAINTES SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Les goulots d'étranglement sont présentés dans cette section sous des thématiques globales, qui recoupent différentes dimensions du système de santé et des questions d'accès aux services. Il s'agit du résultat d'un brainstorming avec les membres du Comité de Rédaction de la proposition suite aux remarques issues de la pré-revue de février 2015.

La documentation analytique des goulots d'étranglement est contrainte par le peu de documents ressources dans le pays, et le fait que la période de conflit depuis fin 2012 change l'analyse par rapport aux documents antérieurs. Le Plan de Transition du Secteur Santé (PTSS) validé en mars 2015 offre une synthèse des documents antérieurs et une vision à jour, partagée et approuvée de l'état actuel du système de santé. L'analyse des problèmes prioritaires et des priorités par composante du PPAC 2015-2017 en offre une bonne illustration sur les questions spécifiques de vaccination.

Offre de service morcelée et de qualité insuffisante

Le premier défi d'augmentation de la couverture vaccinale tient à l'**existence même des services à l'échelle nationale**.

L'enquête HeRAMS apporte des chiffres alarmants à ce sujet : sur 814 formations sanitaires (hôpitaux inclus), seules 363 avaient officiellement le PEV dans leur paquet de service en 2014 dont 290 qui l'offraient effectivement de manière régulière (réf. HeRAMS). S'il y a un premier point sur lequel le financement RSS doit se concentrer, c'est bien de contribuer à réduire ce gap tant quantitativement que qualitativement. Cela pose à l'évidence de sérieux problèmes d'équité géographique dans l'accès aux services, partiellement comblés par les stratégies avancées.

Les causes de ce constat sont multiples et nécessitent une action conjointe sur différentes dimensions du système de santé

- **Paquet de services.** La définition des normes sanitaires nationale et du paquet minimum d'activité (PMA), reste récente. Sa mise en œuvre nécessite formation, dotations logistiques, adaptation des modes d'encadrement et de supervision etc. qui ont été rendues compliquées par les crises qui ont secoué le pays sur les dernières années. En dehors des défauts d'intégration du PEV dans le PMA, on note des insuffisances en matière de stratégies avancées. Le PPAC souligne ainsi une « insuffisance des stratégies en faveur des populations défavorisées pour la vaccination ».
- **Infrastructures et équipements.** À la suite de l'enquête HeRAMS, le Plan de Transition présente « *des besoins importants de réhabilitation et équipement suite aux pillages et aux destructions [qui touchent également la chaîne vaccinale, notamment la chaîne de froid]. Les moyens logistiques (roulant, communication, équipement) sont largement insuffisants. La recherche de solutions est contrainte dans de nombreux contextes par les questions sécuritaires.* » (PTSS 2015-2016). La gestion de la chaîne de froid et de la logistique d'approvisionnement s'est aggravée avec les événements récents soulignés dans le PPAC 2015-2017. La mise à jour du plan d'amélioration de la GEV de Septembre 2014 donne une vision relativement à jour de l'état actuel. La capacité de la chaîne de froid est suffisante au niveau central mais pose problème au niveau décentralisé notamment par le manque des dépôts relais au niveau régional pour le stockage et la conservation des vaccins. La chaîne de froid n'est active dans le pays que dans les formations sanitaires identifiées comme fonctionnelles lors de l'enquête HeRAMS et progressivement en voie d'amélioration avec l'installation et le remplacement en cours de réfrigérateurs. Par contre l'approvisionnement en pétrole pose problème en raison de la faillite des stations-services à l'intérieur du pays.
- **Ressources Humaines.** Le plan de transition pose également le constat que les « *formations sanitaires [sont] sous-staffées et concentrées sur Bangui. Les raisons sont à trouver notamment dans l'insécurité et l'absence de décentralisation du paiement des salaires. Le niveau de qualification du personnel reste le plus insuffisant par rapport au PMA/PCA dans un grand nombre de formations sanitaires* » (PTSS 2015-2016). On ne dispose pas encore d'inventaire des Ressources Humaines pour documenter la problématique, qui est largement acceptée par les acteurs du secteur.

- **Approvisionnement.** Les problèmes d'approvisionnement et d'acheminement des médicaments de manière générale sont pris en compte dans le PTSS, et ont poussé la plupart des PTFs et ONGs à développer des circuits d'approvisionnement parallèles. L'approvisionnement en vaccins et intrants du PEV échappe quelque peu à ces problèmes en étant principalement assuré par l'UNICEF depuis des années. Des lignes propres aux ONGs se sont rajoutées depuis 2013. L'UNICEF effectue l'approvisionnement en pétrole. Mais les niveaux décentralisés n'ont plus aujourd'hui la possibilité de venir chercher les vaccins comme ils le faisaient par le passé, dû au pillage des moyens roulants. Le pays ne dispose plus aujourd'hui que d'un camion réfrigérant fonctionnel (consacré au transport des vaccins de l'aéroport à la chambre de froide) et de deux camions en panne.

Défauts dans la mobilisation des ressources financières

Comme le pose le PTSS 2015-2016 pour l'ensemble du système de santé, le « financement du secteur [est] extrêmement dépendant des partenaires internationaux. La contribution de l'Etat représente environ 10% des dépenses totales en santé » (PTSS 2015-2016). Ceci concerne également les questions de vaccination, avec un Etat qui concentre ses maigres ressources sur la gestion de la crise, et des PTFs et ONGs qui tendent à focaliser leurs appuis sur les urgences les plus brûlantes, dans leurs zones d'intervention.

L'intervention GAVI-RSS devra se poser en complémentarité avec les interventions et financements existants. Il est difficile à ce stade d'en avoir une vision précise en raison de l'absence d'un mapping précis des partenaires (qui fait quoi et où). Le contexte est toutefois favorable, via les efforts de renforcement de la coordination et de la concertation entre acteurs initiée par le PTSS 2015-2016 et la création en cours du Cadre de Concertation Sectorielle en Santé (CCSS).

La contribution financière de l'Etat dans le secteur de la santé représente en moyenne 9% du budget général. Elle reste donc en deçà des objectifs d'Abuja (15%).

En 2014, le montant alloué par l'Etat pour le Programme Elargi de vaccination est de 781 929 165 FCFA ; à compléter (Voir l'analyse budgétaire PPAC)

Faible qualité et utilisation des données

Le PTSS constate de manière générale que « les données du SNIS sont peu fiables dû à un taux de complétude et de promptitude faible et à des compétences insuffisantes à tous les niveaux » (PTSS 2015-2016). Ceci est confirmé concernant la vaccination dans la revue externe du PEV et l'enquête de couverture vaccinale de 2012 (réf.). Par ailleurs, le PTSS précise plus loin que « le système d'alerte épidémiologique est à réactiver en premier » (PTSS 2015-2016) ce qui doit impacter directement sur toute activité relative à la vaccination.

Les causes sont multiples, liées à des carences au niveau de la formation et de la disponibilité du personnel, des défauts d'encadrement, une faible capacité des points focaux au niveau local, encore aggravés ces deux dernières années par les déplacements de population et du personnel.

Les données sont considérées comme peu fiables, et ne sont pas suffisamment utilisées pour la prise de décision à quelque niveau du système que ce soit.

Par ailleurs, depuis 2013, de nombreuses ONGs intègrent des activités de vaccination au sein de leurs paquets d'intervention, mais le partage d'information connaît des insuffisances en raison de l'inadéquation du mécanisme de rapportage des données de vaccination.

Dans les faits, le PTSS ne prône pas une relance d'un SNIS complet. A la place, il propose que « l'accent [soit] mis sur la surveillance épidémiologique des maladies et sur la relance de certains éléments clés du SNIS » (PTSS 2015-2016). Les raisons en sont simples : le pays ne dispose pas actuellement de l'encadrement et du personnel pour assurer un service d'information complet, il s'agit donc de se concentrer sur l'essentiel dans un premier temps. Ce qui devra être un point d'attention particulier pour la proposition GAVI-RSS.

Défauts de coordination et de gouvernance aux niveaux central et périphériques

« Le besoin de renforcer la coordination et la concertation stratégique entre MSP, PTFs et ONGs au niveau central et décentralisé » est présenté comme le premier défi du PTSS lié au système de santé (PTSS 2015-2016). « Il est nécessaire d'échanger expertise et analyse si l'on veut faire bénéficier le système de santé et la population centrafricaine des leçons tirées des interventions des partenaires dans le pays, et gérer au mieux le remplacement des interventions d'urgence par des interventions de développement. »

Via le CCIA et le CTAPEV, la question de la vaccination bénéficie d'instances relativement fonctionnelles comme en attestent les comptes rendus de réunion en annexe. Cependant, le draft de PPAC pointe des faiblesses de coordination et de capacités à tous les niveaux. En pratique, plusieurs agences mènent des actions de vaccination

avec une coordination insuffisante avec le ministère de la Santé. Cela peut se justifier par l'urgence des besoins mais peut également perturber le pilotage national des programmes de vaccination. Sans que ce soit spécifiquement documenté, cela prend la forme de différences au niveau des cibles (en termes de tranches d'âge), de cahier des charges (dictés par le siège des organisations), de format de rapportage et de compilation de l'information, et d'intégration dans l'ensemble des services prestés dans l'aire de santé.

La fonction de coordination centrale est donc à renforcer. Une opportunité importante est offerte en mettant les organes de concertation du programme en lien avec le Cadre de Concertation Sectoriel en Santé (CCSS) créé dans le cadre du PTSS 2015-2016. Il s'agit de construire des visions communes entre MSP, PTFs et ONGs permettant des approches concertées, tout en conservant un esprit critique et constructif par rapport aux interventions de chacun.

Le PTSS 2015-2016 précise aussi que la « présence du ministère [est] insuffisante au niveau décentralisé (région et particulièrement district), nuisant aux capacités du MSP d'exercer ses fonctions de gouvernance (régulation, planification, supervision, formation) et de coordination avec les partenaires présents localement. » (PTSS 2015-2016).

En pratique, on trouve au niveau district et région des équipes de taille et qualité variables, souvent insuffisantes, frappée par une « faible capacité technique, managériales et programmatique » (gestion efficace des vaccins, supervision, planification, autres), des « faiblesses de coordination de programme » (PPAC 2015-17, section 4.4) et des absences fréquentes en raison d'autres programmes.

Le suivi des activités de vaccination de routine reste faible, et principalement dépendant de visites orchestrées à partir du niveau central, avec ou non implication des équipes des régions et districts. La fréquence est insuffisante, en raison de conflits d'agenda et d'insuffisance de moyens roulants.

Éléments difficilement vulnérables à une intervention GAVI

- Problèmes d'accessibilité liés à l'insécurité dans certaines zones du pays
- Problèmes structurels hors de l'aire d'influence du MSP dans certaines zones du pays, tels que l'absence de système bancaire au niveau périphérique et les difficultés d'acheminement des paiements (notamment pour les salaires) ou l'absence de stations-services pour l'approvisionnement en pétrole.

10. Leçons tirées et expérience acquise

Les leçons tirées des expériences passées sont peu documentées. Il y a peu d'études ou de littérature grise sur le secteur de la Santé en RCA. Les revues et documents des dernières années apportent certes une information utile, mais qui est à balancer avec les transformations subies par le système entre temps et qui ont été peu documentées. Un effort majeur a été fourni avec l'étude HeRAMS. D'autres évaluations antérieures ou documents d'orientation politique ont été utilisés dans la mesure du possible (l'évaluation de la GEV de 2011 et les plan d'amélioration et rapports de mise en œuvre relatifs ; la revue externe du PEV de 2012 ; le draft du plan d'action du PEV 2015 en cours de finalisation ; le PPAC 2011-2015 et le PPAC 2015-2017 en cours de finalisation; la reprogrammation GAVI-RSS de 2014 ; Joint Report Forms (JRF) 2013 et 2014). Toutefois, la plupart des leçons exposées ci-dessous sont issues de constats partagés, mais non formalisés dans un document.

Objectif	Leçons tirées, mettant en évidence aussi bien les succès que les difficultés ; inclure tout enseignement tiré de la mise en œuvre d'une subvention
<p>Objectif 1 : Renforcer la gouvernance et la coordination des activités de vaccination aux niveaux central, régional et périphérique.</p>	<p>Dynamique actuelle de consensus sur les stratégies. Le MSP et ses partenaires ont atteint un consensus sur un PTSS 2015-2016, fixant des priorités stratégiques communes et adaptées au contexte de crise actuelle, malgré des positions de départ difficiles à concilier en raison de logiques et stratégies d'intervention différentes (ministérielle, urgentiste, développementaliste). C'est une dynamique sur laquelle capitaliser pour les activités de vaccination.</p> <p>Difficultés de coordination par le passé. Le Comité Sectoriel Santé VIH-SIDA créé en 2008 est le seul organe à vocation de validation politique mais s'est rarement réuni, fut peu documenté et demande à être redynamisé. La Revue Externe du PEV de 2012 déplore l'absence de structure de coordination au niveau périphérique, tout en reconnaissant la fonctionnalité du CCIA et CTAPEV au niveau central. Depuis fin 2013, le Cluster Santé réunit chaque semaine les partenaires opérationnels sur les questions d'urgence mais peine à progresser sur des questions stratégiques de coordination. La question est pourtant jugée essentielle (voir point suivant). L'implication des comités de coordination de soins de santé primaire s'est limitée à deux comités préfectoraux sur</p>

	<p>sept que compte la zone du projet.</p> <p>Problèmes actuels de concertation avec les acteurs humanitaires actifs sur la vaccination tant aux niveaux central que décentralisé. L'action humanitaire a nécessité des réactions d'urgence échappant aux schémas de planification nationaux. Sans que cela soit documenté, cela crée des frustrations fréquentes des deux côtés et des pertes d'efficacité (différence de cible ou zones d'intervention ; problème de traçabilité, d'évaluation de l'impact ; difficultés d'estimation des financements disponibles et gaps opérationnels et financiers, etc.)</p> <p>Flexibilité de l'approche taillée sur mesure. L'approche sur mesure de GAVI s'est révélée décisive pour permettre de répondre aux problèmes spécifiques du contexte par le passé. Notamment : l'extension de la tranche d'âge jusqu'à 23mois pour tous les antigènes lors des activités de vaccination Intensifiées (AVI) a permis d'améliorer la couverture vaccinale en 2014 et d'asseoir une immunité collective au sein des populations cibles ; le financement de salaires d'agents contractuels a permis de recruter du personnel et renforcer la fonctionnalité des FOSA.</p> <p>Centralisation et faiblesses des Equipes Cadres de Région et de District. La fuite d'une partie importante du personnel des équipes cadre et la centralisation des fonctions de gouvernance sont considérés comme ayant nuit à la pertinence des planifications et supervision. C'est également une difficulté majeure pour les ONGs actives sur le terrain qui peinent à trouver et mobiliser une représentation du MSP au niveau décentralisé.</p>
<p>Objectif 2 : Assurer les conditions et la qualité de l'offre de services de santé curatifs, préventifs et promotionnels en conformité avec les paquets minimum d'activité dans les régions 1, 2 et 3</p>	<p>Besoins importants en construction et réhabilitation. Selon l'enquête HeRAMS, le conflit depuis 2013 a entraîné au niveau national des pillages et destructions sur 27,7% des formations sanitaires, laissant juste 55,2% des FOSA avec une fonctionnalité acceptable. Les régions 1 et 2 ont été relativement épargnées par rapport au reste du pays. La RS 3 par contre a particulièrement souffert avec 46,1% des FOSA endommagées. Le besoin de relèvement des infrastructures est également à l'agenda du Plan d'Urgence et de Relèvement Durable (PURD) du Gouvernement. Cependant, 48 FOSA endommagées ont pu être réhabilitées et rendues fonctionnelles grâce à l'appui des ONGs sur financement de Fonds d'Urgence Humanitaire en 2014. Cet appui basé sur les directives de la gratuité des soins a permis d'améliorer l'accès aux services de Santé y compris la vaccination dans les zones affectées.</p> <p>Carence de personnel en quantité, qualité et allocation inéquitable. Les conflits ont entraîné de nombreux abandons de poste du personnel, avec une concentration dans la capitale. A défaut d'une cartographie du personnel, le phénomène n'est pas encore documenté, mais le constat est largement partagé. Cela a fortement contraint la prestation de services par le passé, et a contribué à une verticalisation sur une sélection de structures / personnes capables de les prêter. Au niveau vaccination, cela s'est notamment traduit par une focalisation sur les CPEV plutôt qu'une intégration dans les CS ou PS (voir ci-dessous). Avec la reprogrammation, 45 personnels de santé qualifiés ont été recrutés et affectés dans les FOSA de la zone du projet. Ce qui a amélioré la qualité de l'offre de service de santé en général et de celui de PEV en particulier.</p> <p>Outre les départs à la retraite et les décès du personnel, le Département de la Santé envisage faire intégrer 650 agents dans la Fonction Publique.</p> <p>Couverture insuffisante des FOSA offrant des services de vaccination (défauts d'intégration du PEV dans le PMA. L'enquête HeRAMS démontre que seuls 46,7% des FOSA intègrent le PEV à l'échelle nationale, chiffre qui tombe à 17,9% dans la RS3. Les chiffres sont comparables avec la revue externe du PEV de 2012 (avant la crise actuelle) qui posait que seuls 45% des formations sanitaires fournissaient des services de vaccination. Le PPAC 2015-17 en cours de finalisation pose également que seules 290 des 365 FOSA intégrant le PEV menaient effectivement les activités de vaccination avant la crise. le déficit en offre de service de vaccination s'explique par la définition tardive des normes sanitaires et paquets minimums d'activité (2011) qui reste irrégulièrement appliqué à l'échelle nationale.</p> <p>L'approche du financement basé sur les résultats a motivé certaines FOSA à intégrer dans leur PMA la vaccination, augmentant ainsi le nombre des centres PEV.</p>

	<p>Prise en charge disparate du paquet de services. L'étude HeRAMS propose également une cartographie des services disponibles par région pour une diversité de services, qui montre une très grande disparité de l'offre entre régions. Les régions 1 et 2 présentent un profil sensiblement moins dramatique que les régions de l'Est du pays, tout en restant extrêmement préoccupant. La région 3 par contre reste largement dans le rouge.</p> <p>Importance d'une approche intégrée. L'intégration d'activités à haut impact sur la survie et développement de l'enfant (déparasitage, supplémentation vitamine A ; Fer Acide Folique pour femmes enceintes, MILDA) ont été très positivement perçus par les équipes en charge de la vaccination au niveau central, et stimulé la volonté actuelle d'approche intégrée. On le retrouve notamment dans la focalisation de la présente proposition sur l'inclusion de la vaccination au sein du PMA.</p> <p>Succès des Activités de Vaccinations Intensives. Des collaborations récentes durant la période de crise entre le MSP et les ONGs actives sur le terrain ont permis le développement d'approches ou stratégies innovantes résultant dans une augmentation conséquente des couvertures vaccinales (ex : augmentation du Penta3 de 28% en 2013 à 45% en 2014) . Cela souligne le besoin de créativité face à la déstructuration du système et la mobilité des populations, et l'importance d'une collaboration stratégique et opérationnelle avec les ONGs.</p> <p>Gestion déficiente des Vaccins. L'évaluation de la GEV de 2011 donne un constat inquiétant de la gestion des vaccins en RCA avec une performance globale avoisinant les 60% aux niveaux central, préfectoral et FOSA. La situation s'est évidemment dégradée depuis, notamment en matière de chaîne de froid, de capacités de gestion au niveau décentralisé (en raison des déficits RH) et de capacités logistiques d'approvisionnement. Le constat est confirmé par le draft de Plan d'Action PEV 2015 qui déplore des ruptures en vaccins et autres intrants dans de nombreuses FOSA.</p>
<p>Objectif 3: Renforcer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire pour la surveillance épidémiologique et le PEV</p>	<p>Expérience d'études et de documentation de grande ampleur. Le pays est parvenu par le passé à réaliser des études de qualité, notamment via l'EDS 95-96. Le projet de renforcement de la surveillance épidémiologique en Afrique Centrale (SURVAC) a également été l'occasion de tester les capacités du pays dans l'utilisation de système de gestion intégré. En-dehors des enseignements issus de l'étude HeRAMS, le niveau de documentation et de preuve est cependant très faible.</p> <p>Déficiences sur le rapportage des données de vaccination. La Revue Externe du PEV de 2012 soulignait déjà avant la crise de sérieux soucis en matière de rapportage (ex : seuls 20% des CS rapportant les données avec exactitude). La crise n'a certainement pas amélioré les chiffres. Cela motive la volonté de refocaliser provisoirement le système d'information sanitaire sur un nombre limité d'indicateurs, gérables par les acteurs locaux et permettant d'orienter adéquatement la prise de décision.</p> <p>Différences de formats / outils collecte et de rapportage des données entre les organisations. L'intervention d'autres acteurs utilisant des supports de collecte des données de format différent de ceux utilisés au niveau national ne permet pas de disposer des données fiables.. Ceci ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble et met en doute la complétude de l'information. Un rapprochement des formats de rapportage est requis à terme.</p> <p>Les exercices d'harmonisation des bases de données de la surveillance et de PEV ainsi que les missions des DQS réalisées en 2014 et en 2015, conjointement par le MSP, l'IPB, l'UNICEF et l'OMS ont permis d'améliorer la qualité des données. Ce cadre de concertation est à vulgariser au niveau périphérique.</p> <p>Conséquences de défauts de rapportage. Les activités de vaccination intensifiées (AVI) ainsi que la mise en œuvre de la stratégie Atteindre Chaque District avait permis à la RCA d'améliorer significativement les couvertures vaccinales de 2006 à 2007. Du fait de certains manquements relevés dans la complétude des données qui ont entravé à la qualité des données de vaccinations (les enfants étaient vaccinés et juste pointés dans les fiches de pointage comme vaccinés sans le rapporter</p>

nominativement dans les registres de vaccination du PEV de routine), l'appui de GAVI avait été momentanément suspendu. Ceci reste dans les mémoires des équipes nationales du PEV comme une leçon sur l'importance de la qualité des données pour mobiliser et pérenniser les financements des donateurs.

Déficiences actuelles du système national d'information sanitaire. Sans que cela soit résumé dans un document, il est largement reconnu que le système d'information souffre de taux de complétude et de promptitude faible, encore aggravés par la crise. Le peu d'information produite est compilée, mais n'est plus approuvée depuis 2012 ni utilisée pour la prise de décision.

PARTIE D - DÉTAILS DE LA PROPOSITION

11. Objectifs de la demande

La proposition s'intègre étroitement dans le cadre du PTSS 2015-2016, non seulement sur les activités de vaccination en tant que telle, mais aussi en intégrant les spécificités propres du PTSS2015-2016 par rapport aux plans nationaux antérieurs, (vision commune et coordination avec les ONGs et PTFs pour surmonter la période de crise actuelle, focus sur la gouvernance et la relance opérationnelle, différenciation des normes et paquets selon les conditions locales de fonctionnalité, relance d'un système d'information adapté aux capacités et besoins essentiels, etc.).

L'actuelle proposition s'aligne sur le PPAC 2016-2017 en cours de finalisation, Cependant elle recoupe clairement, sans les reprendre stricto sensus, les grands objectifs RSS présents dans le document actuel ainsi que dans le draft du Plan d'Action PEV 2015 (renforcer la planification ; améliorer l'offre de services ; intégrer la vaccination dans les PMA ; renforcer les capacités à différents niveaux ; appuyer le monitoring ; stockage et chaîne de froid ; transport ; supervision formative ; motivation du personnel).

La proposition s'inscrit dans la continuité de la reprogrammation d'urgence 2014-2015 et veille à maintenir le support des activités clés, à l'exception évidente des investissements déjà réalisés.

Enfin, elle veille à compléter les autres interventions planifiées au niveau central et décentralisé, particulièrement les supports institutionnels procurés via le fonds multi-bailleurs Bêku actif dans les trois régions d'intervention.

L'intervention va se focaliser sur le niveau central et les Régions Sanitaires 1, 2 et 3, qui sont également les zones sur lesquelles s'était refocalisée la reprogrammation 2014-15. C'est un choix pragmatique, répondant à des critères de sécurité / accessibilité et de densité de population. C'est sur ces régions denses que l'on peut espérer avoir l'impact le plus important en matière d'augmentation de la couverture vaccinale globale du pays. Cela répond également à un souci d'équité géographique avec l'inclusion de la RS 3 qui présente des indicateurs particulièrement alarmants en termes de fonctionnalité et de délivrance de services (voir étude HeRAMS). Il aurait pu y avoir une logique à orienter également la programmation vers les zones de la moitié Est du pays, mais au risque de conditions de travail hasardeuses, auprès de populations éparpillées et mouvantes nécessitant des stratégies coûteuses, et avec des difficultés importantes en termes de dotation de personnel et de collaboration avec les partenaires et la population. Comme clarifié dans la section 5, il n'y a pas de souci particulier d'équité sur les questions de genre. Les autres dimensions (ex : équité socio-économique) sont naturellement prises en compte par l'état de pauvreté et de vulnérabilité des populations dans leur ensemble.

En pratique, cela représente : une équipe de gestion au niveau central ; trois Equipes Cadres de Région (ECR) ; 10 Equipes Cadres de District (ECD) ; 380 FOSA (soit 80 % des FOSA des zones ciblées) répartis sur les 10 districts. A noter que le nombre d'ECD à supporter devrait passer de 10 à 19 après le redécoupage sanitaire, avec un support attendu du financement GAVI-RSS sur infrastructures, dotations, formation et accompagnement.

Objectif 1 : Renforcer la gouvernance et la coordination des activités de vaccination aux niveaux central, régional et périphérique.

L'objectif 1 s'inscrit en ligne du premier résultat attendu du PTSS2015-2016 en termes de renforcement institutionnel et de restauration des fonctions de gouvernance.

Il prend à sa charge la **concertation stratégique entre MSP et partenaires** sur les questions de vaccination au niveau central et périphérique au sein du Comité de Concertation Inter Agence (CCIA). Celui-ci s'inscrira en lien avec le travail de recommandations stratégiques pour la mise en œuvre du PTSS effectué par le Cadre de Concertation Stratégique en Santé (CCSS). Un Groupe Thématique spécifique sur la vaccination sera créé avec 5-6 experts techniques du MSP et des partenaires pour préparer le travail du CCIA et du CCSS.

Il veille également à rétablir une capacité technique et matérielle d'encadrement et de supervision aux niveaux régions et district à travers le **renforcement des équipes cadre** des RS 1, 2 et 3. Ceci complète l'intervention du fonds multi bailleurs Bêku sur une sélection d'ECD, ainsi que le support de certaines ONGs. Un souci particulier sera porté sur la RS3 qui présente les indicateurs les plus inquiétants de prise en charge et de fonctionnalité des services. Cet appui impacte sur l'ensemble des activités de santé au niveau décentralisé, avec un focus particulier sur la vaccination.

Il poursuit les objectifs de **renforcement de la participation communautaire et de collaboration multisectorielle** déjà initiés sous la reprogrammation 2014-2015.

Enfin, il comporte un volet important de **suivi et documentation en vue de la prise de décision**, via le renforcement des capacités de supervision, et le financement d'études, d'assistances techniques et d'audits. Il prévoit également les évaluations nécessaires au programme et la formulation de soumissions futures. Ceci est en cohérence avec la logique du PTSS 2015-2016 de préparer la sortie de crise et le développement d'un futur PNDS III.

Objectif 2 : Assurer les conditions et la qualité de l'offre de services de santé curatifs, préventifs et promotionnels en conformité avec les paquets minimum d'activité dans les régions 1, 2 et 3

Le résultat 2 du PTSS 2015-2016 et de nombreux volets du PPAC mettent l'accent sur le besoin de renforcement intégré de l'offre de service, via des interventions sur différents domaines de renforcement du système de santé.

L'objectif 2 s'inscrit dans cette ligne. Il vise globalement à assurer les conditions d'une **relance d'un paquet minimum d'activité complet** au niveau des formations sanitaires des RS 1, 2 et 3 avec un accent plus particulier sur les questions de vaccination pour cibler les enfants. La généralisation du PMA au premier échelon est un des enjeux importants. Il s'accompagne de la mise en œuvre effective de l'approche ACD dans toutes ses composantes sur lequel le pays a eu récemment des expériences positives, et de **volets communautaires** notamment pour la recherche des perdus de vues.

Compte tenu des dégradations récentes, l'objectif 2 implique un important volet logistique sans lequel les activités de vaccination seraient impossibles. Il s'agit également pour le pays de se préparer au futur retrait des ONGs et PTFs qui jouent encore un rôle clé dans la vaccination et autres activités de santé. Cela passe par des **réhabilitations de formations sanitaires** et les dotations afférentes, le rétablissement de capacités de **chaîne de froid** du niveau central jusqu'aux populations et le renforcement des **moyens techniques d'approvisionnement**.

Les ressources humaines seront supportées via des programmes de **renforcement de capacités** (en fonction des exigences du PMA et des stratégies de vaccination) et des mécanismes de **motivation financière et non-financière**. A noter que certaines dimensions sont dépendantes de facteurs exogènes. Il s'agit notamment de la capacité du Gouvernement à redéployer le personnel dans les zones périphériques, dans un contexte où une partie importante de ce même personnel avait déserté ces zones pour des questions de sécurité et des difficultés pratiques.

Objectif 3: Renforcer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire pour la surveillance épidémiologique et le PEV

Le PTSS ne comporte pas de résultat ou domaine d'intervention spécifique lié à un SNIS au niveau national. Par contre le PTSS 2015-2016 insiste dans le premier résultat sur le « renforcement de la production et de l'utilisation de l'information ». Ceci répond à une logique. De nombreuses formations sanitaires sont sous-staffées tant quantitativement que qualitativement. Il est préférable pour la relance du système de concentrer le personnel sur la production d'information essentielle, plutôt que le noyer sous les exigences d'un SNIS qui serait mal complété.

L'accent a été mis dans le PTSS sur la surveillance épidémiologique, étendue dans le cadre de cette proposition au PEV.

Le programme va supporter le **développement de formats d'information sanitaire adaptés** aux capacités locales et besoins essentiels, allant d'un paquet de base (surveillance épidémiologique et données de vaccination) à un SNIS complet. Les **outils et modules de formations** afférents vont être supportés en vue d'assurer la production à l'échelle nationale d'une information de base nécessaire à la prise de décision, notamment en matière de surveillance épidémiologique et de vaccination.

Ceci nécessite aussi le **renforcement et la maintenance du parc informatique** au niveau central et dans les trois régions concernées par l'intervention.

Par ailleurs, le programme supportera toute autre activité nécessaire pour **garantir la qualité et stimuler l'utilisation de l'information collectée**, y inclus au niveau décentralisé, notamment via un soutien au monitoring, des réunions d'harmonisation des données et des activités de micro planification au niveau décentralisé.

Objectif 4: Gestion du programme

Objectif générique, il permet d'avoir une plus précision sur les activités de support du programme. Les principales

activités retenues ici ont trait à l'administration du programme.

Il est important de faire la part des choses entre le renforcement institutionnel qui est une partie intégrante du renforcement du système de santé l'administration du programme GAVI RSS.

Cet objectif aurait du intégrer les charges liées à la gestion du système de passation des marchés. A l'analyse cela c'est avéré lourd sur le plan organisationnel : plus ressources humaines, plus de support bureautique, des primes supplémentaires pour les cessions des commissions, etc. Dans ce contexte et en conformité avec l'esprit de la déclaration de Paris portant sur l'aide au développement, l'équipe de rédaction a convenu de confier cette question au système national existant. Cette approche exigera cependant qu'il soit mis en place un dispositif d'accompagnement et des ressources nationales (fonds de contrepartie) pour éviter que la passation des marchés ne soit enfin de compte un goulot d'étranglement pour le projet.

12. Description des activités

Objectif / activité	Tâche (budget) ³	Explication du lien avec l'amélioration des résultats de la vaccination
Objectif 1 : Renforcer la gouvernance et la coordination des activités de vaccination aux niveaux central, régional et périphérique.		
1.1. Assurer les moyens de fonctionnement d'une Unité de Gestion du Projet sur le programme	1.1. Développer un logiciel spécifique au contexte national pour le traitement de l'information sanitaire à tous les niveaux 1.2. Elaborer un manuel détaillant tous les aspects de gestion administrative, financière et comptable liées au projet GAVI-RSS 1.20. Mettre en place des supports de visibilité	L'activité inclut le développement d'un logiciel spécifique au contexte national pour le traitement de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide, de même que l'élaboration d'un manuel détaillant tous les aspects de gestion administrative, financière et comptable liées au projet GAVI-RSS, ainsi que les frais d'abonnement internet.
1.2. Supporter les organes de concertation stratégique inter-acteurs au niveau central et périphérique	1.3. Assurer la coordination (réunions du CCIA au niveau central) 1.4. Organiser les réunions du groupe technique (UNICEF, OMS et PEV) du CTAPEV au niveau central 1.5. Appuyer la tenue des réunions des Comités Préfectoraux des SSP pour la validation des données ou documents élaboré au niveau décentralisé	Les activités de vaccination demandent une coordination accrue au vu de la coexistence de différents acteurs (MSP, PTF, ONG). Le programme supportera les activités du CCIA et du CTAPEV. La création du CCSS et des groupes thématiques afférents au sein du PTSS ainsi que l'existence du Cluster Santé sur les questions opérationnelles offrent une opportunité à saisir pour une approche RSS intégrée autour d'un PMA complet. En pratique, des groupes techniques restreints UNICEF OMS et PEV se réunissent déjà pour faciliter les décisions du CTAPEV et du CCIA. Il joue le rôle de groupe thématique vaccination prévus dans le cadre du CCSS. Au niveau périphérique, l'activité va de pair avec le support au renforcement des équipes cadres de région et district. L'enjeu est notamment de s'assurer de la mise en œuvre des activités de manière trimestrielle en collaboration avec les ONGs présentes localement, y inclus la vaccination (planification, cibles, rapportage, autres). Un soutien au Comités Préfectoraux des SSP est aussi prévu pour renforcer l'implication des autorités administratives dans le pilotage des activités de santé pour la population.
1.3. Renforcer les équipes cadre de région et de district dans leur fonction de gouvernance au niveau décentralisé.	1.6. Appuyer le fonctionnement des 05 ECD/10	Il s'agit de recréer des conditions favorables à la coordination au niveau décentralisé pour un meilleur suivi des activités sanitaires et une coordination avec les partenaires présents localement. La responsabilité du redéploiement effectif du personnel est laissée au Ministère de la Santé. Il est attendu que des équipes complètes soient en place après 12 mois d'activité, et déchargent progressivement le niveau central des activités de supervision actuellement supportées. Ceci inclut un budget de fonctionnement pour les ECD (fournitures de bureau, consommables, maintenance informatique et frais bancaires) ainsi qu'un budget de renforcement des capacités pendant les trois années dans les domaines de l'encadrement, de la supervision et de la planification.
1.4. Réhabiliter et équiper les structures administratives de santé au niveau régional et de district	1.21. Réhabiliter les structures administratives du niveau opérationnel	L'ensemble des ECR et ECD ont souffert des pillages. Cette ligne se concentrera sur la réhabilitation des bâtiments et mobilier de 05 structures

³ La numérotation des tâches suit la numérotation des activités libellées dans l'outil Excel de budgétisation

		administratives de santé, hors informatique et véhicules (repris sous d'autres lignes) sur l'année 3.
1.5. Doter les niveaux central, régional et de district des moyens roulants nécessaires aux activités d'encadrement et de supervision	1.7. Acquérir les véhicules pour les DS 1.8. Acquérir les motos pour les FOSA 1.9. Acquérir les vélos pour les FOSA 1.17. Assurer la maintenance des motos 1.18. Assurer les motos acquis dans le cadre du projet	Il s'agit de doter les instances d'encadrement des moyens matériels de base pour pouvoir effectuer les supervisions au niveau des régions, districts et formations sanitaires, en complément des soutiens récents (reprogrammation) et actuels (fonds Bêku). L'Union Européenne à travers le projet de Renforcement du Système de Santé (RSS) prévoit l'achat de véhicules pour les régions et les districts. La reprogrammation 2014-15 a déjà financé 03 véhicules au niveau central ainsi que 5 motos pour les ECD (sans oublier les 08 achetés en 2012 sur les fonds de la proposition en cours, avant la suspension des financements). La présente programmation dotera les 55 motos supplémentaires dans l'année 1 ; et les frais de fonctionnement pour l'ensemble des motos de district (les nouvelles + les 13 motos dont 5 acquises sous la reprogrammation). Des FOSA seront dotées de 187 vélos pour compléter la dotation effectuée auprès de 194 CPEV dans le cadre de la reprogrammation.
1.6. Promouvoir la participation communautaire et la collaboration multisectorielle	1.10. Redynamiser les instances de concertation des acteurs (Organes SSP) au niveaux intermédiaire (03) et périphérique (10) 1.11. Redynamiser les instances de concertation des acteurs (Organes SSP) au niveau central 1.12. Réactiver le fonctionnement des Comités de Gestion et Comités de Soins de Santé Primaire à l'échelle nationale	L'activité s'inscrit en continuité de la reprogrammation d'urgence 2014-15. Elle vise à recréer les conditions favorables au lien entre FOSA et population, mis à mal par la crise actuelle et les déplacements de populations. Elle implique notamment une relance des organes de Soins de Santé Primaire (SSP) ; un soutien continu au renouvellement des comités de gestion ; un appui aux Comités de Gestion (COGES), y inclus des programmes de formation.
1.7. Soutenir les activités de micro planification des Districts/Préfectures Sanitaires (cartographie et dénombrement des aires desservies par les formations sanitaires)	1.13. Elaborer une cartographie du PMA/PCA par zone d'intervention (aires de santé couvertes par les FOSA de 10 DS) 1.14. Appuyer les DS dans l'élaboration des plans intégrés annuels et des plans de travail mensuel 1.19. Elaborer les Plans de Travail Annuels dans les régions ciblées	L'objectif est d'assurer une maîtrise des aires de santé et de vaccination pour chaque échelon du système de santé. Il s'inscrit en continuité de la reprogrammation 2014-15.
1.8. Organiser une évaluation GEV	1.15. Assurer les frais de mission des experts (internationaux et nationaux) pour la réalisation d'une évaluation de la GEV 1.16. Organiser une réunion de restitution et validation des résultats de l'évaluation de la GEV	Cette activité va contribuer à l'amélioration de la qualité de gestion des vaccins en complément d'autres études qui seront réalisées sur financement d'autres partenaires notamment : Réaliser une évaluation GEV en 2018 : La dernière évaluation date de 2011 avec une mise à jour en 2012. Une nouvelle GEV 2015 est prévue dans le cadre de la reprogrammation. JANS et SARA sur financement OMS ; Enquête MICS V intégrant une enquête de couverture vaccinale en 2016 sachant que la dernière MICS IV date de 2010 sur financement de l'UNICEF. Comptes Nationaux de la Santé (dernier : 2010), Enquête Démographique et de Santé (dernière : 1994).
Objectif 2 : Assurer les conditions et la qualité de l'offre de services de santé curatifs, préventifs et promotionnels en conformité avec les paquets minimum d'activité dans les régions 1, 2 et 3		
2.1. Procéder aux réhabilitations et équipements prioritaires dans les FOSA.	2.1. Réhabiliter les FOSA 2.2. Equiper les FOSA 2.3. Installer les sources d'eau dans les FOSA	L'objectif est de procéder effectivement aux réhabilitations / équipements sur une sélection de centres et postes de santé prioritaires pour permettre l'existence même

		des services curatifs, préventifs, promotionnels et améliorer l'accessibilité. La subvention GAVI-RSS s'orientera sur la réhabilitation et l'équipement des FOSA identifiées pendant l'enquête HeRAMS pour les régions sanitaires 1, 2 et 3 : 13 CS ont été retenus.
2.2. Rétablir et maintenir la chaîne de froid au niveau central et dans les trois régions ciblées.	2.4. Acquérir les réfrigérateurs solaires 2.5. Assurer la maintenance de la chaîne de froid au niveau central 2.6. Assurer la maintenance de la chaîne de froid au niveau opérationnel	Une chaîne de froid efficace est essentielle pour délivrer les services de vaccination. Ici aussi les pillages ont fortement réduit la capacité dans de nombreuses formations sanitaires ainsi qu'au niveau des régions et districts. Ceci est pris en compte dans la reprogrammation 2014-15, poursuivi et complété sous la présente soumission. Ce sera également l'occasion de procéder à un passage aux réfrigérateurs solaires conformément aux recommandations de l'OMS, en plus des 190 réfrigérateurs solaires déjà fournis dans les régions ciblées lors de la reprogrammation. La ligne budgétaire comprend : la maintenance (curative et préventive) de la chambre froide et du groupe électrogène au niveau central ; la dotation régulière en carburant du groupe électrogène au niveau central ; des dotations en 78 réfrigérateurs solaires, glacières, porte-vaccins ; des approvisionnements régulier sur les trois années en consommables (kit brûleurs, mèches, verres, pétrole, etc.) pour les réfrigérateurs à pétrole qui n'ont pas été changés. Etude pour la création / réhabilitation de centres régionaux d'approvisionnement en médicaments essentiels dans les trois régions, y inclus une chambre froide pour les vaccins.
2.3. Réviser les directives et les normes en matière de vaccination	2.7. Réviser les directives et les normes en matière de vaccination 2.14. Elaborer les normes et procédures PMA/PCA	Il s'agit de réviser les directives et les normes existant prenant en compte l'introduction des nouveaux vaccins. Des programmes d'accompagnement et de renforcement des compétences vont être développés au besoin, différents niveaux de développement du PMA seront considérés, conformément au principe d'approche différenciée soutenu dans le PTSS (adaptation aux niveaux locaux de fonctionnalité et de sécurité). Ceci inclut une consultance pour la détermination de normes et procédures adaptés et le développement de guidelines ; la production et distribution des guidelines ; des formations de mise à niveau pour l'ensemble des ECD, districts et FOSA sur les éléments essentiels relatifs à la vaccination (chaîne de froid, stockage, administration des vaccins) ; l'intégration des normes et procédures dans les formats de supervision formative intégrée.
2.4. Doter les niveaux central, districts et FOSA des moyens roulants nécessaires à l'acheminement des vaccins, intrants.	2.8. Acquérir les camions de transport des médicaments 2.9. Assurer l'approvisionnement en carburant des camions de transport des médicaments 2.10. Assurer la maintenance des camions de transport des médicaments 2.17. Assurer les camions de transport des médicaments	En raison des pillages, l'ensemble des moyens roulants a disparu, compliquant très sérieusement l'approvisionnement en intrants et contribuant à nuire aux capacités d'encadrement et de suivi, et aux activités de mobilisation de la population. Le programme va doter les différents niveaux de moyens roulants et des frais de fonctionnement afférents en complément des supports antérieurs, à savoir : deux camions au niveau central pour approvisionner les régions à partir du niveau central.
2.5. Mettre en place des mesures d'incitation et de fidélisation en poste des ECR,	2.11. Mettre en place des mesures d'incitation et de fidélisation au poste des ECR, ECD et des agents en charge de la vaccination	Ceci s'inscrit en continuité des mécanismes de primes soutenus dans la reprogrammation. L'enjeu est d'inciter les agents de santé et les

ECD et des agents en charge de la vaccination		équipes cadres à atteindre de bons résultats sur des éléments essentiels du PMA, y inclus la vaccination. Ceci inclut deux sous-activités : Continuité du financement des primes pour le personnel ; Consultance et études sur les résultats des mécanismes de primes et adaptation du modèle en année 3, en prévision de l'évolution future des financements. Cette seconde sous-activité a été intégrées dans l'ensembles d'études à réaliser dans le cadre du développement des ressources humaines
2.6. Recruter sous contrat les 45 agents de santé qualifiés en faveur des FOSA des DS/PS appuyés	2.12. Recruter sous contrat les 45 agents de santé qualifiés en faveur des FOSA des DS/PS appuyés	Cette activité figurait déjà dans la reprogrammation et est reconduite dans le cadre de l'approche « taillée sur mesure » dont bénéficie la RCA pour mettre à disposition des agents de santé qualifiés pour des offres de soins de qualité, y compris au niveau de la vaccination.
2.7. Appuyer la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles dans les 10 Districts ciblés	2.13. Organiser les stratégies avancées	Dans le contexte actuel, caractérisé par des déplacements de population et un accès compliqué à des services de santé fonctionnels, ces stratégies itinérantes permettront d'améliorer la couverture vaccinale en collaboration avec les ONG.
2.8. Renforcer la recherche des perdus de vue par les relais communautaires	2.15. Rémunérer 300 relais communautaires	Sur le plan budgétaires cette activité a été intégrée dans les missions à confier aux relais communautaires et aux OSC pour rentrer dans la stratégie nationale d'intégration de l'action communautaires. L'activité est supportée déjà ans le cadre de la reprogrammation et s'avère importante pour ramener les enfants aux programmes de vaccination. Elle se décompose en deux lignes principales : complément de formation pour les relais n'ayant pas bénéficié de formation par le passé ; versement de mesures incitatives pour les relais communautaires.
2.9. Développer des partenariats avec des OSCs sur les activités communautaires de soins, y compris la vaccination	2.16. Assurer la rémunération des relais communautaires 2.17. Développer des partenariats avec des OSCs sur les activités communautaires de soins, y compris la vaccination	- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PECIME communautaire) en complément des supports d'autres partenaires (ex : UE sur Bossangoa et Bouar) - Promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) - communication / sensibilisation sur vaccination de routine - participation à la mobilisation pour les campagnes de vaccination de masse Stratégie nationale de Santé Communautaire à développer dans le cadre du projet UE.
Objectif 3 : Renforcer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire pour la surveillance épidémiologique et le PEV		
3.1. Renforcer et maintenir le parc informatique des niveaux central, régional et district et assurer la maintenance	3.1. Acquérir le matériel informatique (pour le SINS) 3.2. Doter les structures des niveaux central et décentralisé en logiciels de protection et maintenance informatique	Cette activité permettra d'outiller le niveau central, régions et districts en matériels de gestion des données. Le niveau central et les trois régions ont été dotés sous la reprogrammation 2014-15. L'appui s'étend aujourd'hui aux districts et inclus donc : l'achat de 10 packs informatiques en année 1 et 5 en année 2 sous condition de redécoupage sanitaire ; 10 packs de remplacement à titre préventif en année 3; les frais de logiciels et maintenance informatique pour l'ensemble du parc sur la durée du programme.
3.2. Développer les outils d'information sanitaires adaptés aux capacités locales.	3.3. Développer les outils d'information sanitaires adaptés aux capacités locales	L'information sanitaire est actuellement partielle et morcellée. Le SNIS n'est pas appliqué de manière uniforme dans tout le pays et il existe des formats différents utilisés par les ONGs et

		<p>PTFs.</p> <p>Le PTSS 2015-2016 a identifié la surveillance épidémiologique comme première priorité en matière d'information sanitaire. Il est entendu que le paquet d'information peut être plus étendu dans les zones ayant la capacité à le documenter.</p> <p>En l'occurrence, la région 1 applique déjà un SNIS complet, la région 2 un SNIS partiel et la région 3 n'a pas de système d'information. Dans les trois régions, les taux de complétude et de promptitude demandent une sérieuse amélioration.</p> <p>Le programme GAVI-RSS va prendre le lead de cette activité et coordonner le développement avec l'ensemble des partenaires de la relance de différents paquets de systèmes d'information, allant d'une exigence minimale de surveillance épidémiologique et le PEV à un SNIS complet.</p> <p>Cela nécessitera notamment : consultances et frais d'ateliers ; production d'outils de collecte, de guidelines, y compris outils informatiques ; formation de formateurs pour l'utilisation des outils aux différents niveaux du système ; doter en outils de communication téléphonique les points focaux du système d'information sanitaire pour améliorer la collecte, la transmission et la promptitude des données.</p>
3.3. Assurer la formation des acteurs de santé (MSP, partenaires, communautés) à l'utilisation des outils de gestion du système d'information	3.4. Former les personnels à l'utilisation des outils du SNIS	<p>Tous les acteurs du système de santé ont besoin d'un renforcement de capacité, en raison de déficiences dans le système précédent et des modifications et priorités apportées dans le cadre du PTSS 2015-2016. L'objectif est d'assurer une base d'information minimale sur surveillance épidémiologique et PEV, avec extension aux autres paliers selon les capacités locales.</p> <p>Ceci implique: distribution des documents (Registre, fiche de gestion, fiche de monitoring, fiche de rapport des centre etc.) ; programmes de formations locaux à la production des données et leur utilisation pour le reporting et la prise de décision locale ; Intégration dans les programmes de supervision formative.</p>
3.4. Appuyer les ECD pour un monitoring des interventions dans les FOSA et Districts / Préfectures (DQS)	3.5. Appuyer les ECD pour un monitoring des interventions dans les FOSA et Districts / Préfectures (DQS)	<p>Conduire des audits de la qualité des données du système de vaccination et la complétude des données, en veillant à la concordance des données entre les différentes sources (registre de vaccination, fiche de rapport des données, registre de pointage de vaccination et carnet de vaccination).</p> <p>L'activité s'inscrit en continuité de la reprogrammation 2014-2015 et implique de financer un recyclage ou formation des membres des ECD à la méthodologie DQS. Les activités de monitoring en tant que telle s'intègre dans le programme de supervision formative.</p>
3.5. Elaborer et produire l'annuaire des statistiques sanitaires	<p>3.7. Assurer les frais de mission d'une expertise internationale pour l'élaboration annuelle de l'annuaire statistique</p> <p>3.8. Produire l'annuaire des statistiques sanitaires</p> <p>3.9. Organiser la réunion de validation des données de l'annuaire statistique</p>	<p>Le dernier annuaire de statistiques sanitaires complet date de 2008. Les données depuis ce temps ont été compilées sous forme électronique mais n'ont pas été validées et publiées. Le programme supportera la production d'un nouvel annuaire, adapté en fonction des types d'information collecté (exigence minimale de surveillance épidémiologique et PEV). Certaines informations seront collectées uniformément au niveau national, d'autres (SNIS complet) ne</p>

		concerneront que certaines régions, ce qui sera clairement mis en évidence.
Objectif 4 : Gestion de programme		
4.1. Assurer la solde du comptable de l'Unité de Gestion à temps plein	4.1. Assurer la rémunération du comptable de l'Unité de Gestion à temps plein	L'unité de coordination basée au ministère de la Santé sera chargée de coordonner et suivre l'ensemble des activités. Par rapport à la soumission précédente, le besoin de financer le salaire d'un comptable temps plein en plus de l'administrateur a été identifié et discuté avec GAVI.
4.2. Mettre en place les mécanismes d'incitation et de fidélisation au poste : indemnités et frais de communication équipe de gestion au niveau central	4.2. Mettre en place les mécanismes d'incitation et de fidélisation au poste : indemnités et frais de communication équipe de gestion au niveau central	L'activité inclut le paiement des indemnités de l'équipe de gestion au niveau central.
4.3. Assurer le fonctionnement de l'unité de Gestion du niveau centrale et des 3 RS	4.3. Assurer les frais de communication (dotation en crédit de téléphone) pour l'unité de gestion	L'activité inclut les frais de communication téléphonique, de fonctionnement de la structure d'appui central et des 3 RS (fournitures de bureau, consommables, maintenance informatique et frais bancaires...).
	4.4. Doter l'unité de Gestion du niveau centrale et des 3 RS en kits de consommables bureautiques.	
	4.5. Acquérir du matériel bureautique : appareils à reliure + photocopieurs	
4.4. Assurer le suivi des activités sur le terrain par l'unité de Gestion du niveau central et les niveaux décentralisés	4.6. Assurer la dotation en carburant des véhicules acquis dans le cadre du projet (niveau central)	L'activité inclut les frais de fonctionnement (carburant, assurance, maintenance) pour les véhicules dotés au niveau central sous la reprogrammation ainsi que ceux du niveau décentralisés, tant dans le cadre de la soumission actuelle que des autres financements : soit 17 véhicules.
	4.7. Assurer la dotation en carburant des véhicules acquis dans le cadre du projet (niveau RS et DS)	
	4.8. Assurer la maintenance des véhicules acquis dans le cadre du projet	
	4.9. Assurer les véhicules acquis dans le cadre du projet	
4.4. Assurer le contrôle du programme	4.10. Organiser des missions de contrôle dans les districts bénéficiant du soutien Organiser des missions de contrôle dans les districts bénéficiant du soutien (équipe de 03 inspecteurs, conformément aux règles en vigueur en Centrafrique)	
	4.11. Mener un audit interne des comptes du programme	
	4.12. Mener un audit externe des comptes du programme	
	4.13. Assurer les frais de mission de l'Expertise internationale) pour l'évaluation à mi-parcours et en fin de parcours du programme GAVI-RSS	
	4.14. Organiser une réunion de restitution des résultats de l'évaluation conjointe du programme GAVI-RSS à mi-parcours et en fin de parcours du programme GAVI-RSS	
	4.15. Assurer les frais de procurment UNICEF (5%) Commission de passation de marché pays (3%)	

13. Chaîne de résultats

Objectif 1 : Renforcer la gouvernance et la coordination des activités de vaccination aux niveaux central, régional et périphérique.

Activités clés :

1. Appuyer la coordination stratégique et opérationnelle entre MSP et partenaires aux niveaux : central et périphérique pour la mise en œuvre d'approches conjointes, dans le cadre du PTSS et du r PPAC (GT, CCSS, CCIA).
2. Renforcer les capacités des équipes cadres de région et de district dans les RS 1, 2 et 3 sur l'ensemble de leurs fonctions d'encadrement et de supervision.
3. Revitaliser les organes des Soins de Santé primaire et de participation communautaire.
4. Développer les capacités des cadres du ministère à tous les niveaux sur le suivi de la documentation en vue d'orienter la prise de décision sur base d'évidences.

Résultats intermédiaires :

1. Le Groupe Thématique vaccination apporte le support technique nécessaire pour orienter les décisions du CCIA (au niveau vaccination) et du CCSS (sur les impacts RSS plus larges). Ceux-ci se réunissent régulièrement et soumettent les recommandations stratégiques utiles au MSP pour la prise de décision politique.
2. Les équipes cadres de région et de district sont en mesure d'accompagner et superviser l'ensemble des activités prioritaires de santé et de vaccination avec un personnel formé et des moyens matériels appropriés.
3. Les organes de Soins de Santé Primaires sont fonctionnels, les membres formés, et disposent des outils appropriés. Les COGES sont impliqués dans la gestion des FOSA.
4. Les niveaux district, région et central disposent (au moins du minimum requis) d'information de routine de qualité nécessaire à la prise de décision. Des études appropriées sont produites pour compléter l'analyse (SARA, GEV, autres)

Résultats en matière de vaccination :

- Les activités de vaccination sont effectuées conformément aux recommandations.
- Des approches innovantes impliquant MSP, partenaires et population sont proposées pour améliorer la couverture vaccinale.
- Le pilotage et la coordination des activités de vaccination sont améliorés à tous niveaux.
- L'ensemble des agents en charge de la vaccination bénéficient d'un accompagnement et d'une supervision adéquats.
- Les agents communautaires maîtrisent leur fonction en matière de vaccination et de surveillance épidémiologique.
- Les résultats sont documentés et suivis de manière régulière, et montrent une amélioration constante.

Indicateurs relatifs aux activités clés :

- Nombre de réunions tenues par le GT vaccination (préparation technique), par le CCSS (recommandations stratégiques), le CCIA (pilotage des activités de vaccination) et le CTAPEV.
- Permanence d'une Unité de Gestion du Projet complète au niveau central.
- Investissements matériels effectués dans les ECD et ECR (infrastructure, mobilier, matériel roulant, informatique, autres)
- Nombre d'ECD et ECR disposant de personnel formé en conformité aux normes du MSP.
- Nombre de formations / activités de renforcement de capacité prodiguées auprès des ECR et ECD.
- Fréquence de supervisions du niveau central auprès des ECR et ECD.
- Nombre de districts avec organes de Soins de Santé Primaire (SSP) revitalisés et de COGES renouvelés
- Nombre d'études effectuées.
- Nombre de missions de contrôle dans les districts, d'audits internes et externes organisés.

Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :

1. (Nombre de) documents de recommandation technique produits par le Groupe Thématique Vaccination pour le CCSS, le CCIA et le CTAPEV.
2. Pourcentage de mise en œuvre des recommandations stratégiques produites par le CCSS à destination du niveau politique et pour les partenaires opérationnels.
3. Taux de fonctionnalité du CCIA (Nb réunions avec PV tenues / prévues).
4. Taux d'exécution par les acteurs opérationnels des décisions prises par le CCIA.
5. Taux d'exécution des plans d'activité des ECR et ECD.
6. Proportion de districts disposant d'organes de SSP et de COGES fonctionnels.

Indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :

1. Couverture du DTC-HEPB-HIB3.
2. Couverture du VAR 1.
3. Équité géographique de la couverture du DTC-HEPB-HIB3
4. Équité socio-économique dans la couverture vaccinale.
5. Équité de la couverture en DTC-HEPB-HIB li »e qu sexe.
6. . Taux d'abandon DTC-HEPB-HIB 1 – DTC-HEPB-HIB3.
7. Proportion d'enfants complètement vaccinés.

Objectif 2 : Assurer les conditions et la qualité de l'offre de services de santé curatifs, préventifs et promotionnels en conformité avec les paquets minimum d'activité dans les régions 1, 2 et 3

Activités clés :

1. Réhabiliter et rééquiper les FOSA des RS 1, 2 et 3 en vue de leur donner les moyens d'appliquer un PMA complet.
2. Appuyer la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles dans les 10 DS ciblés.
3. Renforcer la recherche des perdus de vue par les relais communautaires.
4. Rétablir et maintenir la chaîne de froid au niveau central et dans les 3 régions ciblées.
5. Doter le niveau central, District et FOSA en moyens roulants.

Indicateurs relatifs aux activités clés:

- Nombre de FOSAs ayant bénéficié de réhabilitation et d'équipement
- Nombre de personnel affectés dans les RS 1, 2 et 3 et turnover du personnel.

Résultats intermédiaires :

1. Les FOSA de premiers échelons sélectionnés dans les trois RS ont une infrastructure et des équipements adaptés.
2. Des stratégies avancées et mobiles sont effectivement mises en œuvre.
3. Disponibilité des agents de santé communautaires formés pour la recherche des perdus de vue.
4. Chaîne de froid rétablie et fonctionnelle.
5. Le circuit d'approvisionnement et la chaîne de froid permettent un approvisionnement régulier en vaccins et intrants.

Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :

- Pourcentage des FOSA ayant l'infrastructure, l'équipement et le personnel correspondant aux normes sanitaires adaptées aux conditions de fonctionnalité et de sécurité (voir PTSS)
Evolution du taux de couverture avant et

Résultats en matière de vaccination :

- Une sélection de FOSA de premier échelon des RS 1, 2 et 3 mettent en œuvre un PMA complet, intégrant la vaccination.
- Amélioration de la couverture vaccinale
- Réduction du taux d'abandon
- Réduction des taux de perte
- Aucune rupture de vaccins et intrants

Indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :

1. Couverture du DTC-HEPB-HIB3
2. Couverture du VAR 1
3. Équité géographique de la couverture du DTC-HEPB-HIB3

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de formations prodiguées ▪ Existence de documents cadrant les stratégies avancées ▪ Matériel roulant et équipements effectivement dotés pour la chaîne de froid et le circuit d'approvisionnement. 	<p>après la mise en œuvre des stratégies avancées.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux de rupture de stocks en vaccins et intrants essentiels. ▪ Taux de déperdition des vaccins liés à des déficiences de la chaîne de froid. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Équité socio-économique dans la couverture vaccinale 5. Taux d'abandon DTC-HEPB-HIB 1 – DTC-HEPB-HIB3 6. Proportion d'enfants complètement vaccinés
---	--	--

Objectif 3 : Renforcer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire pour la surveillance épidémiologique et le PEV

<p>Principales activités:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Développer des outils d'information sanitaire adaptés aux capacités locales et besoins essentiels, intégrant au minimum la surveillance épidémiologique et le suivi du PEV. 2. Assurer la formation des acteurs de santé (MSP, Partenaires et des communautés) à tous les niveaux en gestion des données 3. Renforcer et maintenir le parc informatique au niveau central, régional et district 4. Organiser des réunions d'harmonisation des données et de monitoring des interventions à tous les niveaux. 	<p>Résultats intermédiaires :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existence de différents formats d'informations adaptés en fonction des besoins essentiels, des capacités locales et des conditions de fonctionnalité des services. 2. Disponibilité de personnel de santé formé 3. Parc informatique complet et fonctionnel au niveau central régional et district. 4. Réunion d'harmonisation des données régulières et information utilisée dans la prise de décision aux différents niveaux. 	<p>Résultats de la vaccination:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Production régulière d'une information sanitaire essentielle de qualité utile à la prise de décision.</i> ▪ <i>Utilisation effective de l'information dans la prise de décision aux différents échelons.</i>
<p>Indicateurs relatifs aux activités clés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de FOSA dotées en outils de gestion des 	<p>Indicateurs relatifs aux résultats intermédiaires :</p>	<p>Indicateurs relatifs aux résultats en matière de vaccination :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Couverture du DTC-HEPB-HIB

données adaptés et de guidelines en fonction des paquets d'information.

- Nombre de session de formation organisée
- Nombre de rapport d'information parvenus au niveau central conformément au format attendu
- Nombre d'ECR et d'ECD dotés en matériel informatique
- Nombre de réunions d'harmonisation tenues

1. Taux de complétude des rapports
2. Taux de promptitude des rapports
3. Pourcentage de FOSA disposant de personnel formé au système d'information sanitaire
4. Pourcentage d'ECD et ECR disposant d'un équipement informatique fonctionnel.

HepB-Hib3

2. Couverture du VAR 1
3. Équité géographique de la couverture du DTC-HEPB-HIB HepB-Hib3
4. Équité socio-économique dans la couverture vaccinale
5. Taux d'abandon DTC-HEPB-HIB-HepB-Hib 1 – DTC-HEPB-HIB HepB-Hib3
6. Proportion d'enfants complètement vaccinés

IMPACT :

Impact : Contribuer à la réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle au niveau national via les interventions dans les régions 1, 2 et 3.

- La morbidité et la mortalité liée aux maladies évitables par la vaccination sont réduites de 50%
- La mortalité infantile est réduite de 116 à 70 pour 1000 naissances vivantes
- La mortalité infanto juvénile est réduite de 179 à 120 pour 1000 naissances vivantes
- La mortalité maternelle est réduite de 890 à 500 pour 100.000 naissances vivantes

HYPOTHÈSES :

- Les trois régions et le niveau central ne souffrent pas d'une reprise des conflits durant la période du programme. Idéalement, la paix est rétablie à l'échelle nationale. Le pays bénéficie de plus d'une relative stabilité politique, y inclus pendant et après les élections présidentielles de 2015.
- Le personnel de santé accepte les conditions de réaffectation dans les régions et districts concernés. Le climat social est stable (absence de grève du personnel de santé).
- La sécurité sur les routes est maintenue, permettant une libre circulation des personnes et des biens. D'autres éléments structurels sont progressivement renforcés (ex : solution pour l'acheminement de fonds / système bancaire dans les régions et districts).
- Les organes de concertation nationaux sont actifs et facilitent la mise en œuvre et le financement du Plan de Transition. Le Comité Sectoriel Santé VIH est réactivé en vue d'offrir un organe de décision politique, face aux recommandations stratégiques soumises par les autres organes (dont le CCSS).

- Le Support technique et financier des PTF et ONGs est maintenu ou accru de manière globale sur la durée du programme
- Le Gouvernement et le Ministère de la Santé respectent les conditions de bonne gouvernance et de transparence dans la gestion des ressources affectées

14. Suivi et évaluation

I. Cadre de Suivi-Évaluation

Les principaux organes du cadre de Suivi-Évaluation sont les suivants :

Au niveau Central

1. Le Comité Sectoriel Santé VIH présidé par Madame le Ministre de la santé est officiellement depuis 2008 l'organe en charge du suivi/évaluation de la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales (y inclus PTSS et PPAC) et le seul organe habilité à la prise de décision politique. Sa réactivation est à l'agenda du ministère.
2. Le Cadre de Concertation Stratégique en Santé a été créé comme organe de recommandation stratégique dans le cadre du PTSS, sans pouvoir décisionnel (confié en théorie au CSS-VIH). Il est composé d'un nombre restreint de représentants du MSP, des PTFs et des ONGs.
3. Le Comité de Coordination Inter agence du PEV présidé par le Ministre de la Santé a pour mission le suivi/évaluation et la coordination de l'ensemble des activités du PEV. C'est l'organe qui détient le pouvoir décisionnel sur les activités de vaccination. Il intègre tous les PTF du PEV.
4. La Direction des Études et de la Planification dont dépendent :
 - Le Service des Statistiques et de l'Information Sanitaire, en charge de la collecte, de la validation, de l'analyse et de la diffusion de l'information sanitaire ;
 - le Service des Études, de la Planification et de l'Aide en charge du suivi et de la mise en œuvre du budget de l'État ;
 - Le Service de la documentation et des archives
5. **La Direction du PEV dont dépendent**
 - Le Service de Gestion et Suivi évaluation des Données PEV ;
 - Le Service d'Appui Administratif et de la Logistique.

Au niveau décentralisé

1. Les Equipes Cadres de Régions qui sont des entités déconcentrées en charge de la Gouvernance du système de santé au niveau régional (encadrement, supervision, planification, etc.).
2. Les Equipes Cadres de Districts qui sont les entités opérationnelles en charge de l'encadrement de la mise en œuvre des activités de santé.
3. Les comités préfectoraux et régionaux des Soins de Santé Primaires, intégrant les organisations de la société civile locale.
4. Le Cluster Santé des Sous Bureaux des Agences du Système des Nations Unies

II. Mécanisme de Suivi-Évaluation

Le mécanisme de Suivi-Évaluation sera périodique (mensuel, trimestriel, semestriel et annuel). La mise en œuvre des activités de suivi et d'évaluation de GAVI- RSS s'alignera sur le dispositif existant au niveau du pays ainsi que l'utilisation des indicateurs nationaux existants, les outils de collecte des données et les systèmes d'établissement des rapports.

Ainsi les données de l'enquête sur la disponibilité de l'offre de service de santé seront réactualisées. Les données de l'enquête MICS V permettront de prendre des décisions telles que l'actualisation des stratégies, des programmes et des plans.

Les données de routine collectées dans le cadre du SNIS ne permettent pas actuellement d'assurer le suivi à chaque niveau du système. C'est ainsi qu'un des objectifs de cette soumission est le renforcement d'un système d'information essentiel en vue d'offrir à termes les conditions nécessaires pour relancer un SNIS de routine complet.

Les supervisions formatives constituent le moyen de renforcer les capacités des personnels œuvrant dans les structures de santé. Le système de supervision et de monitoring a été mis à mal par la déstructuration des équipes cadres de régions et de districts et les risques liés à la circulation à l'intérieur du pays. L'accent sera d'abord mis sur le développement de formats de supervision formative intégrée qui soient adaptés aux capacités des acteurs présents aux niveaux région et district. Ils seront au besoin différenciés dans la Région Sanitaire N°3 selon les niveaux de fonctionnalité et de sécurité et la présence d'organisations partenaires (ONGs, PTFs)

capable d'appuyer les activités de supervision.

Le monitoring à la base est un mécanisme envisagé pour évaluer les performances des structures sanitaires.

Il s'agit d'évaluer localement la couverture des activités à partir de divers déterminants de couverture. Pour ce faire, les indicateurs ont été choisis pour chacun des déterminants. A titre de rappel, la technique du monitoring a été introduite dans le système de santé de la République Centrafricaine en 1984.

Les réunions trimestrielles de coordination de la surveillance épidémiologique et du PEV de routine permettent d'identifier les problèmes de fonctionnement qui entravent la bonne marche des activités de vaccination, d'analyser leurs causes et de déterminer des stratégies correctrices à mettre en œuvre par le niveau opérationnel en tenant compte des ressources disponibles

Une revue annuelle sera intégrée dans le cadre de Revue Annuelle Conjointe sur l'ensemble des activités de Santé (financée en dehors de ce programme), pour évaluer le niveau d'atteinte des résultats et de formuler des recommandations appropriées. La première Revue Annuelle Conjointe est prévue pour 2016.

Une évaluation du programme Gavi-RSS sera menée à mi-parcours (2017) et à la fin (2018).

Le plan de suivi évaluation annexé détaille les indicateurs retenus, les valeurs de références et les valeurs cibles ainsi que les sources de collecte.

III. Les sources des données

1. Les données de routine collectées à travers le SNIS placé sous la responsabilité de la Direction des Études et de la Planification ;
2. Les données de surveillance épidémiologique de la Direction de la Médecine Préventive et lutte contre la Maladie (DMPM) ;
3. Les données de la Direction du PEV ;
4. Le rapport conjoint MSP/OMS/UNICEF (JRF) ;
5. Les données fournies par les enquêtes (ECV, MICS, HeRAMS ...).

La plupart des données seront désagrégées par région. Le cadre de suivi-évaluation donne des cibles de couverture au niveau national. La performance pour les trois régions pourra donc être mesurée séparément pour permettre de mesurer la performance de l'intervention GAVI-RSS indépendamment des activités de vaccination dans le reste du pays.

IV. Les activités clés de suivi et évaluation à financer par la proposition

Dans le cadre de cette proposition, ces activités sont :

1. Développer des outils d'information sanitaire adaptés aux capacités locales et besoins essentiels, intégrant au minimum la surveillance épidémiologique et le suivi du PEV.
2. Former les acteurs nationaux à tous les niveaux en gestion des données
3. Développer et maintenir le parc informatique au niveau central, et dans les équipes cadres de région et de district.
4. Organiser des réunions d'harmonisation des données et de monitoring des interventions à tous les niveaux
5. Organiser des missions de supervision dans les trois régions sanitaires ciblées

V. Le budget alloué au plan de suivi et évaluation

La proposition consacre 88 056 USD soit 1% du budget total de la soumission pour financer les activités de Suivi-Évaluation. Il faut par ailleurs noter que le Système d'Informations Sanitaire est en cours de renforcement sur financement Fonds mondial pour améliorer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions de santé.

15. Explications détaillées du budget et plan de travail

Le Montant total disponible pour cette soumission GAVI RSS de la RCA est de USD 7.560 millions. La période couverte par cet appui est 2016-2018 la déclinaison de ce montant par année se présente comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 6: Répartition du montant de la soumission par année

<i>Année</i>	<i>Montant disponible</i>
2016	3 024 000
2017	2 268 000
2018	2 268 000
Total	7 560 000

1. Explication des coûts unitaires utilisés dans l'élaboration du budget de cette soumission.

Pour évaluer le coût des activités retenues dans le cadre de cette soumission nous avons combiné la méthode des coûts historiques et celle de la « juste valeur ».

Les coûts historiques ont été inspirés des coûts unitaires utilisés dans les documents programmatiques du pays (PNDS II, PTSS, PPCA, etc.) et aussi des coûts récemment utilisés dans le cadre des programmes de coopération en cours. Il s'agit notamment des coûts utilisés dans le cadre :

- des soumissions au Fonds Mondial et à la Banque Mondiale ;
- des requêtes de financement UNICEF, UNFPA et OMS ;
- des contrats sur fonds Bêku ;
- de l'initiative humanitaire du cluster santé.

Les coûts unitaires basés sur le principe de la « juste valeur » ont été construits soit sur la base des coûts historiques (sur lesquels est appliquée l'inflation ayant cours dans le pays, 13%) soit les prix du marchés ajustés aux opportunités offertes par le système d'approvisionnement.

Dans le premier cas, on peut citer l'exemple des travaux de construction, de réhabilitation et d'équipement des formations sanitaires.

Le deuxième cas a été appliqué dans le cadre du matériel roulant (véhicule, moto, vélo), des ordinateurs et autres matériels bureautiques acquis à travers le système des Nations Unies. Dans ce cas, l'évaluation du coût unitaire ne tient pas compte des impôts, des taxes et des charges logistiques.

Le principe de la « juste valeur » a été également utilisé dans la détermination des coûts unitaires de formation. Il a évalué les charges réelles nécessaires pour l'organisation d'une séance de formation en fonction des items de formation ou de la cible de la formation. A chaque fois, il a été fait des ajustements conséquents pour tenir compte des éventuels aléas de mise en œuvre.

En résumé, les coûts unitaires utilisés pour le costing des activités retenues dans la présente soumission ont hérités de la logique de costing utilisée dans le cadre du Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS).

Quelques activités ont été évaluées au « forfait » dans l'outil « Budget Analyse des écarts et plan de travail » seulement parce que leur mise en œuvre nécessite de nombreux détails qui ont été déclinés dans notre fichier « Base de Calcul Soumission GAVI RSS » annexé à la présente soumission. Dans ce registre, on peut citer : les réunions de coordination, les frais d'assurance et de maintenance, les gros travaux ou les grosses acquisitions.

Les quantités des unités d'intrants sont déterminées en fonction des objectifs du Plan de Transition du Secteur de la Santé ainsi que ceux du PPAC. Le fichier « Base de Calcul Soumission GAVI RSS » décrit le choix de la plus part des quantités retenues dans le cadre de la présente soumission.

Pour une meilleure compréhension du budget de la présente soumission et éventuellement dans un intérêt de généralisation, nous donnons ci-dessous des détails de costing utilisés sur les principaux postes budgétaires.

Objectif 1

1. Les moyens de transport

Les postes les plus importants dans cet objectif concerne l'acquisition des moyens de transport ainsi que les annexes y afférents : assurance, carburant et maintenance.

Pour la détermination du coût global du carburant, les hypothèses ci-dessous ont été retenues :

- Coût moyen du litre de carburant : USD 2 ;
- Distance moyen parcouru par an : 12 000 km ;
- Le nombre de véhicules pris en compte : 17 dont 5 acquis à travers la présente soumission et les 12 autres sont en cours d'acquisition ou déjà acquis sur d'autres fonds ;
- La consommation d'un véhicule : 15l/100 km.

Pour ce qui est de la maintenance, il a été pris en compte dans la présente soumission uniquement les coûts d'entretien courant : pneus, vidange et petits dépannage. Il sera inscrit dans le budget de l'état une ligne « entretien véhicules » pour d'éventuelles pannes.

La base de calcul joint en annexe fourni plus de détail.

Objectif 2

1. Les réfrigérateurs solaires

Le coût unitaire pour l'acquisition des réfrigérateurs solaires est de USD 6 530 (UNICEF). Le besoin total en réfrigérateurs dans les zones ciblées est de 495 unités, 190 sont en cours d'installation ou d'acquisition sur fonds UNICEF (120), OMS (50) et sur fonds de reprogrammation GAVI (20). Il se dégage un gap de 305. La présente soumission se propose d'acquérir 78 réfrigérateurs. Le gap restant pourra être pris en charge sur d'autres sources de financement pour lesquels le pays ne dispose pas en ce moment de visibilité précise.

2. Maintenance de la chaîne de froid

Le processus de contractualisation avec un prestataire pour la maintenance de la chambre froide au niveau central est en cours. Le montant de cette opération est de USD 15 000 par an.

Le coût de la maintenance des réfrigérateurs installés au niveau périphérique a été estimé en appliquant un taux de 5% sur le coût d'acquisition. Il a été considéré pour ce poste le nombre total des réfrigérateurs qui seront disponibles sur le terrain toutes sources de financement confondues.

3. Les mesures incitatives au niveau opérationnel

Le coût de ce poste a été inspiré par ce qui se fait actuellement dans le cadre de la reprogrammation.

4. Les ressources humaines

Le coût moyen de rémunération d'un agent de santé est de USD 3 000 sur la base des niveaux de rémunération contenu dans les directives de la gratuité (un Infirmier Diplômé d'Etat - IDE).

Le besoin total en agents de santé n'est pas encore disponible. Le pays conduit en ce moment une étude plus large dans le domaine. Celle-ci comprend notamment une analyse complète de la situation, un plan de redéploiement à la suite de la démobilisation, une analyse des gaps qui prendra en compte l'action des ONG.

5. Action communautaire

Deux approches ont été adoptées pour le renforcement de l'action communautaire : une contractualisation indirecte à travers les OSC et une contractualisation directe des Relais Communautaires (RC) multidisciplinaires. Les réflexions sont en cours pour l'opérationnalisation de ces deux approches. Il sera entre autre question de capitaliser les différentes opportunités de financements présentes et futures. Notamment, le Fonds Bêku, le Fonds Mondial, la Banque Mondiales et l'Union Européenne.

En attendant, il a été programmé dans la présente soumission la contractualisation de 300 Relais Communautaires ainsi que la subvention de 5 OSC. Les frais de subvention des OSC vont principalement servir au renforcement de leurs capacités managériales. Les ressources nécessaires pour leur déploiement proviendront des autres opportunités de financement.

6. Système d'approvisionnement en médicaments

Pour faire face aux difficultés de ravitaillement des formations sanitaires en médicaments et en vaccins, le pays a opté pour le renforcement des moyens logistiques, notamment le transport ainsi que l'aménagement des centres

d'approvisionnement régionaux.

Pour le transport, il a été prévu l'acquisition de 2 camions de 10 tonnes chacun pour un coût unitaire de USD 216 000.

Quand à l'aménagement des dépôts régionaux de médicaments, il a été identifié dans les zones cibles du présent financement des locaux qui pourraient être aménagés en conséquence. Une étude détaillée la première année est cependant nécessaire.

7. Les stratégies avancées et mobiles

Les coûts opérationnels des stratégies avancées et mobiles concerne xxxxxx.

8. Les réhabilitations

Ici, les réhabilitations renvoient à tous les travaux et équipements ayant pour but de rendre fonctionnelles les formations sanitaires ayant subi des dégradations du fait des événements que le pays a connu en 2013.

Dans la zone cible de la présente soumission, 13 centres de santé ont connus des dégradations partielles (voir enquêtes HERAMS 2014). Suivant la même source, toutes ces formations sanitaires étaient fonctionnelles au moment de l'enquête. Le coût de réhabilitation des bâtiments d'une FOSA dans ce contexte a été arrêté à USD 67 940, soit le quart du coût de construction d'une nouvelles FOSA4.

Par ailleurs, toutes les 13 FOSA ont besoin d'être entièrement rééquipées, tandis que 3 bénéficieront d'une source d'eau potable. Les coûts unitaires d'un kit d'équipement d'un CS, de l'aménagement d'une source d'eau potable et d'une source d'énergie sont respectivement en USD, 30 000 et 20 000.

Objectif 3

Il a été principalement retenu dans cet objectif le renforcement du système informatique, l'annuaire statistiques et l'élaboration des outils de collecte et d'analyse des données. Il faut cependant noter que le Fonds Mondial compte à court terme investir d'importantes ressources dans ce domaine.

2. Cadrage budgétaire

La répartition du budget de la soumission par objectif, se présente comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 7: Cadrage budgétaire par objectif

Objectif	2016	2017	2018	Total	%
1. Objectif "1" : Renforcer la gouvernance et la coordination des activités de vaccination aux niveaux central, régional et périphérique	790 985	239 402	394 778	1 425 164	19
2. Objectif "2" : Assurer la qualité de l'offre de services de santé curatifs et préventifs en conformité avec les paquets minimum d'activité dans les régions 1, 2 et 3	1 678 998	1 415 359	1 229 154	4 323 511	57
3. Objectif "3" : Renforcer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire pour la surveillance épidémiologique et le PEV	139 972	123 472	149 972	413 416	6
4. Gestion des programmes	414 046	489 767	494 096	1 397 909	18
Total	3 024 000	2 268 000	2 268 000	7 560 000	

Cette répartition suit notamment le contexte actuel du pays. En effet, comme évoqué ci-dessus, après la crise sociopolitique de ces dernières années, le pays a besoin de reconstruire non seulement des bâtiments, mais aussi l'administration qui s'est trouvée délabrée à l'épreuve des troubles. C'est ce que justifie les 19% de ressources soient affectées à l'objectif 1.

L'objectif 2 qui est directement lié à la vaccination capte évidemment plus de la moitié des ressources (57%).

Les 6% de la soumission seront affectés au développement du système d'information sanitaire.

Les 18% prévus pour l'objectif 4 (gestion du programme), comprennent 8% pour les frais de « procurment » et 10 %

⁴ Voir CU de construction d'une FOSA dans le PTSS

pour le support de gestion du projet.

Répartition du budget par organe d'exécution

La répartition des ressources par organe de mise en œuvre des activités se présente comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 8: Répartition du budget par organe d'exécution

Organe d'exécution	2015	2016	2017	Total	
Direction du PEV	23 387	22 568	47 195	93 149	1%
Direction des Etudes et de la planification	611 170	619 277	578 277	1 808 724	24%
Direction des Infrastructures sanitaires	407 641	655 581	188 896	1 252 117	17%
Direction de la santé communautaire	39 500	76 500	16 500	132 500	2%
Régions sanitaires et préfectures/DS	492 338	492 311	545 948	1 530 597	20%
Organisations de la société civile	104 000	104 000	104 000	312 000	4%
OMS	80 500	35 500	39 500	155 500	2%
UNICEF	1 265 464	262 264	747 684	2 275 412	30%
Total	3 024 000	2 268 000	2 268 000	7 560 000	

L'essentiel des ressources (30%) sera sous l'exécution de l'UNICEF dont les 8% réservés au procurment et surtout dans son rôle d'agence d'achat principale.

La Direction des Etudes et de la Planification pourra avoir à suivre l'exécution de 24% du soutien objet de la présente soumission.

Dans ce budget, l'OMS va conduire principalement l'élaboration et l'édition de l'annuaire des statistiques sanitaires, les assistances techniques et l'acquisition du matériel informatique et bureautique qui couvrent 2% du soutien.

La faiblesse des ressources affectées à la gestion directe des OSC se justifie par le fait que l'organisation de l'action communautaire est en cours de construction dans le pays.

En effet, le processus de contractualisation des OSC pour un partenariat plus solide avec le système de santé est en cours. Le pays envisage, à la fin de ce processus, de procéder à une profonde réforme du système communautaire avec notamment la formation et le recrutement des relais communautaires pluridisciplinaires. D'autres financements vont être ainsi mobilisés dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de Transition du Secteur de la Santé. En attendant, le pays a budgétisé ici les ressources nécessaires pour la formation et la rémunération des RC dans les régions ciblées (RS1, RS2 et RS3).

Il est par ailleurs important de noter que 20% des ressources seront directement affectées au niveau opérationnel.

Les infrastructures, (i) réhabilitation et équipement des formations sanitaires, (ii) et réhabilitation des structures administratives au niveau déconcentré.

16. Analyse des écarts et complémentarité

Arrimage des objectifs de la soumission et le plan de PTSS.

Objectif "1": Renforcer la gouvernance et la coordination des activités de vaccination aux niveaux central, régional et périphérique

Cet objectif découle de l'objectif principal du premier objectif du PTSS : Redynamiser le système de coordination du secteur de la santé à tous les niveaux de la pyramide d'ici le 31 décembre 2016.

Compte tenu de la nécessité de décliner de manière plus visible l'effort fait dans le développement du système d'information. Les coûts relatifs ont été retirés de cet objectif pour être logés à l'objectif 3.

Objectif "2": Assurer la qualité de l'offre de services de santé curatifs et préventifs en conformité avec les paquets minimum d'activité dans les régions 1, 2 et 3

Cet objectif est la déclinaison opérationnelle en matière de vaccination de l'objectif n° 2 du PTSS : Offrir le paquet

minimum et le paquet complémentaire d'activités à toutes les populations ciblées d'ici 31 décembre 2016

Objectif "3": Renforcer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire pour la surveillance épidémiologique et le PEV

Cet objectif vise le renforcement du système d'information sanitaire, avec un focus particulier sur la collecte le traitement et la diffusion de l'information sur la vaccination.

Tableau 9 : Tableau des écarts de financement

Objectifs de la proposition de RSS	Besoins en ressources	Financement total	Écart de financement	RSS de GAVI
1. Objectif "1" : Renforcer la gouvernance et la coordination des activités de vaccination aux niveaux central, régional et périphérique	121 014 468	98 719 231	22 295 237	1 439 444
2. Objectif "2" : Assurer la qualité de l'offre de services de santé curatifs et préventifs en conformité avec les paquets minimum d'activité dans les régions 1, 2 et 3	57 966 426	24 184 288	33 782 139	4 311 231
3. Objectif "3" : Renforcer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire pour la surveillance épidémiologique et le PEV	2 576 926	0	2 576 926	413 416
4. Gestion des programmes	0	0	0	1 395 909
Total	181 557 820	122 903 518	58 654 302	7 560 000

D'après ce tableau, 68% des besoins en financement sont couverts.

Avec sa contribution (4%), GAVI RSS se joint ainsi à l'ensemble des partenaires qui se sont déjà prononcé pour financer la politique de transition sanitaire en RCA. Comme l'indique le tableau de l'outil de costing (Feuille "Analyse des écarts"), l'OMS, Fonds Bêku, UNICEF, Banque Mondiale ainsi que l'Etat sont les principaux bailleurs des fonds au système de Santé de la RCA.

17. Pérennité

La République Centrafricaine est encore actuellement un pays en crise, fortement dépendant sur les plans financiers et opérationnels de l'aide extérieure et des interventions des ONGs.

Il n'est à l'évidence pas possible à l'heure actuelle de faire des projections solides à trois ans sur la stabilisation sécuritaire, le degré de fonctionnalité des services de santé ou l'état des Finances Publiques.

En conséquence, la question de la pérennité ne peut pas être comprise comme un engagement du ministère de la Santé à assumer une partie croissante de ses opérations et de leur financement. Par contre, le ministère et ses partenaires peuvent mettre en œuvre des stratégies pour optimiser l'utilisation des ressources et créer les conditions favorables à une sécurisation des budgets futurs. Les grands principes du programme vont dans ce sens.

- Ainsi, le programme GAVI-RSS s'inscrit en ligne avec le PTSS et le travail de concertation inter-acteurs effectué au sein du Cadre de Concertation Stratégique en Santé (CCSS), auquel se réfère le CCIA. Selon ses termes de références, les objectifs du CCSS sont notamment de : aider le gouvernement à maintenir une analyse réaliste de la situation du secteur de la santé : faire bénéficier le ministère des expertises techniques des PTFs et ONGs partenaires et de l'expérience opérationnelle dans le pays pour faciliter la formulation de recommandations stratégiques (...); documenter les résultats et offrir des conditions favorables pour attirer des financements additionnels auprès des partenaires financiers existants et futurs, à travers la démonstration d'approches conjointes efficaces.
- En comparaison des programmes précédents, la nouvelle proposition GAVI-RSS travaille fortement sur l'intégration des activités de vaccination au sein d'un Paquet Minimum d'Activités à généraliser sur l'ensemble des FOSA. On retrouve cette même volonté d'horizontalisation à travers le focus porté désormais sur les centres et postes de santé et non plus uniquement sur les centres PEV.
- Le programme cherche à remettre sur pied des capacités au niveau périphérique sur le long terme. Cela passe par le support pour le redéploiement du personnel et le renforcement de compétences dans les FOSA ; par la

focalisation sur la relance des activités d'encadrement et de supervision des ECR et ECD ; et par la réactivation des organes de santé communautaires auprès des FOSA et des populations.

- Les efforts au niveau infrastructures et équipements visent à recréer une capacité de prise en charge préventive et curative qui dépasse les limites temporelles du programme. Il en va ainsi des réhabilitations et rééquipements, des moyens roulants dotés pour la chaîne de froid et du circuit d'approvisionnement.

En dehors de cela, il reste à l'évidence une série de postes pour lesquels le financement n'est pas garanti à terme. L'approche sur mesure accordée par GAVI a autorisé le financement de personnel contractuel dans les FOSA pour lequel une solution alternative devra être trouvée dans le futur. Les dotations en chaîne de froid, matériel roulant et autres demandent carburant, entretien et frais de fonctionnement. Tout l'enjeu de la proposition est qu'elle contribue à démontrer un potentiel important pour l'augmentation de la couverture vaccinale et à stimuler une collaboration active entre MSP, PTF, ONGs et OSCs axée sur la recherche anticipative de solutions via des ressources domestiques et externes.

A ce qui précède, il importe d'ajouter les réformes des financements publics en cours dans le pays avec notamment, l'introduction du budget programme. Le Ministère de la Santé a été retenu parmi les ministères pilotes. L'introduction de cet outil donnera plus d'attractivité aux programmes de santé pour attirer des nouveaux financements et davantage les sources nationales.

PARTIE F - MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE LIMITATION DES RISQUES

18. Modalités de mise en œuvre

Entités en charge du pilotage du programme

La Direction des Etudes et de la Planification (DEP) est le responsable de la mise en œuvre et de gestion du soutien GAVI au RSS. Le pilotage du programme GAVI-RSS sera assuré par le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA), en dialogue avec le Cadre de Concertation Sectorielle en Santé (CCSS).

Entités en charge de la gestion quotidienne du programme

Les documents techniques de mise en œuvre seront préparés par l'Unité de Gestion du Projet. Elle assurera la gestion quotidienne des activités de coordination et suivi et évaluation de la proposition et rendra compte directement au CCIA.

Un Groupe Thématique (GT) multiacteurs pour la Vaccination sera créé pour effectuer le travail préparatoire technique nécessaire aux réunions et décisions du CCIA, et éventuellement du CCSS. Le GT Vaccination travaillera en collaboration avec le Comité Technique d'Appui au PEV (CTAPEV) pour s'assurer de l'intégration du programme GAVI-RSS dans les orientations nationales en matière de vaccination.

Principales fonctions de pilotage

Le CCIA jouera les rôles suivants :

- approbation des plans annuels de mise en œuvre de la proposition GAVI-RSS de la RCA ;
- alignement des interventions sur la mise en œuvre du Plan de Transition du Secteur Santé
- approbation des plans de décaissement de la proposition ;
- assurer le suivi de la mise en œuvre de la proposition lors de ses réunions bimensuelles ou trimestrielles;
- évaluer annuellement la mise en œuvre de la proposition dans le cadre des Revues Annuelles Conjointes du secteur santé ;
- initier les audits sur la gestion financière et comptable des fonds RSS- GAVI;
- Initier l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale de la proposition GAVI-RSS de la RCA

Il travaillera en étroite collaboration avec le CCSS en tant que cellule de recommandations stratégiques sur la mise en œuvre du Plan de Transition dans son ensemble

Partenaires de mise en œuvre de la soumission

Les partenaires de mise en œuvre de la soumission sont l'UNICEF et l'OMS. Ils travailleront avec les organes et services du ministère de la santé, les partenaires et les ONG à tous les niveaux afin de garantir les synergies nécessaires ainsi que les résultats. L'UNICEF prendra en charge tous les activités d'approvisionnement et de réhabilitation (à l'exception des mécanismes d'appel d'offre gérés par le service de passation de marché du MSP). L'OMS sera en charge de toutes les activités d'appui institutionnel.

Le choix de ces deux partenaires pour la mise en œuvre de cette soumission découle d'une analyse profonde qui a été conduite par le ministère de la santé et ses différents partenaires afin de tirer le meilleur profit possible de l'opportunité qu'offre le soutien de GAVI pour renforcer effectivement le système de santé. Cette décision se base sur les éléments suivants :

- La volonté de restaurer le ministère de la Santé dans la fonction de gestion des fonds via l'Unité de Gestion du Projet, renforcée pour l'occasion d'un comptable, par rapport à la reprogrammation 2014-15 où l'intégralité de la gestion des fonds avait été confiée à l'UNICEF.
- Le rétablissement d'un mécanisme de double signature par la ministre de la Santé et le Représentant de l'OMS pour assurer la transparence et la bonne gouvernance dans l'utilisation des ressources.
- Le Gouvernement reconnaît l'expertise technique de l'OMS et l'UNICEF en matière de renforcement du système de santé et de vaccination.

Mécanismes de réception et de gestion des ressources de GAVI-RSS

Le mécanisme de gestion préconisé se résumerait comme suit :

1. GAVI envoie les fonds au Gouvernement qui les réceptionne sur le compte GAVI de la DEP.
2. Un Plan de Travail est établi en fonction du plan d'action du programme et soumis à l'approbation du CCIA et de l'ensemble des partenaires.
3. Les requêtes sont établies par les directions techniques pour le financement des activités, transmises à la DEP.
4. Une demande de décaissement des fonds à GAVI-RSS est cosignée par la DEP et le Ministre de la Santé Publique sur base de ces requêtes.
5. Après avis favorable du Ministre (Président du CCIA) sur la demande de décaissement, un chèque est libellé pour être signé par les co-signataires autorisés, en l'occurrence le Ministre et le représentant de l'OMS. Une liste de suppléants est prévue en l'absence des titulaires.
6. Le MSP, l'OMS et l'UNICEF exécutent le projet conformément à leurs règles de gestion administrative et financière et rendent compte des résultats obtenus et de la gestion financière.
7. Les rapports techniques et financiers préparés par le MSP, l'OMS et l'UNICEF sont soumis au CCIA.

Un mémorandum d'entente est signé conjointement par le Ministre de la Santé et de la Population, les Représentants de l'OMS et de l'UNICEF de la République Centrafricaine pour fixer et convenir des modalités de mise en œuvre du projet ainsi que des obligations des parties.

Mécanismes de mise en œuvre de la soumission

Planification annuelle.

Chaque région ou district sanitaire et toute autre structure intervenant dans le cadre de ce financement élaborera son Plan d'action intégré (PAI) dans le domaine de RSS. Ce plan va spécifier les activités devant être financées par GAVI-RSS et celles à financer par d'autres partenaires dont le Gouvernement. Ces PAI seront consolidés au niveau intermédiaire puis au niveau central. Les activités des PAI consolidés à ces deux niveaux et devant faire l'objet de financement par GAVI seront fondues en un Plan de travail budgétisé annuel (PTBA). En collaboration avec les services techniques du ministère de la santé, l'OMS et l'UNICEF formuleront des plans de décaissement, basés sur les PTBA. Les plans de travail budgétisés annuels et les plans de décaissement seront présentés au CCIA pour validation, avant transmission à GAVI.

Approvisionnement des comptes

Les plans de décaissement annuels transmis à GAVI seront examinés et approuvés en vue du décaissement des fonds à la DEP, sur une base annuelle, afin de mettre en œuvre les activités contenues dans les PTBA. Les fonds transférés à la DEP seront virés directement dans le compte GAVI-RSS ouvert par le ministère de la Santé.

Gestion des fonds.

La gestion des fonds se fera principalement par le ministère de la Santé, conformément au respect des normes comptables en vigueur, et avec un principe de co-signature par l'OMS pour tout déboursement.

Mise en œuvre des activités.

Pour la mise en œuvre des activités, chaque région et district sanitaire élaborera un plan de travail trimestriel en se référant au PTBA. Chaque structure de mise en œuvre élaborera une requête de mise à disposition des fonds qui sera adressée par voie hiérarchique jusqu'à la Direction des Etudes et de la Planification qui enclenchera les processus de déboursement en respect des mécanismes de gestion des ressources de GAVI-RSS décrits ci-dessus. La mise à disposition des ressources au niveau des régions et des districts sera faite par le niveau central en attendant la reprise des activités par les succursales des banques à l'intérieur du pays. Actuellement les transferts de fonds au niveau décentralisé sont effectués par des agents du MSP en fonction des visites de terrain, avec signature de décharge aux différents niveaux.

Suivi opérationnel des activités.

Ce suivi est placé sous la responsabilité des organes d'exécution avec l'accompagnement et l'appui de l'OMS et l'UNICEF. Au niveau des régions et districts sanitaires, les équipes cadres feront le suivi lors des supervisions formatives des agents des FOSA, lors des réunions de revues mensuelles d'activités, des exercices de monitoring de la couverture et des DQS. Il en est de même des régions sanitaires qui assureront le suivi des activités dans les districts sanitaires. Au niveau central, la DEP et les directions techniques concernées assureront la mise en œuvre de leurs activités propres ainsi que le suivi mensuel dans les régions. Les organisations de la société civile feront le suivi des activités au niveau communautaire. Un rapport technique trimestriel, semestriel et annuel de la mise en œuvre des activités du projet sera rédigé par les structures de mise en œuvre et soumis à la DEP.

Suivi et évaluation stratégique.

Ce suivi est placé sous la responsabilité de la DEP. Il combinera les éléments de suivi opérationnels aux recherches sur le système de santé, études et autres analyses. Il sera placé en lien avec les autres études et analyses menées sur le système de santé sous d'autres financements.

Ressources allouées à la gestion du programme.

Le programme sera géré par l'Equipe d'Appui Central sous l'autorité de la DEP et en conformité des règles exposées ci-dessus.

Un audit annuel interne et externe est prévu pour garantir la transparence dans la gestion des ressources.

Assistance technique.

Deux assistants techniques sont prévus dans le cadre de la mise en œuvre du PTSS pour apporter un appui institutionnel à temps plein auprès du ministère de la Santé. L'un d'entre eux (celui programmé dans la présente soumission) intégrera dans ses activités un soutien à la DEP et à l'Unité de Gestion de Projet dans la gestion des ressources.

Les autres questions d'assistance technique internationale et nationale sont discutées en détails dans la section 20 de la présente proposition.

19. Participation des OSC

En RCA, les OSC se sont organisées en réseau ou en association à l'instar de l'Association des Œuvres Médicales des Églises pour la Santé en Centrafrique (ASSOMESCA).

Elles disposent de sièges sur le plan national. Certaines OSC notamment l'ASSOMESCA ont contribué au développement de la carte sanitaire via la création de formations sanitaires et de dépôts pharmaceutiques périphériques, à la formation des agents de la santé à tous les niveaux de la pyramide et aux approches de financement basé sur les résultats.

Cependant l'implication des OSCs de manière générale dans les activités de santé y compris celles de la vaccination est à renforcer.

À cet effet, le Ministère de la Santé Publique a lancé en 2015 un appel à manifestation d'intérêt pour la contractualisation des Organisations de la Société Civile dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de Transition du Secteur de la Santé et du GAVI-RSS.

Les OSC seront impliquées dans la mise en œuvre et le suivi-évaluation de la proposition à plusieurs niveaux et dans plusieurs domaines.

- 1. Au niveau central :** Membres du CCIA, les OSC participent aux réunions de prise de décisions stratégiques dans le cadre de la vaccination. Quelques OSC ont été impliquées dans la préparation de cette soumission.
- 2. Au niveau région et district :** L'existence des dispositions dans les textes réglementaires portant création et fonctionnement des organes des Soins de Santé Primaire intègrent la participation des

ONGs/OAC et des OSC dans les Comités Régionaux et les Comités Provinciaux des Soins de Santé Primaire. A ce titre dans le cadre des organes de suivi-évaluation du projet GAVI-RSS, les OSC participeront aux décisions du Comité (régional ou provinciale selon le niveau). La participation régulière des OSC aux réunions des SSP induira leur implication dans l'approbation des Plan de travail annuels GAVI-RSS ; le suivi de la mise en œuvre programmatique et financière ; le suivi de l'atteinte des cibles et l'approbation des rapports de progrès au niveau régional

3. **Au niveau des Formations Sanitaires** : L'enquête HeRAMS au niveau national a relevé qu'environ 5% des Formations Sanitaires sont de type confessionnel. Les OSC participent ainsi à des réunions des structures de gestion des FOSA au sein des Comité de Gestion des Centre de Santé et Conseil de Gestion des Hôpitaux.
4. **Au sein de la communauté** : Les OSC auront également un rôle important dans la mise en œuvre des actions de santé à base communautaire (paquet d'activités communautaires y compris la promotion de la vaccination, la recherche active des perdus de vue) par le truchement des clubs et associations de la jeunesse ; OAC religieuses (mouvements et associations religieuses : scouts, flambeaux)

4% du soutien GAVI RSS ont été alloué au OSC pour la formation des acteurs de la société civile et la subvention des organisation pour appuyer leur action de soutien à la vaccination.

20. Assistance technique

La proposition GAVI-RSS est intimement intégrée dans le cadre du PTSS et bénéficiera des supports qui lui sont apportés. Deux programmes prévoient actuellement une assistance technique (AT) de long terme au niveau central : le projet « Rétablissement du Système de Santé en République Centrafricaine » de l'OMS sous financement UE, et la fiche action Santé du Fonds multi-bailleurs Bêku.

Il a été convenu que l'AT OMS se concentrerait sur les questions relatives au niveau central (réforme de l'organigramme, cycle de planification politique en santé, élaboration de politiques et stratégies, concertation et coordination avec les partenaires, etc.) tandis que l'appui Bêku se concentrerait sur le support au niveau décentralisé (outils et procédures, planification ascendante, formats de supervision, détermination de normes et stratégies adaptées selon le principe d'approches différenciées, sélection d'indicateurs clés, etc.). Comme on le voit, ces activités sont en phase directe avec les objectifs et activités spécifiques de la proposition GAVI-RSS.

La proposition GAVI-RSS prévoit de plus une série de consultances perlées spécifiques pour supporter le développement de certains aspects techniques du programme. Il s'agit notamment de :

- Développement d'un logiciel spécifique au contexte national pour le traitement de l'information sanitaire à tous les niveaux (voir 1.1.) ;
- Elaboration d'un manuel détaillant tous les aspects de gestion administrative, financière et comptable liées au projet GAVI-RSS (voir 1.2.) ;
- Elaboration d'une cartographie du PMA/PCA par zone d'intervention (aires de santé couvertes par les FOSA des 10 DS existants et des 09 nouveaux DS) (voir 1.13.) ;
- Enquête de Gestion Efficace des Vaccins en 2018 (voir 1.15) ;
- Mise en place des supports de visibilité (voir 1.20.) ;
- Elaboration de la nouvelle soumission GAVI en fin 2018 ;
- Développement de normes de PMA adaptées aux conditions de fonctionnalité et de sécurité, développement d'outils et guidelines de renforcement des connaissances, et suivi de la mise en oeuvre (voir 2.14) ;
- Développement de formats, procédures et outils sur différents paquets de systèmes d'information, allant d'une exigence minimale de surveillance épidémiologique et le PEV à un SNIS complet (voir 3.3) ;
- Formation du personnel à l'utilisation des outils du SNIS (voir 3.4.) ;
- Recyclage ou formation des ECD à la méthodologie DQS (voir 3.5) ;
- Mission d'une expertise internationale pour l'élaboration annuelle de l'annuaire statistique (voir 3.7.) ;
- Audit externe des comptes du programme (4.11.) ;
- Evaluation conjointe à mi-parcours et en fin de programme (voir voir 4.13.).

21. Risques et mesures d'atténuation

Description des risques	PROBABILITÉ (élevée / moyenne / faible)	IMPACT (élevé / moyen / faible)	Mesures de limitation
Objectif 1 : Renforcer la gouvernance et la coordination des activités de vaccination aux niveaux central, régional et périphérique			
<i>Risque institutionnel :</i> - Lenteur dans la mise en œuvre du CCSS - Difficultés à réaffecter le personnel au niveau des ECD et ECR	Faible Moyen	Moyen Elevé, en raison des questions de sécurité et des conditions locales.	- Plaidoyer CCIA + partenaires pour soutien du MSP au CCSS - Recherche solutions conjointes au sein du CCSS : mécanismes de primes ; appui à l'installation.
<i>Risque fiduciaire :</i> - Capacité de gestion de l'Unité de Gestion du projet - Absence de système bancaire au niveau décentralisé	Faible Elevé	Moyen Faible	- Soutien de l'UGP par AT central - Solutions actuelles. Recherche de solution inter-secteurs stimulée par CCSS
<i>Risque opérationnel :</i> - Faibles capacités des agents aux niveaux ECR, ECD pour l'encadrement et la supervision - défaillances récurrentes du système d'information et de documentation	Moyen Moyen	Moyen Moyen	- soutien appuyé pendant et après les réaffectations via formation, supervision formatives intégrées, etc. - continuité des activités de renforcement à ce sujet
<i>Risques programmatiques et risques liés à la performance :</i> - Retard dans le rapportage et le décaissement des fonds	Moyen	Moyen	Soutien continu de l'AT appui institutionnel + CCIA pour respecter les délais.
<i>Autres risques :</i> - Reprise des hostilités, pillage, insécurité	Faible à Moyen	Elevé	- Veille sécuritaire. Communication continue avec GAVI. Possibilité de reprogrammation.
Evaluation globale des risques pour l'objectif 1			
Objectif 2 : Assurer les conditions et la qualité de l'offre de services de santé curatifs et préventifs en conformité avec les paquets minimum d'activité dans les régions 1, 2 et 3			
<i>Risque institutionnel :</i>			

- Faibles capacités d'encadrement des FOSA (au niveau ECR, Central, autres) - Difficultés de concertation / coordination entre autorités locales et ONGs internationales.	Faible Faible	Moyen Faible	- suivi par le CCIA et CCSS et renforcement de l'encadrement - Plaidoyer, négociation. Cela n'empêchera pas le déroulement des opérations du GAVI-RSS
Risque fiduciaire : - faibles capacités de gestion des ressources aux niveaux ECR, ECD et FOSA	- Moyen	- Faible	- à suivre via les mécanismes de contrôle et d'audit.
Risque opérationnel : - Gaps géographiques dans la mise en œuvre du PMA liés aux limites budgétaires - Départ d'une partie importante des ONGs en sortie de crise	Moyen Moyen	Faible Moyen	- Planification consensuelle équitable des FOSA d'intervention + plaidoyer avec CCSS pour combler la carte sanitaire avec d'autres appuis. - A anticiper dans le cadre du CCSS. Des départs secs pourraient signifier une chute du support au PMA
Risques programmatiques et risques liés à la performance : - Retard dans les investissements programmés, particulièrement réhabilitation et équipement.	Moyen	Moyen	- Planning prévisionnel des achats. Suivi des passations de marché
Autres risques : - Reprise des hostilités, pillage, insécurité	Faible à Moyen	Elevé	- Veille sécuritaire. Communication continue avec GAVI. Possibilité de reprogrammation.
Evaluation globale des risques pour l'objectif 2			
Objectif 3: Renforcer la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire pour la surveillance épidémiologique et le PEV			
Risque institutionnel: - Conflits de compétences entre directions en charge du SNIS et surveillance épidémiologique - Difficulté à convaincre les partenaires d'utiliser les mêmes outils et formats	Faible Faible	Faible Faible	- médiation par CCIA - table ronde et médiation CCSS
Risque fiduciaire: Pas de risque particulier pour cet objectif			
Risque opérationnel: - Difficultés à faire admettre et consolider différents formats d'information sanitaire (de surveillance épidémiologique à SNIS) - Coexistence de formats et rapportage différents	Faible Elevé	Faible Faible	- risque à anticiper lors du design des formats d'information + préparation des formations - Plaidoyer. Cela ne nuit qu'à la

<i>auprès de partenaires</i> <i>- Capacités des acteurs à gérer les formats (promptitude, complétude, compilation, etc.)</i>	<i>Moyen</i>	<i>Moyen</i>	<i>qualité de la consolidation.</i> <i>- poursuivre renforcement continu (supervision, formation, etc.)</i>
<i>Risques programmatiques et risques liés à la performance :</i> <i>- retard dans le rapportage et la compilation des données</i>	<i>Moyen</i>	<i>Moyen</i>	<i>- Poursuivre le renforcement de capacités et activités d'encadrement</i>
<i>Autres risques :</i>			
<i>Evaluation globale des risques pour l'objectif 3</i>			
<i>Veillez ajouter d'autres lignes pour des objectifs supplémentaires...</i>			

22. Modalités de passation des marchés et de gestion financière

Question a): les requérants doivent préciser si une modalité de gestion financière existante sera employée (mécanisme financier commun ou autre), ou s'ils proposent une nouvelle approche. Il convient également d'indiquer si le pays aura recours à des modalités financières propres à un organisme et, dans l'affirmative, lesquelles. Il faut justifier ce choix.

Un compte bancaire est ouvert pour le volet GAVI/RSS au niveau d'une banque commerciale, EcoBank à Bangui la capitale. Les signataires du compte sont le Ministre de la Santé et le Représentant de l'Organisation Mondiale de la Santé en République Centrafricaine. Chaque signataire a deux suppléants : deux cadres désignés du Ministère de la Santé (i) le Directeur de Cabinet (DIRCAB) du Ministère de la Santé (ii) le Directeur Général des Services Centraux et des Établissements Hospitaliers(DGSCEH) ; deux cadres de l'OMS (iii) le MPN (iv) le Conseiller en matière de Vaccination.

La mise à disposition des ressources au niveau des régions et des districts sera faite par le niveau central en attendant la reprise des activités par les succursales des banques à l'intérieur du pays. Après approbations des activités contenues dans le plan annuel élaboré par la DEP et validé par le CCIA. Les requêtes sont préparées par les directions centrales en charges des activités et envoyées à la Direction des Études et de la Planification (DEP) pour traitement. Les chèques sont remplis par le Gestionnaire du volet GAVI/RSS au niveau de la DEP et transmis par voies hiérarchique (après Visa du DIRCAB et du DGSCEH) pour les signatures du Ministre de la Santé et du Représentant de l'OMS. Les fonds sont ensuite mis, selon les postes de dépenses, à la disposition de l'OMS, de l'UNICEF ou des Directions Centrales en charge pour l'appui à l'exécution des activités au niveau des régions ou districts, ou transmis directement à l'équipe cadre de district pour la mise en œuvre des activités. Les rapports techniques et financiers sont ensuite transmis à la DEP pour documentation.

Question b): Fiche de données du dispositif de gestion financière

1. Nom et coordonnées de contact du point focal au département des Finances de l'organisation bénéficiaire.	Ministère de la Santé et de la Population B.P. 883 Bangui Avenue GAMAL NASER
2. L'organisation bénéficiaire a-t-elle déjà eu une expérience précédente avec Gavi, la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou d'autres partenaires du développement (par exemple, a-t-elle déjà reçu des subventions) ?	<p style="text-align: center;">OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> - GAVI - OMS - UNICEF - AFD - BANQUE MONDIALE
<p>3. Dans l'affirmative:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veuillez indiquer le nom de la subvention, les années et le montant: • Pour des subventions terminées ou fermées de Gavi et d'autres partenaires du développement : veuillez décrire brièvement les principales conclusions relatives à l'utilisation des fonds du point de vue des résultats de la gestion financière. • Pour des subventions en cours de Gavi et d'autres partenaires du développement: veuillez décrire brièvement tout problème de gestion financière et de passation de marchés (par exemple dépenses inéligibles, 	<p>Oui, les fonds du soutien de GAVI au RSS de la RCA soit 3163 000 \$ US ont été versés pour couvrir les années de mlse en œuvre allant de 2008, 2011 à 2014.</p> <p>Le taux d'absorption était faible, les fonds RSS ont été reprogrammés pour prendre en compte les activités du PEV et cela sans notification expresse du Secrétariat Exécutif de GAVI.</p> <p>En 2014, la gestion transitoire des fonds restant et du dernier décaissement 679 000 \$ US avait été confiée à l'UNICEF bureau pays, compte tenue de la crise qu'a connu le pays.</p>

achats ne respectant pas les normes, malversation de fonds, rapport en retard sur la vérification des comptes, et vérification des comptes ayant émis des réserves).	
Contrôle, planification et budgétisation	
4. Quelle entité sera responsable du contrôle du programme dans le pays? Veuillez décrire brièvement les membres, la fréquence des réunions et le processus de prise de décision.	L'entité responsable du contrôle du programme dans le pays sera l'Inspection des Services Administratifs et financiers assistée de l'Inspection des Services Pharmaceutiques. Des missions de contrôle à un rythme trimestriel seront organisées dans les régions et districts bénéficiant de l'appui de GAVI. Les rapports de ces missions seront présentés au CCIA pour une prise de décision.
5. Qui sera responsable de la planification et de la budgétisation annuelles du RSS de Gavi.	La Direction des Études et Planification du Ministère de la Santé et de la Population sera responsable de la planification, de la budgétisation et de la production des rapports annuels de situation (RAS) en ce qui concerne la proposition GAVI-RSS.
6. Quel est le procédé de planification et de budgétisation et qui a la responsabilité d'approuver le plan de travail et le budget annuels du RSS de Gavi?	Un plan de mise en œuvre de la proposition sera élaboré chaque année. Il sera approuvé et adopté par le CCIA, en étroite collaboration avec le Cadre de Concertation Stratégique en Santé pour s'assurer de son intégration au sein du PTSS. Ce plan annuel sera élaboré avec les parties prenantes, les responsables des districts bénéficiant de l'appui GAVI en vue d'assurer la complémentarité entre les activités financées par le gouvernement et tous les partenaires intervenant dans le secteur de la santé.
7. Le programme de RSS de Gavi figurera-t-il dans le budget du ministère de la Santé soumis chaque année à l'approbation du parlement?	OUI
Exécution du budget (y compris la gestion de la trésorerie et des flux de financement)	
8. Quelles sont les dispositions bancaires suggérées (c'est-à-dire la monnaie du compte, le flux des fonds vers le programme)? Veuillez donner la liste des titres des signataires autorisés pour le déblocage des fonds et toute demande de réapprovisionnement.	Le compte sera approvisionné en devise étrangère c'est-à-dire le dollar américain (\$ US) et les décaissements pour la mise en œuvre des activités RSS seront faits en monnaie locale c'est-à-dire le Francs CFA. Les signataires sont le Ministre en charge de la Santé et le Représentant de l'OMS en RCA
9. Les fonds du RSS de Gavi seront-ils transférés sur un compte bancaire ouvert dans la banque centrale ou dans une banque commerciale au nom du ministère de la Santé ou de l'organe de mise en œuvre ?	Les fonds du soutien au RSS de GAVI seront transférés sur un compte bancaire ouvert uniquement pour recevoir les subventions de GAVI auprès d'ECOBANK, une banque commerciale située à Bangui.
10. Ce compte bancaire sera-t-il alimenté uniquement avec des fonds de Gavi ou détiendra-t-il aussi des fonds d'autres sources (Gouvernement et/ou donateurs – "compte commun")?	Afin de garantir un meilleur suivi pour une meilleure traçabilité des fonds GAVI ce compte bancaire sera alimenté uniquement avec les fonds GAVI .
11. Dans le cadre du programme de RSS, prévoit-on de transférer les fonds du niveau central au niveau décentralisé (provinces, districts, etc.) ? Dans L’AFFIRMATIVE, veuillez décrire comment les transferts de fonds seront	NON L'absence de succursale bancaire à l'intérieur du pays ne permet pas d'envisager de transferts au niveau décentralisé. Quand le système sera réactivé et considéré comme fiable, il est prévu de lancer des transferts de fonds à travers les succursales bancaires qui sont ouvertes dans certaines

exécutés et contrôlés.	Préfectures. Cela dépendra notamment du degré de sécurité dans les zones couvertes par le soutien GAVI-RSS
Approvisionnement	
12. Quel système d'approvisionnement sera utilisé pour le programme de RSS de Gavi? (par exemple la loi/code national de passation des marchés ou les procédures de passation de marchés de la Banque mondiale/UNICEF/OMS et d'autres partenaires du développement)	Les principaux investissements tels que le matériel de la chaîne de froid, le matériel roulant et autres, le marché sera exécuté par les 2 partenaires de mise en œuvre (UNICEF et OMS) qui vont appliquer les procédures et règles du système des Nations Unies en la matière. Pour les travaux de réhabilitations/Construction, les procédures de passation de marché au niveau national seront appliquées
13. Prévoyez-vous de vous procurer tous les articles ou certains d'entre eux par le biais de systèmes des partenaires de Gavi au niveau national (UNICEF, OMS)?	Oui procédure d'achat groupé par le biais de l'Unicef/OMS
14. Quelle est l'organisation en termes de ressources humaines pour la gestion de la passation des marchés?	NA
15. Existe-t-il des procédures pour l'inspection physique et le contrôle de la qualité des biens, des travaux ou des services fournis ?	OUI L'Inspection des Services Administratifs et Financiers est l'organe compétent
16. Y a-t-il un mécanisme de gestion des plaintes en place dans le cadre du processus de passation de marché ? Veuillez fournir une brève description.	NON
17. Des procédures efficaces de règlement des différends sont-elles en place ? Veuillez fournir une brève description.	NON
Comptabilité et établissement de rapports financiers (y compris la gestion des avoirs immobilisés)	
18. Quelle est la politique de personnel de l'organisation en matière de comptabilité, audit et compte-rendu?	L'Unité de gestion du projet sera renforcée avec le recrutement d'un comptable, en plus de l'administrateur en charge actuellement.
19. Quel système comptable est ou sera utilisé pour le programme de RSS de Gavi? (c'est-à-dire existe-t-il un logiciel spécifique de comptabilité ou un système manuel de comptabilité ?)	La comptabilité utilisera le logiciel ciel compta dans toutes ses configurations en application des procédures qui seront décrites dans le manuel de procédures de gestion administrative, financière et comptable du programme.
20. À quelle fréquence l'organe de mise en œuvre produit-il des rapports financiers intermédiaires et à qui les présente-t-il ?	Les rapports techniques et financiers sont établis sur une base trimestrielle. La synthèse est faite par la structure chargée de la mise en œuvre du programme lors des réunions du CCIA.
Contrôle et vérification internes des comptes	
21. L'organisation bénéficiaire dispose-t-elle d'un manuel de gestion financière ou manuel opératoire décrivant le système de contrôle interne et les procédures opérationnelles de gestion financière?	OUI Le Manuel des procédures de gestion administrative, financière et comptable élaboré est mis à la disposition de l'Unité de Gestion du Projet
22. Un département de vérification interne existe-t-il dans l'organisation bénéficiaire ? Dans l'affirmative, veuillez décrire comment ce département sera associé au	OUI Oui, l'Inspection des Services Administratifs et Financiers est l'organe de contrôle interne au Département de la Santé. Elle

RSS de Gavi.	effectuera des missions au niveau de l'UGP, et dans les régions et districts appuyés par le projet.
23. Existe-t-il un comité de vérification des comptes chargé de suivre la mise en œuvre des recommandations de la vérification interne des comptes ?	OUI/NON
Audit externe	
24. Les états financiers annuels sont-ils contrôlés par une société d'audit externe privée ou par une institution publique de vérification des comptes (par ex. l'Auditeur général) ? ⁵	OUI
25. Qui est responsable de la mise en œuvre des recommandations de la vérification des comptes ?	La Direction des Études et de la Planification

⁵ S'il est prévu qu'un auditeur externe privé effectue l'audit externe annuel, veuillez prévoir des honoraires d'audit adéquats dans le budget détaillé.