

**CENTRAL AFRICAN REPUBLIC – MULTI-PARTNER TRUST FUND
(CAR-MPTF)**

PROJECT DOCUMENT – FAST TRACK WINDOW

Project Title: Appui à la réhabilitation des structures sanitaires dans les zones affectées par les conflits socio-politiques en République centrafricaine	Participating UN Organization(s): Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Project Contact: Address: Dr ITAMA MAYIKULI Christian , Point focal programme ODM de l'OMS en RCA Téléphone: 0023672187026 E-mail: itamac@who.int	Implementing Partner(s) – name & type (Government, CSO, etc) – Ministère de la Santé et de la Population
Project Location: Préfectures/districts sanitaires de Ouaka et de Basse Kotto en RCA	Total Project Cost: USD 1 080 165 CAR MPTF: USD 1 080 165 Other: Total: USD 1 080 165
	Project Start Date and Duration:

<p>Participating UN Organization</p> <p><i>Nom du représentant :</i> Dr Michel N'da Konan YAO</p> <p><i>Fonction :</i> Représentant</p> <p><i>Nom de l'agence :</i> Organisation Mondiale pour la Santé (OMS)</p> <p><i>Date :</i> 15 JAN 2016</p> <p><i>Signature et cachet :</i> [Redacted]</p>	<p>Government Partner : Ministère de la Santé et de la Population</p> <p><i>Nom du représentant de la contrepartie Gouvernementale :</i> Dr Marguerite SAMBA-MALIAVO</p> <p><i>Fonction :</i> Ministre de la Santé et de la Population</p> <p><i>Date :</i> 15 JAN 2016</p> <p><i>Signature et cachet :</i> [Redacted]</p>
<p>Co-chair of the Ezingo Fund steering committee (Government)</p> <p><i>Nom du représentant :</i> Madame Florence LIMBIO</p> <p><i>Fonction :</i> Ministre de l'Economie, du Plan et de la Coopération Nationale chargée des Pôles de Développement</p> <p><i>Date :</i> 24.01.16</p> <p><i>Signature et cachet :</i> [Redacted]</p>	<p>Co-chair of the Ezingo Fund steering committee (United Nations)</p> <p><i>Nom du représentant :</i> Aurélien A. Agbénonci</p> <p><i>Fonction :</i> Représentant Spécial Adjoint du Secrétaire Général, Coordonnateur Résident du Système des Nations Unies, Coordonnateur Humanitaire, et Représentant Résident du PNUD</p> <p><i>Date :</i> 22 JAN 2016</p> <p><i>Signature et cachet :</i> [Redacted]</p>

COMPONENT 1: THE 'WHY'**1.1. Contexte:**

La RCA connaît depuis plusieurs années une instabilité socio-politique qui a entraîné une crise humanitaire prolongée. Cette crise s'est accentuée depuis décembre 2013, la capitale Bangui a été l'objet des affrontements armés sanglants. Cet incident a été succédé par l'accroissement de l'insécurité et la recrudescence des violences intercommunautaires entre groupes armés rivaux et populations civiles sur base religieuse et ethnique. A l'heure actuelle, la RCA compte 369,000 déplacés internes (Août 2015). En plus de ceux-ci, il est également constaté le retour progressif des centrafricains qui s'étaient réfugiés en RDC dans les différentes zones y compris les deux préfectures de Ouaka et de Basse Kotto. Dès lors, la plupart des zones affectées ont cependant bénéficié de l'assistance sanitaire soutenue à travers les organisations internationales, cependant les deux préfectures sanitaires de Ouaka et de Basse Kotto sont restées des zones encore très affectées par les conséquences des conflits et moins assistées par les partenaires. Sur le plan sanitaire, on assiste aux recrudescences des épidémies des maladies diarrhéiques et diverses maladies courantes à savoir le paludisme et la malnutrition en particulier couplées à une forte mortalité qui alerte périodiquement les différentes communautés. Au cours de 2015 deux alertes de la recrudescence des décès infantiles ont été signalées dans le district d'Alindao qui ont nécessité des missions d'investigation. Selon le dernier rapport d'investigation de Save The Children d'août 2015, plus de 400 enfants seraient décédés au cours de ces épisodes d'épidémie diarrhéique, en outre, sur 104 enfants rencontrés et qui ont subi le screening nutritionnel durant la mission, 32 parmi eux avaient la malnutrition aiguë dont 17 cas de malnutrition aiguë sévère (16,35%). Les mêmes tendances à la hausse des maladies diarrhéiques, du paludisme et de la malnutrition se présentent également dans la préfecture de Ouaka à travers le système d'alerte précoce mis en place par l'OMS dans les sites des personnes déplacées de Bambari et de Ngakobo. En plus de l'état défectueux des bâtiments, le fonctionnement de la plupart de ces structures sanitaires sont compromis à la fois par l'insuffisance des personnels qualifiés, l'absence des nouveaux matériels et équipements médicaux et la carence quasi permanente en médicaments essentiels. La plupart des soins d'urgence comme les cas d'hémorragies ou anémie sévère, les violences sexuelles courantes ne peuvent pas également être soignés suite à l'absence d'intrants pour la transfusion sanguine ; le manque des personnels qualifiés et les difficultés du système de référence des cas sévères. La résurgence des maladies évitables par la vaccination constitue également l'une des grandes préoccupations à travers les multiples foyers des flambées épidémiques de rougeole, coqueluche connue ces dernières années. Le taux de couverture vaccinale reste très faible dans tout le pays (moins de 40%) Les équipements de la vaccination ont été également l'objet des pillages, vols et destruction en particulier la chaîne de froid. En outre les responsables des districts sont dépourvus de moyen de supervision et de suivi des activités. Les structures sanitaires sont également fréquemment dépourvues des outils de collecte et supports des données (fiche, carte et registre de vaccination, formulaires de différents rapports périodiques...). Aussi au niveau national le centre pédiatrique est débordé et les cas de plus en plus nombreux de drépanocytose chez les enfants ne sont pas adéquatement pris en charge. Selon le Ministère de la santé la prévalence de la drépanocytose (un problème génétique sanguin) dans la population centrafricaine est plus de 2% (adulte en enfant confondu dernière enquête STEP 2011, OMS/Ministère de la Santé). Le seul centre dévolu à la prise en charge de cette maladie n'est plus opérationnel depuis plusieurs années suite aux crises à répétition. Dans la ville de Bangui seulement l'enquête a montré environ 700 cas de consultation avec 7,5% de décès. Ce taux a certainement augmenté avec la détérioration des moyens de prise en charge.

1.2. Justification du projet :

A l'heure actuelle, les deux préfectures de Ouaka et de Basse Kotto comptent très peu d'acteurs humanitaires sur terrain dans le secteur de la Santé avec des présences très limitées en termes d'étendue et de couverture géographique. La capacité de prise en charge des cas de drépanocytose est très faible contribuant ainsi aux cas de décès liés notamment au paludisme qui est la première cause de mortalité et de maladie. Face aux difficultés de plus en plus grandes à mobiliser des fonds humanitaires, le présent projet aura le mérite de renforcer la capacité des structures sanitaires qui leurs permettront de fonctionner tant soit peu au-delà de l'assistance humanitaire dans le cadre de la transition.

COMPONENT 2: THE 'WHAT'

2.1. Principales causes sous-jacentes de la mortalité et de la morbidité :

La mortalité et la morbidité très élevées constatées dans ces 2 préfectures et au niveau des cas de drépanocytoses font suite à l'accès limité aux soins de santé primaire et à l'éclosion fréquente des épidémies. Les Principales causes sous-jacentes de ces insuffisances sont les suivantes :

- **Diminution de la capacité structurelle des infrastructures sanitaires :** La plupart des infrastructures sanitaires ont été pillées et saccagées les résultats préliminaires de l'évaluation de ressources sanitaires de (l'enquête HeRAMS) conduite en 2015 a montré également qu'environ le tiers des structures sanitaires sont partiellement ou complètement détruites. Sur 86 structures de santé enquêtées dans ces 2 préfectures, 33 structures ont été endommagées dont 3 détruites totalement et 30 détruites partiellement dont 7 ont été réhabilitées (voir liste ci dessous).

Tableau : Structures sanitaires endommagées dans les Préfectures de Ouaka et de Basse Kotto, et du centre de drépanocytose à Bangui (Résultat de l'évaluation des ressources sanitaires en 2015 par l'OMS)

Pref Sant	SousPref	Commune	Vilg Quart	Nomstru	Type stru	Secteur	Etat batiment	Réhabilité ?
OUAKA	BAMBARI	DANGAGBOUDOU	Tagbara	PS de Tagbara	PS	Public	Partiel détruit	Oui
OUAKA	IPPY	YENGOU	Atongo-Bakari	CS Atongo-Bakari	CS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	BAMBARI	PLADAMA-OUAKA	CRPR	CS CRPR	CS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	BAMBARI	PLADAMA-OUAKA	OUABE	CS OUABE	CS	Public	Partiel détruit	Oui
OUAKA	BAMBARI	DANGAGBOUDOU	SEKO	CS SEKO	CS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	BAMBARI	BAMBARI	MBAGOLO	CSU MBAGOLO	CS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	BAMBARI	NGOUBIA	BATOBADJA	PS BATOBADJA	PS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	BAMBARI	PLADAMA-OUAKA	KRAKONDJI	PS KRAKONDJI	PS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	BAMBARI	LIWA	LIWA	PS LIWA	PS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	BAMBARI	NGALOUA	NGALOUA	CS NGALOUA	CS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	BAMBARI	PLADAMA-OUAKA	TOGO	PS TOGO	PS	Public	Partiel détruit	Oui
OUAKA	GRIMARI	GRIMARI	GRIMARI	CS GRIMARI	CS	Public	Partiel détruit	Oui
OUAKA	GRIMARI	GRIMARI	LAKANDJA	PS LAKANDJA	PS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	GRIMARI	GRIMARI	NGOULINGA	PS NGOULINGA	PS	Public	Partiel détruit	Oui
BASSE-KOTTO	ALINDAO	YAMBELE	OROKPO	PS OROKPO	PS	Pub	Total. détruit	
BASSE-KOTTO	ALINDAO	GUILIGUI	TAGBALE	PS TAGBALE	PS	Pub	Total. détruit	
BASSE-KOTTO	ALINDAO	BAKOU	NGAKE	PS NGAKE	PS	Public	Partiel détruit	
BASSE-KOTTO	KEMBE	KEMBE	KEMBE	Hôpital KEMBE	HOP	Public	Partiel détruit	
BASSE-KOTTO	KEMBE	KEMBE	Rouanga 2	CS DIMBI	CS	Public	Partiel détruit	
BASSE-KOTTO	KEMBE	KEMBE	Caf Bangui	CS KEMBE	CS	Public	Partiel détruit	
BASSE-	KEMBE	Kotto Oubangui	Voula	PS VOULA	PS	Pub	Total. détruit	

Annex IV – Operational Arrangements CAR MPTF

KOTTO								
BASSE-KOTTO	KEMBE	Mboui	Samarie	PS YANGBASSI	PS	Public	Partiel détruit	
BASSE-KOTTO	SATEMA	Kotto Oubangui	Limassa	CS LIMASSA	CS	Public	Partiel détruit	
BASSE-KOTTO	MOBAYE	MOBAYE	MOBAYE	HOP. PREFECTORAL MOBAYE	HOP	Public	Partiel détruit	
BASSE-KOTTO	MOBAYE	MOBAYE	IMALANGANDI	CS IMA-LANGANDI	CS	Public	Partiel détruit	
BASSE-KOTTO	ZANGBA	ZANGBA	Mahingue	CS MAÏNGUE	CS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	IPPY	YINGOU	LAFFOLO	Poste de santé de LAFFOLO	PS	Public	Intact	Oui
OUAKA	IPPY	Mbimou ngoumbrou	Zoubingui	Poste de santé de Zoubingui	PS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	BAKALA	KOUDOU BEGO	.	CS DE BAKALA	CS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	KOUANGO	ANZENGUE MINDOU	ZOUHOUGOU GBADA	CPS ZOUHOUGOU GBADA	PS	Public	Partiel détruit	
OUAKA	GRIMARI	KOBADJA	POUMAYASSI	PS POUMAYASSI	PS	Public	Intact	Oui
OUAKA	IPPY	IPPY	KONGBO-MID	CS de CMEBD	CS	CONF	Partiel détruit	
OUAKA	IPPY	IPPY	NGOLEMANDA	PS NGOLEMANDA	PS	Public	Partiel détruit	
OMBELA MPOKO	BANGUI	BANGUI	BANGUI	CENTRE DE DREPANOCYTOSE	HOP	public	Partiel détruit	

- Insuffisance des personnels qualifiés :** L'effectif des personnels de santé qualifiés dans tout le pays est insuffisant dans tout le pays et reste en deçà des normes de l'OMS (1 médecin/19 000 habitants, HeRAMS 2015). En plus de ratio insuffisant, la répartition de ces personnels est également en défaveur de l'intérieur du pays et en particulier dans ces zones difficiles d'accès suite au contexte sécuritaire difficile. La plupart des personnels sont ceux formés sur le tas ou avec des qualifications insuffisantes.
- Insuffisance d'appui au fonctionnement des structures sanitaires**
 La quasi-totalité des structures sanitaires ne reçoivent plus des subventions du Gouvernement et leurs fonctionnements dépendent d'appui extérieur d'ordre humanitaire. La cartographie du cluster santé montre également l'insuffisance de la couverture de ces 2 préfectures par les organisations humanitaires dans le secteur de la santé. Quelques appuis très limité en termes de couverture géographique sont fournis par les agences de l'ONU (Unicef, OMS, UNFPA) et les ONGs (ACF, CICR, MSF, COHEB...) Les conséquences de ce dysfonctionnement contribuent à la fois à l'insuffisance d'accès aux soins de santé primaires, à la baisse de couverture vaccinale favorable aux flambées des maladies évitables par la vaccination en particulier la rougeole et la coqueluche dans ces zones et aux difficultés de détecter et de contrôler des épidémies à temps.
- Accès limités aux services sociaux de base dans les autres secteurs**
 Les autres secteurs sociaux de base sont également non opérationnels avec des impacts négatifs sur la santé en particulier, le manque d'accès à l'eau potable et aux produits basiques de l'hygiène (savon..) La quasi-totalité de la communauté vivent de l'eau de ruissellement et des puits mal entretenus qui favorisent la transmission et l'écllosion des épidémies des maladies diarrhéiques. Les conditions difficiles de logement et d'accès à la nourriture en particulier pour des personnes déplacées contribuent à la recrudescence de la malnutrition, au paludisme et aux maladies respiratoires.

2.2. Effet escompté du projet : « A sa fin prévue, le projet aura contribué de manière significative à la diminution de la mortalité et de la morbidité dans la population ciblée des préfectures de Ouaka et Basse-Kotto affectées par les conflits socio-politiques en RCA y compris la mortalité surtout des enfants liée à la drépanocytose »

2.2.1. Produit escompté 1 : « Avoir assuré la prise en charge effective, rapide et efficace des pathologies courantes y compris la drépanocytose, cas de viol, malnutrition aigüe ainsi que la transfusion sanguine dans les zones ciblées d'ici la fin du projet ;

Activités :

- Réhabilitation de 15 structures sanitaires y compris le centre de prise en charge de la drépanocytose à travers la réfection des bâtiments et l'équipement en mobiliers et matériels médicaux :
 - Réfectionner et équiper les 15 structures de santé partiellement détruites ou pillées avec remise du système d'approvisionnement en eau, en énergie électrique et de la sanitation en fonction des besoins.
 - Equiper les structures sanitaires en mobiliers et matériels médicaux
- Appui à la prestation des paquets d'activités prévues y compris la prise en charge des cas de viol, le système de référence dans les 15 structures de santé et la transfusion sanguine
 - Approvisionner les 15 structures sanitaires en stocks des médicaments essentiels et consommables pour la prise en charge des pathologies courantes, les cas de viol et la transfusion sanguine
 - Rendre disponibles les supports des données essentiels pour les activités au niveau des centres de santé et hôpitaux
 - Doter les 12 centres de santé en moyens de transport des patients (motos charrettes)
 - Doter les 2 hôpitaux en ambulance
 - Appuyer le système de communication dans les 14 structures sanitaires
- Renforcement de la capacité des personnels soignants dans les domaines clés (la PCIME, la technique de transfusion et la prise en charge des cas viol)
 - Identifier les personnels à former dans chacun des thèmes
 - Assurer les différentes formations
 - Assurer le suivi et la supervision formative des activités

2.2.2. Produit escompté 2 : « Un système d'alerte précoce et de contrôle des épidémies dans ces zones existe et est fonctionnel d'ici la fin du projet »

Activités

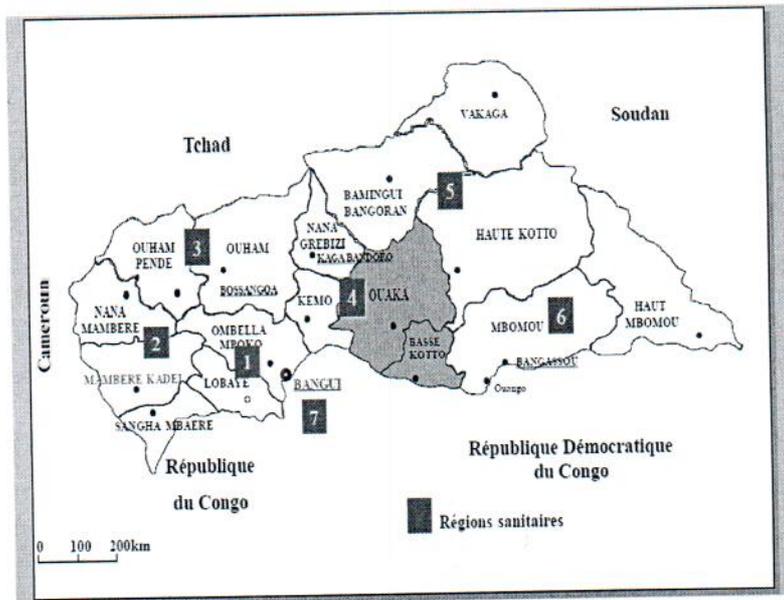
- Formation /recyclage les points focaux de la surveillance épidémiologique
 - Identifier les personnels à former dans chacun des thèmes
 - Assurer la formation sur la SIMR (Surveillance intégrée des maladies et riposte) et le SAP (Système d'alerte précoce)
 - Assurer le suivi et la supervision formative des activités
- Opérationnalisation du système d'alerte précoce dans les structures sanitaires et les sites des personnes déplacées de 2 préfectures
 - Reproduire les supports de collecte des données
 - Equiper les 4 districts sanitaires en moyens de collecte et transmission des données épidémiologiques (ordinateurs, clés internet et téléphones)
 - Analyser les données et produire hebdomadaire des bulletins épidémiologiques
- Mise en disposition des stocks de contingence relatifs au contrôle des urgences et épidémies courantes
 - Commander les kits d'urgence des maladies diarrhéiques, pneumonie et les kits IEHK 2011 complets et matériels de transport d'échantillon
 - Pré positionner les stocks dans les 4 districts sanitaires et le Sous bureau de l'OMS à Bambari

2.3. Autres impacts du projet

En sa qualité d'appui à l'accès aux services sociaux de base, le présent projet va contribuer à faciliter le retour des personnes déplacées dans leurs milieux d'origine suite à la réhabilitation des infrastructures sanitaires et à l'assurance relative à l'accès aux soins de santé localement. Ce fait va également contribuer à promouvoir la paix au sein des communautés

2.4. Bénéficiaires et zones d'intervention

Cartographie de la zone d'intervention en rouge violet



Le projet va couvrir un total d'environ 727 179 personnes avec difficultés ou sans accès aux soins de santé primaire dans les préfectures de la Basse kotto et de Ouaka. Les structures sanitaires ciblées dans le projet sont :

- CS Atongo-Bakari
- CS CRPR
- CS Seko
- CSU MBAGOLO Mbagolo
- CS NGALOUA Ngaloua
- HOPITAL de Kembe
- CS Dimbi
- CS Kembe/Satema
- CS Limassa
- HOP. Mobaye
- CS Ima-Langandi
- CS Maingue
- CS de Bakala
- CS de CMEBD

Le projet permettra aussi, à près de 1000 personnes par an d'avoir accès à des soins de santé lors de crise liées à la drépanocytose.

2.5. Suivi et évaluation du projet

La quasi-totalité des indicateurs de fonction des structures sanitaires ciblées sont non disponibles suite à l'absence du système national d'information sanitaire (SNIS) opérationnel. Le projet permettra de rendre opérationnel le SNIS et de suivre les indicateurs suivants : Tendances mensuelle et pourcentage des activités du PMA et PCA (Consultation curative, Consultation prénatale, malades hospitalisés cas de MAS pris en charge, cas de viol pris en charge, nombre de transfusion et promptitude des rapports épidémiologiques, nombre des patients référés dans les hôpitaux et contre référés mensuellement)

- Compte tenu de l'absence de plusieurs données de référence, le comité de gestion du projet va organiser initialement une évaluation approfondie du niveau des paquets d'activités assurées par chacune des structures sanitaires. Cet exercice sera conduit dès le début du projet afin d'obtenir les données de base qui permettront d'évaluer l'impact précis du projet au cours de la mise en œuvre.
- Le Responsable du programme de la prévention et contrôle des maladies de l'OMS va assurer avec le point focal du Ministère de la santé de la surveillance des maladies, l'analyse hebdomadaire du Système d'alerte

- précoce dans les structures sanitaires et sites des personnes déplacées.
- Le Responsable du programme du système de santé de l'OMS va assurer avec le responsable du SNIS du Ministère de la santé l'analyse mensuelle des rapports d'activités des structures sanitaires des districts sanitaires appuyés dans les préfectures de Ouaka et de Basse
 - Les responsables des districts sanitaires vont assurer mensuellement la supervision des activités sur terrain. Ils auront également le rôle de collecte et centralisation des données des activités des structures sanitaires et des données épidémiologiques pour transmission à la hiérarchie du Ministère de la santé avec copie à l'OMS.
 - Le responsable du Sous Bureau de l'OMS va suivre trimestriellement sur terrain les activités du projet en collaboration avec les directeurs des régions sanitaires 4 et 6
 - Le comité de gestion au niveau de Bangui aura le rôle de suivi des données du projet ainsi que la mise en œuvre globale des activités à travers les réunions mensuelles. Le comité va organiser également la supervision semestrielle des activités sur terrain.

COMPONENT 3: 'THE HOW'

- La mise en œuvre du projet se va se faire par l'équipe de l'OMS au niveau central et au niveau du Sous Bureau de Bambari en étroite collaboration avec le Ministère de la santé et de la population (MSP). Un comité de gestion conjoint (OMS et MSP) pour la mise en œuvre du projet sera mis en place au niveau central et les entités décentralisées seront impliquées dans la mise en œuvre des activités à savoir le sous bureau de l'OMS de Bambari. Du côté du Ministère de la Santé et de la Population, les entités décentralisées qui seront impliquées sont les directions régionales des Régions 4 et 6, la préfecture/district sanitaire de Ouaka et les 3 districts sanitaires de la préfecture de la Basse Kotto (Alindao, Kembe et Mobaye). L'appui technique dans la mise en œuvre du projet se fera par l'équipe de l'OMS à travers les programmes suivants ODM, MPN et DPC qui assurent respectivement ; la gestion des urgences, l'appui au système de santé ainsi que la prévention et le contrôle des maladies.
- Quant au comité de gestion au niveau central, il sera constitué d'une part par l'équipe du MSP composée des membres suivants : le Directeur de la Santé publique (président du comité), le Directeur des infrastructures hospitalières, le responsable de la surveillance épidémiologique, le responsable du Système d'information sanitaire et d'autre part l'équipe de l'OMS sera composée des responsables des programmes suivants : Gestion des urgences et épidémies (ODM) ; Prévention et contrôle des maladies (DPC) et le responsable du programme d'Appui au système de Santé (MPN) ainsi que le data manager des données et indicateurs des activités du projet. Le comité de gestion va se réunir mensuellement et aura le rôle de faire le suivi de la mise en œuvre du projet et de l'analyse des indicateurs de santé dans les zones bénéficiaires afin d'évaluer la performance et de proposer des solutions adéquates en cas de difficultés dans la mise. En plus de suivi du projet, l'évaluation des données sanitaires de base, la passation du marché de réhabilitation des infrastructures ; les commandes des médicaments, matériels et intrants ; la mise à la disposition des protocoles à suivre et le renforcement de capacité seront des activités qui seront organisées à partir du comité de gestion. Les membres du comité de gestion auront également des rôles techniques dans la préparation et réalisation des différentes formations. Enfin le comité de gestion va programmer deux visites conjointes (MSP & OMS) sur terrain des quelques membres durant la mise en œuvre du projet dans le cadre de la supervision des activités mises en œuvre.
- Dans la poursuite de la stratégie de réponse à cette crise humanitaire, en plus de son bureau à Bangui, l'OMS a ouvert 3 Sous bureaux à l'intérieur du pays (Kaga Bandoro, Bouar et Bambari). Les activités assurées par l'OMS dans le secteur santé au cours de 2014 et de 2015 sont essentiellement l'appui à la coordination des interventions de partenaires du cluster santé, le comblement des insuffisances dans les réponses humanitaires dans le secteur Santé et la surveillance épidémiologique ainsi que l'appui au contrôle des épidémies et aux réponses des situations d'urgences sanitaires. Parlant des insuffisances comblées, il est à mentionner l'appui assuré dans le système d'approvisionnement en médicaments essentiels aux structures sanitaires prioritaires à travers les kits sanitaires d'urgence. A l'heure actuelle, il n'existe pas un circuit national d'approvisionnement en médicaments essentiels. Il en est de même pour l'appui au système de transfusion sanguine au Centre national de transfusion sanguine qui ravitaille essentiellement les hôpitaux de la ville de Bangui et de sa périphérie en poches de sang sécurisé.
- Dans la mise en œuvre de ce projet, l'agence bénéficiaire de fonds est l'OMS, cependant dans le cadre

Annex IV – Operational Arrangements CAR MPTF

des activités de routine des autres agences de l'ONU (Unicef & UNFPA) un cadre de collaboration sera défini pour une meilleure synergie, où elles seront sollicitées à compléter certaines activités en fonction des besoins et de leurs domaines de compétence à savoir les activités nutritionnelles, l'équipement en chaîne de froid pour le PEV, l'appui à la maternité, la distribution des moustiquaires et la santé promotionnelle au niveau de la communauté.

- La mise en œuvre effective du projet va débuter un mois au maximum après l'approbation du financement MPTF pour une durée de 12 mois.

PROJECT BUDGET (USD)			
CATEGORIES	Amount Participating Agency/ OMS	Amount Participating Agency/ YY	TOTAL
1. Staff and other personnel <ul style="list-style-type: none"> • WHO project manager (1/7 working time): 30 000 • Logistic and Custom officers: 10 000 • MoH Project Managers incentives: 20 000 	60 000		60 000
2. Supplies, Commodities, Materials	220 000		220 000
3. Equipment, Vehicles: 2 ambulances; 12 moto-ambulances; and Furniture: communication & IT devices (including Depreciation) + 1 vehicle for MoH continued supervision activities	161 500		161 500
4. Contractual services (Rehabilitations of 14 Health Facilities)	420 000		420 000
5. Travel (project evaluation and monitoring)	12 000		12 000
6. Transfers and Grants to Counterparts (Ministère de la Santé et de la Population): training and formative supervision & Institutional support to MoH (20 000)	76 000		76 000
7. General Operating and other Direct Costs: Communication/IT ; Custom and transit fees; Meetings; bank transfer charges; Production of forms (info systems)	60 000		60 000
Sub-Total Project Costs			
8. Indirect Support Costs: <i>The rate shall not exceed 7% of the total of categories 1-7, as specified in the CAR MPTF MOU.</i>	70 665		70 665
TOTAL	1 080 165		1 080 165

Risk	Likelihood (high, medium low)	Severity of impact on project (high, medium, low)	Monitoring and Mitigating Strategy
Insécurité sur certains axes ou dans certaines zones	Elevé	Elevé	Possibilité de faire le plaidoyer auprès de MINUSCA et des autorités politico administratives en faveur de la mise en œuvre du projet.
Difficultés d'accessibilité géographique en cas d'urgence sanitaire ou en cas d'écllosion d'une épidémie	Modéré	Modéré	Possibilité d'obtenir le vol humanitaire pour l'atterrissage de l'équipe d'investigation et d'intervention rapide à Kouango, Bambari ou à Bangassou à partir de Bangui.

Annex IV – Operational Arrangements CAR MPTF

Absence ou insuffisance d'accès aux services sociaux de base dans d'autres secteurs vitaux (Eau, Hygiène, Sécurité alimentaires)	Elevé	Elevé	Plaidoyer auprès d'autres agences du SNU et ONG et pour des meilleurs accès aux autres services qui relèvent d'autres secteurs à partir de l'évaluation et des données collectées sur terrain.
Irrégularité ou absence des autorités sanitaires sur terrain	Elevé	Modéré	Implication correcte des autorités sanitaire dans la mise en œuvre du projet

COMPONENT 4: THE 'WHO'

Les acteurs techniques impliqués de la mise en œuvre au niveau de l'OMS sont

- A Bangui, l'équipe sera composée du point focal du programme de gestion des urgences et épidémies (ODM) ; les responsables des programmes de la prévention et contrôle des maladies (DPC) et d'appui au système de Santé (MPN) et le Data manager des données des activités du projet.
- L'équipe de sous bureau de Bambari à savoir le chef de sous bureau et point focal national du programme ODM. La gestion du projet et la planification de la mise en œuvre des activités seront exécutés à partir de Bangui. L'équipe de sous bureau va contribuer à la œuvre les activités planifiées sur terrain. En plus de la gestion globale du projet, les activités suivantes seront conduites directement par l'OMS après aval du comité de gestion
 - * les commandes des médicaments essentiels, consommables, équipements et engins roulants
 - * la reproduction des différents supports des données pour le soutien des activités de routine et de collecte d'information
 - * l'organisation de l'appel d'offres pour les travaux de réhabilitation
 - * l'approvisionnement des structures sanitaires en médicaments et consommables
 - * les activités de la visibilité de MPTF
 - * La supervision et le suivi sur terrain

L'équipe du Ministère va travailler en étroite collaboration avec l'OMS

- Le niveau central aura le rôle dans la gestion du projet à savoir la Direction de la santé publique et la direction des infrastructures hospitalières. Les entités décentralisées décrites ci haut seront impliquées dans le suivi de la mise en œuvre des activités. Les activités spécifiques suivantes seront également conduites par le Ministère de la santé préalablement définies au sein du comité de gestion
 - * la préparation et la réalisation des formations avec l'appui technique de l'OMS
 - * la conduite de l'évaluation spécifique des infrastructures à réhabiliter
 - * la détermination de normes nationales à suivre dans la réhabilitation des infrastructures sanitaires
 - * la collecte et transmission des données de la surveillance épidémiologique et du système d'information sanitaire
 - * La supervision et le suivi sur terrain

Results framework: Provide a Results framework for the project, using the table below.

Annex IV – Operational Arrangements CAR MPTF

Anticipated Outcome as described in the Fund results framework	Indicators	Baseline and Target	Means of verification	Assumptions/Risks
<p><i>A la fin du projet, la mise en œuvre des activités aura contribué de manière significative à la diminution de la mortalité et de la morbidité dans la population ciblée des préfectures de Ouaka et Basse-Kotto affectées par les conflits socio-politiques en RCA et au niveau du centre de drépanocytose</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - La fréquentation des patients soignés dans les structures sanitaires est augmentée d'au moins 50% dans les 14 structures sanitaires - Le taux de mortalité hospitalière est inférieur ou égal à 5% - Disponibilité d'un plan mis en œuvre de réponse aux urgences et aux épidémies 	<p>ND</p> <p>ND</p> <p>ND</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports SNIS (Système national d'information sanitaire) - Rapports d'investigation épidémiologique et de contrôle des épidémies - Rapports de gestion des urgences. 	<p>Insécurité pourrait empêcher l'accès géographique et la mise en œuvre du projet</p> <p>Insuffisance d'appui dans d'autres secteurs pourrait avoir des impacts difficiles à contrôler au niveau sanitaire</p>
Describe Project Output	Indicators	Baseline and Target	Means of verification	Assumptions/Risks
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Avoir assuré la prise en charge effective, rapide et efficace des pathologies courantes, dépanocytose, cas de viol, malnutrition aigüe ainsi que la transfusion sanguine dans les zones ciblées d'ici la fin du projet;</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * 100% des structures sanitaires sont évaluées en termes de besoins précises en réfection et en équipement essentiel * 100% des infrastructures sont réfectionnés et équipés * $\geq 80\%$ d'activités prévues dans le PMA et le PCA sont respectivement assurées dans les 12 centres de santé et dans les 2 hôpitaux * 100% des cas de viol sont pris en charge 	<p>14</p> <p>14</p> <p>12 (PMA) 12 (PCA)</p> <p>ND</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport de mise en œuvre du projet - Rapport de mise en œuvre du projet - Rapport SNIS - Rapport SNIS 	<p>Capacité limitée des entreprises locales pourrait prolonger la durée de l'exécution des travaux.</p> <p>La surcharge de travail est possible avec impacts négatifs sur la qualité des soins si la</p>

Annex IV – Operational Arrangements CAR MPTF

<ul style="list-style-type: none"> • Un système d'alerte précoce et de contrôle des épidémies dans ces zones existe et est fonctionnel d'ici la fin du projet 	<p>* $\geq 80\%$ des patients avec cas sévères reçus aux 12 centres de santé sont référés dans les hôpitaux des districts</p> <p>* $\geq 90\%$ des personnels soignants des centres de santé de 12 centres de santé sont formés en la PCIME</p> <p>* $\geq 90\%$ des techniciens de laboratoire de 2 hôpitaux sont formés à la technique de transfusion</p> <p>* $\geq 90\%$ des personnels soignants du service santé de reproduction sont formés sur la prise en charge des cas viol</p> <p>* Absence des ruptures des médicaments traceurs et des intrants de transfusion sanguine</p> <p>* 100% Points focaux de la surveillance épidémiologique sont formés</p> <p>* Promptitude hebdomadaire du système d'alerte précoce est $\geq 80\%$</p>	<p>ND</p> <p>ND</p> <p>ND</p> <p>ND</p> <p>ND</p> <p>90</p> <p>ND</p>	<p>- Rapport SNIS</p> <p>- Rapport de formation</p> <p>- Rapport de formation</p> <p>- Rapport de formation</p> <p>- Rapports d'activités</p> <p>- Rapport de formation</p> <p>- Rapport épidémiologique</p>	<p>couverture de 2 préfectures reste faible en termes d'assistance sanitaire ou d'appui au fonctionnement des autres structures sanitaires</p> <p>Accès géographique compliqué en cas d'urgence ou d'écllosion d'une épidémie dans les 2 préfectures</p>
---	---	---	--	--

Annex IV – Operational Arrangements CAR MPTF

2

	<p>* 100% des stocks de contingence pour la prise en charge des urgences et maladies épidémiques courantes sont pré positionnés au Sous Bureau de Bambari (Afflux des blessés, afflux des déplacés, rougeole, coqueluche, choléra, fièvre typhoïde et méningite)</p>	<p>7</p>	<p>- Plan de contingence multirisque</p>	
--	--	----------	--	--

Annexe : Images du terrain à Kouango (préfecture de Ouaka en mars 2015)

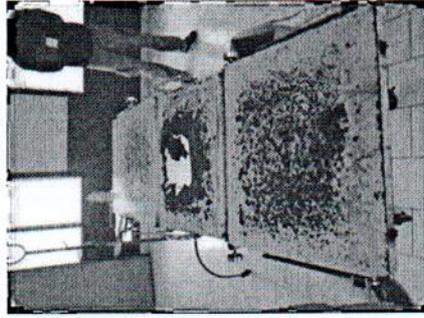


Photo Coheb : Equipement obsolète à l'hôpital de Kouango

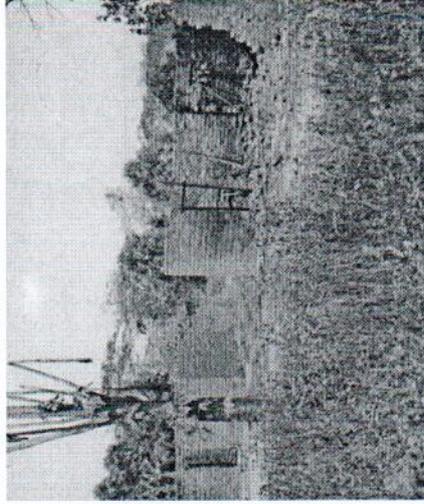


Photo Coheb : Acte de violence dans les villages de la sous-préfecture de Kouango

4