



RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE: UNE CRISE SILENCIEUSE

Novembre 2011

INTRODUCTION

Ceci est un appel à l'aide pour la République centrafricaine.

La République centrafricaine (RCA) se trouve aujourd'hui dans un état d'urgence médicale chronique. Au cours des 18 derniers mois, cinq enquêtes distinctes de mortalité rétrospective ont été conduites en République centrafricaine (RCA) dans les préfectures hébergeant la majorité de la population. Conduites par Médecins Sans Frontières (MSF) et d'autres organismes de recherche, ces études révèlent un taux de mortalité supérieur au « seuil d'urgence ».

Le gouvernement et les bailleurs internationaux ont réduit leurs dépenses de santé tandis que les organismes humanitaires ne parviennent pas à répondre à l'ensemble des besoins. L'aide et les ressources médicales existantes sont totalement insuffisantes.

Un plus grand nombre d'acteurs doit se mobiliser pour renforcer les activités médicales et couvrir l'ensemble de la population. A défaut, le pays risque fort de se retrouver dans l'impasse : une crise trop insidieuse pour mobiliser des secours d'urgence adaptés dans un contexte trop instable pour miser sur une aide efficace au développement.

Ce document vise à partager l'expérience et les inquiétudes de MSF après 14 années d'intervention en RCA. A partir des données collectées au cours des 18 derniers mois, il analyse les diverses causes de la mortalité avant de dresser un bilan de l'aide existante et de ses insuffisances. Nous concluons ce rapport en appelant à une plus forte mobilisation médicale en RCA, de la part du gouvernement centrafricain et de la communauté internationale dont MSF fait partie.

PROGRAMMES MSF EN RCA

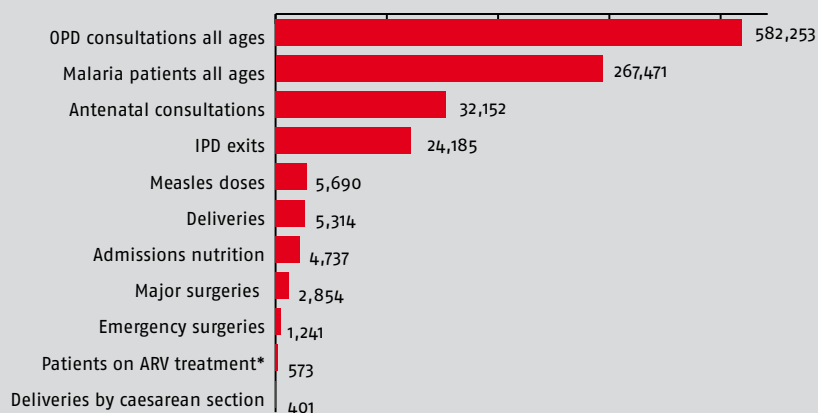
Médecins Sans Frontières travaille en République centrafricaine depuis 1997. Fin 2010, l'organisation comptait une équipe de 1 243 personnes dans le pays.

MSF travaille dans cinq des 17 préfectures du pays, principalement (mais pas uniquement) dans les zones frontalières, plus instables. Nous dirigeons des projets à Gadzi et Carnot dans la préfecture de Mambéré-Kadei, à Paoua dans la préfecture d'Ouham-Pendé, à Boguila, Maitikoulou, Kabo et Batangafo dans la préfecture d'Ouham, à Ndele dans la préfecture de Bamingui-Bangoran, et à Zémio dans la préfecture du Haut-Mbomou.

Nos programmes soutiennent 9 hôpitaux et 36 centres et postes de santé. Nous travaillons systématiquement avec les structures du ministère de la Santé en coopérant avec eux aussi étroitement que possible. En 2010, nous avons soigné 582 253 patients externes et 24 185 patients hospitalisés.



Summary of all medical activities, 2010



* MSF opened a project focused on HIV and TB in Carnot in late 2010. As of July 2011, an additional 500 patients have been put on treatment for HIV and 513 on treatment for TB in this project.

¹ Le seuil d'urgence correspond à 1 mort par jour pour 10 000 habitants pour la population générale et à 2 morts par jour pour 10 000 habitants pour les enfants de moins de cinq ans. F Checchi et al (2007) *Public health in crisis-affected populations: A practical guide for decision-makers*. ODI-HPN : Londres.

PREMIÈRE PARTIE : DES NIVEAUX CRITIQUES DE MORTALITÉ

Les Centrafricains sont confrontés à des taux extrêmement élevés de mortalité. La RCA détient la deuxième espérance de vie la plus faible du monde, soit 48 ans². Le taux de mortalité du pays est globalement supérieur au « seuil d'urgence », preuve d'une situation nécessitant une intervention médicale immédiate.

Au cours des 18 derniers mois, Médecins Sans Frontières a conduit quatre enquêtes de mortalité rétrospective dans trois préfectures différentes :

- Une enquête de surveillance des sites sentinelles³ dans les sous-préfectures de Boda, Boganda, Bogangone et Gadzi entre février et novembre 2010 a révélé un taux brut de mortalité de 1/10 000/jour (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,8-1,2), avec des pics pendant la saison humide de mai à septembre et un taux record en novembre. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 2/10 000/jour (IC à 95 % : 1,5-2,6). Ce taux correspond exactement au seuil d'urgence.
- Une étude⁴ conduite dans les sous-préfectures de Carnot et Gadzi en juin 2011 montre que dans trois communes rurales de Carnot, Gadzi et Senkpa Mpaéré, le taux brut de mortalité était de 3,3/10 000/jour (IC à 95 % : 2,3-4,8), tandis que celui des enfants de moins de cinq ans était de 3,7/10 000/jour (IC à 95 % : 2,4-5,6). Dans la commune urbaine de Carnot, le taux brut de mortalité était de 3,9/10 000/jour (IC à 95 % : 3-5,2) et celui des enfants de moins de cinq ans de 4,9/10 000/jour (IC à 95 % : 2,6-8,8). Les taux bruts de mortalité sont au moins trois fois plus élevés que le seuil d'urgence et indiquent une situation normalement considérée comme « incontrôlable », bien qu'aucune de ces sous-préfectures ne soit en proie à des conflits ou n'accueille un grand nombre de déplacés.
- Une enquête⁵ plus approfondie menée en août 2011 dans la commune urbaine de Carnot a révélé un taux brut de mortalité de 3,7/10 000/jour (IC à 95 % : 2,96-4,61) et de 7/10 000/jour (IC à 95 % : 5,26-9,34) chez les enfants de moins de cinq ans.
- En avril 2011, une enquête⁶ conduite dans la zone située autour de l'hôpital MSF de Maitikoulou,

dans la sous-préfecture de Markounda, préfecture d'Ouham-Pendé, a révélé un taux brut de mortalité de 0,83/10 000/jour (IC à 95 % : 0,51-1,33) et de 1,81/10 000/jour chez les enfants de moins de cinq ans (IC à 95 % : 0,92-3,56). Ces taux de mortalité ne dépassent pas le seuil d'urgence, mais le chiffre le plus élevé de l'intervalle de confiance n'écarte pas pour autant l'éventualité d'une surmortalité.

La principale enquête menée par Epicentre dans les sites sentinelles des sous-préfectures de Boda, Boganda, Bogangone et Gadzi a révélé l'existence d'une crise sanitaire chronique avec des taux de mortalité très « supérieurs à la référence plausible et accompagnés de niveaux alarmants de malnutrition⁷ ». Cela constitue une preuve incontestable de surmortalité⁸, suggérant une crise sanitaire prolongée en 2010, au moins dans les régions couvertes par l'enquête. Le rapport d'Epicentre indique que les déficits économiques en sont en partie responsables, dans la mesure où la fermeture partielle ou complète des mines de diamants en 2009-2010 a supprimé la principale source de revenu de la plupart des foyers. En ce qui concerne le taux brut de mortalité et celui des enfants de moins de cinq ans, le pic (atteint en octobre/novembre 2010) a été attribué à une épidémie.

Par ailleurs, les chercheurs de l'université de Berkeley en Californie ont publié une enquête de mortalité en août 2010⁹ qui montre un taux brut de mortalité de 4,93/10 000/mois (IC à 95 % : 4,65-5,13) dans cinq préfectures représentant 52 % de la population.¹⁰ Cela équivaut à 1,64 mort par jour pour 10 000 habitants, un taux une fois encore au-dessus du seuil d'urgence. Les taux les plus élevés ont été recensés dans les préfectures les plus récemment touchées par les conflits et les déplacements de population (Ouham et Ouham-Pendé, dont le taux brut de mortalité est de 2,21 et 2,07/10 000/jour respectivement). Cependant, les préfectures plus calmes de Lobaye, Ombella M'Poko et Bangui ont également enregistré des taux supérieurs au seuil d'urgence.

² OMS (2011), « Mortality and burden of disease: Life expectancy ». *Global Health Observatory Data Repository*. [Base de données.] Accès le 7 octobre 2011, à l'adresse : <http://apps.who.int/ghodata/>.

³ Caleo G et al (2011), *Sentinel site mortality surveillance of mortality and nutritional status: Boda, Boganda, Bogangone and Gadzi sous-préfectures, Central African Republic, 2010*, p. 20. Epicentre : Paris.

⁴ Cohuet S, C Marquer, S Abdallah (2011), *Enquête de mortalité rétrospective et de couverture vaccinale dans les sous-préfectures de Carnot et de Gadzi, République Centrafricaine*. Epicentre : Paris.

⁵ E Espié (2011), *Enquête de mortalité rétrospective dans la ville de Carnot, préfecture de Mambéré-Kadéï, République Centrafricaine*. Epicentre : Paris.

⁶ D Rasella (2011), *Retrospective Mortality Survey: Axe Maitikoulou-Kdajama Kota*. [Non publié.]

⁷ Caleo (2011), op. cit. p.3.

⁸ Le calcul de la surmortalité nécessite une référence, c'est-à-dire un taux de mortalité antérieur à la situation d'urgence, une donnée souvent difficile à obtenir. En théorie, cela pourrait équivaloir au nombre de morts causées par l'urgence elle-même, ou plutôt le nombre de morts qui auraient pu être épargnées si l'urgence n'avait pas eu lieu. La différence entre cette référence et le taux de mortalité estimé par l'enquête est ensuite multipliée par la taille de la population afin d'obtenir le nombre de morts excédentaires. Le nombre de morts excédentaires dépend fortement du supposé taux de mortalité pré-urgence et de la taille estimée de la population.

⁹ Vinck P and P Pham (2011), « Association of exposure to violence and potential traumatic events with self-reported physical and mental health status in the Central African Republic ». *Journal of the American Medical Association*. 304(5) : 544-552. Cette enquête n'a pas évalué la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

¹⁰ L'étude de l'université de Californie, Berkeley, a préféré exprimer la mortalité en nombre de morts par mois pour 1 000 habitants plutôt qu'en nombre de morts par jour pour 10 000 habitants. Cette dernière mesure a été considérée comme mieux adaptée aux situations de crise, alors que la situation en RCA a été décrite comme chronique.

Mortality studies - Western Central African Rep. - 2011



i : 2011, MSF hospital - Maitikoulou
ii : 2011, Epicentre, mortality survey
iii : 2010, Epicentre, Sentinel mortality survey
iv : 2010, University of California, Berkeley mortality survey

DEUXIÈME PARTIE : LES FACTEURS DE SURMORTALITÉ

Il est difficile de déterminer les causes exactes de cette mortalité excessive en RCA : en l'absence d'un système de santé fonctionnel dans le pays, il n'existe aucune donnée fiable sur les causes de mortalité à l'échelle nationale et les enquêtes susmentionnées n'ont pas effectué de collecte ou d'analyse complète des causes de décès.¹¹ A l'appui de son expérience dans le pays, MSF identifie toutefois trois principaux facteurs contribuant à cette mortalité :

- Les taux élevés de prévalence, d'incidence et de mortalité des maladies qu'il est possible de prévenir et de soigner.
- La crise, les conflits et les déplacements de population qui bouleversent la vie et les moyens de subsistance des habitants.
- Un système de santé fantôme qui n'a pas réussi à rendre disponibles et accessibles à la population des soins de qualité, même minimaux.

FACTEUR N°1 : FORTE PRÉVALENCE DE MALADIES QU'IL EST POSSIBLE DE PRÉVENIR ET DE SOIGNER

La RCA détient le 5^e taux de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires le plus élevé au monde, soit 754,9 morts pour 100 000 habitants en 2008.¹² Si MSF est un acteur médical important en RCA, l'organisation ne peut fournir un tableau complet de la situation sanitaire globale du pays. Nous pouvons toutefois décrire ce que nous y voyons tous les jours.

Paludisme

Le paludisme est holoendémique en RCA, ce qui signifie que chaque habitant du pays est infecté au moins une fois par an. Le paludisme constitue certainement le principal problème de santé publique en RCA et la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants :

- Le paludisme est de loin la première cause de morbidité constatée dans les installations de soins externes MSF : sur un total de 582 253 patients traités en externe en 2010, 45,9 % (ou 267 471) ont été diagnostiqués et traités contre le paludisme.
- Les données de MSF indiquent un nombre de cas élevé pendant toute l'année, avec un pic important pendant les mois de juillet et août chaque année (le « pic palu »). À Paoua par exemple, le nombre moyen d'admissions pédiatriques est de 220 par mois. Pendant le pic de paludisme, ce nombre atteint une moyenne de 55 %, soit 338 admissions par mois.



¹¹ Une des études mentionnées plus haut a utilisé la méthode d'« autopsie verbale » pour déterminer les principales causes de décès. Sans surprise, ce sont les maladies diarrhéiques (20,5 % du total des décès) et le paludisme (14,1 %) qui sont à l'origine de la plupart des décès. Cette méthode est toutefois autodéclarée et sujette aux erreurs. Voir : Espié (2011), op cit.

¹² OMS (2011), « Mortality and burden of disease: Cause-specific mortality, 2008 », *Global Health Observatory: Data Repository*. [Base de données.] Dernier accès le 17 octobre 2011, à l'adresse : <http://apps.who.int/ghodata/>.

- Le paludisme est à l'origine d'un grand nombre de décès : dans les hôpitaux, il est la première cause de mortalité des patients admis.¹³ À l'échelle du pays, sur les 1 997 décès enregistrés en 2009, 670 étaient dus à un paludisme sévère et 330 à une anémie (très probablement causée par le paludisme). Ces deux causes étaient donc à l'origine de la moitié des décès survenus en 2009. La proportion était encore plus élevée chez les moins de cinq ans : sur les 1 375 décès à l'hôpital parmi ce groupe d'âge, 544 étaient dus au paludisme, contre 270 à l'anémie (soit 59,2 % les deux combinés).¹⁴ Cela concorde avec l'expérience de MSF : à l'hôpital de Boguila par exemple, sur les 67 décès d'enfants de moins de cinq ans hospitalisés, 33 étaient dus au paludisme (soit 49 %). Cette maladie était donc de loin la première cause de mortalité infantile.
- Les cas de paludisme sont très insuffisamment déclarés et soignés : seuls environ 6,4 % des cas attendus sont détectés et soignés.¹⁵

Les défis à relever concernent principalement l'extension de l'accès au diagnostic et au traitement :

- via la décentralisation des soins vers les structures de santé primaire et les travailleurs médicaux communautaires,
- via la mise à disposition ininterrompue de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT, Artemisinin-based Combination Therapy) et de tests de diagnostic rapide dans les centres et postes de santé.

Le pays a mis en place une politique de gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans, mais le système ne fonctionne pas. Il est gangrené par les pénuries de médicaments essentiels, les contraintes logistiques et les mesures dissuasives. L'accès gratuit aux soins est donc loin d'être une réalité.

La portée et l'efficacité des programmes de distribution de moustiquaires à long terme doivent également être améliorées : même si un grand nombre de moustiquaires est

censé avoir été distribué ces dernières années, cela ne semble pas avoir réduit la transmission de la maladie de manière significative. D'autres options de prévention et de traitement efficaces devraient également être envisagées : l'introduction d'un traitement de prévention épisodique pour les nourrissons et la mise sous traitement à base d'artésunate des cas sévères de paludisme en milieu hospitalier.

VIH / Tuberculose

La RCA possède le taux de prévalence du VIH le plus élevé d'Afrique centrale. L'épidémie de VIH est généralisée parmi la population adulte et se transmet principalement par voie sexuelle. Une enquête nationale de séroprévalence conduite dans le pays en 2010¹⁶ a révélé un taux de prévalence du VIH de 5,9 % parmi le groupe d'âge 15-49 ans, soit une petite diminution par rapport à l'étude précédente, qui l'avait évalué à 6,2 %.¹⁷ Le taux au sein de ce groupe d'âge avait augmenté chez les hommes (4,3 % à 5,4 %), mais baissé chez les femmes (7,8 % à 6,3 %). L'épidémie est généralisée parmi la population, la capitale (10,7 %) et les régions touchées par les conflits (telles que le Haut-Mbomou, avec 14,8 %) constituant la concentration géographique la plus élevée.

L'ONUSIDA estime à 110 000 adultes et 17 000 enfants le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le pays, et à 11 000 le nombre de personnes mourant chaque année de complications liées au VIH.¹⁸ Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) estime que 45 000 personnes, dont 14 000 enfants, doivent être mises dès maintenant sous traitement ARV.



¹³ Il n'existe pas de données nationales fiables sur la mortalité due au paludisme en RCA. L'OMS l'estime à 192,1 morts pour 100 000 personnes (ibid.), mais étant donné que de nombreux cas de paludisme ne sont pas signalés, ce taux est sûrement sous-évalué. Il serait inférieur au taux de mortalité due au paludisme au Tchad et au taux de mortalité due au VIH en RCA, qui semblent également peu probables (ils ne correspondent certainement pas à l'expérience de MSF dans ses programmes au Tchad et en RCA).

¹⁴ Ministère de la Santé publique (MSPP) (2011), *Bulletin Annuel d'Information Sanitaire 2009*, p. 39. MSPP : Bangui.

¹⁵ Une des très rares études sur la prévalence du paludisme (MICS 2000) a estimé que 31,8 % des enfants avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines précédentes. À partir de là, il a été conclu qu'en 2007, il y aurait un total de 5 692 495 cas de paludisme, dont 2 213 747 parmi les enfants de 0 à 5 ans. Cela reviendrait à 1 323 cas pour 1 000 personnes et 1 698 cas pour 1 000 enfants de moins de cinq ans. Si ces calculs sont exacts, la maladie est extrêmement sous-déclarée et gravement sous-traitée : en 2009, le ministère de la Santé publique (MSPP) a estimé à seulement 175 210 le nombre de cas signalés, tandis que MSF a traité 187 736 cas supplémentaires. Cela signifie que seuls 6,4 % des cas attendus ont été détectés et soignés. Voir : MSPP (2000), *Multiple Indicators Cluster Survey 2*. [En ligne.] Disponible à l'adresse : http://www.childinfo.org/mics2_car.html. [Dernier accès le 4 février 2011.]

¹⁶ UNFPA (2011), *Présentation des principaux résultats de la sérologie VIH prévalence du VIH de la Quatrième Enquête Nationale à Indicateurs Multiples 2010*. [Présentation Powerpoint.]

¹⁷ Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale (2007), *Résultats de l'enquête à indicateurs multiples couplée avec la sérologie VIH et anémie en RCA 2006*. Dernier accès le 11 octobre 2011 à l'adresse www.childinfo.org/files/MICS3_CAR_PreliminaryReport_2006_Fr.pdf. Si la population avait accès à un traitement adapté, on pourrait s'attendre à ce que ce taux de prévalence augmente.

¹⁸ ONUSIDA (2011), *Central African Republic: HIV and AIDS estimates (2009)*. Dernier accès le 11 octobre 2011 à l'adresse <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/centralafricanrepublic/>. Cette extrapolation est basée sur les précédentes données de prévalence datant de 2006.

Cependant, seuls 15 000 patients sont aujourd'hui sous traitement ARV, soit seulement 33,3 % du nombre recommandé.¹⁹ Au 31 décembre 2010, MSF soignait 573 patients atteints du VIH avec des ARV dans ses propres structures. En juillet 2011, ce nombre avait atteint 998 patients.

La tuberculose est également responsable d'un grand nombre de décès en RCA, chez les patients co-infectés par le VIH et les autres. Les taux estimés de prévalence, d'incidence et de mortalité de la tuberculose²⁰ ont tous doublé entre 1990 et 2009. Moins de 20 % des 19 000 malades présumés à ce jour ont reçu un traitement en 2009. Ce chiffre est basé sur un taux de 424 pour 100 000, qui est très certainement inférieur aux taux réels vu l'insuffisance des structures de diagnostic dans la majeure partie du pays.

Les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la tuberculose sont loin d'être efficaces, et les liens qui existent entre eux sont embryonnaires. Ils sont principalement confrontés à de catastrophiques pénuries de médicaments à l'échelle du pays, qui durent parfois plusieurs mois : par exemple, le Centre national de référence des infections antirétrovirales et de la thérapie antirétrovirale était en rupture de stock de certains médicaments de première ligne pendant 18 mois sur les 30 qui ont suivi juillet 2008.²¹ En juin 2011, le pays a également connu une rupture de stock désastreuse de tous les médicaments antituberculeux de première ligne. Cette situation a été résolue par le don unique d'une œuvre caritative qui a permis un approvisionnement de neuf mois. Le manque de personnel qualifié présente également un défi, à la fois en matière d'extension et de qualité du traitement du VIH dans le pays. Une étude récente²² démontre des taux extrêmement élevés de résistance aux médicaments de première ligne : jusqu'à 30 % chez les adultes et 50 % chez les enfants.

Tandis qu'un traitement précoce du VIH est aujourd'hui favorisé pour prévenir la transmission du virus, les patients de RCA qui meurent du VIH n'ont toujours pas accès au traitement. Les nouveaux protocoles de traitement de l'OMS introduits en 2010 mettent l'accent sur le besoin d'un accès plus précoce au traitement (seuil de 350 CD4²³) et sur de meilleurs schémas thérapeutiques. En RCA, cela impliquerait de multiplier le nombre de personnes sous traitement ARV par plus de cinq, une situation pour le moment impossible en termes de planification et de capacité.

¹⁹ Delaunay S (2011), *État des lieux de l'infection VIH en République de Centrafrique et pistes de réflexion pour MSF*. MSF : New York.

²⁰ Organisation mondiale de la Santé (2010) *World Tuberculosis Report*. OMS : Genève.

²¹ Delaunay S (2011), op cit.

²² Esther (2011), *Discussion on preliminary results of a study into resistance to first-line medicines for HIV*. [Communication personnelle.]

²³ Les cellules CD4+ sont un type de cellules T qui participent à la protection contre l'infection. La destruction des cellules CD4+ est la principale cause d'immunodéficience. La mesure du nombre de cellules CD4 est utilisée pour surveiller la progression du virus.



Maladie du sommeil

La République centrafricaine compte quatre des quelques foyers restants de maladie du sommeil (trypanosomiase humaine africaine)²⁴ en Afrique sub-saharienne. Il s'agit d'une maladie tropicale parasitaire négligée transmise à l'homme par la mouche tsé-tsé. La trypanosomiase est mortelle si elle n'est pas soignée. La population du foyer d'Ouham, dans le nord-ouest du pays, présente un risque d'infection (ou de contraction de la maladie) plus élevé depuis l'abandon des opérations de contrôle pendant les conflits. La population aurait été plus exposée à la mouche tsé-tsé dans le « bush » et aurait en parallèle souffert d'un accès plus limité aux structures médicales capables de traiter cette maladie. En 2009, le pays comptait 1 054 cas signalés, soit le deuxième nombre de cas le plus élevé au monde.²⁵

MSF participe au contrôle de la maladie du sommeil en RCA depuis la moitié des années 1990 et dirige actuellement deux programmes visant à éliminer la maladie dans le foyer d'Ouham. Le premier, à Maitikoulou, aura presque atteint cet objectif fin 2012 : en 2010, sur les 6 365 personnes activement dépistées, 56 ont été diagnostiquées positives (soit un taux d'infection de 0,9 %) et 49 ont été soignées. À Batangafo, également dans la préfecture d'Ouham, sur les 147 265 personnes dépistées entre 2007 et 2010, 2 462 patients ont été soignés. Toutefois, le dépistage actif a été interrompu par l'insécurité, c'est pourquoi en 2010, seuls 340 patients ont été soignés sur les 45 388 personnes dépistées la même année. L'insuffisance des activités de dépistage actif signifie que la majorité des patients sur l'axe Kambakota ne sont ni diagnostiqués, ni soignés. Le taux de prévalence de la maladie sur cet axe demeure donc à 3,2 %.

²⁴ Simarro P et al. (2010), « The Atlas of human African trypanosomiasis: a contribution to global mapping of neglected tropical diseases ». *International Journal of Health Geographics* 9:57. Dernier accès le 11 octobre 2011 à l'adresse <http://www.ij-healthgeographics.com/content/9/1/57>.

²⁵ OMS (2011) op cit. Ce nombre record est partiellement positif puisqu'il donne lieu à un dépistage plus actif, et donc à l'identification et au traitement de plus de personnes.

Dans le même temps, les options de diagnostic et de traitement doivent être améliorées et adaptées à ce contexte. L'intégration de la combinaison thérapeutique à base d'éflornithine et de nifurtimox (NECT) dans les protocoles et les pratiques en RCA est une priorité. MSF utilise cette combinaison dans ses programmes. Ce traitement amélioré représente un grand pas en avant. Il combine la prise de nifurtimox par voie orale pendant 10 jours à un nombre réduit de perfusions d'éflornithine, de 56 pendant 2 semaines à seulement 14 pendant 7 jours.

Vaccinations

La couverture vaccinale des maladies infantiles est faible et contribue à des niveaux élevés de mortalité par maladies infantiles évitables. En 2009, seuls 9 districts sur 24 ont atteint une couverture de 80 % du vaccin DTP3 (diphtérie, tétanos et coqueluche) et seuls 5 districts ont atteint une couverture vaccinale de 90 % de la rougeole.²⁶ La couverture vaccinale de la rougeole, avec ou sans carte de vaccination, était estimée à 26,3 % (IC à 95 % : 16,4-36,2) dans les sous-préfectures rurales de Carnot et Gadzi, et à 55,5 % (IC à 95 % : 48,7- 62,2) dans la ville de Carnot.²⁷ Une enquête plus étendue auprès des foyers conduite dans six préfectures a révélé que 37 % de la population était correctement vaccinée en fonction de l'âge.²⁸

Plusieurs cas de maladies évitables par la vaccination se sont manifestés en 2011, dont la rougeole, la méningite, le tétanos néonatal, la coqueluche, la fièvre jaune et la poliomyélite. Un cas de poliovirus sauvage a été signalé près de notre programme de Batangafo. Le père de l'enfant infecté a expliqué à MSF que son village n'avait pas été visité par les campagnes de vaccination contre la polio, ni en 2008, ni en avril et juin 2011, en raison de l'insécurité plus ou moins constante et des affrontements armés dans la région.

Les programmes élargis de vaccination sont généralement fonctionnels dans les hôpitaux, mais sont plus ou moins inexistantes dans les centres de santé communautaires. Il n'existe en outre aucune stratégie avancée ou mobile en place. Les années 2010 et 2011 ont vu des ruptures de stock récurrentes des vaccins BCG, de la polio et du tétanos, et la majorité des centres de santé ne disposaient pas d'équipement frigorifique. Un certain nombre d'activités supplémentaires d'immunisation ont eu lieu, dont la couverture et la qualité restent discutables.

²⁶ UNICEF (2011), *Immunization summary: A statistical reference containing data through 2009*, p.33. UNICEF : New York. [En ligne.] Accès le 18 octobre 2011, disponible à l'adresse : http://www.childinfo.org/files/32775_UNICEF.pdf.

²⁷ Cohuet S, C Marquer, S Abdallah (2011), op cit.

²⁸ Ministère de Santé publique, de la Population et de la Lutte contre le SIDA (2010). *Résultats de l'Enquête Ménage et de l'Enquête Qualité de Base Pour le programme Achat de Performance dans six Préfectures (Basse Kotto, Haut Mbomou, Mbomou, Lobaye, Ombella Mpoko et Nana Mambéré)*. MSPP : Bangui.

Une étude menée à Batangafo²⁹ en 2011 a révélé une couverture vaccinale de la rougeole de 46,2 % chez les enfants de 9 à 11 mois. Les raisons de cette faible couverture invoquées par la communauté sont les suivantes : la distance jusqu'aux sessions de vaccination (53 % des sondés), les problèmes de disponibilité du service (20 % des sondés) et les problèmes d'éducation à la santé publique (4 %).

Bien que MSF ait donné presque 582 253 consultations dans ses locaux en 2010 (environ 60 % d'enfants de moins de cinq ans), l'organisation humanitaire n'a pu vacciner que 5 690 enfants contre la rougeole. Le récent changement de stratégie de vaccination, qui consiste à vacciner uniquement les enfants âgés entre 9 et 12 mois, prive des milliers de personnes de vaccination au cours des consultations médicales.

Nutrition

Médecins Sans Frontières et Epicentre ont conduit une étude de surveillance communautaire dans les sous-préfectures de Boda, Boganda, Boganangone et Gadzi entre février et décembre 2010. Cette étude a montré un taux de prévalence de la malnutrition aiguë globale de 11,9 % (IC à 95 % : 9,1-15,5).³⁰ Le taux de prévalence de la malnutrition aiguë sévère était de 3 % (IC à 95 % : 2,3-4), et la moitié des cas présentaient des signes de kwashiorkor. La prévalence de la malnutrition aiguë sévère semble avoir atteint deux pics en 2010 : un en avril-mai et un autre encore plus marqué en juin-octobre.

Alors que la malnutrition semble être une importante cause sous-jacente de la mortalité infantile, la stabilité relative des indicateurs nutritionnels dans le temps indique que la crise est subaiguë et de longue durée. Cela prouve que certaines interventions d'urgence nutritionnelle ne sont pas totalement adaptées à cet environnement, en particulier si elles ne s'accompagnent pas d'un contrôle des principales maladies infantiles.



²⁹ Epicentre (2011), *Enquête de couverture vaccinale après une campagne de vaccination de masse contre la rougeole : Sous-préfecture de Batangafo, République Centrafricaine*. Epicentre : Paris.

³⁰ Caleo G et al (2011), op cit.

FACTEUR N°2 : CRISES, CONFLITS ET DÉPLACEMENTS DE POPULATION

Depuis la fin des années 1990, la République centrafricaine est prise au piège d'une succession de conflits. Si le président Bozizé a été réélu pour un nouveau mandat en janvier 2011, l'État n'est pas en capacité de garantir la sécurité de ses citoyens ni de ses frontières, et les différents groupes armés circulent et agissent librement dans le pays.

Bien que le nombre de décès liés aux combats soit peu élevé, la violence est prépondérante, y compris contre les civils³¹ et les travailleurs humanitaires, et les conséquences sanitaires sont considérables.³² En effet, la proportion des personnes affectées et déplacées par le conflit dans certaines régions peut être très élevée et concerner parfois jusqu'à la moitié de la population d'une zone. Les conflits ont un impact considérable sur la situation sanitaire, mais également sur d'autres aspects essentiels de la vie des Centrafricains, tels que l'éducation des enfants, la production agricole, l'accès au commerce et la dégradation des infrastructures de base, telles que les routes. Il est estimé que le pays compte actuellement 103 153 personnes déplacées, dont 22 180 ont été déplacées en 2011.³³

Malgré des progrès dans les négociations entre le gouvernement et les différents groupes rebelles et le processus de désarmement, démobilisation et réintégration dans le nord-ouest, 7 des 17 préfectures du pays sont en proie aux conflits et 10 factions armées distinctes restent actives.³⁴

Il est également important de noter que le conflit n'est pas la seule cause des crises localisées qui affectent la santé et les moyens de subsistance de la population. Dans l'ouest du pays, la surmortalité est plus étroitement liée à l'effondrement du secteur de l'extraction des diamants.

Est : Haut-Mbomou et Mbomou

L'Armée de résistance du Seigneur (LRA, Lord's Resistance Army) est présente en RCA depuis mars 2008. Après une longue série d'attaques de villages, entraînant tueries, viols, enlèvements et incendies de maisons, quelque 19 000 personnes, soit un tiers de la population du Haut-Mbomou, se sont réfugiées vers les principales villes, telles que Zémio, Mboki et Obo. Ces personnes ont subi les conséquences physiques et psychologiques directes de ces violences. De plus, les conséquences sur la situation sanitaire ont été dramatiques : le système de santé s'est effondré dans les villages

après la fuite des personnels médicaux et l'interruption de l'acheminement des fournitures médicales. La situation nutritionnelle s'est également dégradée en raison d'une sécurité alimentaire fragile. Par ailleurs, l'insécurité et les violences sur les routes entravent les déplacements, y compris ceux des personnels humanitaires.

Triangle : Ouham et Nana Grebizi

L'insécurité qui sévit dans cette région, entre Kabo, Kago Bandoro et Batangafo, s'intensifie. Groupe rebelle venu du Tchad, le FPR,³⁵ gagne du terrain tandis que l'autre principale force armée, le FDPC³⁶, est divisée. Les affrontements armés ont également augmenté avec la présence de l'APRD³⁷, dans la partie ouest de la zone. Des attaques à l'encontre de travailleurs humanitaires ont entraîné la suspension d'activités et ont eu des répercussions sur l'aide aux populations civiles. La moitié de la population de la préfecture a fui pour se réfugier ailleurs dans le pays ou au Tchad. Ceux qui sont restés sont piégés dans leur village par la violence et l'insécurité, et dépendent de l'aide humanitaire pour leurs besoins médicaux entre autres.

Nord : Bamingui-Bangoran, Vakaga et Haut-Kotto

Le conflit entre les FACA,³⁸ la CPJP³⁹ et l'UFDR⁴⁰ a provoqué des attaques sur les principales villes, la destruction de villages et le blocage des routes, ainsi que des violences inter-ethniques entre les milices Runga et Gula. En juin et juillet 2011, les deux branches de la CPJP ont signé l'accord de Libreville avec le gouvernement, mais en septembre, de graves violences entre la CPJP et l'UFDR se sont soldées par des massacres, incendies de maisons et déplacements généralisés dans les zones autour de Sikkikede, Bria et Sam Oundja. Quelque 12 000 réfugiés ont fui vers le Tchad voisin et 6 000 autres ont rejoint la ville de Bria en septembre 2011. Le reste des habitants sont dans l'impasse, isolés de toute aide extérieure et dans l'impossibilité de fuir.

La fourniture de services médicaux par l'État a cessé dans de nombreuses régions, et l'accès humanitaire est extrêmement limité dans tout le nord et le nord-est du pays. Les axes sont non seulement difficiles et peu sûrs, mais les FACA ont fermé l'accès humanitaire à deux d'entre eux à la sortie de Ndélé. Des travailleurs humanitaires ont également été kidnappés dans cette zone. Cela a laissé certains villages dans l'isolement médical total. En parallèle, les systèmes de subsistance, scolaire, d'eau et d'assainissement ont été gravement dégradés.

³¹ Potts A, K Myer and Roberts (2011), « Measuring human rights violations in a conflict-affected country: results from a nationwide cluster survey in Central African Republic ». *Conflict and Health*. 5:4.

³² Vinck P and P Pham (2011), op cit.

³³ OCHA (2011), *Overview of displacement in the Central African Republic*. OCHA: Geneva. Accès le 9 novembre 2011, disponible à l'adresse : <http://reliefweb.int/node/458067>.

³⁴ OCHA (2011), *Central African Republic: Humanitarian access constraints*. [Carte.] Accès le 18 octobre 2011, disponible à l'adresse : <http://reliefweb.int/node/19217>.

³⁵ Front Populaire pour la Reconstruction.

³⁶ Front Démocratique du Peuple Centrafricain.

³⁷ Armée Populaire pour la Restauration de la Démocratie.

³⁸ Forces Armées Centrafricaines. L'armée de la RCA.

³⁹ Convention des Patriotes pour la Justice et la Paix.

⁴⁰ Union des Forces Démocratiques pour le Rassemblement.

Nord-ouest : Ouham et Ouham-Pendé

La signature de l'accord de paix de Libreville en 2008 par l'APRD a mis un terme à cinq années de conflit dans les préfectures du nord-ouest d'Ouham et d'Ouham-Pendé. Depuis les élections de février 2011, le processus de désarmement semble progresser et de nombreuses armes ont été rendues. En outre, bien que le nombre officiel de personnes déplacées (44 000) ou réfugiées au Tchad et au Cameroun (164 000) restent élevés, il semblerait qu'une grande partie (36 000) soient rentrées chez elles ou se soient installées sur place⁴¹. Il existe néanmoins des particularités selon les régions: la zone Ouest autour de Paoua est bien plus stable que la zone Est, entre Maitikoulou et Batangafo. L'État n'a en outre toujours pas rétabli son autorité. Si la population a accès aux terres pour les cultiver, les habitants ont dû tout recommencer à zéro, au niveau personnel comme professionnel.

Sud-ouest : Mambéré-Kadei

La crise y est principalement liée aux conflits, mais pas uniquement : les tentatives du gouvernement de contrôler le commerce de diamants et la baisse du prix des diamants industriels sont également à l'origine d'une crise économique.⁴² Dans le sud-ouest du pays, autour de Carnot, les taux de mortalité sont parmi les plus élevés du pays. Cette mortalité semble être causée par des facteurs plus économiques que militaires : la région correspond au site d'une mine dont l'exploitation a cessé en 2009 suite au renforcement des restrictions sur les petits opérateurs. Cela a provoqué un appauvrissement d'une grande partie de la population et une montée en flèche des problèmes sanitaires, dont la malnutrition.



© Sarah Elliott for MSF

⁴¹ OCHA (2011), op. cit.

⁴² International Crisis Group (2010), *Dangerous little stones: Diamonds in the Central African Republic*. Africa Report 167. ICG : Bruxelles.

FACTEUR N°3 : UN SYSTÈME DE SANTÉ FANTÔME

Le système de santé de la République centrafricaine a toujours été très faible. Dans de nombreuses régions du pays, il est à tous égards inexistant. Les six piliers fondamentaux d'un système de santé, tels que définis par l'OMS, font défaut.⁴³

- **Services de santé** : dans les zones rurales, la distance jusqu'au centre de santé le plus proche est souvent considérable. Elle est estimée à 9,1 km en moyenne dans les cinq préfectures évaluées dans le cadre d'une étude de référence, la distance la plus grande étant de 14,8 km à Ouaka et la plus courte de 3,8 km à Mbomou.⁴⁴
- **Personnel médical** : pour 43 % des foyers, le centre de santé le plus proche ne compte aucun travailleur médical qualifié.⁴⁵ Les employés qualifiés, et surtout les médecins, sont principalement concentrés dans la capitale.⁴⁶ Depuis le meurtre du médecin en chef de la région en juin 2011, les préfectures de Mbomou et du Haut-Mbomou ne comptent aucun médecin.
- **Information sanitaire** : les systèmes de surveillance sont très peu efficaces, ce qui ne permet pas d'évaluer correctement l'étendue des besoins médicaux en RCA. Par exemple : l'OMS a signalé 175 210 cas de paludisme probables et confirmés dans tout le pays en 2009.⁴⁷ C'est moins que le nombre total de cas traités confirmés (187 736) par MSF dans le pays.⁴⁸ Cela explique pourquoi les besoins de santé de RCA semblent faibles, ce qui est loin d'être le cas.
- **Produits médicaux, vaccins et technologie** : les médicaments sont souvent en rupture de stock dans les centres de santé : selon une étude, les centres de santé possédaient 55 % des médicaments essentiels, les postes de santé 38 % et les hôpitaux 47 %.⁴⁹ La suspension des subventions accordées par le Fonds mondial en raison d'une suspicion de corruption a provoqué en 2010 et 2011 des pénuries de plusieurs mois de médicaments contre le paludisme (ACT), le

⁴³ Organisation mondiale de la Santé (2010), *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. OMS : Genève.

⁴⁴ MSPP (2010), op. cit.

⁴⁵ MSPP (2010), op. cit.

⁴⁶ Sur les 118 médecins généralistes que comptait le pays en 2010 (0,031 pour 1 000 personnes), 54 se trouvaient dans la capitale (0,087 pour 1 000 personnes), alors qu'il y en avait seulement 7 dans la Région sanitaire 5 couvrant Vakaga, Bamingui-Bangoran et Haut-Kotto (0,027 pour 1 000 personnes) et 11 dans la Région sanitaire 3 couvrant Ouham et Ouham Pendé (0,013 pour 1 000 personnes). Voir : Morhain A (2011), *Étude interne sur l'accès à la santé en République Centrafricaine et pistes de réflexion pour MSF*. [Non publié.]

⁴⁷ Organisation mondiale de la Santé (2010), *World Malaria Report*. [En ligne] Dernier accès le 14 janvier 2011, disponible à l'adresse : http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/en/index.html.

⁴⁸ Les chiffres de MSF sont transmis au ministère de la Santé publique (MSPP).

⁴⁹ L'étude a noté les structures de santé en fonction de la présence ou non des éléments suivants : amoxicilline 250 mg, artésunate-amodiaquine 50-200 mg, cotrimoxazole 480 mg, diazépam 10 mg/2 ml, mébendazole 100 mg, méthergine 10 unités, métronidazole 250 mg, paracétamol 500 mg, quinine 500 mg, sels de réhydratation orale, gants stériles, compresses et solution de glucose à 5 %. MSPP (2010), op. cit.

VIH (ARV) et la tuberculose (médicaments de première ligne) à l'échelle nationale, entraînant de graves conséquences pour les patients. De plus, le recouvrement des coûts signifie que les patients doivent souvent se procurer eux-mêmes les médicaments dans le secteur privé, auprès de pharmacies privées sans licence ou de vendeurs itinérants, dont les produits sont de qualité discutable. Le secteur pharmaceutique privé est également gangrené par les scandales, la mauvaise qualité des médicaments et l'incapacité du gouvernement à exercer un contrôle efficace.⁵⁰

- **Financement de la santé** : bien que la RCA soit l'un des pays les plus pauvres d'Afrique, presque tous les actes médicaux doivent être payés par le patient : accouchements (26,09 \$⁵¹ en moyenne), hospitalisations (23,38 \$ en moyenne), consultations (12,92 \$ en moyenne dans un centre de santé, 6,80 \$ dans un poste de santé), tests en laboratoire (7,61 \$), consultations anténatales (4,63 \$ en moyenne), médicaments (3,19 \$).⁵² Même les gants et les « droits de table » sont facturés (1,13 \$ chacun).⁵³ Pour assurer son propre fonctionnement, le ministère de la Santé publique (MSPP) dépend du financement des pays donateurs et des bailleurs de fonds médicaux, tels que le Fonds mondial.
- **Leadership et gouvernance** : la capacité technique nécessaire pour superviser les programmes médicaux est disponible dans les divers centres nationaux du ministère. Elle présente toutefois des faiblesses et nécessite un renforcement considérable et davantage de ressources. La santé ne semble pas être une priorité majeure du gouvernement.

La suspension de plusieurs accords de subvention entre le gouvernement et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a eu de graves conséquences médicales. Aucune subvention n'a été versée pour le paludisme en 2010, ce qui a provoqué une rupture de stock nationale d'ACT⁵⁴ : cela signifie qu'au moins 175 000 personnes n'ont pas pu recevoir un traitement qui aurait pu leur sauver la vie et qu'ils ont dû à la place acheter des médicaments de qualité inférieure sur le marché ou rester non soignés. De la même manière, la suspension du versement des subventions pour le VIH a été la principale cause des pénuries nationales d'ARV, ce qui a interrompu le traitement de quelque 15 000 patients séropositifs.

⁵⁰ Le gouvernement a signé un accord avec le fabricant indien Shalina pour distribuer des médicaments dans le pays, mais sans contrôle de leur qualité, de leurs conditions de stockage et des affirmations des revendeurs (non qualifiés). Malgré les recommandations visant à retirer les médicaments fabriqués par cette entreprise de la vente, ils sont toujours largement disponibles, même dans les centres de santé gouvernementaux. Voir : Courcambeck A (2010), *Assistance technique pour le projet de renforcement des services de santé publique en République centrafricaine : rapport de mission*. [Non publié.]

⁵¹ Toutes les sommes en dollars sont exprimées en dollars américains (USD).

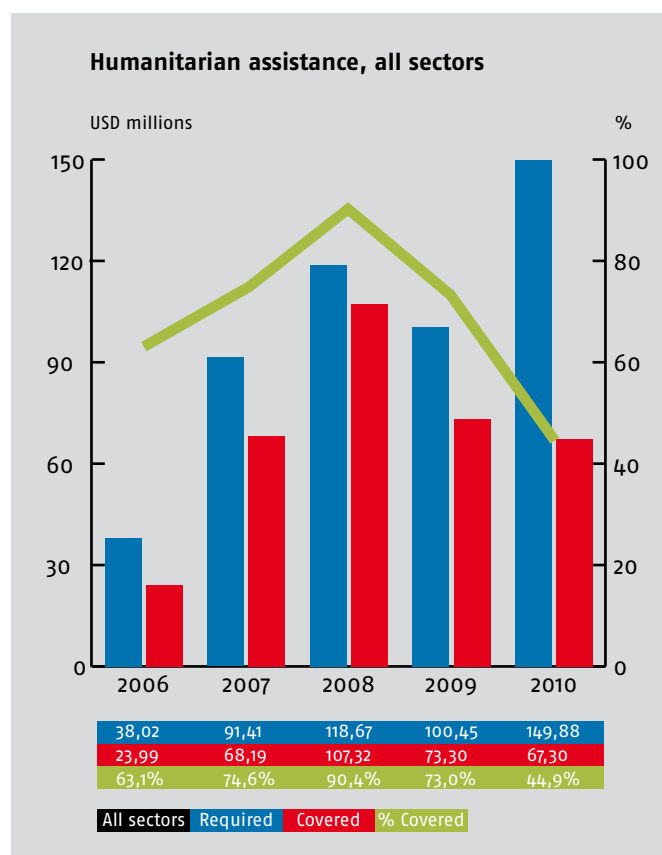
⁵² MSPP (2010), op cit.

⁵³ Cohuet S, C Marquer, S Abdallah (2011), op cit.

⁵⁴ La combinaison thérapeutique à base d'artémisinine ou ACT est recommandée par l'OMS pour le traitement des cas simples et sévères de paludisme *P.falciparum*.

Les conséquences de tout cela sont malheureusement prévisibles. Les services de santé sont souvent indisponibles dans de nombreuses régions du pays. S'ils sont disponibles, leur accès est limité par la distance et le coût pour le patient. Et s'ils sont accessibles, la qualité du service est généralement médiocre.

- **Les coûts sont élevés pour la population** : les dépenses moyennes de santé représentent 10,7 % du revenu (23,80 \$ pour un revenu moyen de 222 \$).⁵⁵
- **L'accès aux soins est limité pour les plus pauvres** : 48 % des malades se rendent dans un centre de santé, mais 43 % se rendent directement dans une pharmacie, principalement (56 %) parce que cela coûte moins cher. Parmi ceux qui se rendent dans une pharmacie, 41 % ne peuvent pas acheter un traitement complet, encore une fois pour des raisons financières.⁵⁶
- **Une qualité médiocre** : une étude menée dans 20 hôpitaux, 27 centres de santé et 16 postes de santé a attribué les notes suivantes (sur 100) en fonction d'un vaste ensemble de mesures de qualité : 43 pour les hôpitaux, 33 pour les centres de santé (seuls 4 ont atteint 50) et 21 pour les postes de santé (aucun n'a atteint 50).⁵⁷
- **De mauvais résultats** : les taux de mortalité le démontrent clairement. Manifestement, le système de santé est totalement impuissant face à cette situation.



⁵⁵ MSPP (2010), op cit.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Ibid. L'enquête a identifié un grand nombre d'indicateurs de la « qualité de service » et les ont noté sur 100.

TROISIÈME PARTIE : UNE RÉPONSE INADAPTÉE AUX BESOINS MÉDICAUX

L'aide humanitaire peut aider à diminuer le nombre de morts liées aux maladies endémiques et aux épidémies, ainsi qu'à limiter les conséquences sanitaires des crises, conflits ou déplacements de populations. Mais si le pays veut se doter d'un système de santé fonctionnel, les autorités centrafricaines, en collaboration avec leurs partenaires internationaux doivent prendre leurs responsabilités en matière de santé.

Les niveaux actuels d'investissement, tant de la part du gouvernement que des acteurs internationaux (de l'humanitaire comme du développement), sont largement insuffisants au regard des besoins. Or les différents acteurs ont en fait diminué leur investissement dans le domaine de la santé en RCA. Il est urgent que cette situation change.

Financements de la part du gouvernement centrafricain

Les ressources de l'Etat à la santé : les dépenses de santé du gouvernement s'élèvent seulement à 7 \$ par personne et par an, soit le 5^e budget de santé le plus bas au monde.⁵⁸ Le budget annuel dédié à la santé est de 30,8 millions \$, soit 11 % du budget total du gouvernement.⁵⁹ La déclaration d'Abuja, signée par les chefs d'Etat africains en 2001, oblige ses signataires (dont la RCA) à allouer au moins 15 % de leur budget à la santé. Il convient de noter qu'en plus de faillir à cet objectif, la RCA a en outre réduit la part de son budget consacrée à la santé entre 2001 et 2009.⁶⁰

Le secteur de la santé souffre d'un manque de leadership cohérent, de personnels médicaux qualifiés et de politiques pour guider les soins. Le gouvernement doit accorder la priorité à la santé et instaurer des conditions propices à une plus grande aide au développement. Il doit notamment garantir que les fonds apportés au pays sont bien utilisés aux fins prévues.

Aide humanitaire

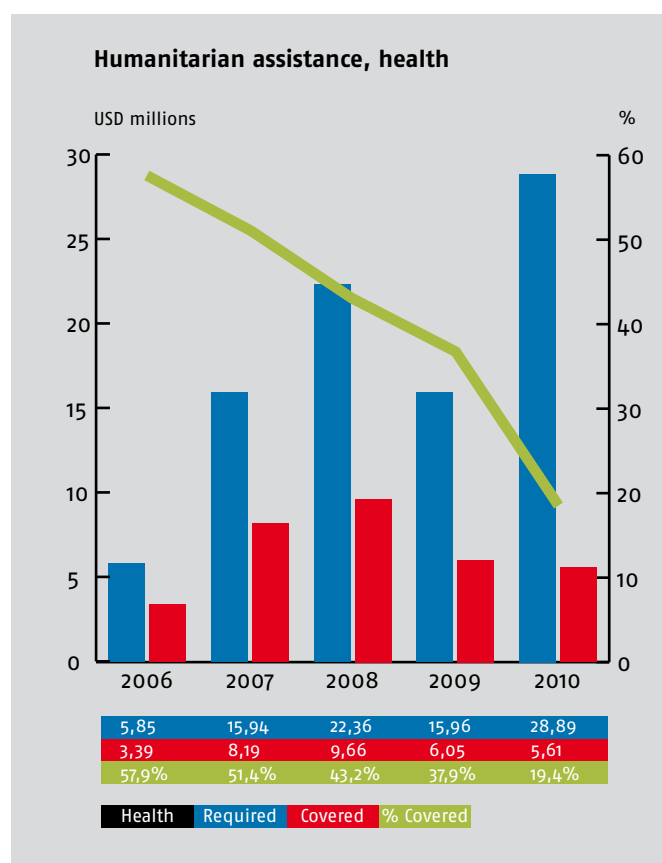
Alors que les besoins de financement estimés de l'aide humanitaire n'ont fait qu'augmenter ces cinq dernières années,⁶¹ les donateurs ont considérablement réduit leur couverture de ces besoins après un niveau record en 2008, que

⁵⁸ OMS (2011), *Health systems: Health expenditure per capita. Global Health Observatory Data Repository*. [Base de données.] Accès le 7 octobre 2011, disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/ghodata/>.

⁵⁹ OMS (2011), *Health systems: Health expenditure ratios. Global Health Observatory Data Repository*. [Base de données.] Accès le 7 octobre 2011, à l'adresse : <http://apps.who.int/ghodata/>.

⁶⁰ OMS (2011), *The Abuja Declaration: Ten years on*. [En ligne]. Accès le 18 octobre 2011, disponible à l'adresse <http://www.who.int/healthsystems/publications/Abuja10.pdf>.

⁶¹ Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) (2011), *Financial Tracking System: Central African Republic*. [Base de données.] Accès le 10 septembre 2011, disponible à l'adresse <http://fts.unocha.org/pageloader.aspx?page=emerg-emergencyCountryDetails&cc=caf>.



ce soit au niveau de l'aide humanitaire de tout type qu'au niveau médical. La révision de milieu d'année de l'appel de fonds consolidé (Consolidated Appeal Process, CAP) pour 2011 a révélé que les fonds étaient actuellement couverts à 43 % (59,3 millions \$ sur les 139,5 millions requis). Les fonds dédiés à la santé sont quant à eux couverts à 20 % (5,2 millions \$ sur les 26,5 millions requis).⁶²

Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, OCHA) de l'ONU joue un rôle clé dans la sécurisation et la distribution des fonds humanitaires en République centrafricaine.⁶³ L'effort concerté de l'OCHA depuis 2007 a permis d'augmenter le budget. Cependant, les CAP ont principalement concerné les zones les plus durement touchées par le conflit.

La priorité accordée aux zones de conflit n'est pas inadaptée, mais elle est insuffisante. L'absence de reconnaissance d'une crise sanitaire à l'échelle nationale donne lieu à des fermetures d'activités médicales en raison de l'insuffisance des financements ou du désintérêt des bailleurs de fonds. Par exemple, la Direction générale de l'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO), le principal donateur en RCA, avait accordé la priorité aux zones de conflit situées à l'est et

⁶² OCHA (2011), *Central African Republic: 2011 Consolidated Appeal Mid-Year Review*. Accès le 10 septembre 2011, disponible à l'adresse <http://lochaonline.un.org/cap2006/webpage.asp?Page=1957>.

⁶³ MSF n'est pas un membre officiel du système des groupes thématiques. L'organisation jouit uniquement d'un statut d'observateur. Elle ne reçoit pas de soutien financier direct des CAP ou des agences de l'ONU en RCA.

au nord-est, et supprimé la priorité accordée à la supposée zone de « post-conflit » au nord-ouest, bien que les services médicaux dans cette région soient loin d'être reconstruits et que les besoins médicaux restent très élevés.

Aide des bailleurs internationaux

L'aide médicale des bailleurs de fonds internationaux montre également le peu d'intérêt de la communauté internationale pour la République centrafricaine. Alors que l'aide officielle au développement provenant des principaux bailleurs bilatéraux et multilatéraux est passée de 139,5 millions \$ en 2005 à 369,5 millions \$ en 2009, les dépenses de santé brutes sont passées de 39,9 millions \$ en 2005 à 9,9 millions \$ au cours de la même période.⁶⁴

Encore plus inquiétant, la volonté même de maintenir les niveaux actuels d'aide semble s'amenuiser. Certains bailleurs importants parlent de supprimer progressivement l'aide au pays, tant en matière de santé qu'au niveau global.

La RCA offre un environnement peu propice pour l'aide, la réussite des programmes étant basée sur un partenariat avec un gouvernement qui a du mal à tenir ses engagements. Néanmoins, il est absolument nécessaire de créer un système

de santé fonctionnel et pérenne en RCA, un processus dont la réussite nécessitera persévérance et créativité.

L'action du Fonds mondial

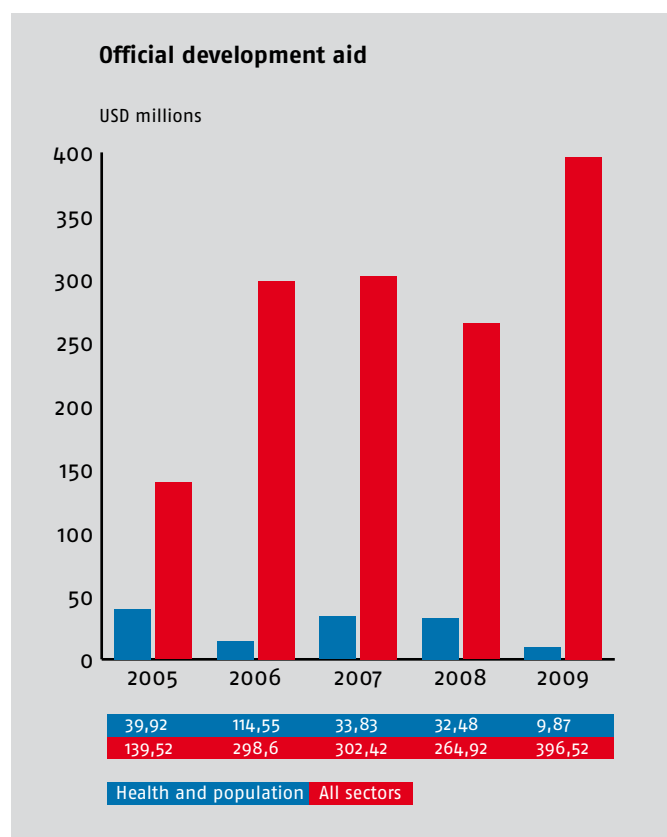
Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est le principal bailleur de fonds pour les programmes de santé dans le pays. Huit accords de subvention distinctes ont été signés : quatre pour le VIH, deux pour la tuberculose et deux autres encore pour le paludisme. Deux d'entre eux sont toujours en vigueur (paludisme et VIH).⁶⁵ Entre le premier versement de subventions en 2003 et l'année 2011, le Fonds a déboursé 61,9 millions \$ sur les 84 millions \$ stipulés dans l'accord, ce qui signifie que 22,1 millions \$ restent encore à verser.

Depuis 2009, le pays a subi d'importantes interruptions et suspensions, parfois de plusieurs mois, du versement de ces subventions, qui s'expliquent principalement par les inquiétudes des donateurs quant à l'obligation de la RCA à rendre des comptes. Les conséquences les plus notables concernent les subventions pour la lutte contre le paludisme, qui stagnent depuis 2009. Certaines années, la RCA n'a reçu aucune subvention. Les répercussions sont importantes sur la disponibilité des médicaments, et donc sur l'accès pour les patients. Il est nécessaire de trouver un juste équilibre entre l'obligation de rendre des comptes aux donateurs et la santé des patients. Néanmoins, la situation nous oblige à trouver des solutions créatives pour garantir le financement de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

L'action de MSF

En dépit de nos difficultés à développer des opérations d'une plus grande envergure dans le pays, Médecins Sans Frontières a dépensé 18,1 millions \$ pour la RCA en 2009,⁶⁶ et 22,8 millions \$ en 2010. Bien que nous ayons de grandes difficultés à atteindre l'envergure des opérations souhaitée dans le pays, nous aspirons à étendre la couverture de nos programmes et à mieux répondre aux besoins médicaux.

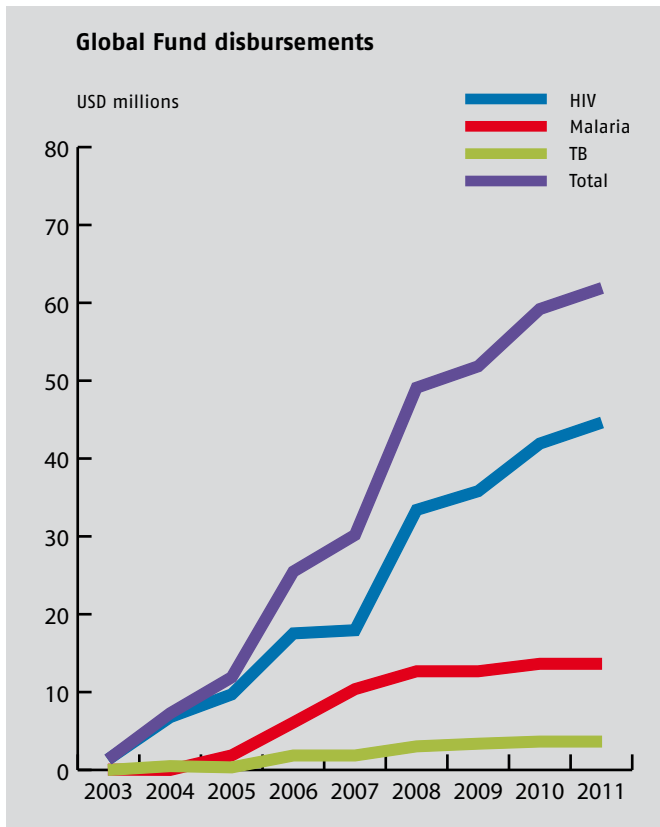
À l'origine, notre intervention en RCA avait pour objectif de porter secours à la population touchée par les conflits. Nous réévaluons aujourd'hui notre rôle dans le pays et réorientons quelques-unes de nos activités pour mettre en place des programmes à plus long terme, tout en sachant qu'il faudra plusieurs années pour que la situation s'améliore. Par exemple, MSF évalue actuellement la possibilité de mettre



⁶⁴ OCDE DAC (2011), *AidFlows: Central African Republic*. [Base de données]. Accès le 10 septembre 2011, disponible à l'adresse : <http://siteresources.worldbank.org/CFPEXT/Resources/299947-1266002444164/index.html>. Cet ensemble de données inclut seulement les 10 principaux donateurs bilatéraux et multilatéraux à chaque année donnée.

⁶⁵ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2011), *Central African Republic*. [En ligne.] Accès le 18 octobre 2011, disponible à l'adresse : <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/CAF>.

⁶⁶ MSF (2010), *International Financial Report*. [En ligne.] Accès le 10 septembre 2011, disponible à l'adresse : <http://www.msf.org/msf/articles/2010/07/msf-international-activity-report---2009.cfm>. Conversion en US\$ selon les taux en vigueur au 31 décembre 2009.



en place un programme hospitalier à long terme à Bangui. D'autres programmes, tels que ceux de Kabo, Batangafo et Ndele, s'inscrivent également dans une plus longue durée et prévoient des investissements conséquents. De nouveaux projets hospitaliers à plus long terme sont également à l'étude.

Aucune stratégie de sortie n'est aujourd'hui envisageable pour MSF en RCA. Si cela suscite une vive inquiétude, la nature de la crise dans le pays ne nous permet pas d'autre option. MSF est très certainement incapable de résoudre seule cette crise médicale.



© Michael Kottmeier/agenda

CONCLUSION

La République centrafricaine se trouve aujourd'hui dans un état d'urgence médicale chronique. La population centrafricaine paie un trop lourd tribut au désintérêt de la communauté internationale et des autorités du pays lui-même.

En théorie, l'aide humanitaire intervient uniquement en période de crise, après quoi l'aide au développement peut prendre le relais. Mais en République centrafricaine, cette théorie ne correspond tout simplement pas à la réalité. La distinction entre l'aide « humanitaire » et l'aide « au développement » peut s'avérer pertinente pour les organismes et donateurs impliqués, mais elle ne doit pas être utilisée pour masquer ou ignorer les besoins médicaux critiques non satisfaits sur le terrain. Les acteurs impliqués dans l'aide au pays devraient au contraire réévaluer leurs analyses. Indépendamment de la théorie, la réalité médicale à laquelle fait face la RCA est alarmante et nécessite une action immédiate.

A terme, la situation pourrait par ailleurs s'aggraver. Si le gouvernement maîtrise la situation à Bangui et dans les préfectures voisines, il n'exerce aucun contrôle sur une grande partie du pays, où règne l'impunité. Sans aide extérieure, le système de santé ne fonctionnerait tout simplement pas. En outre, de nombreuses tentatives d'aide au pays ont été durement entravées, sinon empêchées par la corruption et le manque de capacité.

Observés à différents niveaux, des dysfonctionnements empêchent toute forme de service médical, y compris la distribution de médicaments, la qualité des soins et l'obligation de rendre des comptes pour le système, et rendent difficile toute aide internationale. Cependant, face à des taux de mortalité aussi élevés, ces difficultés doivent être surmontées pour enclencher une action immédiate.

Cette situation ne doit pas perdurer. Les niveaux d'aide médicale existants sont totalement insuffisants pour répondre à l'ampleur des besoins. Le pays nécessite davantage d'acteurs pour conduire des activités médicales de plus grande envergure, afin de couvrir une plus grande partie de la population. Si les modèles d'aide classiques n'ont pas fonctionné, de nouveaux doivent être envisagés.

Nous exhortons les décideurs, tant à l'intérieur du pays qu'en dehors, à se mobiliser face à l'urgence médicale en République centrafricaine.

IMPRESSUM

Published by:
Médecins Sans Frontières
Operational Centre Amsterdam
Plantage Middenlaan 14
1018 DD Amsterdam

Contact for information:
Email: office@berlin.msf.org
Tel.: +49 (0) 30 - 700 130 0
Fax: +49 (0) 30 - 700 130 340
Internet: www.msf.org

