



**FR**

**CETTE ACTION EST FINANCÉE PAR L'UNION EUROPÉENNE**

**ANNEXE**

de la décision d'exécution de la Commission modifiant la décision d'exécution de la Commission C(2021) 9309 finale du 16.12.2021 relative au financement du plan d'action annuel en faveur de la République centrafricaine pour 2021

**Document d'action relatif au programme de renforcement du système de santé en République centrafricaine**

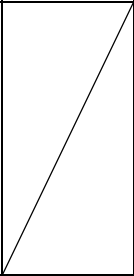
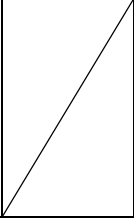
**PLAN D'ACTION ANNUEL**

Le présent document constitue le programme de travail annuel au sens de l'article 110, paragraphe 2, du règlement financier, ainsi qu'au sens de l'article 23 du règlement IVCDI – Europe dans le monde.

## 1 SYNTHÈSE

### 1.1 Tableau récapitulatif de l'action est modifié comme suit

|   |  |
|---|--|
| <b>1. Titre<br/>CRIS/OPSYS<br/>Acte de base</b>                             | Programme de renforcement du système de santé en République centrafricaine<br>Numéro CRIS: NDICI AFRICA/2021/043-210<br>Numéro OPSYS : ACT-60407<br><br>Financé au titre de l'instrument de voisinage, de coopération au développement et de coopération internationale (IVCDI - Europe dans le monde)                     |
| <b>2. Initiative «Équipe Europe»</b>  | Non  |
| <b>3. Zone bénéficiaire de l'action</b>                                     | L'action sera menée en République centrafricaine   |
| <b>4. Document de programmation</b>   | Programme indicatif pluriannuel 2021-2027 pour la République centrafricaine  |
| <b>5. Lien avec les objectifs/résultats attendus du (des) MIP concernés</b> | OS : Assurer l'accessibilité à des soins de santé de qualité, en particulier pour les populations vulnérables y compris les femmes et les enfants<br><br>R1: La disponibilité et l'accessibilité aux services de santé de qualité sont améliorées  |
| <b>DOMAINES PRIORITAIRES ET INFORMATIONS SECTORIELLES</b>                   |  |
| <b>6. Domaine(s) prioritaire(s), secteurs</b>                               | Programme indicatif multi-annuel Domaine Prioritaire 2, Secteur 2.2  |
| <b>7. Objectifs de développement durable (ODD)</b>                          | ODD principal (1 uniquement): ODD 3 – Bonne santé et bien être<br>Autres ODD importants (jusqu'à 9) et, le cas échéant, cibles: ODD 6 – Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement, ODD 5 – égalité des genre, cible 5.6 – accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, ODD 10- réduction des inégalités |
| <b>8. a) Code(s) CAD</b>  | 120 – Santé, 12220   |
| <b>8. b) Principal canal d'acheminement</b>                                 | ONG – 20000<br>Secteur privé – 60000   |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>9. Objectifs de dépenses</b>   | <input type="checkbox"/> Migration<br><input type="checkbox"/> Climat<br><input checked="" type="checkbox"/> Inclusion sociale et développement humain<br><input checked="" type="checkbox"/> Égalité de genre<br><input type="checkbox"/> Biodiversité<br><input type="checkbox"/> Éducation<br><input checked="" type="checkbox"/> Droits de l'homme, démocratie et gouvernance |   |   |   |
| <b>10. Marqueurs</b><br><br><b>(À partir du formulaire CAD)</b>   | <b>Objectif général @</b>   | <b>Non ciblé</b>  | <b>Objectif significatif</b>  | <b>Objectif principal</b>   |
|   | Développement de la participation/bonne gouvernance   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|   | Aide à l'environnement @  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
|   | Égalité entre les hommes et les femmes et autonomisation des femmes et des filles   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|   | Santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>   |
|   | Réduction des risques de catastrophe @  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
|   | Inclusion des personnes handicapées @   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|   | Nutrition @   | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |
|   | <b>Marqueurs de la convention de Rio</b>  | <b>Non ciblé</b>  | <b>Objectif important</b>   | <b>Objectif principal</b>   |
|   | Diversité biologique @  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
|   | Lutte contre la désertification @   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
|   | Atténuation du changement climatique @  | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
|   | Adaptation au changement climatique @   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
|   | <b>11. Marqueurs internes et balises</b>  | <b>Objectifs stratégiques</b>   | <b>Non ciblé</b>  | <b>Objectif important</b>   |
| Transformation numérique @  |   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| connectivité numérique<br>gouvernance numérique<br>entrepreneuriat numérique<br>compétences numériques<br>services numériques |   | OUI<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | NON<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  |
| Connectivité @  |   | <input checked="" type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |   |
| connectivité numérique<br>énergie<br>transports<br>santé  |   | OUI<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             | NON<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |  |

|   |   |                                     |                                     |                          |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|   | éducation et recherche  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |                          |
|   | Migration @   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
|   | Réduction des inégalités @  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | COVID-19  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>INFORMATIONS RELATIVES AU BUDGET</b> |   |                                     |                                     |                          |
| <b>12. Montants concernés</b>           | Ligne budgétaire: (ligne et poste budgétaire): BGUE-B2021-14.020121-C1-INTPA<br>Coût total estimé: EUR 34 000 000<br>Montant total de la contribution du budget de l'UE: EUR 34 000 000 |                                     |                                     |                          |
| <b>GESTION ET EXÉCUTION</b>             |   |                                     |                                     |                          |
| <b>13. Type de financement</b>          | Gestion directe par :<br>- Subventions<br>- Marchés publics   |                                     |                                     |                          |

## 1.2 Résumé de l'action

|  |  |
|--|--|
| <p>La crise sécuritaire, économique et sociale que traverse la République centrafricaine (RCA) reste aiguë et affecte durement sa population. La RCA demeure l'un des pays les plus pauvres au monde avec de nombreux défis à relever sur le plan du capital humain.</p> <p>Le Programme Indicatif Multi-annuel (MIP) 2021-2027 de l'Union européenne (UE) en RCA s'aligne avec l'Accord politique pour la paix et la réconciliation (APPR) de 2019<sup>1</sup> et les objectifs du Plan National de Relèvement et Consolidation de la Paix 2017-2023 (RCPCA)<sup>2</sup>. La stabilisation et la construction de la paix sont les grandes priorités de l'UE. Le MIP prévoit la continuation des efforts entrepris de longue date par l'UE dans les domaines de coopération. Dans le contexte actuel, l'UE privilégie les programmes qui génèrent le maximum d'impact direct pour la population</p> <p>La RCA reste l'un des pays dont l'indice de développement humain du programme des Nations unies pour le Développement est le plus bas : 188<sup>e</sup> sur 189 pays avec des niveaux de morbidité et de mortalité parmi les plus élevés au monde, des indicateurs de santé catastrophiques, et un système de santé défaillant dû entre autres aux destructions répétées des infrastructures, la faible présence de l'Etat et l'absence d'un personnel de santé qualifié. Ainsi la couverture des services de santé de base est faible et dépend prioritairement de la présence et du financement des partenaires externes.</p> <p>L'UE et ses États membres (EM) , dans le cadre de leurs contributions au secteur de la santé, et en particulier depuis 2014 à travers le Fonds Bêkou (conçu pour réduire le déficit entre besoins humanitaires et de développement), ont contribué à assurer la fourniture de soins de base à environ 35 % de la population de RCA (couverture de 15 districts sanitaires sur les 35 existants), et à reconstruire le système de santé public avec un retour progressif de l'Etat à l'intérieur du pays, entre autres via de l'appui budgétaire. Le flux de financements européens (UE, France, Allemagne, Italie, Suisse) à travers le Fonds Bêkou au secteur s'est élevé à environ 20 000 000 EUR par an de 2015 à 2021.</p> <p>Dans le cadre des priorités identifiées dans le MIP 2021-2027, une enveloppe initiale de EUR 20 000 000 (AAP 2021)<sup>3</sup> a été allouée au secteur santé pour une période de 3 ans. L'action proposée a dû revoir à la baisse la couverture géographique des districts sanitaires préalablement appuyés, le paquet de soins pris en charge, ainsi que l'ampleur de l'assistance technique fournie au ministère de la santé et de la population (MSP) afin de maintenir son impact. Des choix difficiles, une transition accélérée avec l'approche et l'appui du Fonds Bêkou, et des gains en efficience</p> |  |
|--|--|

<sup>1</sup> COMMUNIQUÉ CONJOINT : la mise en œuvre de l'Accord politique pour la paix et la réconciliation en République centrafricaine | EEAS (europa.eu)

<sup>2</sup> Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix

<sup>3</sup> DÉCISION D'EXÉCUTION DE LA COMMISSION du 16.12.2021 relative au financement du plan d'action annuel en faveur de la République centrafricaine pour 2021, Annexe programme de renforcement du système de santé en République Centrafricaine,

se sont révélés nécessaires. L'action a donc permis la continuité de l'appui aux soins dans un nombre réduit de districts sanitaires prioritaires pour une période de 3 ans, et poursuit l'appropriation et la prise en charge des services publics par l'État à travers une continuation de l'assistance technique aux services centraux et déconcentrés du MSP (dans les districts sanitaires bénéficiaires sélectionnés), couplé à un renforcement des capacités des acteurs locaux (comités de gestion notamment) afin de contribuer à l'autonomisation de prestataires de service et des structures administratives et régulatrices. L'action vise donc à la consolidation et à la pérennisation des acquis du Fonds Bêkou, en permettant à l'UE d'accompagner un transfert progressif de responsabilités aux autorités centrafricaines et réduire ainsi la situation de dépendance quasi totale du pays aux financements externes.

L'objectif global de l'action est d'assurer l'accessibilité à des soins de santé de qualité, en particulier pour les populations vulnérables y compris les femmes, les enfants et les personnes déplacées. Les deux objectifs spécifiques de présente action concourent à cette fin : (i) la disponibilité de et l'accessibilité à des soins de santé SRMNIA-N<sup>4</sup> de qualité, en particulier pour les populations les plus vulnérables sont améliorées ; (ii) le renforcement de la gouvernance du système de santé et du leadership du ministère de la santé et de la population.

L'action prend en compte la situation de fragilité et de sécurité dans les différentes zones géographiques ciblées sur la base de critères identifiés, et œuvrera en étroite collaboration avec le ministère de la santé et de la population et les autres partenaires afin d'assurer une bonne coordination, complémentarité, efficacité et efficience de l'action proposée.

## 2 JUSTIFICATION

### 2.1 Contexte

La République centrafricaine (RCA) est un pays enclavé d'Afrique centrale, à faible revenu et avec une population estimée à 6,1 millions d'habitants en 2022<sup>5</sup>. Au cours des trente dernières années, la RCA a subi des crises militaro-politiques répétées, dont la dernière fin 2012 a mené à une crise humanitaire sans précédent et à un déchirement du tissu social. Depuis l'investiture du Président Touadéra en mars 2016, réélu à la fin 2021 la RCA a marqué un retour à l'ordre constitutionnel après trois années de transition politique. La signature de l'Accord politique pour la paix et la réconciliation (APPR) en février 2019 sous l'égide de l'Union africaine a donné un nouvel élan pour le développement du pays. En 2023, néanmoins, la mise en œuvre de l'Accord de paix se révèle lente et difficile dans un contexte de fortes tensions politiques et d'insécurité et de faible contrôle par l'État du territoire national malgré la présence de forces bilatérales (russes/Wagner et rwandaises). Des violations des droits de l'homme et du droit international humanitaire sont régulièrement rapportées par les Nations Unies. Un référendum visant à rendre possible un troisième mandat du président Touadéra a été organisé le 30 juillet 2023.

La RCA est l'un des pays les moins avancés du monde et figure aux derniers rangs de l'indice de développement humain (188e/189 pays) et l'indice ajusté aux inégalités (IDHI) n'est que de 0,222 (dernier rang sur 151 pays). Par ailleurs, les inégalités de genre sont importantes avec un indice d'inégalité de genre élevé de 0,68 en 2019 plaçant le pays à la 159ème place sur 162.

Malgré les richesses naturelles du pays, la croissance économique reste faible en raison de l'insécurité persistante, de la corruption, du faible contrôle de l'État, et d'une faible gouvernance. L'agriculture de subsistance, ainsi que les ressources forestières, constituent l'épine dorsale de l'économie centrafricaine et le secteur agricole génère la moitié du produit intérieur brut. Le pays reste cependant fortement dépendant de l'aide extérieure (environ 60 % du budget de l'Etat) qui finance la presque totalité des investissements. La RCA est confrontée à un arbitrage financier difficile au moment où la demande de services publics d'une population déjà touchée est la plus urgente, et l'environnement extérieur n'est pas favorable. La Banque mondiale a prévu de couvrir les salaires des fonctionnaires des ministères des secteurs sociaux (y compris la santé) pour la période 2023-2024, mais cet appui ne couvre pas les autres frais de gestion du secteur santé (y compris les médicaments et le staff personnel contractuel, qui représente la majorité du personnel dans les zones plus isolées) et les investissements nécessaires au niveau des infrastructures. En avril 2023, le FMI a approuvé un accord au titre de la facilité élargie de crédit d'environ 191,4 millions de dollars américains avec la RCA afin de répondre aux besoins prolongés du pays en matière de balance des paiements, de maintenir les dépenses prioritaires consacrées aux services publics de base

<sup>4</sup> Santé sexuelle et reproductive, maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescents et de nutrition.

<sup>5</sup> World Bank, 2023

dans les domaines de la santé et de l'éducation, et fournir un cadre stratégique pour faire progresser les réformes clés.

#### Contexte sectoriel :

La situation sanitaire déjà précaire en raison d'un système de santé extrêmement faible s'est dégradée davantage au cours des crises successives et prolongées des dernières années. Les niveaux de mortalité et de morbidité restent parmi les plus élevés du monde. On relève notamment une espérance de vie à la naissance de 53,3 ans en 2021 ; une mortalité maternelle de 882 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2015), une mortalité des enfants de moins de 5 ans de 150 pour 1.000 nouveau-nés vivants (Inter-agency group for child mortality estimation (IGME), 2010), et une des prévalences VIH les plus élevées de l'Afrique sub-saharienne francophone. Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) mis sous médicaments antirétroviraux est d'ailleurs en constante croissance.

La RCA est l'un des pays qui a encore un indice synthétique de fécondité parmi les plus élevés du continent (en moyenne 6,4 enfants par femme) avec un taux de prévalence contraceptif moderne de 14,4% (MICS 2018-2019). En moyenne, approximativement une femme enceinte sur deux accouche en présence d'un personnel de santé qualifié (53,8 % ; MICS 2010) et une faible proportion d'entre elles reçoivent les soins obstétricaux d'urgence de qualité. Le taux de couverture en contraceptif était de 17,8 % en 2018. En ce qui concerne la planification familiale, les données du rapport MICS6-RCA 2018-2019 indiquent que le taux d'utilisation est de 14,4% (25,7% en milieu urbain et 8,7% en milieu rural) pour les méthodes modernes, contre 3,5% (3,1% en milieu urbain et 3,6% en milieu rural) pour les méthodes traditionnelles.

La couverture du vaccin pentavalent (antigène traceur Penta 3) s'est détériorée en 2019 pour atteindre 78 % en 2020. Un focus particulier a été accordé par le gouvernement à la relance de la vaccination, par la tenue du Panel de Haut Niveau. Des documents importants ont été élaborés à cette occasion, notamment : (i) La Politique de la vaccination ; (ii) Un cadre de redevabilité pour la vaccination ; (iii) Un projet de Loi pour la vaccination.

Sur le plan épidémiologique, les principales causes de morbidité et de mortalité restent le paludisme, suivi par les infections respiratoires aiguës et les traumatismes physiques. La pandémie Covid-19, avec le premier cas enregistré en RCA le 14 mars 2020, a davantage aggravé la situation sanitaire déjà précaire dans le pays (en juin 2021, 7 districts sanitaires sur 35 sont déclarés hot spots et enregistrent les plus hauts nombres de nouvelles infections). Tous ces chiffres reflètent une faible couverture et qualité des services de santé de base.

Dans ce contexte, la coopération de l'UE avec la RCA vise, avec le Programme indicatif multi-annuel 2021-2027 et son axe stratégique 2, à un développement humain amélioré grâce à des services publics qui répondent aux besoins fondamentaux de la population, en ligne avec l'atteinte des objectifs de développement durable (ODDs) et la politique nationale de développement, notamment le pilier 2 du Plan de relèvement et de consolidation de la paix en République centrafricaine (RCPCA): renouveler le contrat social entre l'Etat et la société à travers l'accomplissement des responsabilités de l'Etat d'assurer l'accessibilité des services sociaux de base à la population.

Le programme assure la complémentarité avec les actions des autres EM dans le secteur de la santé, notamment l'Allemagne. La KfW finance le « Projet de reconstruction du système de santé, phase II » d'une valeur de 15 000 000 EUR et mise en œuvre par la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) dans la région sanitaire 1. Par ailleurs, dans le cadre de l'appui au Complexe pédiatrique une étroite collaboration avec la Coopération italienne sera recherchée.

L'action proposée est en cohérence avec l'inclusion de la santé au centre du partenariat entre l'UE et l'Afrique, dans le contexte pandémique: la Communication conjointe sur la réponse globale de l'UE au COVID<sup>6</sup>, les Conclusions du Conseil européen sur les relations avec l'Afrique<sup>7</sup> (Octobre 2020) ou sur l'Équipe Europe (avril 2021)<sup>8</sup>, ainsi que la Résolution du Parlement européen sur une nouvelle stratégie UE-Afrique (mars 2021)<sup>9</sup>, soulignent l'engagement fort de l'UE à augmenter son appui au renforcement des systèmes de santé en Afrique. L'action s'aligne pleinement sur le plan d'action de l'UE sur l'égalité des genres et l'émancipation des femmes dans

<sup>6</sup> [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/joint\\_communication\\_global\\_eu\\_covid-19\\_response\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/joint_communication_global_eu_covid-19_response_en.pdf).

<sup>7</sup> EUCO 15/20, Réunions du Conseil européen (15 et 16 octobre), conclusions.

<sup>8</sup> Conclusions du Conseil (23 avril 2021), 7752/21.

<sup>9</sup> P9\_TA(2021)0108 Nouvelle stratégie UE-Afrique Résolution du Parlement européen du 25 mars 2021 sur une nouvelle stratégie UE Afrique – un partenariat pour un développement durable et inclusif (2020/2041(INI)).

l'action extérieure 2021–2025 (GAP III)<sup>10</sup>, notamment son objectif de promotion de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Enfin, l'action constitue un pilier de la stratégie de sortie du Fond Békou<sup>11</sup> qui avait engagé environ 40% de ses ressources dans le secteur. L'action s'inscrit également dans la stratégie Global Gateway de l'Union européenne, dont une des priorités est d'investir dans le secteur de la santé, mais plus largement en ligne avec le Global Health Strategy<sup>12</sup>.

## 2.2 Analyse des problèmes

Comme indiqué ci-dessus, la situation sanitaire est caractérisée par une faible couverture et une faible qualité des services de santé de base. Par conséquent, la RCA présente des taux de morbidité et de mortalité ainsi qu'un taux de fertilité parmi les plus élevés du monde.

Les troubles militaro-politiques récurrents ont plongé le pays dans une crise profonde caractérisée par de l'insécurité, des violences basées sur le genre et sexuelles en augmentation, la paupérisation de la population et la faillite de l'État, entraînant une crise humanitaire loin d'être résolue, avec un déplacement massif de population, mettant à rude épreuve la cohésion sociale et la solidarité nationale. De nombreuses infrastructures sanitaires ont subi des destructions et des pillages répétés, obligeant le personnel de santé et les autorités sanitaires locales à quitter les lieux afin de se mettre à l'abri. Cette situation a été à l'origine d'une dégradation de tous les indicateurs de santé, signe de la détérioration des conditions de vie de la population et de la faillite du système sanitaire. Des acteurs humanitaires soutiennent les centres de santé ou assurent directement la fourniture de soins de base à la population (Médecins sans frontières, les organisations non gouvernementales financées par l'UE, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), Fédération internationale des sociétés de la Croix rouge et du Croissant rouge (IFRC) notamment).

À la suite de la crise, le gouvernement avec l'appui des certains partenaires (surtout l'OMS, l'UE/Fonds Békou et la Banque mondiale/Global Financing Facility (GFF)) a entamé la redynamisation de la gouvernance et des systèmes locaux de santé et des soins. L'UE, à travers le Fonds Békou a été un partenaire essentiel dans cette relance efficace des soins de santé de base avec une augmentation de la couverture progressive (35 % de la population dans la phase III du Fond Békou) et un transfert de compétence aux acteurs locaux accentué depuis 2018. En outre, l'appui au Complexe Hospitalier Universitaire Pédiatrique de Bangui (CHUPB) en tant qu'hôpital de deuxième référence constitue un pilier clé dans la reconstruction du système de santé afin d'assurer une prise en charge continue des maladies de l'enfant, une des priorités du pays. De plus, en tant qu'hôpital universitaire, il joue un rôle crucial dans la spécialisation et le renforcement des compétences des agents de santé en pédiatrie.

Au cours de la phase III du Fonds Békou et, avec la Banque Mondiale<sup>13</sup>, la population de 77% des districts sanitaires était couverte par un appui conséquent, principalement à travers le Financement Basé sur la Performance (FBP).

L'engagement du gouvernement de relancer le système de santé et d'assurer l'accès équitable à la population est inscrit dans le pilier 2 « Renouveler le contrat social entre l'État et la population » du RCPCA. Sous ce pilier, le gouvernement centrafricain axe ses priorités sur (i) le renforcement de la gouvernance, de la planification et du financement du système de santé, (ii) l'amélioration de l'offre des services, (iii) l'amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant, et (iv) la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles. Ces priorités, et la longue liste de réformes proposées par le gouvernement, sont toutes pertinentes, mais leur faisabilité est très incertaine étant données la faiblesse du MSP et l'absence de perspective d'augmentation significative du budget national consacré à la santé.

Le gouvernement a renouvelé son engagement à prendre les mesures nécessaires de réformes pour rendre le système de santé plus performant, et pour combler les déficits stratégiques existants. En même temps, la RCA est fortement dépendante de l'aide extérieure. Selon les estimations de l'OMS, seulement 12,8 % des dépenses du

<sup>10</sup> Plan d'action de l'Union européenne sur l'égalité entre les hommes et les femmes (GAP III) - Un programme ambitieux pour l'égalité entre les hommes et les femmes et l'autonomisation des femmes dans l'action extérieure de l'Union européenne. JOIN(2020) 17 final du 25.11.2020

<sup>11</sup> adoptée par le Conseil d'administration en Octobre 2022

<sup>12</sup> Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: EU global health strategy : better health for all in a changing world, 2022

<sup>13</sup> À travers les projets SENI/SENI+,

secteur de la santé proviennent du budget national. La majorité des dépenses proviennent des ménages (43,7 %) et des donateurs extérieurs (43,5 %).

Le ministère de la santé et de la population (MSP) s'est lancé dans la consolidation du cadre politique et stratégique du secteur avec l'élaboration du Plan de transition pour le secteur de la santé (PTSS) 2014-2016 suivi par le Plan intérimaire du secteur de la santé (PISS) pour la période 2018-2019, qui fournit le cadre d'orientation et de planification opérationnelle aux acteurs de santé. Le PTSS devait conduire au troisième Plan national de développement sanitaire (PNDS III) dont l'élaboration du PNDS III a commencé en 2019. Ce processus a été suspendu en raison de la réponse au Covid-19 et a repris en juin 2021 et le PNDS III a finalement été validé et adopté fin 2022. Le contexte fragile, qui a conduit à un mode de réponse d'urgence et humanitaire par nécessité, rend difficile l'adoption d'une approche stratégique de développement surtout compte tenu des capacités institutionnelles faibles et des crises récurrentes.

Malgré tous ces efforts et les avancées enregistrées dans la consolidation du cadre politique et stratégique du secteur et la reprise des prestations de santé, des défis majeurs restent à être adressés et chacun des 6 piliers essentiels du système de santé est défaillant.

Les thèmes prioritaires de la politique nationale de santé des trois prochaines années sont : la santé des femmes et des enfants y compris l'accès et la qualité des soins; le financement de la santé ; la disponibilité et qualité des ressources humaines à travers tout le territoire ; les chaînes d'approvisionnement de médicaments et la résilience du système de santé et la sécurité sanitaire avec le développement du cadre d'investissement pour une demande de financement au Fonds pandémique actuellement en cours de préparation.

#### Principales parties prenantes :

Les principales parties prenantes de l'action sont la population centrafricaine, le personnel des formations sanitaires, les équipes cadres des régions et des districts sanitaires, le MSP/MSP et les partenaires internationaux.

**Bénéficiaires finaux sont les titulaires de droits :** Il s'agit de la population centrafricaine résidant dans les zones géographiques ciblées, et plus globalement toute la population du pays qui bénéficiera d'un système de santé amélioré. Plus spécifiquement, les personnes vivant dans les situations plus vulnérables, y compris les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de 5 ans, les victimes de violence basée sur le genre, les urgences vitales et les personnes (femmes et hommes) déplacées représentent des groupes prioritaires de l'action.

**Le personnel des FoSa y inclus les Comités de Gestion (COGES) (titulaires d'obligations) :** le personnel des Formations sanitaires (FoSa) et les Comités de Gestion (COGES) assurent la dispensation des soins de santé selon les normes du MSP et veillent à la bonne gestion des FoSa. Ce niveau inclut les hôpitaux de district et le réseau des centres de santé et postes de santé.

**Équipe Cadre de District (ECD) (titulaires d'obligations) :** les équipes cadre de district (ECD) coordonnent et contrôlent l'ensemble des activités des structures sanitaires de leur zone de responsabilité, en application des directives régionales. L'action visera à renforcer la capacité institutionnelle des Équipes cadre des régions (ECR) ciblées pour mieux les équiper à jouer leurs rôles respectifs et ainsi assurer la pérennisation de l'action.

**Équipes Cadre des Région (ECR) (titulaires d'obligations) :** le niveau régional est composé de 7 directions régionales de la santé (DRS) rattachées à la direction du cabinet et de leurs divisions. Les DRS sont chargées de veiller à la mise en œuvre, au niveau régional, de la politique nationale de la santé et d'apporter un appui technique aux districts sanitaires. L'action visera à renforcer la capacité institutionnelle des ECR ciblées pour mieux les équiper à jouer leurs rôles respectifs et ainsi assurer la pérennisation de l'action.

**Ministère de la santé et de la population (MSP) (titulaires d'obligations) :** le ministère de la santé et de la population est responsable de la conception, de la coordination et de l'encadrement de la politique générale du secteur, ainsi que des actions d'envergure nationale. Il comprend le MSP et ses 4 directions générales, les autres départements ministériels connexes. L'action visera à renforcer la capacité institutionnelle du MSP et de ses directions générales pour mieux les équiper à jouer leurs rôles respectifs et ainsi assurer la pérennisation de l'action.

**Partenaires internationaux :** La RCA reçoit beaucoup d'appui par des partenaires divers, humanitaire et développement. Une bonne coordination avec ceux-ci est impérative pour l'efficacité de l'action.

**Organisations de la société civile (OSC) :** les OSCs seront impliquées dans la mise en œuvre de l'Action via des ONG internationales, suivant l'approche déjà utilisée par le Fonds Békou. Par exemple, Cordaid avait utilisé, dans la mise en œuvre du FBP, des associations locales pour les enquêtes communautaires sur l'utilisation des services de santé, et des autres OSC pour la sensibilisation des populations bénéficiaires (p.e. : la radio communautaire Voix de l'Ouham), ou pour la gestion des médicaments (Association des œuvres médicales des Églises en Centrafrique).

### 3 DESCRIPTION DE L'ACTION

#### 3.1 Objectifs et produits

L'objectif général (impact) de cette action est de contribuer à assurer l'accessibilité à des soins de santé de qualité, en particulier pour les populations vulnérables y compris les femmes, les enfants et les personnes déplacées.

Les objectifs spécifiques (résultats) de cette action sont :

1. La disponibilité de et l'accessibilité à des soins de santé SRMNIA-N<sup>14</sup> de qualité, en particulier pour les populations les plus vulnérables sont améliorées.
2. La gouvernance du système de santé et le leadership du Ministère de la Santé et de la Population (MSP) sont renforcés.

Ils sont alignés aux axes stratégiques 1 « Renforcement de la gouvernance de la santé » et 3 « Amélioration de l'offre et de la demande » du PNDS III.

Les produits de cette action contribuant aux objectifs spécifiques sont les suivants:

- 1.1 contribution à OS 1) : L'accès aux soins de santé SRMNIA-N est assuré dans les zones d'intervention ciblées.
- 1.2 contribution à OS 1 : Les Formations sanitaires (FoSa) dans les zones ciblées fournissent le paquet minimum des activités (PMA) et le paquet complémentaire des activités (PCA) selon les normes du MSP.
- 2.1 contribution à OS 2 : Les capacités du MSP au niveau central dans son rôle régulateur, normatif, de pilotage et de suivi et évaluation sont renforcées.
- 2.2 contribution à OS 2: Les capacités des régions et districts sanitaires dans les zones ciblées en terme de gestion, suivi et encadrement des prestataires de soins sont renforcés.

#### 3.2 Activités indicatives

En poursuivant l'approche nexus humanitaire-développement-paix initiée par le Fonds Békou, l'action vise à appuyer la mise en œuvre des politiques et des stratégies nationales, notamment la politique nationale de la santé, le PNDS III, la politique et le plan national de sécurité sanitaire, la politique et stratégie nationale de santé communautaire et la gratuité ciblée à travers la mise en œuvre du financement basé sur la performance.

Activités liées au produit 1.1 L'accès aux soins de santé SRMNIA-N est assuré dans les zones d'intervention ciblées.

Les activités d'amélioration de l'accès aux soins se concentreront sur l'amélioration de l'accès financier, y compris pour les déplacés internes et d'autres groupes vulnérables grâce au subventionnement des soins si possible à travers l'approche FBP. Ainsi l'action assurera la gratuité ciblée pour les femmes enceintes, allaitantes, les enfants de moins de 5 ans et les victimes de violence basée sur le genre et appuiera les districts sanitaires et les COGES des FoSa dans la mise en œuvre d'un système de recouvrement des coûts harmonisé assurant un accès aux soins de santé de base équitable. L'appui au complexe pédiatrique vise à assurer l'accès équitable aux soins de santé de référence pour les enfants. Des options de mobilisation des ressources en vue de la pérennisation du financement

<sup>14</sup> Santé sexuelle et reproductive, maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescents et de nutrition



et l'introduction du FBP pourraient être explorées. En ligne avec les priorités sectorielles et afin d'améliorer la couverture et l'accès des populations aux services avec une attention particulière aux plus vulnérables et aux plus démunis (enfants, femmes enceintes, adolescents, personnes avec handicap, indigents, pauvres, VBG, etc.) à travers un rapprochement des services (y inclus sur la santé sexuelle et reproductive) aux populations, l'action appuiera également la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire. L'approche FBP sera renforcée et adaptée aux réalités du terrain et afin de prendre en compte les leçons apprises de sa mise en œuvre et d'intégrer la santé communautaire et le fonctionnement des COGES.

Activités liées au produit 1.2: Les Formations sanitaires (FoSa) dans les zones ciblées fournissent le paquet minimum des activités (PMA) et le paquet complémentaire des activités (PCA) selon les normes du MSP

Les activités de renforcement de la qualité des soins (offre) seront au cœur du projet et utiliseront les acquis du Fond Bêkou (e.a. introduction du FBP et des mesures qui l'accompagnent dans l'ensemble des formations sanitaires). Elles créeront la base d'une approche centrée sur le patient où le respect des protocoles et la disponibilité de médicaments certifiés auront une place essentielle. L'appui en infrastructures et en équipement qui contribue également à l'amélioration de la qualité des soins s'inscrit alors dans une perspective globale et progressive d'appui à l'ensemble du système de santé. Ainsi l'action, en continuité avec l'approche du Fonds Bêkou, appuiera les FoSa/COGES à assurer un environnement propice pour la fourniture du PMA et PCA y inclus la disponibilité des médicaments et d'autres intrants essentiels de qualité, la disponibilité du personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et une gestion efficiente des ressources disponibles. Dans le cadre de la lutte contre la covid-19 et d'autres épidémies potentielles un accent particulier sera mis sur le renforcement des activités de prévention et contrôle des infections et la surveillance épidémiologique au niveau des FoSa. A part les formations sanitaires (CDS/PDS et HD) dans les districts sanitaires ciblés, le CHUPB sera appuyé afin d'assurer une prise en charge médicale de qualité des enfants référés. Les initiatives d'amélioration de la qualité et de renforcement de la gestion de l'hôpital initiées à travers le Fond Bêkou seront poursuivies et consolidées. Cet appui vise aussi à faciliter le plan de transition vers une progressive prise en charge du CHUPB par le MSP et une pérennisation des acquis.

La sélection des districts sanitaires (DS) à couvrir par les produits 1.1 et 1.2 a été finalisée pendant la préparation de la convention de financement avec le MSP et est basée sur les critères suivants : (i) maintien le plus possible de la couverture du Fonds Bêkou en évitant un saupoudrage des ressources limitées et en assurant un impact tangible dans les zones d'intervention retenues; (ii) situation sanitaire en favorisant les zones les plus démunies, notamment celles où les indicateurs de santé sont les plus dégradés, ainsi que les sites accueillant les personnes déplacées ; (iii) stabilité sécuritaire relative afin de permettre de déclencher un véritable développement systémique ; et (iv) la présence et la division du travail avec la banque mondiale, les acteurs humanitaires, mais aussi les possibilités d'intervention par d'autres partenaires, en particulier les États membres (Allemagne, Italie et France)<sup>15</sup>. La sélection des districts a également pris en compte la priorisation proposée par le cadre d'investissement du GFF. Une approche différenciée sera appliquée dans l'appui aux DS selon leur situation de fragilité. Sur cette base, 7 districts sanitaires<sup>16</sup> ont été identifiés pour bénéficier de l'appui après la fin du Fonds Bêkou. La présente action prévoit une extension maximale, en fonction des ressources disponibles, de la couverture des formations sanitaires dans chaque district afin d'assurer un accès équitable. En fonction des priorités et des financements disponibles et des synergies avec d'autres appuis au secteur, d'autres zones pourraient être identifiées pour un appui.

L'action recherchera aussi des synergies avec les interventions financées à travers l'enveloppe NDICI régionale, en particulier en appui au retour des réfugiés et les déplacements forcés (phénomènes transfrontaliers).

Activités liées au produit 2.1: Les capacités du MSP au niveau central dans son rôle régulateur, normatif, de pilotage et de suivi et évaluation sont renforcées

L'appropriation nationale et le transfert des capacités seront encadrés par le MSP, qui sera renforcé dans sa capacité de coordinateur sectoriel et de régulateur, ainsi que dans son leadership politique, stratégique et opérationnel. L'appui technique au MSP ciblera des thématiques/responsabilités spécifiques (par exemple, financement, régulation du médicament, mise en place d'un système d'approvisionnement, ressources humaines, lutte contre la

<sup>15</sup> Par exemple, il y a des discussions avec la coopération italienne (AICS) pour assurer une continuité au moins partielle du financement au complexe pédiatrique de Bangui, qui ne pourra plus être assurée par la présente action due à la réduction des ressources financières par rapport au cycle précédent.

<sup>16</sup> Bimbo, Boda, Haut-Kotto, Vakaga, Bossangoa, Bangassou et Ouango Gambo

corruption), identifiées selon les priorités du ministère et en complémentarité avec les appuis fournis par d'autres partenaires techniques et financiers. Une attention particulière sera donnée à l'amélioration de la coordination du secteur et la sécurité sanitaire en ligne avec les règlements sanitaires internationaux (IHR) et en collaboration étroite avec l'OMS dans le cadre du partenariat pour la couverture sanitaire universelle (co-financé par l'UE).

Activités liées au produit 2.2: Les capacités des Régions et Districts sanitaires dans les zones ciblées en terme de gestion, suivi et encadrement des prestataires de soins sont renforcés.

Cette action ciblera le renforcement des capacités des équipes-cadres de région et de district sanitaire à travers un appui technique et financier en complémentarité et synergie avec les autres bailleurs de fonds. Le financement basé sur la performance (compris dans le nouveau PNDS) sera l'outil favorisé couplé à un appui technique pour arriver à une transformation stratégique dans la gestion du secteur de santé.

### 3.3 Intégration des questions transversales

#### **Protection de l'environnement et changement climatique**

**Résultats de l'évaluation des incidences sur l'environnement (EIE)** (pertinents pour les projets et/ou les interventions spécifiques dans le cadre d'un projet)

L'évaluation préliminaire de l'EIE a classé l'action en tant que catégorie C (aucune évaluation supplémentaire n'est nécessaire).

**Résultats de l'examen analytique de l'évaluation des risques climatiques :** N/A

#### **Égalité entre les hommes et les femmes et autonomisation des femmes et des filles**

Cette action porte la mention G1. Cela implique que l'intégration de la dimension genre sera adoptée non seulement en termes d'accès aux services de santé et de sensibilisation, mais également dans le recrutement du personnel de santé et la composition des Comités de gestion des Formations sanitaires. L'action apporte également un appui à la prise en charge des victimes de violences basées sur le genre, aux consultations prénatales des femmes enceintes et aux accouchements. Elle contribuera à la mise en œuvre de la politique de gratuité décidée par le gouvernement à destination des femmes enceintes et allaitantes.

#### **Droits de l'homme**

Les partenaires de mise en œuvre de l'action veilleront à des services de santé de qualité adaptés et accessibles à tous les groupes de la population centrafricaine, quel que soit leur appartenance religieuse, ethnique et politique ou leur situation sociale et économique. La RCA a ratifié les principaux instruments internationaux en matière d'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes, notamment la Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF).

#### **Invalidité/Handicap**

Conformément aux codes du CAD de l'OCDE identifiés à la section 1.1, cette action porte la mention D0. Cela implique qu'une importance sera consacrée à l'accès aux soins de santé par les groupes vulnérables, y compris les personnes avec handicap.

#### **Réduction des inégalités**

D'après le Marqueur des Inégalités, cette Action est notée I-1. Cette Action participe à la réduction des inégalités économiques en ciblant les plus vulnérables à travers la mise en œuvre de la gratuité ciblée, territoriales et sociales en ciblant les territoires socio économiquement faibles et à faible couverture des services de santé.

#### **Démocratie**

Les partenaires mettront en œuvre leurs projets dans le souci d'assurer la participation des communautés locales à la prise des décisions, à la gestion des activités, au suivi et à l'évaluation. Le rôle central que jouent les Comités de gestion dans la gestion des Formations sanitaires garantit également un engagement communautaire dans l'action. La mise en place d'un système d'enregistrement des plaintes sera encouragée dans la mise en œuvre des projets.

#### **Sensibilité aux conflits, paix et résilience**

Le projet vise à renforcer le système de santé et à rendre capable le MSP d'assurer l'accessibilité des soins de santé de base à la population. Le ciblage des zones d'intervention ainsi que la stratégie opérationnelle prendront en compte les fractures sociales existantes pour prévenir les risques de possibles conflits qui pourraient être provoqués par des actions d'assistance extérieure. Toutes les activités prévues devront répondre au principe du « do no harm ».

Par ailleurs, le renforcement du système sanitaire couplé à une approche de proximité et d'accès par les communautés vulnérables aura un impact positif sur la résilience des populations et du système, ce autant par rapport à de potentiels futurs conflits que par rapport aux impacts du changement climatique.

**Réduction des risques de catastrophes : N/A**

#### **Autres considérations, le cas échéant**

L'action cible les populations vulnérables, y inclus les personnes déplacées (plus d'un quart de la population centrafricaine).

### 3.4 Risques et enseignements tirés

| <b>Categorie</b>      | <b>Risques</b>   | <b>Probabilité<br/>(Haute/<br/>Moyenne/<br/>Faible)</b> | <b>Impact<br/>(Haute/<br/>Moyen/<br/>Faible)</b> | <b>Mesures d'atténuation</b>  |
|-----------------------|--|---|--|---|
| Environnement externe | Risques sécuritaires : La RCA demeure instable et les risques sécuritaires sont particulièrement élevés.                                   | <b>Haute</b>  | <b>Haut</b>                                      | La sélection des zones d'intervention prendra en compte la situation sécuritaire afin de pouvoir garantir le passage d'une situation d'urgence à un véritable développement. Un lien avec les forces de sécurité, et surtout la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations unies pour la stabilisation en Centrafrique (MINUSCA), sera maintenu durant la mise en œuvre du projet.<br><br>En concertation avec la délégation de l'UE et les partenaires, le projet peut être suspendu partiellement ou totalement en cas de force majeure. Les activités peuvent également être réorientées si nécessaire à l'atteinte des objectifs. |
|                       | Risque de déstabilisation de la zone frontalière avec le Soudan due à l'influx des réfugiés et le rapprochement des combats à la frontière | <b>Haut</b>   | <b>Haut</b>                                      | Suivi rapproché de la situation à travers les partenaires de mise en œuvre, le cluster santé et la MINUSCA. Assurer la flexibilité dans la mise en œuvre des activités afin d'assurer une prise en charge équitable de la communauté d'accueil et des réfugiés.   |
|                       | Dégradation des indicateurs de santé, tensions sociales et affaiblissement du contrat social due à l'abandon de certaines populations avec | <b>Haute</b>  | <b>Haut</b>                                      | Dialogue continu avec le gouvernement et les partenaires pour mobiliser des ressources nécessaires, afin de pouvoir pérenniser l'accès aux soins de santé aux populations, couvertes actuellement par le Fonds Bêkou et d'autres zones orphelines.  |

|  |  |                |               |  |
|--|--|----------------|---------------|--|
|  | des répercussions sécuritaires   |                |               |  |
|  | <p><b>Risques logistiques:</b></p> <p>Les difficultés d'accès aux territoires d'intervention peuvent compromettre la mise en œuvre effective du projet</p> | <b>Haute</b>   | <b>Haut</b>   | <p>La sélection des zones d'intervention prendra en compte l'accessibilité afin de pouvoir garantir le passage à un véritable développement. Par ailleurs, un appui et accord avec la MINUSCA et le service aérien d'aide humanitaire des Nations unies (UNHAS) pour accéder aux territoires d'intervention.</p> <p>Des moyens financiers et logistiques sont prévus dans le cadre du projet afin d'assurer les déplacements des équipes, leur sécurité, le transport des biens et équipements. Des "buffer stocks" en médicaments peuvent être prévus dans les zones difficilement accessibles.</p> |
|  | Les ressources humaines pour la mise en œuvre de l'action ne sont pas disponibles et/ou n'ont pas la capacité nécessaire pour la mise en œuvre du projet.  | <b>Moyenne</b> | <b>Faible</b> | Renforcement continu des capacités des partenaires locaux ; mise en place d'un mécanisme de coordination et planification conjointe entre tous les partenaires   |
|  | Incapacité du MSP à pérenniser les acquis du projet  | <b>Haute</b>   | <b>Haut</b>   | Dialogue politique continu pour une mise à disposition des ressources financières domestiques au secteur de la santé   |
|  | Emergence/Recrudescence des épidémies/pandémies telle que le covid-19  | <b>Moyenne</b> | <b>Haut</b>   | Étroite collaboration avec le gouvernement et les autres partenaires dans la surveillance épidémiologique et les mesures de riposte.   |
|  | Détournement des ressources par les acteurs locaux   | <b>Moyenne</b> | <b>Moyen</b>  | Accompagnement rapproché du FBP et adaptation des indicateurs de performance le cas échéant pour inciter la bonne gouvernance du secteur.  |
| Risques liés aux personnes et à l'organisation | Retards et erreurs de mise en œuvre causés par un manque d'expertise à la Délégation de l'UE et non autorisation du personnel de la                        | <b>Moyenne</b> | <b>Moyen</b>  | <p>Renforcement des capacités du personnel de la délégation de l'UE</p> <p>Externalisation du suivi (monitoring) des projets en cas de suspension des missions de terrain.</p>   |

|                              |   |              |              |   |
|------------------------------|---|--------------|--------------|---|
|                              | délégation de l'UE d'effectuer des missions de suivi sur le terrain   |              |              |   |
| Communication et information | La connectivité limitée sur le territoire résulte dans une efficacité limitée du travail de la Délégation de l'UE | <b>Haute</b> | <b>Moyen</b> | Mise à disposition du personnel de la délégation de l'UE d'équipements de communication et de connectivité adaptés. |

### Enseignements tirés :

Les conclusions suivantes ont été retenues par l'évaluation des phases I, II et III et les systèmes de suivi axés sur les résultats (ROM) des différents projets du Fonds Bêkou et l'évaluation stratégique de la coopération de l'UE en RCA et les consultations avec les partenaires :

- L'appui de l'UE au secteur de la santé à partir de 2014 était une réponse pertinente au contexte de sortie de l'urgence qui a impliqué la prise en charge directe des services par les partenaires, en intégrant tous les instruments à disposition : fonds fiduciaire, appui budgétaire, approche projet. L'UE a soutenu l'État dans le rétablissement des services de santé en contribuant au paiement des salaires des agents de santé et aux autres dépenses publiques de santé par le biais de l'appui budgétaire (contrats de consolidation de l'État) et en adoptant l'approche Linking Relief, Rehabilitation and Development (LRRD) en partenariat avec UNICEF et l'OMS. En outre, une réponse directe par biais du financement d'ONG internationales et de l'Unicef a été donnée aux besoins des populations dans des zones stabilisées, mais caractérisées par une faible présence de l'État. L'engagement, par le Fonds Bêkou, d'ONG spécialisées dans l'appui humanitaire et déjà présentes sur le terrain a permis de baser les interventions sur une bonne connaissance contextuelle et sur des capacités logistiques avérées. La prise en charge de la gestion des services par les ONG, même si favorisant peu l'appropriation nationale, a été pleinement justifiée dans la première phase de sortie de l'urgence.
- Avec le déploiement des ONG qui ont apporté leur appui aux soins de santé primaire, le programme répond entièrement à la stratégie de l'UE plus particulièrement en ce qui concerne les ODDs santé. Le programme est en adéquation avec le second pilier du RCPCA, en renforçant la présence de personnel de santé et en améliorant les services de santé et l'eau et assainissement dans les structures sanitaires sur le territoire national. Le programme a contribué aux objectifs du PTSS en redynamisant le système de coordination du secteur de la santé, en offrant le paquet minimum et le paquet complémentaire d'activités à toutes les populations ciblées, en accordant une importance particulière à la mère et à l'enfant, en réduisant la charge morbide des maladies prioritaires, et en diminuant la morbidité et la mortalité dans les zones affectées par une urgence ou une catastrophe.
- En dépit des difficultés, les interventions du Fonds Bêkou ont eu un effet tangible sur l'amélioration de l'accessibilité des services de santé des populations vulnérables, des plus démunis et des populations ciblées avec le rétablissement des services de santé dans des zones définies comme prioritaires selon des critères humanitaires. L'extension progressive en terme de couverture des formations sanitaires et de la population (environ 1,2 million habitants dans la phase I et environ 1,9 million t dans la phase III), avec une augmentation du financement par habitant (7,5 EUR/hab/an dans la phase I ; 11 EUR/hab/an dans la phase III), pour assurer la gratuité ciblée en général et la gratuité totale selon le contexte de fragilité et pour couvrir des zones reculées difficiles d'accès a résulté en une augmentation progressive de l'utilisation des services de santé de base.
- L'action a été développée dans un contexte de crise généralisée dans le pays et n'a pas été assez longue pour obtenir une appropriation des parties prenantes et une pérennisation des réformes. La permanence du financement externe (UE et autres partenaires) reste aujourd'hui incontournable face aux difficultés rencontrées par l'État.

- En l'absence d'un système d'approvisionnement en médicaments essentiels, le recours aux ONG était indispensable. L'approvisionnement des ONG auprès de sources internationales garantit la disponibilité de médicaments essentiels génériques de qualité dans toutes les FoSa appuyées par le Fonds Bêkou en palliant la rareté des dépôts pharmaceutiques dans les zones ciblées et au système de régulation de l'importation des médicaments actuellement faible. Dans le cadre de la présente action, l'approvisionnement des districts sanitaires sera centralisé sous la responsabilité d'un seul partenaire de mise en œuvre, en vue de contribuer à la construction d'un système national centralisé d'approvisionnement en médicaments essentiels. Les premières expériences avec UNICEF en 2022 ont montré plusieurs défis dont des problèmes de communication entre les parties prenantes, des malentendus sur leurs responsabilités, des faiblesses dans la quantification des besoins et une inflexibilité concernant le choix du point d'achat. Des mesures correctives sont en cours et la mise en place de l'assistance technique appuie le bon déroulement de l'approvisionnement.

- Alors que dans les phases I et II du Fonds Bêkou, les interventions d'appui au développement organisationnel des équipes cadre de district, des régions sanitaires, et des FoSa n'ont pas eu d'effet sensible sur la culture professionnelle, notamment le manque de sens du service public d'une partie du personnel de la santé (surtout les cadres intermédiaires, médecins chefs de district), l'intégration d'un appui technique pour le niveau régional et les districts dans la phase III a permis de renforcer les capacités et compétences des équipes cadres des régions (ECR) et des districts (ECD) sanitaires ainsi que l'articulation entre le DS et la RS. Par ailleurs, l'introduction du FBP montre un véritable potentiel d'impact sur la culture professionnelle. La prise en compte de la performance dans la rémunération des soins de santé paraît être une source notable de motivation des personnels de santé et de dynamisation des équipes cadres des districts (évaluation finale Fonds Bêkou santé).

Dans l'ensemble de la zone d'intervention du FBP, deux éléments sont fondamentaux : (i) l'adjonction de « cash » aux FoSa est un véritable ballon d'oxygène pour leur fonctionnement et l'amorce d'une motivation, ce qui a permis à certains FoSa une intégration de personnel qualifié ; (ii) les mécanismes de vérification et de contre vérification garantissent en grande partie l'utilisation réelle de cet argent « cash » à des fins d'amélioration du fonctionnement. C'est bien là l'apport essentiel du FBP: savoir combien les formations périphériques ont perçu et pour quelles activités elles ont reçu ces fonds.

Toutefois, l'impact positif du mécanisme FBP est diminué par le fait que les FoSa n'ont que peu de capacités de gestion de leurs fonds et qu'ils gèrent l'argent au jour le jour. Enfin, les équipes cadres des districts ne semblent pas en mesure d'appuyer les FoSa en matière de gestion financière et les mécanismes de vérification semblent très faibles.

L'approche FBP a souffert dans certains DS (p.ex. : Bangassou) de manque d'accessibilité à cause de l'insécurité ; d'autres FoSa pouvaient seulement être atteintes par avion, avec un impact marqué sur le coût de l'appui. L'approche FBP implique une stratégie coordonnée par le MSP et mise en œuvre par tous les partenaires, qui n'est pas toujours compatible avec l'approche humanitaire dans certaines zones, surtout à haute insécurité et haute concentration de personnes déplacées.

Les subsides devraient être payés mensuellement et régulièrement pour permettre aux FoSa de bien fonctionner et d'exécuter les activités prévues dans leur Business Plan. Dans plusieurs DS (p.ex. : Bangassou et Bossangoa), le manque d'établissements bancaires a obligé les partenaires de mise en œuvre à envoyer le cash par vol humanitaire, avec un impact négatif dû aux retards et au coût supplémentaire.

- L'approche FBP du Fonds Bêkou est pertinente et s'aligne aux politiques nationales de santé, dans lesquelles le FBP a été retenu comme une stratégie de financement du secteur de la santé.

Le FBP favorise une autonomisation des structures concernées. Les formations sanitaires avec un contrat FBP ont l'autonomie de gestion pour acheter les intrants, recruter le personnel selon les besoins et déterminer la tarification des soins avec leurs comités de santé. Elles peuvent aussi licencier le personnel recruté en cas de nécessité. Cette autonomisation leur permet donc de disposer à leur guise des subsides versés, quoique certains critères d'allocation des ressources, notamment pour motiver le personnel (avec des primes qui ne devraient pas excéder 30% du montant des subsides) et pour privilégier la viabilité de la FoSa et les activités allant dans le sens de l'amélioration de l'offre de soins sont prévus. Dans ce sens, les FoSa contractualisées ont démontré leur capacité à s'autonomiser, à prendre des décisions d'allocation des ressources, y compris en modifiant les pourcentages d'allocation recommandés pour, par exemple, réaliser des constructions ou rénovations d'infrastructure afin de développer les moyens matériels de l'offre de soins.

- Le niveau de rémunération du personnel de la fonction publique fait courir le risque de corruption, ce qui peut entraver la bonne mise en œuvre des activités : il est important de mettre en place des mécanismes de contrôle (aussi à travers des OSC et des COGES) pour assurer une bonne gestion des ressources fournies par les incitations du système FBP.
- Dans le cadre de la politique nationale de santé, la participation communautaire à la gouvernance des FoSa reste primordiale. Or on constate jusqu'à maintenant un fonctionnement déficient des organes de coordination et de gestion du système, tant au niveau central (Comité de pilotage peu fonctionnel) qu'au niveau périphérique (COGES inopérants et au rôle mal défini dans l'environnement de crise actuel, particulièrement par rapport à la politique de gratuité, et même exclus dans le FBP). Une redynamisation couplée à la modernisation de ces organes est indispensable à tous les niveaux pour pouvoir envisager un retour progressif à un système de santé fonctionnel capable de gérer les ressources mobilisées et d'assurer la redevabilité.
- La coordination est particulièrement faible au niveau des districts sanitaires. En conséquence on a constaté une perte d'efficacité considérable des interventions mises en œuvre dans des zones avec une présence importante d'autres partenaires, notamment le projet financé par la banque mondiale. L'assistance technique est nécessaire pour appuyer l'amélioration de la coordination au niveau des DS et RS.
- La situation socio-économique de certaines zones d'intervention, notamment la Vakaga et le Haut-Kotto, n'est pas encore favorable à l'introduction du recouvrement des coûts. Même une contribution modeste de la population s'avère difficile. Afin de pouvoir assurer une accessibilité équitable une approche différenciée par district sanitaire est nécessaire.
- L'appui aux formations sanitaires dans les districts n'a, jusqu'à présent pas, pu être étendu pour couvrir toutes les formations sanitaires fonctionnelles. Cette couverture partielle pose un problème d'équité d'accès aux soins aux populations d'un même district et un problème d'équité d'appui entre les FoSa d'un même district. Le présent budget de l'action permettra, entre autres, une couverture des formations sanitaires dans chaque district.

Les ambitions d'un passage de l'aide humanitaire à un développement durable/pérenne doivent rester modestes. Les défis que représentent le redéploiement de l'Etat sur tout le territoire l'insuffisance de gouvernance au niveau central, la pléthore de personnels peu qualifiés, l'insuffisance des capacités de gestion à tous les niveaux du système de soins, seront malheureusement et probablement encore présents dans les années à venir et restent difficiles à changer à court terme.

### 3.5 Logique d'intervention

La logique d'intervention pour cette action est la suivante :

L'approche s'inscrit dans le nexus Humanitaire – Développement – Paix assurant l'accessibilité aux soins de santé de base (inclus la santé sexuelle et reproductive) de la population ciblée, en réduisant la substitution des services par les ONGs, en utilisant et en renforçant le système national existant et en appuyant sa consolidation et sa construction lorsque nécessaire.

La logique de l'intervention se base sur une approche avant tout systémique, couplée avec une continuation à minima de l'appui direct aux formations de santé pour continuer d'assurer la couverture de santé (inclus la santé sexuelle et reproductive) dans les districts sanitaires sélectionnés. La dimension systémique de l'intervention concerne aussi les différents échelons du système de santé (central, régional, opérationnel) et apporte un appui institutionnel à chacun d'entre eux. Seul un système de santé solide peut offrir des soins de santé de qualité aux communautés et leur assurer un accès équitable aux soins, ce qui conduit à de meilleurs résultats de santé et sauve des vies. L'action visera donc à la consolidation et la pérennisation des acquis du Fonds Bêkou pour accompagner un transfert progressif de responsabilités vis-à-vis des autorités dans les zones d'interventions et de réduire ainsi la situation de dépendance quasi totale du pays aux financements externes.

L'appropriation nationale et le transfert des capacités seront encadrés par le MSP, qui sera appuyé dans sa capacité de coordinateur sectoriel et de régulateur, ainsi que dans son leadership politique, stratégique et opérationnel tant au niveau central qu'au niveau décentralisé. L'appui ciblera des thématiques/responsabilités spécifiques (par exemple, approvisionnement et régulation du médicament, ressources humaines, financement de la santé). Le soutien inclura également un effort d'harmonisation et de coordination des interventions dans le secteur de la santé,

afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du secteur. L'appui à la gouvernance centrale et décentralisée fournira les outils et les bases pour un transfert progressif des capacités et compétences vers les acteurs locaux (COGES, ECD, ECR).

Quant à l'offre des services de santé, les formations sanitaires et les COGES y inclus le Complexe Hospitalier Universitaire Pédiatrique de Bangui (CHUPB), seul hôpital pédiatrique du pays et seule structure de 2ème référence au niveau national pour les urgences pédiatriques, seront appuyés et accompagnés dans la fourniture des services selon les protocoles nationaux.

L'approche district sera favorisée, en intégrant toutes les formations sanitaires fonctionnelles tel que les centres et postes de santé fournissant le paquet minimum d'activité (PMA) et les hôpitaux de districts ou secondaires fournissant le paquet complémentaire d'activité (PCA) en tant qu'hôpitaux de première référence. Dans chaque zone d'intervention, l'action prendra en compte le contexte local, en renforçant l'appropriation locale et en évoluant vers un accompagnement des acteurs locaux au détriment d'un rôle de substitution par les ONG internationales. Il est pourtant évident que le renforcement des capacités des acteurs de santé locaux –pour aboutir à leur autonomisation- doit s'inscrire dans le long terme. L'engagement des autorités et de partenaires internationaux sera donc indispensable à la pérennisation de l'action.

L'action s'inspirera des méthodes de régulation et des outils de financement des services de santé du FBP, afin de générer des effets positifs sur la performance et la motivation des Équipes-Cadres de Région et de District, ainsi que des COGES et du personnel de santé, par la responsabilisation des acteurs et l'attribution de subsides de fonctionnement. Ainsi, les COGES dotés en personnel approprié, assumeront progressivement la gestion des financements (primes, achats de petit équipements/matériels, frais de fonctionnement, etc.). Là encore, la capacité de chaque FoSa et de chaque district sanitaire devra être prise en considération, afin de déterminer le processus du changement et son rythme de mise en œuvre. Néanmoins, l'objectif est que tous les districts sanitaires appuyés appliquent une approche basée sur la performance au cours de l'action, à l'exception des situations en crise aiguë.

En raison de l'absence d'un système national d'approvisionnement des médicaments et d'une régulation par l'État, l'action prévoit de fournir ces intrants par importation auprès de fournisseurs agréés répondant aux normes internationales de qualité.

Le développement de la demande de soins se concentrera sur l'accessibilité financière à travers la mise en œuvre de la gratuité ciblée décrétée par le président en 2019 et la prise en charge des populations les plus vulnérables et plus démunies selon le contexte local par les subsides du FBP et l'accessibilité géographique à travers les actions à base communautaire. Les subsides payés aux FoSa, districts et régions sanitaires sur la base des indicateurs de performance permettent de responsabiliser et d'autonomiser leur gestion, dans la perspective d'une graduelle prise en charge du secteur par les institutions centrafricaines.

La mise en œuvre en concert d'activités visant à améliorer l'offre, stimuler la demande et la bonne gouvernance, contribuera à une meilleure couverture de soins de santé de base au bénéfice de la population. Une attention continuera d'être accordée au renforcement institutionnel en tant que préalable pour un désengagement progressif du rôle de substitution des partenaires externes, en faveur d'une responsabilisation du MSP.



### 3.6 Matrice du cadre logique

Ce cadre logique indicatif constitue la base du suivi, de l'établissement des rapports et de l'évaluation de l'intervention.

Sur la base de cette matrice du cadre logique, un cadre logique plus détaillé (ou plusieurs) peut être élaboré au stade contrat. Dans le cas où les valeurs de référence et les valeurs cibles ne sont pas disponibles pour l'action, elles doivent être indiquées pour chaque indicateur à la signature du ou des contrats liés à ce document d'action, ou au plus tard dans le premier rapport d'avancement. De nouvelles colonnes peuvent être ajoutées pour définir des cibles (jalons) intermédiaires pour les indicateurs des produits attendus et des réalisations si besoin.

- Le premier rapport d'avancement doit inclure le cadre logique complet (y compris les valeurs de référence/cibles).
- Les rapports d'avancement doivent fournir un cadre logique mis à jour avec les valeurs actuelles pour chaque indicateur.
- Le rapport final doit inclure le cadre logique avec les valeurs de référence et finales pour chaque indicateur.

La matrice du cadre logique indicatif peut évoluer au cours de la vie de l'action en fonction des différentes modalités de mise en œuvre de cette action.

Les activités, les produits attendus et les indicateurs, valeurs cibles et valeurs de référence associés inclus dans la matrice du cadre logique peuvent être mis à jour au cours de la mise en œuvre de l'action, aucune modification n'étant nécessaire à la décision de financement.

MODALITÉ DE PROJET (3 niveaux de résultats / indicateurs / source de données / hypothèses – pas d'activités)

| Résultats            | Chaîne des résultats (a):<br>Principaux résultats attendus (10 au maximum)   | Indicateurs (a):<br>(au moins un indicateur par résultat attendu)  | Valeurs de référence<br>(valeurs et années <sup>17</sup> )            | Valeurs cibles<br>(valeurs et années <sup>18</sup> )      | Sources de données   | Hypothèses   |
|----------------------|--|--|---|---|--|--|
| <b>Impact</b>        | Assurer l'accessibilité à des soins de santé de qualité, en particulier pour les populations vulnérables y compris les femmes et les enfants.                | 1. Nombre de décès maternels pour 100000 naissances vivantes<br>2. Nombre de décès infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes<br>3. % des dépenses de santé par les ménages sur les dépenses totales de santé<br>4 Index de la couverture sanitaire universelle* | 1.829 (2018)<br>2. 99 (2018)<br><br>3 52,2% (2018)<br>4 28,57% (2019) | 1. 445 (2026)<br>2. 47 (2026)<br>3 32,8%<br>4. 30% (2024) | 1. Enquête du Gouvernement<br>2. Enquête<br>3. Statistiques NHA<br>4. Statistiques OMS | <i>Non applicable</i>  |
| <b>Réalisation 1</b> | 1 La disponibilité de et l'accessibilité à des soins de santé SRMNIA-N <sup>19</sup> de qualité, en particulier pour les populations les plus vulnérables, y | 1.1Taux de consultations curatives (nouveaux cas /habitant/ ans) ventilé par zone ciblée<br>1.2 Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des  | 1.1 Bimbo/Boda:<br>0,8<br>HK/Vak 0.8                                  | 1.1 Bimbo/Boda:<br>1<br>HK/Vak 1<br>Bang/Boss/OG<br>0.9   | 1.1 Statistiques du SNIS (Système national   | Il y a une amélioration de la gouvernance et une stabilité des zones |

<sup>17</sup> L'année de référence est 2021 sauf indication contraire

<sup>18</sup> L'année de référence est 2025 sauf indication contraire

<sup>19</sup> Santé sexuelle et reproductive, maternelle, néonatale, infanto-juvénile, des adolescents et de nutrition.

|   |  |  |  |   |  |   |
|---|--|--|--|---|--|---|
|   | compris pour les personnes déplacées, sont améliorées.   | méthodes modernes de planification familiale (ODD 3.7.1 et GAP III)  | <p>Bang/Boss/OG 0.57</p> <p>1.2 Bang/Boss/OG 20%</p> <p>HK/VK 11%</p> <p>Bimbo/Boda 33,4 (SNIS 2020)</p>                               | <p>1.2 Bang/Boss/OG 30%</p> <p>HK/Vak 14%</p> <p>Bimbo/Boda 40%</p>   | <p>d'information sanitaire)</p> <p>1.2 Statistiques du SNIS</p>  | <p>géographique ciblées</p> <p>Les zones restent accessibles et les conditions de sécurité ne s'aggravent pas</p> |
| <b>Réalisation 2</b>                              | 2. La gouvernance et le leadership du Ministère de la Santé et de la Population sont renforcés | <p>2.1 Nombre de revues sectorielles conjointes réalisées par an</p> <p>2.2 Nombre de missions de terrain conjointes réalisées par an</p> <p>2.3 % des DS (districts sanitaires) ayant un score de performance &gt;80%</p>     | <p>2.1 0</p> <p>2.2 0</p> <p>2.3 85%</p>   | <p>2. 1</p> <p>2.2 4 par an (min)</p> <p>2.3 100%</p>   | <p>2.1-2.2 PV (Procès-verbaux) des réunions et ateliers et des missions de terrain</p> <p>2.3 Rapports annuels des partenaires</p> | <p>Il y a une volonté politique d'avancer dans les réformes au niveau central, régional et district</p>           |
| <b>Produit 1</b><br><b>lié à la réalisation 1</b> | 1.1 L'accès aux soins de santé SRMNIA-N est assuré dans les zones d'intervention ciblées.      | <p>1.1.1 % des accouchements assistés par du personnel qualifié ventilé par zones ciblée</p> <p>1.1.2 Couverture vaccinale 0-11 mois et zones ciblées (par sexe)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Penta 3</li> </ul> | <p>1.1.1 Bimbo/Boda: 90%</p> <p>HK/Vak 36% (2021)</p> <p>Bang/Boss/OG 50%</p> <p>1.1.2</p> <p>a) Bimbo/Boda: 80%</p> <p>HK/Vak 36%</p> | <p>1.1.1 Bimbo/Boda: 95%</p> <p>HK/Vak 75%</p> <p>Bang/Boss/OG 75%</p> <p>1.1.2</p> <p>a) Bimbo/Boda: 95%</p> <p>HK/Vak 87%</p> | <p>1.1.1 Système national d'information sanitaire (SNIS), rapport des FoSa</p> <p>1.1.2 SNIS, rapport des FoSa</p>                 | <p>Le gouvernement met en place un système efficace d'approvisionnement en médicaments</p>                        |

|   |  |  |  |   |   |   |
|---|--|--|--|---|---|---|
|   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>VAR</li> </ul> <p>1.1.3 Couverture CPN 4 (consultation prénatale n°4)</p>   | <p>Bang/Boss/OG 84%</p> <p>b) Bimbo/Boda 80%</p> <p>HK/Vak 39%</p> <p>Bang/Boss/OG 72%</p> <p>1.1.3 Bimbo/Boda 50%</p> <p>HK/Vak 40%</p> <p>Bang/Boss/OG 14%</p> | <p>Bang/Boss/OG 90%</p> <p>b) Bimbo/Boda 80%</p> <p>HK/Vak 90%</p> <p>Bang/Boss/OG 84%</p> <p>1.1.3 Bimbo/Boda 75%</p> <p>HK/Vak 70</p> <p>Bang/Boss/OG 40%</p> | 1.1.3 SNIS, rapport des FoSa  |   |
| <b>Produit 2</b><br><b>lié à la réalisation 1</b> | 1.2 Les Formations sanitaires (FoSa) fournissent le paquet minimum des activités (PMA) et le paquet complémentaire des activités (PCA) selon les normes du MSP (Ministère de la Santé Publique). | <p>1.2.1 % des CS (Centres de Santé) fournissant un PMA complète avec le soutien de l'UE</p> <p>1.2.2 % des HD (hôpitaux de districts) fournissant un PCA complète avec le soutien de l'UE</p> <p>1.2.3 Durée moyenne de rupture de stock des médicament traceurs dans les FoSa soutenues par l'UE</p> | <p>1.2.1 40%</p> <p>1.2.2 85%</p> <p>1.2.3 7 jours</p>   | <p>1.2.1 90%</p> <p>1.2.2 100%</p> <p>1.2.3 &lt; 7 jours</p>  | <p>1.2.1 Rapports annuels des partenaires</p> <p>1.2.2 Rapports annuels des partenaires</p> <p>1.2.3 Rapports annuels des partenaires</p> | Le gouvernement assure le déploiement de ressources humaines qualifiées, surtout dans les zones périphériques |
| <b>Produit 1</b><br><b>lié à la réalisation 2</b> | 2.1 Les capacités du MSP (Ministère de la Santé Publique) au niveau central dans son rôle régulateur, normatif, de pilotage et de suivi et évaluation sont renforcées                            | <p>2.1.1 Statut du Plan d'Action Annuel du Ministère développé avec le soutien de l'UE</p> <p>2.1.2 Nombre de réunions du Comité de coordination sectorielle santé nutrition (CCSSN)</p> <p>2.1.3 Nombre de réunion des Groupes de travail/sous-comité<sup>20</sup> par an</p>                         | <p>2.1.1 Le Plan d'Action Annuel du Ministère n'est pas disponible</p> <p>2.1.2 2 (2022)</p>   | <p>2.1.1 Le Plan d'Action Annuel du Ministère incluant les plans des directions centrales est finalisé avant la fin de l'année précédente</p>                   | <p>2.1.1 documents disponibles</p> <p>2.1.2 PV des réunions</p> <p>2.1.3 PV des réunions</p>  | Volonté politique d'avancer dans les réformes   |

<sup>20</sup> Arrêté de création des sous-comité en attente.

|   |  |   |                       |   |   |  |
|---|--|---|-----------------------|---|---|--|
|   |  |   | 2.1.3 2 (GT<br>SNIS)  | 2.1.2 4 par an<br><br>2.1.3 au moins 4<br>par sous-comité |   |  |
| <b>Produit 2</b><br><br><b>lié à la réalisation 2</b> | 2.2 Les capacités des Régions et des Districts sanitaires en terme de gestion, suivi et encadrement des prestataires de soins sont renforcées. | 2.2.1 % des DS/RS avec un plan d'action annuel/Plan de travail annuel disponible avant la fin de l'année précédente et exécuté à au moins 80% avec le soutien de l'UE.<br>2.2.2 Nombre de DS et RS disposant d'un organe de coordination fonctionnel (minimum 4 réunion par an) | 2.2.1 70%<br>2.2.2 0% | 2.2.1 100%<br>2.2.2 100%                                  | 2.2.1 Rapports annuels des partenaires<br>2.2.2 PV des réunions, 1 Rapports annuels des partenaires | Les Régions et des Districts sanitaires s'engagent dans les réformes régionales et du district |

## 4 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

### 4.1 Convention de financement

Pour mettre en œuvre la présente action, il est envisagé de conclure une convention de financement avec la République Centrafricaine

### 4.2 Période indicative de mise en œuvre

La période indicative de mise en œuvre opérationnelle de la présente action, durant laquelle les activités décrites à la section 3 seront réalisées et les contrats et conventions correspondants mis en œuvre, est de 60 mois à compter de la date de la date d'entrée en vigueur de la convention de financement.

La prolongation de la période de mise en œuvre peut être approuvée par l'ordonnateur compétent de la Commission, qui modifiera la présente décision, ainsi que les contrats et les accords concernés.

### 4.3 Mise en œuvre de la composante relative à l'appui budgétaire [uniquement pour l'appui budgétaire]

N/A

### 4.4 Modalités de mise en œuvre

La Commission veillera au respect des règles et procédures pertinentes de l'UE pour l'octroi de financements à des tiers, notamment des procédures de réexamen s'il y a lieu, ainsi qu'à la conformité de l'action avec les mesures restrictives de l'UE<sup>21</sup>.

#### 4.4.1 Gestion directe (subventions)

##### **Subventions (gestion directe):**

##### **a) Objet de la (des) subvention(s)**

Les subventions contribueront à l'atteinte de l'objectif spécifique 1 : « La disponibilité de et l'accessibilité à des soins de santé SRMNIA-N de qualité, en particulier pour les populations les plus vulnérables sont améliorées » ainsi que de ses produits relatifs.

##### **b) Type de demandeurs visés**

Les candidats potentiellement éligibles sont des organisations telles que définies à l'article 156 du règlement financier de l'Union européenne et des ONGs établies dans les pays éligibles tel qu'indiqué dans l'acte de base.

##### **c) Justification d'une subvention directe**

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, la subvention peut être octroyée sans appel à propositions à une organisation internationale et/ou des ONGs sélectionnées sur la base des critères suivants (i) Capacité financière et technique ; (ii) compétence particulière dans le domaine d'activité et/ou la zone géographique.

Sous la responsabilité de l'ordonnateur compétent de la Commission, le recours à l'octroi d'une subvention sans appel à propositions est justifié car la RCA est considérée comme étant en « situation de crise » par une déclaration de crise, en ligne avec l'article 195(a) du règlement financier à la date de la décision de financement.

<sup>21</sup> [www.sanctionsmap.eu](http://www.sanctionsmap.eu). Veuillez noter que la carte des sanctions est un outil informatique permettant de répertorier les régimes de sanctions. Les sanctions résultent d'actes législatifs publiés au Journal officiel (JO). En cas de divergence entre les actes juridiques publiés et les mises à jour sur le site internet, c'est la version du JO qui fait foi.

La partie de l'action relevant de l'enveloppe budgétaire réservée aux subventions peut, partiellement ou totalement et y compris lorsqu'une entité est désignée pour recevoir une subvention sans appel à propositions, être mise en œuvre en gestion indirecte avec une entité qui sera sélectionnée par les services de la Commission en utilisant les critères définis au point c) de la section 4.4.1 ci-dessus.

#### 4.4.2 Gestion directe (marchés publics)

Un ou plusieurs contrats de services contribueront à l'atteinte de l'objectif spécifique 2 : « La gouvernance du système de santé et le leadership du Ministère de la Santé et de la Population sont renforcés » ainsi que ses produits relatifs. Il s'agit d'un appui technique au MSP au niveau central ainsi qu'au niveau régional et des districts afin d'arriver à une bonne gestion et régulation du secteur.

#### 4.4.3 Passage d'un mode de gestion indirecte à une gestion directe (et vice versa) en raison de circonstances exceptionnelles (une deuxième option alternative)

Dans le cas d'échec de contractualisation des contrats de subvention et/ou les contrats de services indiqués dans le paragraphe 4.4.1 et 4.4.2, une gestion indirecte avec une entité ayant fait l'objet d'une évaluation ex-ante des piliers peut être envisagée. Ce changement sera motivé, le cas échéant par un gain d'efficacité et d'efficience de l'action et une valeur ajoutée de cette coopération en termes de compétences et expériences dans la mise en œuvre d'actions similaires (financement et fourniture des services de santé de base).

### 4.5. Critères d'éligibilité géographique pour les marchés et les subventions

L'éligibilité géographique au regard du lieu d'établissement pour la participation aux procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions et au regard de l'origine des fournitures achetées, telle qu'elle est établie dans l'acte de base et énoncée dans les documents contractuels pertinents, est applicable sous réserve des dispositions suivantes.

L'ordonnateur compétent de la Commission peut étendre l'éligibilité géographique sur la base de l'urgence ou de l'indisponibilité des services sur les marchés des pays ou territoires concernés, ou dans d'autres cas dûment justifiés où l'application des règles d'éligibilité rendrait impossible ou excessivement difficile la réalisation de cette action (article 28, paragraphe 10, du règlement IVDCI - Europe dans le monde).

### 4.6. Budget indicative

| Composantes budgétaires indicatives  | Contribution de l'UE<br>(montant en EUR) |
|--|--|
| <b>Modalités de mise en œuvre – cf. section 4.4</b>  |  |
| <b>Objectif spécifique 1 : La disponibilité de et l'accessibilité à des soins de santé SRMNIA-N de qualité, en particulier pour les populations les plus vulnérables sont améliorées</b> | <b>31 350 000</b>                        |
| Subventions (gestion directe) – cf. section 4.4.1  | 31 350 000                               |
| <b>Objectif spécifique 2 : La gouvernance et le leadership du Ministère de la Santé et de la Population sont renforcés</b>   | <b>2 500 000</b>                         |
| Contrats de service (gestion directe) – cf. section 4.4.2  | 2 500 000                                |
| <b>Evaluation – cf. section 5.2</b>  | <b>150 000</b>                           |
| <b>Audit – cf. section 5.3</b>   |  |
| <b>Provision pour dépenses imprévues</b>   | <b>0</b>                                 |
| <b>Totaux</b>  | <b>34 000 000</b>                        |

### 4.7 Structure organisationnelle et responsabilités

Dans le cadre de sa prérogative d'exécution du budget et afin de préserver les intérêts financiers de l'Union, la Commission peut participer aux structures de gouvernance susmentionnées mises en place pour régir la

mise en œuvre de l'action et peut signer ou s'engager dans des déclarations conjointes, dans le but de renforcer la visibilité de l'Union et de sa contribution à la présente action et d'assurer une coordination efficace.

Un comité de pilotage du programme sera établi en tant qu'organe de décision. Ce comité de pilotage est composé du ministère de la santé publique et de la population (MSP) (Président), du ministère du plan, de l'économie et de la coopération internationale et de la Délégation de l'Union européenne (UE). Il rapportera au comité national de pilotage du secteur de la santé. Il réunira au moins deux fois par an les principales parties prenantes de l'action, y compris les représentants de la société civile. Il aura pour mission d'en assurer le pilotage et de proposer, le cas échéant, des réorientations nécessaires au cours de la mise en œuvre.

Un comité de suivi opérationnel sera également mis en place. Il se réunira sur base trimestrielle en session ordinaire et sera présidé conjointement par un(e) représentant(e) du MSP et de la délégation de l'UE. Son rôle sera de suivre les activités mises en œuvre, de superviser l'avancement du projet et d'émettre des recommandations au Comité de pilotage.

Au niveau des districts, les structures locales de coordination du secteur de la santé coordonnent les différentes actions et donne les orientations stratégiques en lien avec le comité national de pilotage.

## 5 MESURE DES PERFORMANCES

### 5.1 Suivi et rapports

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre de la présente action est un processus continu et fait partie intégrante des responsabilités du partenaire chargé de la mise en œuvre. À cette fin, le partenaire chargé de la mise en œuvre met en place un système permanent de suivi interne, technique et financier de l'action et élabore régulièrement des rapports d'avancement (au moins annuels) et des rapports finaux. Chaque rapport fournit un compte rendu précis de la mise en œuvre de l'action, des difficultés rencontrées, des changements introduits, ainsi que du degré d'obtention de ses résultats (Produits et réalisations directes) mesurés par les indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique (pour la modalité du projet) et la liste de stratégie, de politique ou de plan d'action du partenaire (pour l'appui budgétaire).

La Commission peut effectuer d'autres visites de suivi du projet, par l'intermédiaire de son propre personnel et de consultants indépendants directement recrutés par la Commission pour réaliser des contrôles de suivi indépendants (ou recrutés par l'agent compétent engagé par la Commission pour mettre en œuvre ces contrôles).

Rôles et responsabilités en matière de collecte, d'analyse et de suivi des données : le système de suivi et de rapportage sera le plus possible ancré dans le Système National d'Information Sanitaire. A cette fin, les partenaires de mise en œuvre travailleront en collaboration avec le MSP afin de garantir la disponibilité et la qualité des données collectées. Des informations complémentaires seront fournies par les partenaires de mise en œuvre, le cas échéant. La ligne de base a été élaborée à la suite de la sélection des zones d'intervention géographique au cours du deuxième semestre 2021.

### 5.2 Évaluation

Compte tenu de l'importance de l'action, une/des évaluation finale sera effectuée pour la présente action, ou une de ses composantes par des consultants indépendants contractés par la Commission.

Elle sera réalisée à des fins de responsabilisation et d'apprentissage à divers niveaux (y compris la révision des politiques), en tenant compte en particulier du fait que des aspects de transferts de compétence et d'autonomisation des acteurs locaux.

La Commission informera le partenaire de mise en œuvre au moins deux mois avant les dates envisagées pour les missions d'évaluation. Le partenaire chargé de la mise en œuvre collabore de manière efficace et effective avec les experts chargés de l'évaluation, notamment en leur fournissant l'ensemble des informations et des documents nécessaires et en leur assurant l'accès aux locaux et aux activités du projet.

Les rapports d'évaluation peuvent être communiqués aux partenaires et aux autres principales parties prenantes, en application des bonnes pratiques en matière de communication des évaluations<sup>22</sup>. Le partenaire chargé de la mise en œuvre et la Commission analysent les conclusions et les recommandations des évaluations et, le cas échéant, apportent les adaptations nécessaires.

L'évaluation analysera la manière dont l'action prend en considération une approche basée sur les droits humains ainsi que la manière dont elle participe à l'égalité de genre et l'autonomisation des femmes. L'expertise sur les droits humains et l'égalité de genre sera assurée par les équipes d'évaluation.

Un ou plusieurs marchés de services d'évaluation peuvent être conclus au titre d'un contrat-cadre.

### 5.3 Audit et vérifications

Sans préjudice des obligations applicables aux marchés conclus pour la mise en œuvre de la présente action, la Commission peut, sur la base d'une évaluation des risques, commander des audits indépendants ou des missions de vérification des dépenses pour un ou plusieurs contrats ou conventions.

## 6 COMMUNICATION STRATÉGIQUE ET DIPLOMATIE PUBLIQUE

Pour le cycle de programmation 2021-2027, une nouvelle approche pour la mise en commun, la programmation et le déploiement des ressources en matière de communication stratégique et de diplomatie publique sera adoptée.

Conformément au document «[Communiquer et accroître la visibilité de l'UE –Orientations relatives aux actions extérieures](#)», publié en 2022, la communication et la visibilité de l'UE reste une obligation juridique pour toutes les actions extérieures financées par l'Union, afin de faire connaître le soutien de l'Union européenne à leur travail auprès des publics concernés, notamment en utilisant l'emblème de l'Union et une brève déclaration de financement, sur tous les supports de communication liés aux actions concernées. Cette obligation s'applique de la même manière, que les actions concernées soient mises en œuvre par la Commission, des pays partenaires, des contractants, des bénéficiaires de subventions ou des entités chargées de l'exécution telles que les agences des Nations unies, les institutions financières internationales et les agences des États membres de l'Union.

Cependant, les documents d'action des programmes sectoriels spécifiques ne sont en principe plus tenus de prévoir des activités de communication et de visibilité sur les programmes concernés. Ces ressources seront prévues dans des facilités de coopération établies par des documents d'action de mesures d'accompagnement, permettant aux délégations de planifier et mettre en œuvre des activités de communication stratégique et de diplomatie publique pluriannuelles avec une masse critique suffisante pour être efficaces à l'échelle nationale.

<sup>22</sup> Voir les [bonnes pratiques en matière de communication des évaluations](#).



## Annexe 1 RAPPORT DANS OPSYS

Une intervention primaire<sup>23</sup> (projet/programme) est un ensemble cohérent d'activités et de résultats structurés dans un cadre logique visant à apporter un changement ou un progrès en matière de développement. La détermination du niveau de l'intervention primaire permettra :

d'articuler les actions ou les contrats en fonction d'une chaîne des résultats attendus et de leur permettre ainsi d'assurer un suivi et un compte rendu efficaces des performances;

de différencier ces actions ou contrats de ceux qui ne produisent pas de résultats en matière de développement directement mesurables, définis comme des entités de soutien (c'est-à-dire des audits, des évaluations);

de disposer d'une cartographie complète et exhaustive de toutes les actions et de tous les contrats porteurs de résultats.

Les interventions primaires sont indiquées lors de la conception de chaque action par le service responsable (délégation ou unité opérationnelle du siège).

Le niveau de l'intervention primaire choisi peut être modifié (directement dans OPSYS) et la modification ne constitue pas une modification du document d'action.

Le niveau d'intervention pour la présente action est indiqué comme (cochez l'une des quatre options suivantes);

|   |                      |  |
|---|----------------------|--|
| <b>Niveau Action (appui budgétaire, financement mixte)</b>  |                      |  |
| <input type="checkbox"/>  | Action individuelle  | Action présente: tous les contrats pour cette action |
| <b>Niveau Groupe d'actions (cas complémentaires, différentes phases d'un même programme)</b>  |                      |  |
| <input type="checkbox"/>  | Groupe d'actions     | Références des actions (CRIS#/OPSY#):                |
| <b>Niveau Contrat</b>   |                      |  |
| <input type="checkbox"/>  | Contrat individuel 1 |  |
| <input type="checkbox"/>  | Contrat individuel 2 |  |
|   | (...)                |  |
| <b>Niveau Groupe de contrats (série de devis-programmes, cas où une action comprend par exemple quatre contrats et où deux d'entre eux, un contrat d'assistance technique et une convention de contribution, visent les mêmes objectifs et se complètent)</b> |                      |  |
| <input type="checkbox"/>  | Groupe de contrats 1 |  |

<sup>23</sup> Dans un souci de cohérence entre les termes utilisés dans OPSYS, la DG INTPA, la DG NEAR et le service des instruments de politique étrangère ont harmonisé cinq termes majeurs, dont «action» et «intervention», où une «action» désigne le contenu (ou une partie du contenu) d'une décision de financement de la Commission et où une «intervention» désigne un ensemble cohérent d'activités et de résultats qui constitue un niveau efficace pour le suivi opérationnel par la Commission de ses opérations sur le terrain. En savoir plus sur le [concept d'intervention](#).