

République Centrafricaine : un pays abandonné à son sort ?



République Centrafricaine , 2013 © Corentin Fohlen / Divergence

Juillet 2013
Médecins
Sans Frontières



Résumé

L'instabilité qui règne de nouveau dans le pays depuis le coup d'état du 24 mars, cumulée aux incidents de sécurité répétés visant les organisations internationales ont poussé les acteurs humanitaires à réduire leur présence sur le terrain ou même à quitter la RCA au moment où la population civile a le plus besoin d'aide.

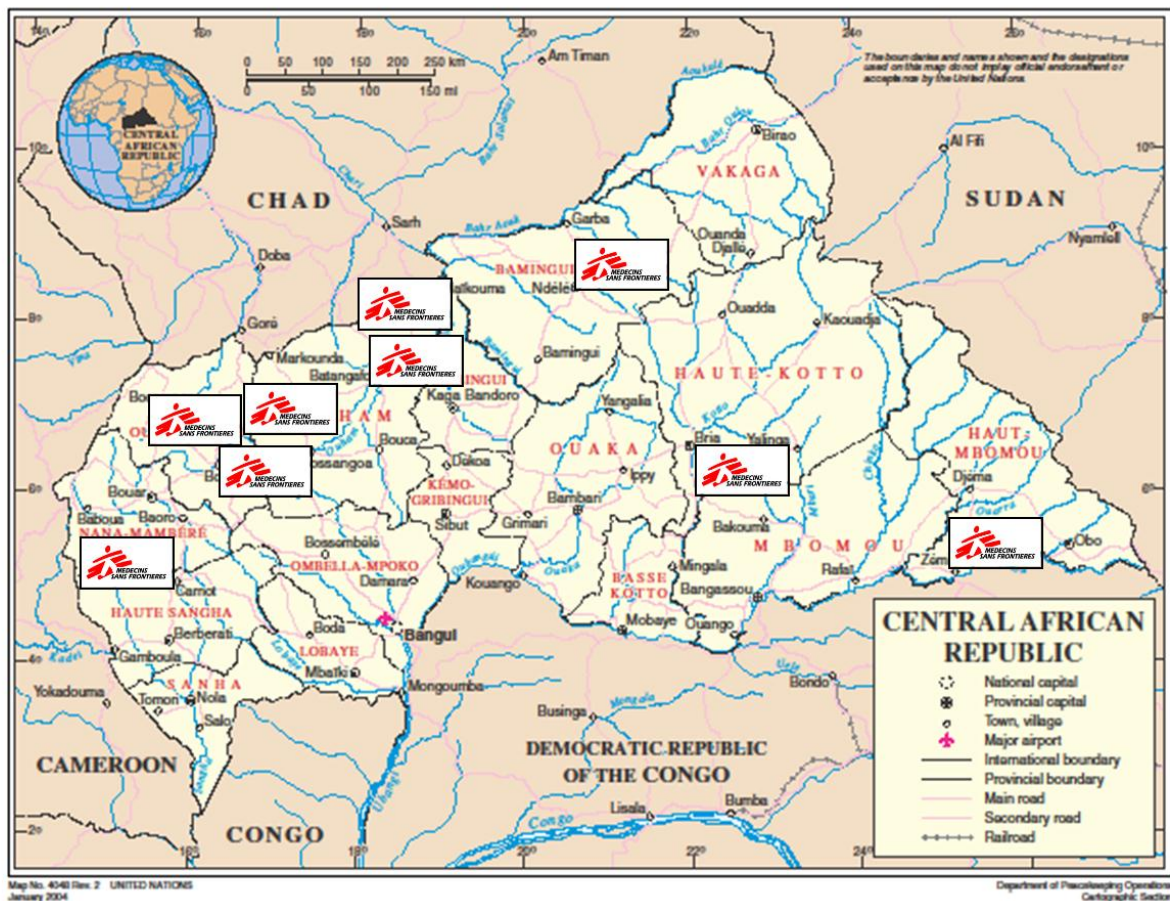
La communauté internationale doit réunir les conditions permettant de fournir une aide d'urgence à la population dans le besoin sur l'ensemble du pays. Et **les agences humanitaires et du développement doivent poursuivre et renforcer leurs actions en RCA et prendre des mesures adaptées pour répondre à la fois aux besoins d'urgence et à long terme des populations.**

Historique

Suite à un coup d'état qui a plongé le pays dans le chaos, une coalition de groupes armés d'opposition appelée « Seleka » a pris le contrôle de Bangui, la capitale de la République centrafricaine (RCA), le 24 mars 2013. Après une première offensive initiée en décembre 2012 et ayant débouché sur la signature de l'Accord de Libreville en janvier, les combattants de la Seleka sont entrés dans la capitale. Michel Djotodia, un des leaders de la coalition s'est autoproclamé président du pays. L'ancien président, François Bozizé, a fui le pays et les forces de sécurité de l'Etat (forces armées, gendarmerie et police) ont été en grande partie démantelées, laissant un vide sécuritaire.

Un mois plus tard, le 18 avril, la conférence de la CEEAC (Communauté Économique des États de l'Afrique Centrale) à Ndjamena a reconnu Djotodia comme chef du gouvernement de transition mandaté pour diriger le pays pendant 18 mois jusqu'aux élections. La CEEAC a également autorisé le déploiement d'un contingent supplémentaire de 1 500 soldats pour renforcer la mission de maintien de la paix déjà en place (MICOPAX).

Médecins Sans Frontières (MSF) est présente de manière continue en RCA depuis 1996. Malgré l'insécurité générale et les incidents de sécurité dont nous avons été victimes (pillages) depuis le redémarrage du conflit et qui nous ont amenés à évacuer temporairement le personnel national et international, MSF n'a jamais suspendu l'aide médicale apportée à la population de RCA et a renforcé ses activités pour répondre à ses besoins croissants. Actuellement, MSF mène 9 projets dans le pays, à Carnot, Paoua, Boguila, Bossangoa, Batangafo, Kabo, Ndele, Bria et Zemio.



1. Un pays plongé dans le chaos

Le coup d'Etat a plongé la RCA dans le chaos. Des pillages et attaques se produisent encore aujourd'hui dans la capitale. Les **bâtiments publics, les ministères, les écoles, les hôpitaux ainsi que des maisons particulières ont été pillés et saccagés**. La grande majorité des fonctionnaires ont déserté leur poste. Les archives et les bases de données publiques ont été détruites. Les réactions de la population à ces incessants pillages ont été souvent lourdement réprimées à Bangui¹, ainsi que dans le reste du pays. Le processus d'identification, de désarmement, de démobilisation et de réintégration de l'opposition armée n'a pas encore été mis en place et des centaines d'hommes en armes, qui n'ont pas été payés depuis le début du conflit, circulent toujours en ville.

Dans le reste du pays, des éléments incontrôlés de la Seleka et des groupes armés non identifiés ont perpétré des cambriolages et des attaques contre la population civile. Dans les zones où il existait déjà des tensions locales entre populations nomades et sédentaires, la présence de la Seleka a alimenté le conflit.

Toutes les organisations humanitaires travaillant dans le pays ont été touchées par des incidents de sécurité depuis le début de la crise. À Bangui, les bureaux et

¹ Le 14 avril, dans le district de Boy-Rabe, plus de 20 personnes ont été tuées. Plus récemment, le 28 juin, 6 personnes ont été tuées et au moins 25 blessés dans des combats entre civils et supporters de la Seleka.

les résidences des agences² des Nations Unies et des ONG internationales ont été pillées³ à de multiples reprises. Le personnel qui a été menacé a rapporté de sérieuses conséquences physiques et psychologiques. Pratiquement tout le personnel international basé en dehors de la capitale a été évacué dès le début de la crise, et leurs collègues centrafricains ont été transférés vers la capitale. Les bases provinciales des ONG ont été cambriolées, des véhicules ont été volés et utilisés par la Seleka⁴.

Évacuation de Batangafo

Suite à un grave incident de sécurité où des hommes armés se sont introduits avec violence dans l'enceinte MSF, notre équipe de Batangafo (48 personnes dont 42 personnels médicaux) a dû être évacuée le 10 avril. En conséquence, pendant 4 semaines, nos activités ont été réduites à l'hôpital central de Batangafo et complètement suspendues dans les centres de santé périphériques. Dans cette région qui compte plus de 110 000 habitants, MSF est le seul fournisseur de soins. La population s'est réfugiée dans la brousse, fuyant l'offensive menée dans toute la région par la Seleka en route vers Bangui. Au même moment, des affrontements ont eu lieu entre les agriculteurs locaux et des bergers nomades (des heurts qui se produisent presque tous les ans, lorsque ces derniers descendent avec leur bétail pour rejoindre de meilleurs pâturages). Les conséquences sont lourdes pour la population : plus de 20 villages incendiés et environ 8 000 personnes déplacées.

Gbadéné fait partie de ces villages. Marie-Noëlle, une jeune maman, a raconté au personnel MSF comment, vers la mi-avril, elle s'est enfuie avec ses voisins lorsqu'elle a appris que des bergers nomades avaient menacé de mettre le feu à son village. Elle s'est réfugiée dans les champs à proximité où elle a passé la nuit. Son village a été incendié le lendemain, les maisons et tous les biens des habitants ont été réduits en cendres, y compris les outils agricoles. Plusieurs semaines après les faits, lors de dispensaires mobiles menés par MSF pour les déplacés, son enfant de 1 an a été diagnostiqué comme malnutri. Le déplacement de milliers de personnes sur toute l'étendue du territoire les rend plus vulnérables au paludisme.

Le système de santé n'a pas été épargné. Les structures du ministère de la Santé⁵ ont été pillées, et les médicaments, les outils de diagnostic, les archives des patients et même le mobilier ont été volés. La plupart du personnel médical s'est enfui, en province.

Dans un pays où l'espérance de vie est de 48 ans⁶, soit la seconde plus faible au monde, ces attaques ont privé une population centrafricaine déjà vulnérable – 4,4 millions de personnes réparties dans un pays plus grand que la France - d'un accès aux soins de base et l'ont exposé aux maladies les plus courantes et soignables.

² D'après le Humanitarian Snapshot de OCHA daté d'avril 2013, un total de 6 bureaux des Nations Unies ont été pillés sur l'ensemble du pays.

³ Concernant les bases MSF à Bangui, un bureau et une maison ont été complètement pillés, 3 véhicules ont été volés et une résidence a été cambriolée.

⁴ Concernant les bases MSF, dans la périphérie 4 véhicules ont été volés (Boguila, Ndele, Batangafo) et 3 bureaux et résidences (Ndele, Batangafo, Boguila) ont été cambriolés à plusieurs reprises.

⁵ Les hôpitaux de Bossangoa et Mbaiki ont été entièrement pillés au moment de l'offensive de la Seleka, et les autres établissements de soins du pays (Allindao, Bangassou, Gambo, Grimari, Kembé, Kongbo, Mala, Mobaye, Ouango) ont été vandalisés au cours des semaines chaotiques qui ont précédé et suivi le coup d'état.

⁶ OMS (2011), "Mortality and burden of disease: Life expectancy". *Global Health Observatory Data Repository*. [base de données.] Accès le 7 octobre 2011 à <http://apps.who.int/ghodata/>.

2. Une crise par dessus la crise

Depuis des décennies, le pays est pris en tenaille entre l'urgence et le développement. D'un côté, la crise n'est pas suffisamment grave pour pouvoir attirer des fonds d'urgence et, de l'autre, le système n'est pas capable de répondre aux exigences liées à des fonds structurels. Comme l'a dénoncé MSF en novembre 2011, **une crise médicale silencieuse et chronique sévit depuis de nombreuses années en République centrafricaine. MSF a rapporté les faits suivants⁷** :

- **un taux de mortalité supérieur au seuil d'urgence**, comme le montrent les quatre enquêtes de mortalité rétrospectives menées par MSF dans le sud et le nord-ouest du pays entre 2010 et 2011⁸. La plus inquiétante est l'étude⁹ réalisée en juin 2011, qui indique que dans les trois communes rurales non touchées par le conflit de Carnot, Gadzi et Senkpa Mpaéré, le taux de mortalité était de 3,3/10 000/jour (95 % CI, 2,3-4,8), celui des enfants de moins de 5 ans étant de 3,7/10 000/jour (95 % CI, 2,4-5,6). Dans la commune urbaine de Carnot, les taux étaient respectivement de 3,9/10 000/jour (95 % CI, 3,0-5,2) et de 4,9/10 000/jour (95 % CI, 2,6-8,8).

Les taux de mortalité y sont au moins **trois fois plus élevés que le seuil d'urgence**. En particulier celui des enfants de moins de 5 ans est le triple de celui du camp de réfugiés de Dadaab au Kenya, où vivent dans des conditions épouvantables des populations qui se sont enfuies de Somalie.

- **une mortalité et une morbidité élevées** résultant de maladies que l'on peut facilement soigner et prévenir : paludisme¹⁰, manque de vaccination contre des maladies évitables (en raison du dysfonctionnement du programme élargie de vaccination), augmentation de la malnutrition¹¹ et de maladies chroniques comme le VIH/sida.
- **un système de santé fantôme**, manquant de façon chronique d'établissements fonctionnels, de personnel médical qualifié, d'outils de diagnostic et de traitement, d'approvisionnement en médicaments et de matériel ainsi que de dispositifs de surveillance.

⁷ MSF, 2011, *République Centrafricaine: une crise silencieuse*

⁸ Caleo G et al (2011), *Sentinel site mortality surveillance of mortality and nutritional status: Boda, Boganda, Boganangone and Gadzi sous-préfectures, Central African Republic, 2010*. Epicentre: Paris. E Espié (2011), *Enquête de mortalité rétrospective dans la ville de Carnot, préfecture de Mambéré-Kadéi, République Centrafricaine*. Epicentre: Paris. D Rasella (2011), *Retrospective Mortality Survey: Axe Maitikoulou-Kdajama Kota*. [Non publié.]. Voir aussi l'enquête de mortalité rétrospective publiée par les chercheurs de la University of California, Berkeley : 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.

⁹ 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.

¹⁰ Le paludisme est de loin la pathologie la plus rencontrée dans les centres de consultations de MSF: sur un total de 582 253 personnes traitées en consultations en 2010, 46% (soit 267 471 personnes) ont été diagnostiqués et traités pour le paludisme. Cette maladie est la plus grande cause de décès dans les unités d'hospitalisation des hôpitaux de RCA.

¹¹ MSF et Epicentre ont mené une enquête de surveillance communautaire (Caleo G et al (2011), op cit.) dans les sous-préfectures de Boda, Boganda, Boganangone et Gadzi entre février et décembre 2010 qui a montré que la prévalence de la malnutrition aiguë globale était de 11,9 % (95 % CI 9,1-15,5). La prévalence de la malnutrition aiguë sévère était de 3 % (95 % CI 2,3-4,0), la moitié des sujets montrant des signes de présence du kwashiorkor. La prévalence de la malnutrition aiguë sévère augmentait en avril-mai 2010, et de façon notable en juin-octobre.

L'impact des récents événements est extrêmement lourd pour un système de soins qui était déjà gravement dysfonctionnel. L'instabilité et la peur de se déplacer ont drastiquement réduit l'accès aux soins, la perte de revenus économiques rend, pour la population, le paiement des soins encore plus difficile, le système d'approvisionnement en médicaments déjà défaillant est désormais totalement inexistant. Autant de raisons qui présagent une aggravation des taux de mortalité dans les prochains mois.

Hôpital Communautaire de Bangui

Jordan a 14 ans et vient de Miskine (un quartier de Bangui). Le 24 mars, lorsque la Séléka est entrée dans la capitale, il était caché chez lui. Mais il a tout de même été blessé à la jambe par une balle perdue.

Sa mère raconte : « un prêtre de notre église nous a aidé à aller à l'hôpital. Il va beaucoup mieux à présent et j'espère qu'il rentrera bientôt à la maison ». Au moment où la plupart des hôpitaux de Bangui n'étaient plus fonctionnels, MSF soutenait l'Hôpital Communautaire de Bangui, où Jordan a été amené : donations de médicaments, de matériel médical, d'eau et de carburant pour relancer l'activité hospitalière et mise en place d'un bloc chirurgical où environ 40 opérations ont eu lieu en dix jours.

Fin mai, au terme de l'intervention de MSF dans cet hôpital, plus d'un millier de patients avaient été pris en charge (dont 36 % de blessés par balle). Trois mois après le coup d'Etat, les services fonctionnent normalement : le personnel est revenu et le bloc opératoire, ainsi que l'unité de stérilisation sont correctement équipés. L'équipe MSF s'est assurée en partant qu'un stock de médicaments soit disponible en cas de besoin.

Il est encore difficile d'évaluer l'impact global de la crise sur le système de santé du pays, mais nous constatons déjà une forte augmentation du nombre de consultations dans les projets de MSF.

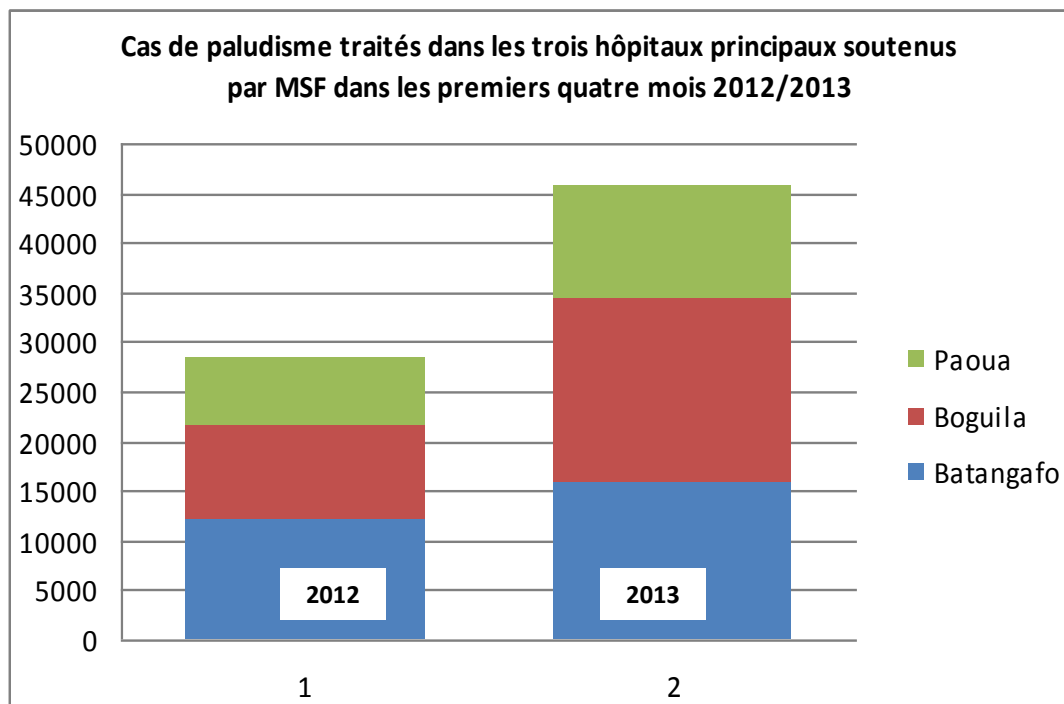
La situation est particulièrement alarmante concernant le **paludisme, holoendémique en RCA**. Depuis la reprise du conflit en décembre 2012, le déplacement fréquent des populations dans la brousse ont contribué à l'accroissement de l'exposition à la maladie, alors même que les mesures de prévention et de traitement ont été presque inexistantes. La distribution massive de moustiquaires programmée par le ministère de la Santé pour 2013¹² a été annulée en raison de l'instabilité du pays et la fourniture de traitements antipaludéens dans les zones rurales a été fortement perturbée : MSF s'est engagée à soutenir le Programme national de lutte contre le paludisme dans la mise en œuvre du plan d'action proposé par le Fonds mondial, et de livrer des traitements antipaludéens à 166 FOSA (Formation Sanitaire, structure de santé en RCA) du pays. Toutefois, cela laisserait 75 % des FOSA¹³ sans aucun médicament.

¹² Audit des subventions du Fonds mondial accordées à la République centrafricaine, GF-OIG-13-002, 6 février 2013.

¹³ Source, Micro Plan Sous-préfectures, Carte Sanitaire 2003

Au cours du premier trimestre 2013, les établissements de soins soutenus par MSF ont traité 74 729 patients souffrant de paludisme, contre 50 442 pour la même période en 2012 : ceci montre une augmentation globale de 33 %. Chez les enfants de moins de cinq ans, l'augmentation est de 46 %, soit 44 469 enfants traités cette année contre 23 910 en 2012. Dans le projet de Boguila, 61 % des consultations externes pour les patients de moins de 5 ans étaient liées au paludisme, alors qu'elles représentaient 41 % en 2012. Ces données pourraient annoncer une augmentation considérable des consultations pendant le pic saisonnier de paludisme qui débute en juillet, et potentiellement une des **plus graves pandémies de paludisme de ces dernières années**.

Année/Hôpital	2012	2013	Augmentation
Batangafo	12 067	15 853	24%
Boguila	9 643	18 661	48%
Paoua	6 651	11 417	42%
Total	28 361	45 931	38%



Chury Baysa, coordinateur médical MSF, Bossangoa

« *Fin mai, nous avons eu en consultation un garçon de quatre ans. Il souffrait d'anémie sévère et de paludisme. Il était tellement malade qu'on a dû le transférer en voiture, sur des routes cahoteuses, depuis Bossangoa jusqu'à notre hôpital de Boguila, afin de lui administrer une transfusion. Nous avons eu beaucoup de cas similaires d'enfants tombés très malades en raison du manque de moustiquaires et de médicaments antipaludéens.* »

Le pays est également à risque d'une augmentation des cas de **malnutrition**¹⁴, comme l'a récemment montré une mission exploratoire lancée par MSF dans le sud-ouest¹⁵. L'instabilité a aggravé les problèmes de sécurité alimentaire préexistants : mauvaises récoltes, marchés mal ravitaillés et volatilité du prix des denrées alimentaires.

Depuis des mois, le système d'approvisionnement en médicaments est interrompu. Le pillage généralisé des structures médicales a conduit le Fond mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme à cesser le stockage des médicaments dans le pays.

Les problèmes d'approvisionnement ont eu des lourdes conséquences pour les patients en termes d'adhésion au traitement et de développement de résistance aux médicaments. MSF estime qu'environ **11 000 personnes séropositives (73 % des patients sous traitement dans le pays)**¹⁶ ont dû interrompre leur traitement en raison d'une pénurie de médicaments pendant le soulèvement.

Interruption du traitement antirétroviral et antituberculeux

À Bossangoa, environ 150 000 personnes ont été privées de soins de santé lorsque la plupart des personnels soignants de la ville ont déserté leur poste au moment du coup d'état. Les responsables du ministère de la Santé évaluent à environ 310 le nombre de patients séropositifs inscrits au programme de l'hôpital de Bossangoa avant le coup d'état, parmi lesquels 170 étaient sous traitement antirétroviral. En juin, MSF a lancé une initiative d'urgence de deux mois à l'hôpital pour fournir des médicaments antirétroviraux et antituberculeux aux patients dont le traitement avait été interrompu pendant la crise.

Avant la crise, la moitié des enfants n'étaient pas passés par des programmes de **vaccination de routine**¹⁷. On peut donc supposer que depuis décembre 2012, une grande partie des nouveau-nés n'a pas pu suivre le calendrier vaccinal de routine, ou programme élargi de vaccination (PEV). Ainsi, une cohorte d'enfants particulièrement susceptibles aux maladies infantiles a déjà été constituée, augmentant le risque de voir se développer dans prochaines deux années des épidémies de rougeole, méningite ou coqueluche.

La seule réponse de la communauté internationale a été la campagne de **vaccination contre la rougeole** menée en mai par l'UNICEF¹⁸ et ses partenaires restés en RCA :

¹⁴ Voir aussi : Évaluation Rapide de la sécurité alimentaire en RCA, WFP/FAO, Juin 2013.

¹⁵ Compte tenu des difficultés d'obtenir une image claire de la situation de la population par rapport à la malnutrition, différentes visites de dépistage rapide ont été effectuées dans les zones de Nola, Boda, Berberati, Gamboula et Gadzi. Elles ont montré une augmentation de la malnutrition globale (de 6 à 10,3%) et de la malnutrition sévère (de 1,3 à 5%) avec des chiffres alarmants sur Boda, Nola et Gadzi. Cette situation, couplée à la saison du pic de paludisme, augmente la vulnérabilité des enfants de RCA.

¹⁶ ONUSIDA (2011), *Central African Republic: HIV and AIDS estimates (2009)*. Delaunay S (2011), *État des lieux de l'infection VIH en République de Centrafrique et pistes de réflexion pour MSF*. MSF: New York.

¹⁷ D'après l'étude *External review of the National Immunization Programme in Central African Republic* (31/01/2013 d'Auguste Ambendet, AFRO Central Intercountry Support Team), les principales faiblesses sont : a) le faible taux d'enfants complètement immunisés (31 %) identifié par l'enquête de couverture, b) la pénurie récurrente de vaccins et c) la mauvaise gestion des vaccins.

¹⁸ Conflict brings measles back to Central African Republic, *UN Dispatch*, 17 juin 2012 : <http://www.undispatch.com/conflict-brings-measles-back-to-central-african-republic>

malgré les conditions difficiles, elle n'a touché que 122 869 enfants vivant à Bangui et dans ses environs, soit moins de 20 % de la population cible¹⁹. Cependant, aucun plan n'a été proposé à ce jour pour les quelques 1 500 000 enfants centrafricains vivant en zone rurale.

Avec le retrait de la plupart des organisations internationales de secours, le système de santé est dans l'incapacité de mener une **surveillance** adéquate, et de contrôler correctement les zones rurales à risque d'épidémies²⁰.

3. Manque de réponse

En dépit des besoins croissants, la présence humanitaire dans le pays s'est considérablement réduite. La plupart des organisations humanitaires ont limité leurs activités. Certaines sont toujours à Bangui et attendent que la situation sécuritaire leur permette de retourner sur les sites de leurs projets respectifs. D'autres ont préféré déménager leur base au Cameroun voisin. Dernièrement, certaines activités exploratoires ont été menées en dehors de la capitale, mais sans entraîner un retour permanent sur le terrain. **Aucune des agences des Nations Unies n'a actuellement de personnel international en dehors de Bangui**, en raison des règles strictes de sécurité qu'elles appliquent depuis décembre dernier.

Les Nations Unies n'ont pas alloué suffisamment de ressources pour mobiliser les acteurs et attirer les fonds nécessaires. Jusqu'à présent, 47 % des fonds de l'Appel consolidé prévu pour la RCA en 2013²¹ ont été déboursés. Cependant, ces plans élaborés en 2012 ne tiennent pas compte des besoins accrus du pays en termes d'assistance humanitaire et de soutien plus long terme. L'analyse des demandes de financement révisées après la crise montre que **seulement 31 % des besoins financiers ont été couverts à ce jour**²². Plus précisément, dans le secteur de la santé, 2,8 millions de dollars US ont été déboursés, représentant 13,2 % des 21,2 millions de dollars demandés²³.

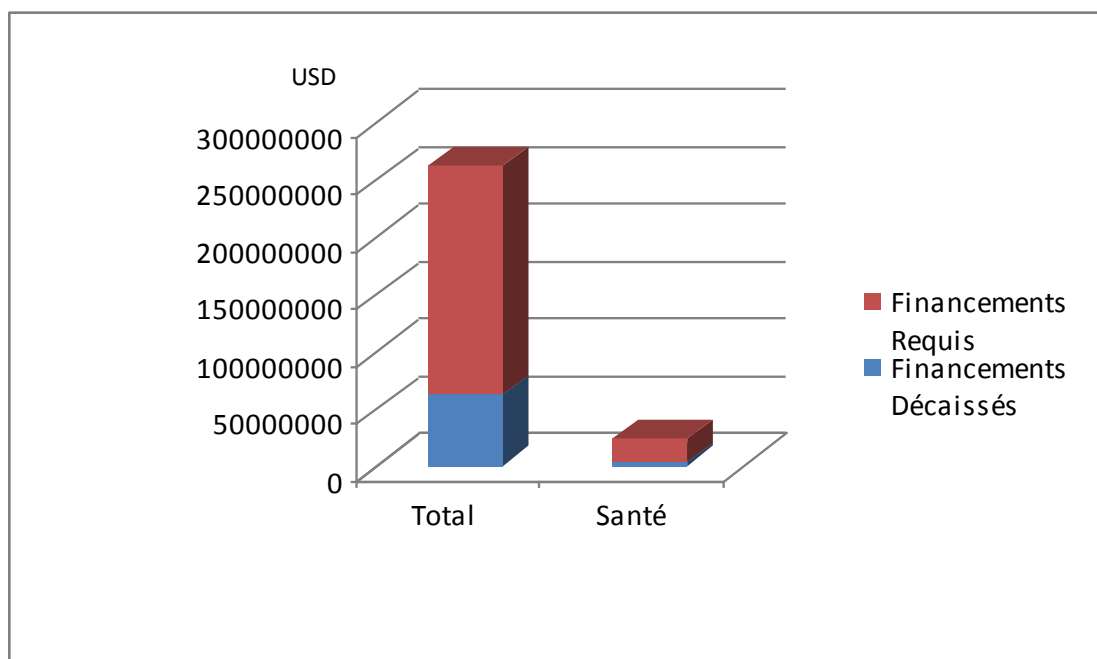
¹⁹ UNICEF, rapport de situation en RCA : 21 mai - 13 juin.

²⁰ Comme exemple de l'absence de système de surveillance, l'OMS signale qu'il y a probablement eu 175 210 cas probables et confirmés de paludisme en RCA sur l'ensemble du territoire en 2009. Ce chiffre est inférieur au nombre total de cas confirmés traités par MSF dans ce seul pays (187 736). Ceci donne l'impression que la RCA est un pays où le fardeau de la maladie est relativement léger, ce qui n'est absolument pas le cas.

²¹ Bureau de la coordination des Affaires humanitaires (OCHA), rapport de situation en RCA n°21 (du 21 juin 2013).

²² Financial Tracking Services, Consolidated Appeal: Central African Republic 2013, Table C: Requirements, Commitments/Contributions and Pledges per Appealing Organization Report, 4 juillet 2013: http://fts.unocha.org/reports/daily/ocha_R1_A979___1307021923.pdf

²³ Financial Tracking Service, Central African Republic: Funding received 2013, sous: <http://fts.unocha.org/pageloader.aspx?page=emerg-emergencyCountryDetails&cc=caf>



Par ailleurs, les efforts consacrés à l'analyse de la situation sécuritaire ont été totalement incohérents, et le manque d'informations a rendu impossible le retour sur le terrain des organisations humanitaires. La pénurie d'informations et de financements, ainsi que l'inefficacité de la coordination des interventions humanitaires, a réduit la possibilité de trouver des **partenaires de mise en œuvre** parmi les organisations internationales déjà présentes dans le pays et celles désireuses d'ouvrir de nouveaux programmes en RCA.

Le résultat est l'**absence d'acteurs humanitaires en dehors de Bangui**. Cela signifie non seulement que la réponse apportée est inadaptée, privant la population d'une assistance dont elle a désespérément besoin en ce moment, mais aussi que les organisations vont perdre progressivement contact avec les intervenants armés sur le terrain et, à terme, réduire encore davantage l'accès humanitaire.

Appel pour la RCA

Trois mois après le coup d'état, la situation de la RCA est particulièrement critique. Si le gouvernement de transition n'a cessé de lutter pour assurer un niveau sécuritaire acceptable dans la capitale, le reste du pays n'est contrôlé par aucune autorité étatique, et reste à la merci de groupes armés incontrôlés. **En dépit d'une augmentation considérable des besoins, la présence humanitaire dans le pays atteint son niveau historique le plus bas.**

C'est pourquoi MSF appelle :

- la **communauté internationale** (Nations Unies, Union européenne, Union Africaine, CEEAC) à considérer la République centrafricaine comme une de leurs priorités et à soutenir ce pays fragile pendant la période de transition.
- la **communauté humanitaire** (agences des Nations Unies, ONG internationales, donateurs) à respecter leurs engagements en dépit de la situation actuelle et à consacrer suffisamment de ressources pour répondre à :

- la **crise médicale**, particulièrement la lutte contre le paludisme.
 - la **crise humanitaire**, afin de couvrir les besoins essentiels des populations.
 - les **besoins structurels**, en soutenant le système de santé à plus long terme.
- le **gouvernement de transition** à :
- assurer les **conditions de sécurité nécessaires** afin de permettre aux organisations humanitaires de porter secours à la population.
 - **s'engager immédiatement** pour répondre aux besoins vitaux, humanitaires et médicaux, des populations, avec le support de la communauté internationale.