RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité -Dignité -Travail

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE 2023-2027

PREFACE

Depuis la déclaration de l'existence des premiers cas du VIH en 1984, la République Centrafricaine a engagé une réponse multisectorielle pour faire face à la propagation de la maladie et offrir aux personnes vivant avec le VIH les soins nécessaires à une meilleure vie. En dépit des efforts engagés par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires, la situation reste préoccupante.

En effet, l'épidémie reste généralisée, la prévalence est en baisse constante. Elle est passée de 3,9% en 2016 à 3,4% en 2022 avec des prévalences plus importantes dans certains groupes de population tels que les professionnelles de Sexe et les Hommes ayant des Rapports Sexuels avec d'autres Hommes. Cette situation est aggravée par les crises récurrentes que le pays a connues ces dernières années.

Un Plan Stratégique National (PSN) couvrant la période 2021-2025 a été élaboré et validé par l'Assemblée Générale du Comité National de Lutte contre le Sida en novembre 2020 et a permis de mobiliser des ressources auprès du Fonds pour la mise en œuvre d'une partie des Plans Opérationnels multisectoriels de 2021 à 2023.

Le Secrétariat du Fonds Mondiale vient de lancer le processus de mobilisation des ressources par les pays dans le cadre du 7ème cycle de financement en abrégé **(GC7).** C'est pourquoi le CNLS en commun accord avec ses partenaires a jugé nécessaire d'aligner le Plan Stratégique National de lutte contre le Sida à ce 7ème cycle de financement en précédant à un glissement du PSN 2021-2025 sur une nouvelle période de 5 ans (2023 à 2027).

Les objectifs et les cibles que le pays s'est fixé, tiennent compte d'une part des données démographiques du dernier recensement censitaire publié en 2021 par le Gouvernement et d'autre part, des orientations internationales et des ambitions du Gouvernement pour le passage à l'échelle des interventions en faveur des enfants, des adolescents et adolescentes ainsi que les groupes de populations les plus exposés au risque.

Le PSN 2023-2027 a été élaboré avec le soutien des partenaires et l'engagement national s'est matérialisé par l'implication des acteurs des différents secteurs dans ce processus d'élaboration.

Nous devrons par conséquent déployer davantage des efforts dans la mobilisation des ressources tant internes qu'externes pour le financement de ce plan.

Pour ma part, en ma double qualité du Président de la République, Chef de l'État et Président du CNLS, j'engagerai solennellement le Gouvernement tout entier et les institutions de la République dans la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières pour une mise en œuvre harmonieuse du plan.

Je saisis de nouveau cette opportunité pour réitérer l'appel que j'ai lancé il deux ans à l'endroit des partenaires au développement pour soutenir la mise en œuvre de ce Plan et présente mes sincères remerciements à l'endroit de tous ceux qui, depuis plusieurs années, accompagnent la République Centrafricaine dans la riposte au VIH et au Sida.

Pr. Faustin Archange TOUADERA

Président de la République, Chef de l'État, Président du Comité National de Lutte contre le Sida.

AVANT-PROPOS

L'infection à VIH et le Sida continue de constituer à n'en point douter, un des problèmes de santé qui vient plomber le développement de notre pays. La République Centrafricaine, depuis l'avènement des premiers cas de Sida en 1984, poursuit son combat pour faire face à la pandémie dont la prévalence en fin 2022 reste élevée à 3,4% avec des impacts importants pour notre peuple et la nation toute entière. Malgré les crises que vit le pays, des forces vives continuent à se mobiliser pour une réponse nationale à la hauteur des problèmes identifiés à l'issue de la revue PSN 2021-2025. Cette lutte a été soutenue par les partenaires techniques et financiers qui accompagnent la partie nationale afin d'inverser la tendance de la courbe de la maladie.

La mise à jour du Plan Stratégique National pour la lutte contre le VIH 2021-2025 pour une nouvelle période allant de 2023 à 2027 a été faite dans la même approche que celle qui a conduit à l'élaboration du précédent dans une approche inclusive et participative en remobilisant tous les acteurs à différents niveaux y compris les Organisations de la Société Civile. Dans ce Plan, en plus des interventions ciblant les populations clés et les groupes vulnérables, d'autre approches novatrices seront développées par l'instauration de la triple élimination du VIH, de la syphilis et des hépatites de la mère à l'Enfant, la mise à échelle des approches différentiées dans le domaine de la prévention combinée et le développement des stratégies d'intervention en fonction du niveau d'accessibilité des régions. Le passage à l'échelle de la participation communautaire représente l'un des leviers sur lequel il faut agir. La décentralisation des interventions à travers les Comités Préfectoraux de Lutte contre le Sida (CPLS) et celui de Bangui (CBLS) continue de constituer une préoccupation importante afin de renforcer la coordination, le leadership et la redevabilité à tous les niveaux structurels de la lutte contre le VIH/Sida dans notre pays.

Au nom de leurs Excellences, **Pr. Faustin Archange TOUADERA**, Président de la République, Chef de l'Etat et Président du Comité National de Lutte contre le Sida et **Félix MOLOUA**, Premier Ministre, Chef du Gouvernement et Premier Vice-Président du CNLS, j'e réitère mes sincères remerciements aux Consultants Nationaux et Internationaux qui ont conduit le processus jusqu'à son terme.

Ces remerciements vont également à l'endroit de toutes les parties prenantes en passant par les groupes de travail mis en place afin d'appuyer le processus de mise à jour du PSN sous la supervision de la Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida (CN/CNLS).

Pr. Wilfrid Sylvain NAMBEI

Le Ministre Coordonnateur National du CNLS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACABEF	Association Centrafricaine pour le Bien-être Familial
AELB	Accidents d'Exposition aux Liquides Biologiques
AFJC	Association des Femmes Juristes
ANJFAS	Association des Jeunes Femmes Actives pour la Solidarité
ALTERNATIV	Association pour la Liberté de Choix de vie, la Tolérance, l'Expression et le Respect des Personnes de Nature indigentes vulnérables ou Exclus Sociales de Centrafrique
ARAUP	Approche Régionale de l'Accès Universel de Préservatifs
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agents de Santé Communautaire
ASSOMESCA	Association des œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en Centrafrique
CAG	Groupe Communautaire d'ARV
CBLS	Comité de Bangui de Lutte contre le Sida
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCDV	Centre de Conseil Dépistage Volontaire du VIH
CCM	Conseil National de Coordination du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (CCFM)
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CIDS	Centre d'Information et de Documentation sur le SIDA
CSU	Centre de Santé Urbain
CISJEU	Centre d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé Sexuelle des Jeunes
CMCTH	Consommation Moyenne de Condom par Tête d'Habitant
CMLS	Comité Militaire de Lutte contre le Sida
CN/CNLS	Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNRISTTAR	Centre National de Référence des IST et de la Thérapie Anti Rétrovirale
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CORDAID	Catholic Organization for Relief and Development Aid
CPLS	Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida
CPN	Consultation Prénatale
CRF	Croix Rouge Française
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
CV	Charge Virale
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DCIP	Dépistage Conseil Initié par le Prestataire
DGELM	Directeur Général de l'Epidémiologie et de Lutte contre la Maladie
DHIS2	District Health Information System 2
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DLMT	Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles
DS	District Sanitaire

EEQ	Evaluation Externe de Qualité
eTME	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
EVA	Enfant VIH Afrique
EVF/EMP	Education à la Vie Familiale et Education en Matière de Population
ETP	Equipe Technique Préfectorale
FDS	Forces de Défense et de Sécurité
FICR	Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
FM	Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme
FMI	Fonds Monétaire International
FOSA	Formation Sanitaire
GAT	Groupe d'Appui Technique
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GAT S&E	Groupe d'Appui Technique en Suivi et Evaluation
GBVIMS	Système de gestion de l'information sur les violences basées sur le genre
HeRAMS	Health Resources and services Availability Mapping System
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
HVB	Virus de l'Hépatite B
HVC	Virus de l'Hépatite C
IBBS	Integrated HIV Bio-Behavioral Surveillance (Enquête intégrée de surveillance comportementale et de séroprévalence)
IDH	Indice du Développement Humain
IMC	Indice de Masse corporelle
INNTI	Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
INTI	Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
IPB	Institut Pasteur de Bangui
IST	Infection Sexuellement Transmissible
KP	Key populations (Populations cles)
LNBCSP	Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS4	Multiples Indicators Clusters Survey
MINUSCA	Mission multidimensionnelle Intégrée des Nations Unies pour la Stabilisation en Centrafrique
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
NASA	National AIDS Spending Assessment
OAC	Organisation à Assise Communautaire
OBC	Organisation à Base Communautaire
OCHA	United Nation Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OEV	Orphelins et Enfants vulnérables au VIH
OHCHR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Droits de l'Homme
OIT	Organisation Internationale du Travail
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
OAC	Organisation à Assise Communautaire
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PUDI	Personnes usagers des Drogues Injectables
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PCR	Polymerase Chain Reaction (Réaction de Polymérisation en Chaîne)
PDI	Personnes Déplacées Internes
PIB	Produit Intérieur Brut
PE	Pair Educateur
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planning Familial
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PMAP	Paquet Minimum d'Activités de Prévention contre le VIH
PODI	Poste de Distribution
PreP	Prévention Pré exposition
PS	Professionnelle de Sexe
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PTPE	Prévention de la Transmission du VIH des Parents à l'Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RCA	République Centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
RDS	Response Driven Sampling (Echantillonnage dirigé par les répondants)
RECAPEV	Réseau Centrafricain des Personnes Vivant avec le VIH
REDES	Ressources et Dépense sur le Sida
RENAFILS	Réseau National des Fille Libres
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RGS	Réseau des Groupes de Soutien
RS	Région Sanitaire
Sida	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMIT	System Management Interface Tool
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SNIS	Système d'Information Sanitaire
TARV	Thérapie antirétrovirale
TB-MR	Tuberculose Multi Résistante
TV	Télévision
UCM	Unité de Cession des Médicaments
UDI	Usagers des Drogues Intraveineuses
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHAS	United Nations Humanitarian Air Service
UNHCR	Haut-Commissariat de Nations Unies pour les Réfugiés

UMIRR	Unité Mixte et d'Intervention Rapide pour la Répression des Violences Sexuelles
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violence Basée sur le Genre

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS ii
SIGLES ET ABREVIATIONS iii
TABLE DES MATIERES vii
Liste des figures ix
Liste des tableaux x
RESUME EXECUTIF xii
INTRODUCTION 1
Approches de planification basée sur les résultats 1
Processus d'élaboration du PSN 1
CONTEXTE NATIONAL 3
Situation géographique 4
Situation démographique 4
Situation économique 5
Contexte humanitaire 5
CONTEXTE SANITAIRE 6
Contexte de Covid-19 en RCA 7
SYNTHESE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE 8
Dynamique de l'infection 9
Prévalence dans la population générale 9
Incidence 10
Mortalité 12
Prévalence selon le sexe et l'âge 15
Tendance de la prévalence selon le sexe 15
Répartition des PVVIH selon le sexe et l'âge 16
Prévalence chez les femmes enceintes 17
Prévalence du VIH chez les populations clés 18
Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe 18
Prévalence du VIH chez les HSH 20
Personnes usagers de drogue injectable 21
Personnes privées de liberté (Détenus) 21
Populations passerelles et vulnérables 22
Adolescents et jeunes dont les adolescentes et jeunes femmes en situation de vulnérabilité 22
Hommes en uniforme 23
Personnes en situation de handicap 24
Le personnel de santé et les accidents d'exposition aux liquides biologiques 24
Populations difficiles d'accès aux services de soins 25
Situation des Infections Sexuellement Transmissibles 25
Situation des comorbidités 25

Co-infection TB/VIH 25
Cas VIH avancé 25
Coïnfection avec l'hépatite B et C 26
Facteurs transversaux de vulnérabilité 26
Les principaux facteurs de vulnérabilité et de risque sont : 26
Résumé analyse de la situation épidémiologique 27
29
SYNTHESE DE L'ANALYSE DE LA REPONSE 29
Prévention/Dépistage 30
Prévention et dépistage dans la population générale 30
Prévention et dépistage dans les populations clés 38
Prévention et dépistage dans les populations vulnérables 42
Sécurité transfusionnelle et Accident d'exposition aux liquides biologiques 44
Autres moyens/interventions de prévention 45
Résumé des gaps de la réponse sur la prévention et dépistage 46
La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 47
Les soins et traitements 56
La prise en charge par les traitements antirétroviraux (TARV) 56
Prise en charge de la co-infection TB/VIH 62
Prise en charge des cas VIH aux stades avancés 66
La gestion des approvisionnements et stockage des médicaments et intrants 68
La prise en charge nutritionnelle 69
Le laboratoire et le suivi biologique 72
Prise en charge des IST 73
Pharmacovigilance et Surveillance des résistances 74
Droits humains et genre 78
Analyse des financements 80
Système de suivi-évaluation en vigueur pour les données 85
Le système national d'information sanitaire (SNIS) 85
Organisation de la réponse, gouvernance et leadership 86
Coordination centrale et décentralisée 86
Réponse du secteur santé 86
Réponse du secteur de défense et de la sécurité 86
Réponse des autres secteurs (Autres secteurs et réseaux de coordination de Lutte contre le Sida) 86
Réponse communautaire 87
Gestion du plan de contingence 88
PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2023-2027 89
ORIENTATIONS STRATEGIQUES 90
Vision 90
But 90
Fondements de la stratégie nationale de lutte contre le VIH et le Sida 90

Principes directeurs du PSN VIH 2023-2027 90
Approche de priorisation du PSN VIH 2023-2027 92
Cadre des résultats 93

Populations prioritaires retenues et projections dans le PSN 2023-2027 94

Théorie du changement et stratégies/approches clés et innovantes pour le PSN 2023-2027 95

Catégorisation du pays en fonction des contextes et paquets de services adaptés 104

Cadre institutionnel et organisationnel de la lutte contre le VIH en RCA 129
Interactions entre les différents acteurs de la lutte contre le VIH et le SIDA 129
Au niveau du secteur public 130
Au niveau des organisations de la société civile 132
Au niveau du Secteur privé 133
Au niveau des Partenaires techniques et financiers (PTF) 133

Cadre de suivi et d'évaluation du PSN 2023-2027 135
Organisation et structures de Suivi & Evaluation 135
Mécanisme de suivi et d'évaluation 135
Système de surveillance et de notification 135
Etudes et enquêtes 135
Hypothèses de calcul des coûts des interventions 136
Tendances et besoins financiers globaux du PSN 2023-2027 136
Stratégies de mobilisation des ressources 140

Liste des figures

Figure 1: Aperçu des besoins humanitaires en République centrafricaine, novembre 2022. 6
Figure 2: Prévalence VIH nationale de 2013-2022 9
Figure 3: Situation des nouvelles infections à VIH en 2022, Estimations Spectrum/Naomi 2023, RCA 10
Figure 4: Evolution des nouvelles infections chez les sujets âgés de plus de 15 ans en RCA 2013 à 2022, Estimations ONUSIDA 2022. 11
Figure 5: Estimations du taux de nouvelles infections chez les adultes de 15-49 ans par DS en 2022, Estimations Naomi ONUSIDA, 2022 11
Figure 6: Evolution des décès pour tout âge, dus à l'infection à VIH en RCA de 2013 à 2022, Estimation ONUSIDA, 2022 12
Figure 7: Evolution annuelle du nombre de décès liés au Sida compare au nombre de personnes sous TAR de 1990-2022, Spectrum 2023. 12
Figure 8: Prévalence VIH des personnes âgées de 15-49 ans par District sanitaire, Naomi ONUSIDA, 2022 13
Figure 9: Prévalence VIH des personnes âgées de 15-49 ans par District sanitaire, Spectrum/Naomi 2023, RCA 14
Figure 10: Evolution de la prévalence dans la population de personnes de 15-49 ans selon le sexe, ONUSIDA 2022 15
Figure 11: Prévalence selon le sexe et l'âge en 2022, Spectrum/Naomi 2023, RCA 16
Figure 12: Evolution du taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes selon les Régions sanitaires, de 2020 à 2022, Rapport du programme PTPE, 2022 17

Figure 13: Evolution annuelle du taux de transmission mère-enfant de 2013-2022, ONUSIDA 2022. 17
Figure 14: Distribution de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe, RCA 2019. 18
Figure 15: Répartition de la taille des PS par Région et zones d'exploitation minière 19
Figure 16 : Approches méthodologiques de la distribution des préservatifs en Centrafrique. 30
Figure 17 : Performances en Consommation Moyenne de Condom par Tête d'Habitants (CMCTH) en 2020 Niveau Préfectures. 31
Figure 18: Nombre de HSH/PS bénéficiant des activités de prévention de CRF en 2021 39
Figure 19: Nombre de HSH/PS bénéficiant des activités de prévention de CRF en 2022 39
Figure 20: Cascade du dépistage de VIH chez les HSH en RCA en 2021 et en 2022. 40
Figure 21: Cascade du dépistage de VIH chez les PS en RCA en 2021 et en 2022. 40
Figure 22: Séroprévalence des marqueurs biologiques effectué par le CNTS en 2022 45
Figure23: Répartition du nombre de femmes enceintes n'ayant pas bénéficié de CPN1 de 2017 à 2022. 47
Figure24: Cascade PTME en 2020 50
Figure25: Cascade PTME en 2021 50
Figure26 : Cascade PTME en 2022 51
Figure27: Cascade programmatique des 95-95-95 en RCA – 2021 et en 2022 60
Figure28: Cascade populationnelle ajustée en 2021 et 2022 61
Figure29: Cascade 95-95-95 populationnelle ajustée en RCA 2022 (Enfants) 61
Figure30: Cascade 95-95-95 populationnelle ajustée en RCA 2022 (Femmes et Hommes) 62
Figure31: Taux de dépistage VIH des patients tuberculeux par région sanitaire et résultats en RCA-2021 63
Figure 32: Offre de service des prestations de service de laboratoire de base en 2021 72
Figure 33: Comparaison prévisions du PSN, budgets annuels et dépenses 80
Figures 34: Budget 2021-2022 par source de financement 81
Figure 35: Dépenses 2021-2022 par source de fonds 82

Liste des tableaux

Tableau 1: Nouveau découpage administratif 4
Tableau 2: Répartition de la taille des HSH et PS selon les Régions du pays 20
Tableau 3: Estimation de GAP de besoin en 2021 32
Tableau 4: Nombre de personnes adultes dépistées dans les formations sanitaires par région sanitaire en 2021 33
Tableau 5: Nombre de personnes adultes dépistées dans les formations sanitaires par région sanitaire en 2022. 33
Tableau 6: Nombre de personnes adultes dépistées dans les formations sanitaires par district sanitaire au 2022 35
Tableau 7: Dépistage de cas index par région sanitaire en routine en 2022 36
Tableau 8: Dépistage de cas index par district sanitaire en routine en 2022 37
Tableau 9 : Performances réalisées pour les populations clés conformément au PSN en cours (2021-2025). 41
Tableau 10: Résultats de dépistage volontaire des FDS à Bangui, Bouar et Sibut 42
Tableau 11: Résultats de l'enquête bio-comportementale dans les trois (3) Etablissements pénitentiaires à Bangui et à Bimbo, 2022 42

Tableau 12: Les indicateurs des activités de prévention et de dépistage des adolescents/jeunes en 2021 et 2022.....44
Tableau 13: Couverture des Régions Sanitaires en FOSA fonctionnelles et en sites PTME en 2022 (Source : Cartographie Offre eTME 2022) 48
Tableau 14: Couverture en site PTME par Région Sanitaire et par District sanitaire en RCA en 2022.....49
Tableau 15:Présentation des différents indicateurs de la PTME par Région Sanitaire et par DS en 2022.....52
Tableau 16: Performances sur la prise en charge médicale par les ARV en fonction des années..56
Tableau 17: Répartition des sites de traitement et des patients sous traitement ARV par Région Sanitaire en 2022. 57
Tableau 18: Proportion des PVVIH mises sous traitement ARV par district Sanitaire en 2022.....59
Tableau 19: Les Districts Sanitaires présentant des couvertures en tests VIH inférieures à 50%, Revue TB.....64
Tableau 20: Budgets et dépenses par partenaire (en FCFA).....83
Tableau 21: Budgets et dépenses par axe d'intervention (en FCFA) 84
Tableau 22:Populations prioritaires, cibles du PSN 2023-2027. 94
Tableau 23 : Changements d'approches dans les interventions et stratégies prioritaires pour le PSN 2023-2027 96
Tableau 24 : Paquet de services en fonction de la catégorisation du pays 104

RESUME EXECUTIF

La République Centrafricaine, est l'un des pays les plus touchés de l'Afrique Centrale par l'infection à VIH. Elle est caractérisée par une épidémie de type généralisé avec une prévalence estimée à 3,4% en 2022. Toutefois, la prévalence chez les femmes de 15 à 49 ans (4,3%) reste constamment supérieure à la prévalence nationale (3,4%) et à celle des hommes (2,5%) de la même tranche d'âge. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, la prévalence est plus élevée chez les jeunes filles que chez les garçons (1,8% versus 0,9%). La prévalence du VIH chez les populations clés, est de 15% [13,0% ; 17,3%] chez les professionnels du sexe (PS) et 6,4% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH). La prévalence du VIH chez les personnes privées de liberté montre une prévalence de 5,6% en 2022 tandis que cette prévalence est de 2,8% chez les personnes en situation de handicap en 2022.

L'incidence du VIH pour 1.000 personnes est de 1,6 [0,7 - 3,5], plus élevée chez les adultes (15 ans et plus) avec 2,4 [0,1–0,6].

Le nombre de décès liés au VIH est en baisse au sein de la population, car il est passé de 5.442 en 2019 à 4.452 en 2022 soit une baisse de 18,2%. Ces décès sont plus issus des adultes avec 3.177 décès [1.873 –5.620] et essentiellement des femmes 1749 décès [942 – 3386] soit 55,1% des adultes.

La réponse des acteurs de la lutte contre le VIH a certes donné des résultats avec une baisse constante de la prévalence et de l'incidence ainsi que de la mortalité.

Cependant des défis persistent. En effet, concernant le dépistage et le traitement du VIH, les performances de la RCA en 2022 par rapport aux objectifs globaux 95-95-95 sont 59-83-88 (59% des PVVIH connaissent leur statut sérologique, de celles-ci, 83% ont été mises sous ARV et la proportion ajustée des patients sous ARV ayant une CV supprimée est de 88%). Cette faible performance s'explique principalement par l'insuffisance prononcée en ressources humaines (quantité et qualité), les difficultés d'approvisionnement réguliers en intrants de dépistage et de traitement, une tendance à la centralisation de la planification et gestion de la mise en œuvre, une coordination et un suivi insuffisants aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et un financement quoiqu'en hausse reste insuffisant.

En effet RCA, on observe une nette amélioration des activités de dépistage du VIH parmi les tuberculeux passant de 45% en 2015 à 80% en 2021, dont 28% sont séropositifs en 2021. Toutes les formations sanitaires n'offrent pas la CPN et la PTME non plus. En effet, la PTME est mise en œuvre dans 229 FOSA soit 28 % des sites offrant la CPN (229/810). La stigmatisation des PVVIH et la discrimination envers certains groupes restent encore élevées ; enfin les violences basées sur le genre sont fréquentes et constituent un creuset pour la transmission du VIH. Le suivi et évaluation, la coordination, la gouvernance, le financement restent insuffisants afin d'atteindre les performances escomptées.

Malgré les défis liés au contexte social, politique et humanitaire, la lutte contre le Sida demeure une priorité de santé publique pour le Gouvernement qui s'est engagé dans l'atteinte des cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA et pour l'élimination du Sida d'ici 2030.

Le PSN-VIH 2023-2027 est le résultat d'une mise à jour du PSN 2021-2025. Cette mise à jour a pour but d'aligner le Plan Stratégique National de lutte contre le Sida au 7ème cycle de financement du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme qui couvrira la période 2024-2026. Comme pour les précédents plans, cette mise à jour a aussi été le résultat d'un processus participatif sous le lead de la Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida (CN/CNLS), en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Population (MSP), la société civile et avec la participation de l'ensemble des partenaires techniques et financiers de la réponse nationale au VIH/Sida. Ce processus a suivi plusieurs étapes associant l'analyse de la situation, l'analyse de la

réponse et la formulation du nouveau PSN à travers une planification prenant en compte la théorie du changement.

La RCA entend, participer au mouvement international conformément à la déclaration de politique de juin 2016 qui consiste à « Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 » et qui a été renforcée par celle de juin 2021 « Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030 ». Ces déclarations ont été faites à l'occasion des réunions de Haut niveau (HLM) des Etats membres des Nations Unies à New York.

Le PSN-VIH 2023-2027 de la RCA se fonde sur une approche visant à maximiser l'accès égal et équitable aux services et solutions liés au VIH, à éliminer les obstacles à l'obtention de bons résultats en matière de lutte contre le VIH, et à mobiliser de manière conséquente des ressources afin de soutenir des ripostes efficaces au VIH tout en les intégrant dans les systèmes de santé, dans la protection sociale et humanitaire et dans les ripostes aux pandémies.

La théorie du changement a guidé l'élaboration du plan qui est basé sur une décentralisation de la lutte à travers l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et interventions adaptées aux contextes des régions et de districts sanitaires selon un paquet de services adapté pour les villes et zones accessibles ainsi que pour les zones très peu accessibles et/ou d'insécurité. Cette décentralisation des services vise aussi une intégration des services VIH dans les autres programmes de santé sexuelle et reproductive ainsi que les autres programmes de lutte contre les maladies transmissibles (comme le VIH, la TB, les hépatites, la syphilis) et non transmissibles

Pour ce faire, des actions prioritaires couvrant dix (10) domaines et cinq (5) questions transversales de la stratégie ONUSIDA 2021-2026 « Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida » sont prises en compte, afin d'atteindre l'élimination du VIH/Sida comme problème de santé publique en 2030.

Le Plan Stratégique National 2023-2027 est bâti sur les résultats de l'analyse de la réponse au VIH et au Sida durant la période 2021-2022 et qui a révélé d'importants gaps programmatiques dont les principaux sont une couverture des services de prévention et dépistage envers les populations clés et vulnérables insuffisante et peu ciblée dans la population générale, une forte stigmatisation et discrimination et des difficultés d'accès financiers aux soins, une forte proportion de PVVIH non couverte par le traitement antirétroviral (50% en 2022), une couverture en ARV chez les nourrissons et les adolescents est égale à 35%, une mise en œuvre des Approches Différenciées limitée dans certains sites de prise en charge, une implication des acteurs communautaires très limitée dans la réalisation des 95-95-95, enfin, une accessibilité au plateau technique des laboratoires pour le diagnostic des infections opportunistes, le diagnostic précoce du nourrisson par PCR, la charge virale VIH et le génotypage VIH, limitée à quelques rares villes.

La mise en œuvre du Plan Stratégique National de riposte au VIH et au Sida pour la période 2023 - 2027 devrait permettre à la République Centrafricaine d'être dans la trajectoire pour l'élimination du Sida d'ici 2030. Ce plan est formulé autour de 03 résultats d'impacts et de 02 résultats transversaux qui sont ensuite déclinés en résultats d'effets et des résultats de produits. Chaque résultat de produit est décliné en stratégies à haut impact nécessaires à l'atteinte des cibles fixées. L'essentiel des résultats attendus se présente comme suit :

- Résultat d'Impact n°1 : les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2027 ;
- Résultat d'Impact n°2 : le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant passe de 18% à moins de 5% d'ici 2027 ;
- Résultat d'Impact n°3 : le nombre de décès dus au Sida est réduit de 50% d'ici 2027 ;
- Résultat transversal n°1 : les obstacles qui entravent les droits humains, le genre et l'accès aux soins sont levés d'ici l'horizon 2027.

- Résultat transversal n°2 : la coordination, le leadership et la redevabilité pour la réponse sont performants, les financements sont durables et le système communautaire est renforcé.

Ce PSN 2023-2027 nécessitera 250 336 568 760 FCFA soit environ 381 635 639 Euros pour sa mise en œuvre.

Pour ce PSN révisé, il est important d'élargir l'assiette des contributeurs/partenaires financiers de la lutte contre le VIH/SIDA en mettant un accent particulier sur la contribution de l'Etat Centrafricain, du secteur privé, des collectivités locales tout en garantissant celles des partenaires internationaux.

CONTEXTE DE L’ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE 2023-2027

INTRODUCTION

La République Centrafricaine, est l'un des pays les plus touchés de l'Afrique de l'Ouest et du Centre par l'infection à VIH. Elle est caractérisée par une épidémie de type généralisé avec une prévalence estimée à 3,4% [2,5 – 5,2] chez les 15 à 49 ans en 2022, plus élevée chez les femmes avec 4,3% [3,2 – 6,5] et 2,5% [1,8 – 3,9] chez les hommes[1]. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 124.732 [95100 – 184 874] dont 113220 adultes et 11512 enfants. Les femmes adultes représentent 63,3% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

Malgré les défis liés au contexte social, politique et humanitaire, la lutte contre le Sida demeure une priorité de santé publique pour le Gouvernement qui s'est engagé dans l'atteinte des cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA. De ce fait, des progrès notables ont été enregistrés au cours des dernières années grâce aux efforts du Gouvernement et de ses partenaires.

De 2013 à 2022, les nouvelles infections à VIH ont été réduites de 10,8% et les décès liés au VIH ont baissé de 51,5% dans la même période[2]. Plusieurs initiatives ont été mises en place pour améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH. Des progrès sont à noter avec une baisse de la prévalence (4,3% en 2013 et 3,4% en 2022), une augmentation progressive du nombre des patients sous traitement (40% en 2019 à 49% en 2022) et une baisse de la mortalité liée au Sida (9178 en 2013 à 4452 en 2022).

Cependant, si cette tendance persiste avec ces écarts et défis, ceci limiterait l'atteinte des engagements internationaux et sous régionaux auxquels la RCA a souscrit pour l'élimination du Sida d'ici 2030.

Pour l'atteinte de cette cible de 2030, dans un contexte de ressources financières qui se raréfient, des efforts considérables seront déployés par le Gouvernement avec l'appui des partenaires techniques et financiers et des Organisations Communautaires pour mettre à échelle des stratégies à haut impact pour l'élimination des nouvelles infections et la promotion de l'accès universel aux soins et traitements des personnes qui en ont besoin.

Approches de planification basée sur les résultats

C'est depuis l'an 2000 que le Gouvernement avec l'appui de l'ONUSIDA et des autres partenaires tant nationaux qu'internationaux, s'est engagé dans la planification stratégique de la réponse nationale au VIH et au Sida. Comme pour les précédents plans, l'extension du PSN 2021-2025 est le résultat d'un processus participatif en plusieurs étapes associant l'analyse de la situation et de la réponse et la formulation du PSN à travers une planification de troisième génération axée sur les résultats.

Le Plan Stratégique National de riposte au VIH et au Sida pour la période 2023 - 2027 est formulé autour des impacts, des résultats transversaux, des résultats d'effet et des résultats de produits. Chaque résultat de produit est décliné en intervention/stratégie à haut impact nécessaire à l'atteinte des cibles fixées.

Processus d'élaboration du PSN

La République Centrafricaine a initié le processus de la revue à mi-parcours du nouveau Plan Stratégique National VIH pour la période 2021-2025, sous le lead de la Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida (CN/CNLS), en étroite collaboration avec le Ministère en charge de la Santé et de la Population (MSP), et avec la participation de l'ensemble des partenaires techniques et financiers de la réponse nationale au VIH/Sida. Ce processus a suivi trois étapes essentielles à savoir : (i) l'analyse de la

[1] Spectrum 2023, RCA.
[2] Spectrum 2023, RCA.

situation de l'épidémie du VIH en RCA, (ii) l'analyse de la réponse à l'épidémie au cours des dix-huit derniers mois et, (iii) l'élaboration du nouveau Plan Stratégique National dans une démarche de planification axée sur les résultats.

La coordination du processus d'élaboration du PSN VIH 2023-2027 a été assurée par un Comité Technique, composé de Représentants des institutions et ceux des partenaires techniques et financiers, présidé par le Ministre Coordonnateur National du CNLS.

Un groupe de travail technique a été mis en place pour assurer la préparation de diverses étapes du processus coprésidé par le Coordonnateur National Adjoint du CNLS.

Trois consultants nationaux, deux consultants internationaux ont été recrutés pour réaliser la revue documentaire, élaborer les rapports de l'analyse de la situation et de la réponse et conduire l'élaboration du PSN 2023-2027.

Pour garantir son appropriation par toutes les parties prenantes à la riposte au VIH/Sida, tout le processus a été participatif mettant à contribution les experts de la CN/CNLS, du Ministère de la Santé et de la Population, les Représentants des Ministères Sectoriels, les Représentants des partenaires techniques et financiers (ONUSIDA, OMS, UNICEF, UNFPA, PAM , CRF, MSF, CCM etc…), les représentants d'organisations de PVVIH, des populations clés (professionnels de sexe, les Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes…) ainsi que les représentants des ONG nationales et internationales.

CONTEXTE NATIONAL

Situation géographique

La République Centrafricaine (RCA) est un pays enclavé situé au cœur de continent africain avec une superficie de 623 000 km². Elle est entourée par le Cameroun à l'Ouest, le Tchad au Nord, le Soudan et le Soudan du Sud à l'Est, la République Démocratique du Congo (RDC) et la République du Congo au Sud (Figure N°1). Le climat du pays est marqué par deux saisons, une saison sèche qui va de novembre à avril, et une saison pluvieuse allant de mai à octobre. La pluviométrie est variable selon les zones. Tout cet environnement offre des conditions propices au développement des maladies endémo-épidémiques telles que le paludisme, les filarioses, la méningite, les anthropozoonoses, etc.
Depuis 2021, la République centrafricaine est légalement divisée en 20 préfectures avec autant des chefs-lieux et 82 sous-préfectures par la Loi n° 21.001 relatives aux circonscriptions administratives du 21 janvier 2021.

Tableau 1: Nouveau découpage administratif

Région	Préfecture	Chefs-lieux
Region1	Lobaye	Mbaïki
	Ombella M'Poko	Boali
Region2	Mambéré	Carnot
	Mambéré-Kadéï	Berbérati
	Nana-Mambéré	Bouar
	Sangha-Mbaéré	Nola
Region3	Lim-Pendé	Paoua
	Ouham	Bossangoa
	Ouham-Fafa	Batangafo
	Ouham-Pendé	Bozoum
Region4	Kémo	Sibut
	Nana-Gribizi	Kaga-Bandoro
	Ouaka	Bambari
Region5	Baningui-Bangoran	Ndélé
	Haute-Kotto	Bria
	Vakaga	Birao
Region6	Basse-Kotto	Mobaye
	Haut-Mbomou	Obo
	Mbomou	Bangassou
Region7	Bangui	Bangui

Situation démographique

Selon les résultats de la cartographie du RGPH-4, la population de la RCA est estimée à 6.091097 habitants en 2021, dont plus de la moitié (56%) est en besoin d'aide humanitaire[3].

Répartition de la population par préfecture ainsi que la densité

Les préfectures de Bangui, de la Ouaka, de Lim-Pende et de la Basse-Kotto sont parmi les plus peuplées, concentrant 44,2% de la population totale du pays. Avec un taux de fertilité de 6,4% (2019), la densité de la population en RCA est passée de 6,2 à 9,8 habitants au km^2 en 20 ans, pour un taux d'urbanisation de 42,5%. Les femmes représentent 51% de la population totale, et les hommes 49%. La population est jeune,

[3] Central African Republic, Rapport de situation OCHA, Janvier 2023

74% d'entre elle ayant moins de 35 ans et les personnes âgées de plus de 59 ans constituent à peine 4,7% de l'ensemble de la population. La proportion des jeunes de moins de 18 ans est de 50 %[4].

Situation économique

Classée au 188ème rang sur 191 pays et territoires selon l'Indice de développement humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la RCA est l'un des pays les plus pauvres au monde. Son produit intérieur brut (PIB) par habitant s'élève à 511 USD, ce qui est considérablement inférieur à la moyenne de 1130 USD dans d'autres pays touchés par l'instabilité, les conflits et la violence en Afrique sub-saharienne[5]. La proportion de Centrafricains vivant sous le seuil de pauvreté de 1,90$ américain par jour est estimée à 71,4%[6]. Si le FMI prévoyait une augmentation de 3% du PIB en 2022, alors que le pays se remettait lentement de l'impact de la COVID-19, la guerre en Ukraine a contré cette trajectoire de croissance.

Contexte humanitaire

En 2022, les déplacements de population se sont poursuivis au même rythme qu'en 2021 à mesure que les mouvements de retour ralentissaient de manière significative, maintenant près d'un demi-million de personnes hors de leurs foyers. Corolaires indissociables de la poursuite des hostilités en RCA, les violations et atteintes aux droits de l'homme et les violences basées sur le genre sont en augmentation et témoignent des conséquences graves de la crise sur la protection des civils. Au conflit se sont greffées les perturbations des marchés mondiaux et leur impact quasi immédiat sur le pouvoir d'achat déjà faible des Centrafricains. Près de 500 000 personnes n'ont toujours pas pris le chemin du retour[7]. Si ce chiffre traduit une baisse de 26% du nombre de PDI par rapport au mois d'août 2022, il est à mettre au compte de l'extension de la couverture de la Matrice de suivi des déplacements (DTM) de l'OIM. Car loin de traduire une amélioration du contexte, l'analyse des données montre qu'un tiers des retours s'est produit entre 2018 et 2019 tandis que seuls 9% des retours ont eu lieu en 2022[8]. Pire encore, cette même source dit que près du quart de l'ensemble des PDI comptabilisés dans le pays s'est déplacé en 2022.

[4] Nations Unies : Analyse commune de pays, février 2022
[5] Banque Mondiale, "La Banque mondiale en République Centrafricaine : Un aperçu"
[6] Banque Mondiale, "République centrafricaine : Appuyer la reconstruction du système statistique national pour de meilleures données de prise de décision », 28 juillet 2022
[7] UNDP, Human development report,2021/2022
[8] OIM, DTM Round 16

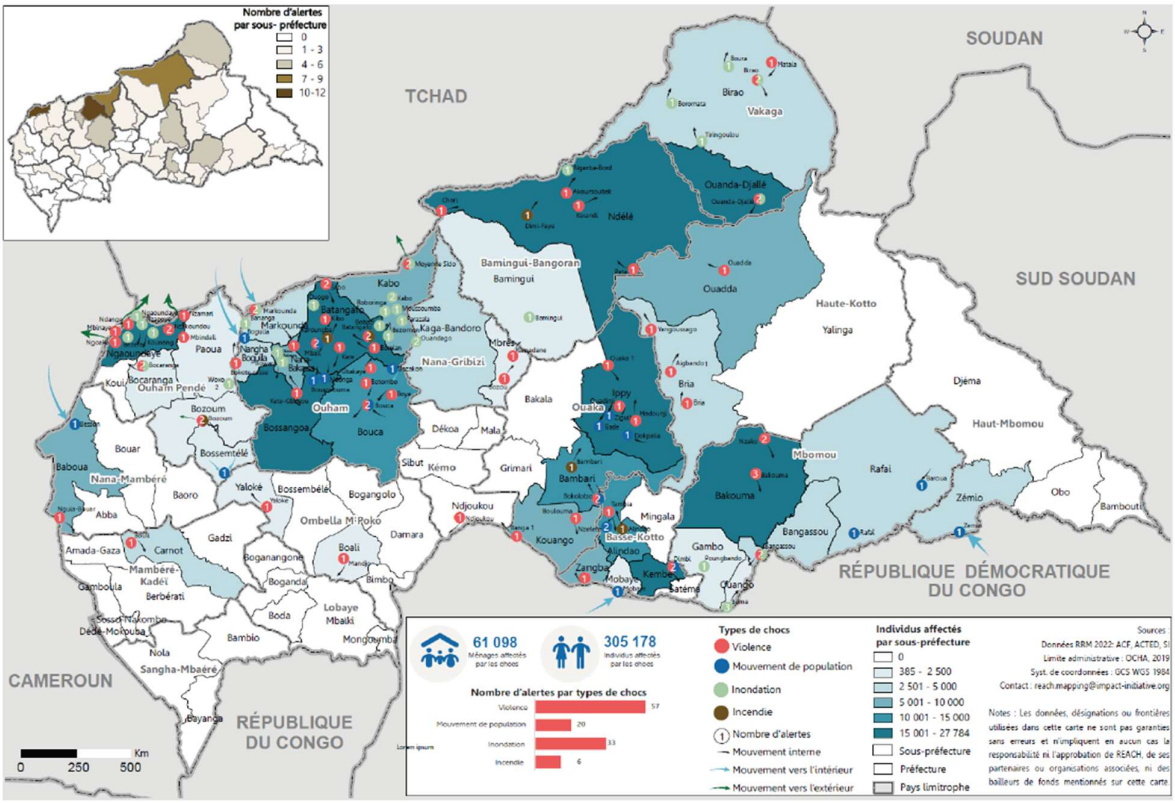


Figure 1: Aperçu des besoins humanitaires en République centrafricaine, novembre 2022.

CONTEXTE SANITAIRE

Le système de santé de la RCA est de type pyramidal, avec 3 niveaux : le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central. Le niveau périphérique, est l'unité opérationnelle de mise en œuvre de la politique nationale de santé. Le nombre des établissements de santé est de 1.005 fonctionnels en fin 2021, repartis dans les 35 Districts Sanitaires ; elles sont constituées essentiellement de Postes de Santé (53%) et Centres de Santé (42%). La Région Sanitaire N°3 a le plus grand nombre des structures sanitaires, 206 soit environ 20% contrairement à la Région Sanitaire N°7 qui en compte 79 soit 8% (Rapport SARA HeRAMS 2021). Depuis une quinzaine d'années, plusieurs facteurs dont les conflits militaro-politiques, ont fait que la situation sanitaire de la RCA est caractérisée par une dégradation continue de tous les indicateurs de santé avec comme conséquences :

- La mortalité générale très élevée, dont le taux brut est passé de 17‰ en 1988 à 18‰ en 2011 d'après les projections faites à partir des données du RGPH 2003 ;
- La mortalité infanto-juvénile encore très élevée avec 220 décès pour mille naissances vivantes en 2003 (RGPH 2003), à 174 décès pour mille en 2010 (MICS 4) ;
- La mortalité néonatale : 45 ‰ selon les données hospitalières ;
- La mortalité maternelle est estimée à 850 pour 100.000 naissances vivantes ; la tendance de la mortalité maternelle de 1990 à 2008 faite par le Groupe Inter-Agence du Système des Nations Unies plaçant la RCA au 2ième rang des taux les plus élevés.
- L'espérance de vie à la naissance est estimée à 53 ans.

Malgré les efforts entrepris au cours de ces dernières années, le système de santé de la RCA demeure confronté à un déficit important d'infrastructures et équipements, des

problèmes de gestion des intrants et médicaments, une pénurie en ressources humaines, des problèmes de gestion des données, une insuffisance de financement de la santé. Tout d'abord, le système de santé fonctionne à peine, en raison d'une pénurie chronique de personnel de santé qualifié, d'équipements médicaux et de médicaments de base. 70% des services de santé sont fournis par des organisations humanitaires et 2,7 millions de personnes, soit la moitié de la population, ont besoin d'une assistance sanitaire. Un Centrafricain sur quatre, doit marcher pendant plus d'une heure pour atteindre la clinique la plus proche et, pour beaucoup, les factures des consultations et des médicaments sont inabordables. Seul un Centrafricain sur trois a accès à l'eau potable, à des toilettes et à une douche. Et pour beaucoup, le savon est un produit de luxe. L'accès à l'eau et à l'assainissement est particulièrement problématique sur les nombreux sites où vivent 141 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI), souvent dans des abris de fortune surpeuplés où la distance physique n'est pas praticable.

Contexte de Covid-19 en RCA[9]

Presque trois ans se sont écoulés depuis que le gouvernement de la République centrafricaine (RCA) a confirmé son premier cas de COVID-19 le 14 mars 2020, cependant depuis début 2022, le nombre de cas a connu des baisses drastiques.

En janvier 2022, la RCA se trouvait au milieu de la troisième vague de COVID-19. Au cours de la première semaine de janvier, 745 nouveaux cas ont été enregistrés, soit plus que pendant tout le mois de décembre 2021 (674 cas). Au 22 janvier 2022, le Ministère de la Santé a enregistré 15 367 cas cumulés de COVID-19, dont 113 décès, depuis le début de la pandémie.

En fin 2022, 2 535 002 personnes ont été vaccinées contre la COVID-19. Le Ministère de la Santé a révisé son plan national de déploiement des vaccins pour intensifier la vaccination contre la COVID-19. Le plan comprendra de nouvelles cibles, notamment les personnes âgées de 15 ans et plus. Le plan bénéficiera du soutien financier de la Banque mondiale, de l'UNICEF, de GAVI et de l'OMS

La pandémie a frappé un pays déjà ravagé par des décennies de conflit armé et de sous-développement. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la République centrafricaine était parmi les pays les moins préparés à faire face à la pandémie. Une série de facteurs aggravants rendent le pays à la fois vulnérable et la réponse à la pandémie difficile.

[9] Central african republic, Rapport de situation OCHA, Janvier 2023

SYNTHESE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

Dynamique de l'infection

Prévalence dans la population générale

L'épidémie de l'infection à VIH en RCA est de type généralisé. Dans l'ensemble, la prévalence du VIH est en baisse constante depuis 2013 selon les estimations du Spectrum 2023, la prévalence est passée de 3,8% en 2017 à 3,4% en 2022 (voir figure ci-dessous).

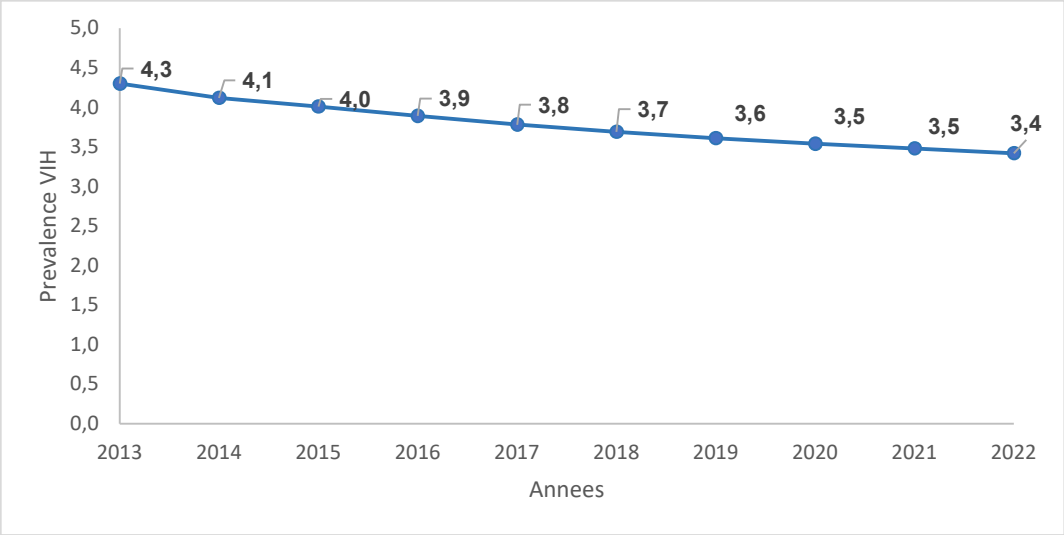


Figure 2: Prévalence VIH nationale de 2013-2022

Source : Données Spectrum 2023, RCA.

Dans la tranche d'âge des 15 à 49 ans, elle est passée de 3,5% [2,8-5,0] en 2020 à 3,4% [2,5-5,2] en 2022 selon les projections de l'ONUSIDA. Toutefois, la prévalence chez les femmes de 15 à 49 ans (4,3%) reste constamment supérieure à la prévalence nationale (3,4%) et à celle des hommes (2,5%) de la même tranche d'âge. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, la prévalence est plus élevée chez les jeunes filles que chez les garçons (1,8% versus 0,9%).

La voie sexuelle est le principal mode de contamination. On estime à 124 732 [95 100 ; 184 874] le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2022 dont 11.512 [8371 ; 16263] enfants de 0 à 14 ans. La majorité des adultes infectés par le VIH sont des femmes avec 78 926 cas (63,3%).

Incidence

L'incidence du VIH pour 1.000 personnes est de 1,6 [0,7 - 3,5], plus élevée chez les adultes (15 ans et plus) avec 2,4 [1,0–6,0]. Selon les estimations de l'ONUSIDA, les nouvelles infections présentent une tendance à la hausse depuis 2016 (8946) avec un pic en 2021 (9948) puis une légère baisse en 2022 (9500).

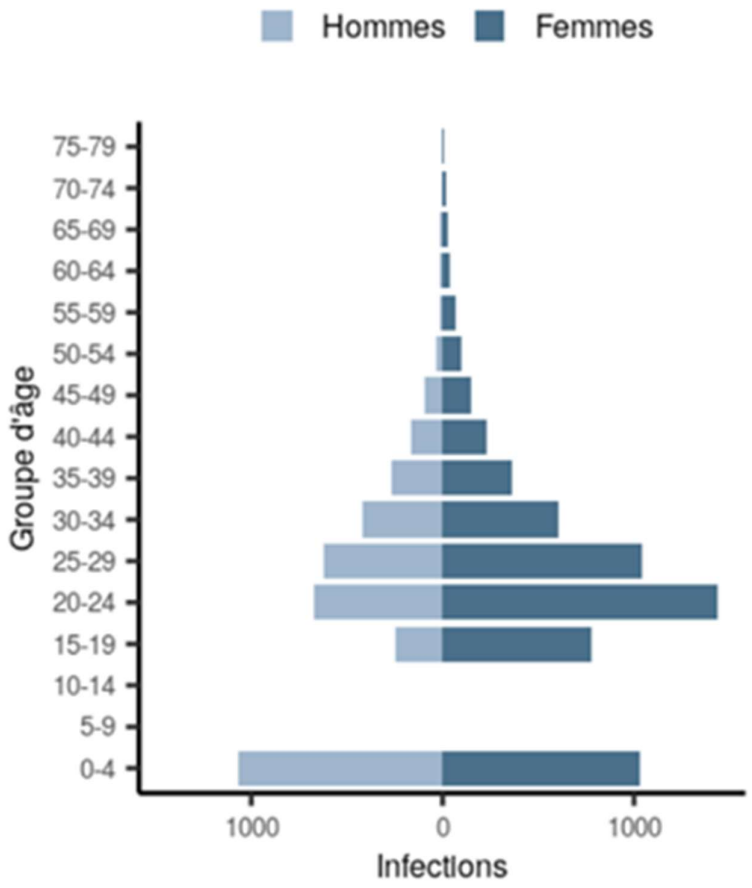


Figure 3: Situation des nouvelles infections à VIH en 2022, Estimations Spectrum/Naomi 2023, RCA

On observe une incidence élevée parmi les sujets âgés de 15-29 ans avec une prédominance féminine. Toutefois, la tranche de 20-24 ans est beaucoup plus affectée que les autres catégories quel que soit le sexe. Le graphique 3 illustre la tendance des nouvelles infections chez les sujets âgés de 15 ans et plus au niveau national.

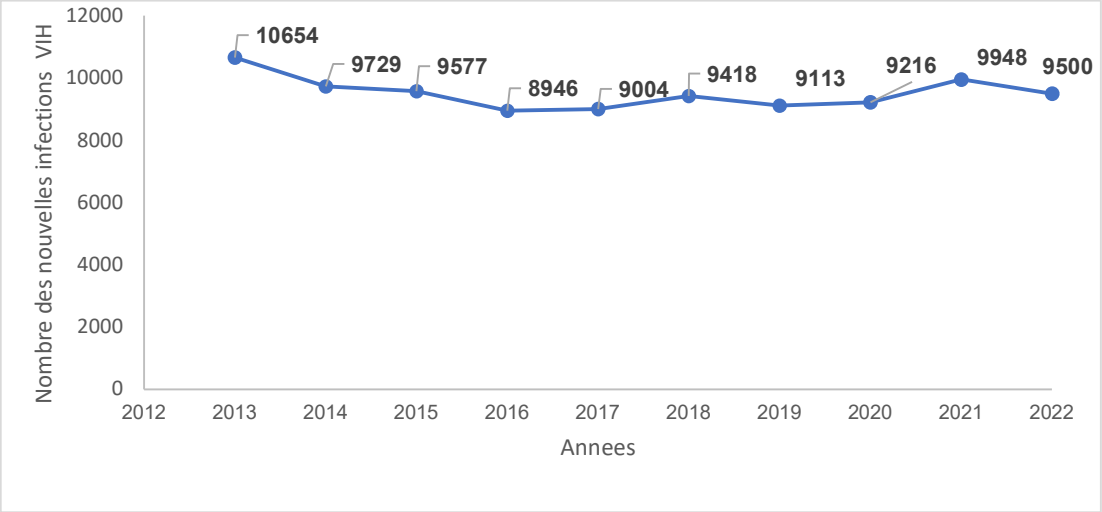


Figure 4: Evolution des nouvelles infections chez les sujets âgés de plus de 15 ans en RCA 2013 à 2022, Estimations ONUSIDA 2022.

L'incidence est variable selon le district sanitaire (DS), voir les précisions dans la figure ci-dessous détaille les incidences du VIH selon les districts.

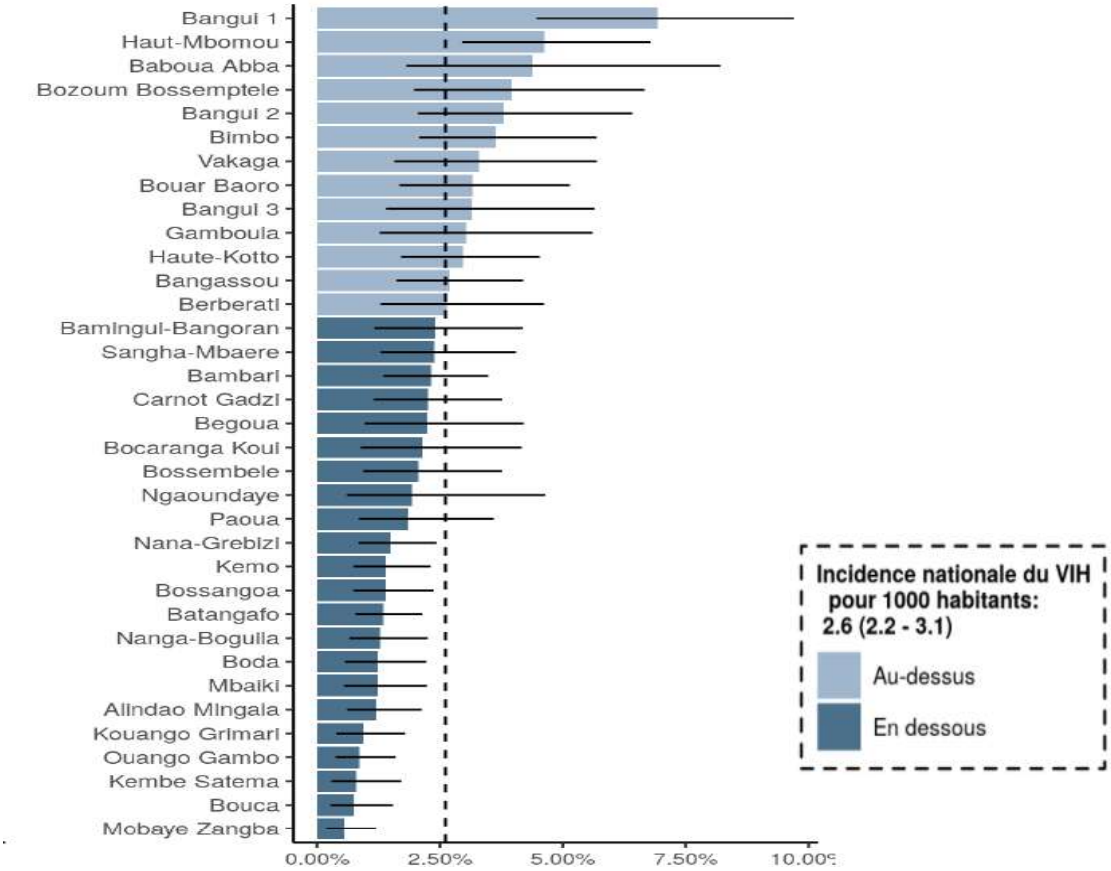


Figure 5: Estimations du taux de nouvelles infections chez les adultes de 15-49 ans par DS en 2022, Estimations Naomi ONUSIDA, 2022

La situation des nouvelles chez les adultes est présentée dans la figure 2 ci-dessus. Sur les 35 districts sanitaires que compte le pays, 13 sont ont une incidence du VIH

au-dessus de la moyenne nationale qui est de 2,6 pour 1000 adultes âgés de 15-49 ans.

Mortalité

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de décès liés au sida de 2013 à 2022.

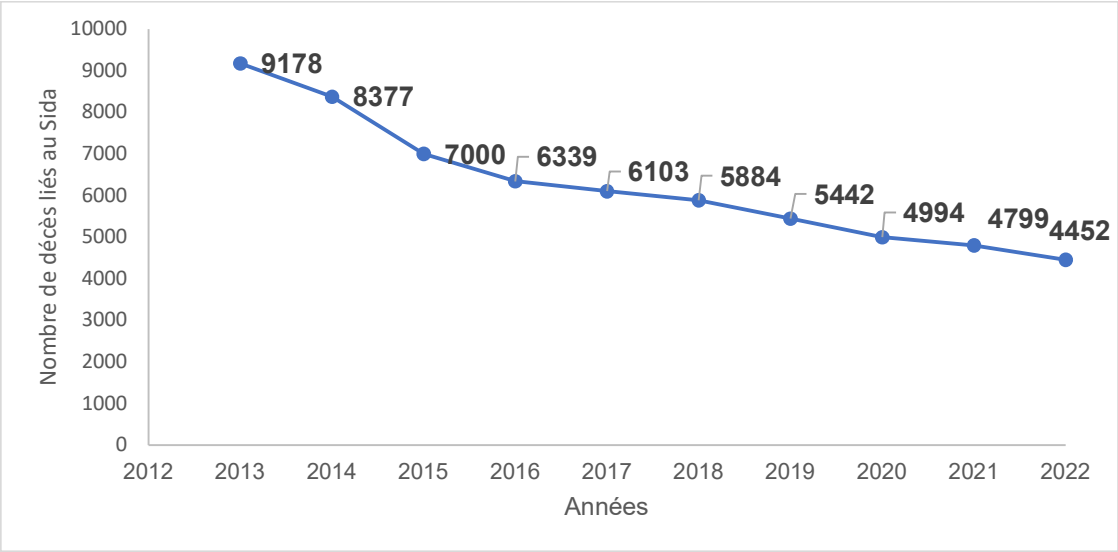


Figure 6: Evolution des décès pour tout âge, dus à l'infection à VIH en RCA de 2013 à 2022, Estimation ONUSIDA, 2022

Le nombre de décès liés au VIH est en baisse au sein de la population, car il est passé de 5442 en 2019 à 4452 en 2022 soit une baisse de 18,2%. Ces décès sont plus issus des adultes avec 3177 décès [1873 –5620] et essentiellement des femmes 1749 décès [942 – 3386] soit 55,1% des adultes.

La figure 7 ci-dessous montre l'évolution de la mortalité et l'augmentation des PVVIH mis sous TARV.

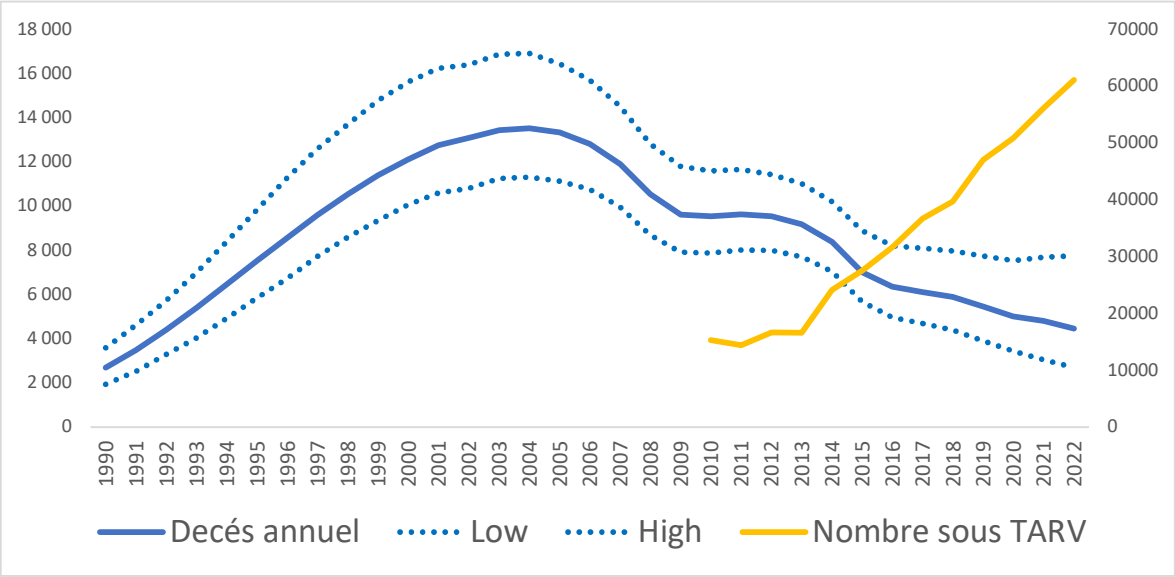


Figure 7: Evolution annuelle du nombre de décès liés au Sida compare au nombre de personnes sous TAR de 1990-2022, Spectrum 2023.

Selon les données des études réalisées à Bangui, les principales causes de décès chez les PVVIH sont l'inclusion tardive à un stade avancé de la maladie (Stade 3 ou 4 de l'OMS) dans le circuit des soins[10,11,12], la coïnfection VIH/TB[13] [14]et l'échec thérapeutique.[15]

Selon les estimations de Spectrum, le nombre de décès liés au VIH chez les enfants âgés de 0-14 ans est en constante baisse depuis 2017 de 1443 à 1276 enfants soit en 2022 soit une baisse de 11,6%

Ce nombre chez les jeunes de 15 à 24 ans a diminué de 451 à 353 décès entre 2017 et 2022, soit une baisse de 22%. La mortalité reste élevée et témoigne des difficultés connues de garder les jeunes sous traitement au moment de l'adolescence. Ceci nécessite le renforcement des programmes spécifiques en faveur des adolescents et jeunes pour les initier et les maintenir sous TARV[16].

Prévalence par zone géographique

La prévalence du VIH distribuée par district sanitaire est illustrée dans la figure et tableau ci-dessous.

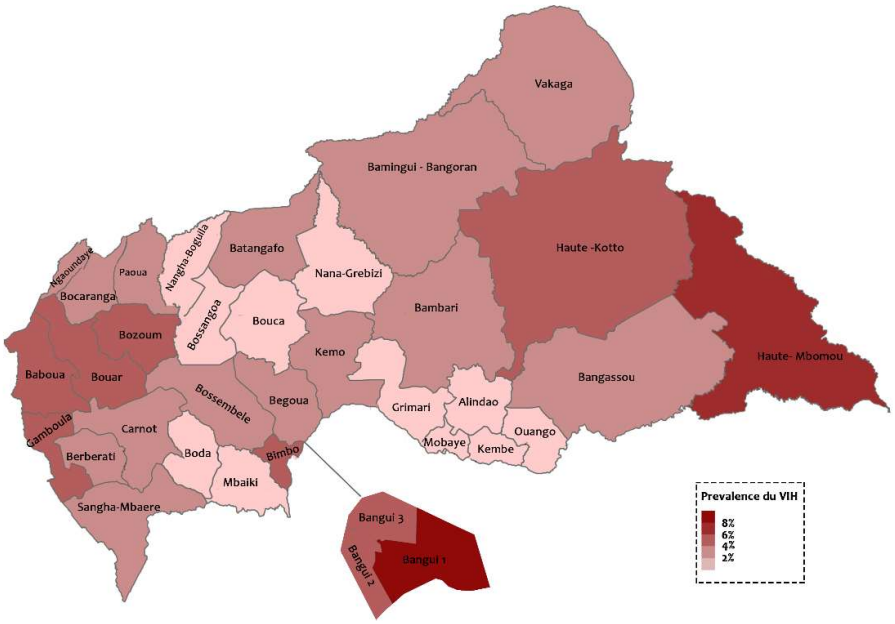


Figure 8: Prévalence VIH des personnes âgées de 15-49 ans par District sanitaire, Naomi ONUSIDA, 2022

10 What drives mortality among HIV patients in a conflict setting? A prospective cohort study in the Central African Republic

11 Déterminant de la non observance du traitement antirétroviral à Bangui

12 Le taux des perdus de vue des patients au programme de traitement antirétroviral dans deux centres de traitement ambulatoire de Bangui

13 Facteurs de risque de décès à l'initiation du traitement antirétroviral dans le service des Maladies Infectieuses à Bangui

14 Facteurs de risque de décès après initiation du traitement antirétroviral chez les enfants vivant avec le VIH suivis au complexe pédiatrique de Bangui

15 Trends of HIV Viral Load in Patients under Combined Antiretroviral Treatment in Bangui, Central African Republic

16 Draft1_Rapport Estimations du VIH_2022

Cette carte révèle que les districts des régions sanitaires numéros 2, 6 et 7 ont des prévalences au VIH très élevées allant de 4 à 8,8%.

La figure 9 ci-dessous présente la prévalence au VIH par district sanitaire par rapport à la moyenne nationale.

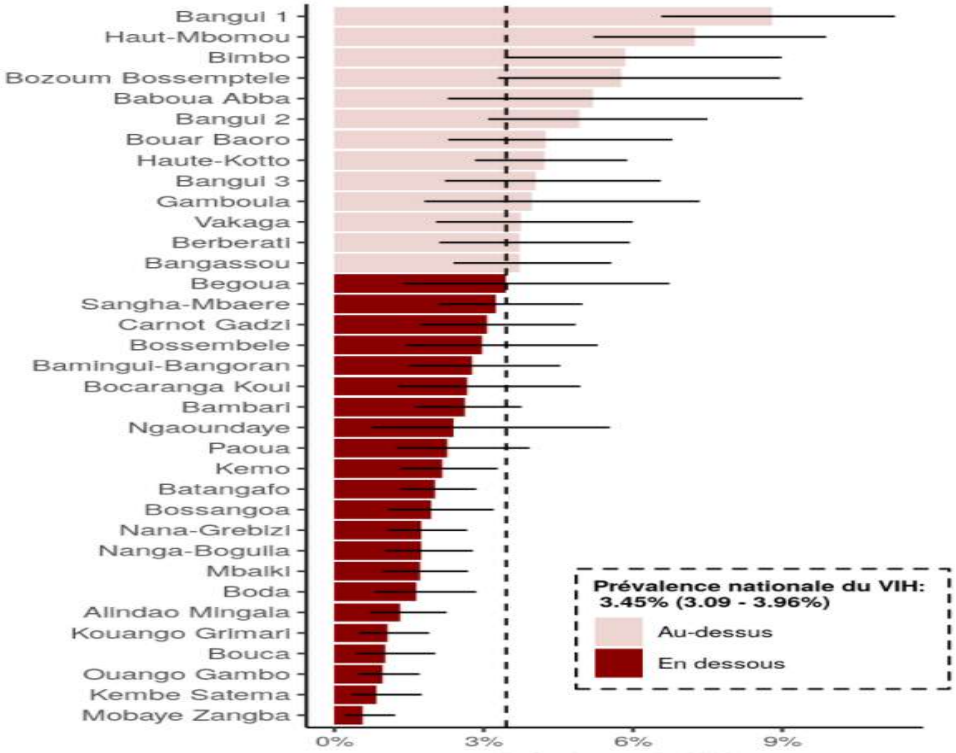


Figure 9: Prevalence VIH des personnes agees de 15-49 ans par District sanitaire, Spectrum/Naomi 2023, RCA

Treize (13) DS sur les 35 DS (soit 37% des DS) ont une prévalence supérieure à la moyenne nationale.

Prévalence selon le sexe et l'âge

Tendance de la prévalence selon le sexe

La figure10 présente l'évolution de la prévalence de 2013 à 2022 selon le sexe

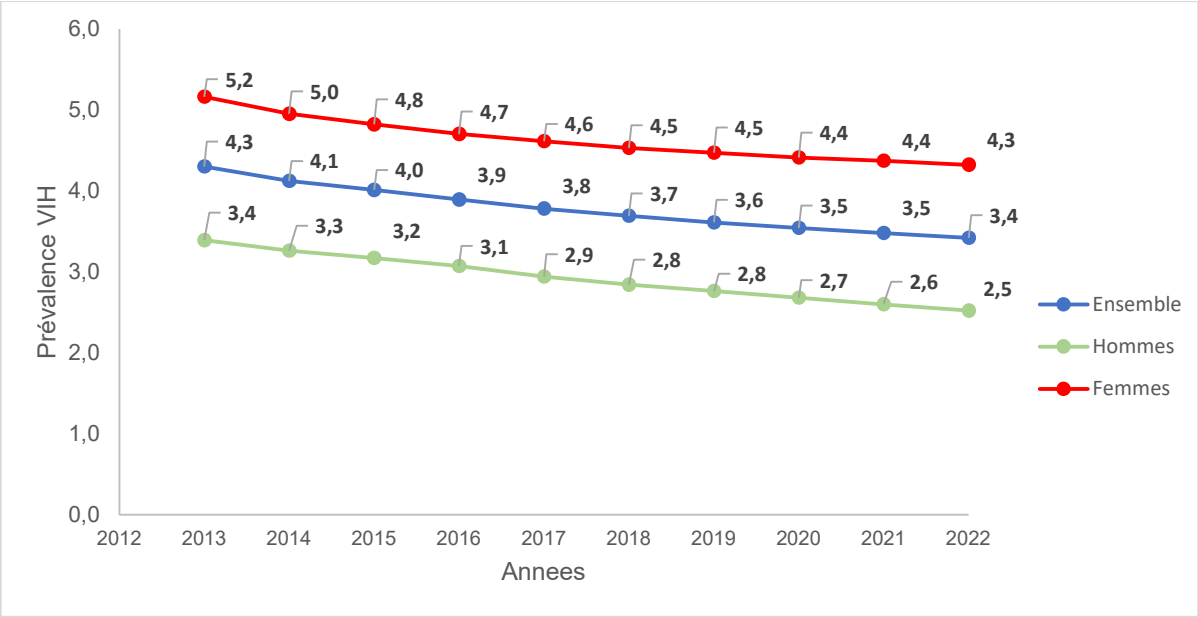


Figure 10: Evolution de la prévalence dans la population de personnes de 15-49 ans selon le sexe, ONUSIDA 2022.

Selon les données du Spectrum 2023, la prévalence du VIH est estimée à 4,3% [3,2 – 6,5] chez les femmes de 15 à 49 ans et de 2,5% [1,8 – 3,9] chez les hommes de même âge. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, la prévalence est de 1,3% ; plus élevée chez les jeunes filles que chez les garçons (1,8% versus 0,9%).

Répartition des PVVIH selon le sexe et l'âge

La figure 11 montre la répartition des PVVIH selon l'âge et le sexe.

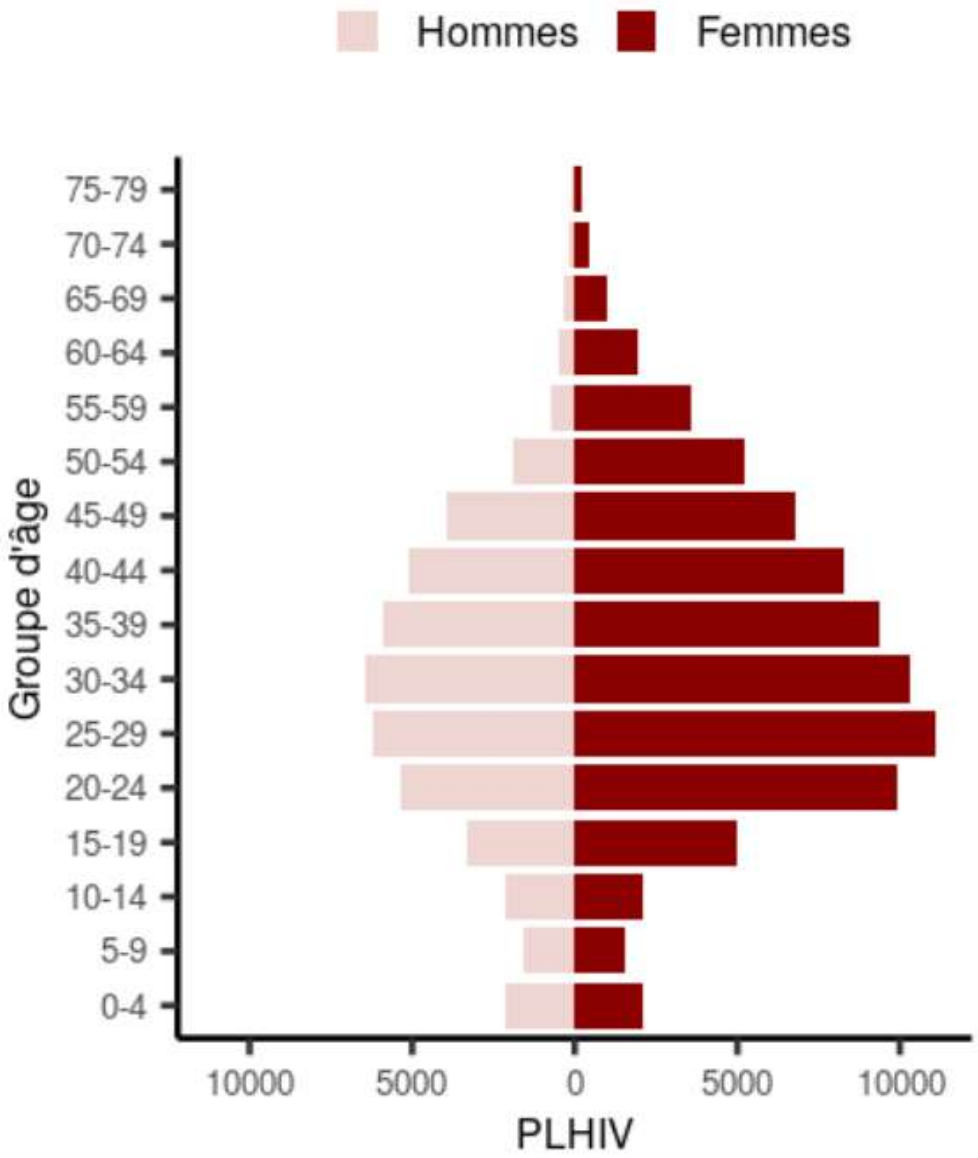


Figure 11: Prévalence selon le sexe et l'âge en 2022, Spectrum/Naomi 2023, RCA

On note une concentration des PVVIH dans les tranches de 20-49 ans avec une prédominance féminine. Cependant, la tranche d'âges 25-29 ans est la plus affectée avec une proportion des femmes VIH+ est supérieur à 50%.

Prévalence chez les femmes enceintes

Selon les données du programme de prévention parents-enfants en 2022, la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes est passée de 3,8% en 2021 à 3,2% en 2022.
Dans 11 districts sanitaires, la prévalence est supérieure à la moyenne nationale.
Il s'agit de : Baboua-Abba (7,6%), Bambari (3,3%), Bangui1 (5,4%), Bangui2(4,7%), Bouar-Baoro (4,4%), Bozoum-Bossemptéle (4,9%), Carnot-Gadzi (4,5%), Gamboula (7,3%), Haut-Mbomou (6,4%), Haute-Kotto (3,8%), Paoua (5,0%).

La figure 12 ci-dessous présente l'évolution du taux de séropositivité au VIH chez les femmes enceintes selon les Régions Sanitaires du 2020 à 2022.

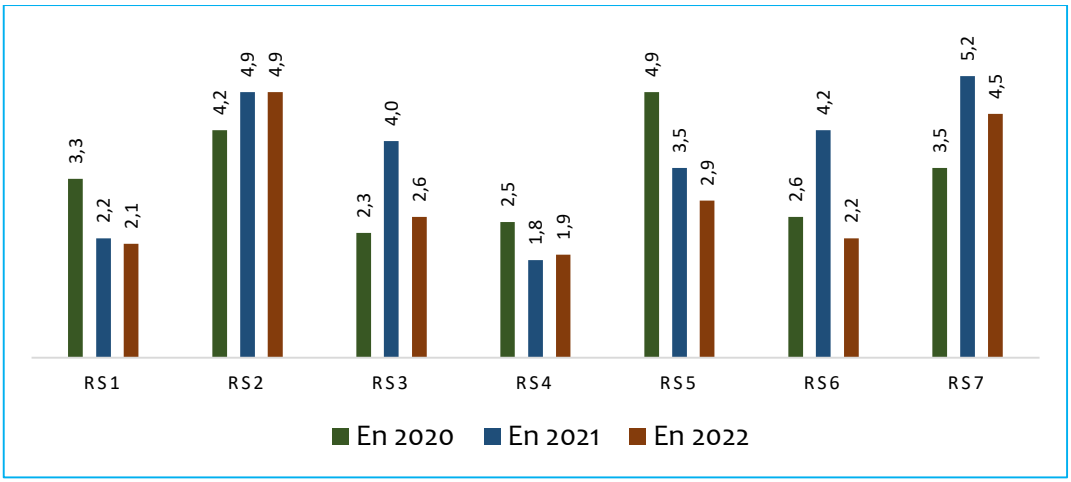


Figure 12: Evolution du taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes selon les Régions sanitaires, de 2020 à 2022, Rapport du programme PTPE, 2022

La cible de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est de ramener le taux de transmission à moins de 5%. Cependant, les données de projection de Spectrum montrent un taux de transmission à 6 semaines concordant de près de 18% et 26,5% si on inclut la période d'allaitement (voir figure ci-dessous).

En 2022, la couverture en SPN1 (CPN1) est de 42% (104722/249911).

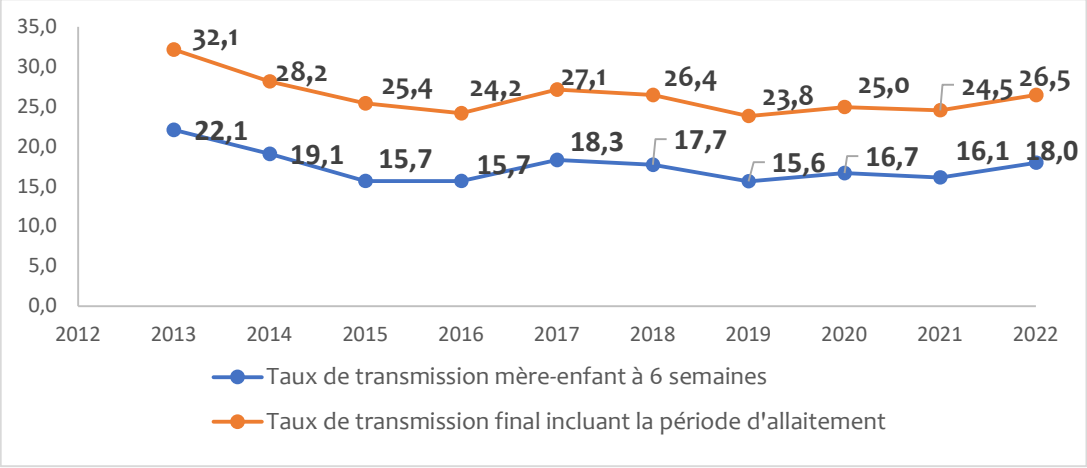


Figure 13: Evolution annuelle du taux de transmission mère-enfant de 2013-2022, ONUSIDA 2022.

Prévalence du VIH chez les populations clés

Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe

Selon les données de l'enquête de la détermination du comportement et du profil sérologique liés aux IST chez les professionnelles de sexe (PS) à Bangui, Boali, Bouar, Carnot et Berberati en République Centrafricaine en 2019, 15% [13,0% ; 17,3%] des PS sont infectés par le VIH[17]. Cette proportion est significativement plus importante en province qu'à Bangui (22,1% vs 11,7%)]. Elle est également plus élevée que celle relevée par l'enquête séro-comportementale réalisée à Bangui en 2014(9,1%).[18]

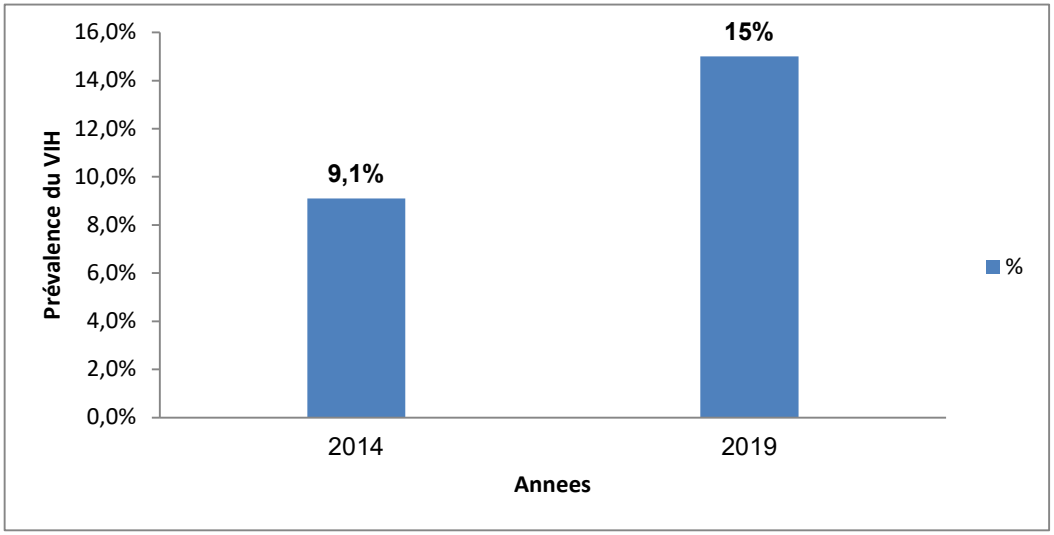


Figure 14: Distribution de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe, RCA 2019.

Ces données montrent un accroissement de la vulnérabilité des travailleuses de sexe par rapport au VIH entre 2014 et 2019.

La prévalence de la Syphilis active dans la population des PS est de 9,8% et de l'hépatite B de 7,4%.

Une estimation de la taille des PS a été réalisée en 2019 dans la capitale et dans quatre autres localités du pays. Les données obtenues ont permis de faire des extrapolations par appariement à tous les chefs-lieux des Préfectures (14) et des Sous-Préfectures (56). Les données obtenues à Bangui ont été appariées à la commune de Bimbo qui est le Chefs-Lieux de la Préfecture de l'Ombella Mpoko. Ces extrapolations ont permis d'estimer la taille des PS à 12 984.

[17]RDS 2019
[18]PS ISTEGEC

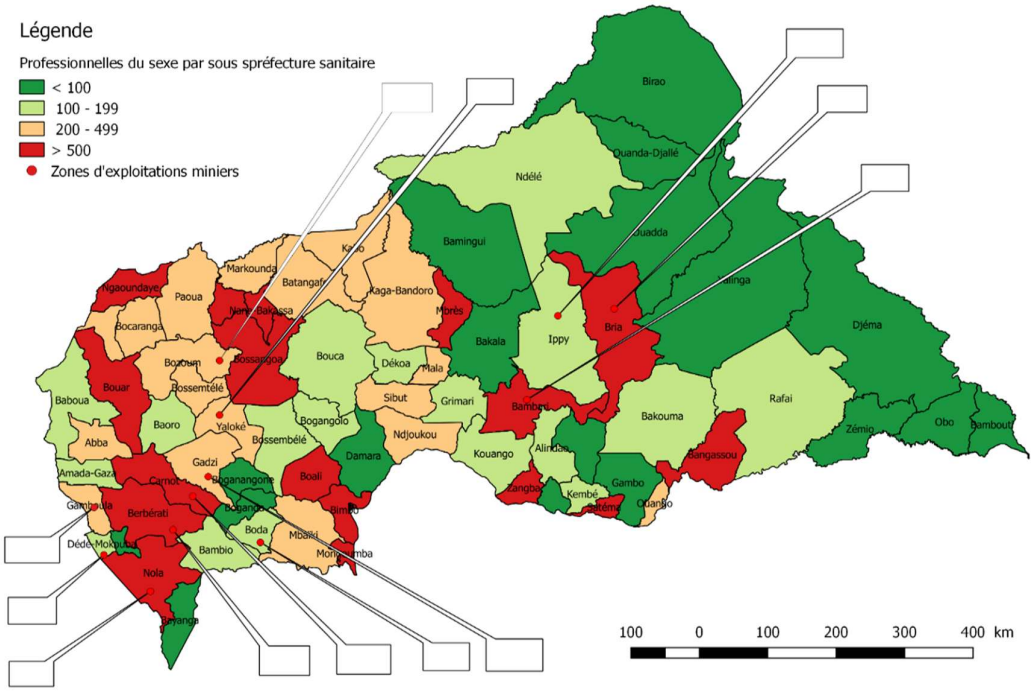


Figure 15: Répartition de la taille des PS par Région et zones d'exploitation minière

Cependant il n'y a pas de données sur la taille ni la prévalence du VIH chez les clients des PS.

Les principaux facteurs de vulnérabilité et de risque chez les PS sont :

- L'âge : les professionnelles de sexe de plus de 25 ans ont une prévalence VIH de 21,9% contre 8,1% chez les moins de 25 ans ;
- La faible utilisation du préservatif : 58,7% des PS ont déclaré avoir accepté des rapports sexuels non protégés[19] ;
- La consommation d'alcool : 85,9% des PS ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'exercice de leur profession ;
- La présence des IST : 41,0% des PS ont déclaré avoir contracté une IST au cours des 12 derniers mois[20] ;
- La précocité des rapports sexuels : 35,6% des PS ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans ;
- Le faible niveau de connaissance correcte sur le VIH/Sida : 75,9% des PS n'ont pas eu une connaissance correcte sur le Sida.
- La stigmatisation et la discrimination : 31,9% des PS ont déclaré éviter les structures de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination ;
- Les violences basées sur le genre : 46,8% des PS ont déclaré avoir été battu en moyenne 4 fois par un partenaire payant au cours des 30 derniers jours pour cause de jalousie ou de refus de certaines pratiques sexuelles ;
- La mobilité des PS : 40,1% des PS ont effectué un déplacement à l'intérieur du pays dans le cadre de leurs activités.

[19] RDS 2019

[20] Risk factors for HIV infection among female sex workers in Bangui, Central African Republic

Prévalence du VIH chez les HSH

Selon les données de l'enquête RDS chez les HSH en RCA en 2019, la prévalence du VIH dans cette population est de 6,4%. Les HSH de Bangui (7,4%) sont significativement plus infectés que ceux des villes de provinces (3,0%). Bien que cette prévalence ne soit pas comparable aux résultats de 28,6% de prévalence chez les HSH de Bangui en 2014 suivis en milieu hospitalier au Centre National de Référence des IST et de la Thérapie Antirétrovirale, la prévalence reste toutefois plus élevée que la moyenne nationale.

La prévalence de l'hépatite B chez les HSH est de 10,9% et la syphilis de 3,8%.

L'estimation de la taille des HSH dans tous les Chefs-Lieux des Préfectures et Sous-Préfectures du pays est disponible et est globalement estimée à 2 976 personnes.

Le tableau ci-après résume la répartition de la taille estimée des HSH et PS dans tous les Chefs- Lieux des Préfectures et Sous-Préfectures du pays.

Tableau 2: Répartition de la taille des HSH et PS selon les Régions du pays

N°	SOUS PREFECTURES						Préfectures			Capitale		
	Sous-Préfectures	**Taille PS**	**Taille HSH**	**Sous Préfectures suite**	**Taille PS**	**Taille HSH**	**Préfectures**	**Taille PS**	**Taille HSH**		**Taille PS**	**Taille HSH**
1	Damara	66	11	Boda	127	21	Mbaîki	142	28	Bimbo	576	237
2	Bongangolo	75	14	Sosso-Nakombo	67	11	Nola	211	43	Bangui	2500	1000
3	Bossembélé	111	19	Dede Mokouba	103	16	Sibut	159	31			
4	Yaloké	153	25	Gadzi	192	31	Kaga Bandoro	161	30			
5	Mongoumba	216	39	Bayanga	49	8	Bambari	285	55			
6	Gamboula	147	26	Koui	155	24	Bangassou	212	40			
7	Baboua	72	13	Bakala	42	7	Ndélé	81	16			
8	Abba	178	32	Ippy	84	13	Bria	240	48			
9	Bocaranga	161	27	Bamingui	35	6	Birao	37	22			
10	Paoua	170	29	Ouadda	28	5	Bossangoa	239	45			
11	Ngaoundaye	238	40	Yalinga	24	4	Berbérati	500	100			
12	Bossemptélé	182	34	Ouanda Djallé	20	3	Bozoum	195	75			
13	Nana Bakassa	450	40	Alindao	76	12	Mobaye	70	28			
14	Markounda	188	33	Mingala	40	7	Obo	52	19			
15	Boguila	234	40	Gambo	54	9	Bouar	360	150			
16	Bouca	121	21	Rafaï	76	12						
17	Batangafo	177	32	Bakouma	104	19						
18	Kabo	152	27	Bambouti	4	1						
19	Dékoa	127	22	Carnot	250	40						
20	Mala	145	26	Boganda	65	11						
21	Mbrès	221	38	Boganangone	27	4						
22	Grimari	116	19	Amadagaza	87	14						
23	Kouango	76	13	Baoro	74	12						
24	Kembé	96	17	Zémio	46	7						

25	Zangba	216	37	Satéma	240	41						
26	Ndjoukou	155	27	Boali	250	45						
27	Bambio	113	20	Ouango	193	34						
28	Djéma	20	4	Bogangolo	75	14						
	Total	**4377**	**725**		**2589**	**432**		**2943**	**729**		**3076**	**1237**
	Total PS	**12984**										
	Total HSH	**3122**										

Les principaux facteurs de vulnérabilité et de risque qui ressortent des données du RDS 2019 sont :

- L'âge des HSH : les sujets de plus de 25 ans ont une prévalence du VIH deux fois plus élevée que chez les moins de 25 ans (10,1% versus 4,8%) ;
- Le faible niveau d'instruction : 70,9% des HSH n'ont pas dépassé le niveau secondaire premier cycle ;
- La consommation abusive d'alcool : 79,5% des HSH ont déclaré avoir des rapports sexuels dans un état d'ébriété ;
- L'âge au premier rapport sexuel anal : 29% des HSH ont eu leur premier rapport sexuel anal avant 15 ans ;
- Faible utilisation du préservatif : 42,7% des HSH ont déclaré qu'ils n'utilisaient pas systématiquement le préservatif au cours des rapports sexuels avec un partenaire différent du partenaire régulier ;
- La situation professionnelle : les HSH sans emploi ont 3,4 fois plus de risque d'être infecté par le VIH que ceux exerçant une profession ;
- Le milieu de résidence : un HSH résidant en province diminue le rapport de risque qu'il encourt d'être contaminé par le VIH de 79,0% ;
- La vie sexuelle : la prévalence du VIH est plus élevée chez les bisexuels (63,1%) que chez les homosexuels (30,6%) ;
- Le faible niveau de connaissance correcte du VIH (55,8% des HSH n'ont pas une connaissance correcte du Sida) et de l'offre de service disponible contre le VIH (86,8% des HSH ne savaient pas où se dépister pour le VIH et 56,2% ne connaissaient pas au moins un lieu de prise en charge des IST et du VIH) ;
- La présence d'IST : 24,9% des HSH ont avoué souffrir d'une douleur génitale, 19,3% d'écoulement génital, 17,1% d'une brûlure mictionnelle, 20,0% d'une démangeaison, 13,0% d'une ulcération génitale, et enfin 7,7% d'ulcération anale.

Personnes usagers de drogue injectable

Le Pays ne dispose pas des données sur cette population. Une étude devra être réalisée pour avoir des informations sur la prévalence et les facteurs de vulnérabilité au sein de cette population.

Personnes privées de liberté (Détenus)

En 2021, il existait 11 établissements fonctionnels et un seul établissement exclusivement pour les femmes (Bimbo) pour 1949 personnes privées de liberté dont 51 femmes (2,6%) et 40 mineurs (2,1%) avec 80% de détention préventive.

Le Taux d´occupation compris entre 51% à 517% (Ngaragba) et 78% des hommes adultes à Bangui et 68% des femmes à Bimbo.

Selon les données d'une enquête Bio-Comportementale dans trois établissements pénitentiaires à Bangui et Bimbo réalisée en mai 2022 auprès des 216 personnes testées, la prévalence du VIH a été de 5,6% chez les personnes privées de liberté, soit deux fois plus élevée que dans population générale (2,7%), et significativement plus élevée parmi les femmes avec 22%. La perception de la fréquence de relations sexuelles consensuelles entre détenus est de 36%, tandis que 2,9% des prisonniers ont rapporté avoir eu des rapports sexuels dans les prisons avec le personnel ou des visiteurs. Près d´un tiers (34,6%) des répondants rapporte avoir été témoin ou entendu des violences sexuelles. L´usage de drogues injectable à l´intérieur de l´établissement est rapporté à Ngaragba par 5 personnes, correspondant à une prévalence de 2,85%. Ces résultats supposent que les risques de transmission du VIH par voie sexuelle et par injection de drogues y sont élevés. Les autres risques de transmission par voie sanguine rapportés par les répondants, on note que 44% des personnes partagent leur rasoir, et 6% rapportent avoir réalisé des tatouages en détention.

La prévalence de la tuberculose est de 1%.

Les principaux facteurs de vulnérabilité et de risque chez les personnes privées de liberté sont :

- Faible accès à l'information et aux interventions de prévention ;
- Faible accès aux soins et traitement ;
- Marginalisation et stigmatisation ;
- Précarité des conditions de détention ;
- Relations sexuelles consensuelles entre détenus, entre détenus et membres du personnel ou visiteurs ;
- Sexe pour de l'argent ou des avantages ;
- Violences sexuelles ;
- Transmission sanguine par l'usage des drogues injectables et des objets souilles (rasoirs, tatouages…).

Populations passerelles et vulnérables

Adolescents et jeunes dont les adolescentes et jeunes femmes en situation de vulnérabilité

Chez les adolescents et jeunes de 15 à 24 ans, la prévalence du VIH est de 1,3% ; elle est plus élevée chez les jeunes filles que chez les garçons (1,8% versus 0,9%). Parmi les jeunes de 20 à 24 ans infectés par le VIH, le nombre des femmes est deux fois plus élevé que celui des hommes. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à la grande vulnérabilité des femmes :

a- La précocité des rapports sexuels chez les jeunes filles ; en effet, les données de l'enquête MICS réalisée en 2019, révèlent que dans l'ensemble, 36 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde. Cette proportion augmente rapidement avec l'âge, passant de 8 % à 15 ans à 59 % à 19 ans, âge auquel 53 % des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant.[21]

b- Le faible niveau d'utilisation des préservatifs parmi les jeunes : l'étude sur le comportement sexuel des adolescents de Bangui, montre que près de la moitié des enquêtés sont sexuellement actifs une fois par semaine, et que les chances

[21] Enquête à indicateurs multiples (MICS) 2019

d'utilisation des préservatifs sont plus réduites chez les moins jeunes (12-14 ans) que chez les plus âgés (15-19 ans). Plus précisément, près de 43% des enquêtés (adolescents et jeunes) déclarent ne pas du tout utiliser des préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels.

c- Le manque d'informations correctes sur la sexualité : De nombreux jeunes et adolescents reçoivent des messages scientifiquement incorrects, contradictoires et déroutants au sujet de la sexualité et du genre. Ils sont ainsi exposés à de graves risques concernant leur santé, leur bien-être et leur dignité. Ces conséquences néfastes sur la santé sexuelle et reproductive sont, aujourd'hui, une réalité pour de nombreux jeunes.

d- La consommation des boissons alcoolisées, la consommation de drogues, les IST plus accentuées en milieu rural qu'urbain, la faible utilisation des préservatifs chez les jeunes[22] (avec comme principales raisons le manque de courage pour négocier l'utilisation des préservatifs, le faible niveau de connaissance, les incidents de violences sexuelles), ont été identifiés comme facteurs de vulnérabilité risque chez les adolescents et jeunes, selon la cartographie des risques et de vulnérabilité liée à la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents en RCA. JS3 2018.

Afin de cibler les adolescents et jeunes en situation de vulnérabilité, les critères suivants ont été pris en compte pour sélection les sites/villes. Ce sont :

- Les zones d'activités minières ;
- Les villes utilisant des taxi-moto ;
- Les zones frontalières et carrefours ;
- Les zones des filles vivants autour des points chauds et zones touristiques pour les weekends.

Sur cette base 22 villes ont été identifiées qui sont : Bangui, Baoro, Begoua, Berberati, Bimbo, Boali, Bossangoa, Bouar, Bossemptele, Bozoum, Bria, Carnot, Contonnier, Damara, Dimbi, Gadzi, Mbaiki, Nola, Paoua, Pissa, Sibut, Zawa.

Hommes en uniforme

Pour une population estimée à environ 17.000 personnes, les Hommes en uniforme sont considérés à haut risque en raison de leur jeune âge et de leur mobilité (PSN 2016-2020). Selon les résultats de l'enquête de séroprévalence de 2009, la prévalence du VIH au sein de la population militaire était de 7,8%. En 2018, les données des visites médicales de réengagement de tous les militaires ont donné une prévalence de 5,8%. Les données de dépistage par les pairs de fin 2021 et toute l'année 2022 ont donné une prévalence de 9,5%. Certes, il existe des variations cependant ces prévalences restent nettement supérieur à celle de la population générale.

Les principaux facteurs de vulnérabilité et de risque chez les Hommes en uniforme seraient :

- La mobilité lors des missions ou des détachements en dehors de leur lieu de résidence ;
- L'indisponibilité des préservatifs dans le paquetage des militaires lors des détachements ;

[22] Cartographie de risques et de vulnérabilité liée à la santé sexuelle et reproductive des Jeunes et adolescents en RCA, JS3 2018.

- La faible accessibilité aux préservatifs dans l'arrière et surtout les zones d'opération militaires ;
- L'insuffisance de connaissance sur les IST et VIH/Sida ;
- L'insuffisance des activités de prévention au profit des Hommes en uniforme (distribution de préservatifs, dépistage etc.) ;
- Les pratiques sexuelles à risque par les hommes en uniforme ;
- Les violences basées sur le genre en milieu militaire ;
- Les viols et les harcèlements sexuels non déclarés, subis par les jeunes recrues et les subalternes.

Personnes en situation de handicap

Les résultats du recensement général de la population et de l'habitat en 2003, révélaient que les personnes vivant avec un handicap, représentaient 1,3% de la population centrafricaine. OCHA estimait en octobre 2019, l'effectif des personnes vivant avec un handicap à 730.000, dont 372.000 femmes.[23]

La grande vulnérabilité de cette population est ressortie de l'enquête « Humanité et Inclusion, analyse du handicap et des barrières » réalisée à Bambari en Août 2019, révélant que 43% des personnes en situation de handicap subissent des discriminations au sein de la communauté et plus de la moitié d'entre elles, rencontrent des barrières pour accéder aux services de santé d'une façon équitable.[24] Cette vulnérabilité socio-sanitaire par discrimination, est aggravée par la précarité économique, car les enquêtes pilotes de perception réalisées à Paoua et Bangassou en Août 2019, montrent que seulement « 41% des personnes handicapées interrogées, considèrent qu'elles peuvent gagner leur vie au sein de l'économie locale, contre 58% en moyenne »[25].

Selon le rapport provisoire de l'IBBS sur les personnes en situation de handicap d'octobre 2022, la prévalence du VIH est de 2,8%. On observe une prédominance du sexe féminin avec 6,5% contre 0,9% du sexe masculin. Par rapport à l'âge, le VIH est observé parmi les sujets en situation de handicap ayant 18 ans et plus avec une moyenne de 2,9%. L'infection est beaucoup plus observée parmi les instruits (2,9%) que parmi les non instruits (2,3%).

L'infection à VIH est observée de façon majoritaire parmi les personnes porteuses d'un handicap moteurs (3,8%), suivis du handicap visuels (3,3%) et enfin du handicap auditifs (1,5%).

Le personnel de santé et les accidents d'exposition aux liquides biologiques

Il n'existe pas de données spécifiques sur le personnel de santé ; toutefois les données de l'enquête sur les Impacts du VIH/Sida sur le développement en RCA appuyée par le PNUD en 2004-2005 avec des projections jusqu'en 2015, ont montré une proportion de VIH+ de 12,15% chez les agents de santé.

---

[23]OCHA: Aperçu des besoins humanitaires-République Centrafricaine. Cycle de programme humanitaire 2020 ; Publié en octobre 2019.

[24]Humanité et Inclusion, analyse du handicap et des barrières, chef-lieu de la sous-préfecture de Bambari, août 2019.

[25]Résultats préliminaires, Enquêtes de Perception pilotes à Paoua et Bangassou, Ground Truth Solutions, août 2019.

Les données sur les accidents d'exposition aux liquides biologiques (AELB) au niveau national en RCA ne sont pas disponibles, cependant quelques études réalisées dans la ville de Bangui auprès des personnels de santé dans les maternités (2013) et les laboratoires d'analyses biomédicales (2018), ont montré les résultats suivants : 60% (maternités) et 45,5% (Laboratoires) d'agents de santé ont été victime d'un AELB. Les personnels n'étaient pas immunisés contre l'hépatite B (91,2% vs 87,3%). Pour les étudiants en médecine la prévalence globale des AELB était de 52,4%, la survenue des AELB était significativement associe à l'âge et au niveau d'étude[26].

Les principaux facteurs de vulnérabilité et de risque chez les personnels de santé seraient l'insuffisance en matériels de protection, la faible déclaration pour la prise en charge correcte des cas et la faible couverture vaccinale contre l'hépatite B.

Populations difficiles d'accès aux services de soins

(Peulhs, Pygmées, transporteurs et migrants, PDI/refugiés)

Le Pays ne dispose pas des données sur ces groupes de populations. Une étude devra être réalisée pour avoir des informations sur la prévalence et les facteurs de vulnérabilité au sein de ces populations.

Situation des Infections Sexuellement Transmissibles

Les données sur les IST dans la population générale ne sont pas disponibles. Selon les estimations de l'OMS, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes en 2017 était de 4,7%[27] et l'incidence de la gonococcie était de 3 cas pour 100.000 adultes[28]. Par contre, les données de l'enquête RDS 2019, donnent une prévalence de la syphilis à 9,8% chez les PS et 3,9% chez les HSH. Lors de cette enquête, 41% des PS et 24,9% HSH ont déclaré avoir contracté une IST au cours des 12 derniers mois.

Situation des comorbidités

Co-infection TB/VIH

On observe une nette amélioration des activités de dépistage du VIH parmi les tuberculeux : 45% en 2015 77 % en 2017 et 80,3% en 2018 et 80% en 2021, dont 28% sont séropositifs en 2021. Malgré cette amélioration, les résultats sont en deçà du seuil de 100% fixé par le programme. La principale raison est la rupture récurrente en réactifs dans les centres de dépistage et de traitement (CDT).

Cas VIH avancé

Les données du rapport annuel 2021 du Centre de Traitement Ambulatoire de l'Hôpital Communautaire, révèlent que les patients vus au stade avancé de la maladie (CD4 200) représentaient 19,3% en 2021 comparée à 30% en 2018 des nouvelles inscriptions. Par ailleurs, selon une enquête réalisée en 2021, les causes de décès après l'initiation du traitement antirétroviral dans trois services d'hospitalisations (2

[26] 5e journées scientifiques de la faculté des sciences de sante de l'université de Bangui, Déc. 2022
27 Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018
[28]Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018

urbains et 1 rural) sont : la TB avec les deux tiers des décès (68%), puis la cryptococcose neuro-méningée (17%), et la méningo-encéphalite (6%). Les facteurs de risques de mortalité étaient l'immunodépression sévère, l'existence d'antécédents d'IO, la non scolarisation et une combinaison d'ARV comportant l'éfavirenz.

Coïnfection avec l'hépatite B et C

Il n'existe pas de données récentes de prévalence nationale des hépatites. Cependant des données du centre national de transfusion sanguine de 2014-2018, sur 83000 dons de sang, 7702 positifs de l'hépatite B soit 9,3%[29]. L'étude sur les aspects épidémiologiques des hépatites virales B et C au cours de l'infection à VIH en zone de conflits en Centrafrique a trouvé des prévalences de la coïnfection VIH-HVB, VIH-HVC et de la triple coïnfection VIH-VHB-VHC respectivement de 18,32%, 5,94%, et 1,98%. A noter que la co-infection VIH/VHB est un facteur de risque de décès à l'initiation du traitement antirétroviral à Bangui[30].

Facteurs transversaux de vulnérabilité

Les principaux facteurs de vulnérabilité et de risque sont[31] [32] [33] [34] :

- Dans le domaine des **droits humains**, 5659 incidents dont 2428 violations basées sur le genre, 1754 du droit à la vie/Intégrité physique, 906 du droit à la propriété, 472 violations à la liberté, 99 autres cas ont eu lieu dans la Nana-Gribizi, la Ouaka, la Basse-Kotto et la Haute-Kotto[35] ;
- 9 216 cas de VBG ont été rapportés en 2020, des incidents de type **Violences Sexuelles** étaient de 24% (viol = 20% et agression sexuelle = 4%), 76% représentant des autres types de VBG (agression physique, violences psychologiques, déni de ressources et mariage précoce) dont 1% de mariage précoce, 93% des victimes étaient des femmes et filles contre 7% d'hommes et garçons ;
- **Femmes filles majoritairement affectées par les VBG** (93% en 2020 et 96% en 2021). **VBG** (GBVIMS : Rapport annuel des statistiques de VBG) - 2016 à 2020 51.730 cas de VBG (21% de violences sexuelles et 79% autres formes). La prévalence des viols chez les femmes est de 58,2% et 24,6% chez les jeunes filles. Les sites de Kaga Bandoro (85,6%), Yaloke (83,1%), et Paoua (80,5%) sont les terreaux les plus fertiles en matière de pratique de viols des femmes, alors que Birao (35%) et Bangassou (40%) se situent en tête du peloton des sites les plus à risque pour les filles ;

[29] PSN de lutte contre les hépatites en RCA, draft, novembre 2022
[30] Facteurs de risque de décès à l'initiation du traitement antirétroviral dans le service des Maladies Infectieuses à Bangui
[31] Rapport annuel des statistiques de VBG de Janvier-Décembre 2020, GBVIMS-RCA
[32] Rapport de l'étude nationale sur les violences basées sur le genre, les violences politiques et les violences faites aux femmes lors des élections, Janvier 2022, ONUFEMMES, rapport provisoire
[33] ONUFEMMES PNUD, Profil genre de la RCA 2021
[34] Rapport du SG NU sur la République Centrafricaine (S/2021/146 et S/2021/571), Février et juin 2021
[35] Monitoring de protection en RCA, Rapport annuel de 2019.

- S'agissant des **Violences Sexuelles Liées aux Conflits**, 269 allégations ont été rapportées à la MINUSCA entre octobre 2020 et juin 2021 ;
- S'agissant des **personnes déplacées internes (PDI)**, les femmes et les filles déplacées internes sont particulièrement vulnérables aux risques et menaces de protection notamment de violences basées sur le genre[36] ;
- La **prévalence du mariage précoce de jeunes filles** de 15-18 ans est de 30,5% en RCA. Ce taux est de 29,5% pour les femmes de plus de 18 ans. Les mariages précoces connaissent un regain de vitalité dans le pays du fait de la guerre et ses conséquences socio-économiques. Les sites de Birao (60%), Kaga-Bandoro (52,2%), Sibut (42%) et Bangassou (40,6%) sont ceux qui disposent proportionnellement des prévalences les plus élevées ;
- Les **mutilations génitales féminines (MGF)** touchent 24% des femmes et filles âgées entre 15 et 49 ans ; et l**a prévalence de l'excision** est de 19,8% chez les jeunes filles ;
- 80% des femmes et 84% des hommes ont des attitudes d'acceptation face à la **violence domestique** subie par la femme ;
- D'après l'étude sur l'index stigma, 85% des PVVIH ont été victimes de **discrimination** dans les centres de santé. Tandis que 61% des PVVIH se plaignent du **manque de confidentialité** dans les centres de santé ;
- Les **rapports sexuels précoces** : l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 16,5 ans (15,9 ans chez les filles vs 17,7 ans chez les garçons)[37] ;
- Le **faible accès aux services d'informations sur la santé de la reproduction** : 32,9% des jeunes (34,9% des filles vs 31,2% des garçons) ont déclaré n'avoir reçu aucune information sur le VIH/Sida[38]
- La **faible utilisation du préservatif** : 73,5% des jeunes n'utilisent pas systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels occasionnels ;
- La **limitation financière** a été rapportée dans une étude menée chez des patients hospitalisés à l'hôpital de l'Amitié (SMIT) où, sur 448 patients hospitalisés, 88,73% étaient des PVVIH dont 43,53% d'entre eux étaient sans revenu financier.

Résumé analyse de la situation épidémiologique

La situation de l'épidémie à VIH est caractérisée en Centrafrique par :

- La tendance à la réduction de la prévalence du VIH dans la population générale est perceptible. Toutefois, elle reste élevée à 3,4% en 2022 et particulièrement chez les femmes de 15 à 49 ans où les jeunes filles et jeunes femmes sont les plus touchées ;
- La prévalence du VIH chez les populations clés, est de 15% [13,0% ; 17,3%] chez les PS et 6,4% chez les HSH ; 5,6% chez les personnes privées de liberté et 22% chez les femmes privées de liberté. Aucune donnée n'est disponible chez les clients des PS, les personnes usagers de drogues injectables (PUDI) ;
- La prévalence chez les Hommes en uniforme est de 5,8%, supérieure à la prévalence nationale ;

[36]Rapport ocha_car_hrp_2020.

[37] Etude de vulnérabilité au VIH auprès des jeunes en RCA.

38 Enquête Gouvernement centrafricain/UNICEF/UNFPA, septembre 2016.

- La prévalence chez les personnes en situation de handicap est de 2,8 % avec 0,9 % chez les hommes et 6,5% chez les femmes dont celles porteuses d'un handicap moteur sont les plus touchées ;
- Aucune donnée n'est disponible pour le personnel de santé et travailleurs, les conducteurs de mototaxis, les camionneurs, et les personnes déplacées internes ;
- L'incidence, quoiqu'en baisse depuis une décennie, reste toujours élevée à 2300 cas attendus par an. Cette incidence est plus élevée chez les femmes comparativement aux hommes ;
- Selon les données de l'OMS, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes est de 4,7% et l'incidence de la gonococcie dans la population générale est de 3 cas pour 100.000 habitants. La prévalence de l'hépatite B est de 9% ;
- Les professionnelles de sexe sont deux fois plus infectées par la syphilis que les femmes enceintes (9,8%) ;
- Les patients vus au stade avancé de la maladie (CD4< 200) représentaient 19,3% en 2021 en ambulatoire ;
- La séroprévalence du VIH demeure très élevée parmi les tuberculeux en 2021 est de 28% ;
- Les principales causes de décès chez les PVVIH sont : l'inclusion tardive à un stade avancé de la maladie (Stade 3 ou 4 de l'OMS) dans le circuit des soins, la coïnfection VIH/TB et l'échec thérapeutique ;
- La stigmatisation des PVVIH et la discrimination envers certains groupes restent encore élevées ;
- Les violences basées sur le genre sont fréquentes et constituent un creuset pour la transmission du VIH.

SYNTHESE DE L’ANALYSE DE LA REPONSE

Prévention/Dépistage

Prévention et dépistage dans la population générale

a) Prévention par le programme des préservatifs

Dans le but d'améliorer les performances de la distribution des préservatifs en Centrafrique, une enquête sur la couverture nationale en préservatifs a été réalisée en 2020. En effet, des faiblesses constatées justifiaient l'importance de cette évaluation. Il s'agit de :

- La non-maîtrise par le secteur public (CNLS/MSP/Ministère du Plan) des différentes interventions et impossibilité de dresser un état cohérent de la situation de la distribution et de la couverture géographique des préservatifs ;
- La non-maîtrise de la qualité des préservatifs de toutes sortes, présents sur le marché ;
- L'insuffisance dans l'approche de communication (CCC et promotion) ;
- L'observance insuffisante de la logique programmatique (analyse situation et besoins, plan d'action, suivi critique et réajustement etc… ;
- L'exploration insuffisante à l'échelle nationale des alternatives de distribution existantes et exploitation insuffisante des potentialités ;
- L'exploitation insuffisante des actions de création de la demande au profit des différents groupes cibles touchés.

Le dispositif des distributions de préservatifs au niveau national est présenté dans la figure ci-après :

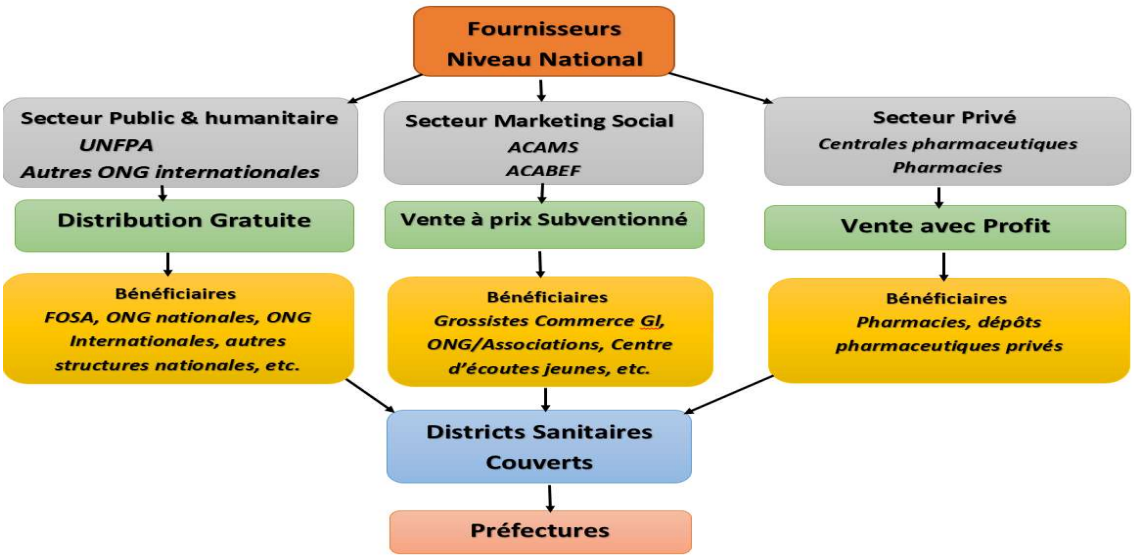


Figure 16 : Approches méthodologiques de la distribution des préservatifs en Centrafrique.

La couverture nationale en préservatifs en 2019 et 2020 :

- Couverture en préservatifs dans les préfectures : 14 préfectures en 2019 soit 82%, puis 17 préfectures couvertes en 2020 soit 100% ;
- Couvertures en préservatifs selon les Districts sanitaires : 22 districts sanitaires en 2019 soit 63% et 34 Districts sanitaires en 2020 soit 97% ;
- Nombre total des préservatifs distribués en 2019 était de 7 816 896 unités par les trois secteurs (Public, Marketing social et secteur privé) à l'exception de Croix Rouge Française ;
- Parmi ces secteurs de distribution en 2020, le secteur public représentait 65% de distribution (5 508 439 préservatifs), le Marketing Social 39% (2 936 160 préservatifs distribués) suivi du secteur privé 0% (1 116 préservatifs) ;
- La distribution de préservatifs masculins et féminins en 2020, a permis de générer 70.397 Couple-Année Protection en 2020.

Etat performance en Consommation Moyenne de Condom par Tête d'Habitants (CMCTH) en 2020 Niveau Préfectures :

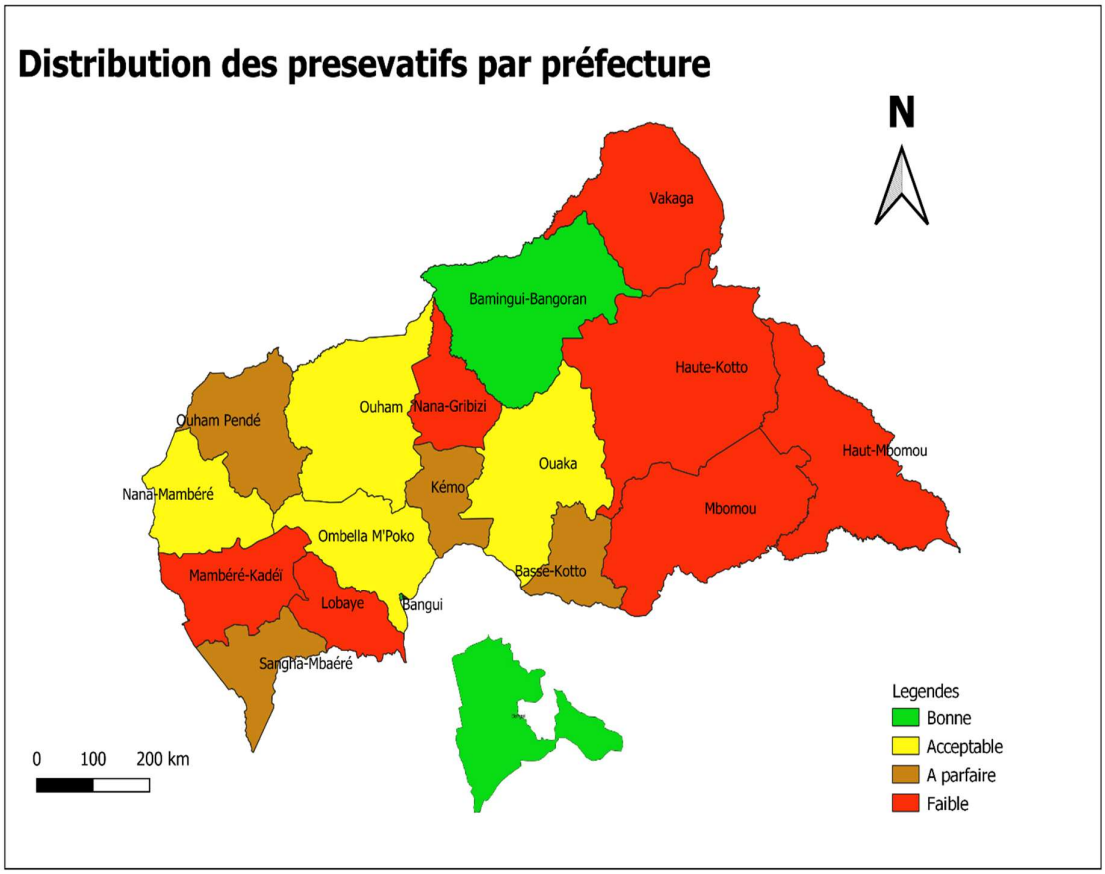


Figure 17 : Performances en Consommation Moyenne de Condom par Tête d'Habitants (CMCTH) en 2020 Niveau Préfectures.

Les niveaux de « bonne performance » ou de « performance acceptable », étaient relativement faibles au niveau des préfectures, respectivement 12% et 24%.

Dans les Districts sanitaires, les performances ont été estimées « bonnes » ou « acceptables » respectivement dans 9% et 26% des cas. Cela traduit un très faible niveau d'utilisation des préservatifs au niveau national.

L'enquête sur les données qualitatives de la mise en œuvre du PSN-VIH 2021-2025, a révélé une faible disponibilité des préservatifs au niveau des populations par préfecture et district sanitaire à partir du taux de prévalence (15-49)

Tableau 3: Estimation de GAP de besoin en 2021

Disponibilités des préservatifs au 31 décembre 2020	Commande de 2021 en cours	Disponibilité des préservatifs actuels	Objectifs de cadre stratégique de 2021	Gap de 2021
12 589 580	**17 102 080**	**12 589 580**	**19 866 532**	**7 276 952**

Difficultés et défis liés à la disponibilité des préservatifs :

Difficultés :

- Les données en préservatifs ne sont pas collectées de façon périodique ;
- Les données de distribution des préservatifs ne sont pas désagrégées par Districts sanitaires ;
- La tenue des sessions de l'ARAUP non régulière ;
- L'insuffisance de la mise en œuvre des recommandations des sessions antérieures ;
- La faible coordination des acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH pour couvrir le pays en préservatifs.

Défis :

- Renforcer la collecte des données sur les préservatifs ;
- Désagréger des données distribution districts sanitaires ;
- Améliorer la couverture en préservatifs de districts sanitaires vers les FOSA ;
- Tenir régulièrement de la session de l'ARAUP ;
- Développer des stratégies spécifiques aux situations sécuritaires et les zones d'accès difficile ;
- Suivre la mise des recommandations des sessions antérieures ;
- Améliorer l'implication des partenaires en logistique et acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH pour couvrir le pays en préservatifs.

b) Dépistage volontaire

Les Centres de dépistage volontaire (CDV) n'étant plus fonctionnels depuis septembre 2018 suite à l'arrêt de leur approvisionnement en intrants de dépistage VIH et l'arrêt du financement des ressources humaines par le Fonds Mondial, cette stratégie n'est réalisée que de manière ponctuelle et ciblée par les ONG et Associations communautaire ou lors de campagnes de sensibilisation de masse comme durant les activités de la Journée Mondiale de lutte contre le VIH/Sida.

c) Dépistage conseil initié par le prestataire (DCIP)

Cette stratégie est réservée aux structures de santé et concerne les femmes enceintes, les patients tuberculeux, les symptomatiques, les partenaires des femmes enceintes, les enfants nés de mères séropositives, les enfants malnutris et les autres personnes dans le cadre de la sécurité transfusionnelle.
A l'exception des tests livrés pour la PTME et le dépistage des patients tuberculeux, la majorité des tests VIH réalisés dans les formations sanitaires, est motivée par l'état symptomatique des patients. Cela explique la proportion très élevée des personnes séropositives pour le VIH (voir tableau 3 et 4).

Tableau 4: Nombre de personnes adultes dépistées dans les formations sanitaires par région sanitaire en 2021

Région Sanitaire	Dépistées	Testées VIH+	Taux de positivité au VIH en 2021 (%)
RS1	4510	449	10,0%
RS2	461	93	20,2%
RS3	2899	220	7,6%
RS4	2605	845	32,4%
RS5	49	1	2,0%
RS7	3968	774	19,5%
Grand Total	**14492**	**2382**	**16,4%**

Les données de 2021 sont faibles dû au fait que les fiches de collecte ont été mise en œuvre au dernier trimestre 2021.

Tableau 5: Nombre de personnes adultes dépistées dans les formations sanitaires par région sanitaire en 2022.

Region sanitaire	Dépistées de 15 ans et plus	Testées VIH+	Taux de seropositivité au VIH	PVVIH âgées de 15 + ans attendues (Spectrum 2023)	PVVIH (Adultes) des cohortes	GAP PVVIH (à rechercher)
RS1	8410	614	7.30%	7400	4413	2987
RS2	17274	3334	19.30%	22400	13363	9037
RS3	23908	3431	14.40%	15300	6808	8492
RS4	9489	575	6.10%	9000	2366	6634
RS5	4616	564	12.20%	5900	1944	3956
RS6	17500	1861	10.60%	7800	4164	3636

RS7	14035	4774	34.00%	45400	23817	21583
Grand Total	**95232**	**15153**	**15.90%**	**113200**	**56875**	**56325**

Source : Collecte active des données dans les formations sanitaires en 2022.

La positivité moyenne dans les formations sanitaires est à 15,9% avec des variations de 6,1% dans la région 4 à 34,0% dans la région 7. Les régions 1, 3, 4, 6 et 5 sont en deca de la moyenne nationale.

Les données désagrégées par DS montrent de très grande variabilité allant de 0% dans plusieurs DS à 90,4% dans le Bangui 1, probablement dû au dépistage des cas symptomatiques et grabataires principalement.

Au total 15153 personnes ont été testées VIH+ pendant l'année 2022. Comparativement au nombre d'environ 8564 initiations d'ARV annuelle, on note un gap d'enrôlement dans les soins de 6589 soit 43,5%.

On note que ces chiffres proviennent de la collecte active des données de dépistage cible (DCIP) effectuée dans les formations sanitaires. Dans ce contexte, la plupart des personnes dépistées sont symptomatiques, parmi ceux-ci les patients VIH connaissant déjà leur statut, peuvent se faire dépister et n'informer les agents de santé à l'enrôlement.

Tableau 6: Nombre de personnes adultes dépistées dans les formations sanitaires par district sanitaire au 2022

Region sanitaire	Dépistées	Testées VIH+	Taux de seropositivité	PVVIH âgées de 15 + ans	PVVIH (Adultes)	GAP PVVIH (à
RS1	**8410**	**614**	**7.3%**	**7400**	**4413**	**2987**
Bimbo	3291	399	12.1%	3400	1996	1404
Boda	1704	183	10.7%	962	390	572
Bossembélé	1702	21	1.2%	1338	1169	169
Mbaïki	1713	11	0.6%	1700	858	842
RS2	**17274**	**3334**	**19.3%**	**22400**	**13363**	**9037**
Baboua	2237	612	27.4%	3000	1856	1187
Bégoua	1911	84	4.4%	4044	2972	1072
Berberati	3972	572	14.4%	3300	2458	842
Bouar_Baoro	3303	785	23.8%	4800	2875	1925
Carnot	972	217	22.3%	4100	2696	1404
Gamboula	3543	350	9.9%	2100	234	1866
Sangha Mbaéré	1336	714	53.4%	2200	1459	741
RS3	**23908**	**3431**	**14.4%**	**15300**	**6808**	**8492**
Batangafo-Kabo	8301	1376	16.6%	1600	904	696
Bocaranga-Koui	5651	653	11.6%	1500	600	900
Bossangoa	4413	90	2.0%	1700	1348	352
Bouca	603	0	0.0%	400	228	172
Bozoum_Bossemptele	1248	33	2.6%	3300	1143	2157
Nangha-Boguila	2711	1123	41.4%	1200	583	617
Ngaoundaye	615	18	2.9%	2000	518	1482
Paoua	366	138	37.7%	3600	1484	2116
RS4	**9489**	**575**	**6.1%**	**9000**	**2366**	**6634**
Bambari	3550	0	0.0%	4000	1016	2984
Kemo	1653	24	1.5%	2100	482	1618
Kouango_Grimari	668	0	0.0%	900	294	606
Nana-Gribizi	3618	551	15.2%	2000	574	1426
RS5	**4616**	**564**	**12.2%**	**5900**	**1944**	**3956**
Bamingui_Bangoran	180	8	4.4%	1200	361	839
Haute_Kotto	35	0	0.0%	3200	1096	2104
Vakaga	4401	556	12.6%	1500	487	1013
RS6	**17500**	**1861**	**10.6%**	**7800**	**4164**	**3636**
Alindao-Mingala	1032	307	29.7%	1200	183	1017
Bangassou	3550	1316	37.1%	3000	1161	1839
Haut-Mbomou	1353	67	5.0%	2808	2554	254
Kembé-Satéma	258	0	0.0%	400	64	336
Mobaye-Zangba	9333	158	1.7%	400	62	338
Ouango-Gambo	1974	13	0.7%	500	140	360
RS7	**14035**	**4774**	**34.0%**	**45400**	**23817**	**21583**
Bangui1	5018	4538	90.4%	13900	9748	4152
Bangui2	5651	0	0.0%	22300	8355	13945
Bangui3	3366	236	7.0%	9200	5714	3486
Grand Total	**95232**	**15153**	**15.9%**	**113200**	**56875**	**56325**

Considérant la forte demande de dépistage VIH exprimée par la population (opportunité de diagnostic pour la prise en charge et de prévention de l'infection), le nombre de personnes dépistées aurait pu être plus élevé s'il n'y avait pas la faible

disponibilité des intrants pour le dépistage[39], ajoutée aux barrières constituées par la stigmatisation, les coûts directs et indirects[40] [41], ainsi que la faible accessibilité géographique.

c) Dépistage cas index

Les résultats du dépistage VIH par cas index en 2022, résultent des campagnes de dépistage familial du VIH, dans cinq FOSA de Bangui et des données de routine dans les Régions Sanitaires pour la même période.

Tableau 7: Dépistage de cas index par région sanitaire en routine en 2022

Region sanitaire	Enfants_cas_index Dépistés	Enfants_cas_index_ VIH positif	Taux de séropositivité au VIH cas index en 2022
RS1	130	6	4.6%
RS2	133	13	9.8%
RS3	49	3	6.1%
RS4	12	6	50.0%
RS5	24	3	12.5%
RS6	4	0	0.0%
RS7	380	55	14.5%
Grand Total	**732**	**86**	**11.7%**

Les données de dépistage à partir de cas VIH+ comme index donne des résultats de positivité de 11,7% soit près de trois fois la prévalence nationale. Cependant le volume de dépistage par cas index reste très faible (seulement 732 cas testés en une année comparativement au plus de 61000 cas VIH+ adultes sous traitement ARV à la même période, soit moins de 1%). Cette stratégie est plus porteuse de cas en termes de rendement, cependant nécessite plus de moyens en ressources humaines et des frais de sorties vers les partenaires et familles.

Le dépistage par cas index en routine des enfants nés d'une personne infectée et suivie dans les sites de prise en charge, ne semble pas être réalisé de manière soutenue. Malgré le faible niveau d'application de cette stratégie, les résultats révèlent des taux excessivement élevés d'enfants contaminés dans les Régions Sanitaires 4 ; 7 ; 5 et 2, respectivement 50,5%, 14,5%, 12,5% et 9,8%. Ces constats traduisent des gaps importants dans le dépistage VIH des enfants issus des familles dont un des parents est infecté par le VIH.

[39] Synthèse des enquêtes sur les données qualitatives dans le cadre de la revue à mi-parcours du PSN-VIH 2021-2025.

[40] Médecins Sans Frontières ; Document de briefing de MSF, Quand l'écart se creuse. Les pandémies négligées : le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. Centre opérationnel de Bruxelles (OCB) Belgique ; 2022, pages 13, 15 et 26.

[41] ONUSIDA ; CCM-RCA : Analyse relative aux barrières financières d'accès aux soins pour les services de santé, y compris ceux liés au VIH et à la TB en République Centrafricaine

Tableau 8: Dépistage de cas index par district sanitaire en routine en 2022

Région Sanitaire	District Sanitaire	Dépistés cas index	Testés VIH+	Taux de séropositivité au VIH cas index en 2022
RS1		130	6	4.6%
	Begoua	13	0	0.0%
	Bimbo	63	5	7.9%
	Boda	2	1	50.0%
	Bossembele	10	0	0.0%
	Mbaiki	42	0	0.0%
RS2		133	13	9.8%
	Baboua_Abba	129	12	9.3%
	Berberati			
	Bouar_Baoro	4	1	25.0%
	Carnot_Gadzi			
	Gamboula			
	Sangha_Mbaere			
RS3		49	3	6.1%
	Batangafo			
	Bocaranga_Koui	4	1	25.0%
	Bossangoa	39	0	0.0%
	Bouca			
	Bozoum_Bossemptele	1	1	100.0%
	Nanga_Boguila			
	Ngaoundaye			
	Paoua	5	1	20.0%
RS4		12	6	50.0%
	Bambari	8	4	50.0%
	Grimari_Kouango	2	0	0.0%
	Kemo			
	Nana_Gribizi	2	2	100.0%
RS5		24	3	12.5%
	Bamingui_Bangoran			
	Haute_Kotto	24	3	12.5%
	Vakaga			
RS6		4	0	0.0%
	Alindao_Mingala			
	Bangassou			
	Haut_Mbomou			
	Kembe_Satema			
	Mobaye_Zangba	4	0	0.0%
	Ouango_Gambo			
RS7		380	55	14.5%
	Bangui_1	229	11	4.8%
	Bangui_2	67	24	35.8%
	Bangui_3	84	20	23.8%
Grand Total		732	86	11.7%

Le tableau ci-dessus montre que le dépistage par cas index n'est pas fait dans la plupart des DS.

Les principaux goulots d'étranglement au dépistage (volontaire, DCIP et par cas index) sont :

- La non-application du DCIP à toutes les portes d'entrée ;
- La sous notification du DCIP dans les FOSA ;
- Les ruptures récurrentes en kits de dépistage ;
- La sous notification des données du dépistage : plusieurs associations organisent des campagnes de dépistage à travers le pays, mais toutes les données n'arrivent pas au niveau de la coordination du programme ;
- L'insuffisance en personnel qualifié pour le conseil et dépistage des partenaires et familles des cas VIH+ surtout chez les enfants ;
- L'insuffisance de formation sur le dépistage (cas index, dépistage démédicalisé) et de moyens pour le dépistage par cas index.

Prévention et dépistage dans les populations clés

a) Prévention dans les populations HSH et PS

En RCA, les populations clés sont organisées en réseaux ; RENAFILS pour les PS et ALTERNATIVES Centrafrique pour les HSH. Les autres populations clés, notamment les usagers de drogue injectable, sont faiblement adressés avec des données inexistantes sur cette cible.

Les services de préventions sont dispensés par le RENAFILS pour les PS et par l'ONG Alternatives pour les HSH. Les populations clé recevaient des services de préventions dans les 13 villes couvertes par ces deux ONG en 2021 : Bégoua, Berberati, Bambari, Bangui, Bimbo, Boali, Bouar, Carnot, Bria, Sibut, Mbaiki, Mongoumba, Poua. Avec l'appui reçu de CORDAID, cette couverture pour leurs activités atteindrait 36 villes en 2022.

Le paquet d'activités fourni comporte :

- Pour les PS : deux séances de sensibilisation couplées avec la distribution des préservatifs et des gels lubrifiants et l'offre du test de dépistage par le personnel médical ou paramédical et le référencement des cas VIH+ pour la PEC médicale.
- Pour les HSH : Une causerie éducative, une causerie thématique, une séance de convivialité, la distribution de préservatifs et gels lubrifiants et l'offre du test de dépistage par le personnel médical ou paramédical et le référencement des cas VIH+ pour la PEC médicale.

Le dépistage est mis en œuvre par le CISJEU pour ALTERNATIVE (HSH) et par ANJFAS pour RENAFILS (PS). Les individus testés positifs sont référés aux structures de soins pour confirmation du test et prise en charge médico-sociale. Toutefois, il n'existe pas de processus de suivi des individus testés positifs pour s'assurer qu'ils sont effectivement bien arrivés aux FOSA.

Par ailleurs, les clients des PS ne sont pas particulièrement ciblés par les interventions actuelles. Aussi, les données sur les clients des PS et sur la PTME chez les PS enceintes ne sont pas disponibles, néanmoins avec l'appui de UNFPA en 2022, les activités auprès des Professionnelles de sexe ont permis de toucher au total 14 422 PS et leurs clients principalement à Bangui.

Concernant la couverture des services de prévention envers les populations clés, cela reste faible comme témoignent les figures ci-dessous sur les HSH et PS.

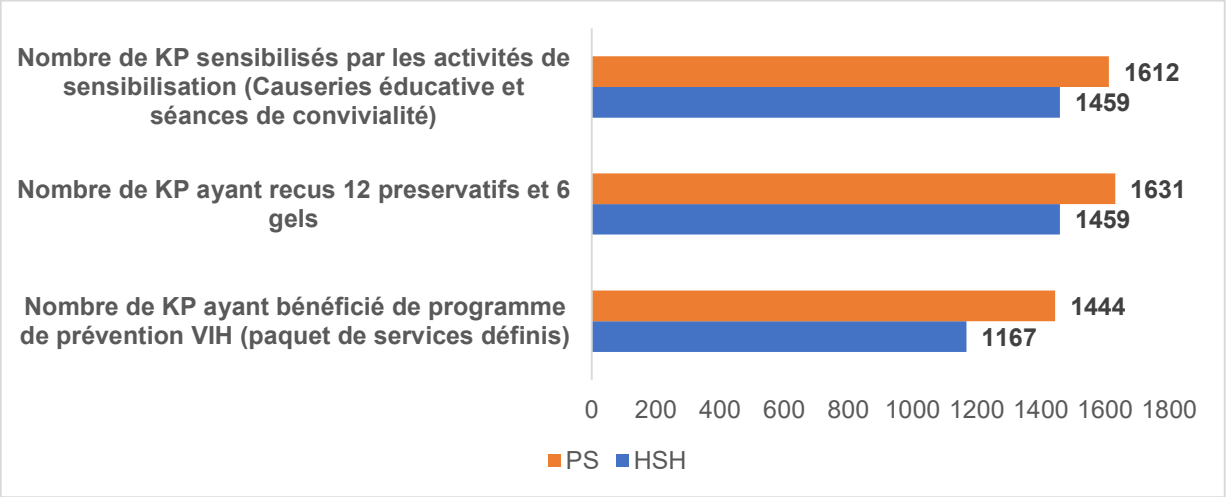


Figure 18: Nombre de HSH/PS bénéficiant des activités de prévention de CRF en 2021

Ces données de couverture en service de prévention quoiqu'en progression de 2021 à 2022 restent faibles si l'on compare aux nombres attendus de HSH (1890/3406) soit 55% et pour les PS (3257/13057) soit 25%.

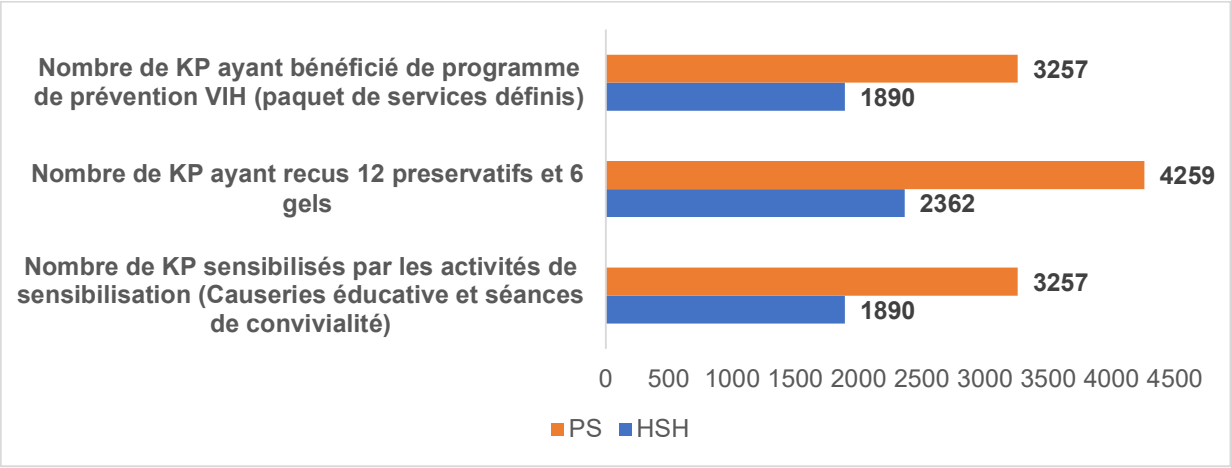


Figure 19: Nombre de HSH/PS bénéficiant des activités de prévention de CRF en 2022

b) Dépistage dans les populations HSH et PS

Des tests de dépistage du VIH ont été proposés aux PS et HSH et les résultats sont consignés sur les graphiques ci-après :

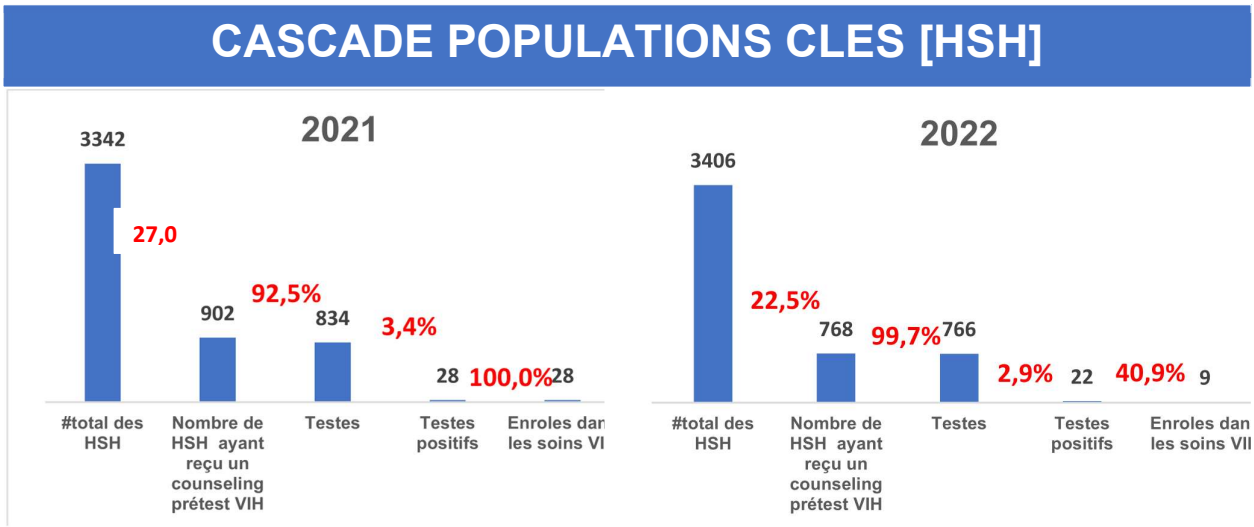


Figure 20: Cascade du dépistage de VIH chez les HSH en RCA en 2021 et en 2022.

Les deux graphiques ci-dessus montrent des résultats stagnants autour d'un HSH sur quatre est testé pour le VIH. Le taux d'enrôlement en 2021 était de 100% et semble connaitre une baisse à 41% en 2022 probablement dû au problème de complétude de données. Les données d'enrôlement étant décalées par rapport à la fin de l'année pourraient expliquer cette relative baisse qui sera rattrapée avec les données de S1 2023. Les taux de positivité restent inférieurs au 6,4% retrouvé lors de l'enquête bio comportementale de 2019.

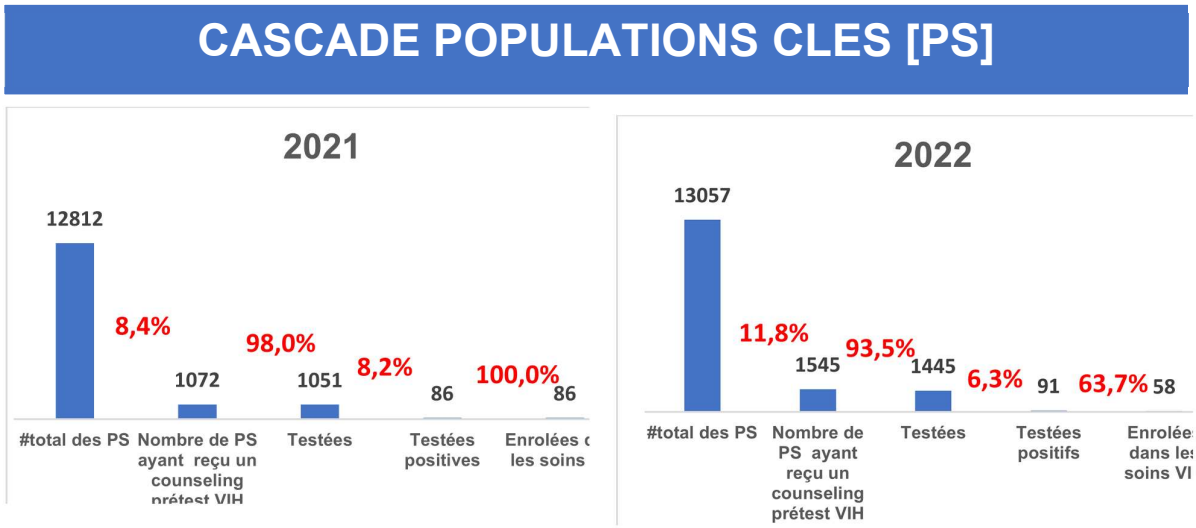


Figure 21: Cascade du dépistage de VIH chez les PS en RCA en 2021 et en 2022.

Concernant les PS, les taux de couverture en test VIH sont encore plus bas que pour les HSH avec respectivement 8,4% en 2021 et 11,8% en 2022. Les taux de positivité sont de 8,2% en 2021 et 6,3% en 2022 et sont en deca des 15% retrouve lors de l'enquête bio comportementale de 2019

Il est à noter que la situation des clients fréquentant les PS reste incertaine. La dernière étude de l'IBBS a montré que la décision d'utilisation du préservatif venait du client, et cela ne représente que 11% (167/1533) des cas. Le nombre global des clients par PS n'était pas disponible, d'où nécessité d'une enquête.

Les principaux résultats atteints sont résumés dans le tableau ci-dessous qui reste nettement en deca des prévisions :

Tableau 9 : Performances réalisées pour les populations clés conformément au PSN en cours (2021-2025).

		2 021	2 022
Nombre total de PS à atteindre	Cibles PSN	30%	60%
	Résultats	1631	3177
	Performance programmatique	57,2%	54,4%
	Performance populationnelle	17,2%	32,6%
Nombre total de HSH à atteindre	Cibles PSN	30%	60%
	Résultats	1459	1609
	Performance programmatique	65,7%	35,4%
	Performance populationnelle	19,7%	21,2%

Les principaux goulots à la mise en œuvre des interventions en direction des populations clés sont :

- La faible couverture des cibles par l'insuffisance des pairs-éducateurs
- La non-différenciation des services VIH afin de toucher les populations clés difficiles à atteindre
- L'absence de directives nationales pour la PrEP et l'autotest quoique programmées pour 2023 ;
- Le non-référencement actif des cas dépistés VIH+ vers les centres de prise en charge
- La stigmatisation et discrimination des HSH et PS dans les sites de prise en charge
- La faible capacité des associations des populations clés à mobiliser les ressources et à faire des plaidoyers ;
- L'absence de définition nationale d'un paquet minimum compréhensif de services au profit des PS et HSH ;
- Absence de loi dépénalisant la pratique de l'homosexualité et la profession du sexe ;
- La faible prise en compte des facteurs de vulnérabilité des PS et HSH dans les programmes actuels (traitement des IST, VBG, bisexualité, disponibilité des tests, etc).

Prévention et dépistage dans les populations vulnérables

a) Prévention et dépistage chez les Hommes en uniforme

Les activités de dépistage menées au sein des FDS dans trois villes ont donné les résultats suivants, voir le tableau ci-dessous

Tableau 10: Résultats de dépistage volontaire des FDS à Bangui, Bouar et Sibut

Année	Nombre des personnes dépistés pour le VIH	Nombre des résultats positifs au test de VIH	Taux de séropositivité au VIH
2021	123	33	27%
2022	849	59	7%

Par ailleurs, en 2019, une formation des Pairs Educateurs (PE) dans le corps des Forces de Défense et de Sécurité (FDS), financée par la Croix Rouge Française, a touché 300 personnes[42].

De même, avec l'appui du UNFPA, en 2021 et 2022 au total, 8 610 Agents des Forces de Défense et de Sécurité (FDS) sont mobilisées et sensibilisées par leurs pairs Relais Communautaires

Les défis sont principalement :

- L'absence de programme systématisé de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH et de la tuberculose en direction des FDS ;
- Données insuffisantes sur les actions réalisées en direction des FDS ;
- La non-intégration du VIH et la TB.

b) Prévention et dépistage dans les établissements pénitentiaires

Un document de politique de santé en milieu carcéral et son plan opérationnel ont été élaborés en 2019. Les résultats de l'étude en direction des personnes privées de liberté sont récapitulés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11: Résultats de l'enquête bio-comportementale dans les trois (3) Etablissements pénitentiaires à Bangui et à Bimbo, 2022

Etablissement pénitentiaire	Dépistés	Testées VIH+	Taux de positivité au VIH
Bimbo	18	4	22,2%
Camp de Roux	23	3	13,0%
Ngaragba	175	5	2,9%
Total	**216**	**12**	**5,6%**

[42] Rapport des activités annuelles 2019 Comité Militaire de Lutte contre le Sida (CMLS) et Rapport des ateliers de formation des PE 2019.

En 2016, un dépistage du VIH organisé dans la Maison d'Arrêt de Ngaragba sur 556 détenus a révélé 20 cas positifs soit 3,6%. Cette fréquence est de 2,2% (1/45) dans la Maison d'Arrêt de Bimbo. Par contre au Ministère de la Défense, un dépistage de réengagement a montré une proportion de 4,3% (30/701).

En 2019, une formation des Pairs Educateurs (PE) dans le corps des Forces de Défense et de Sécurité (FDS), financée par la Croix Rouge Française, a touché 300 personnes[43].

Les défis sont principalement :

- Le manque de subvention incluant des activités liées au VIH en prison ;
- L'absence de documents de normes et directives de prévention et de prise en charge du VIH et de la TB en milieu carcéral et d'un programme mis en place ;
- L'absence de programme systématisé de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH et de la tuberculose en prison et en direction des FDS ;
- Données insuffisantes sur les actions réalisées en direction des FDS et des personnes privées de liberté ;
- La non-intégration du VIH et la TB.

c) Prévention et dépistage chez les adolescents et jeunes

Le Plan d'Accélération de la Prévention du VIH vient d'être lancé au mois de juin 2019 en présence du Président de la République, Chef de l'Etat. En termes de réponse au VIH, le manuel de l'élève sur le VIH élaboré en 2018 par le Ministère de l'Education Nationale en collaboration avec le CNLS n'est pas encore vulgarisé dans les établissements scolaires.

Le Projet « Education à la Vie Familiale en Matière de Population (EVF/EMP) et des clubs des jeunes pour la planification familiale (PF) de l'ACABEF, ont été mises en place dans les différents établissements scolaires de Bangui. Des actions de sensibilisation ont été menées dans le Centre d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé Sexuelle des Jeunes (CISJEU) avec un point de prestation de soins pour la Planification Familiale et la prise en charge des IST.

Les données collectées par la CRF sur les adolescents et jeunes sont précisées dans le tableau ci-dessous pour 2021.

[43] Rapport des activités annuelles 2019 Comité Militaire de Lutte contre le Sida (CMLS) et Rapport des ateliers de formation des PE 2019.

Tableau 12: Les indicateurs des activités de prévention et de dépistage des adolescents/jeunes en 2021 et 2022

INDICATEURS	2021	%	2022	%
Nombre d'ados/jeunes **(H+F)** sensibilisés par les activités de sensibilisation	4 575		5215	
Nombre d'ados/jeunes filles **(F)** sensibilisées par les activités de sensibilisation	3 665	80%	4170	80,0%
Nombre de ados/jeunes **(H+F)** ayant reçus 12 préservatifs et 6 gels	3 488	76%	4463	85,6%
Nombre de ados/jeunes filles **(F)** ayant reçus 12 préservatifs et 6 gels	2 783	76%	3537	84,8%
Nombre d'adolescent(e)s et de jeunes **(H+F)** chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	2 587	56%	3346	64,2%
Nombre d'adolescentes et de jeunes filles **(F)** chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	2 152	59%	2671	64,1%
Nombre d'adolescentes et jeunes femmes dépistées VIH+	30	1,4%	63	2,4%

Le Plan Stratégique National de la Promotion de la Santé des Adolescents et jeunes 2020-2024 a été élaboré avec l'appui de l'UNFPA.

De manière synthétique, les activités suivantes ont été mises en œuvre avec l'appui de UNFPA, les activités de sensibilisation ont touché environ 69 847 personnes de tout sexe dont 29 253 adolescents et jeunes ;

Les Goulots d'étranglement sont :

- L'insuffisance de financements et des structures de prise en charge spécifique des adolescents et jeunes et la formation des animateurs,
- La non mise en application de l'Arrêté n°070/MEPST/CAB du 27 juin 1990 portant introduction de l'éducation à la vie familiale/ Education en Matière de Population dans le système éducatif formel,
- Le retard dans la mise en œuvre des activités liées à la lenteur de procédure du décaissement de fonds,
- Les études existantes ne relèvent pas tous les déterminants socioculturels de l'infection à VIH chez les adolescents et les jeunes,
- La non prise en compte des données en marketing social pour les préservatifs.

Sécurité transfusionnelle et Accident d'exposition aux liquides biologiques

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) dispose d'un plateau technique nécessaire pour tester les poches de sang avant la transfusion. Cinq (5) banques de sang opérationnelles ont été mises sur pied dans 2 Hôpitaux centraux et 3 FOSA tous à Bangui. Au niveau des autres localités, les dons de sang sont essentiellement familiaux.

Il existe une association de donneurs bénévoles de sang qui accompagne et soutient les donneurs.

Les données de dépistage des marqueurs fait en 2022 donnent les résultats ci-dessous

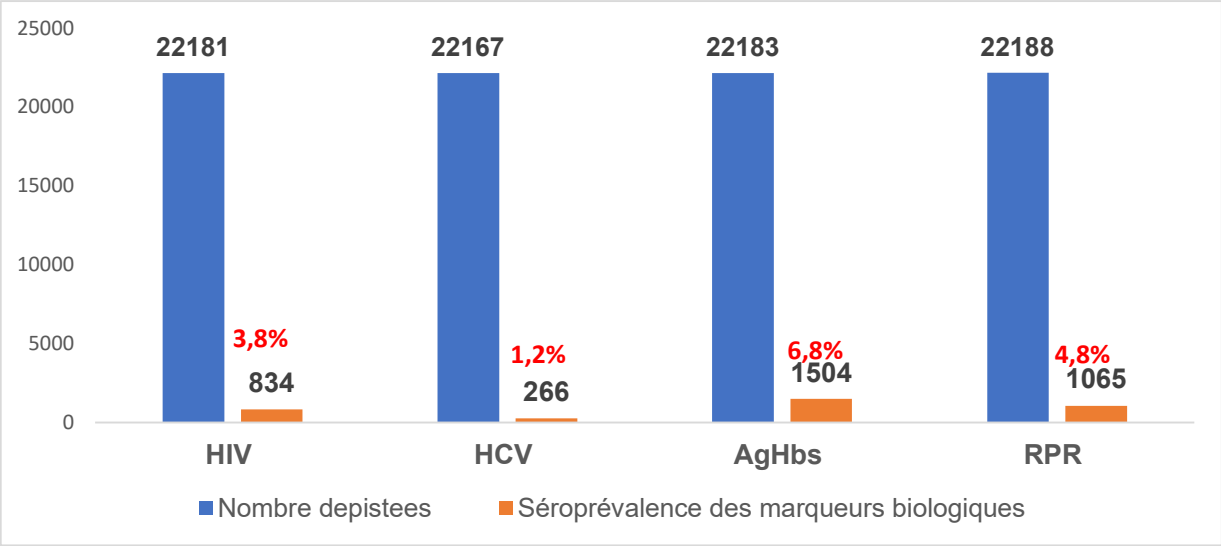


Figure 22: Séroprévalence des marqueurs biologiques effectué par le CNTS en 2022

Concernant les accidents d'exposition aux liquides biologiques, les données nationales ne sont pas disponibles sur les cas incidents ni sur la prophylaxie post exposition.

Autres moyens/interventions de prévention

(Lutte contre les IST, promotion CCC, PrEP, circoncision masculine)

Il existe un programme de lutte contre les IST au sein de la Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles. Un Centre National de Références a été créé depuis environ 30 ans pour la prise en charge des IST à Bangui. Une directive de prise en charge nationale sur les IST est disponible depuis 2007. Cependant il n'existe pas de données centralisées sur les IST provenant des formations sanitaires. L'absence de ressources financières et humaines sont des raisons avancées à cette situation.

Sur la promotion de la communication pour le changement de comportement, le plan d'accélération de la prévention a été élaboré et validé en 2019. Ce sont 95.550 adolescents et jeunes qui ont été sensibilisés sur la prévention du VIH, les VBG et le port correcte des condoms à Zémio, Bouar, Sibut, Bangui, Bimbo et Bégoua à travers des séances de sensibilisation de proximité et de masse.

La cible du PSN 2021 à 2025 qui était de toucher 90% des PS, des HSH, des FDS, des PDI, 60% des jeunes en milieu scolaire et 85% des jeunes en milieu extra-scolaire, est loin d'être atteinte.

Concernant la circoncision masculine, selon les résultats de la MICS6 réalisée en 2018-2019, le pourcentage d'hommes âgés de 15-49 ans qui rapportent avoir été circoncis s'élevait à 97%.

Bien que le principe de la mise en place de la PrEP ait été adopté en RCA, les documents de normes et directives/guide sont planifiés pour l'année 2023.

Résumé des gaps de la réponse sur la prévention et dépistage

Les principaux goulots d'étranglement au dépistage sont :

- Faible accès aux services d'informations sur la santé de la reproduction ;
- Rapports sexuels précoces chez les jeunes garçons et filles dès 12 ans ;
- La non-fonctionnalité des Centres de dépistage volontaire, l'absence de point de dépistage fonctionnel dans les centres de soins ni dans la communauté ;
- Insuffisance en intrants de dépistage, en communauté et dans les formations sanitaires ainsi que la non-application du DCIP à toutes les portes d'entrée ;
- Dépistage démédicalisé ou dépistage familial limité à Bangui et quelques préfectures ;
- Les ruptures récurrentes en kits de dépistage ;
- La sous notification des données du dépistage : plusieurs associations organisent des campagnes de dépistage à travers le pays, mais toutes les données n'arrivent pas au niveau de la coordination du programme ;
- L'insuffisance en personnel qualifié, la non-vulgarisation du dépistage démédicalisé ;
- L'insuffisance de ciblage sur le dépistage (cas index, groupes vulnérables) ;
- L'insuffisance dans la formation des acteurs de mise en œuvre (associations communautaires, personnel de santé) et non prise en compte des TIC dans les stratégies de prévention et dépistage ;
- Pas des données sur des populations supposées vulnérables au vu de l'épidémiologie du VIH dans la région (UDI, personnes handicapées, routiers, mototaxis, Pygmée, peulh, PDIs/refugiés, etc.).

Les principaux goulots à la mise en œuvre des interventions en direction des populations clés sont :

- Absence de loi dépénalisant la pratique de l'homosexualité et la profession du sexe ;
- La stigmatisation et la discrimination ;
- Couverture faible des cibles HSH et PS en services de prévention et dépistage dans 6 localités (Bangui, Boali, M'baïki, Bouar, Berbérati et Bria) ;
- Faible capacité des associations des populations clés à mobiliser les ressources et à faire des plaidoyers ;
- Absence de directives nationales pour la PrEP et l'autotest ;
- Absence de définition nationale d'un paquet minimum de services au profit des PS et HSH ;
- La faible prise en compte des facteurs de vulnérabilité des PS et HSH dans les programmes actuels (traitement des IST, VBG, disponibilité des tests, etc.)
- La caducité de directive nationale de prise en charge des IST.

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Un plan e-TME couvrant la période 2022-2025 mettant en exergue la triple élimination (VIH, Syphilis et Hépatite B) a été élaboré mais non validé. Toutefois, l'analyse de la réponse nationale au VIH et au Sida, et de la mise en œuvre du programme de prévention de la transmission du VIH de mère à l'enfant, couvrant la période précédente, indiquent que certains domaines d'interventions sont en souffrance. Il s'agit entre autres de la PTME et de la prise en charge pédiatrique[44].

Selon la Politique Nationale de Santé de la RCA basée sur les Soins de Santé Primaires (SSP), la prévention de la transmission mère-enfant du VIH fait partie intégrante du Paquet Minimum d'activités des FOSA. Cependant, le constat est que tous les services de SMNI n'intègrent pas les SPN.

Accessibilté à la CPN/SPN

Bien que la proportion des femmes enceintes vues en CPN1 (SPN 1) soit en constante augmentation : 37% en 2017, 42% en 2018, 52% en 2019, 55% en 2020 et 57% en 2021, ces taux sont toujours en deçà des prévisions.

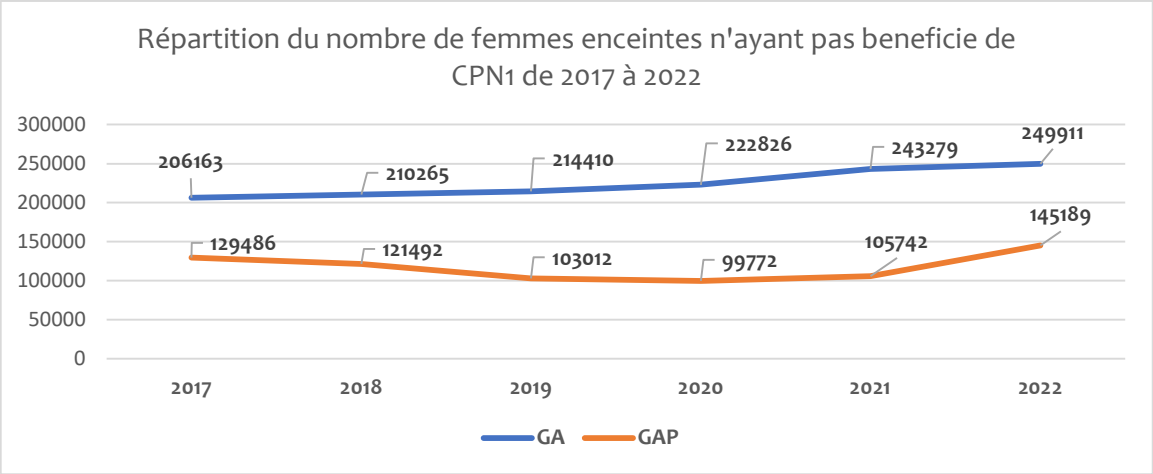


Figure23: Répartition du nombre de femmes enceintes n'ayant pas bénéficié de CPN1 de 2017 à 2022.

Des réponses satisfaisantes à ces insuffisances, pourraient permettre au pays d'atteindre les objectifs d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH d'ici à 2030.

Plus de trois femmes enceintes sur cinq n'ont pas bénéficié des 4 CPN (SPN) recommandées au cours d'une grossesse. Les principaux goulots seraient liés (i) à la disponibilité des intrants essentiels (ex : fer et acide folique), (ii) à l'accès géographique

[44] Ministère de Santé et de la Population. Plan d'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B, et la Prise en Charge Pédiatrique du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite en RCA 2022-2025 ; p19.

aux services de CPN et (iii) aux coûts indirects de transport ou d'examens complémentaires[45].

L'insuffisance de la mise en œuvre de la consultation prénatale serait liée entre autres à : i) une faible fonctionnalité des FOSA, ii) une insuffisance de personnel qualifié pour la mise en œuvre des SMNI, iii) la fermeture des FOSA suite à l'insécurité, iv) l'insuffisance des stratégies avancées et mobiles. A ce rythme d'évolution, il est indispensable que des actions complémentaires soient développées afin de faire bénéficier la consultation prénatale et le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes quel que soit leur lieu d'habitation[46].

L'offre de la PTME fait partie de la CPN et des services de la SMNI. En RCA , toutes les formations sanitaires n'offrent pas la CPN et la PTME non plus . En effet, la PTME est mise en œuvre dans 229 FOSA soit 28 % des sites offrant la CPN, *(229/810,),* ce qui montre à suffisance un besoin de 72% de PTME à couvrir uniquement dans les FOSA avec CPN. Ce besoin est encore plus grand, éstimé à 75 % (229/925) quand il s'agit de couvrir la totalité des FOSA fonctionnelles en sites PTME et à 77% (229/1015) pour l'ensemble des FOSA. Il est important, dans le cadre de l'élimination de la transmission mère-enfant, d'amener toutes les FOSA à faire la PTME comme l'exigent les normes du Paquet Minimum d'Activités (PMA) décrit pour toutes les FOSA et les directives de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

Couverture des sites PTPE/PTME

Tableau 13: Couverture des Régions Sanitaires en FOSA fonctionnelles et en sites PTME en 2022 (Source : Cartographie Offre eTME 2022)

Régions Sanitaires	Nbre des Hôpitaux et CS fonctionnels	Nbre de Sites PTME	Couverture (%)
RS1	108	26	24,1%
RS2	176	62	35,2%
RS3	217	58	26,7%
RS4	147	41	27,9%
RS5	71	5	7,0%
RS6	150	17	11,3%
RS7	56	20	35,7%
Total	**925**	**229**	**24,8%**

La couverture en sites PTME par rapport aux FOSA fonctionnelles au niveau national en 2022, était de 24,8%. Cinq Régions Sanitaires ont moins de 50% de couverture en PTME dont la RS7 (Bangui) avec 37,5%.

La situation est encore plus préoccupante et d'une grande disparité lorsque l'analyse se fait par District Sanitaire, voir tableau ici-bas :

[45] Ministère de la Santé et de la Population : Dossier d'Investissement pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et pour l'amélioration de la santé des adolescents ; 2021-2023 ; page 35.

[46] Ministère de Santé et de la Population. Plan d'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B, et la Prise en Charge Pédiatrique du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite en RCA 2022-2025.

Tableau 14: Couverture en site PTME par Région Sanitaire et par District sanitaire en RCA en 2022

Région Sanitaire	District Sanitaire	Nbre des Hôpitaux et CS fonctionnels	Nbre de Sites PTME	Couverture (%)
RS1	Bégoua	19	6	31,6%
	Bimbo	21	2	9,5%
	Boda	15	1	6,7%
	Bossembele	20	3	15,0%
	Mbaïki	33	14	42,4%
RS1 Total		**108**	**26**	**24,1%**
RS2	Baboua-Abba	35	3	8,6%
	Berberati	28	14	50,0%
	Bouar-Baoro	34	32	94,1%
	Carnot-Gadzi	25	4	16,0%
	Gamboula	16	1	6,3%
	Sangha-Mbaéré	38	8	21,1%
RS2 Total		**176**	**62**	**35,2%**
RS3	Batangafo	13	4	30,8%
	Bocaranga-Koui	27	4	14,8%
	Bossangoa	34	25	73,5%
	Bouca	21	2	9,5%
	Bozoum-Bossemptele	28	5	17,9%
	Nangha-Boguila	15	0	0,0%
	Ngaoundaye	35	2	5,7%
	Paoua	44	16	36,4%
RS3 Total		**217**	**58**	**26,7%**
RS4	Bambari	46	10	21,7%
	Kémo	42	23	54,8%
	Kouango-Grimari	22	5	22,7%
	Nana-Gribizi	37	3	8,1%
RS4 Total		**147**	**41**	**27,9%**
RS5	Bamingui-Bangoran	29	2	6,9%
	Haute-Kotto	24	2	8,3%
	Vakaga	18	1	5,6%
RS5 Total		**71**	**5**	**7,0%**
RS6	Alindao-Mingala	25	4	16,0%
	Bangassou	42	5	11,9%
	Haut-Mbomou	17	2	11,8%
	Kembe-Satema	19	0	0,0%
	Mobaye-Zangba	24	1	4,2%
	Ouango-Gambo	23	5	21,7%
RS6 Total		**150**	**17**	**11,3%**
RS7	Bangui 1	23	9	39,1%
	Bangui 2	22	7	31,8%
	Bangui 3	11	4	36,4%
RS7 Total		56	20	35,7%
Grand Total		**925**	**229**	**24,8%**

Vingt-quatre (24) Districts sanitaires sur 35 (soit 68%) ont une couverture PTME < 24%. Des interventions urgentes sont nécessaires dans onze (11) districts sanitaires dont le taux de couverture est inférieur à 10%. Il s'agit des districts sanitaires de : Bimbo, Boda, Baboua-Abba, Gamboula, Bouca, Nangha-Bouguila, Ngaoundaye, Nana-Gribizi, Bamingui-Bangoran, Haute-Kotto, Vakaga, Kembé-Satéma, Mobaye-Zangba.

L'accessibilité à une FOSA dans un rayon de 0 à 10 Km, n'est observée que dans dix Districts Sanitaires, dont les trois de Bangui. Dans les régions sanitaires 5 et 6, il faut parcourir 20 à 30 Km pour accéder à une FOSA. A ces contraintes géographiques, s'ajoute l'insécurité récurrente dans ces zones.

Cascade PTPE de 2020 à 2022.

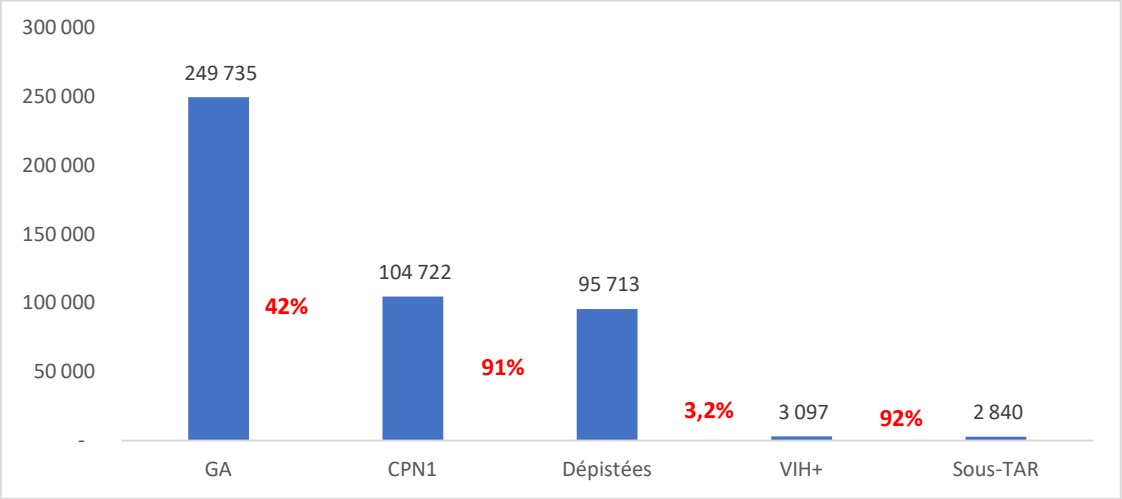


Figure24: Cascade PTME en 2020

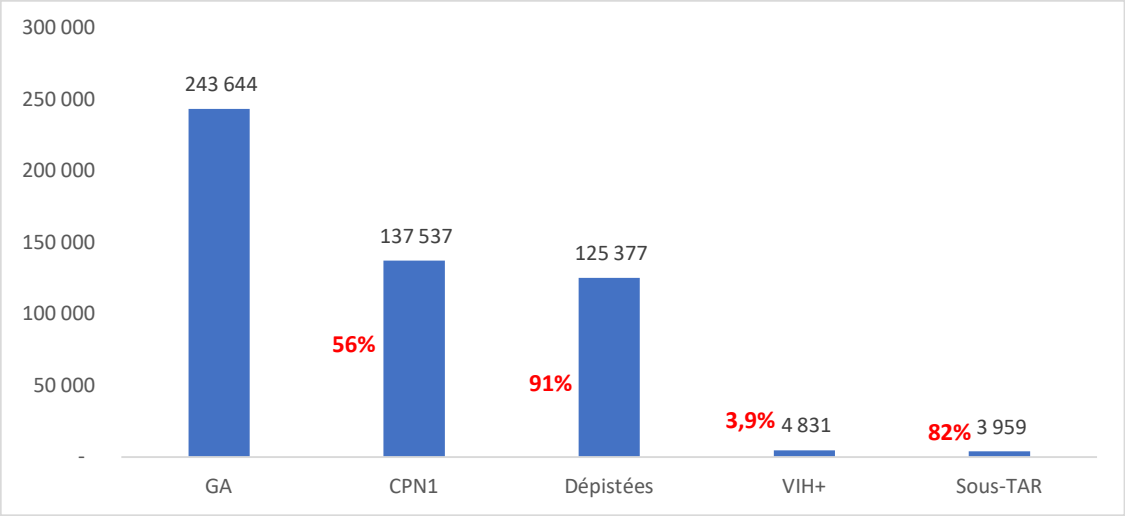


Figure25: Cascade PTME en 2021

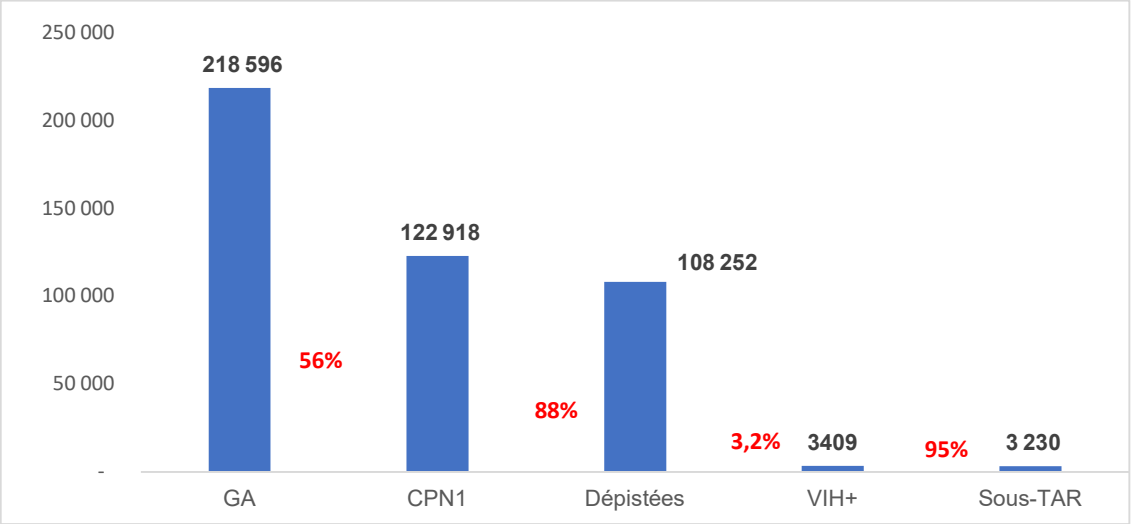


Figure26 : Cascade PTME en 2022
(*Source : Rapport du programme de 2020 - 2022)*

Ces figures ci-haut révèlent une sous-utilisation des services, traduite par la proportion de femmes enceintes reçues en CPN1 qui est restée stable à 56% entre 2021 et 2022; Il en résulte que 44% des femmes enceintes attendues ne se présentent pas aux CPN1.

Selon ces mêmes figures, les proportions des femmes enceintes dépistées entre 2020 et 2021 étaient demeurées stables à 91% avant de chuter à 88%en 2022. Le pourcentage des femmes enceintes mises sous traitements antirétroviraux, a connu une forte augmentation à 95% en 2022. Cette amélioration mérite d'être relativisée, car durant cette année, le nombre de femmes dépistées a baissé alors que les efforts de mise sous TAR ont été soutenus.

Ces résultats sont perfectibles. Une amélioration significative de la couverture CPN1 et le renforcement des performances du dépistage VIH des femmes enceintes contribueront a augmenter la proportion des cibles mises sous traitement ARV.
La prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été retenue comme intervention traceur pour l'analyse des goulots d'étranglement du paquet préventif néonatal. Il en ressort que la faiblesse du système de gestion des approvisionnements et des stocks (GAS), et la couverture sanitaire en services fixes limitée, avec une répartition peu équitable des ressources humaines qualifiées, handicapent fortement la mise à échelle des services préventifs en faveur de la femme enceinte et du nouveau-né. Par ailleurs, la faiblesse des services offerts aux populations (à travers les activités avancées et mobiles) n'a pas permis de corriger l'insuffisance d'accès aux services fixes dans ce pays où des solutions innovantes doivent être trouvées pour les populations qui s'y trouvent[47].

[47] Ministère de la Santé et de la Population : Dossier d'Investissement pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et pour l'amélioration de la santé des adolescents ; 2021-2023 ; page 35.

Principaux indicateurs de performance de la PTME

Le tableau 15 ci-dessous, présente les différents indicateurs de performance de la PTME par District Sanitaire en République Centrafricaine.

Tableau 15:Présentation des différents indicateurs de la PTME par Région Sanitaire et par DS en 2022

District sanitaire	GA	Couverture CPN*	Couverture connaissance de statut**	Séropositivité	Couverture TAR	Prophylaxie nourrissons	% PCR+	Couverture diagnostic précoce	Sérologie enfant positive
Alindao Mingala	6753	29%	82%	2%	92.3%	100.0%	0.0%	5.3%	0.0%
Baboua Abba	4450	73%	87%	8%	99.2%	93.0%	13.2%	35.2%	11.7%
Bambari	11780	39%	94%	3%	55.7%	100.0%	0.0%	58.1%	0.0%
Bamingui Bangoran	3366	26%	100%	2%	54.5%	100.0%	0.0%	57.1%	0.0%
Bangassou	6636	40%	95%	3%	54.6%	100.0%	10.0%	66.7%	0.0%
Bangui 1	7091	55%	96%	5%	54.0%	100.0%	8.9%	86.3%	3.3%
Bangui 2	14544	67%	86%	5%	91.6%	100.0%	10.0%	69.5%	14.9%
Bangui 3	11674	55%	99%	3%	82.2%	100.0%	13.7%	77.8%	4.9%
Batangafo	5943	48%	98%	1%	84.4%	100.0%	0.0%	66.7%	0.0%
Bégoua	14133	25%	100%	3%	100.0%	100.0%	0.0%	76.2%	0.0%
Berberati	7782	26%	77%	2%	75.5%	100.0%	23.1%	38.2%	100.0%
Bimbo	14301	39%	99.6%	2.2%	95.9%	100.0%	0.0%	62.9%	2.4%
Bocaranga Koui	5898	30%	91%	2%	93.6%	100.0%	0.0%	7.1%	7.7%
Boda	5041	43%	87%	2%	100.0%	100.0%	6.7%	93.3%	3.8%
Bossangoa	6856	52%	98%	3%	85.7%	100.0%	4.4%	58.8%	0.0%
Bossembélé	7756	26%	91%	2%	98.0%	100.0%	36.4%	34.4%	0.0%
Bouar Baoro	9564	51%	94%	4%	77.5%	100.0%	29.8%	97.5%	5.7%
Bouca	3302	38%	92%	0%	66.7%	6.7%		0.0%	
Bozoum Bossemptélé	4078	43%	99%	5%	90.9%	97.7%	4.9%	93.0%	7.1%
Carnot Gadzi	10263	21%	82%	5%	92.7%	94.1%	8.0%	67.3%	7.8%
Gamboula	4039	44%	63%	7%	94.2%	89.7%	13.4%	36.4%	11.7%

Haut Mbomou	2145	31%	96%	6%	90.2%	87.2%	100.0 %	2.6%	33.3%
Haute Kotto	5262	38%	89%	4%	65.7%	96.8%	0.0%	31.6%	4.2%
Kémbé Satéma	1888	26%	88%	1%	66.7%	66.7%	2.6%	11.7%	0.0%
Kémo	7533	66%	87%	1%	71.9%	100.0%	7.7%	66.7%	0.0%
Kouango Grimari	6521	27%	85%	1%	100.0%	100.0%	0.0%	11.1%	100.0%
Mbaïki	9108	23%	91%	2%	94.7%	100.0%	0.0%	50.0%	0.0%
Mobaye Zangba	6946	9%	100%	0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Nana Gribizi	8562	39%	99%	1%	89.3%	100.0%	60.0%	11.6%	66.7%
Nanga-Boguila	5358	31%	92%	2%	40.5%	100.0%	0.0%	88.9%	0.0%
Ngaoundaye	5534	15%	72%	2%	100.0%	90.5%	140.0 %	23.8%	20.0%
Ouango Gambo	3934	47%	96%	0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	
Paoua	12594	12%	85%	5%	100.0%	100.0%	0.0%	10.9%	6.5%
Sangha Mbaéré	5690	21%	100%	1%	88.2%	62.5%	0.0%	187.5%	
Vakaga	3411	8%	65%	1%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
Grand Total	**249735**	**38%**	**91%**	**3.2%**	**80.9%**	**85.5%**	**11.2%**	**88.0%**	**9.9%**

*Nombre des FE vue en CNP1 parmi les grossesses attendues ; ** Nombre des FE dépistées ayant retiré les résultats parmi les FE dépistées

NB : Il existe une différence entre les grossesses attendues et la couverture en CPN entre ce tableau et la figure 19 due à la qualité des données

L'analyse des indicateurs de la PTME par District sanitaire (DS) permet de relever que :

- Quatre DS ont un taux de dépistage insuffisant, inférieur à 80% [Berbérati (77%), Gamboula (63%), Ngaoundaye (72%), Vakaga (65%)]
- La séropositivité VIH est très élevée dans quatre DS où elle varie de 4,1% à 8% (Baboua-Abba, Gamboula, Bossemptélé et Bangui 1)
- La couverture moyenne nationale des femmes enceintes en traitements antirétroviraux est de 80,9% ; mais douze DS méritent une attention particulière du fait de leur mauvais résultats ; il s'agit des DS de, Vakaga (50%) et Bangui 1 (54%) ; Nanga-Bouguila (40,5%) ; Kémo (71,9%) ; Kembé-Zangba (66,7%) ; Haute-Kotto (65,7%) ; Bouca (66,7%) ; Bouar-Baoro (77,5%) ;Berbérati (75,5) ; Bangassou (54,6%) ; Bamingui-Bangoran (54,5%) ; Bambari (55,7%).

- L'application systématique de la prophylaxie antirétrovirale aux enfants exposés est réalisée à 85,5% en moyenne au niveau national. Mais six DS enregistrent de très mauvaises performances, inférieures à 85% : Mobaye-Zangba (0%), Kembé-Satéma (66,7%) ; Bouca (6,7%), Vakaga (0%), Ouango-Gambo (0%), Sangha-Mbaéré 62,5%),
- La couverture en PCR Précoce est de 88% en moyenne au lieu de 100%. Vingt-neuf (29) DS ont une couverture inferieure a 80%. Cela est lie a la faible accessibilité aux tests virologiques.
- Quinze (15) DS ont enregistré des taux très élevés de nourrissons contaminés diagnostiqués par PCR (supérieur à 5%).

Les données de routine concernant le dépistage des partenaires sexuels des femmes enceintes infectées par le VIH n'ont pas été exploitées faute de qualité de celles-ci. Les réponses aux enquêtes qualitatives pour la revue du PSN en cours, donnent des estimations d'un partenaire sur cinq qui accepterait de se faire dépister.

Tableau 16 : Performances réalisées par rapport aux cibles du PSN 2021-2025 pour la période 2020- 2022

		2 020	2021	2 022
Nombre de femmes enceintes à atteindre	Cibles	103794	108263	118 196
	Résultats	122918	137537	104 722
	Performance programmatique	118%	127%	88,6%
	Performance populationnelle	56%	56%	42%

Les résultats programmatiques ont été satisfaisants pour 2021 et d'environ 89% pour 2022, avec cependant des problèmes de la qualité des données. Mais la constance est que la performance populationnelle reste stagnante à 56% et une régression est notée au cours de 2022, à 42%.

Les principaux goulots d'étranglement à la PTME sont :

- Le faible taux de dépistage des femmes enceintes, lié à la faible fréquentation de la CPN, et la faible couverture en site de PTME ;
- Le dépistage tardif des femmes enceintes ;
- La faible application du dépistage systématique des femmes pendant l'accouchement ;
- Les ruptures en kits de dépistage ;
- Le faible dépistage des conjoints des femmes enceintes ;
- Une insuffisance d'intégration du dépistage des femmes dans le continuum SMNI (PEV, suivi de croissance, PF, service de grossesses pathologiques, salle de naissance) ;
- Absence de données sur la PTME chez les PS enceintes et le suivi de leurs enfants ;
- Insuffisance en formation du personnel sur la PTME ;

- Faible décentralisation de l'offre de dépistage précoce du VIH des enfants nés de femmes enceintes séropositives suivies ;
- Le faible suivi des femmes enceintes et allaitantes sous ARV jusqu'au dépistage précoce de l'enfant ;
- Dépistage cas index non mis à l'échelle.

Les données de routine concernant le dépistage des partenaires sexuels des femmes enceintes infectées par le VIH n'ont pas été exploitées faute de qualité de celles-ci. Les réponses aux enquêtes qualitatives pour la revue du PSN en cours, donnent des estimations d'un partenaire sur cinq qui accepterait de se faire dépister.

Tableau 16 : Performances réalisées par rapport aux cibles du PSN de 2020 à 2022

		2 020	2021	2 022*
Nombre de femmes enceintes à atteindre	Cibles	103794	108263	118 196
	Résultats	122918	137537	104 722
	Performance programmatique	118%	127%	88,6%
	Performance populationnelle	56%	56%	42%

* Il est à noter que la complétude des données de 2022 est d'environ 60%

Les résultats programmatiques ont été satisfaisants pour 2021 et d'environ 89% pour 2022, avec cependant des problèmes de la qualité des données. Mais la constance est que la performance populationnelle reste stagnante à 56% et une régression est notée au cours de 2022, à 42% probablement due à la complétude des données de cette année.

Les principaux goulots d'étranglement à la PTME sont :

- Le faible taux de dépistage des femmes enceintes, lié à la faible fréquentation de la CPN (SPN), et la faible couverture en site de PTME ;
- Le dépistage tardif des femmes enceintes ;
- La faible application du dépistage systématique des femmes pendant l'accouchement ;
- Les ruptures en kits de dépistage ;
- Le faible dépistage des conjoints des femmes enceintes ;
- Une insuffisance d'intégration du dépistage des femmes dans le continuum SMNI (PEV, suivi de croissance, PF, service de grossesses pathologiques, salle de naissance) ;
- Absence de données sur la PTME chez les PS enceintes et le suivi de leurs enfants ;
- Insuffisance en formation du personnel sur la PTME ;
- Faible décentralisation de l'offre de dépistage précoce du VIH des enfants nés de femmes enceintes séropositives suivies ;

- Le faible suivi des femmes enceintes et allaitantes sous ARV jusqu'au dépistage précoce de l'enfant ;
- Dépistage cas index non mis à l'échelle.

Les soins et traitements

La prise en charge par les traitements antirétroviraux (TARV)

Le pays a élaboré en 2021 et 2022, plusieurs documents de normes dont le guide de prise en charge des co-infections et comorbidité liées au VIH, et les nouvelles Directives nationales sur l'utilisation des antirétroviraux pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH, conformément aux Recommandations de l'OMS en vigueur publiées en juillet 2021. Ce document des normes de la prise en charge des PVVIH, insiste sur l'application de la stratégie « tester, traiter et retenir » grâce à une importante implication communautaire. Un accent particulier a été mis sur la détection précoce des patients vus aux stades avancés de l'infection à VIH, en vue d'un traitement adéquat ; de même, la priorité a été donnée aux combinaisons antirétrovirales comportant Dolutégravir, l'accompagnement à l'observance et le continuum des soins pour favoriser le succès thérapeutique et la rétention dans la file active des patients sous ARV. Le diagnostic et la gestion correcte des co-infections et comorbidités pour améliorer la survie et la qualité de vie des PVVIH, fait partie des chapitres qui y sont développés.

Le nombre de sites de traitement ARV fonctionnels au 1er semestre 2022 était de 101 dont 70 intègrent la prise en charge des enfants.

Le tableau 16 montre les progressions des résultats par rapport aux cibles initialement prévues dans le PSN finissant. Les performances attendues n'ont pas été atteintes, particulièrement pour les enfants.

Tableau 16: Performances sur la prise en charge médicale par les ARV en fonction des années.

		2 020	2 021	2 022
Nombres de PVVIH éligibles au TARV	Adultes	82000	100770	101310
	Enfants	7800	11190	11250
	Total	89800	111960	112560
Nombre total de PVVIH sous ARV	Cibles PSN	60000	65876	74376
	Résultats	50805	56123	61076
	Performance programmatique	85%	85%	82%
	Performance populationnelle	57%	56%	60%
Nombre d'adultes PVVIH sous ARV	Cibles	55200	59720	66720
	Résultats	47259	52225	56875
	Performance programmatique	86%	87%	85%
	Performance populationnelle	58%	52%	56%
Nombre d'enfants PVVIH sous ARV	Cibles	4800	6156	7656
	Résultats	3546	3898	4201
	Performance programmatique	74%	63%	55%
	Performance populationnelle	45%	35%	37%

Les indicateurs de performance programmatiques, ont connu une relative baisse en 2022 ; cette tendance est plus inquiétante pour le groupe des enfants vivant avec le VIH et mis sous ARV, avec une régression des performances de pratiquement 10% au cours des deux dernières années.

L' analyse géographique des sites de prise en charge et des patients sous ARV est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17: Répartition des sites de traitement et des patients sous traitement ARV par Région Sanitaire en 2022.

Région Sanitaire	Nb sites ARV	Nb patients sous ARV	Poids des PVVIH sous ARV (%)
RS1	20	7653	12,5%
RS2	20	11028	18,1%
RS3	14	7333	12,0%
RS4	8	2546	4,2%
RS5	3	2123	3,5%
RS6	10	4375	7,2%
RS7	26	26018	42,6%
Total	**101**	61076	**100,0%**

Le nombre de formations sanitaires fonctionnelles assurant la prise en charge des PVVIH, a augmenté de 94 en 2019 à 101 en 2022. Le taux de mortalité relative au VIH chez les enfants de moins de 15 ans, a subi une forte baisse au cours des 5 dernières années, puisqu'il est passé de 0,4 à 0,2 pour mille enfants et par an. Cependant, les insuffisances de la couverture des traitements ARV, persistent chez les enfants âgés de 0 à 14 ans[48]. Les freins en matière des soins VIH pédiatriques incluent entre autres : une insuffisance de ressources humaines formées, les coûts directs et indirects pour accéder aux soins[49].

Plus d'un quart des sites de prise en charge des PVVIH étaient concentrées dans la capitale Bangui (Région-7). Les Régions sanitaires (RS) 4, 5 et 6 avaient un faible effectif de FOSA offrant la prise en charge des PVVIH. Ces RS ont aussi une grande étendue géographique et la population dans ces zones, doit parcourir 10 à 15 Km ou plus pour accéder aux soins ; ces difficultés sont aggravées par les problèmes d'insécurité dans ces régions.

Toutefois, il convient de noter que le très faible niveau d'offre du dépistage VIH en dehors de la PTME et des patients tuberculeux, la stigmatisation, les coûts directs et indirects[50], peuvent contribuer entre autres, à limiter l'accès des patients aux soins dont ils sont en besoin.

Ces facteurs limitants peuvent aussi influencer négativement l'efficacité de la prise en charge médicale des patients.

[48] Rapport estimations VIH 2022 RCA

[49] Médecins Sans Frontières. Quand l'écart se creuse ; les pandémies négligées : Le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

[50] Médecins sans frontières ; Quand l'écart se creuse. Les pandémies négligées : le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.

L'étude sur la problématique des perdus de vue dans les sites de prise en charge phase II, réalisée d'Octobre 2021 à Mars 2022, a révélé : un taux global des perdus de vue de 39,7% [38,6% - 40,8%], en considérant la durée de perte de vue à 3 mois. Le taux global de rétention dans la file active au 12ème mois de traitement ARV, était de 65,1% [63,7% - 66,4%], alors que la norme doit être ≥ 85% selon les Directives nationales 2022 (Indicateurs d'alerte précoce).

Les Régions sanitaires 4 et 5 avaient les plus mauvais taux de rétention au 12ème mois de traitement ARV, avec respectivement 51.1% (95%CI=44.-57.5) et 47.5% (95%CI=42.1-52.7).

La probabilité d'abandon du traitement est plus élevée après la première visite : un quart des patients ne sont plus suivis durant le premier mois. Les facteurs associés à l'abandon précoce, sont les conditions cliniques les plus influentes (stade clinique III ou IV de l'OMS, malnutrition et genre masculin. Dans les cas d'abandons tardifs (7ème mois ou au-delà), les facteurs sociaux et structurels sont souvent en cause : distance par rapport au site de prise en charge et être une jeune femme. L'insécurité semble avoir favorisé constamment l'abandon dans la RS4 et la RS5 ; il en est de même pour d'autres facteurs contextuels comme l'insécurité alimentaire, la haute mobilité liée à des activités précises (migration, flambées de violence, activités minières, pastoralisme). Un nombre important mais difficile à préciser, concerne les migrants thérapeutiques qui sont en fait de faux PDV.

Les facteurs de risque associés à la situation de perdu de vue (PDV) sont : le genre masculin, être une femme jeune (13-25 ans), la malnutrition (BMI<18.5), le stade clinique avancé (stades III ou IV de l'OMS) et habiter au-delà de 15 kilomètres[51].

[51] Inikoutiyo J, Yonli C, Tekpa G, Vallès X. Problématique des perdus de vue dans les sites de prise en charge (adultes et enfants) et PTPE en République Centrafricaine ; Phase II : Etude quantitative. Croix-Rouge française, Ministère de la Santé et de la Population, et le Fonds Mondial ; 2022.

Tableau 18: Proportion des PVVIH mises sous traitement ARV par district Sanitaire en 2022

Region sanitaire	PVVIH âgées de 15 + ans attendues (Spectrum 2023)	PVVIH (Adultes) sous ARV	GAP PVVIH (à rechercher)	Couverture
RS1	**7400**	**4413**	**2987**	**60%**
Bimbo	3400	1996	1404	59%
Boda	962	390	572	41%
Bossembélé	1338	1169	169	87%
Mbaïki	1700	858	842	50%
RS2	**22400**	**13363**	**9037**	**60%**
Baboua	3000	1856	1187	62%
Bégoua	4044	2972	1072	73%
Berberati	3300	2458	842	74%
Bouar_Baoro	4800	2875	1925	60%
Carnot	4100	2696	1404	66%
Gamboula	2100	234	1866	11%
Sangha Mbaéré	2200	1459	741	66%
RS3	**15300**	**6808**	**8492**	**44%**
Batangafo-Kabo	1600	904	696	57%
Bocaranga-Koui	1500	600	900	40%
Bossangoa	1700	1348	352	79%
Bouca	400	228	172	57%
Bozoum_Bossemptele	3300	1143	2157	35%
Nangha-Boguila	1200	583	617	49%
Ngaoundaye	2000	518	1482	26%
Paoua	3600	1484	2116	41%
RS4	**9000**	**2366**	**6634**	**26%**
Bambari	4000	1016	2984	25%
Kemo	2100	482	1618	23%
Kouango_Grimari	900	294	606	33%
Nana-Gribizi	2000	574	1426	29%
RS5	**5900**	**1944**	**3956**	**33%**
Bamingui_Bangoran	1200	361	839	30%
Haute_Kotto	3200	1096	2104	34%
Vakaga	1500	487	1013	32%
RS6	**7800**	**4164**	**3636**	**53%**
Alindao-Mingala	1200	183	1017	15%
Bangassou	3000	1161	1839	39%
Haut-Mbomou	2808	2554	254	91%
Kembé-Satéma	400	64	336	16%
Mobaye-Zangba	400	62	338	16%
Ouango-Gambo	500	140	360	28%
RS7	**45400**	**23817**	**21583**	**52%**
Bangui1	13900	9748	4152	70%
Bangui2	22300	8355	13945	37%
Bangui3	9200	5714	3486	62%
Grand Total	**113200**	**56875**	**56325**	**50%**

La couverture du traitement en ARV adultes est inférieure à 50% dans 20 districts sanitaires. Parmi ceux-ci, 6 ont la couverture inferieure a 25% : Gamboula (11%),

Alindao_Mingala (15,3%), Mobaye-Zangba (15.5%), Kembé-Satéma (16.0%), et le Kemo (23.0%).

Evaluation des performances des cascades des soins VIH selon les 3-95

Depuis 2021, des progrès ont été enregistrés sur la proportion des PVVIH qui connaissent leur statut VIH de 48,1% en 2021 à 58,7% en 2022. Cependant la proportion des patients qui sont sous un traitement antirétroviral est passée de 95,9% à 83,4% en 2022. Cette baisse de couverture en traitement ARV est liée à l'augmentation des PVVIH qui ont connu leur statut en 2022. En ce qui concerne la charge virale, en 2021, sur 56123 patients sous ARV, 15.531 en ont bénéficiée, soit 27,7% de couverture. Sur ces patients bénéficiant de la CV, 12590 ont une suppression de la charge virale. Par contre, sur 61076 patients sous ARV, 17078 en ont bénéficiée, soit 28% de couverture. Sur ces patients bénéficiant de la CV, 15103 ont une suppression de la charge virale.

La figure 27 présente la cascade programmatique ajustée de la charge virale, en 81,1% en 2021 et 88,4% en 2022.

Performance programmatique en 2021 et 2022

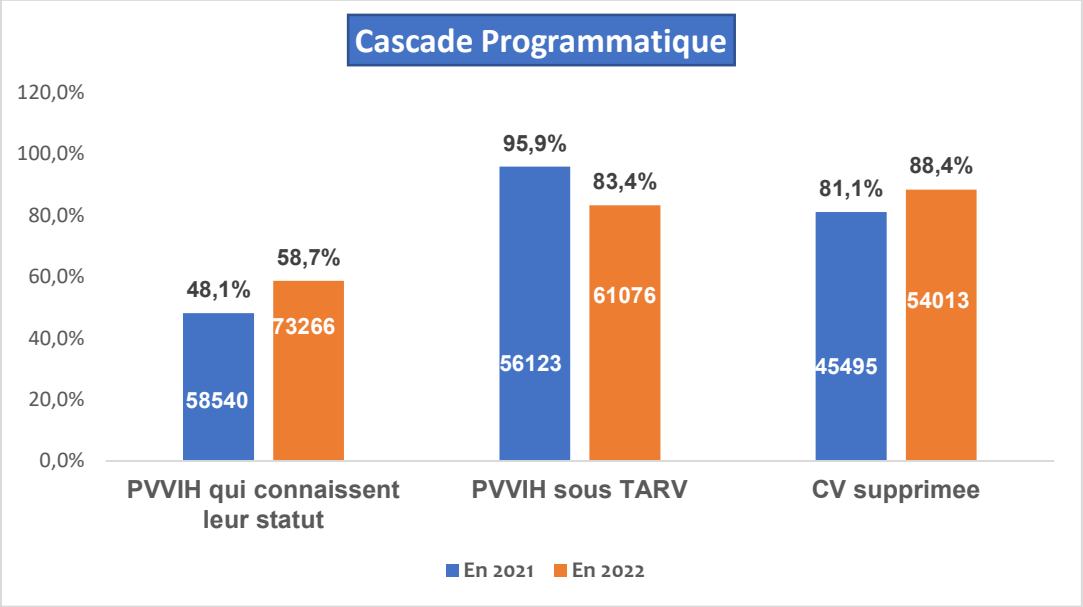


Figure27: Cascade programmatique des 95-95-95 en RCA – 2021 et en 2022

Le faible accès à la charge a été atténué par le passage à l'échelle de la disponibilité de GenXpert dans les districts sanitaires et l'organisation de prélèvement groupe d'échantillon pour la charge virale.

Performance populationnelle de la cascade des soins VIH

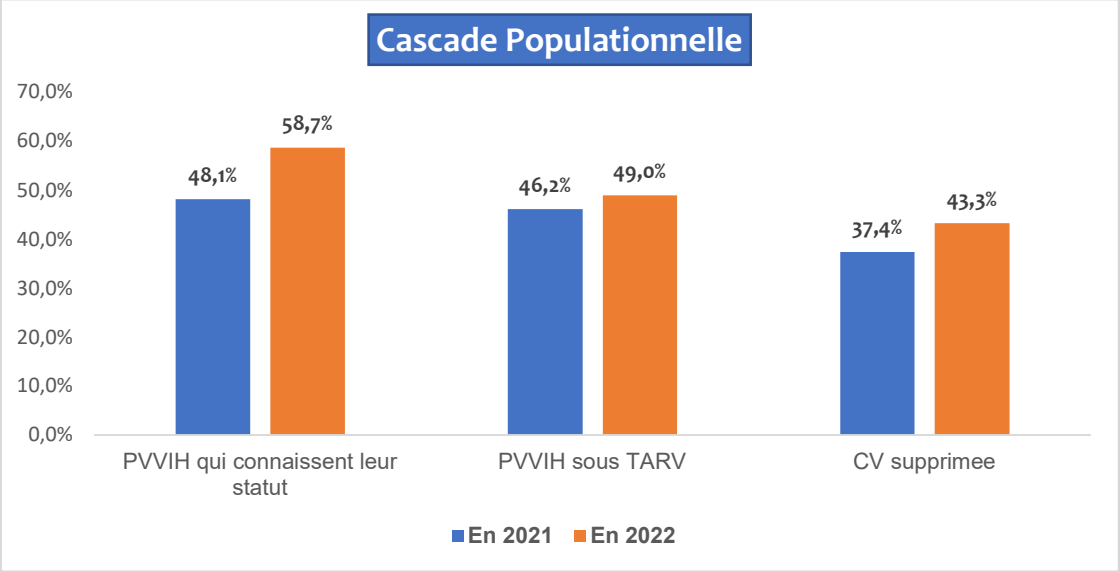


Figure28: Cascade populationnelle ajustée en 2021 et 2022

Les performances populationnelles des 95-95-95 en 2021 et 2022, révèlent que les gaps sont encore très grands par rapport aux cibles pour tendre vers l'élimination du Sida comme problème de santé publique d'ici 2030.

Performance populationnelle de la cascade des soins VIH chez les enfants

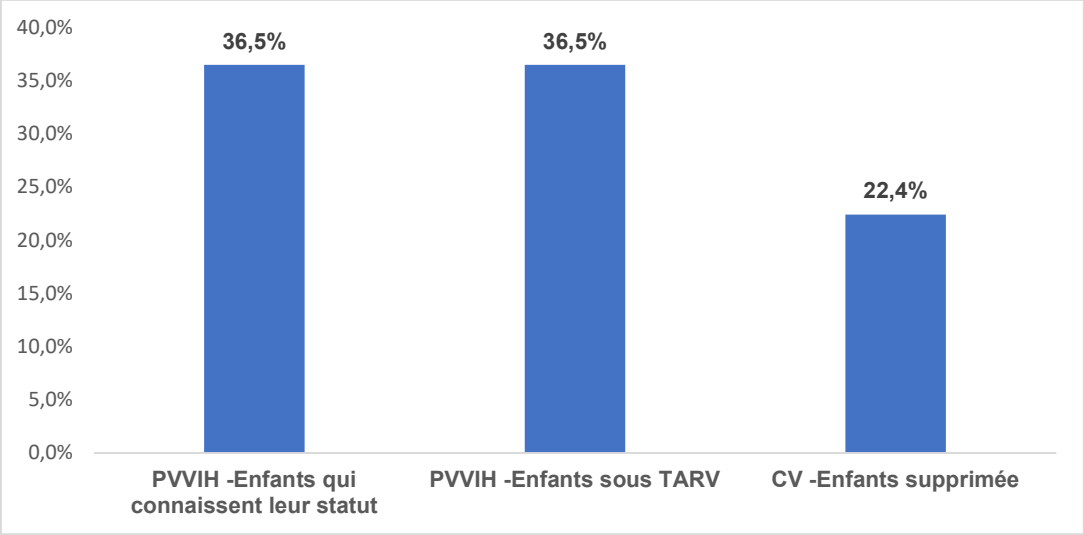


Figure29: Cascade 95-95-95 populationnelle ajustée en RCA 2022 (Enfants)

Une forte amélioration est observée dans la proportion des enfants dont le statut VIH est connu et celle des enfants sous traitement ARV entre 2018 et 2022, passant respectivement, de 28% à 36,5% et de 23% à 36,5%.

Performance populationnelle de la charge virale VIH chez les adultes (15 ans et plus) selon le genre

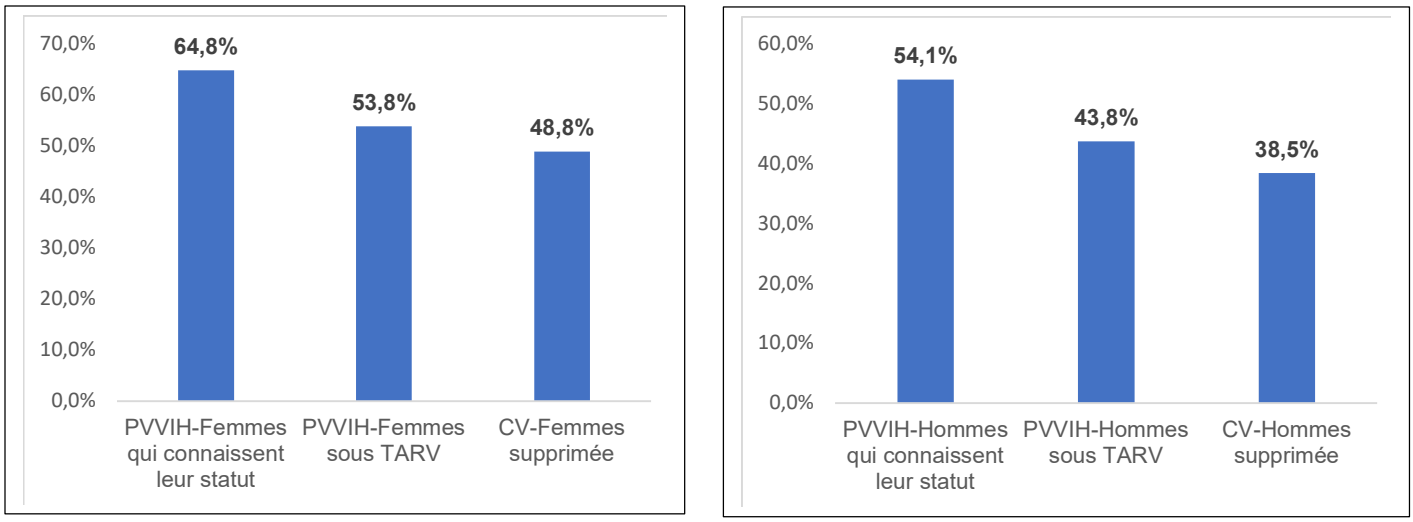


Figure30: Cascade 95-95-95 populationnelle ajustée en RCA 2022 (Femmes et Hommes)

Les performances thérapeutiques des femmes sont meilleures que celles des hommes. Ce constat a été fait également dans l'étude sur la problématique des perdus de vue dans les sites de prise en charge des PVVIH, où les femmes avaient un taux de charge virale supprimée plus élevé par rapport aux hommes (60.0% vs 44.9%, p=0.008). L'observance au traitement des femmes était relativement plus optimale par rapport aux hommes qui eux, semblaient entrer tardivement dans la prise en charge que les femmes (CD4 et IMC bas), et les patients en échec thérapeutique avaient un risque beaucoup plus élevé de devenir perdus de vue (HR=20.2, CI=3.9-217.1, p=0.001)[52]. Il est toutefois encourageant de noter que la proportion globale des charges virales détectables enregistrées à l'Institut Pasteur de Bangui, régresse régulièrement, passant de 45% en 2018 à 33,3% en 2021.

Prise en charge de la co-infection TB/VIH

Dans le cadre de la prise en charge de la co-infection du VIH/TB, le pays a élaboré un plan de collaboration des programmes VIH/TB et des directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'INH chez les PVVIH en RCA. Sur les 101 sites de traitement des PVVIH, 85 sont des centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT), cet effectif était de 79 en 2020.

En 2021, 80 % des patients TB en Centrafrique, avaient bénéficié d'un test VIH. Ce taux est inférieur à la cible de 100%.

[52] Inikoutiyo J, Yonli C, Tekpa G, Vallès X. Problématique des perdus de vue dans les sites de prise en charge (adultes et enfants) et PTPE en République Centrafricaine ; Phase II : Etude quantitative. Croix-Rouge française, Ministère de la Santé et de la Population, et le Fonds Mondial ; 2022.

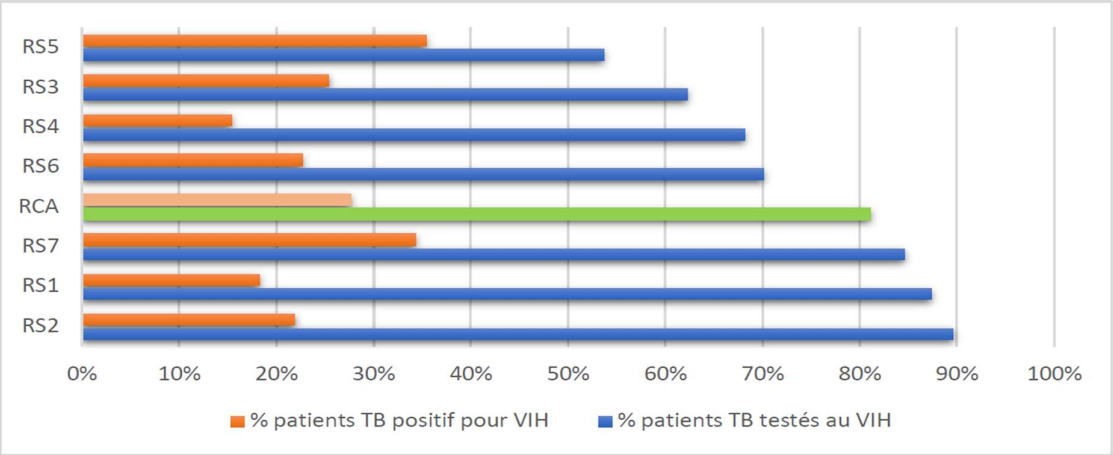


Figure31: Taux de dépistage VIH des patients tuberculeux par région sanitaire et résultats en RCA-2021

Le graphique ci-haut, révèle que les régions sanitaires 3, 4, 5 et 6 ont des taux de dépistage VIH inférieurs (≤ 70%) par rapport à la moyenne nationale chez le tuberculeux (80%). La séropositivité pour le VIH présente des taux supérieurs à 28%, dans les régions sanitaires 5 et 7.

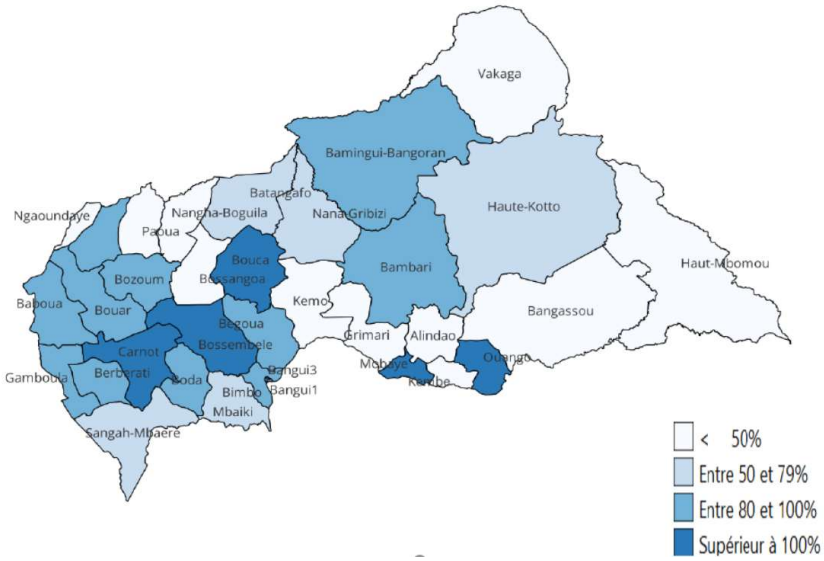


Figure 25 : Couverture du dépistage VIH des cas de tuberculeux par District sanitaire-RCA 2021, (source : Rapport de la revue externe du plan stratégique de la lutte contre la tuberculose 2017-2023 en RCA)

La figure ci-dessus présentant la cartographie de la couverture en dépistage VIH chez les patients tuberculeux en RCA et le tableau ci-après, mettent en évidence que les Districts sanitaires ayant une faible couverture du dépistage VIH, sont majoritairement dans les zones de faible accès géographique aux FOSA et certains sont touchés par les conflits armés récurrents.

Tableau 19: Les Districts Sanitaires présentant des couvertures en tests VIH inférieures à 50%, Revue TB

District	Nouveaux cas et rechutes	Tests VIH documentés	% de Patients TB testés au VIH
Kembé	10	0	0%
Vakaga	130	3	2%
Nangha-Boguila	43	14	33%
Haut-Mbomou	121	41	34%
Bangassou	205	78	38%
Bossangoa	177	69	39%
Grimari	123	50	41%
Paoua	201	82	41%
Kemo	178	73	41%
Ngaoundaye	128	58	45%
Alindao	72	34	47%

Parmi les patients TB ayant leur statut VIH connu, la séroprévalence du VIH est de 28% et les proportions des patients co-infectés TB/VIH mis sous prophylaxie au Cotrimoxazole et sous traitement antirétroviral étaient dans ces deux cas, de 97%[53] ; ce taux pour les patients sous ARV, traduit un progrès très significatif dans le traitement des deux maladies, car en 2018, seuls 85% des patients co-infectés avaient reçu un traitement antirétroviral.

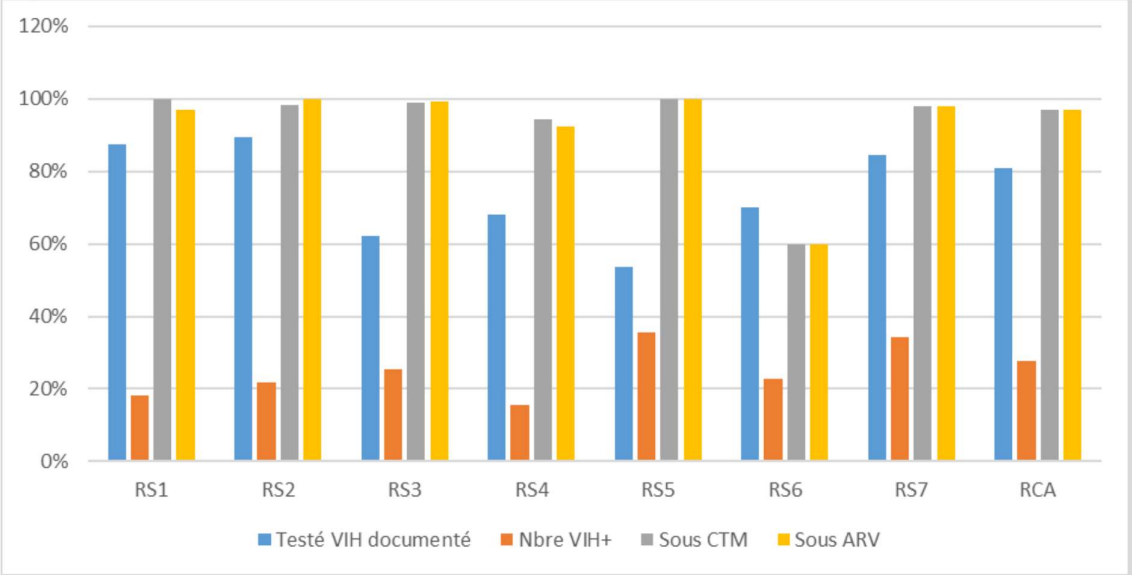


Figure 26: Cascade des indicateurs TB/VIH, RCA, 2017-2021

Hormis le faible taux de dépistage VIH déjà relevé dans les régions sanitaires 3, 4, 5 et 6, nous notons une très forte proportion de la prescription du Cotrimoxazole et des traitements antirétroviraux dans six régions sanitaires, sauf la région 6 qui a un taux de 60%.

Si la couverture en dépistage est améliorée, un plus grand nombre de patients co-infectés, pourra bénéficier des traitements contre les deux maladies.

[53] Organisation Mondiale de la Santé ; Profil pays de la tuberculose en 2021 : République Centrafricaine

Le VIH est connu comme le facteur amplificateur de la fréquence de la tuberculose dans le monde comme en RCA ; mais nous constatons que parmi les cinq déterminants majeurs de survenue de la tuberculose, la sous-alimentation est en première position. Cette situation est confirmée par le « Rapport de l'étude sur l'analyse de la vulnérabilité nutritionnelle et alimentaire des PVVIH et d'évaluation de l'accès des PVVIH et de leurs ménages aux services et prestations de protection sociale en République Centrafricaine – Août 2022 ». En effet, cette étude a révélé que sur 1476 PVVIH (77,9% de femmes) évaluées avant le démarrage du traitement antirétroviral en 2020, 36,1% étaient en état d'insuffisance pondérale dont 14,3% de forme sévère et 21,8% de forme modérée[54]. Cela justifie l'appui nutritionnel donné aux patients souffrant de tuberculose multirésistante, et l'appui alimentaire donné par le PAM aux PVVIH, malheureusement en quantité insuffisante pour leurs familles respectives.

Les nouveaux cas de tuberculose parmi les PVVIH, présentent une tendance à la baisse[55] ; cela est probablement lié à l'augmentation du nombre de PVVIH mis sous traitement dans le pays entre autres. Cette tendance à la réduction des nouveaux cas annuels aurait été plus forte, si en plus du traitement antirétroviral, la prophylaxie contre la tuberculose était appliquée à tous les patients éligibles. Malheureusement, ce n'est pas le cas, car seulement 22% des cibles ont bénéficié du traitement préventif contre la tuberculose en 2021.

Le taux de succès du traitement contre la tuberculose sensible était de 79% en 2021, traduisant un résultat suboptimal. Les mêmes régions sanitaires (RS) qui ont un gap significatif dans le dépistage VIH, ont de faibles taux de succès du traitement antituberculeux, < 70% dans les RS 3, 4, 5 et 6.

Plusieurs facteurs contribuent à ces faibles performances :

- Un taux élevé de perdus de vue,
- La non-application du TDO,
- La faible disponibilité de personnels formés,
- Le faible niveau de suivi des patients irréguliers ou transférés sortants,
- L'insuffisance d'IEC/CCC à l'endroit des patients,
- L'insuffisance d'Education Thérapeutique, pour les TARV et traitements antituberculeux,
- Les actions des médiateurs communautaires sont limitées : il n'y a pas de visite à domicile pour les patients irréguliers au traitement, pas d'application de TDO communautaire et pas d'enquêtes autour des contacts.
- La coordination TB/VIH n'est pas fonctionnelle
- La faible application du principe du guichet unique pour la prise en charge VIH et Tuberculose.

La persistance de ces faiblesses, expose la population centrafricaine, et les PVVIH en particulier, aux risques de morbidité accrue et de mortalité.

[54] Ministère de la Santé et de la Population ; Rapport de l'étude sur l'analyse de la vulnérabilité nutritionnelle et alimentaire des PVVIH et d'évaluation de l'accès des PVVIH et de leurs ménages aux services et prestations de protection sociale en République Centrafricaine – Août 2022

[55] Organisation Mondiale de la Santé ; Profil pays de la tuberculose en 2021 : République Centrafricaine

COVID 19 et VIH

Le début de l'épidémie à la covid19 en RCA remonte au 14 mars 2020. Le rapport de la situation journalière de la COVID-19[56], a enregistré au 31 Décembre 2022, 114.736 tests diagnostiques cumulés pour COVID-19, dont 15.363 résultats positifs (13,4%).

Le rapport a dénombré 22 districts sanitaires sur 35, qui avaient déclaré au moins un cas de COVID-19. Les 3 districts de Bangui, ainsi que ceux de Bimbo, Bégoua et Bouar-Baoro, ont notifié chacun plus de 50 cas. La majorité des districts avec zéro cas notifié, étaient touchés par les conflits armés.

La proportion de patients infectés par le VIH n'est pas enregistrée ; mais dans l'étude sur les « Paramètres immunitaires chez les sujets diagnostiqués COVID-19 positifs et incidence chez les infectés par le VIH à Bangui en République centrafricaine », les patients co-infectés VIH/COVID-19 représentaient 11,39% de l'échantillon[57]. L'OMS déclare que les personnes vivant avec le VIH qui ont un taux de CD4 > 200/mm3 et celles qui sont sous traitement antirétroviral avec une charge virale indétectable, ont un risque de contracter COVID-19, comparable à la population générale. Par contre, il est reconnu que l'infection à VIH constitue un facteur de risque des formes graves de COVID-19 en cas d'âge avancé et/ou en présence de comorbidités : les cardiopathies, les maladies rénales, le diabète, les pneumopathies chroniques, l'obésité, ainsi que des co-infections comme la tuberculose et des comorbidités comme les tumeurs malignes[58,59].

Prise en charge des cas VIH aux stades avancés

Les patients enrôlés dans la prise en charge à un stade avancé de la maladie ont un risque significativement élevé de décès, d'être perdus de vue ou d'abandon. Il est établi qu'en Afrique subsaharienne, près de la moitié des patients qui ont un taux de CD4 < 100/mm3, ont été classés aux stades I ou II de l'OMS[60].

Les études récentes[61] [62], confirment qu'une proportion importante de patients, s'engageait encore tardivement dans la prise en charge. A cela s'ajoute le taux bas de rétention des patients dans la file active évaluée à 65,1% à 12 mois, et un taux de perdus de vue des patients sous traitement à 39,7%. Ces situations favorisent la survenue des maladies opportunistes graves classant aux stades III ou IV de l'OMS et nécessitant une hospitalisation.

---

[56] Ministère de la Santé et de la Population. Rapport de situation journalière de COVID-19 en République Centrafricaine. SitRep n°978 Date 31 Décembre 2022.

[57] Nambeï WS, Nembi G, Gbagbangaï E, Kodia Lenguetama RE, Rafaï C, Rawago-Mandja D, Longo JKDD, Balékouzou A, Gamba ED, Grésenguet G : les paramètres immunitaires chez les sujets diagnostiqués COVID-19 positifs et incidence chez les infectés par le VIH à Bangui en République centrafricaine

[58] https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-hiv-and-antiretrovirals Téléchargé le 09/02/2023 à 02H41

[59] Charles Roncier ; VIH.org, COVID-19 IAS 2021, Vivre avec le VIH.

[60] World Health Organization. Guidelines for managing advanced HIV Disease and Rapid initiation of antiretroviral therapie. July 2017. P56).

[61] Inikoutiyo J, Yonli C, Tekpa G, Vallès X. Problématique des perdus de vue dans les sites de prise en charge (adultes et enfants) et PTPE en République Centrafricaine ; Phase II : Etude quantitative. Croix-Rouge française, Ministère de la Santé et de la Population, et le Fonds Mondial ; 2022.

[62] Ministère de la Santé et de la Population ; Rapport de l'étude sur l'analyse de la vulnérabilité nutritionnelle et alimentaire des PVVIH et d'évaluation de l'accès des PVVIH et de leurs ménages aux services et prestations de protection sociale en République Centrafricaine – Août 2022

Malheureusement, en dehors des Centres spécialisés où la numération CD4 est subventionnée (les structures appuyées par MSF à Bangui : CSU des Castors, Bédé Combattant, Ouango, Amis d'Afrique et Bégoua ; CTA du CHUC et CTA du CNRISTAR, Centre Saint-Michel de Bouar et le Centre Catholique de Bossemptélé), cet examen est totalement à la charge des patients ou indisponible, limitant ainsi le diagnostic des patients aux stades avancés aux seuls cas symptomatiques sévères.

La thèse portant sur les causes et facteurs de risque de mortalité sous traitement antirétroviral en RCA (étude transversale entre 1er Mars et le 30 Septembre 2021 sur 207 patients), révèle que 98,5% des patients était aux stade III ou IV de l'OMS, 64,25% étaient en état de maigreur/malnutrition (IMC < 18,5 Kg/m2), 46,85% avaient un taux de CD4 < 200/mm3. Les causes d'hospitalisation étaient dominées par la tuberculose (62,8%), les diarrhées (10,14%), la cryptococcose neuro-méningée (7,2%), la pneumonie (4,35%) et l'anémie (2,9%). Le taux de mortalité était de 16,9% contre 14% au CHU Communautaire durant la même année sur 1708 patients. La différence est probablement liée aux difficultés d'accès des patients aux moyens de diagnostic et aux traitements adéquats totalement à leur charge, contrairement aux Centres appuyés par MSF. Dans cette étude, les causes de mortalité par ordre décroissant de fréquence, étaient : la tuberculose, la cryptococcose neuro-méningée, la méningo-encéphalite et la méningite purulente.

Les bonnes pratiques faites par MSF pour la prise en charge des PVVIH aux stades avancés, méritent d'être implémenter dans des Hôpitaux du pays (au moins Centraux, et Régionaux), avec un système réellement opérationnel de référence/contre-référence entre ces hôpitaux et les Centres de santé ou les « structures » de suivi communautaires. En effet, ce partenaire appuie cinq Unités de Prise en Charge de Bangui (UPEC) pour la détection et les traitements oraux en ambulatoire des cas de VIH avancé, et prend en charge en hospitalisation, les patients vus aux stades avancés de l'infection à VIH au service de Médecine interne du CHU Communautaire. En 2021, 1708 PVVIH ont été hospitalisées ; 80,8% des diagnostics à la sortie d'hospitalisation, concernaient la tuberculose. Le taux de réalisation des CD4 aux patients admis était de 95,8%. Pour les patients ayant un taux de CD4 < 200/mm3 (57%), les tests TB-LAM ont été réalisés dans 84,4% des cas et l'antigène cryptococcique (CrAg) a été testé chez 92,6% des sujets ; 85 cas de cryptococcose (9,8% des tests faits) ont ainsi été diagnostiqués et traités. La maladie de Kaposi a été mise en évidence chez 114 patients (6.7%) qui ont été traités par la Doxorubicine liposomale ou la perfusion de Paclitaxel (2ème semestre 2021)[63].

En dehors des structures et services appuyés par MSF et la Croix-Rouge française, ou des deux Centres de prise en charge Catholique de Bouar et Bossemptélé, tous les hôpitaux et Centres de santé du pays ne disposent pas des moyens pour le diagnostic et le traitement adéquat des maladies opportunistes graves[64],[65]. Cela contribue à favoriser les décès, la déperdition des patients de la file active et donne une appréciation négative par la population, de la qualité de la prise en charge.

[63] Médecins Sans Frontières : Rapports narratif annuel_Projet_VIH_TB.VE (2021).
[64] Médecins sans frontières ; Quand l'écart se creuse. Les pandémies négligées : le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.
[65] Synthèse de l'enquête sur les données qualitatives pour la revue à mi-parcours du PSN-VIH 2021-2025.

La gestion des approvisionnements et stockage des médicaments et intrants

Les objectifs majeurs du secteur pharmaceutique centrafricain, sont d'assurer la qualité des médicaments circulant dans le pays et d'offrir aux populations des médicaments essentiels, sûrs, efficaces et à un coût abordable. Ainsi, le pays a promulgué la loi N°20 014 du 11 juin 2020 portant sur le médicament, les autres produits de santé et l'exercice de la pharmacie en République Centrafricaine.

Pour accomplir cette mission, le Ministère de la Santé dispose dans son organigramme, de deux instances de coordination : i) une Direction Générale de la Pharmacie et de l'organisation des Soins dont dépend la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPLMT), organe de règlementation du secteur pharmaceutique ; ii) une Inspection Centrale des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires, relevant directement du Cabinet du Ministre de la Santé Publique, et assurant le contrôle de l'activité pharmaceutique sur le plan technique et administratif.

L'approvisionnement du pays en médicaments se fait par de multiples sources, et implique plusieurs acteurs publics, privé (lucratif et non lucratif), les partenaires bilatéraux et multilatéraux qui interviennent soit directement sur une partie ou sur toute la chaîne d'approvisionnement, soit indirectement via certaines organisations pour la distribution. Il convient de reconnaître que le Ministère en charge de la Santé n'assure pas pleinement son leadership dans la coordination de la chaîne nationale d'approvisionnement.

L'Unité de Cession du Médicament (UCM), est l'institution pharmaceutique nationale publique, en charge de l'approvisionnement des formations sanitaires. Aujourd'hui, elle connait des difficultés financières et ne correspond plus à une centrale d'achat moderne répondant aux normes des Bonnes Pratiques de Distribution au service de la population.

La gestion et l'approvisionnement des médicaments des programmes de santé comme le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose, sont financés essentiellement par le Fonds Mondial. Leur gestion est aujourd'hui assurée par des récipiendaires principaux que sont la Croix-Rouge Française (VIH et tuberculose) et World Vision International (Paludisme). Le stockage et la distribution sont assurés par le Programme Alimentaire Mondial (PAM). Malheureusement, le grand entrepôt des intrants des trois maladies, a été détruit suite à un incendie en Décembre 2022.
Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de la gratuite ciblée, la Banque Mondiale et l'Union Européenne appuient l'approvisionnement des districts sanitaires en médicaments et autres produits de santé et de ce fait, représentent une importante source d'approvisionnement. D'autres partenaires (MSF, CICR, CRF, CUAMM, etc…) appuient certaines formations sanitaires dans la prestation des services de soins y compris l'approvisionnement en médicaments, réactifs et en consommables.

Le pays ne dispose pas d'un plateau technique adéquat ni d'un nombre suffisant de ressources humaines qualifiées pour mettre en œuvre l'assurance qualité des produits pharmaceutiques. Le système d'homologation est à renforcer en appliquant le référentiel d'homologation de la zone CEMAC.
L'enquête SARA/HeRAMS 2019 révèle une faible disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires. En moyenne 27% de chacun des

médicaments essentiels traceurs étaient disponibles dans les formations sanitaires du pays. Sur les 24 médicaments essentiels traceurs, 7 étaient disponibles dans plus de la moitié des formations sanitaires et 13 étaient disponibles dans moins de 10% des formations sanitaires[66]. L'enquête pour la collecte des données qualitatives en vue de l'évaluation à mi-parcours du PSN-VIH en cours, a enregistré la faible disponibilité d'intrants de dépistage VIH et la non disponibilité des médicaments pour le traitement des maladies opportunistes graves chez les PVVIH vues aux stades avancés[67].

Les principaux problèmes et défis identifiés du système GAS sont :

- L'insuffisance de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé à tous les niveaux ;
- La non décentralisation en dehors de la capitale de la collecte, la production et la distribution de produits sanguins ;
- Faiblesse de la gouvernance et du leadership de l'approvisionnement ;
- Insuffisance du partenariat public-privé ;
- Insuffisance de ressources humaines pharmaceutiques qualitative et quantitative à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Insuffisance d'un système d'assurance qualité et du système de pharmacovigilance ;
- Insuffisance du financement pour l'achat des médicaments et autres produits de santé ;
- Faible disponibilité et accessibilité géographique des médicaments, vaccins, autres produits de santé ;
- Absence d'un système d'information et de gestion en médicament SIGL logistique
- Faible capacite des dépôts de stockage ;
- Usage irrationnel des médicaments.
- L'insuffisance de contrôle et d'inspection du marché et de la vente illicite des médicaments.

Ces insuffisances ont entre autres conséquences la faible disponibilité des médicaments et intrants spécifiques dans les formations sanitaires et la persistance de la circulation des médicaments de qualité inférieure et falsifiés.

La prise en charge nutritionnelle

Le rapport de l'étude sur l'analyse de la vulnérabilité nutritionnelle et alimentaire des PVVIH, révèle que 36,1% des patients étaient en insuffisance pondérale dont 14,3% de forme sévère et 21,8% de modérée. Les prévalences les plus élevées étaient observées dans les préfectures de Nana-Gribizi avec 63,6% dont 27,3% de forme sévère, de Haute Kotto avec 52,9% dont 17,6% de forme sévère, de Basse Kotto dont tous de forme modérés (20,0%), du Haut Mbomou avec 44,4% dont 22,4% de forme sévère. Plusieurs autres préfectures avaient des prévalences supérieures ou égales à 40%. Les patients du milieu urbains étaient plus affectés par l'insuffisance pondérale que ceux du milieu rural avec respectivement 36,5% dont 14,5% de forme sévère. Aussi, patients de sexe masculin étaient plus affectés par l'insuffisance pondérale

[66] Ministère de la Santé et de la Population. Enquête nationale sur les prestations des services de santé SARA/HeRAMS 2019.

[67] Synthèse de l'enquête sur les données qualitatives pour la revue à mi-parcours du PSN-VIH 2021-2025..

avec 45,1% dont 19,8% de forme sévères que ceux de sexe féminin avec 33,3% dont 14,3% de forme sévère[68].

L'appui alimentaire ou nutritionnel aux patients infectés par le VIH, est déterminant en complément des traitements antirétroviraux, pour contribuer à améliorer l'état de santé des sujets concernés. Ce soutien alimentaire est destiné aux patients PVVIH sous traitement ARV (adultes et enfants) qui présentent des signes de malnutrition aiguë modérée, (IMC< 18,5 pour les adultes, 11,5cm<PB<12,5cm pour les enfants et PB<23 cm chez les femmes enceintes et allaitantes). Son but est non seulement de permettre la récupération nutritionnelle mais aussi d'améliorer l'adhérence au traitement. La mise en œuvre sur le terrain est assurée par le Ministère de la Santé et de la Population ainsi que les ONG partenaires (MSF Espagne, MSF France, MSF Hollande, Plan international, World Vision, Mama Carla, Amis D'Afrique). Cette intervention consiste en la distribution des vivres (farine « fortifiée » et huile végétale « fortifiée ») accompagnée d'éducation nutritionnelle sur les bonnes pratiques d'hygiène, d'alimentation et de santé. Afin de permettre au bénéficiaire de prendre intégralement sa ration alimentaire et éviter tout partage, des mesures d'accompagnement sont prévues pour les familles des personnes assistées. Ainsi, des bons d'achats ou cash d'une valeur de 32.000 FCFA chacun, leurs sont distribués par ménage et par mois.

Au cours de l'année 2022, le PAM a continué d'apporter un appui nutritionnel aux PVVIH sous ARV malnutries dans 52 sites de prise en charge du VIH sur les 101 que compte le pays (51,5%). Cet appui s'est focalisé sur les régions sanitaires de Bangui, Bouar, Kaga-Bandoro et Bambari à cause de nombre élevé des PVVIH sous ARV dans ces régions et de la présence effective des bureaux du PAM pour assurer les approvisionnements des sites et leur suivi. Sur les 10 000 PVVIH malnutries et sous ARV que le PAM avait planifiées d'appuyer en 2022, 10 375 (2 883 hommes, 5 240 femmes et 2 252 enfants dont 1 178 garçons et 1 074 filles) ont été atteintes (103,75%) à travers la distribution de 842,711 Mt de Super céréale et d'huile végétale « fortifiée ». Ce programme a eu les performances suivantes : taux de réhabilitation nutritionnelle de 94,39%, taux de décès de 0,21%, taux de non-réponse de 5,32%, et taux de perdus de vue 0,08%. Afin d'éviter le partage des rations, d'améliorer les résultats du traitement nutritionnel et de renforcer la sécurité alimentaire, 19 335 membres des familles de PVVIH sur les 32 000 planifiés (60,45%) ont été assistés à travers des coupons alimentaires ou du cash pendant une période de 5 mois pour un montant total distribué de 640 794 USD[69].

En plus des enfants, le Programme Alimentaire Mondial a étendu la prise en charge nutritionnelle aux femmes enceintes et femmes allaitantes (FE/FA), ce qui améliore in facto le taux d'utilisation des services de la Santé Maternelle et Infantile (CPN, CPoN, suivi de croissance, PEV), favorise le rattrapage des enfants nés de mères séropositives ayant échappé au dépistage précoce (PCR), et surtout une meilleure adhérence au traitement ARV.

[68] Ministère de la Santé et de la Population ; Rapport de l'étude sur l'analyse de la vulnérabilité nutritionnelle et alimentaire des PVVIH et d'évaluation de l'accès des PVVIH et de leurs ménages aux services et prestations de protection sociale en République Centrafricaine – Août 2022

[69] Rapport Programme Alimentaire Mondial / ONUSIDA 2022

Par ailleurs, 18 544 participants dont 6 380 hommes et 12 164 femmes ont bénéficié de séances de sensibilisation et d'éducation nutritionnelle sur différents thèmes en rapport avec la nutrition dans le cadre du VIH grâce à l'usage des boîtes à images que le PAM a mis à la disposition des Formations Sanitaires (FOSA).

Dans le cadre des interventions du PAM, le principal défi reste l'extension de cette intervention à tous les sites de traitement (101) que compte le pays à cause d'un faible niveau de mobilisation des ressources.

A cela s'ajoutent les défis identifiés par le Ministère de la Santé et de la Population dans le PNDS III, à savoir :

- L'opérationnalisation de la politique de la sécurité alimentaire et nutritionnelle ;
- La réduction des maladies non transmissibles y compris de la prévalence de la malnutrition chronique ;
- L'amélioration de la qualité de services.

Le laboratoire et le suivi biologique

Des services de laboratoires fiables constituent un composant incontournable pour l'efficience et l'efficacité des Services de santé. Les laboratoires sont le support pour le diagnostic et orientent le traitement. Ils constituent en outre une base pour la surveillance, la prévention et le contrôle des maladies ainsi qu'une base pour la recherche et l'enseignement.

Le réseau national des laboratoires, a été créé en 2001 en vue d'assurer la surveillance intégrée des maladies transmissibles et la lutte contre les épidémies en RCA. La politique nationale des laboratoires a été adoptée, promulguée et diffusée. Malgré ces bonnes dispositions, certains aspects du laboratoire ne sont pas encore organisés par des textes législatifs et règlementaires, précisément :

- Un cadre législatif ;
- Une plateforme de collaboration et de coordination entre les laboratoires de la santé humaine et ceux d'autres secteurs de santé animale et environnementale (One Health).
- Le guide national de bonnes pratiques (exécution) des analyses de biologie médicale.

C'est dans ce contexte que l'évaluation faite en 2021, a révélé que l'offre des services de laboratoire de base en RCA, était disponible à moins de 25% dans les Régions Sanitaires 3 et 6, tandis qu'au niveau de la Région Sanitaire 7, cette offre de service était disponible à plus de 75%.

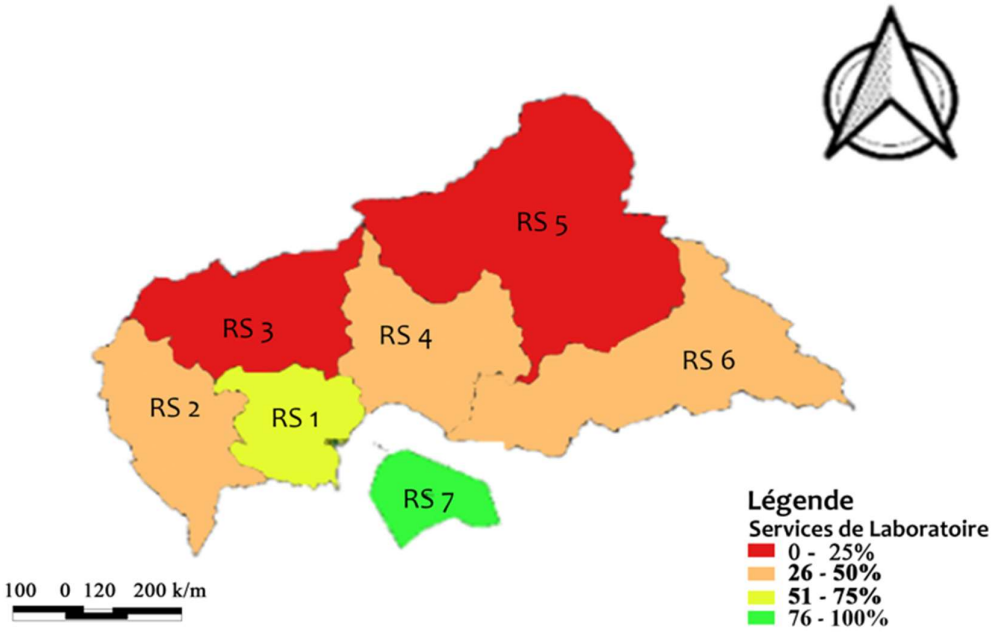


Figure 32: Offre de service des prestations de service de laboratoire de base en 2021

La cause principale de la non-disponibilité des services de laboratoire de base au niveau des structures sanitaires est le manque d'équipement, cependant le manque

de financement et le manque de personnel représentent les deux causes en second rang, dans une proportion égale[70].

L'offre de service de la banque de sang en 2021 selon le rapport provisoire HeRAMS-2021, était disponible à moins de 25% dans les structures des Régions Sanitaires 1, 3, 4, 5 et 7 tandis qu'au niveau des Régions sanitaires 2 et 6, ce service était disponible entre 26 et 50%. La très faible disponibilité de l'offre de service optimale en banque de sang était liée au manque d'équipement et au manque de personnel.

Ces gaps importants en matière de laboratoire, mettent en évidence de grandes faiblesses quant à l'accès des patients aux diagnostics et au suivi biologiques adéquats, ainsi qu'à la sécurité transfusionnelle.

Les principaux laboratoires qui assurent les examens de suivi biologique des PVVIH sont l'Institut Pasteur de Bangui et le LNBCSP. Les laboratoires du Centre National de Référence des IST et de la Thérapie Anti Rétrovirale (CNRISTTAR), le laboratoire du CHU Communautaire, celui du Centre de Traitement Ambulatoire dudit CHU, et celui du Centre de Santé Saint-Michel à Bouar ; ceux-ci assurent le suivi biologique de leurs patients. Les examens biologiques subventionnés actuellement sont restreints : la charge virale, l'hémogramme, la créatininémie, les transaminases et le diagnostic moléculaire de la tuberculose.

Les principales difficultés liées au suivi biologique des patients sont :

- Le faible plateau technique des laboratoires des hôpitaux régionaux/districts pour le diagnostic des infections opportunistes ;
- Insuffisance des intrants (réactifs et consommables de laboratoire) pour le diagnostic de l'infection à VIH, des co-infections (Hépatite B et C, Syphilis, autres IST…) et pour le suivi biologique essentiel ;
- L'inaccessibilité au test de la charge virale et du diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons ;
- Faible capacité de stockage et conservation des échantillons (biobanking) ;
- Insuffisance de plateau technique et de ressources humaines pour la surveillance génomique ;
- Insuffisance de plateau technique et ressources humaines en bio-informatique
- La faible fonctionnalité du circuit pour le transport des prélèvements et le rendu des résultats.

Prise en charge des IST

Les indicateurs recueillis sur les comportements sexuels de la population enquêtées à l'occasion de l'enquête MICS 6 (2018-2019), révèlent que sur 249 femmes de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, seules 29,7% ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. Cette proportion était de 30% chez les 573 hommes ayant les mêmes caractéristiques[71]. Cela traduit une exposition très élevée de cette population au risque de contracter une IST dont le VIH. La couverture en offre de service de prise en charge syndromique

[70] Ministère de la Santé et de la Population ; Rapport provisoire HeRAMS-2021

[71] Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération (MEPC). Enquête par grappes à indicateurs multiples 2018_2019 (MICS 6). Rapport final des résultats de l'enquête. Janvier 2021.

des IST au niveau national a régressé, passant de 31% en 2019[72] à 23% en 2021[73]. Les raisons de la faible disponibilité de ces services étaient : le manque de personnels de santé, le manque de formation (en 2019) et le manque d'intrants.

Aucune donnée n'est disponible sur les IST dans les rapports du SNIS. Cependant, les rapports annuels de l'Association Centrafricaine pour le Bien Être Familial (ACABEF), présentent régulièrement des données résultant des consultations médicales ciblant les jeunes et les femmes en âge de procréer. Cette association intervient à Bangui, à Mbaïki et développe des activités de « clinique mobile » dans 12 localités hors de Bangui pendant trois jours par localité et par an. Les statistiques issues de ces rapports fournissent des données sur les IST.

Ainsi, pour la ville de Bangui, 2232 consultations ont été réalisées ; le type d'IST n'avait pas été précisé dans 1794 cas (80,4%) ; la prise en charge syndromique et étiologique de la Chlamydia a porté sur 53 cas (2,4%) ; la prise en charge étiologique de la gonorrhée totalisait 301 cas (13,5%) ; la prise en charge étiologique de la syphilis a porté sur 7 cas (0,03%) ; le chancre mou : 0 cas. Ces données présentent un aperçu des problèmes et soulignent la nécessiter d'interventions pour améliorer la notification des cas d'IST.

Les rapports du Centre National de Transfusion Sanguin (CNTS) donnaient en 2022 sur 22174 donneurs, les séroprévalences des marqueurs biologiques comme suit : VIH : 3,76% ; VHC : 1,2% ; Antigène HBs : 6,78% ; Syphilis : 4,8%.

Les défis essentiels de la prise en charge des IST sont :

- Le déficit en personnel de santé ;
- Le manque de formation/recyclage ;
- La très faible couverture en offre de service de prise en charge syndromique des IST ;
- Le manque d'équipements et d'intrants pour le diagnostic et le traitement des IST ;
- L'absence de mise à jour des études sur la fréquence des étiologies des IST en RCA et la sensibilité des germes aux différents traitements ;
- L'algorithme de prise en charge syndromique des IST en RCA, n'est pas mis à jour depuis 2007 ;
- La non notification des cas d'IST par la grande majorité des structures de soins ;
- L'insuffisance de la qualité des données disponibles sur les IST.

Pharmacovigilance et Surveillance des résistances

Pharmacovigilance (PV)

Il n'existe pas un système national de PV (pas de centre de PV ni de de service PV). Les activités de surveillance des effets indésirables des médicaments sont assurées au niveau de la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine

[72] Ministère de la Santé et de la Population ; Rapport SARA/HeRAMS-2019
[73] Ministère de la Santé et de la Population ; Rapport provisoire HeRAMS-2021

Traditionnelle (DPMLT) qui abrite le secrétariat de la pharmacovigilance à travers un point focal national de pharmacovigilance.

Sur le plan règlementaire, la situation est la suivante :

- La RCA a adhéré aux Règlements N° 03/13-UEAC-OCEAC-CM-SE-2 lignes directrices de pharmacovigilance de l'OCEAC ;
- Une politique pharmaceutique nationale a été élaborée en 2019 ;
- La loi N° 20.014 portant sur les médicaments, les autres produits de santé et l'exercice de la pharmacie (article 108,109) en RCA ;
- Un arrêté portant création d'un comité des experts sur les manifestations indésirables post immunisation (MAPI) ;
- La nomination d'un point focal national de pharmacovigilance par décision ministérielle.

L'introduction des vaccins contre COVID 19 a permis d'actualiser les activités de la pharmacovigilance en RCA. Les activités de pharmacovigilance sont principalement basées sur la surveillance des MAPI lors des différentes activités de vaccination (Programme élargi de vaccination, vaccination contre COVID-19). La surveillance des autres produits de santé se font de manière passive.

Cependant, dans une étude rétrospective de 2019 sur 282 patients sous ARV et suivis à l'Hôpital de l'Amitié, des troubles neuropsychiatriques, digestifs et les lipo-dystrophies, ont été observés respectivement dans 65,25%, 43,62%, 10,99%[74] des cas.

Les insuffisances et défis sur la pharmacovigilance sont :

- L'absence d'un système national de pharmacovigilance ;
- La faible sensibilisation communautaire sur la surveillance des MAPI et des effets secondaires des autres médicaments et produits de santé ;
- La faible implication des agents de santé à la pharmacovigilance en général ;
- Insuffisance en ressources humaines pour les activités de surveillance de la pharmacovigilance ;
- La non-appropriation des activités d'investigation des cas graves des effets indésirables des médicaments, vaccins et autres produits de santé par les Districts Sanitaires ;
- Le sous enregistrement des données sur les effets secondaires par les DATA managers ;
- Absence de financement pour adapter les outils et mécanismes de Pharmacovigilance (PV) aux autres programmes de santé (VIH, TB, Paludisme) ;
- L'insuffisance de supervision des activités de surveillance pour la détection et la notification des effets indésirables des médicaments et autres produits de santé.

[74] Tékpa Gaspard, Gbangba-Ngaï Eudes, Kobangué Léon et al: Adverse Effects of First-Line Antiretroviral Therapy in Bangui; J AIDS Clin Res 2019, 10:1.

Pharmacorésistance aux ARV

Les résultats des enquêtes sur les indicateurs d'alerte précoce (IAP) au niveau national, ne sont pas disponibles. Cependant, les résultats IAP de 2018 au CTA de l'hôpital communautaire[75] (hôpital de référence) ont montré des ruptures d'ARV et une insuffisance à l'achèvement (réalisation) de la CV à 12 mois. Par ailleurs, les taux des perdus de vue et de rétention dans la file active à 12 mois, étaient considérés comme satisfaisants, favorisés par le dispositif de détection des retards au rendez-vous, avec rappel téléphonique des patients concernés.

Il n'existe pas de système ni de dispositif de surveillance systématique et permanente des résistances aux ARV. Cependant, une étude de la résistance secondaire du VIH aux antirétroviraux parmi les patients du CTA de l'Hôpital Communautaire, financée par l'OMS et avec la participation de l'Institut Pasteur de Bangui, a révélé que 28% des patients à l'initiation des traitements antirétroviraux étaient infectés par des souches présentant déjà des mutations de résistance aux ARV de 1ère ligne ligne (INNTI et INTI)[76].

Sur une étude de cohorte de 220 enfants du Complexe pédiatrique de Bangui, 133 (60%) étaient en échec virologique. Parmi les enfants ayant bénéficié d'un génotypage VIH, une mutation de résistance a été identifiée dans 45% des cas. Plus de la moitié des enfants sous protocole de 1ère ligne, avaient une mutation de résistance majeure, aux INNTI de première génération (Névirapine ou Efavirenz) et 24% des enfants avaient une mutation majeure aux Inhibiteurs de protéase (IP)[77].

Depuis Juin 2019, le génotypage VIH est subventionné sur financement du Fonds Mondial et réalisé à l'Institut Pasteur de Bangui. A ce jour, cent huit (108) échantillons cumulés ont été analysés, parmi lesquels 60% amplifiés ont présenté au moins une mutation de résistance majeure aux INTI, INNTI , IP et aux Inhibiteur de l'Intégrase. Les profils de résistance aux antirétroviraux enregistrés à l'Institut Pasteur de Bangui constituent une sonnette d'alarme, car jusqu'au démarrage de la transition vers un protocole comportant Dolutégravir en 2020, la majorité des patients prenait une combinaison antirétrovirale comportant Ténofovir, avec un taux préoccupant de perdus de vue (39,7%)[78], et la RCA comptait en cette période environ 10% de patients en 2ème ligne.

Cela souligne l'importance d'encadrer rigoureusement les changements thérapeutiques d'antirétroviraux, en particulier les protocoles de 2ème ligne (trois ARV dont deux nouveaux pleinement actifs) et les transitions vers une combinaison comportant Dolutégravir (sans évaluer l'efficacité du précédent protocole antirétroviral). L'accompagnement rapproché à l'observance pour ces patients est un

[75]Rapport annuel 2018 du CTA de l'Hôpital Communautaire.

[76]S.Moussa, P.Pinson, V.Fikouma, P.Mbay : Utilisation de DPS pour l'identification et la Surveillance de la Résistance du VIH-1 chez des patients mis sous TARV de 1ere ligne à Bangui, RCA ; AFRAVIH 2018 ; Poster n° PV26.

[77]Christian Diamant Mossoro-Kpinde ; Jean-Chrysostome Gody et al : High levels of virological failure with major genotypic resistance mutations in HIV-1-infected children after 5 years of care according to WHO recommended 1st-line and 2nd-line antiretroviral regimens in the Central African Republic A cross-sectional study. Medicine (2017) 96:10.

[78] Inikoutiyo J, Yonli C, Tekpa G, Vallès X. Problématique des perdus de vue dans les sites de prise en charge (adultes et enfants) et PTPE en République Centrafricaine ; Phase II : Etude quantitative. Croix-Rouge française, Ministère de la Santé et de la Population, et le Fonds Mondial ; 2022.

impératif et tout échec thérapeutique avéré sous ce 2ème protocole ARV, doit conduire à la réalisation du génotypage du VIH dans les conditions requises.

Les faiblesses et défis liés à la pharmacorésistance aux ARV :

- Faible disponibilité des normes et directives des traitements antirétroviraux dans les structures de prise en charge des PVVIH ;
- Affectations intempestives des Agents formés sans formation/recyclage des remplaçants ;
- Insuffisance de la supervision formative des prestataires de soins dans les sites de prise en charge ;
- Absence d'activités de coaching et de mentorat au profit des prescripteurs et dispensateurs ;
- Absence/insuffisance de dispositifs pour l'éducation thérapeutique, pour l'accompagnement à l'observance thérapeutique ;
- Faible niveau d'application des services différenciés pour limiter les coûts indirects et favoriser la rétention des patients dans la file active ;
- Absence/insuffisance d'organisation du monitoring de l'efficacité des traitements ARV (Charge virale VIH, suivi clinique) dans les sites de PEC, pour les prises de décisions au temps opportun ;
- Faible niveau d'accès des hôpitaux de districts (hors de Bangui) aux tests de génotypage VIH.

Principales insuffisances et défis pour les soins et les Traitements antirétroviraux :

- Faible accessibilité de la population au dépistage volontaire gratuit.
- Insuffisance en ressources humaines qualifiées pour une prise en charge de qualité durable ;
- Capacités limitées des initiatives communautaires pour appuyer et continuer les actions des formations sanitaires (Appui psychosocial, accompagnement à l'observance des TAR, éducation thérapeutique des patients, dépistage différentié du VIH, dispensation communautaire et supervisé des traitement antirétroviraux etc…) ;
- Niveau d'information de la population sur les problématiques des soins liés au VIH ;
- Persistance de la stigmatisation et la discrimination, limitant l'accès précoce aux soins ;
- Coûts directs et indirects freinent l'utilisation des services et le suivi adéquat.
- Insuffisance des financements domestiques pour la disponibilité permanente des intrants ;
- Faible plateau technique pour le diagnostic et le traitement des coïnfections et comorbidités liées au VIH ;
- Opérationnalisation encore très limitée de l'accès des patients à la charge virale VIH, hépatite, au diagnostic moléculaire rapide de la tuberculose et génotypage VIH ;
- Renforcement de la collaboration TB/VIH ;
- Circuit d'approvisionnement et des stocks en intrants non décentralisé, avec impacts négatifs sur la disponibilité constante des médicaments, réactifs et consommables médicaux et de laboratoire ;
- L'insuffisance de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé à tous les niveaux ;

- Insuffisance de ressources humaines pharmaceutiques qualitative et quantitative à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Insuffisance d'un système d'assurance qualité et du système de pharmacovigilance ;
- Absence d'un système d'information et de gestion en médicament logistique (SIGL).

Droits humains et genre

Une étude sur l'évaluation du cadre juridique, programmes et services sensibles au VIH et à la tuberculose en République Centrafricaine a été menée et est en cours de validation.

Malgré ces nombreux défis liés aux contextes social, politique et humanitaire, la lutte contre le VIH et les VBG demeure une priorité de santé publique pour le gouvernement Centrafricain qui s'est engagé pour mettre à échelle des stratégies à haut impact pour la prévention des cas et l'élimination des nouvelles infections et la promotion de l'accès universel aux soins et traitements des personnes qui en ont besoin. A titre d'exemple, la Centrafrique a été le premier pays a adhéré au Partenariat Mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH (Partenariat Mondial) en décembre 2019. Sur la base des recommandations formulées par les organisations de la société civile et les réseaux mondiaux de personnes vivant avec le VIH et de populations clés, le Partenariat Mondial est initialement axé sur les soins de santé, l'éducation, le milieu professionnel, le droit et la justice, la famille et la communauté et les situations d'urgence et humanitaire.

Dans sa mise en œuvre des recommandations du Partenariat Mondial, le pays s'est engagé à mener des actions pour réduire les discriminations dans les domaines suivants : cadre familial et communautaire, soins de santé, services juridiques, et contexte humanitaire. Ceci a été confirmé lors de la réunion de priorisation des interventions du Partenariat Mondial en février 2021 tenue à Bangui.

Sur terrain, certains résultats clés ont déjà été obtenus tels que :

- L'adoption de la loi n 22-016 relative au VIH et au Sida en République Centrafricaine promulguée le 18 novembre 2022 ;
- La mise à jour en 2018 et dissémination du rapport de l'Index de la stigmatisation ;
- La production et dissémination de la charte des patients et un numéro vert (12 12) a été mis en place pour dénoncer les violations des droits de patients dans les centres de santé ;
- L'élaboration d'une évaluation des aspects genre de la réponse au VIH et à la tuberculose.

Insuffisances et défis

Malgré les progrès réalisés jusque-là, certains goulots d'étranglement persistent.

Le VIH est en effet toujours fortement stigmatisé, et de nombreuses populations clés déclarent éviter activement les services de dépistage et de traitement du VIH (IBBS, 2019). Le tout dernier rapport d'indice de stigmatisation indiquait qu'environ 45,6% des PVVIH ont déjà connu une forme de stigmatisation en raison de leur statut VIH. Elle indiquait aussi que la stigmatisation touche davantage les femmes (49,2%) que

les hommes (37,1%). La discrimination touche presque toutes les PVVIH interrogées (87,8%). Les résultats de l'enquête montrent qu'en raison de leur séropositivité, 85,9% des répondants ont été privés de services de santé, y compris de soins dentaires, et 93,4% des femmes n'ont pas bénéficié de services de planification familiale. Sur un total de 14,8% des PVVIH dont les droits ont été violés, moins d'un tiers des victimes (30,2%) ont déclaré avoir engagé une action en justice.

En Centrafrique, les Violence Basées sur le Genre (VBG) sont extrêmement élevées et sont exacerbées par l'insécurité permanente et le déplacement de la population en raison du conflit. Malgré l'importance numérique de la population féminine en Centrafrique (50,2% d'environ 5,200,000 hbts), la RCA a été classée en 2020 188ème sur 189 pays de l'Indice du Développement Humain (IDH) avec un score de 0,397 et l'indice d'Inégalité de Genre (IIG) de 0,680 classant le pays à la 159ème position sur 189 Etats ayant les bonnes pratiques en faveur de la promotion du genre malgré les efforts du Gouvernement pour améliorer le cadre juridique.

Analyse des financements

Les prévisions totales du PSN pour la période 2021-2022 s'élèvent à 59 671 488 534 FCFA et le total du budget prévisionnel pour la même période de l'ensemble des acteurs (nationaux et internationaux) de la lutte contre le VIH/SIDA s'élève à 36 284 398 108 FCFA. Une comparaison entre les prévisions du PSN et les budgets prévisionnels de la même période fait ressortir un gap qui s'élève à 23 387 090 426 FCFA car les budgets prévisionnels représentent que 60,8% des prévisions du PSN. Le graphique ci-dessous présente cette comparaison.

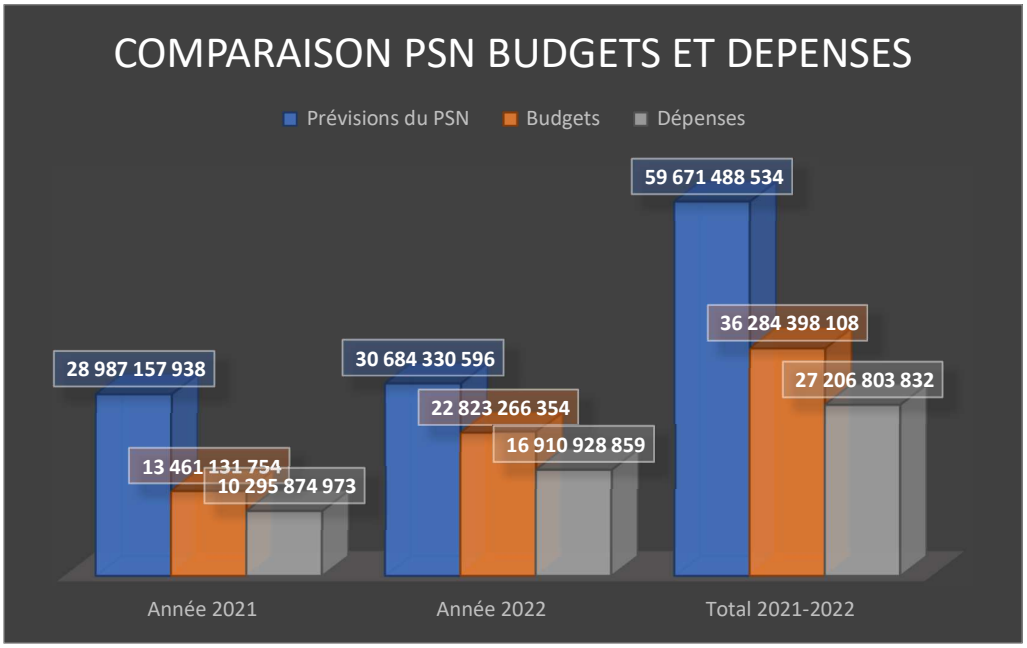
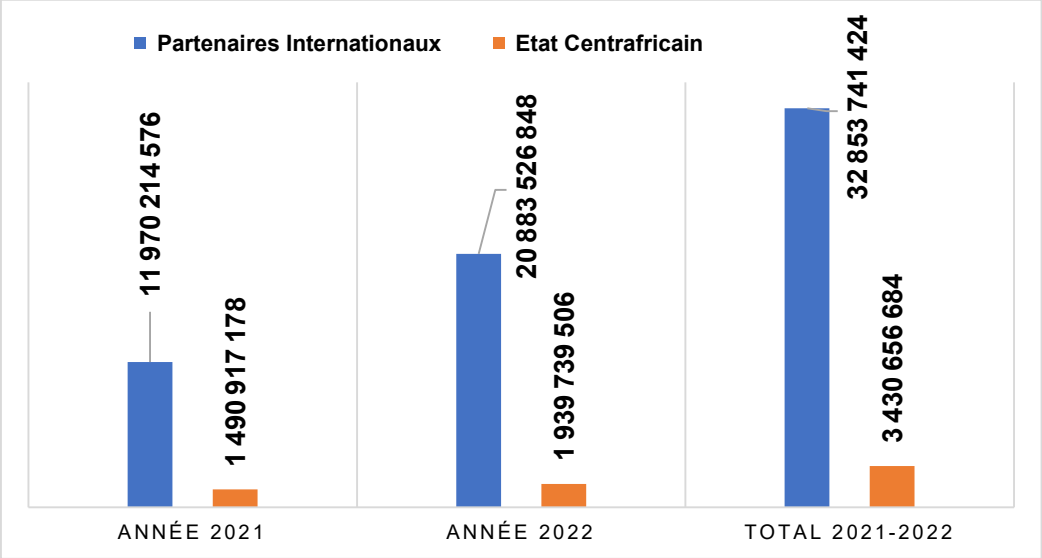
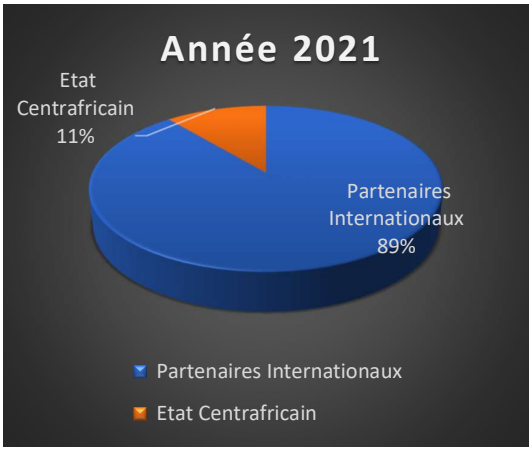


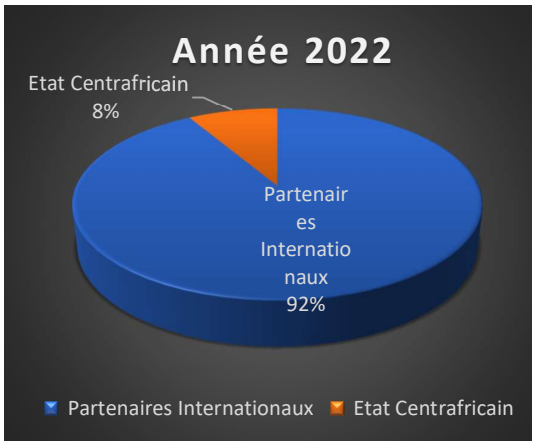
Figure 33: Comparaison prévisions du PSN, budgets annuels et dépenses

Toutefois, au cours de la période, nous constatons une croissance du budget et surtout des dépenses en 2022. Cette évolution peut susciter des espoirs pour les prochaines années de mise en œuvre du PSN si cette tendance se poursuit.

Malgré la faible mobilisation des ressources financières (60,8%) par rapport aux prévisions du PSN, il parait important de regarder les sources de financement mobilisés et des fonds dépensés. Les figures ci-dessous montrent les sources de financement en valeurs et en pourcentage.







Figures 34: Budget 2021-2022 par source de financement

En ce qui concerne les fonds mobilisés, nous remarquons une évolution positive des contributions en valeurs de l'Etat Centrafricain par rapport aux données du PSN 2016-2020. En effet, les budgets prévisionnels de l'Etat Centrafricain pour la lutte contre le VIH et le SIDA ont connu une évolution passant de 3,5% du total du budget en 2016 à 8% en 2022. Le pic en 2021 pourrait se justifier de l'engagement de l'Etat centrafricain à l'achat des ARV et la contribution au Fonds Mondial pour les trois maladies respectivement à hauteur de 300 Millions et 200 Millions FCFA. La contribution au Fonds Mondial a été repartie au prorata des allocations reçues pour chacune des maladies. On remarque une baisse en pourcentage entre 2021 et 2022 en ce qui concerne les budgets de l'Etat Centrafricain dédiés à la lutte contre le SIDA. Cela est dû à une forte augmentation des budgets des partenaires internationaux en 2022.

La même analyse ci-dessus est faite en ce qui concerne les dépenses effectuées pour la période 2021-2022.

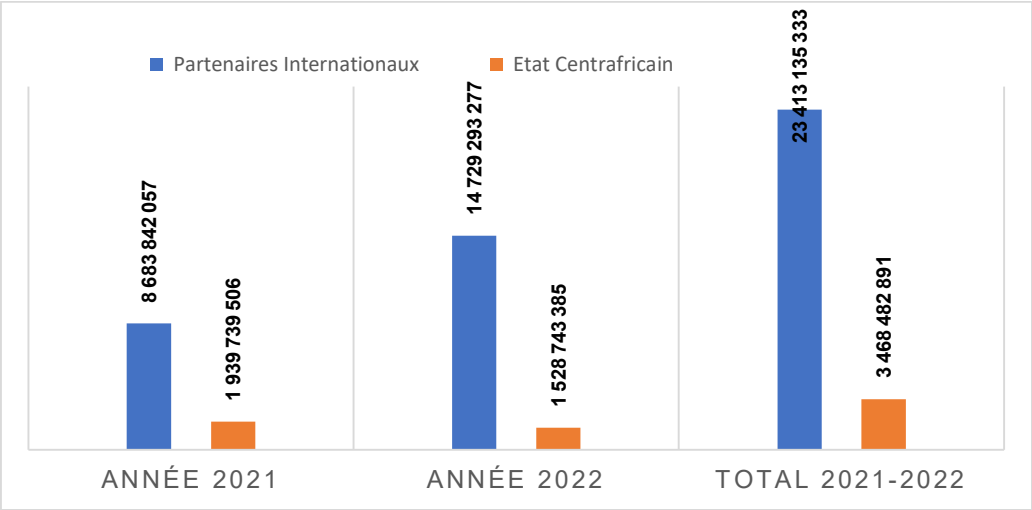


Figure 35: Dépenses 2021-2022 par source de fonds

En comparant les dépenses réalisées par l'Etat Centrafricain sur fonds propres, il y'a une évolution positive en pourcentage, passant de 7,28% en 2018 à 19% en 2021 et 9% en 2022. La baisse du taux entre 2021 et 2022 est dû à une légère baisse des dépenses de l'Etat Centrafricain et une forte augmentation des dépenses des partenaires internationaux.

Les tableaux suivants présentent les synthèses des données financières collectées auprès des partenaires et dans les lois de finances pour la période 2021-2023.

Nous remarquons un dépassement budgétaire en 2021 sur l'axe n°1 « Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2025 ». L'essentiel du dépassement provient de la CRF qui le justifie par un achat important de médicaments.

Aussi, nous remarquons que certains partenaires ont clôturé la période 2021 - 2022 avec des soldes élevées. Il s'agit de : CRF, OMS, PAM et ONUSIDA. Le solde de la CRF se justifie par le contexte sécuritaire, la nouvelle loi de financement avec la reprogrammation qui s'en est suivi, la révision des activités communautaires, la crise persistante de carburant et l'insuffisance en ressources humaines au niveau des programmes nationaux pour la mise en œuvre des activités.

Tableau 20: Budgets et dépenses par partenaire (en FCFA)

Nom du partenaire	Année 2021			Année 2022			Synthèse 2021 - 2022		
	Prévisions	Réalisations	Ecart	Prévisions	Réalisations	Ecart	Prévisions	Réalisations	Ecart
CRF (FM)	7 493 249 354	6 079 433 760	1 413 815 595	15 399 091 586	13 236 623 039	2 162 468 547	22 892 340 940	19 316 056 798	3 576 284 142
PNUD	12 000 000	10 963 200	1 036 800	11 111 400	3 821 400	7 290 000	23 111 400	14 784 600	8 326 800
UNICEF	98 390 617	98 390 617	-	89 737 920	89 737 920	-	188 128 537	188 128 537	-
OMS	219 355 768	190 509 269	28 846 499	319 665 338	81 930 314	237 735 024	539 021 106	272 439 583	266 581 522
UNHCR	20 376 755	20 376 755	-	18 462 060	18 462 060	-	38 838 815	38 838 815	-
OUNUFEMMES	12 982 904	12 982 904	-	22 339 093	22 339 093	-	35 321 997	35 321 997	-
PAM	2 784 312 071	687 727 596	2 096 584 475	3 724 851 611	683 407 827	3 041 443 784	6 509 163 682	1 371 135 423	5 138 028 259
UNFPA	630 172 107	620 126 367	10 045 740	560 767 841	554 613 821	6 154 020	1 190 939 949	1 174 740 188	16 199 760
ONUSIDA	699 375 000	635 625 000	63 750 000	737 500 000	691 250 000	46 250 000	1 436 875 000	1 326 875 000	110 000 000
ETAT CENTRAFRICAIN	1 490 917 178	1 939 739 506	- 448 822 328	1 939 739 506	1 528 743 385	410 996 121	3 430 656 684	3 468 482 891	- 37 826 208
Total	**13 461 131 754**	**10 295 874 973**	**3 165 256 781**	**22 823 266 354**	**16 910 928 859**	**5 912 337 495**	**36 284 398 108**	**27 206 803 832**	**9 077 594 276**

Tableau 21: Budgets et dépenses par axe d'intervention (en FCFA)

Axe d'intervention	Année 2021			Année 2022			Synthèse 2021 - 2022		
	Prévisions	Réalisations	Ecart	Prévisions	Réalisations	Ecart	Prévisions	Réalisations	Ecart
Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2025	953 422 112	1 040 671 266	- 87 249 155	1 261 721 267	967 985 627	293 735 640	2 215 143 379	2 008 656 893	206 486 486
le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant passe de 7% à moins de 2% d'ici 2025	248 273 561	199 015 960	49 257 601	515 904 813	207 858 972	308 045 841	764 178 374	406 874 932	357 303 442
Le nombre de décès dus au sida est réduit de 50,0% passant de 4 800 à 2 400 d'ici à 2025	7 688 203 481	5 588 005 188	2 100 198 293	13 523 336 211	8 930 622 919	4 592 713 292	21 211 539 692	14 518 628 107	6 692 911 585
Les obstacles qui entravent les droits humains et le genre sont levés d'ici 2025	760 143 278	190 049 724	570 093 554	476 981 781	284 661 311	192 320 469	1 237 125 059	474 711 035	762 414 024
La coordination, la gouvernance, financements durables et système communautaire est renforcé	3 811 089 322	3 278 132 835	532 956 487	7 045 322 282	6 519 800 030	525 522 252	10 856 411 604	9 797 932 864	1 058 478 740
Total	**13 461 131 754**	**10 295 874 973**	**3 165 256 781**	**22 823 266 354**	**16 910 928 859**	**5 912 337 495**	**36 284 398 108**	**27 206 803 832**	**9 077 594 276**

Système de suivi-évaluation en vigueur pour les données

Les données sur le VIH sont rapportées par les FOSA avec une périodicité trimestrielle pour les données de TARV et mensuelle pour les données de PTME. Les données sont rapportées sur des fiches papier transmises aux districts par courrier. Les districts rapportent les données à la DLMT ainsi qu'au récipiendaire principal du Fonds Mondial. Le système de transmission des données bénéficie de l'appui technique et financier du Fonds Mondial. Les données sont utilisées pour gérer les ressources nécessaires à la maintenance sous traitement des PVVIH dans la file active.
Par ailleurs le Fonds Mondial organise des ateliers de validations semestrielles des données de TARV afin de corriger de potentielles erreurs.
Les principales difficultés et défis dans la qualité des données sont :

- Deux systèmes de suivi-évaluation des programmes VIH indépendants avec la collecte des données par le PR du Fonds Mondial et la DLMT et avec le SNIS à travers le DHIS2 ;
- Données du SNIS incomplètes et non utilisées ;
- Manque de formation, de guide pratique et de fiches de rapports au niveau des FOSA ;
- Besoin de faciliter la transmission des données ;
- Appui insuffisant des districts pour la collecte des fiches et la vérification des données ;
- Manque de supervision des FOSA ;
- Manque de motivation au niveau des FOSA ;
- Données incomplètes.

L'analyse de la qualité des données de routine de suivi évaluation de la prise en charge du VIH en République centrafricaine menée en octobre 2022 a formulé des recommandations basées sur les difficultés et défis ci-dessus afin d'améliorer la gestion de l'information stratégiques sur le VIH

Le système national d'information sanitaire (SNIS)

Après la crise militaro-politique qui a désorganisé le système de santé, le pays a entamé la reconstruction du SNIS depuis 2017. Ce système d'information sanitaire intègre toutes les pathologies y compris le VIH. Le SNIS dispose de personnel au niveau des FOSA, des districts et des régions sanitaires. Un rapport mensuel d'activité est renseigné mensuellement par chaque FOSA qui transmet leur fiche par courrier aux DS. Les DS sont chargées de vérifier et d'entrer les données sur la plateforme électronique DHIS-2 ou elles sont disponibles pour utilisation sans délai. Toutefois le DHIS-2 n'a pas encore été déployé dans tous les districts et le système doit encore trouver des solutions à nombre de défis pour avoir des données complètes et fiables accessible aux preneurs de décision. Lorsqu'il sera opérationnel et fiable, le SNIS devra supplanter le système de transmission vertical des données relative au VIH. Le SNIS intègre par ailleurs les données de dépistage qui manquait au système vertical de transmission des données relative au VIH.

Organisation de la réponse, gouvernance et leadership

Coordination centrale et décentralisée

L'organisation de la riposte se fait dans un cadre multisectoriel sous la coordination du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) et ses différents organes décentralisés.

Malgré les missions de renforcement de capacité de certaines structures, la plupart des ETP n'a pas été opérationnel durant le début de la mise en œuvre de PSN. Les principales raisons du non-fonctionnement de ces structures sont : i) le manque d'engagement des autorités locales, ii) l'insécurité iii) la faiblesse de ressources humaines, matérielles et financières pour leur fonctionnement.

Réponse du secteur santé

Plusieurs actions de riposte soutenues, ont été développées en 2021 et 2022 dans l'optique de passer à l'échelle les activités de lutte contre le VIH/Sida dans le pays à travers différents plans et projets dont les principaux sont :

- Le plan d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH en 2021 ;
- La politique de dépistage du VIH en RCA en 2022 ;
- Le plan de la sante communautaire en cours de validation ;
- Le plan de mise en œuvre de la subvention VIH/TB.

Pour la mise en œuvre de ces plans, des directives, des outils et des guides ont été développés, notamment :

- Les directives nationales sur l'utilisation des antirétroviraux (ARV) pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH en 2021 ;
- Les guides de mise en œuvre des approches différenciées de services VIH.

Réponse du secteur de défense et de la sécurité

Le programme cible tous les corps militaires dont : militaires, gendarmes, policiers, douaniers, sapeur pompiers, agents des eaux et forêts. Alors qu'originellement le programme de prévention était organisé de façon pyramidale suivant la hiérarchie militaire, ce programme a été réorganisé en 2020 pour délivrer les messages de prévention de manière horizontale par l'intermédiaire de Pairs Éducateurs PE). Le programme a également été décentralisé au niveau de chaque garnison ou les chefs de corps ont été formés à la prévention sur le VIH. En 2021, la formation des PE initié en 2020 a continué avec une centaine de formateurs formés et environ 300 PE actifs au sein des forces armées centrafricaines. Des PE sont formés pour chaque niveau de grade et reçoivent des primes de motivation pour la conduite de leurs activités.

En plus du partenariat avec le Ministère de la Santé pour la prise en charge des PVVIH, ce secteur a mobilisé des ressources auprès du Fonds mondial pour la mise en œuvre d'un projet visant le renforcement de capacité des forces de défense en vue de prévenir le VIH et le Sida et les VBG pour la période 2019-2020. Toutefois, ces interventions vont se poursuivre dans le cadre du PSN 2023-2027.

Réponse des autres secteurs (Autres secteurs et réseaux de coordination de Lutte contre le Sida)

Dans le cadre de la coordination des activités de lutte contre le Sida dans les autres secteurs, il a été mis en place un organe dénommé Coordination Tripartite Gouvernement-Patronat-Syndicat pour la lutte contre le Sida en milieu du travail dans les secteurs public et privé. Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN 2021-2025, cet organe n'a pas été

fonctionnel en raison du manque de leadership, de l'appropriation du cahier de charges, de l'instabilité du personnel et de la sensibilisation. Toutefois, les cellules sectorielles de la Présidence, de la primature, de la cour constitutionnelle et de 26 ministères ont été redynamisées par la Coordination Nationale du CNLS et les capacités des membres ont été renforcées. Ces 29 cellules sectorielles ont pu mobiliser de ressources prévues dans le budget de l'Etat pour réaliser leurs activités en 2022.

Réponse du secteur privé et des entreprises

Malgré les potentialités dont disposent le secteur privé et les entreprises, leur implication dans la mise en œuvre du PSN 2021-2025 a été très timide hormis quelques activités ponctuelles développées par quelques entreprises privées dans le cadre de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida. Il est nécessaire de développer des stratégies afin de mobiliser les acteurs du secteur privé dans le but de contribuer à la réponse au VIH.

Réponse communautaire

Des expériences de santé communautaire ont été développées par des nombreux intervenants à travers des approches communautaires en réponse à la crise socio-humanitaire que le pays a connue. Ces approches sont mises en œuvre par différentes catégories d'acteurs communautaires évoluant soit en association ou en individualité rendant compte à l'ONG qui le soutient.[79] Le pays a élaboré une politique de santé communautaire qui a été validée en 2020. Cette politique prévoit trois types d'acteurs communautaires : les ASC impliqués dans les soins au sein des FOSA, les ASC polyvalents engagés dans la prévention et la promotion de la santé qui sont recrutés, les relais communautaires recrutés par les ONG.

Le système de santé communautaire est donc partiellement fonctionnel à 34% avec un goulot absolu de 66%. Ceci montre que le système de santé communautaire est encore à sa phase initiale de conception et nécessite des efforts importants de tous les intervenants en santé communautaire.[80] Il est aussi à noter que des réalisations encourageantes ont été identifiées dans les domaines de gestion de la chaîne d'approvisionnement au niveau communautaire et de communication sur les risques.

Une cartographie des ONG a été réalisée en 2022 en RCA et a révélé qu'il existe plus de 100 Organisations de la Société Civile œuvrant dans le domaine de la santé. Certaines OSC bénéficient d'appui des partenaires techniques et financiers pour mener des activités en direction des communautés, principalement des séances de sensibilisation (sensibilisation de masse et sensibilisation de proximité), des causeries (éducatives, thématiques et séances de convivialité) à l'endroit des populations clés et les recherches de perdus de vue des PVVIH.[81]

En outre, les ONGs telles que ANJFAS et SENI NA MAÏNGO ont développé chacun un observatoire communautaire portant sur le niveau de satisfaction des patients dans les FOSA, sur les ruptures de stock de médicaments ARV.

Insuffisances et défis de la réponse communautaire

Une analyse effectuée sur les six domaines du système de santé communautaire a montré que les domaines de la gouvernance et le leadership, du système d'information de santé communautaire, la prestation des services communautaires et le financement de la santé communautaire assurent une pesanteur du système et que des actions urgentes sont

[79] Ministère de la Santé et de la Population : **Analyse situationnelle de la santé communautaire en République Centrafricaine, Rapport préliminaire,** Novembre 2022
[80] Ministère de la Santé et de la Population : **Analyse situationnelle de la santé communautaire en République Centrafricaine, Rapport préliminaire,** Novembre 2022
[81] PCOS, **Rapport de la revue documentaire sur la cartographie des organisations de la société civile pour le pré-dialogue à la rédaction de la demande de financement au Fonds mondial (NFM4) en RCA en 2022**

indispensables. La problématique des ressources humaines en santé communautaire et celle de l'engagement communautaire sont des défis non négligeables dans la conception des programmes de santé communautaire.

Le développement de la santé communautaire est confronté à des préoccupations diverses, telles que :[82]

- La faible intégration de la santé communautaire dans le système de santé ;
- Le manque d'harmonisation des approches de sante communautaire ;
- L'insuffisance dans la gouvernance et l'institutionnalisation de la santé communautaire ainsi que le statut de l'agent communautaire ;
- Les insuffisances dans la structuration du dispositif communautaire dans le système de santé (en rapport avec les acteurs, leur localisation, la coordination et le suivi de leur intervention) ;
- La faible participation des communautés du processus de développement sanitaire et leur non-appropriation des questions y afférents ;
- La faiblesse voire l'inexistence de mécanisme opérationnel pour la redevabilité des acteurs.

Gestion du plan de contingence

Un Plan de Contingence a été élaboré en juin 2015 pour une période de 3 ans pour le maintien des services essentiels de lutte contre le VIH/Sida et TB. C'est le fruit d'un processus de collaboration entre la Direction Générale de Lutte contre le Sida (DGLS) du Ministère de la Santé (MSP), l'UNHCR, la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, MSF-Belgique, MSF France, Save the Children, Cordaid, le Réseau Centrafricain des PVVIH (RECAPEV), la Croix Rouge Française et Esther-Afeti. Ce plan de contingence a permis entre Août et Décembre 2015 de ravitailler les PVVIH pour 2-4 mois d'ARV comme précaution lors de la période électorale afin d'éviter les ruptures du traitement ARV (Paquet d'urgence). Ce plan a aussi prévu des stocks tampon de pré-positionnement dans des endroits stratégiques et sécuritaires pour les ARV, les antituberculeux et la prise en charge des cas de viol.

Cependant, il n'existe pas d'évaluation ni de documents permettant d'apprécier le niveau de la mise en œuvre de ce plan de contingence.

Par ailleurs, une suite n'a pas été donne en 2021 ni 2022 a ce plan de contingence dans les zones encore touchées par les conflits

Le défi à relever est que la RCA étant toujours dans une situation d'instabilité. L'élaboration d'un autre plan de contingence reste encore d'actualité. En outre, ce plan doit prendre en compte le niveau décentralisé.

[82] Ministère de la Santé et de la Population, **Politique Nationale de la Santé Communautaire RCA 2020-2030**, Décembre 2019

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2023-2027

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Vision

Se fondant sur les Objectifs du Développement Durable, le Plan Stratégique National VIH 2023 – 2027 a pour vision de mettre fin à l'épidémie du Sida d'ici 2030.

But

Le PSN a pour but la réduction des nouvelles infections et de la mortalité, l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH dans le respect des droits humains, du genre et de la dignité humaine.

Fondements de la stratégie nationale de lutte contre le VIH et le Sida

En effet, la nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021-2026) vise à réduire les inégalités qui sont à l'origine de la persistance de l'épidémie du sida et de placer désormais les populations au centre des efforts déployés pour que le monde puisse mettre fin au sida qui est une menace pour la santé publique d'ici 2030.

La RCA entend renforcer l'élan national à travers la décentralisation des interventions, participer au mouvement international conformément à la déclaration de politique de juin 2016 qui consiste à « Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 » et qui a été renforcée par celle de juin 2021 « Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030 ». Ces déclarations ont été faites à l'occasion des réunions de Haut niveau (HLM) des Etats membres des Nations Unies à New York.

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH et le Sida 2023-2027 de la RCA se fonde sur une approche visant à maximiser l'accès égal et équitable aux services et solutions liés au VIH, d'éliminer les obstacles à l'obtention de bons résultats en matière de lutte contre le VIH, et de financer pleinement et soutenir des ripostes efficaces au VIH tout en les intégrant dans les systèmes de santé, dans la protection sociale et humanitaire et dans les ripostes aux pandémies. Il vise aussi une décentralisation de la lutte à travers l'élaboration et la mise en œuvre des plans des régions et de districts.

Pour ce faire, des actions prioritaires couvrant dix (10) domaines de résultats et cinq (5) questions transversales de la stratégie ONUSIDA 2021-2026 « Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida » vont être prises en compte, afin d'atteindre l'élimination du VIH/Sida comme problème de santé publique en 2030.

Mettre en place des stratégies permettant d'assurer une riposte efficace et durable couvrant les domaines d'actions prioritaires dont l'aboutissement serait d'atteindre les objectifs 3X95 d'ici 2025 et les autres cibles de la stratégie mondiale pour mettre fin au sida d'ici 2030.

Principes directeurs du PSN VIH 2023-2027

Le PSN VIH constitue le cadre de référence unique sur lequel tous les partenaires nationaux et internationaux doivent s'aligner pour l'atteinte des résultats escomptés. Le PSN a l'avantage d'assurer l'implication des diverses parties prenantes lors des différentes phases de la planification, de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes et des interventions. L'approche inclusive et partenariale qui doit être pris en compte permettra d'augmenter la qualité, l'efficacité et la pertinence des politiques et programmes.

Les fondements sont basés sur :

- **Les PVVIH, les populations clés, les populations vulnérables** qui sont au cœur des priorités de la réponse centrée sur la/les personnes. L'approche population-lieu sera

privilégiée pour orienter les interventions et les ressources vers les zones de vulnérabilité ou de plus forte prévalence

- **La protection des droits humains, du genre** et de l'égalité entre les femmes et les hommes. Un accent particulier sera mis sur la réduction des inégalités liées au genre, la promotion et le respect des droits humains et l'équité dans l'accès aux services VIH et santé globale ;
- **La mise en œuvre d'approches novatrices incluant les ripostes communautaires** avec basée sur des organisations de la société civile, acteurs communautaires et les bénéficiaires y compris populations clés, les PVVIH et les populations vulnérables ;
- **La décentralisation** de l'offre des services VIH, la planification et la coordination au niveau des districts sanitaires pour les aspects médicaux et des autorités locales administratifs et du CNLS sur les aspects planification, coordination et mobilisation de ressources
- **La multisectorialité de la réponse** afin de favoriser une réponse plus appropriée aux contextes locaux avec l'implication de tous les acteurs et secteurs socioéconomiques ;
- **La délégation des tâches pour étendre l'offre de prévention et de soins** afin de toucher le plus proche possible les cibles et prenant en compte leur environnement en s'appuyant sur le principe de la délégation des tâches entre personnel de santé d'une part et d'autre part entre personnel de santé et acteurs communautaires ;
- **La gestion axée sur les résultats**, et la redevabilité ;
- **Le leadership, le financement national et international partenarial** afin de garantir une mobilisation conséquente des financements à court terme et une autonomisation à moyen et long terme
- **La collaboration entre les programmes et l'intégration** du VIH au sein des systèmes de santé par l'intégration du VIH avec les maladies transmissibles (comme la tuberculose, la syphilis et l'hépatite B et C) et les maladies non transmissibles afin d'avoir des soins centrés sur les personnes. L'intégration du VIH est aussi nécessaire dans les politiques et services de protection sociale.

Approche de priorisation du PSN VIH 2023-2027

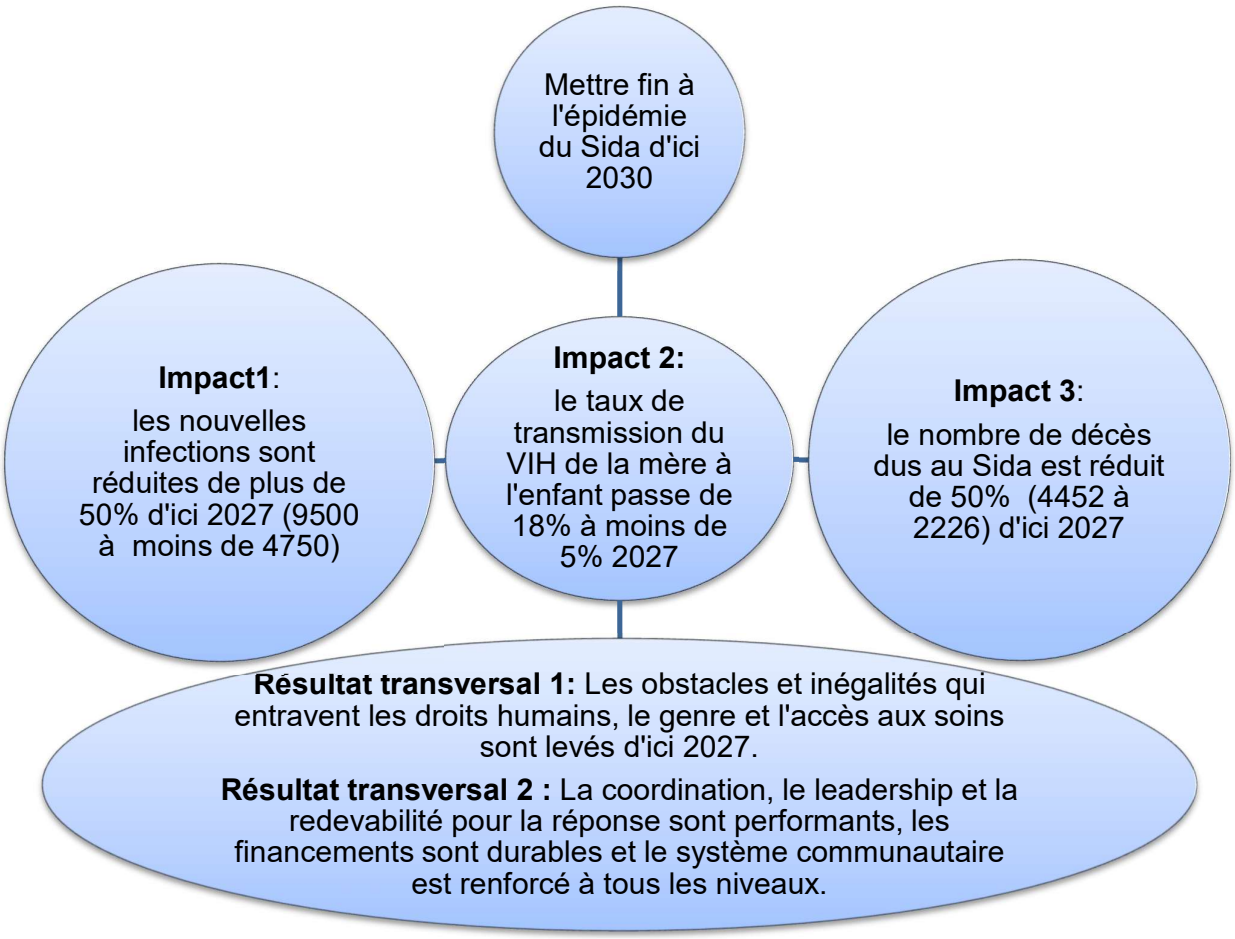
Les éléments du cadre de priorisation sont décrits ci-dessous.

Promouvoir une analyse et des discussions holistiques centrées sur les personnes

Données épidémiologiques **“Connaitre son épidémie”**	Comprendre les données sur le fardeau du VIH, y compris sa distribution (par exemple par âge, sexe et lieu) et les tendances
Données centrées sur les personnes **“Connaitre sa population”**	Comprendre les profils de risque (par exemple, l'âge, la situation de vulnérabilité, le sexe, le statut socioéconomique, les pratiques (sexuelles, coutumières etc), les connaissances, la résidence, les perceptions, les attentes et le comportement des personnes vivant avec le VIH ou à risque de le développer
Données liées au système **“Connaitre son système”**	Comprendre le contexte, la capacité, la performance, les limites et la distribution des services de santé et sociaux

Promouvoir des solutions pragmatiques centrées sur les personnes

Cadre des résultats



Populations prioritaires retenues et projections dans le PSN 2023-2027

Tableau 22:Populations prioritaires, cibles du PSN 2023-2027.

Populations prioritaires (Dénominateur)	2023	2024	2025	2026	2027	Source
Professionnelles de sexe	13889	14236	14592	14957	15313	Cartographie et estimation de la taille des PS de HSH/Taux d'accroissement de la population
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	3446	3532	3621	3711	3804	
Personnes vivant avec le VIH	126 893	129 043	130 868	132 380	133 097	Spectrum 2023
Adultes	116 252	119 007	121 306	123 209	124 263	
Enfants	10 641	10 036	9 562	9 171	8 834	
Transporteurs (Camionneurs ; Conducteurs de bus, taxis, taxis-motos)	110861	112928	115007	117124	119281	Cartographie RGPH-4
Miniers (Ouvriers miniers ; Artisans miniers ; Collecteurs patentés)	2490	2535	2580	2626	2672	Estimation basée sur les données administratives
Eléments de force de défense et de sécurité (Gendarmes, policiers et militaires)	17000	17000	17000	17000	17000	Données administratives
Eléments de force de paix de la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations unies pour la stabilisation en Centrafrique (MINUSCA) et autres groupes	8378	8378	5585	3723	2482	Estimation sur les données administratives
Donneurs de sang	40000	44000	48000	52364	57124	
Femmes de 15-49 ans	1502082	1531394	1560922	1591019	1621697	Cartographie RGPH-4
Femmes enceintes vues en consultation prénatale 1	173525	194437	216020	239999	266639	Cartographie RGPH-4
Femmes enceintes absentes à la consultation prénatale 1	57842	41244	24002	13968	8129	Cartographie RGPH-4
Femmes enceintes séropositives	8 200	8 462	8 578	8 604	8 514	Spectrum 2023
Estimation de la taille de la population des adolescentes et jeunes femmes en situation de vulnérabilité (Age compris entre 10 à 24 ans)	322180	330235	338490	346953	355627	Cartographie RGPH-4 + critère de ciblage dans 22 villes.
Population scolarisée (6-24 ans)	823623	837834	852446	867313	882439	Cartographie RGPH-4
Population non-scolarisée (6-24 ans)	1502242	1518238	1535948	1553865	1571990	Cartographie RGPH-4

Personnes handicapées	75194	76597	78007	79443	80905	Cartographie RGPH-4
Personnes déplacées internes et réfugiées	173375	173375	69350	27740	11096	OCHA
Population en milieu carcéral	2025	2060	2100	2141	2182	Estimation sur les données administratives
Clients des PS	181600	184985	188384	191851	195372	Estimation basée sur les données de cartographie des PS et HSH
PUD/PUDI (Recherche pour apprécier l'ampleur)						
Transgenres (Recherche pour apprécier l'ampleur)						
Partenaires des PVVIH (Conjoints des FE VIH+)	8 200	8 462	8 578	8 604	8 514	Estimation basée sur les données de PTPE

Théorie du changement et stratégies/approches clés et innovantes pour le PSN 2023-2027

Sur la base de l'approche de priorisation décrite dans les orientations stratégiques, tenant compte des insuffisances et défis relevées dans l'analyse de la réponse, prenant en compte les réalités du système sanitaire du pays, il est apparu nécessaire de définir des stratégies clés à renforcer et introduire des stratégies innovantes afin de booster les performances de la lutte contre le VIH en particulier et à l'amélioration du système de santé en général

Tableau 23 : Changements d'approches dans les interventions et stratégies prioritaires pour le PSN 2023-2027

Domaines	Principales insuffisances et défis	Approches clés à renforcer	Approches innovantes de changement	Conditions transversales du renforcement du système de santé de succès de mise en œuvre
Prévention et dépistage dans les populations clés	La faible couverture des cibles par l'insuffisance des pairs-éducateurs et la non extension géographique La non-différenciation des services VIH afin de toucher les populations clés difficiles à atteindre L'insuffisance du paquet de services offert aux populations clés La stigmatisation et discrimination des HSH et PS dans les sites de prise en charge et dans les communautés La faible capacité organisationnelle et fonctionnelle des associations des populations clés et de prévention La faible prise en compte des facteurs de vulnérabilité des PS et HSH dans les programmes actuels (diagnostic et traitement des IST, VBG, cancer anal, examen proctologique, etc).	Focalisation des interventions sur les populations clés HSH, PS Améliorer la couverture des cibles dans les 36 villes et Poursuivre l'extension géographiques et des interventions Accroitre l'implication effective en nombre et qualité des pair-éducateur dans la prévention	Elargir le paquet de services offerts avec la PrEP et l'autotest, diagnostic et traitement des IST (y compris dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus et cancer anal) Soutenir les capacités organisationnelles et fonctionnelles des associations identitaires et de lutte contre le VIH intervenant auprès des sites de PEC Elargir la prévention ciblée dans les communautés à travers les médias et les leaders communautaires Inclure comme cible d'intervention les clients des PS et les partenaires/conjoints des PVVIH	Définition d'un paquet national minimum standardisé de services au profit des PS et HSH Définir un statut minimum pour les agents de sante communautaires et pair-éducateurs

Prevention et dépistage dans les populations vulnérables	Insuffisance de programme intégré de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH et de la tuberculose en direction des populations vulnérables pour les FDS, les détenus, les PDI/refugies Les études existantes sur les facteurs de vulnérabilité et les prévalences du VIH parmi les populations dites vulnérables (routiers/camionneurs, taxis-motos, adolescents/jeunes, PDI/refugies, pygmées, PUD/PUDI, transgenres…) L'insuffisance de financements et des structures de prise en charge spécifique des adolescents et jeunes et la formation des animateurs. La non mise en application de l'Arrêté n°070/MEPST/CAB du 27 juin 1990 portant introduction de l'éducation à la vie familiale/ Education en Matière de Population dans le système éducatif formel. Le retard dans la mise en œuvre des activités liées à la lenteur de procédure du décaissement de fonds Les études existantes ne relèvent pas tous les déterminants socioculturels de l'infection à VIH chez les adolescents et les jeunes. Non prise en compte des données en marketing social pour les préservatifs	Etendre les activités de lutte contre le VIH dans parmi les FDS, les populations carcérales	Intégrer systématiquement les activités de lutte contre le VIH et la TB auprès des FDS et les populations carcérales (prévention, dépistage, soins & TARV, accompagnement thérapeutique) avec une utilisation des pairs-éducateurs polyvalents VIH/TB Mener des études spécifiques de vulnérabilité au VIH et de prévalence du VIH sur les autres populations vulnérables	Mettre en place ou dynamiser une cellule TB/VIH pour ces cibles à la DLMT et au CNLS. Renforcer l'accès à des services d'éducation sexuelle complète de bonne qualité adapté au sexe et l'âge, tant à l'école qu'en dehors du contexte éducatif

Prévention chez les adolescentes et jeunes femmes en situation de vulnérabilité	Faible ciblage des interventions envers les jeunes femmes et adolescentes vulnérables Intégration insuffisante des services sexuels et reproductifs dans les interventions de lutte contre le VIH Inexistence de cartographie ni estimation de taille de cette cible	Intégration des services sexuels et reproductifs et VIH dans les programmes envers cette cible Soutenir et mettre en œuvre les stratégies et interventions du programme national d'éducation complète a la sexualité envers les adolescentes et jeunes femmes vulnérables	Mettre en œuvre des activités de prévention et d'autonomisation des jeunes femmes et adolescentes vulnérables Faire une cartographie et estimation de tailles de ces jeunes femmes et adolescentes vulnérables	
PTPE	Le faible taux de dépistage des femmes enceintes, lié à la faible fréquentation de la CPN, et la faible couverture en site de PTME Les ruptures fréquentes en kits de dépistage Le faible dépistage des conjoints et enfants des femmes enceintes VIH+ Une insuffisance d'intégration du dépistage des femmes dans le continuum SMNI (PEV, suivi de croissance, PF, service de grossesses pathologiques, salle de naissance) Insuffisance en formation du personnel sur la PTME Le faible suivi des femmes enceintes et allaitantes sous ARV jusqu'au dépistage précoce de l'enfant	Extension des sites PTPE aux sites offrant les SPN (formation, intrants/machines PoC et rapportage des données) Intégration des soins VIH aux SPN	Offre des services intégrés VIH, PF, cancer du col, hépatite B, syphilis (Formation intégré, approvisionnements en intrants/machines POC, rapportage sur DHIS2) Offre du diagnostic des autres maladies y compris non transmissibles aux services de SPN (vaccination, HTA, glycémie, diagnostic cancer du col…)	Renforcement en ressources humaines qualifiées au niveau central, régional et district de point focal VIH et SSR Unification du département SSR et VIH

Depistage-1er 95	La non-fonctionnalité des Centres de dépistage volontaire et gratuit dans les communautés et points chauds L'absence de point de dépistage fonctionnel gratuit dans les centres de soins ni dans la communauté Le non-référencement actif des cas dépistés VIH+ vers les centres de prise en charge Insuffisance en intrants de dépistage pour les CDV, les sites en communauté et dans les formations sanitaires L'ampleur et la couverture du dépistage démédicalisé et/ou dépistage par cas index limité à quelques sites de Bangui et quelques DS La sous notification des données du dépistage par les associations et ONG lors des activités et campagnes de dépistage à travers le pays	L'intensification du dépistage ciblé initié par les prestataires dans les FOSA, du dépistage par cas index y compris autotest, femmes enceintes et tuberculeux dans les DS et les communautés et du référencement actif des cas VIH+ par l'accompagnement par les pairs-éducateurs et agents communautaires (ASC, volontaires, leaders…)	La dynamisation des centres de dépistage volontaire et cible dans les zones et points chauds dans la communauté en stratégie mobile et avancée Suivi des estimations, du stockage et de la distribution au dernier mètre des intrants VIH Intégration du dépistage VIH avec le dépistage des maladies y compris les non transmissibles (vaccination, distribution de MILDA, campagnes de masses contre les filarioses, HTA, glycémie, diagnostic cancer du col et cancer anal… Focalisation des interventions sur les DS prioritaires (ayant de faibles performances sur le dépistage)	Renforcement en ressources humaines qualifiés de la cellule de quantification et gestion des approvisionnements de la DLMT La saisie directe sur DHIS2 des données de dépistage du niveau communautaire Redynamiser le comité de quantification au niveau central Quantification « dynamisée » des intrants de dépistage et d'auto-dépistage Financement…domestique des intrants pour le dépistage gratuit
Soins et TARV-2e 95	Fréquence élevée de patients perdus de vue Insuffisance en ressources humaines qualifiées pour une prise en charge de qualité durable Insuffisance en qualité dans la prise en charge et le suivi du patient Capacités limitées des communautaires pour soutenir les appuis psychosocial, l'accompagnement à l'observance des TAR, la dispensation d'ARV multi-mois et communautaire	Etendre prise en charge par ARV pour tout adulte dans FOSA-PTME, appliquer dispensation différenciée par PVVIH et dans Postes de santé Poursuite de la mise en œuvre des approches différentiées de services VIH pour les soins et TARV Poursuite du renforcement des capacités des acteurs (personnel de santé et communautaire) sur la PEC VIH et TB	Offre intégré et mobile des soins TB et VIH dans les communautés (dépistage, soins et traitement) : « CDT et site TARV mobile » Intensification des approches d'accompagnement communautaire intégré VIH et TB (soutien à l'observance, dispensation différenciée des TARV et antiTB, recherche de PDV...) Soutien organisationnel et fonctionnel des OBC/associations rattache aux sites de PEC TARV	Renforcer la disponibilité des ressources humaines en santé de qualité pour les régions et DS a travers un plan national en RHS Renforcement en ressources humaines qualifies de la cellule de quantification et gestion des approvisionnements de la DLMT et niveaux décentralisés Renforcement des capacités de stockage et

	Les coûts directs et indirects freinent l'utilisation des services et le suivi adéquat Circuit d'approvisionnement et des stocks en intrants non décentralisé avec impacts négatifs sur la disponibilité constante des médicaments, réactifs et consommables médicaux et de laboratoire Faible plateau technique pour le diagnostic et le traitement des coïnfections et comorbidités liées au VIH		Inclusion d'indicateurs clairs et complet VIH et TB dans le processus d'achat de performances par le Projet SENI. Eriger 2-5 centres de diagnostic et de traitement des maladies opportunistes graves (VIH stades avancés) à Bangui et quelques hôpitaux de districts à forte présence de PVVIH	gestion des intrants médicaux (toutes maladies) au niveau central et régional Définir un paquet de services et un statut minimum pour les agents de santé communautaire Disponibiliser des intrants de traitements spécifiques des infections opportunistes…
Observance-CV supprimee-3e 95	Opérationnalisation encore très limitée de l'accès des patients à la charge virale VIH, hépatite, au diagnostic moléculaire rapide de la tuberculose et génotypage VIH	Centraliser les plateformes à haute performance dans les hôpitaux nationaux et grands centres de PVVIH suivis Renforcer capacités des Agents communautaires, patients experts stables sous TAR, pour rechercher les personnes en retard de rendez-vous TAR et charge virale VIH	Equiper les sites de PEC TARV des DS par des PoC (GenXpert, ou autre plateforme) pour la réalisation des CV, dépistage précoce des enfants et dépistage des autres IST (hépatite, HPV, gonococcie…) Rendre mobile les appareils en rotation dans les DS pour la réalisation des tests	Disposer/élaborer un plan d'équipement national des structures sanitaires

Droits humains et genre	La stigmatisation et discrimination persistante des populations clés et PVVIH dans les FOSA et communautés (plus accrue envers les femmes) Les Violence Basées sur le Genre (VBG) sont extrêmement élevées et sont exacerbées par l'insécurité permanente et le déplacement de la population en raison du conflit	Développement d'un mécanisme de suivi de l'application de la charte sur la qualité des soins, les droits des patients et de la loi n 22-016 relative au VIH et au Sida en RCA Mobilisation des pairs et des groupes de soutien VIH et populations clés pour la promotion de la santé et la non-discrimination et non-stigmatisation Mise en place d'une plateforme avec les organisations de la société civile, les organisations des populations clés et les organisations à base communautaire pour l'accessibilité des services juridiques et le suivi des plaintes transmises aux juridictions Extension de l'appui à l'Unité Mixte et d'Intervention Rapide pour la Répression des violences sexuelles (UMIRR) (jusqu'au niveau décentralisé)	Intégrer la lutte contre la stigmatisation/discrimination, les droits humains et genre dans les modules et curricula de formation du personnel de santé et des agents de la sante et communautaires en formation Elaboration et la signature des décrets d'application de la loi n 22-016 relative au VIH et au Sida en République Centrafricaine Renforcement des Observatoires Communautaires sur le VIH et les droits humains. Mobilisation des leaders religieux, communautaires influents et les tradi-praticiens, les médias traditionnels et les Technologies de l'Information et de la Communication sur la non-discrimination à travers la plateforme zéro discrimination.	
Réponse communautaire	Faible financement institutionnel et organisationnel des OSC Statut des agents communautaire non défini	Assurer le financement institutionnel et organisationnel des OAC/OBC/OSC en technique de mobilisation des ressources	Définir un statut (incluant une motivation et une carrière) pour les agents communautaires	Disposer d'une politique définissant le rôle, la place et le statut de l'agent communautaire dans le système de santé en RCA

Financement	Insuffisance des financements et subventions de l'Etat dans la mise en œuvre des activités Insuffisance des partenaires techniques et financiers pour les interventions dans les FOSA et communautaires Faible mobilisation de ressources au niveau local et domestique	Poursuivre le plaidoyer pour l'augmentation de la contribution de l'état dans la lutte contre le VIH et la TB Encourager l'engagement de plusieurs partenaires et développer une conjugaison des financements	Mobiliser du financement pour la lutte contre le Sida au niveau décentralisé (Collectivités, Entreprises locales) Relancer le secteur privé à travers une plateforme (coordination tripartite) et un fonds pour le financement de la lutte contre le VIH et la TB Mettre en place au sein du ministère de la sante, une unité de gestion fonctionnel des fonds sur la sante concernant la lutte contre le VIH, la TB et le paludisme ainsi que les autres maladies transmissibles (syphilis, hépatites…)	Augmentation de la part du budget national alloué à la santé et aux sectoriels
Coordination et leadership	Faible implication des PVVIH, des populations clés et vulnérables dans le cadre de concertation et de décision de lutte contre le VIH Faible couverture et fonctionnalité du pays par les structures décentralisées du CNLS (CPLS/ETP) et de la CN/CNLS Insuffisance d'interventions spécifiques adaptées aux zones de défis sécuritaires	Relancer les activités de la coordination tripartite Financer les cadres de concertation de lutte contre le VIH au niveau régional et districts	Relancer le forum des partenaires sur le VIH Mettre en place un plan de contingence pour les zones en insécurité/conflits (Identifier PR/SR spécifique, plan de réaction aux violences, activités communautaires de continuum…) Elaborer des plans sectoriels de lutte contre le VIH dans les ministères clés : défense et sécurité, éducation, de l'emploi et jeunesse, des mines et industrie, commerce	Augmentation du financement de l'état pour le fonctionnement des cadres de concertation et de coordination au sein du CNLS et du Ministère de la santé ainsi que les plans sectoriels des Ministères clés

Informations stratégiques	Absence de validation des données ainsi que de supervision formative au niveau de district sanitaire Absence du dispositif pour la gestion des données communautaires Insuffisance des matériels bureautiques et informatiques pour le traitement et analyse des données Non fonctionnalité des activités de suivi évaluation de l'équipe technique préfectorale	Financer et améliorer la qualité des supervisions du niveau central vers les régions, de régions vers les DS, des DS vers les FOSA et des FOSA vers les agents communautaires Renforcer les capacités techniques et logistiques des acteurs en charge de suivi et évaluation des différents niveaux	Redynamiser le groupe d'appui technique en Suivi-Evaluation (au moins VIH, TB et palu) Inclusion des NTIC et autres moyens de suivi numériques à tous les niveaux	Elaboration/Mise en place d'un plan numérique pour le Ministère de la Santé Accélérer l'implémentation du DHIS2 prenant en compte les interventions communautaires

Catégorisation du pays en fonction des contextes et paquets de services adaptés

Sur la base des éléments clés du changement, une catégorisation du pays en fonction des réalités des contextes et un paquet de services adaptés à la catégorie est proposé afin de prioriser les interventions et stratégies en fonction des contextes

Tableau 24 : Paquet de services en fonction de la catégorisation du pays

Bangui + Chefs-lieux des autres préfectures	Sous-préfectures et Zones rurales accessibles	Zones d'insecurite/d'acces difficiles
Paquet 1 : **PREVENTION/DEPISTAGE** ▪ Programmes préservatifs ▪ Prévention ciblée dans la population générale (media, TIC, leaders communautaires…) ▪ Prevention combinée aux populations clés (y compris PreP, prévention et traitement précoce des IST, préservatifs et lubrifiants gratuits, Prophylaxie-post exposition, pairs éducations) ▪ Prevention combinée aux populations vulnérables y compris, la prévention et le traitement précoce des IST, Prophylaxie-post exposition ▪ Dépistage ciblée/ démédicalisé dans la population générale (CDV dans les associations et aux points chauds des vulnérables : adolescents, jeunes scolarisés et déscolarisés, routiers, taxi-moto, miniers, hommes en tenue, milieu carcéral y compris intégration MNT) ▪ Dépistage des populations clés en stratégie fixe et mobile y compris l'auto dépistage du VIH (ADVIH) ▪ Dépistage initié par les personnels de santés (DIPS) des patients dans les FOSA (TB,	**Paquet 2:** **PREVENTION/DEPISTAGE** ▪ Programmes préservatifs ▪ Prevention ciblée dans la population générale (media, TIC, leaders communautaires…) ▪ Dépistage initié par les personnels de santés (DIPS) des patients dans les FOSA (TB, CREN, hospitalisation médecine, enfants malnutris, soins post-natals, VBG) ▪ Dépistage ciblée/ démédicalisé dans la population générale (CDV dans les associations et aux points chauds des vulnérables : adolescents, jeunes scolarisés et déscolarisés, routiers, taxi-moto, miniers, hommes en tenue, milieu carcéral y compris intégration MNT) ▪ Dépistage par cas index de toute PVVIH dans la FOSA ou dans la communauté/Relais communautaire) ▪ Dépistage en clinique mobile et avancé pour les sites/populations à haut risque VIH (mines, pèches…) ▪ Dépistage VIH intégré aux autres programmes TB, nutrition, PEV, MILDA, MNT, MTN…	**Paquet 3 :** **PREVENTION/DEPISTAGE** ▪ Programmes préservatifs ▪ Prevention ciblée dans la population générale (media, TIC, leaders communautaires…) ▪ Dépistage en clinique mobile et avancé pour les sites/populations à haut risque VIH (populations vulnérables des mines, orpaillage, pèches…) ▪ Dépistage initié par les personnels de santés (DIPS) des patients dans les FOSA (TB, UNTA/UNT, hospitalisation médecine) ▪ Dépistage VIH intégré aux autres programmes TB, nutrition, PEV, MILDA, MNT, MTN, distribution vivres… **PTPE** ▪ Dépistage systématique des femmes enceintes combine VIH, syphilis et hépatite B dans tous les sites SPN ▪ Tester & Traiter de toute femme et enfant VIH+ ▪ Dépistage précoce groupes des enfants exposes par la GeneXpert si possible sinon transfert vers site le plus accessible

CREN, hospitalisation médecine, enfants malnutris, soins post-natals, VBG). ▪ Dépistage par cas index de toute PVVIH dans la FOSA ou dans la communauté/Relais communautaire) **PTPE** ▪ Dépistage systématique des femmes enceintes combine VIH, syphilis et hépatite B/C dans tous les sites SPN et PF ▪ Tester & Traiter de toute femme et enfant VIH+ ▪ Rendre la charge virale VIH indétectable au 3ème trimestre de grossesse et la maintenir. ▪ Prophylaxie ARV systématique chez le nouveau-né ▪ Dépistage précoce des enfants exposes par la GenXpert/PoC et contrôle statut sérologique à 18 mois **SOINS ET TARV** ▪ Tester & Traiter et retenir pour tout VIH+ ▪ CV ciblés sur GenXpert/POC ou autres plateformes ▪ CV de routine sur plateforme high volume ▪ CD4 ciblé aux nouveaux patients, PVR, patients en échec ▪ Diagnostic et prise en charge des maladies opportunistes et comorbidités (VHC, VHB cancers du col et/ou du canal anal, IST, maladie de Kaposi, maladies métaboliques et cardiovasculaires, et les autres maladies opportunités graves)	**PTPE** ▪ Dépistage systématique des femmes enceintes combine VIH, syphilis et hépatite B dans tous les sites SPN et PF ▪ Test & Treat de toute femme et enfant VIH+ ▪ Prophylaxie ARV systématique chez le nouveau-né ▪ Dépistage précoce des enfants exposes par la GenXpert/ PoC et contrôle statut sérologique à 18 mois. **SOINS ET TARV** ▪ Tester et Traiter et retenir pour tout VIH+ ▪ CV ciblés sur GenXpert/POC (prélèvements groupés et transport sécurise des échantillons vers les Laboratoires de district le plus accessible ▪ Réalisation de CD4 par Visitec pour la détection des cas de VIH avancé ▪ CV de routine/GenXpert/POC ▪ Diagnostic et prise en charge des maladies opportunistes et comorbidités (VHC, cancers du col et/ou du canal anal, IST, maladies métaboliques et cardiovasculaires) ▪ Reference des cas VIH avance et échecs ▪ Suivi adhérence par appui des OSC/associations ▪ Détection, rappel/ recherche précoce des patients en retard de rendez-vous. ▪ Guichet unique TB/VIH ▪ Appui alimentaire/ONG et OAC. ▪ R6M et ravitaillements communautaires ▪ Application de la pharmacovigilance et référer suspicion de pharmacorésistance/ ARV et antituberculeux.	**SOINS ET TARV** ▪ Tester & Traiter et retenir pour tout VIH+ ▪ Prélèvements et transfert groupés pour la CV au site plus accessible (ou au GenXpert si possible) ▪ Suivi adhérence par appui des OSC/associations ▪ Transports/Reference actifs des cas coinfectes/échantillons TB/VIH, cas VIH avances et échecs TARV ▪ R6M **SUIVI-EVALUATION** ▪ Contractualisation des services avec des ONG/associations humanitaires et locales ▪ Supervision/coaching a distance (phone, WhatsApp…) ▪ DHIS2 pour VIH et TB (99DOTS TB pour le suivi du traitement antiTB) ▪ Focaliser sur les sites fonctionnels ▪ Approvisionnements spécifiques en intrants (ONG, PAM, convoi armée…) ▪ Suivi communautaire de l'accès et de la qualité des services si possible -

▪ PEC des cas VIH avancé et échec TARV (Bangui en l'an1 et autres villes en an 2 et 3) ▪ Suivi d'adhérence par l'appui des ASC/associations ▪ Détection, rappel/ recherche précoce des patients en retard de rendez-vous. ▪ Guichet unique TB/VIH ▪ Appui alimentaire par les ONG et OSC. ▪ R6M et ravitaillements communautaires ▪ Réalisation semestrielle dans les CTA/UPEC, des enquêtes sur indicateurs d'alerte précoce ▪ Application de la pharmacovigilance et surveillance de la pharmacorésistance pour les ARV et antituberculeux. **SUIVI-EVALUATION** ▪ Supervision/coaching sur site ▪ Supervision/coaching à distance (phone, Whatsapp…) ▪ DHIS2 et eTracker pour suivi individuel PVVIH ▪ Mise en œuvre de pool de formateur/superviseur ▪ Focaliser sur les sites les moins performants ▪ Renforcer la GAS ▪ Suivi communautaire de l'accès et de la qualité des services ▪ Monitoring des charges virales VIH et actions adéquates à prendre.	**SUIVI-EVALUATION** ▪ Supervision/coaching sur site ▪ Supervision/coaching a distance (phone, Whatsapp…) ▪ DHIS2 et eTracker pour suivi individuel PVVIH ▪ Focaliser sur les sites les moins performants ▪ Régularité des approvisionnements en intrants ▪ Suivi communautaire de l'accès et de la qualité des services ▪ Monitoring de la périodicité des traitements et CV des patients/ leurs centres de prise en charge	

STRATEGIES / INTERVENTIONS PRIORITAIRES

Impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2027		
EFFETS	**PRODUITS**	**STRATEGIES/INTERVENTIONS**
Effet 1.1 : d'ici 2027, 95% des populations clés (PS et HSH) bénéficient d'un paquet de services de prévention combinée.	**Produit 1.1.1 : 95**% des PS ont bénéficié d'un paquet complet de services de prévention combinée.	**Stratégie 1 :** Renforcement de la promotion du préservatif et lubrifiant (distribution des préservatifs sur les lieux spécifiques (points chaud), stimulation de la demande par des pairs PS). **Stratégie 2 :** Promotion de la prophylaxie Pré-Exposition (conception d'un programme en matière des PrEP par voie orale et sa vulgarisation, ring vaginal et injectable). **Stratégie 3 :** Promotion des interventions pour le **c**hangement de comportements (promotion du préservatif, de la PrEP, du dépistage du VIH, de la protection contre la violence, sensibilisation sur la réduction des risques, la communication inter personnel à travers l'approche par les pairs). **Stratégie 4** : Promotion des interventions visant à renforcer l'autonomisation des PS (formations en matière de VIH, de SSR, et de sexualité, renforcement de capacité des associations des PS, implication des PS dans les prestations de services, suivi et collecte des données). **Stratégie5** : Renforcement des services de santé sexuelle et reproductive y compris en matière d'IST (dépistage et prise en charge des IST à travers des examens de routine y compris le GenXpert, prestation de soins anaux, PF). **Stratégie 6 :** Renforcement du dépistage différencié du VIH (communautaire, auto-dépistage et dépistage en stratégie avancée) avec une référence active pour l'enrôlement dans les soins. **Stratégie 7 :** Renforcement de la prévention et de la prise en charge des coïnfections (TB) et des comorbidités (hépatite virale, papillomavirus, dépistage du cancer du col de l'utérus). **Stratégie 8 :** Intégration de l'internet et autres technologies de communication et de l'information pour les interventions vers les réseaux PS/HSH pour la prévention et promotion de changements de comportement.
	Produit 1.1.2 : 95% des HSH ont bénéficié d'un paquet complet de services de prévention combinée.	**Stratégie 1 :** Renforcement de la promotion du préservatif et lubrifiant (distribution des préservatifs sur les lieux spécifiques (points chaud), stimulation de la demande par des pairs HSH). **Stratégie 2 :** Promotion des interventions pour le changement de comportements (promotion du préservatif, de la PrEP, du dépistage du VIH, de la protection contre la violence, sensibilisation sur la réduction des risques). **Stratégie 3 :** Promotion des interventions visant à renforcer l'autonomisation des HSH (formations en matière de VIH, de santé sexuelle, renforcement de capacité des associations des HSH, implication des HSH dans les prestations de services, suivi et collecte des données).

		Stratégie 4 : Renforcement des services de santé sexuelle et reproductive y compris en matière d'IST (dépistage et prise en charge des IST à travers des examens de routine incluant l'utilisation du GenXpert, prestation de soins anaux). **Stratégie 5 :** Renforcement du dépistage différencié du VIH (communautaire, auto-dépistage et dépistage en stratégie avancée) avec une référence active pour l'enrôlement dans les soins. **Stratégie 6 :** Renforcement de la prévention et de la prise en charge des coïnfections (TB) et des comorbidités (hépatite virale, papillomavirus, dépistage du cancer de l'anus). **Stratégie 7 :** Intégration des technologies de communication et de l'information (messages vocaux, sms, images, WhatsApp…) dans les interventions.
Effet 1.2 : d'ici 2027, 95% des populations vulnérables bénéficient du paquet de services de prévention combinée.	**Produit 1.2.1** : 95% des personnes privées de leur liberté ont bénéficié d'un paquet complet de services de prévention combinée dans les centres pénitenciers.	**Stratégie 1 :** Plaidoyer auprès des autorités judiciaires pour la promotion du préservatif et lubrifiant. **Stratégie 2 :** Promotion des interventions pour le **c**hangement de comportements (conception et mise en œuvre d'un programme de sensibilisation sur le VIH/IST/Hépatite et la Tuberculose) destinés aux détenus et au personnel pénitentiaire incluant les pairs. **Stratégie3** : Renforcement des séances de sensibilisations sur la santé sexuelle et reproductive pour les femmes y compris en matière d'IST et orientation pour le dépistage et la prise en charge des IST à travers des examens de routine. **Stratégie 4 :** Renforcement du dépistage différentié du VIH destiné aux détenus et personnel pénitentiaire (auto-dépistage et DCIP) avec une référence active pour l'enrôlement dans les soins. **Stratégie 5 :** Renforcement de la prévention et de la prise en charge des coïnfections et des comorbidités : dépistage des cas de Tuberculose, sensibilisation des détenus à la Tuberculose, y compris aux règles d'hygiène respiratoire et l'attitude à adopter en cas de toux, dépistage et traitement des Hépatites B et C, et à la vaccination contre l'Hépatite B.
	Produit 1.2.2 : 70% des éléments des forces de sécurité et de défense (FSD) ont bénéficié d'un PMAP VIH d'ici 2027.	**Stratégie 1 :** Renforcement de la promotion du préservatif et gel (distribution des préservatifs dans les casernes, au niveau des détachements...) **Stratégie 2 :** Promotion des interventions pour le **c**hangement de comportements (conception d'un programme de formation sur le VIH/IST/hépatites adaptés aux FDS, sensibilisation sur la réduction des risques) à travers des « FDS champion ». **Stratégie3** : Renforcement des services de dépistage VIH et IST et orientation pour la prise en charge des IST à travers des examens de routine y compris l'utilisation du GenXpert). **Stratégie 4 :** Renforcement du dépistage différencié du VIH (DCIP, par les pairs et auto-dépistage).

	Produit 1.2.3 : 30% des Personnes Déplacées Internes et refugiées ont bénéficié d'un PMAP VIH d'ici 2027.	**Stratégie 1 :** Renforcement de la promotion du préservatif et lubrifiant (stimulation de la demande et distribution des préservatifs par les pairs, marketing social du préservatif). **Stratégie 2 :** Promotion des interventions pour le **c**hangement de comportements (soutien et mise en œuvre de formations adaptées, sensibilisation sur la protection contre la violence basée sur le genre) dans les camps de déplacés et réfugiés. **Stratégie3** : Renforcement de la sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive y compris en matière d'IST (dépistage et orientation pour la prise en charge VIH et des IST à travers des examens de routine, lien aux soins et intégration avec les programmes et les services liés à la santé sexuelle et reproductive notamment au niveau des soins de santé primaires et des postes de sante avancés et cliniques mobiles). **Stratégie 4** : Utilisation des téléphones mobiles, TV, radios locales et les réseaux sociaux pour la sensibilisation ciblée
	Produit 1.2.4 : 30% des personnes vivant avec un handicap ont bénéficié d'un paquet de prévention combiné	**Stratégie 1 :** Renforcement de la promotion du préservatif et lubrifiant (stimulation de la demande et distribution des préservatifs par les pairs, marketing social du préservatif). **Stratégie 2 :** Promotion des interventions pour le **c**hangement de comportements basées sur des outils adaptés pour les différents handicaps (soutien et mise en œuvre de formations adaptées de pairs, disponibilisation des outils de sensibilisation adaptés **Stratégie 3** : Utilisation des téléphones mobiles, TV, radios locales et les réseaux sociaux pour la sensibilisation adaptés aux différents handicaps **Stratégie 4 :** Soutenir l'accompagnement par des proches pour les personnes touchées de handicap mental et séropositif **Stratégie 4 :** Promotion du dépistage différentié couplé à d'autres pathologies (DCIP, communautaire et auto-dépistage, stratégie avancée) avec une référence active pour l'enrôlement dans les soins. **Stratégie 6** : Intensifier les séances de sensibilisation et dépistage VIH dans les associations des personnes handicapées.
	Produit 1.2.5 : 30% des miniers, orpailleurs et collecteurs bénéficié d'un paquet de prévention combiné	**Stratégie 1 :** Renforcement de la promotion du préservatif et lubrifiant (stimulation de la demande et distribution des préservatifs par les pairs, marketing social du préservatif). **Stratégie 2 :** Promotion des interventions pour le **c**hangement de comportements basées sur des outils adaptés aux miniers (soutien et mise en œuvre de formations adaptées de pairs, disponibilisation des outils de sensibilisation adaptés **Stratégie 3** : Utilisation des téléphones mobiles, TV, radios locales, et les réseaux sociaux pour la sensibilisation adaptés aux miniers

		Stratégie 4 : Organiser régulièrement des séances de dépistage VIH couple à la TB, hépatite, HTA, syphilis et diabète
	Produit1.2.6 : des populations susceptibles de jouer un rôle dans l'épidémie sont cartographiées, leur profils comportemental et sérologique réalisés et un paquet d'intervention défini d'ici 2027.	**Stratégie 1 :** Etude séro-comportementale pour les populations dépourvues de données (taxis-moto, taximen, taxi-bus, pygmées, peulhs, miniers, les camionneurs, les victimes de viol, les personnels de santé, FDS…).
Effet 1.3 : d'ici 2027, 50% des jeunes (Population vulnérable) bénéficient du paquet de services de prévention combinée.	**Produit 1.3.1 : 5**0% des Adolescentes et jeunes femmes (population vulnérable) ont bénéficié d'un PMAP VIH d'ici 2027.	**Stratégie 1 :** Redynamisation, extension des clubs et kiosques santé des adolescentes et jeunes pour la lutte contre le sida en milieu scolaire et extra-scolaire **Stratégie 2 :** Éducation complète à la sexualité (éducation complète à la sexualité dans les écoles et en dehors des écoles, incluant l'apport de compétences psychosociales, la sélection et la formation (initiale et continue) des enseignants, des médiateurs communautaires et des parents, soutien de l'éducation complète à la sexualité par la communauté et les parents, élaboration d'un programme scolaire et de cours standardisés). **Stratégie 3 :** Promotion et intégration des services de santé sexuelle et reproductive y compris en matière d'IST des jeunes dans les formation sanitaire (formation des prestataires de soins de santé à la mise en œuvre de programmes relatifs à la SSR pour les adolescentes et les jeunes femmes ; dépistage et traitement des IST à travers des examens de routines). **Stratégie 4 :** Promotion du dépistage différentié (dépistage communautaire et dépistage démédicalisé). **Stratégie 5 :** Utilisation des téléphones mobiles, TV, radios locales et les réseaux sociaux pour la sensibilisation ciblée envers les jeunes
	Produit 1.3.2 : 50% des jeunes conducteurs de taxi-moto et routiers (populations vulnérables) ont bénéficié d'un PMAP VIH d'ici 2027.	**Stratégie 1 :** Renforcement de la promotion du préservatif et lubrifiant (stimulation de la demande et distribution des préservatifs par les pairs, marketing social du préservatif, enquêtes au niveau communautaire afin d'examiner les obstacles à l'utilisation du préservatif et les préférences en matière de préservatif ; formations menées par des pairs afin d'améliorer les compétences en matière de négociation). **Stratégie 2** : Promotion des interventions pour le changement de comportement selon une approche multi maladies (séances de sensibilisations individuelles ou en groupe consacrées à la réduction des risques, un soutien à la conception et à la mise en œuvre de formations

		adaptées du VIH mais également d'autres maladies telles que le dépistage hépatite B et C, prise de TA, dosage de la glycémie afin d'être plus attractif pour les hommes). **Stratégie 3 :** Promotion du dépistage différentié couplé à d'autres pathologies (communautaire et auto-dépistage, stratégie avancée) avec une référence active pour l'enrôlement dans les soins. **Stratégie 4** : Utilisation des téléphones mobiles, TV, radios locales et réseaux sociaux pour la sensibilisation ciblée par sms, images et vidéos **Stratégie 5** : Intensification des séances de sensibilisation et dépistage VIH dans les gares routières et aires de repos des routiers
Effet 1.4 : d'ici 2027, 70% des PVVIH dépistées et leurs partenaires bénéficient des services de prévention combinée.	**Produit 1.4.1 : 7**0% des PVVIH ont des connaissances renforcées en santé positive, dignité et prévention (SPDP).	**Stratégie 1 :** Réseautage des PVVIH. **Stratégie 2 :** Renforcement des interventions combinées de SR/PF et santé positive chez les PVVIH. **Stratégie 3 :** Développement d'un programme de distribution de préservatifs chez les PVVIH. **Stratégie 4 :** Renforcement de la sensibilisation sur les mesures de prévention des IST et les Hépatites B et C. **Stratégie 5 :** Mise en place des mécanismes d'accompagnement et de soutien des enfants, adolescents et jeunes vivant avec le VIH. **Stratégie 6 :** Utilisation des téléphones mobiles, réseaux sociaux pour la sensibilisation ciblée par sms, images et vidéos
	Produit 1.4.2 : 70% des partenaires des PVVIH ont accès au dépistage	**Stratégie 1 :** Développement d'une sensibilisation dans les sites de prise en charge VIH pour le dépistage par cas index. **Stratégie 2** : Subvention des tests VIH pour le dépistage par cas index. **Stratégie 3** : Renforcement du dépistage par cas index chez les PVVIH pour leurs partenaires y compris l'utilisation des ADVIH.
Effet 1.5 : D'ici 2027, 80% des donneurs	**Produit 1.5.1 :** 90 % des centres et points de transfusion sanguine offrent les services de dépistage.	**Stratégie 1 :** Renforcement des capacités des centres et points de transfusion sanguine pour le dépistage du VIH, Hépatite B et C, Syphilis pendant les séances de don de sang. **Stratégie 2 :** Référence actif des cas VIH+ lors des campagnes de don de sang

bénévoles de sang bénéficient d'un service de dépistage du VIH, des hépatites virales et de la syphilis.	**Produit 1.5.2 :** 60% des donneurs bénévoles de sang dépistés négatifs sont fidélisés.	**Stratégie 1 :** Renforcement des structures d'encadrement des donneurs bénévoles de sang. **Stratégie 2** : Promotion des interventions pour le changement de comportement (séances de sensibilisation individuelles ou en groupe consacrées à la réduction des risques, un soutien à la conception et à la mise en œuvre de formations adaptées).
Impact 2 : Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant passe de 8% à moins de 5% d'ici 2027.		
EFFETS	**PRODUITS**	**STRATEGIES**
Effet 2.1 : d'ici 2027, 50 % des femmes en âge de procréer utilisent le paquet de service de prévention pour la triple élimination **(VIH, Syphilis et l'Hépatite B)**.	**Produit 2.1.1 :** 95% des femmes en âge de procréer **et leurs conjoints connaissent les structures qui offrent le paquet de services de la triple élimination (VIH, Syphilis et l'Hépatite B) et** utilisent systématiquement les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels ou à haut risque	- **Stratégie 1 :** Intensification de la communication sur la promotion des pratiques sexuelles à moindres risques et la disponibilité des services de prévention de la triple élimination (**(VIH, Syphilis et l'Hépatite B)**), par tous les types de supports/canaux de communication (la TIC/Santé numérique, sensibilisation de proximité, les médias dont radios communautaires etc…) - **Stratégie 2 :** Promotion du préservatif masculin et féminin avec les lubrifiants (susciter la demande, accroître les points de distribution et de vente par le marketing social des préservatifs dans tous les villages).
	Produit 2.1.2 : 95% femmes en âge de procréer et 50% de leurs conjoints/partenaires, 50% des adolescentes bénéficient des services de conseil et sont dépistées pour le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B..	- **Stratégie 1 :** Renforcement de la communication sur l'importance du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B, à travers les radios locales, par les dispositifs de la santé numérique (sms image, TIC …), affiches /prospectus, bandes dessinées sensibilisations de proximité dans les communautés par relais et leaders communautaires, des spots TV et lors des CPN et salles d'attentes PEV. - **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des FOSA par l'intégration du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B et C, dans les services de SPN, CPoN, Salle d'accouchement, PEV, PF, suivi de croissance, service de nutrition, dans les secteurs public, privé et au niveau communautaire. - **Stratégie 3 :** Promotion du dépistage communautaire du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B et C (approche famille sur cas index, autotest).

		- **Stratégie 4 :** Prise en charge des IST (prévention, dépistage et traitement du VIH, de la syphilis, des autres IST et de l' hépatite B et C). - **Stratégie 5 :** Promotion du ALL IN en faveur des adolescents (es) en âge de procréer.
	Produit 2.1.3 : 95,% des femmes en âge de procréer victimes des violences basées sur le genre, déclarées, bénéficient de la Prévention Post Exposition	- **Stratégie 1 :** Organisation de la mise en œuvre de la prophylaxie post exposition (PEP) dans toutes les FOSAs (formation/recyclage des Agents de santé ; dotation régulière en intrants pour dépistage VIH, Hépatite et syphilis et en médicaments pour PEP et IST ; mise à disposition d'outils de rapportage/ déclaration des cas d'AES) . - **Stratégie 2 :** Renforcement à travers les canaux de communication, de la sensibilisation de toutes les couches de la société, sur de la prophylaxie post exposition. - **Stratégie 3 :** Soutien psychosocial et juridique aux victimes des VBG.
Effet 2.2 : d'ici 2027, au moins 50% des femmes vivant avec le VIH, et/ou la syphilis et/ou l'hépatite B et C, âgées de 15-49 ans utilisent des moyens de contraception pour prévenir les grossesses non désirées.	**Produit 2.2.1 : 7**0%des services de PF offrent des services de conseil et dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B et C.	- **Stratégie 1 :** Renforcement des capacités du personnel (formation et dotation régulière des FOSA en contraceptifs, tests duo VIH-syphilis et hépatite B, médicaments pour les traitements des IST ; mise en place de système de référence et contre référence des cas de VIH, Syphilis/autres IST, Hépatite B et C dépistés). - Stratégie 2 : Opérationnalisation de la prise en charge effective et documentée des cas de VIH, Syphilis/autres IST, Hépatite B et C - **Stratégie 3 :** Mise en œuvre et suivi des activités du conseil et dépistage VIH, Syphilis et autres IST, Hépatites B et C dans les services de PF.
	Produit 2.2.2 : 70%des services de prise en charge du VIH, offrent le Planning Familial (PF), le dépistage et le traitement de l'Hépatite B de la syphilis et autres IST	- **Stratégie 1 :** Renforcement des capacités du personnel (formation et dotation régulière des FOSA en contraceptifs, intrants pour le dépistage VIH-Syphilis, et Hépatite B et C ; médicaments pour les traitements des IST, Hépatite B et C ; mise en place de système de référence et contre référence des cas de VIH, Syphilis/autres IST, Hépatite B et C dépistés et traités). - Stratégie 2 : Opérationnalisation de la prise en charge effective et documentée des cas de VIH, Syphilis/autres IST, Hépatite B et C). - **Stratégie 2 :** Mise en œuvre des activités PF (dans les CDV, sites de PEC VIH, CDT, et a l'occasion du dépistage différencié). - **Stratégie 3** : Mise en œuvre et suivi des activités de PF couplé avec le dépistage VIH-Syphilis/autres IST et Hépatite B et C, dans les sites de traitement des adultes et adolescents.

	Produit 2.2.3 : 50%des associations y compris celles des PVVIH offrent le PF avec le dépistage VIH-Syphilis et Hépatite B et C au niveau communautaire.	- **Stratégie 1 :** Renforcement des capacités des membres des associations (formation et dotation régulière des communautés en contraceptifs et tests duo VIH/syphilis et test hépatite B et C). - **Stratégie 2 :** Mise en œuvre et suivi des activités de PF dans les associations communautaires. - **Stratégie 3 :** Intégration de la PF dans les groupes communautaires de distribution des ARV.
Effet 2.3 : d'ici 2027, 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes Séropositives au VIH, à la Syphilis, à l'Hépatite B et C reçoivent les traitements contre le VIH, antirétroviral, la Syphilis et Hépatite B et C pour tendre vers la triple élimination.	**Produit 2.3.1 :** 95% des femmes enceintes ont accès aux services de conseil dépistage VIH, Syphilis/autres IST, Hépatite B et C en SPN, CPoN et SMI.	- **Stratégie 1** : Renforcement et extension des sites PTME et des capacités techniques du personnel de santé par les formations. - **Stratégie 2 :** Intégration du dépistage du VIH, syphilis et hépatite B et C des femmes enceintes et allaitantes dans les services de soins prénatals, soins postnatals et suivi de croissance des nourrissons. - **Stratégie 3 :** Amélioration de l'accès des femmes enceintes, les femmes allaitantes aux services de SPN et CPoN et de l'utilisation de ces services, à travers des activités de sensibilisation dans les communautés adresses aux femmes et hommes.
	Produit 2.3.2 : 95% des femmes enceintes VIH+, positives pour la Syphilis et/ou l'hépatite B /C, ont accès aux traitements adéquats pour réduire le risque de transmission des trois maladies à l'enfant.	- **Stratégie 1 :** Soutien intensif à l'observance pour les femmes enceintes sous TAR en utilisant des modèles d'observance efficaces au niveau aussi bien des établissements de santé que de la communauté (lien entre le service de dépistage et le service de traitement, clubs de femmes et mères). - **Stratégie 2 :** Mise à échelle de la mesure de la charge virale pour les femmes enceintes séropositives et allaitantes y compris les PS enceintes, du dépistage précoce par PCR pour les nouveau-nés et nourrissons, ainsi que l'organisation d'un réseau des structures de santé autour du laboratoire de référence décentralisé (renforcement de la charge virale et du suivi biologique) dans les formations sanitaires et dans les communautés (soutien et suivi par les associations et clubs de mères). - **Stratégie 3 :** L'amélioration de l'accès à la prophylaxie renforcée chez les nouveau-nés, notamment dans les cas où la charge virale de la mère reste élevée, par la formation des agents de santé et communautaires et la dotation en intrants appropriés.. - **Stratégie 4** : Utilisation des GenXpert et PoC pour la mesure de la CV chez les femmes enceintes et enfants sous TAR, et le diagnostic précoce du VIH chez le nouveau-né et le nourrisson exposé
	Produit 2.3.3 : 50% des conjoints des femmes enceintes	- **Stratégie 1 :** Notification assistée par le personnel médical et/ou communautaire.

	ont accès aux services de conseil dépistage pour VIH, Syphilis/autres IST et Hépatite B/C.	- **Stratégie 2 :** Renforcement des mesures d'incitation des conjoints par exemple exemption des frais de consultation et de ceux du bilan prénatal, offre d'un paquet de services gratuits (sérologie VIH, syphilis, hépatite B/C, glycémie, bilan rénal et TA etc.). - **Stratégie 3 :** Offre de l'autotest VIH lors des SPN afin d'atteindre les partenaires.
Effet 2.4 : d'ici 2027, **, 95% des mères Séropositives au VIH, et/ou à la Syphilis, et/ou à l'Hépatite B/C** leurs enfants et leurs conjoints bénéficient de soins, soutiens et traitements adéquats (dont soins post-natals) **et ont une charge virale supprimée pour le VIH.**	**Produit 2.4.1 :** 95% des enfants exposés ont bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale, de la prévention de l'Hépatite B à la naissance et le traitement de la syphilis le cas échéant pour ces deux dernières maladies.	- **Stratégie 1 :** Renforcement/recyclage du personnel travaillant dans les maternités et SMI des FOSAs-PTME, sur l'élimination de la triple infection. - **Stratégie 2** : Dotation régulière et disponibilité permanente en intrants et consommables médicaux pour des accouchements propres (à moindre risque), la prophylaxie ARV du nouveau-né, la vaccination contre l'hépatite B à la naissance si la mère est porteuse de l'AgHBs, le dépistage et le traitement de la syphilis néonatale le cas échéant. - **Stratégie 3 :** Promotion de l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation adéquate de l'enfant et la prophylaxie antirétrovirale, par les associations communautaires, les groupes de soutien à la PTME et les clubs des mères.
	Produit 2.4.2 : 95% des enfants exposés ont bénéficié d'un test de dépistage précoce (PCR1).	- **Stratégie 1** : Intégration du diagnostic précoce du VIH par PCR chez le nourrisson né de mère VIH+, dans les services de maternité, CPoN, PF, de nutrition, de suivi de la croissance, de vaccination ou de la Tuberculose. - **Stratégie 2 :** Renforcement des sites PTME en appareil (GenXpert ; et autres Points of Care) avec la maintenance, et en intrants pour le diagnostic virologique précoce de l'infection à VIH. - **Stratégie 3 :** Renforcement du dépistage des enfants exposés après le 12ème mois de vie (PCR 2 après le sevrage et avant 18 mois de vie) . - **Stratégie 4 :** Mise en place/renforcement de transport des échantillons (sang total ou DBS) vers les sites de PCR et retours rapides des résultats par le canal de supports électroniques ou informatiques. - **Stratégie 5 :** Appui aux associations/relais communautaires et aux groupes de soutien à la PTME, et au dispositif de santé numérique/TIC, pour de larges sensibilisations des femmes enceintes et des communautés, à l'intérêt d'une bonne observance des traitements ARV >95% (enfant non contaminé, mère en bonne santé et conjoint sain non contaminé).

	Produit 2.4.3 : 100% des conjoints dépistés positifs pour le VIH, et/ou la Syphilis et/ou l'hépatite B/C, bénéficient des traitements adéquats.	**Stratégie 1 :** Promotion de la notification assistée des partenaires des femmes VIH+ et/ou positives pour la Syphilis et/ou positives pour l'Hépatite B/C aux SPN. **Stratégie 2 :** Renforcement des mesures d'incitation des conjoints (exemption des frais de consultation et ceux du bilan prénatal, offre d'un paquet de services gratuits ou à coûts réduits (sérologie VIH, test syphilis et hépatite B/C, glycémie, bilan rénal et Pression artérielle etc...). **Stratégie 3 :** Promotion de l'autotest VIH, du dépistage de la Syphilis/autres IST et Hépatite B/C aux SPN, PF, dans les associations communautaires et lors des services VIH différenciés démédicalisés encadrées.
	Produit 2.4.4 : 90% des mères vivant avec le VIH+ et des enfants infectés par le VIH mis sous TARV sont retenus dans la file active à 12 mois après le début du traitement.	- **Stratégie 1 :** Intensification de l'accompagnement psychosocial (Consultation d'observance, Education thérapeutique, Groupes de parole, soutiens alimentaires…) et du continuum de soins (visites à domicile, recherche des patients en retard de rendez-vous pour TAR et par les associations/relais communautaires, les clubs PTME. - **Stratégie 2 :** Mise en place d'un système de rappel par téléphonie mobile, TIC, dispositif de santé numérique, ou en utilisant les relais communautaires après consentement des patientes concernées. - **Stratégie 3 :** Organisation du monitorage amélioré pour action dans le cadre de la PTME et évaluation des sept indicateurs d'alerte précoce de la résistance du VIH aux ARV, dans les centres PTME et de prise en charge pédiatrique de l'infection VIH - **Stratégie 4 :** Promouvoir le partage du statut dans la famille (notification assistée du conjoint, dépistage des autres enfants).
	Produit 2.4.5 : 90% des femmes positives pour le VIH et/ou la Syphilis et/ou l'Hépatite B/C, leurs conjoints et enfants exposés au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B/C en besoins d'assistance, bénéficient des soins et soutiens appropriés, conformément aux mandats des Institutions publiques et privées,	- **- Stratégie 1** : Mise en place/opérationnalisation dans chaque district sanitaire, d'un cadre de concertation et de coordination (Task force) des interventions des Institutions publiques et privées, des ONG Internationales ou nationales et des associations communautaires. - **Stratégie 2** : Organisation d'une évaluation des besoins socio-sanitaires, scolaires et psychologiques, ainsi que des modalités de réponse dans chaque commune, avec l'appui du cadre de concertation et de coordination des interventions du District sanitaire. - **Stratégie 3** : Appuis aux ONG nationales et associations communautaires compétentes de chaque commune, selon leurs mandats respectifs, pour assurer aux familles des femmes enceintes infectées par le VIH (les femmes elles même, leurs conjoints et enfants respectifs), les soutiens dont ils sont en besoin : Soins de santé, soutiens

	des ONG et des initiatives communautaires.	alimentaires, soutiens à la scolarité des enfants, médiation social/familial, soutien psychosocial). - **Stratégie 4** : Opérationnalisation et suivi dynamique des soutiens des ONG nationales et associations communautaires aux familles des femmes enceintes infectées par le VIH (Référence et contre-référence des femmes enceintes VIH+ avec leurs conjoints et enfants identifiés par enquêtes sociales, des FOSAs vers les ONG et associations vis-versa, selon les besoins spécifiques ; Monitorage régulier (semestriel) des activités des ONG et associations communautaires, avec restitution des résultats en présence des représentants des bénéficiaires).
Impact 3 : Le nombre de décès dus au sida est réduit de 50,0% passant de 2 600 à 1 300 d'ici à 2027.		
EFFETS	**PRODUITS**	**STRATEGIES**
Effet 3.1 : d'ici 2027, 95% des patients éligibles au dépistage ciblés dans les formations sanitaires (publiques et privées) sont dépistés.	**Produit 3.1.1 :** 95% des patients éligibles au dépistage ciblé sont dépistés. (Patients hospitalisés, malnutris, tubercule, IST, hépatite, VBG, autres patients symptomatiques etc…).	**- Stratège 1 :** Promotion des services de dépistage VIH (SDV) différenciées dans les formations sanitaires, avec l'appui des Communautaires. - Stratégie 2 : Subvention des tests de dépistage VIH ciblé, ainsi que le diagnostic de la syphilis/autres IST, l'Hépatite B/C. **- Stratégie 3 :** Renforcement du soutien psychologique aux personnes dépistées positives (Accompagnement à vivre positivement avec le VIH, établissement par le patient d'un plan de réduction de risque de surcontamination et de transmission du VIH, Syphilis/autres IST et Hépatite à ses partenaires sexuels, adhésion au démarrage rapide du traitement antirétroviral, Groupe de parole pour partage d'expériences avec les pairs, éducation thérapeutique /compréhension des mesures de prévention.
	Produit 3.1.2 : 100% des PVVIH suivies dans les FOSA font l'objet d'un dépistage cas index (partenaires, enfants).	- **Stratégie 1** : Promotion de l'appui communautaire aux FOSA pour le dépistage à partir des cas index. (Sensibilisation, dépistage dans les FOSA et dans la famille et aux partenaires). - **Stratégie 2** : Renforcement du soutien psychologique aux enfants et adolescents dépistés positifs (Accompagnement avec l'appui de l'association « E Bata Guigui » à vivre positivement avec le « microbe »; établissement par l'adolescent informé, d'un plan de réduction de risque de surcontamination et de transmission du VIH, Syphilis/autres IST et Hépatite à ses partenaires sexuels, adhésion au démarrage rapide du traitement contre le « microbe », Groupe de parole pour partage d'expériences avec les pairs du même groupe d'âge, éducation thérapeutique /compréhension des mesures de prévention.

		- Stratégie 3 : Soutien aux familles des PVVIH dans le cadre de la prise en charge globale, pour favoriser le dépistage familial (Référence et contre référence des patients, leurs conjoints et enfants, par les FOSA vers les ONG et associations communautaires et vis-versa, pour les appuis spécifiques dont ils pourraient avoir besoin après enquêtes sociales : soutien psychologique, alimentaire, scolaire, soins de santé, soutien juridique etc…)
Effet 3.2 : d'ici 2027, 95% des PVVIH bénéficient d'une prise en charge de qualité.	**Produit 3.2.1 :**95% des FOSA (hôpitaux et centre de santé) offrent des soins et traitement antirétroviral adulte et pédiatrique de qualité, prenant en compte la Syphilis/autres IST, l'hépatite B/C et autres comorbidités.	- **Stratégie 1 :** Création des réseaux des unités de prise en charge des adultes et enfants (UPEC) tout autour des 35 hôpitaux de districts. - **Stratégie 2 :** Renforcement et extension des soins différenciés : ARV, traitements de la Syphilis/autres IST, Hépatite B/C et autres comorbidités lors des cliniques mobiles (Populations clés, Dépistage et traitement rapide, espacement des rendez-vous, adaptation des jours et horaires de travail en fonction du profil des patients, distribution communautaire des ARV, mise en place des groupes communautaires ARV et pharmacie de dispensation rapide, délégation des tâches). - **Stratégie 3 :** Renforcement et extension de la délivrance différenciée des ARV (espacement des rendez-vous, adaptation des jours et horaires de travail en fonction du profil des patients, distribution communautaire des ARV, mise en place des groupes communautaires ARV et pharmacie de dispensation rapide, délégation des tâches / dispensation dans les Postes de santé pour les patients répertoriés dans la localité). . - **Stratégie 4 :** Renforcement de la prise en charge psychosociale (observance, éducation thérapeutique, groupe de parole), nutritionnelle et du continuum des soins (médiateurs communautaires pour visites à domicile (VAD), recherche des patients en retard de rendez-vous TAR et bilan de suivi). - **Stratégie 5 :** Renforcement et décentralisation (Dépôt Central ; dépôts régionaux des médicaments et autres intrants) de la chaîne d'approvisionnement et de stockage sécurisé des médicaments et autres intrants pour la prise en charge des PVVIH. - **Stratégie 6 :** Renforcement et extension de la collaboration de l'observatoire de l'accès aux traitements (TAW-RCA) avec les formations sanitaires et les instances de décision.
	Produit 3.2.2 : 95% des sites de traitement assurent la prise en charge des infections opportunistes et des autres comorbidités (Tuberculose, hépatites virales B et C, cancer du col de l'utérus, cancer du	- **Stratégie 1:** Renforcement des activités de collaboration TB-VIH à tous les niveaux - **Stratégie 2:** Renforcement des capacités des FOSA pour le diagnostic et la prise en charge des hépatites virales B et C, et du cancer du col de l'utérus et ano-rectal chez HSH, maladies métaboliques et cardiovasculaires. - **Stratégie 3:** Renforcement des capacités des hôpitaux pour le diagnostic et la prise en charge des PVVIH au stade VIH avancé (disponibilité permanente de CrAg, TB-LAM, Accès rapide au diagnostic moléculaire de la tuberculose (GeneXpert), mesure rapide du taux de CD4 aux

	canal anal ; maladies métaboliques et cardiovasculaires)	nouveaux patients enrôlés, aux patients en échec de TAR et ceux perdus de vue qui reviennent dans la file active; dotation en médicaments pour la prévention et le traitement des maladies opportunistes ou intercurrentes majeures)
	Produit 3.2.3 : 100% des sites de PEC dans les zones d'insécurité/conflit et/ou d'accès difficile offrent un paquet de services minimum aux PVVIH	- **Stratégie 1 :** Définir un paquet minimum pour les zones d'insécurité/conflits (suivi de la disponibilité des intrants dans ces zones, renforcement des agents communautaires, flexibilité administratives et financières… - **Stratégie 2 :** Identifier un SR FM point focal pour faire le lien avec les autres acteurs humanitaires - **Stratégie 3** : Renforcer/accélérer la mise en œuvre des modèles différenciés (ravitaillement 6 mois, PODI, CAG, soutien psychologique des patients et la recherche des retards de RDV/PDV par les ASC - **Stratégie 4 :** Mettre en place dans les DS concernés, un plan de réaction en cas de violences
Effet 3.3 D'ici 2027, 95% des PVVIH sous ARV ont une charge virale VIH supprimée.	**Produit 3.3.1** : 100% des PVVIH sous ARV (adultes et enfants), ont réalisé la mesure de la charge virale VIH à la périodicité attendue.	- **Stratégie 1 :** Renforcement de la disponibilité de plateforme/Point of care pour la charge virale et extension du circuit d'accès de toutes les PVVIH sous TAR, au contrôle virologique VIH (stratégie avancée avec Point of care/transports d'échantillons avec prélèvements groupés). - **Stratégie 2 :** Réduction des barrières à l'accès aux services : Application de la suppression des frais de consultation médicale et d'hospitalisation pour les PVVIH, Prélèvements groupés pour la charge virale ou le Génotypage VIH lors du rendez-vous TAR. - **Stratégie 3 :** Organisation dans chaque site de prise en charge et chaque groupe thérapeutique communautaire, du monitoring (Tableau de bord pour le suivi) des patients adultes dont femmes enceintes, et enfants sous traitements ARV et de leurs charges virales VIH aux périodicités recommandées/Directives nationales.
	Produit 3.3.2 : 50% des sites de PEC des PVVIH au niveau central et décentralisé, appliquent le dispositif respectif de surveillance de la pharmaco-résistance du VIH aux antirétroviraux et la pharmacovigilance.	- **Stratégie 1 :** Renforcement et extension du test de génotypage VIH pour les PVVIH en échec de traitement antirétroviral. - **Stratégie 2 :** Renforcement et extension de la surveillance régulière des indicateurs d'alerte précoce de la résistance aux ARV (IAP) dans tous les sites de prise en charge. - **Stratégie 3 :** Opérationnalisation du dispositif national de surveillance de la pharmaco-résistance et de la pharmacovigilance des antirétroviraux.

Résultat 1 : Les obstacles qui entravent les droits humains, le genre et l'accès aux soins sont levés d'ici l'horizon 2027.		
EFFETS	**PRODUITS**	**STRATEGIES/INTERVENTIONS**
Résultat1.1 : L'environnement social et juridique protège effectivement les PVVIH, les adolescents vivants avec le VIH, les jeunes, les populations clés et les populations vulnérables.	**Produit 1.1.1 :** 100% des dispositifs juridiques et règlementations nationales existants et les conventions internationales dûment ratifiées sont utilisés en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables.	- **Stratégie 1** : Dissémination de la loi n 22-016 relative au VIH et au Sida en République Centrafricaine promulguée le 18 novembre 2022 - **Stratégie 2 :** Intensification de la communication sur la charte sur la qualité des soins et les droits des patients - **Stratégie 3** Développement d'un mécanisme de suivi de l'application de la charte sur la qualité des soins, les droits des patients et de la loi n 22-016 relative au VIH et au Sida en République Centrafricaine promulguée le 18 novembre 2022. - **Stratégie 4** : Renforcement de capacités des prestataires de services (personnel de santé, auxiliaires de justice, forces de l'ordre) sur les textes juridiques en vigueur, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et des populations clés. - **Stratégie 5** : Mobilisation des pairs et des groupes de soutien VIH et populations clés pour la promotion de la santé et la non-discrimination et non-stigmatisation. - **Stratégie 6 :** Elaboration et la signature des décrets d'application de la loi n 22-016 relative au VIH et au Sida en République Centrafricaine
	Produit 1.1.2 : 80% des PVVIH, des populations clés et des populations vulnérables qui sont dans le besoin bénéficient des services de recours et de protection relatifs aux droits humains d'ici fin 2027.	- **Stratégie 1 :** Renforcement des capacités des structures pour l'offre des services juridiques. - **Stratégie 2 :** Promotion de l'offre de service de protection aux PVVIH, aux populations clés, aux populations vulnérables et aux victimes des VBG. - **Stratégie 3 :** Mise en place d'une plateforme avec les organisations de la société civile, les organisations des populations clés et les organisations à base communautaire pour le suivi des plaintes transmises aux juridictions. - **Stratégie 4 :** Éducation juridique « Connaissez vos droits ». - **Stratégie 5 :** Renforcement des Observatoires Communautaires sur le VIH et les droits humains. - **Stratégie 6 :** Renforcement de l'accompagnement juridique et judiciaire des PVVIH, populations clés et vulnérables victimes des violations de leurs droits. - **Stratégie 7 :** Rendre accessible les services juridiques liés au VIH et à la coïnfection VIH/TB.

	Produit 1.1.3 : 80% des programmes de lutte contre le VIH intègrent le genre.	- **Stratégie 1 :** Plaidoyer pour la prise en compte du volet genre et VIH dans les projets et programmes y compris les urgences. - **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des acteurs sur le genre. - **Stratégie 3 :** Renforcement de la prévention des violences basées sur le genre à l'endroit des femmes, des filles dans toute leur diversité et les populations clés en lien avec le VIH. - **Stratégie 4 :** Extension de l'appui à l'Unité Mixte et d'Intervention Rapide pour la Répression des violences sexuelles (UMIRR) (jusqu'au niveau décentralisé). - **Stratégie 5 : L**'implication des leaders traditionnels et religieux dans la mise en œuvre des programmes relatifs au genre
Résultat 1.2 : D'ici 2027, 50% des cas de stigmatisation et de violences basées sur le genre sont réduits.	**Produit 1.2.1 :** 50% des PVVIH ont accès à des services et soins de santé sans faire l'objet de stigmatisation ni de discrimination.	- **Stratégie 1 :** Définition d'un paquet d'interventions pour agir sur les facteurs de blocage de l'accès aux services, incluant l'appui social, la lutte contre la discrimination, la stigmatisation et la protection des droits humains. - **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des acteurs intervenants dans l'offre de services psychosociaux et de soins sur les droits des PVVIH et des populations clés. - **Stratégie 3 :** Mobilisation des leaders religieux, communautaires influents et les tradipraticiens, les médias traditionnels et les nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication sur la non-discrimination à travers la plateforme zéro discrimination. - **Stratégie 4** : Utilisation de la « plateforme nationale zéro-discrimination » comme mécanisme programmatique de réponses aux crises afin de lutter contre les violences basées sur le genre, les abus à l'égard des PVVIH, des patients et des populations clés. - **Stratégie 5** : Renforcement et extension du mécanisme de veille communautaire sur les droits des patients. - **Stratégie 6** : Révision du curriculum de formation des agents de santé pour renforcer les notions d'éthique et intégrer les aspects droits humains, genre et lutte contre la stigmatisation et la discrimination. - **Stratégie 7 :** Communication sur les maladies (VIH, tuberculose, paludisme) et l'utilisation des services disponibles (les médias traditionnels et les nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication)
	Produit 1.2.2 : Au moins 50% de PVVIH et des populations clés dans le besoin connaissent leurs droits et ont accès à des services juridiques.	- **Stratégie 1 :** Renforcement des capacités des PVVIH, des populations clés et vulnérables sur leurs droits à la non-stigmatisation et non-discrimination. - **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités des structures communautaires dans l'accompagnement juridique des PVVIH et des populations clés dans le besoin. - **Stratégie 3 :** Rendre accessible les services juridiques liés au VIH et à la coïnfection VIH/TB.

		- **Stratégie 4 :** Renforcement et extension des programmes des para-juristes pour une meilleure éducation juridique.
Résultat 1.3 : 70% des PVVIH, des populations clés et vulnérables suivies, dans le besoin, ont accès aux soins et bénéficient du paquet de services adaptés.	**Produit 1.3.1. :** 70% des centres référents offrent des services d'appui psychologique, social et juridique pour les PVVIH, les populations clés et les populations vulnérables.	- **Stratégie 1 :** Renforcement des mesures d'accompagnement psychologique, social et juridique des PVVIH (enfants et adultes) sous ARV dans les centres de référence et des populations clés. - **Stratégie 2 :** Renforcement de programmes nationaux de protection sociale pour l'accès des PVVIH, populations clés et des personnes affectées. - **Stratégie 3 :** Renforcement des capacités des acteurs intervenants dans la protection sociale et le soutien des PVVIH et des populations clés et vulnérables. - **Stratégie 4 :** Promotion de centres d'écoute et de conseil juridique.
	Produit 1.3.2 : 70% des PVVIH en situation de vulnérabilité accèdent aux mécanismes nationaux de protection sociale et de renforcement économique.	- **Stratégie 1 :** Mise en œuvre d'un paquet minimum de prestations pour l'amélioration de la situation socio-économique des PVVIH et des populations clés nécessiteuses. - **Stratégie 2 :** Mise en œuvre du programme de prise en charge sociale des PVVIH, des populations clés et vulnérables. - **Stratégie 3 :** Mise en place et renforcement des «Drop in centers » pour les populations clés. - **Stratégie 4 :** Renforcement de la couverture des besoins des PVVIH, des populations clés, des populations vulnérables et des personnes affectées par le VIH dans les mécanismes de protection sociale (filets sociaux, assurance maladie universelle, ...). **- Stratégie 5** : Réduction de la discrimination fondée sur le genre, des normes de genre nocives et de la violence faite a l'égard des femmes et les filles dans toute leur diversité, en lien avec le VIH.
	Produit 1.3.3 : 70% des PVVIH des populations déplacées internes, des populations autochtones des zones de crise, des populations des zones d'accueil et des réfugiés reçoivent un paquet de services d'appui psychologique et social adapté.	- **Stratégie 1 :** Mise en œuvre de l'appui psychologique et social au profit des PVVIH vulnérables des populations PDI, réfugiés, autochtones avec les acteurs communautaires. - **Stratégie2 :** Mise en œuvre et passage à l'échelle des services par les acteurs communautaires. - **Stratégie 3 :** Intensification de la communication pour le changement de comportements.

	Produit 1.3.4 : 70% des enfants et adolescents vivant avec le VIH, ainsi que des OEV du fait du VIH bénéficient d'une prise en charge intégrée (santé, éducation, formation professionnelle, protection, soutien alimentaire et économique).	- **Stratégie 1 :** Renforcement de l'autonomisation des OEV par la formation et l'appui à l'installation. - **Stratégie 2 :** Mise en place de la prise en charge intégrée des OEV dans le besoin dans un environnement adapté aux enfants et adolescents dans les centres de convivialités. - **Stratégie 3 :** Renforcement des capacités des acteurs, dans la prise en charge intégrée des OEV.

Résultat transversal 2 : La coordination, le leadership et la redevabilité pour la réponse sont performants, les financements sont durables et le système communautaire est renforcé.

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
Résultat 2.1 : la coordination centrale et décentralisée, le leadership et la redevabilité pour la réponse dans tous les secteurs y compris le niveau communautaire sont affirmées tout au long de la mise en œuvre du PSN.	**Produit 2.1.1** : D'ici fin 2027, la capacité en ressources humaines de la CN/CNLS et de ses structures décentralisées sont renforcées.	**Stratégie 1 :** Plaidoyer auprès des responsables politico-administratifs en vue d'inscrire le montant nécessaire au remplacement du personnel ayant quitté la CN/CNLS, au recrutement de personnel supplémentaire et au renforcement des capacités institutionnelles de la CN/CNLS et de ses structures décentralisées dans le Budget de l'Etat. **Stratégie 2 :** Plaidoyer auprès des institutions de l'état pour l'affectation du personnel dans les structures décentralisées de la CN/CNLS (surtout les ETP) et le renforcement de leurs capacités.
	Produit 2.1.2 : Les capacités en équipements, en moyens matériels et logistiques de la CN/CNLS et des structures décentralisées y compris les organisations de la Société civile sont renforcées d'ici 2027.	**Stratégie 1 :** Renforcement des capacités logistiques de la CN/CNLS **Stratégie2 :** Renforcement des capacités logistiques des sectoriels (Coordination Tripartite, Ministères,). **Stratégie 3 :** Redynamisation des ETP/ETB à travers un appui financier et administratif. **Stratégie 4 :** Recherche des sources innovantes de financement pour le renforcement des capacités des structures. **Stratégie 5 :** Renforcement des capacités logistiques et matérielles des OSC (Organe faitière).
	Produit 2.1.3 : D'ici fin 2027, les 2 cadres de concertation au	**Stratégie 1 :** Mobilisation des ressources pour l'opérationnalisation des cadres de concertation au niveau central et décentralisé.

	niveau central (CNLS et forum des partenaires) et dans les 20 préfectures au niveau décentralisé se réunissent régulièrement.	**Stratégie 2 :** Mobilisation des structures et cadres de concertation pour les AG, les réunions périodiques, etc ;
	Produit 2.1.4 : D'ici fin 2027 le cadre de concertation de secteur public, privé, y compris le secteur de la société civile sont redynamisés et fonctionnels.	**Stratégie 1 :** Révision des textes mettant en place les structures (Mise en application des dispositifs opérationnels (rôles et responsabilités actualisés) relatifs au cadrage sectoriel dans la mise en œuvre du PSN). **Stratégie 2 :** Renforcement des capacités en ressources humaines, matérielles et financières des secteurs (Public, privé et OSC) dans la lutte contre le VIH et le SIDA.
	Produit 2.1.5:D'ici 2027, au moins 90% des organisations communautaires partenaires développent des activités communautaires intégrant les 3 maladies.	**Stratégie 1 :** Mise en place d'un dispositif garantissant aux organisations communautaires d'accéder au financement mobilisé pour la lutte contre les trois maladies. **Stratégie 2 :** Décentralisation des interventions communautaires en vue d'accroitre la couverture au regard des besoins.
	Produit 2.1.6 : Au moins 90% des organisations communautaires renforcées rendent compte de manière périodique des actions développées dans la communauté en collaboration avec les structures sanitaires.	**Stratégie 1 :** Mise en place d'un cadre de collaboration et de Suivi/Evaluation des interventions de la riposte contre le VIH/Sida par les Organisations de la Société Civile en lien avec le secteur public et le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). **Stratégie 2 :** Renforcement des Observatoires Communautaires VIH pour la redevabilité et le plaidoyer.
Résultat 2.2 : D'ici fin 2027, au moins 75% des ressources	**Produit 2.2.1** D'ici 2027, l'État alloue au moins 10% du budget sante à la réponse nationale au VIH et au Sida (et TB).	**Stratégie1 :** Plaidoyer en direction du Gouvernement pour la mobilisation des ressources financières supplémentaires, le décaissement effectif des ressources affectées aux secteurs. **Stratégie2 :** Renforcement de financement existant par la mobilisation d'autres bailleurs.

prévues pour la lutte contre le sida sont mobilisées et assurées dans le cadre de la durabilité du financement du PSN 2023-2027 est assurée.	**Produit 2.2.2 :** D'ici 2027, les PTF, le secteur privé et les collectivités locales augmentent de 50% leurs ressources financières pour la lutte contre le VIH et le SIDA.	**Stratégie 1 :** Mobilisation des ressources aux niveaux national et local chez les PTF et le secteur privé. **Stratégie 2** : Encourager l'engagement de nouveaux partenaires et développer une conjugaison des financements. **Stratégie 3** : Plaidoyer auprès des Organisations du Système des Nations Unies pour la mobilisation des ressources au niveau international
Résultat 2.3 : Le système de Suivi et Evaluation est opérationnel et intègre les informations stratégiques y compris en situation d'urgence.	**Produit 2 .3.1 :**100% des secteurs de la riposte nationale transmettent régulièrement les données de la lutte contre le sida dans le cadre de la mise en œuvre de PSN 2023-2027 et du plan de contingence.	**Stratégie 1 :** Renforcement des capacités des structures chargées de la gestion des données à tous les niveaux en équipement (logiciel, outils informatiques, matériels de communication, moyens roulants, fournitures de bureau etc.…). **Stratégie 2 :** Renforcement de la qualité des données à tous les niveaux (supervision et audit des données, …) ; **Stratégie 3** : Développement d'un cadre intégrateur du système de S&E au niveau central, décentralisé et au niveau communautaire **Strategie4** : Développement et installation d'une application de suivi des cas centrés sur la personne (dossier individuel des patients) aux niveaux central et décentralisé (FOSA, DS et RS) **Strategie5** : Renforcement du système de collecte et de gestion des données communautaires sur les IST et le VIH/sida
	Produit 2.3.2 : 100% des études/enquêtes opérationnelles programmées sont réalisées afin de soutenir les interventions du PSN par les évidences.	**Stratégie 1** : Mobilisation des ressources pour la réalisation des études/ enquêtes **Stratégie 2 :** Renfoncement et diffusion de la Recherche opérationnelle en collaboration avec certaines structures de recherches sur le VIH, IST et Hépatites

Résultat 2.4 : La réponse au VIH est réactive en cas de crise et situation d'urgence.	**Produit 2.4.1 :** En cas de crise, 100% des plans de contingence sont élaborés et mis en œuvre annuellement.	**Stratégie 1 :** Mise en œuvre d'un Plan de Contingence au profit des zones en conflit. **Stratégie 2 :** Mise en œuvre d'un Plan de Contingence VIH/COVID-19. **Stratégie 3** : Mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des plans de contingence au niveau central, décentralisé et au niveau communautaire.

Cadre institutionnel et organisationnel de la lutte contre le VIH en RCA

La définition et la mise en œuvre d'un cadre institutionnel et organisationnel performant et adapté aux valeurs et principes universels suppose une approche axée sur les résultats et l'adoption de principes directeurs.
Seul un cadre institutionnel et organisationnel fiable et adapté au contexte des pandémies et des crises conforte les trois principes de l'ONUSIDA[83] pour une lutte efficace contre le VIH/SIDA, à savoir :

- Un seul cadre d'action contre le VIH/sida dans lequel s'intègre la coordination des activités de tous les partenaires.
- Un seul organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA à représentation large et multisectorielle.
- Un seul système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays.

La mise en œuvre d'un cadre institutionnel et organisationnel doit se fondée sur le principe de la redevabilité, il est important de noter que les rôles, fonctions et responsabilités de chaque intervenant doivent être clairement définis n'ont pas seulement pour la mise en œuvre, mais aussi pour un meilleur aboutissement termes de résultats concrets dans le domaine.
Le nécessaire consensus sur la division du travail aux différents niveaux amènent les parties prenantes à exercer ces rôles aussi bien au niveau du secteur public qu'au sein des organisations de la société civile et du secteur privé.
Le résultat 2 préconisé dans le PSN VIH 2023-2027 est transversal et vise à ce que la coordination, le leadership et la redevabilité pour la réponse soient performants, les financements soient durables et le système communautaire soit renforcé.

Interactions entre les différents acteurs de la lutte contre le VIH et le SIDA

Actuellement, le cadre institutionnel souffre moins d'une absence de mécanismes que de l'application des mesures opérationnelles en fonction des missions et rôles confiés aux différents acteurs.
Or, la communauté internationale s'est résolument orientée vers l'élimination du VIH/sida à l'horizon 2030 avec l'introduction de la stratégie accélérée de lutte contre le VIH et le sida, le repositionnement des interventions vers les communautés à la base et une meilleure maitrise de l'épidémie au niveau des grands pôles de développement socio-économique qui concentrent également les populations vulnérables et les populations clés à haute prévalence du VIH.
Les approches préconisées pour les organes de coordination du PSN-VIH 2023-2027 sont basées sur le principe d'une séparation nette des fonctions suivantes :

- Fonction d'orientation, de décision et de contrôle
- Fonction de coordination et de suivi
- Fonction de mise en œuvre y compris l'appui à la mise en œuvre.

Dès lors, il importe que les rôles et les responsabilités de chaque intervenant soient clairement définis, pas seulement pour la mise en œuvre, mais aussi en termes de résultats. Cela suppose la recherche de consensus sur la division du travail aux

[83] Principes adoptés par les pays et les partenaires lors de la Conférence internationale sur le SIDA et les IST en Afrique (ICASA) en septembre 2003 à Nairobi (Kenya).

différents niveaux de prise de décisions et d'exécution des actions de lutte contre le VIH et le Sida.
La réussite de la mise en œuvre du PSN-VIH 2023-2027 dépend d'une meilleure gouvernance interne et externe des structures et institutions de gestion politique et technique du VIH. Elle dépend aussi de l'établissement de mécanismes de gestion transparente et efficiente des ressources (financières, humaines, techniques et matérielles) disponibles impliquant une structuration des relations de partenariat/collaboration entre les différentes parties prenantes des secteurs publics et privés ainsi que des organisations internationales et locales engagées dans la lutte contre le VIH.
Pour gagner ce pari, il est essentiel que le partenariat soit établi tant entre les secteurs public, privé, les partenaires techniques et financiers ainsi qu'entre les organisations de la société civile pour une riposte conséquente au VIH.
Ainsi, les rôles et les responsabilités de chaque acteur sont définis comme suit :

Au niveau du secteur public

L'organisation de la riposte se fait dans un cadre multisectoriel impliquant de multiples acteurs qui doivent travailler sous la coordination du CNLS à travers le CN/CNLS et ses différentes représentations au niveau des préfectures (ETP). Si ces structures ont connu des difficultés de fonctionnement dues à des situations diverses ; l'alignement des partenaires sous l'égide de l'autorité nationale, la multisectorialité et la décentralisation des interventions pour une meilleure couverture des besoins seront de nature à permettre l'atteinte des résultats tant au niveau des impacts édictés, mais aussi des effets et des produits du PSN VIH 2023-2027.

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS)

Le CNLS a été mis en place par Décret N° 01.32 du 26 janvier 2001. Ce décret a été modifié une première fois en 2002 (Décret N° 02.274 du 29 novembre 2002) puis une seconde fois en 2010 (Décret N°10.358 du 31 décembre 2010). Placé sous l'autorité du Président de la République, Chef de l'Etat, Président du CNLS et sur le plan technique, rattaché au Cabinet du Premier Ministre, Chef du Gouvernement, Premier Vice-Président du CNLS, le CNLS travaille en collaboration avec les représentants du Gouvernement, de la société civile et des partenaires au développement. Il est l'organe multisectoriel et pluridisciplinaire de coordination et d'orientation de la lutte contre le VIH et le Sida en RCA. Le CNLS dispose de quatre (04) organes dont deux (02) organes d'orientation et de décision et deux (02) organes d'exécution.

- **Organes d'organisation et décision**
  - ✓ L'Assemblée Générale ;
  - ✓ Le Bureau du CNLS ;
- **Organes d'exécution**
  - ✓ La Coordination Nationale ;
  - ✓ Les structures de base.

Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida (CN/CNLS)

La Coordination Nationale du CNLS est l'organe technique permanent du CNLS. Elle a pour mission d'assurer la coordination et le suivi-évaluation des activités relatives à la lutte contre le VIH et le Sida. Elle est dotée d'une coordination nationale et des coordinations préfectorales qui assurent la coordination décentralisée.

Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida (CPLS) et le Comité de Bangui de Lutte contre le Sida (CBLS)

Le CPLS et le CBLS constituent les démembrements du CNLS au niveau des préfectures et de la ville de Bangui. Ils ont été mis en place par Arrêté N°002.042 du 26 décembre 2000 signé par le Premier Ministre, Premier Vice-Président du CNLS.

Le Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida (CPLS), placé sous l'autorité du préfet est l'organe décentralisé de pilotage de la lutte contre le VIH. Les CPLS comprennent chacun les organes suivants :

- L'Assemblée Générale ;
- Le Bureau du CPLS ;
- L'équipe technique préfectorale (ETP) ;
- Les structures de base.

Les ETP appuient les ONG/OAC dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans d'action, donnent un avis technique sur les actions et les programmes à mener pour la lutte contre le VIH, rendent compte au préfet de l'avancement du programme multisectoriel, conseillent le préfet sur les stratégies de lutte contre le VIH, collectent et transmettent les données programmatiques et financières à la CN/CNLS.

Malgré les missions de renforcement de capacité de certaines structures, la plupart des ETP n'a pas été opérationnel durant la mise en œuvre de PSN. Les principales raisons du non-fonctionnement de ces structures sont : i) le faible engagement des autorités locales, ii) l'insécurité iii) la faiblesse de ressources humaines, matérielles et financières pour leur fonctionnement.

Ministère de la santé et de la population

Dans le cadre de lutte contre le VIH/Sida, dans un esprit d'intégration des programmes le décret N°16.0218 du mars 2018 a mis en place une Direction Générale de l'épidémiologie et de lutte contre la maladie chargée de coordonner les activités des projets et des programmes de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. Dans cet organigramme, la coordination du programme d'eTME est placée sous la Direction de la Santé Familiale et de la Population qui relève d'une autre structure qui est de la Direction Générale de la Population et des Soins de Santé Primaires.

Autres départements ministériels

En vue de la coordination des activités de lutte contre le SIDA selon une approche multisectorielle, des Comités Sectoriels de Lutte contre le SIDA ont été mises en place dans tous les départements ministériels avec pour mission de fixer les orientations relatives à la lutte contre le VIH/SIDA.

Néanmoins, dans le cadre de la lutte contre le VIH, il existe des départements clés qui devraient assurer la lutte contre le sida compte tenu des cibles identifiées comme prioritaires dans le PSN VIH 2023-2027. Ce sont les départements suivants : Ministères des mines et de la Géologie, des Eaux et Forêts Chasses et Pêches, du Plan de l'Economie et de la Coopération, et des Finances et du Budget, des Transports et de l'Aviation Civile, de l'Equipement et des Infrastructures, de la Défense Nationale, de la Jeunesse des sports, de la justice, de la sécurité, de l'Action humanitaire, de la Solidarité, du développement rural, de la promotion de la femme/enfant/famille, de l'emploi et de l'éducation nationale..

Les Cellules sectorielles au sein des différents ministères sont les bras techniques dans ces ministères, malheureusement, elles sont restées, dans leur grande majorité,

peu ou non fonctionnelles durant le début du PSN 2021-2025 par insuffisance de financement et de coaching nécessaire à une dynamique d'éradication du VIH à l'horizon 2030.

Il est donc important de sauvegarder les acquis des CSLS qui ont fonctionné et travailler en étroite collaboration avec les DRS, les ONG et les PTF intéressés à participer à la lutte contre le VIH dans leur secteur respectif sous l'égide du CN/CNLS au niveau national et des ETP au niveau régional.

Les CSLS de ces départements doivent être restructurées, dynamisées et financées pour mieux répondre aux besoins des 3x95 dans un contexte de crise et de pandémie à coronavirus.

Au niveau des organisations de la société civile

La contribution des acteurs de la société civile est essentielle dans la lutte contre le VIH surtout lorsque certaines structures étatiques ne couvrent pas l'ensemble du territoire national en matière de lutte contre le VIH.

L'implication des organisations de la société civile et des organisations communautaires dans plusieurs instances de planification stratégique et opérationnelle aussi bien au niveau central que local est indispensable. Cette implication a porté ses fruits avec les actions remarquables des acteurs principaux tels que :

- Les relais communautaires qui assurent les activités préventives et promotionnelles et les ASC qui assurent les activités de type préventif, promotionnel et curatif.
- Les Pairs Educateurs qui assurent les activités préventives et, promotionnelles ainsi qu'un continuum des soins auprès de leurs Pairs
- Pairs Navigateurs qui assurent les activités préventives et, promotionnelles auprès de leurs Pairs
- HSH et PS qui assurent les activités préventives et, promotionnelles ainsi qu'un continuum des soins auprès de leurs Pairs
- Les Pairs Educateurs adolescents et jeunes qui assurent les activités préventives et, promotionnelles auprès de leurs Pairs en milieu scolaire et extrascolaire.

A cet effet, l'Etat doit veiller à la continuité des financements gouvernementaux et procéder réellement au décaissement au financement des ONG et associations nationales à travers la diversification du partenariat et la mobilisation des ressources domestiques pour l'atteinte des résultats.

Malgré le contexte de crise et de COVID19 dans le pays, ces acteurs de la société civile apportent leur contribution à la réponse nationale, dans le cadre des financements du Fonds Mondial et d'autres partenaires (bilatéraux et multilatéraux). Néanmoins des insuffisances ont été relevées lors de la revue à mi-parcours du PSN 2021-2027. Ces insuffisances sont liées à : (1) la faible coordination des activités par les instances au niveau national, régional et local, (2) l'insuffisance d'implication des populations clés et vulnérables dans les processus de planification, (3) le financement des PTF sans référence au PSN en vigueur, (4) la verticalisation des agents de sante communautaires limitant la portée des actions, (5) la faiblesse des ressources humaines des OSC pour la mobilisation des ressources, (6) l'absence de statut et la faible motivation des agents communautaires. Dès lors, il est nécessaire que les

instances de coordination soient renforcées à tous les niveaux et que le CNLS et ses partenaires prennent des dispositions idoines pour l'efficacité et l'efficience des interventions futures dans la lutte contre le VIH et le sida.

Au niveau du Secteur privé

Le secteur privé joue un rôle capital dans la lutte contre le VIH et le sida dans la mesure où les entreprises regorgent d'employés souvent mal préparés à la lutte contre le VIH mais surtout exposées au VIH. Une implication forte des entreprises privées (sociétés minières, industrielles, forestières, banques, agences et succursales etc.) dans la mise en œuvre du PSN VIH 2023-2027 sera d'un atout considérable pour impulser une nouvelle dynamique de contribution sur leurs bénéfices après impôts. A cet effet, la coordination tripartite gouvernement-syndicats et secteur privé doit être dynamisée afin d'assurer sa mission de coordination et de suivi des activités de lutte contre le sida au niveau du secteur privé. Les entreprises privées doivent également mettre en œuvre des points focaux et des activités de lutte contre le VIH et le sida dans le cadre de leur engagement social et un cadre de suivi évaluation opérationnelle en leur sein.

Au niveau des Partenaires techniques et financiers (PTF)

Il est attendu des partenaires techniques et financiers une harmonisation de leurs principes et modalités de gestion des fonds y compris celles relatives aux ressources financières. Comme les autres acteurs, les PTF, sont tenus par le devoir de redevabilité des actions entreprises. L'ensemble des actions devrait concourir à renforcer le mécanisme en place pour une riposte efficace contre le VIH.

A cet effet, une implication effective du Forum des partenaires[84], de l'Equipe conjointe des Nations Unies[85] et du CCM pourrait faciliter la réalisation des objectifs du PSN VIH 2023-2027. Ces instances doivent rendre compte au CN/CNLS, puisque, les missions assignées à l'Equipe Conjointe des Nations Unies sur le VIH et le sida sont : a) Apporter un soutien au CN/CNLS pour la mise en place d'une réponse nationale multisectorielle, efficacement coordonnée, conforme à l'obligation d'accès universel aux services de prévention et de traitement, b) Apporter une assistance technique et financière à la réponse nationale selon les avantages comparatifs des co-sponsors, c) Renforcer les capacités de leadership et d'engagement politique des membres du CNLS au plus haut niveau.

Par ailleurs, le CCM RCA étant l'organe de coordination nationale des projets financés par le Fonds Mondial pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme a pour mission de : i) coordonner l'élaboration des propositions à soumettre pour financement au Fonds Mondial ; ii) suivre la mise en œuvre des projets financés par tous les moyens de vérification appropriés ; iii) assurer le lien et la cohérence entre les interventions subventionnées par le Fonds Mondial et les programmes nationaux de développement.

En conclusion

[84] Organe de concertation entre le Gouvernement, les Partenaires techniques et financiers (multilatéraux, bilatéraux, ONG internationales…), la société civile et le secteur privé.

[85] Assure la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et le sida

Il est important que les entités CCM, CN/CNLS et la DLMT, renforcent la coordination des interventions de lutte contre le VIH mais surtout de capitaliser les efforts consentis par l'ensemble des partenaires.

Ces trois entités, CCM SAB, CN/CNLS et la DLMT devront conjuguer leur effort pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de contingence actuel et adapté pour les zones encore en défi sécuritaire et/ou en conflit

Cadre de suivi et d'évaluation du PSN 2023-2027

Considéré comme une partie intégrante de la stratégie nationale, le système de suivi et d'évaluation assure les indicateurs clés du PSN 2023-2027. Il mesure les résultats, précise les sources d'informations, les méthodes et les responsabilités pour la collecte, la gestion, l'analyse et l'assurance de la qualité des données. Il décrit également le système de communication pour la diffusion des données et produits d'information. Les manuels de suivi et évaluation seront vulgarisés auprès des acteurs.

Organisation et structures de Suivi & Evaluation

Basé sur le système d'information sanitaire, le système de Suivi et d'évaluation national s'appuie essentiellement sur trois niveaux (opérationnel, intermédiaire et central). Les acteurs de chaque niveau jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation de ce système de suivi et évaluation.
Au niveau opérationnel, les données sont collectées à partir d'outils harmonisés du SNIS puis transmises au niveau intermédiaire, les districts qui constitue le niveau d'agrégation, d'analyse et d'interprétation des résultats avant de les partager avec le niveau central. C'est à ce stade que les performances du programme sont analysées pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du programme.

Mécanisme de suivi et d'évaluation

Le mécanisme mis en place doit permettre la collecte systématique de données à des fins de suivi des patients et d'évaluation des performances du programme. Le suivi des patients se fera à travers un système de notification et de surveillance des cas. L'évaluation des performances du programme se fera à travers des études approfondies à partir des données issues du suivi et d'enquêtes spéciales. Le Groupe d'Appui Technique en Suivi et Evaluation contribue à rendre fonctionnel et performant le système national de suivi et évaluation de la réponse nationale au VIH/Sida.

Système de surveillance et de notification

Dans le contexte actuel des 95-95-95, le système de suivi et d'évaluation mettra le focus sur les personnes dépistées, suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. La notification des cas devrait permettre de suivre le patient tout au long de son parcours de soins et sera facilité par un identifiant unique et l'informatisation et la mise en réseau d'un formulaire harmonisé.

Etudes et enquêtes

Les indicateurs d'impact et résultats sont collectés à partir des études et enquêtes. Aussi un agenda de recherches est prévu pour le PSN 2023-2027, comprenant : des enquêtes bio-comportementales pour accéder aux informations sur l'incidence de l'épidémie de VIH et l'estimation de la taille parmi les populations clés; les enquêtes de population réalisées toutes les 4 ou 5 années par le Ministère de la santé, touchant différents volets de la santé de la reproduction et les IST/VIH/sida; l'étude NASA (National AIDS Spending Assessment) qui permet d'évaluer les ressources et dépenses allouées à la riposte nationale au sida; l'étude sur Stigma- Index qui permet d'évaluer la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et populations clés. Les revues des programmes et du PSN permettent une évaluation globale des interventions menées.

Budgétisation du PSN VIH 2023-2027

L'estimation des coûts du PSN 2023-2027 a été faite à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation « Onehealth ». C'est un outil qui a été développé dans un élan d'unification des outils de planification et/ou de budgétisation mis en place pour les différents programmes de santé avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), en particulier les agences des Nations Unies en fonction de leurs mandats respectifs. Ainsi, la RCA a fait le choix de l'utilisation de cet outil pour budgétiser le PSN 2023-2027 en conformité avec les recommandations internationales en la matière.

Hypothèses de calcul des coûts des interventions

Données de base (situation de référence)

Les coûts unitaires pour chaque intervention ont été déterminés à partir des interventions retenues dans le plan, adoptant l'approche des ingrédients, ou une approche de coût normalisée, appliquée pour l'estimation des coûts directs des intrants. L'approche des ingrédients incarne une méthode bottom-up de calcul des coûts. Elle consiste à tout d'abord isoler les interventions définissant chaque activité, puis à identifier, quantifier et calculer les intrants nécessaires pour la production de l'unité cible. Ce travail est effectué par le biais du coût unitaire moyen de chaque intervention. En plus des coûts d'intrants directs pour les médicaments et les fournitures, les coûts unitaires comprennent une partie des coûts du programme. Ces coûts sont nécessaires pour soutenir la mise en œuvre des interventions (formation, supervision, suivi et évaluation, équipement, plaidoyer et communication, masses médias et sensibilisation) qui ne sont pas directement liées au nombre de personnes recevant des soins.

Les coûts des intrants ont été obtenus à partir des prix du marché (tenant compte de l'inflation), de l'information disponible dans les bases de données d'approvisionnement du système des Nations Unies et des enquêtes.

Aussi, cette estimation des coûts est basée sur les données programmatiques et sur les cibles existantes, ainsi que les couvertures escomptées des interventions retenues dans le cadre de la mise en œuvre du PSN. Les projections ont été effectuées sur la base de la méthode des moindres carrés ordinaires86. On estime l'équation de la courbe d'ajustement à partir de laquelle seront déterminées les valeurs des années de projections. En fonction de la tendance, une courbe de type linéaire, exponentielle, logarithmique, polynomiale ou puissance a été utilisée.

Tendances et besoins financiers globaux du PSN 2023-2027

- **Budget global par an**

---

86 La **méthode des moindres carrés ordinaire** (**MCO**) est le nom technique de la régression mathématique en Statistique, et plus particulièrement de la régression linéaire. Il s'agit d'un modèle couramment utilisé en Econométrie.

Il s'agit d'ajuster un nuage de points $\{Y_i, X_i\}_{i=1,\ldots,n}$ selon une relation linéaire, prenant la forme de la relation matricielle $Y=X\beta+\varepsilon$, où ε est un terme d'erreur. La méthode des moindres carrés consiste à minimiser la somme des carrés des écarts, écarts pondérés dans le cas multidimensionnel, entre chaque point du nuage de régression et son projeté, parallèlement à l'axe des ordonnées, sur la droite de régression.

Lorsque la matrice X se décompose en $[1, X_1]$, on parle de régression linéaire univariée (régression linéaire). Lorsqu'il y a plusieurs régresseurs dans la matrice X, on a plutôt affaire à une régression linéaire multiple.

La programmation des coûts ou la budgétisation a été faite sur la base des effets retenues. Le coût global estimatif de mise en œuvre du PSN 2023-2027 s'élève à 250 336 568 760 FCFA soit environ 381 635 639 Euros.

Tableau 1 : ***Budgets annuels par effet (en XAF)***

EFFETS	2023	2024	2025	2026	2027	Total	%
Effet 1.1 : D'ici 2027, 95% des populations clés (PS et HSH) bénéficient d'un paquet de services de prévention combinée.	1 542 555 716	1 646 053 726	1 752 499 049	1 862 318 577	1 975 617 607	8 779 044 675	4%
Effet 1.2 : D'ici 2027, 95% des populations vulnérables bénéficient du paquet de services de prévention combinée.	1 286 053 189	1 373 973 762	1 367 879 479	1 388 947 968	1 429 670 657	6 846 525 055	3%
Effet 1.3 : D'ici 2027, 50% des jeunes bénéficient du paquet de services de prévention combinée.	1 685 405 692	1 783 962 300	1 886 773 641	1 992 003 816	2 099 700 647	9 447 846 096	4%
Effet 1.4 : D'ici 2027, 70% des PVVIH dépistées et leurs partenaires bénéficient des services de prévention combinée.	2 676 819 005	2 843 202 016	3 006 535 119	3 166 158 210	3 309 689 693	15 002 404 042	6%
Effet 1.5 : D'ici 2027, 80% des donneurs bénévoles de sang bénéficient d'un service de dépistage du VIH, des hépatites virales et de la syphilis.	979 198 850	1 055 179 780	1 136 102 582	1 222 087 618	1 313 348 842	5 705 917 671	2%
Effet 2.1 : D'ici 2027, 50 % des femmes en âge de procréer utilisent le paquet de service de prévention pour la triple élimination (VIH, Syphilis et l'Hépatite B).	843 908 066	1 611 140 838	2 406 223 766	3 228 982 177	4 078 124 388	12 168 379 236	5%
Effet 2.2 : D'ici 2027, au moins 50% des femmes vivant avec le VIH, et/ou la syphilis et/ou l'hépatite B et C âgées de 15-49 ans utilisent des moyens de contraception pour prévenir les grossesses non désirées.	380 463 728	519 956 227	656 165 753	787 627 633	907 507 565	3 251 720 905	1%
Effet 2.3 : D'ici 2027, 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes Séropositives au VIH, à la Syphilis, à l'Hépatite B et C reçoivent les traitements contre le VIH, antirétroviral, la Syphilis et Hépatite B et C pour tendre vers la triple élimination.	3 091 559 801	3 624 765 674	4 205 048 024	4 868 927 927	5 627 698 396	21 417 999 822	9%
Effet 2.4 : D'ici 2027, , 95% des mères Séropositives au VIH, et/ou à la Syphilis, et/ou à l'Hépatite B/C leurs enfants et leurs conjoints bénéficient de soins, soutiens et traitements adéquats (dont soins post-natals) et ont une charge virale supprimée pour le VIH	726 534 082	841 264 407	975 750 466	1 102 366 848	1 213 819 995	4 859 735 798	2%
Effet 3.1 : D'ici 2027, 95% des patients éligibles au dépistage ciblés dans les formations sanitaires (publiques et privées) sont dépistés.	6 270 649 341	6 376 895 517	6 467 081 225	6 541 799 466	6 577 231 331	32 233 656 880	13%
Effet 3.2 : D'ici 2027, 95% des PVVIH bénéficient d'une prise en charge de qualité.	12 887 278 455	14 784 433 879	16 704 273 349	18 634 937 350	20 500 211 466	83 511 134 498	33%
Effet 3.3 D'ici 2027, 95% des PVVIH sous ARV ont une charge virale VIH supprimée.	4 151 278 976	4 937 649 568	5 733 640 970	6 534 435 436	7 308 356 024	28 665 360 974	11%
Résultat 1 : Les obstacles qui entravent les droits humains, le genre et l'accès aux soins sont levés d'ici l'horizon 2027	1 137 662 033	1 145 260 258	1 148 889 400	1 154 739 632	1 130 630 803	5 717 182 126	2%
Résultat 2 : La coordination, le leadership et la redevabilité pour la réponse sont performants, les financements sont durables et le système communautaire est renforcé	2 500 113 555	2 431 056 477	2 488 863 996	2 599 496 886	2 710 130 067	12 729 660 981	5%
Total	40 159 480 487	44 974 794 431	49 935 726 818	55 084 829 542	60 181 737 482	250 336 568 760	100%

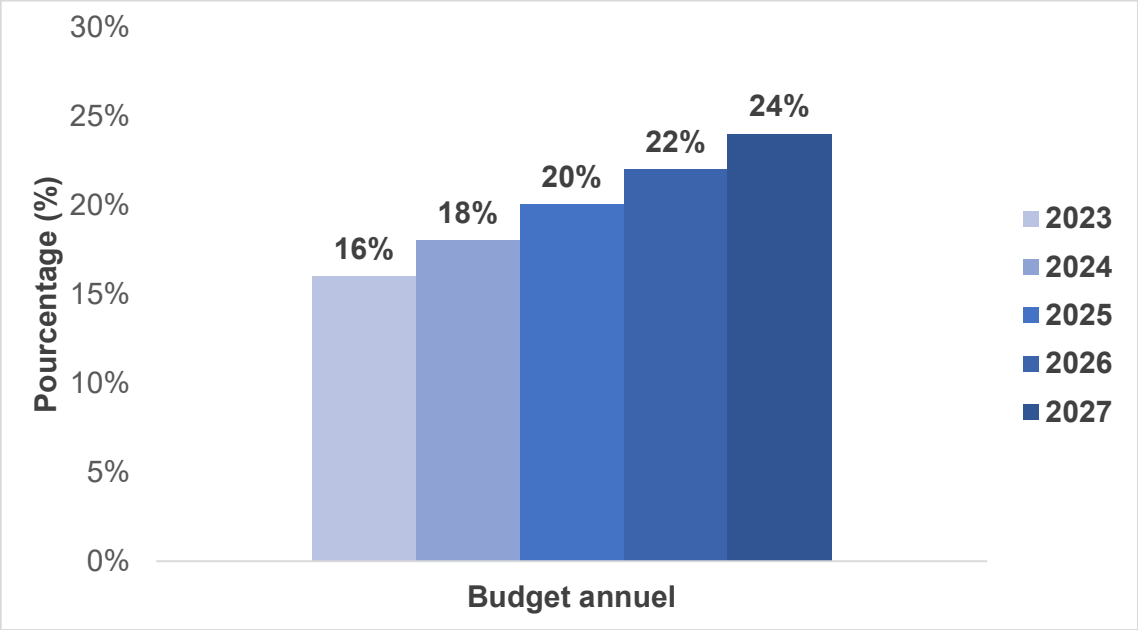
Tableau 2 : *Budgets annuels par catégorie de coûts (en XAF)*

Résumé du budget (XAF) par catégorie de coût	2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL XAF
Ressources Humaines	803 189 610	899 495 889	998 714 536	1 101 696 591	1 203 634 750	5 006 731 375
Assistance Technique	401 594 805	449 747 944	499 357 268	550 848 295	601 817 375	2 503 365 688
Formation	3 212 758 439	3 597 983 554	3 994 858 145	4 406 786 363	4 814 538 999	20 026 925 501
Produits et équipements médicaux	5 622 327 268	6 296 471 220	6 991 001 755	7 711 876 136	8 425 443 247	35 047 119 626
Produits pharmaceutiques (médicaments)	11 646 249 341	13 042 690 385	14 481 360 777	15 974 600 567	17 452 703 870	72 597 604 940
Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)	3 614 353 244	4 047 731 499	4 494 215 414	4 957 634 659	5 416 356 373	22 530 291 188
Infrastructure et autres équipement	4 417 542 854	4 947 227 387	5 492 929 950	6 059 331 250	6 619 991 123	27 537 022 564
Matériel de communication	4 819 137 658	5 396 975 332	5 992 287 218	6 610 179 545	7 221 808 498	30 040 388 251
Suivi et évaluation (SE)	803 189 610	899 495 889	998 714 536	1 101 696 591	1 203 634 750	5 006 731 375
Soutien humain aux patients/populations cibles	2 007 974 024	2 248 739 722	2 496 786 341	2 754 241 477	3 009 086 874	12 516 828 438
Planification et administration	2 811 163 634	3 148 235 610	3 495 500 877	3 855 938 068	4 212 721 624	17 523 559 813
TOTAL XAF	**40 159 480 487**	**44 974 794 431**	**49 935 726 818**	**55 084 829 542**	**60 181 737 482**	**250 336 568 760**

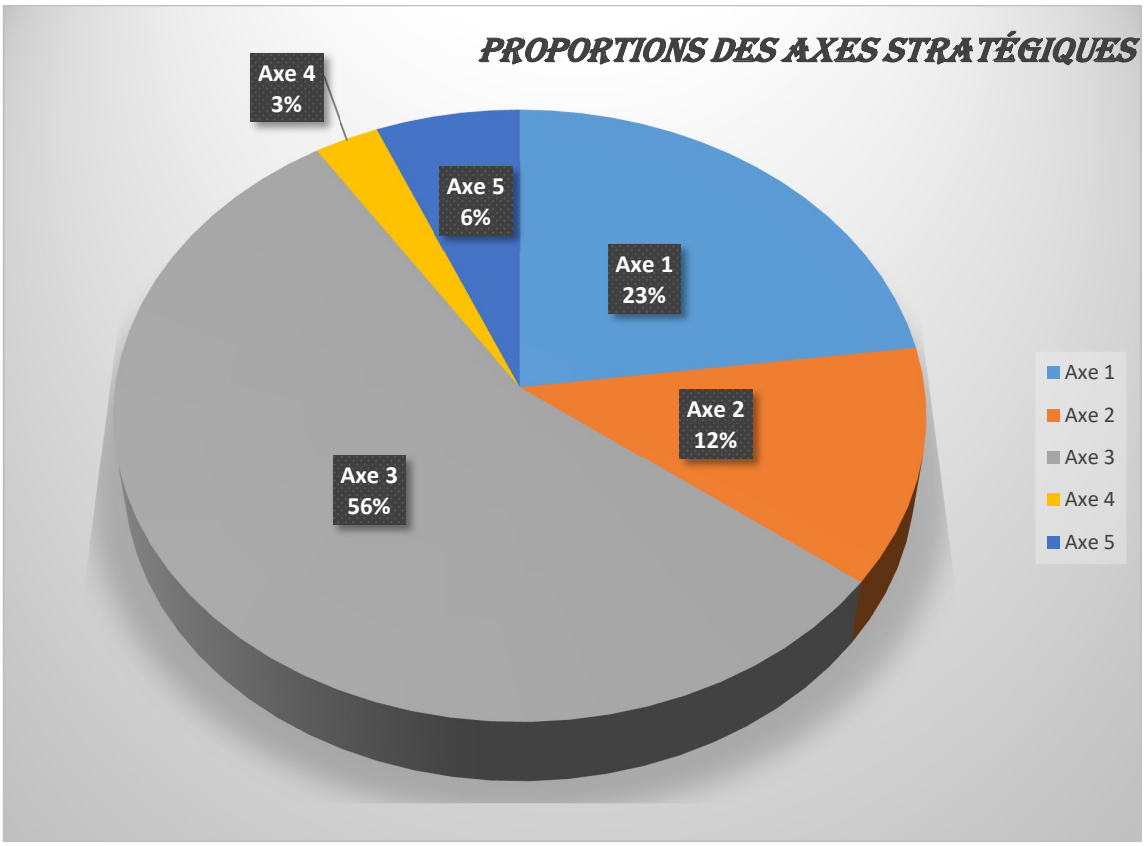
Tableau 3 : *Budgets annuels par axe stratégique (en XAF)*

Budget par axe stratégique		2 023	2 024	2 025	2 026	2 027	TOTAL XAF
Axe 1	Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2027	9 196 521 031	10 299 227 925	11 435 281 441	12 614 425 965	13 781 617 883	57 327 074 246
Axe 2	Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant passe de 8% à moins de 5% d'ici 2027	4 208 246 115	5 296 468 150	6 275 688 312	7 238 206 521	8 246 571 933	31 265 181 031
Axe 3	Le nombre de décès dus au SIDA est réduit de 50,0% passant de 2600 à 1300 d'ici à 2027	22 288 511 670	24 961 010 909	27 714 328 384	30 572 080 396	33 400 864 303	138 936 795 662
Axe 4	Les obstacles qui entravent les droits humains, le genre et l'accès aux soins sont levés d'ici l'horizon 2027	1 396 740 384	1 414 824 342	1 424 501 096	1 433 373 036	1 399 079 607	7 068 518 465
Axe 5	La coordination, la gouvernance, financements durables et système communautaire est renforcé	3 069 461 286	3 003 263 105	3 085 927 585	3 226 743 624	3 353 603 756	15 738 999 356
TOTAL XAF		**40 159 480 487**	**44 974 794 431**	**49 935 726 818**	**55 084 829 542**	**60 181 737 482**	**250 336 568 760**

La figure ci-après donne la proportion des budgets annuels dans le budget global du PSN 2023-2027.



La prochaine suivante indique la proportion ou le poids du budget de chaque axe stratégique dans le budget global du PSN 2023-2027.



NB : On note une évolution croissante du budget du PSN, passant de 16% à la première année (2023) à 24% à la dernière année (2027). Cela s'explique par une évolution croissante de toutes les cibles sauf celles relatives aux PVVIH et celles des

personnes déplacées internes. Cependant, un nouvel indicateur a été introduit dans le cadre de performance et donc ces cibles ont été prises en compte pour la budgétisation. Il s'agit de l'indicateur relatif aux « Partenaires des PVVIH ».

Stratégies de mobilisation des ressources

L'analyse de la situation financière des deux premières années (2021-2022) de mise en œuvre du PSN a révélé que seulement 57% de l'enveloppe nécessaire à la mise en œuvre du PSN sur la même période a été mobilisée. En effet, le coût du PSN pour la période 2021-2022 s'élève à 59 671 488 534 FCFA et seulement la somme de 34 064 617 458 FCFA a été mobilisée. Cette situation requiert la mise en place d'une stratégie de mobilisation de ressources plus efficace afin de garantir l'atteinte des objectifs fixés dans le PSN révisé pour la période 2023-2027.

Pour ce PSN révisé, il est important d'élargir l'assiette des contributeurs/partenaires financiers de la lutte contre le VIH/SIDA en mettant un accent particulier sur l'Etat Centrafricain, le secteur privé, les collectivités locales et les ménages tout en garantissant les contributions des partenaires internationaux.

- **Partenaires internationaux :**

La contribution des partenaires internationaux de la RCA reste la principale source de financement de la lutte contre le VIH et le SIDA. Bien qu'il soit important d'accroitre les contributions venant d'autres sources, le maintien et voire l'accroissement des contributions extérieures demeure essentiel.

Étant donné que le principal contributeur extérieur est le Fonds Mondial, il est important pour l'Etat Centrafricain de toujours garantir les contributions de ce partenaire à travers les différents mécanismes tel que le versement du fonds de contrepartie qui a été fait durant les 2021 et 2022 à raison de 200 000 000 FCFA l'an. A cela, s'ajoute les contributions au fonctionnement du CCM.

Il est également important que la cartographie des potentiels partenaires techniques et financiers soit mise à jour afin d'inclure des probables nouveaux partenaires. Une fois ces derniers identifiés, une analyse approfondie de leurs domaines d'intérêts soit faite et qu'un dialogue sera initié avec chacun dans l'optique de conclure de nouveaux partenariats. L'analyse à conduire pourrait s'intéresser aux cartographies des partenaires techniques et financiers de certains pays africains afin d'identifier ceux qui n'interviennent pas actuellement en République Centrafricaine.

- **L'Etat Centrafricain :**

Les contributions financières de l'Etat Centrafricain à la lutte contre le VIH et le SIDA ont sensiblement augmenté au cours des deux premières (2021-2022) de mise en œuvre du PSN en cours, avoisinant 2 milliards de FCFA en 2021. Toutefois, le niveau des contributions reste faible comparé aux apports des partenaires extérieurs. Étant donné que la mobilisation des ressources interne est primordiale pour la pérennisation de la lutte contre la maladie, il est important que l'Etat affecte davantage de ressources et surtout oriente une partie de ses ressources vers les secteurs peu couverts par les partenaires internationaux tels que le financement de la CN/CNLS et ses structures décentralisées, les cadres de concertation, etc. Aussi, une bonne stratégie doit être mise en place par la CN/CNLS et le ministère de la Santé pour convaincre le gouvernement d'augmenter ses contributions dans les lois de finances à venir et surtout de décaisser effectivement les montants y alloués à la lutte contre le VIH/SIDA. L'objectif fixé devrait être la réalisation du « Produit 2.2.1 : D'ici 2027, l'État alloue au

moins 10% de son budget à la réponse nationale au VIH et au Sida » ou encore de tendre vers cet objectif de 10% malgré le contexte économique actuel.
D'autres pistes comme l'instauration d'une taxe ou contribution sur certains domaines d'activités pourraient également être envisagé en considérant l'élimination du VIH/SIDA comme une priorité nationale.

- **Contributions du secteur privé :**

Le secteur privé Centrafricain peut devenir un maillon fort de la lutte contre le VIH/SIDA sur le plan national. Pour ce faire, il est important de promouvoir une campagne de sensibilisation à l'endroit des entreprises de la place et surtout les amener à inscrire le financement de la lutte contre le VIH/SIDA comme un élément important de leur politique de responsabilité sociale d'entreprise (RSE). Les entreprises doivent être sensibilisées sur les avantages qu'elles tireraient à moyen et long terme à considérer la lutte contre le SIDA comme une RSE. En effet, quand les employés et leurs familles sont en bonne santé, les entreprises tireraient plusieurs avantages comme l'augmentation de la productivité du personnel, la réduction des absences pour cause de maladies et décès, etc. Les différentes organisations patronales telles que le GICA et l'UNPC doivent être considérés comme des partenaires privilégiés par la CN/CNLS et des actions de sensibilisation et plaidoyer devraient être menées à leur encontre.
Au niveau des préfectures et communes, l'Etat devrait veiller à ce que le financement et les actions de lutte contre le VIH/SIDA soient clairement inscrits dans les cahiers de charge des entreprises qui y opèrent comme les entreprises minières et forestières.

- **Collectivités locales :**

Il a été relevé dans l'analyse de la réponse l'absence de mobilisation de ressources financières au niveau décentralisé et que l'orientation des ressources (mobilisées au niveau central) vers les entités décentralisées reste très faible. D'où la nécessité de mettre en place des stratégies adéquates pour la mobilisation des ressources au niveau des collectivités locales. A cet effet, les capacités en termes de mobilisation de ressources des structures décentralisées doivent être renforcées afin de leur permettre d'être capable d'identifier les sources potentielles de financement et de mener le dialogue nécessaire avec leurs potentiels partenaires.

Au niveau des collectivités locales, il peut être envisagé d'insérer une contribution obligatoire à la lutte contre le VIH/SIDA dans les budgets. Cela pourrait commencer à de niveaux faibles (par exemple de l'ordre de 1% ou 2%) et s'accroître par la suite.

- **Au niveau des ménages :**

Des contributions peuvent être demandées directement aux ménages. Mais cela nécessite la mise en place des techniques de collecte plus appropriées et une communication claire afin d'obtenir l'adhésion de la population. Cette piste pourrait être davantage analysée et exploitée en vue de renforcer et pérenniser le financement de la lutte contre le VIH et le SIDA.