



RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité - Dignité – Travail

* * * * *

MINISTÈRE DE LA 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 B EN RCA
2023 - 2025**



Version Finale

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS	6
PREFACE	8
I. RESUME EXECUTIF	9
II. INTRODUCTION.....	12
III. LA METHODOLOGIE	14
1. L'ANALYSE SITUATIONNELLE	18
1.1. LE PROFIL GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-SANITAIRE	18
1.1.1. LA SITUATION GEOGRAPHIQUE.....	18
1.1.2. LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE	18
1.1.3. LA SITUATION SOCIALE	19
1.1.4. LA SITUATION SANITAIRE.	19
1.1.4.1. <i>l'organisation du secteur de la santé</i>	19
1.1.4.2. <i>Les indicateurs de santé</i>	20
1.1.4.3. <i>l'impact de la COVID-19 sur le système de santé</i>	20
1.2. LE PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉPATITE VIRALE B EN RCA	21
1.2.1. LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH.....	21
1.2.1.1. <i>La prévalence du VIH dans la population générale de 2011 à 2021</i>	21
1.2.1.2. <i>La prévalence du VIH chez les femmes enceintes</i>	22
1.2.1.3. <i>La prévalence du VIH dans les autres populations</i>	23
1.2.1.4. <i>L'incidence du VIH dans la population générale de 2011 à 2021</i>	24
1.2.2. LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA SYPHILIS.....	25
1.2.3. LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'HÉPATITE B	26
1.2.4. SITUATION DES CO INFECTIONS	27
2. ANALYSE DE LA REPONSE	30
2.1. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE -ENFANT	30
2.1.1. CONTEXTE GENERAL DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH	30
2.1.2. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH.....	30
2.1.3. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DE LA SYPHILIS	39
2.1.4. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DE L'HEPATITE VIRALE B	40
2.2. LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DE L'ENFANT INFECTE AU VIH, À LA SYPHILIS, ET À L'HÉPATITE B EN RCA.....	40
2.2.1. LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DU VIH.....	40
2.2.2. LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DE LA SYPHILIS	45
2.2.3. LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DE L'HÉPATITE B.....	45
2.3. LES POINTS FORTS, LES GOULOTS D'ETRANGLEMENTS ET LES OBSTACLES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN ETME 2013-2016 ET PLAN OPERATIONNEL D'ACCÉLÉRATION DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.....	46
2.3.1. LES POINTS FORTS DE LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS	46
2.3.2. GOULOTS D'ETRANGLEMENTS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN ETME 2013-2016 ET PLAN OPERATIONNEL D'ACCELERATION DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT 2018-2020	47
3. PLAN D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE -ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HEPATITE B ET LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS, ET DE L'HEPATITE B EN RCA 2022 - 2025.....	49
3.1. IDENTIFICATION DES PROBLÈMES LIÉS À LA TRIPLE ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉPATITE B EN RCA SELON LES PRINCIPES DE LA THEORIE DU CHANGEMENT	49
3.1.1. L'ANALYSE DU CADRE DE LA THEORIE DU CHANGEMENT	54

3.2. LE PLAN D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HEPATITE B ET DE LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS, ET DE L'HEPATITE B EN RCA 2023 - 2025	57
3.2.1. LES CHANGEMENTS SOUHAITÉS DANS LE NOUVEAU PLAN FACE AUX PRINCIPAUX PROBLÈMES IDENTIFIÉS DES ANCIENS PLANS.....	57
3.2.2. LA VISION	58
3.2.3. BUT	58
3.2.4. LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX	58
3.2.5. OBJECTIFS SPECIFIQUES :.....	58
3.2.6. LES AXES STRATEGIQUES	59
3.2.7. LES EFFETS	60
3.2.8. LES CIBLES	60
3.2.9. LE CADRE LOGIQUE DU PLAN D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS, DE L'HEPATITE B ET DE LA PRISE EN CHARGE PREDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS, ET DE L'HÉPATITE B D'ICI À 2025	62
3.2.9.1. Les stratégies pour atteindre les résultats du plan	62
a) Le renforcement de la communication	62
b) L'intensification du dépistage.....	62
c) Le renforcement de l'observance du traitement.....	62
d) L'extension et le renforcement du plateau technique des structures de soins	63
e) Le renforcement des approvisionnements	63
f) Le renforcement de la capacité du personnel et la promotion des droits de l'homme et de l'égalité du genre	63
g) Le renforcement des mécanismes de coordination, de suivi et évaluation.....	63
3.2.9.2. Les activités du Plan	64
4. LE CADRE, DE LA MISE EN ŒUVRE, DE LA COORDINATION, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PLAN ETME DU VIH, SYPHILIS, HÉPATITE B ET DE LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉPATITE B 2023-2025.	109
4.1. DESCRIPTION DU CADRE, DE LA MISE EN ŒUVRE, DE LA COORDINATION ET DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PLAN	109
4.1.1. La mise en œuvre	109
4.1.2. Les Schémas pour le diagnostic et le traitement (cf annexe 1 et 2)	109
4.1.3. Les indicateurs de mise en œuvre de la triple élimination du VIH, syphilis et hépatite B.(cf. annexes)	109
4.1.4. Les outils intégrés de collecte des données sur la triple élimination de la transmission mère - enfant du VIH, de la syphilis, et de l'hépatite B (cf. annexes).....	109
4.1.5. La coordination	110
4.1.6. Les partenaires de mise en œuvre	111
4.1.7. Le suivi - évaluation	112
5. LE CADRE DE PERFORMANCE ET BUDGET DU PLAN ETME DU VIH, SYPHILIS, HÉPATITE B ET DE LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉPATITE B 2022-2025	115
6. BUDEGT ET CONCLUSION	124
6.1 RÉSUMÉ DU BUDGET.....	124
6.2. CONCLUSION.....	126
7. ANNEXES.....	128
7.1 ANNEXES 1 : LES SCHEMAS DIAGNOSTIC.....	128
7.2 ANNEXES 2 : LES SCHEMAS THERAPEUTIQUES	135
7.3 ANNEXES 3 : LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE DE LA TRIPLE ÉLIMINATION DU VIH, SYPHILIS ET HÉPATITE B DE LA MERE A L'ENFANT ET DE PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS ET. DE L'HEPATITE B.....	138
7.4 ANNEXES 4 : LES OUTILS INTÉGRÉS DE COLLECTE DES DONNÉES SUR LA TRIPLE ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE - ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS, ET DE L'HÉPATITE B.	141
7.5 ANNEXES 5 : LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES	146
7.6 ANNEXES 6 : LISTE DES PARTICIPANTS	147
7.7 ANNEXES 7 : LES REFERENCES	149

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Couverture des Régions Sanitaires en FOSA fonctionnelles et en sites PTME en 2021	32
Tableau 2 : Analyse des problèmes prioritaires identifiés.....	50
Tableau 3 : Population actualisée de 2021 à 2025 et Proportion de femmes enceintes susceptibles de contracter la Syphilis, l'Hépatite B et le VIH selon le taux de séropositivité.....	61
Tableau 4 : Le cadre des résultats.....	64
Tableau 5 : Organisation actuelle de la lutte contre les IST/VIH/SIDA.....	110
Tableau 6 : le cadre de performance	115

LISTE DES CARTES

Carte 1 : situation géographique RCA	18
Carte 2 : eextension de l'offre PTPE en 2022 au niveau Districts Sanitaires.....	35
Carte 3 : extension de l'offre PTPE en 2022 Niveau Régional.....	35
Carte 4 : la situation des GeneXpert sur le territoire Centrafricain en 2022	42

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Prévalence Nationale du VIH de 2011-2021 source Spectrum 2021.	22
Figure 2 : Nombre de Personnes vivant avec le VIH 2000-2021 source Spectrum 2021.	22
Figure 3 : Prévalence VIH/SIDA de 2011 - 2021 chez les jeunes Filles et Garçons (Spectrum 2021)	24
Figure 4 : Nouvelles infections VIH/SIDA chez les Adolescents (tes) et Jeunes (G-F)2017 - 2021 (Spectrum 2021)	25
Figure 5 : Nbre de GA et Nbre de CPN1 chez les femmes enceintes dans les SMNI de 2017à2021 (données PTPE2021).	31
Figure 6 : Répartition du nombre de femmes enceintes n'ayant pas bénéficié de CPN1 de 2017 à 2021 (source Programme PTPE 2021).....	32
Figure 7 : Couverture des Régions Sanitaires des FOSA fonctionnelles et en sites PTME en 2021 (données PPTE2021)	33
Figure 8 : GAP en sites PTME pour les FOSA fonctionnelles avec CPN (données PTPE2021)	33
Figure 9 : GAP en sites CPN et PTME pour les FOSA fonctionnelles (données PPTE2021)	34
Figure 10 : GAP en sites PTME pour l'ensemble des FOSA fonctionnelles et non fonctionnelles (données PPTE2021)	34
Figure 11 : nombre de femmes dépistées en CPN de 2017 à 2021.....	35
Figure 12 : évolution nationale du taux de séropositivité de 2017 à 2021.....	36
Figure 13 : évolution régionale du taux de séropositivité de 2017 à 2021.....	36
Figure 14 : mise sous traitement des femmes enceintes positives au VIH au cours des cinq années ...	37
Figure 15 : Pourcentage de femmes enceintes VIH+ mises sous TTT et GAP de TTT FEVHI+	37
Figure 16 : Taux de transmission VIH Mère -enfant de 2000 à 2019 des femmes enceintes positives et sous traitement (Source : Modélisation Spectrum 2019).....	38
Figure 17 : Prévalence et distribution des hépatites virales B dans quelques districts. (Source : Rapport mise en œuvre du projet Abbott Fondation CCM)	40
Figure 18 : Nbre de PCR1 chez les Nvés en 2021	43
Figure 19 : Cascade de Traitement chez les enfants de 0 à 14 ans (Spectrum 2021)	44
Figure 20 : Situation de la charge virale chez les enfants de 0 à 14 ans (Programme PTPE)	44
Figure 21 : le cadre Conceptuel de la Théorie de changement de la triple élimination TME VIH, Syphilis et Hépatite B.....	54
Figure 22 : L'arbre de l'insuffisance de dépistage et ses racines (causes et conséquences).....	55
Figure 23 : Arbre des solutions/Axes Stratégiques.....	56

Figure 24 : Algorithme de dépistage de l' hépatite B à un Test.....	129
Figure 25 : Algorithme de dépistage de l'hépatite B à deux tests	130
Figure 26 : Algorithme de la prévention de la transmission mère-enfant du VHB	131
Figure 27 : Algorithme de dépistage de l' hépatite B à un Test.....	132
Figure 28 : Algorithme de dépistage de l'hépatite B à deux tests	133
Figure 29 : Algorithme de la prévention de la transmission mère-enfant du VHB	134

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
ARV	Anti Retro Viraux
ASC	Agents de Santé Communautaires
ASSOMESCA	Association des Œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en Centrafrique
BAD	Banque Africaine de Développement
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CNLS	Comité National de Lutte contre le sida
CPN	Consultation Pré Natale
CRCA	Croix Rouge Centrafricaine
CTM	Cotrimoxazole
DCIP	Dépistage Conseil Initié par le Prestataire
DGPLISTST	Direction Générale de la Population et de Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles, le Sida et la Tuberculose
DSFP	Direction de la Santé Familiale et de la Population
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECD	Équipe Cadre de District
e-TME	Élimination de la transmission mère-enfant du VIH
FAP	Femme en âge de procréer
FOSA	Formation Sanitaire
HAART	Traitement antirétroviral hautement actif
IEC	Information Éducation Communication
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MICS	Multiple Indicator Clusters Survey
MIJ	Mortalité Infanto-Juvénile
MNN	Mortalité Néonatale
MSPPPLVS	Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le VIH/sida
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	Polymérase Chain Réaction
PEC	Prise en charge
PECP	Prise en Charge Pédiatrique
PNDS II	Plan National de Développement Sanitaire de deuxième génération
PS	Préfecture Sanitaire
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PTPE	Prévention de la Transmission Parents- Enfant du VIH
RCA	République Centrafricaine
RGPH 03	Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2003
RH	Ressources Humaines
RS	Région Sanitaire
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSR	Santé Sexuelle et de Reproduction
TAR	Thérapie Antirétrovirale
TME	Transmission Mère-Enfant
UCM	Unité de Cession du Médicament

UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VHB	Virus de Hépatite B
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

L'État Centrafricain, soucieux du bien-être des populations et reconnaissant l'impact de la santé sur les capacités de la production nationale, a fait de la santé l'une de ses priorités d'action. A cet effet, il a souscrit à l'objectif de la « Génération sans sida » prôné par les dirigeants internationaux rassemblés à New York le 9 juin 2011 lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le sida. Aussi en 2019, la RCA à l'instar des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, a adopté l'Appel de DAKAR pour le renouvellement d'engagement en vue de l'eTME et la couverture universelle du dépistage et du traitement du VIH chez l'enfant d'ici 2020. Ainsi le pays a retenu dans les priorités nationales de la riposte au VIH/SIDA, de mettre fin au sida pédiatrique tout en éliminant les nouvelles infections pédiatriques.

Quant à la Syphilis et à l' Hépatite B, RCA soutient l'initiative mondiale d'éliminer la Syphilis congénitale comme problème de santé publique et celle de mettre fin à l' hépatite d'ici 2030 . Car Les études /recherche réalisées dans le pays renseignent sur des prévalences de 7 60%³⁶ de Syphilis et de 8,2%³³ de l'hépatite B chez les femmes enceintes.

C'est fort de ces constats et engagements internationaux que la RCA a décidé d'élaborer un plan de triple 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 B 2023-2025.

L' élaboration du plan a connu la participation des principaux acteurs de lutte contre le VIH/SIDA, les IST et les Hépatites virales (au niveau du ministère de la Santé et de la population, de la coordination nationale de lutte contre le Sida, du secteur privé , de la Société civile) aux ateliers d'identification et d'analyse des goulots d'étranglement assortis de propositions d'actions correctrices. Sa mise en œuvre se fera de manière intégrée dans le Plan Stratégique National VIH 2021-2025.

Je félicite les membres de la Task-Force qui, en dépit des conditions de travail difficiles dues à la pandémie de Covid-19, ont su conduire le processus à terme. Toutefois , je les exhorte ainsi que les partenaires à faire : (i) l'extension des activités de la PTME dans la majorité des formations sanitaires de la RCA et ce, selon les besoins en soins de la population et des GAP à couvrir pour atteindre les objectifs fixés, (ii) à assurer la disponibilité des intrants, des ressources humaines pour la mise en œuvre du plan , ainsi que les activités de supervision et de monitoring qui sont des éléments clés auxquels j'attache du prix , afin de garantir la santé du couple mère-enfant gage du développement de notre pays.

J'adresse toute ma gratitude au nom du Gouvernement à tous les partenaires nationaux et internationaux qui ont appuyé à des degrés divers le développement et la mise à la disposition du département de la santé et de la population cet important outil de travail, notamment le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'ONUSIDA pour leur soutien financier, technique et matériel.

La Première Dame de Centrafrique.

Brigitte TOUADERA

I. RESUME EXCECUTIF

La situation de l'épidémie à VIH en Centrafrique est caractérisée par une tendance à la réduction de la prévalence du VIH dans la population générale. Toutefois, elle reste élevée à 2,9% et particulièrement chez les femmes de 15 à 49 ans où les jeunes filles et jeunes femmes sont les plus touchées. 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.

A défaut de la réalisation d'une évaluation de la mise en œuvre du plan eTME 2013 – 2016, du plan Opérationnel National de l'accélération de la prise en charge pédiatrique du VIH chez l'enfant et l'adolescent 2017-2020, il ressort de l'analyse de ces plans que des efforts ont été fournis pour l'atteinte des objectifs de l'ONU SIDA entre autres : (i) une augmentation de la couverture des FOSA en CPN à 80% (810/1015) en 2021 contre une couverture en CPN de 12,6 % en 2015 ; (ii) une constante augmentation de la proportion des femmes enceintes vues en CPN1 de 37 % en 2017, 42% en 2018, 52 % en 2019, 55% en 2020 et 57 % en 2021, (iii) une légère diminution du taux de séropositivité de l'infection à VIH chez les femmes enceintes qui est passé de 2,91% ²⁶ en 2020 à 2,45% ²⁶ en 2021. Cependant, malgré la tendance nationale de la diminution de la séropositivité, il reste supérieur à la moyenne dans certaines régions sanitaires : RS n°7 (la capitale Bangui) à 3,64%, RS n°2 à 3,44 %, RS n°3 à 2,62% et RS n°6 à 2,46%) soit 57,14% (4/7) des régions sanitaires, nonobstant la faible extension en sites PTME avec un besoin de 71,73% (100-28,27%) à couvrir uniquement pour les FOSA offrant la CPN. Ce besoin est encore plus grand, il est de 75,24 % (100-(229/925)) quand il s'agit de couvrir la totalité des FOSA fonctionnelles en sites PTME et de 77,43% (100% – (229/1015)) pour l'ensemble des FOSA. Cette faiblesse de couverture en PTME a influencé probablement sur l'accès des femmes au dépistage prénatal du VIH avec un taux de près de 25% des femmes qui n'ont pas accès au dépistage prénatal du VIH et qu'au moins entre 900 et 1000 enfants sont nés avec le VIH durant la période d'étude⁴ sur les cas de perdus de vues dans les sites de PEC (adultes et enfants) et PTPE en RCA octobre 2021-mars 2022.

Quant à la Prévention de la transmission mère -enfant de la Syphilis, l'analyse de la cascade révèle une évolution du nombre de cas de femmes enceintes dépistées de 63 395 femmes enceintes en 2018 à 66 485 femmes enceintes en 2021. Cependant, on note une régression de la mise sous traitement des femmes enceintes sur 2462 femmes enceintes dépistées positives à la Syphilis en 2018, 100% ont été mises sous traitement, contre 90% (2372/2642 en 2019) et 89% en 2020 pour descendre à 76% en 2021. Cette régression pourrait être liée à la sous notification des femmes enceintes traitées dans les FOSA.

Concernant la transmission mère enfant de l'Hépatite B, les plans ci dessus cités ne prennent pas en compte cette pathologie, toutefois les recherches/ études réalisées dans le pays nous indiquent une prévalence de 8,2%³³ chez les femmes enceintes. Il faut noter également que projet de Promotion du dépistage du VIH, de la Syphilis, de l'Hépatite et du Paludisme chez les femmes enceintes dans trois (03) sous-préfectures mis en œuvre par Ministère de la Santé et de la Population appuyé par la Fondation « Cri de Cœur d'une Mère » en partenariat avec la Firme Pharmaceutique

Abbott, montre que 7,64%⁸ les femmes enceintes et 12,76%⁸ des conjoints sont infectés par l'hépatite B.

La Prise en charge Pédiatrique a connu des efforts remarquables, notamment dans le cadre du diagnostic précoce de l'enfant exposé au VIH par le renforcement des capacités diagnostiques des structures. Selon des données du programme PTPE en 2021, le taux de couverture de diagnostic précoce en PCR1 chez les nourrissons est de 48,21 % (967/2006) contre 12,7% en 2015. Au premier semestre de l'année 2022, le pays dispose de 32 appareils GENXPRT installés, fonctionnels et 100% paramétrés pour la réalisation de la charge virale. Cet acquis est d'une grande opportunité pour booster la prise en charge pédiatrique du VIH mais aussi de faire émerger celle de l'hépatite B qui constitue un défi qu'il faut surmonter. Toutefois la prise en charge pédiatrique reste tributaire de l'élimination de la Transmission mère- enfant. Et pour cela il est impératif de combler les GAP d'offre de soins en CPN et en PTME afin d'amener toutes les FOSA à faire la PTME comme l'exigent les normes du Paquet Minimum d'Activités (PMA) décrit dans la Politique Nationale de la Santé. Ainsi toutes les femmes enceintes pourront bénéficier de la consultation prénatale et du dépistage du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B quel que soit leur lieu d'habitation.

La résolution de ces insuffisances permettra au pays d'atteindre les objectifs d'élimination de la Transmission mère- enfant du VIH de la Syphilis et de l'Hépatite B, telle est la vision du pays qui s'aligne sur le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida 2021-2025 (objectif ONUSIDA en 2030), des objectifs de l'OMS d'élimination de la Syphilis néonatale et de mettre fin à l'Hépatite en 2030. Cette vision contribuera à mettre fin à l'épidémie du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B en RCA d'ici à 2030. Le principal but du Plan est d'améliorer de l'état de santé de la femme et de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité liées au VIH, à la Syphilis et à l'hépatite B en RCA. Les objectifs généraux : réduire les taux de TME du VIH de 8% à moins 5% à moins de 50 cas pour 100 000 Naissances vivantes le taux de transmission de la Syphilis néo-natale et de 90% à moins de 50% le taux de transmission de l'Hépatite B de la mère à l'enfant.

Les objectifs spécifiques sont en phase avec objectifs stratégiques émanant de la résolution des problèmes identifiés du cadre conceptuel (ToC) afin d'atteindre ceux fixés sur le plan mondial concernant le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B :

1. Amener 50% des femmes en âge de procréer à utiliser le paquet de prévention contre le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B ;
2. Satisfaire les besoins en Planification Familiale (PF) chez 50% des femmes séropositives au VIH, Syphilis et Hépatite afin d'éviter les grossesses non désirées ;
3. Dépister 95% des femmes enceintes, allaitantes et leurs nourrissons ;
4. Assurer le dépistage précoce du VIH chez au moins 95 % des nourrissons nés de mères infectées au VIH ;
5. Mettre sous traitement et suivre 95% des femmes enceintes allaitantes séropositives au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B et leurs nourrissons ;
6. Atteindre chez au moins 95% des femmes enceintes /allaitantes et leurs nourrissons (répondant aux critères) qui reçoivent la TARV une suppression de la charge virale ;
7. Assurer le traitement et le suivi chez au moins 95% des nourrissons infectés par le VIH et l'Hépatite B (répondant aux critères) ;

8. Atteindre chez au moins 95% des nourrissons infectés par le VIH et l'Hépatite B (répondant aux critères) qui reçoivent la TARV une charge virale supprimée ;
9. Assurer la vaccination précoce contre l'hépatite B chez au moins 95% nouveaux- nés, nés de mères séropositives à l'Hépatite B dans les 24 heures qui suivent leur naissance ;
10. Assurer une guérison chez au moins 95% des nourrissons infectés par la syphilis qui reçoivent le traitement selon les normes et standards.

Les cibles du Plan d'élimination de la Transmission Mère-enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B respectent la logique de l'accélération pour l'atteinte les objectifs 95-95-95 de l'élimination de la TME pour VIH, du plan d'élimination de la syphilis néonatale et celui de mettre fin à l'hépatite B d'ici 2030.

Ces objectifs seront atteints à travers la mise en œuvre de six (06) axes stratégiques, huit (08,) effets, vingt-quatre (24) produits, cinquante un (51) stratégies, deux cent huit (208) activités.

Le coût du plan est estimé à Vingt-six millions neuf cent soixante un mille huit cent cinquante un **Francs Euro (26 961 851 Euro)** soit dix-sept milliards six cent quatre-vingt-cinq millions huit cent quatorze mille huit cent seize Francs XAF (**17 685 814 816 XAF**) dont neuf milliard cent cinquante-neuf millions deux cent douze mille neuf cent soixante-quatre francs (**9 159 212 964 XAF**) pour les activités y compris le prix des 20 appareils GeneXpert et huit milliards cinq cent soixante-six millions huit cent un mille neuf cent soixante-deux Francs (**8 566 801 96 2 XAF**) concernant les intrants (les tests , ARV, médicaments contre la Syphilis/ autres IST et le vaccin anti hépatite B , les coûts ont été fixés sur la base des hypothèses et ou forfait par insuffisance d'informations sur la quantification existante mais ce coût peut varier selon la disponibilité des intrants du Fonds Mondial en ce qui concerne la mère et l' enfant) .

Les ressources seront mobilisées grâce aux efforts conjugués de l'État, des partenaires techniques et financiers traditionnels comme le FM, ONUSIDA ,UNICEF, l'OMS.

II. INTRODUCTION

A l'instar des autres états du monde, la République Centrafricaine (RCA) s'engage pour mettre fin à l'épidémie du Sida d'ici à 2030. Dans cette perspective, il est essentiel d'atteindre l'objectif de dépistage, du traitement et de la suppression de la charge virale 95-95-95 pour les enfants, les adolescents et les adultes. Cela signifie que 95% des personnes vivant avec le VIH ont accès au dépistage et connaissent leur statut, 95% parmi elles sont traitées par les antirétroviraux (ARV) et 95% ont une charge virale indétectable parmi les personnes traitées. En outre, les nouvelles infections par le VIH chez les enfants sont éliminées.

Selon les statistiques de l'ONUSIDA au niveau mondial, 38,4 millions [33,9 millions–43,8 millions] de personnes vivaient avec le VIH en 2021²⁵ et 54 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et des filles. Environ 1,5 million [1,1 million–2 millions] de personnes étaient nouvellement infectées par le VIH, contre 3,2 millions [2,4 millions–4,3 millions] en 1996. Les femmes et les filles représentaient 49 % de toutes les nouvelles infections au VIH en 2021²⁵.

Quant au Programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH, des résultats très encourageants ont été notés ces 20 dernières années. Ces réussites sont le fruit de politiques audacieuses (parmi lesquelles le TAR universel pour les femmes enceintes et allaitantes) qui ont favorisé d'importantes avancées programmatiques. Malgré cet élan initial incontestable, les progrès accomplis en vue de l'e-TME ont ensuite été ralentis. Selon l'ONUSIDA en 2021, 81 % [63-97 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH dans le monde avaient accès à des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH à leurs bébés est bien inférieure à l'objectif mondial de 95 %.

En Afrique de l'Ouest et du Centre en 2021, le pourcentage de femmes enceintes qui accèdent aux médicaments antirétroviraux pour prévenir la Transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 60% [42–82%] beaucoup en deçà de l'objectif mondial.

En République Centrafricaine, les défis de la lutte contre le VIH/SIDA demeurent énormes. En effet, sur 88.000 PVVIH estimés dans le pays en 2020, les niveaux d'atteintes de 90-90-90 étaient de 62% des PVVIH qui connaissent leur statut, 58% des PVVIH+ étaient sous ARV selon l'ONUSIDA et 9,1% seulement ont une charge virale indétectable. En 2021, on estime à 83.000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en RCA dont 6.000 enfants de 0 à 14 ans (7,2%). La majorité des adultes infectés par le VIH sont des femmes avec 48.000 cas (57,83%). 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 2019 montrent un taux de transmission à 6 semaines de près de 8% et presque 20% si on inclut la période d'allaitement.

Dans le cadre de l'atteinte des objectifs mondiaux, la RCA a fourni beaucoup de d'efforts, (i) l'élaboration du plan d'élimination de la transmission verticale du VIH 2013-2016 dont la période de validité était épuisée sans une évaluation, (ii) l'existence d'un plan d'accélération de la Prise en charge pédiatrique 2017-2019 également non évalué, (iii) l'existence d'un nouveau Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le VIH/SIDA 2021-2025 assorti d'un plan opérationnel et (iv) le plan

de rattrapage 2017-2018 à l'instar des autres pays. Ce plan a fait l'objet de revue en début Juin 2018 qui a montré que les cibles visées tant pour la prévention, que la prise en charge médicale n'ont pas été atteintes avec entre autres pour cause l'insuffisance de financement.

En ce qui concerne , la Syphilis, selon l'OMS, on estime que deux millions de grossesses sont concernées chaque année par la maladie . En RCA , l'étude réalisée (Nov 2011 et Janv 2012) chez les femmes enceintes montre un taux de séropositivité à la Syphilis de 7,60% ³⁶

Quant à l' Hépatite B, l'OMS estimait en 2020 dans le monde que 325 millions de personnes étaient atteintes de l'hépatite virale B et sans vaccination, les nouveau-nés infectés développent dans 90% des cas la forme chronique de la maladie et sont de ce fait des réservoirs de propagation du virus. En RCA, la prévalence de l'hépatite B dans la population générale est de 12,86% ³³et parmi les femmes enceintes de 8,2 %.³³

Les différents rapports annuels d'activités des deux précédentes années fournis par le Programme National de Lutte contre les IST, le Sida, la Syphilis et les Hépatites B et le Programme PTPE révèlent que les femmes enceintes et les enfants sont à la traîne en matière d'accès aux dépistages, aux traitements et à la rétention dans le continuum de soins intégrés SR/VIH. **C'est pour cela que le présent plan est élaboré spécifiquement pour accélérer l'atteinte à la fois des résultats de l'élimination de la transmission verticale du VIH, mais également celle de la syphilis et de l'hépatite B pour la période 2023 - 2025.**

L'élaboration du présent Plan eTME, s'inscrit d'une part sur (i) les initiatives mondiales d'éliminer la syphilis congénitale et l' hépatite virale d'ici à 2030 en tant que problème de santé publique , la stratégie mondiale d'accélération de la riposte établie par l'ONUSIDA ; d'autres parts sur la stratégie mondiale du sida 2021-2026 ; de l'appel de Dakar de janvier 2019 où les Chefs d'État et de Gouvernement et les organisations sous régionales, sont déterminés à renforcer leur engagement politique et plus particulièrement à travers l'augmentation de l'allocation de ressources financières pour l'eTME et l'accès universel au traitement ARV chez l'enfant et enfin sur l'engagement de l'Union Africaine, des Chefs des États de la CEEAC et des Premières Dames réunies au sein de l'OPDAD en faveurs de l'eTME dans la sous-région.

III. LA METHODOLOGIE

La méthodologie adoptée a été participative, elle a concerné en un premier temps la relecture du Plan e-TME VIH puis rectifiée suites aux instructions de Son Excellence Monsieur le ministre de la Santé et de la Population à une révision /élaboration du plan e-TME selon la Théorie du Changement (ToC) afin d'obtenir le changement souhaité en rapport avec la résolution des problèmes identifiés.

2.1. La revue documentaire : elle s'est basée sur les références du draft du plan d'élimination de la transmission mère -enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B en RCA 2021-2024 (version décembre 2021) en y complétant avec celles relatives à la syphilis, et l'Hépatite B concernant la femme enceinte et l'enfant .

2.2. Les prises de contact : Elles ont été faites avec les cadres du Ministère de la Santé et de la Population et ceux du Comité National de Lutte contre le Sida, les Partenaires Techniques et Financiers (ONUSIDA, OMS, UNFPA, UNICEF, FM à travers la Croix Rouge Française) , les représentants des PVVIH, les acteurs communautaires, le Réseau des Groupes de Soutien-PTPE (cf liste annexes) .Ces prises de contact ont été quelquefois suivies d'interview afin d'obtenir les points de vues des uns et des autres sur la triple élimination de la transmission mère enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B et la combinaison des deux plans eTME et PECP (VIH, Syphilis, et Hépatite B).

2.3. Les réunions : Plusieurs réunions se sont tenues au niveau du CNLS avec la Task Force, au MSP, à l'ONUSIDA, à l' OMS et à l' UNICEF. Ces réunions ont permis à la consultante internationale de présenter ses observations sur la version décembre 2021 du plan eTME, obtenir des informations complémentaires et faire adopter son agenda de travail.

2.4. Les ateliers : trois ateliers se sont tenus .

2.4.1. L'atelier du CIDS : l'atelier s'est tenu du 23 au 24 mai 2022 dans les locaux du Centre d'Information et de Documentation sur le SIDA (CIDS). Cet atelier avait pour buts entre autres : (i) d'informer les participants sur la démarche méthodologique de la Théorie du Changement qui sera adoptée, (ii) faire la validation des observations de la consultante en terme d'insuffisances notées dans le plan (iii) identifier les problèmes inhérents à l'élimination de la transmission mère -enfant du VIH, de la Syphilis et de l' Hépatite B , (iv) analyser leurs causes (v) proposer des solutions y compris celles relatives à la Prise en Charge Pédiatrique du VIH, de la Syphilis et de l' Hépatite B en afin d'obtenir le changement souhaité dans le cadre de l'atteinte des objectifs de l'ONUSIDA et ceux de l'OMS pour l'élimination de la Syphilis néonatale et l'hépatite virale d'ici à 2030.

La faiblesse du nombre de participants et le nombre de jours prévus ne nous ont pas permis de traiter séparément les problèmes liés à l'élimination de transmission mère-enfant du VIH, de la Syphilis, et l'hépatite B de même que la prise en charge pédiatrique . A cet effet , l' atelier a fixé des hypothèses en tenant compte des acquis et des insuffisances de la mise en de la mise en œuvre des anciens plans (plan é-TME 2013-2016 et du plan d'accélération de la PECP 2017-2019) et de l'expertise des participants dans le domaine.

L'insuffisance de recule sur la lutte contre les Hépatites virales d'une façon générale et spécifiquement chez la femme enceinte et l'enfant et l'insuffisance des données standardisées par niveau concernant l'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis et de la prise en charge pédiatrique de l'enfant infecté à la Syphilis n'ont pas été retenus comme condition sinequanone pour identifier les éventuels problèmes liés à ces deux maladies pour l'élaboration du nouveau plan. Nous les avons toutes mises sur le même niveau que le VIH sachant la lutte contre la Syphilis et l'hépatite B pourrait être confrontée aux mêmes goulots d'étranglements que celle du VIH/SIDA. A la suite de cet atelier, cinquante-cinq (55) problèmes ont été identifiés, quarante-deux (42) ont été retenus pour les trois maladies puis analysés et classés par ordre de priorité. Parmi ces quarante-deux (42), cinq (05) problèmes ont été classés comme prioritaires dont les trois premiers sont en rapport direct avec les piliers de la PTME (avec comme problème central l'insuffisance de dépistage) et deux autres en rapport avec les axes transversaux.

2.4.2. L'atelier de Boali : Cet atelier a été tenu à Boali du 13 au 17 juin 2022, son but était d'identifier les stratégies pour la résolution des problèmes, élaborer le cadre de résultats selon les principes de ToC.

2.4.3. L'atelier de Bimbo : ou atelier de restitution du plan, Il a eu lieu les 23, 24 Août 2022 au centre Épiscopal de Bimbo. La consultante a présenté la synthèse du rapport du plan e TME VIH, Syphilis, Hépatite B et la Prise en charge pédiatrique du VIH, de la Syphilis et l'Hépatite B, après discussions et éclaircissements de certaines stratégies, le plan a été adopté à l'unanimité sous réserve de la prise en compte des observations. Ces observations ont fait l'objet de travaux de groupes pour compléter la quantification et les coûts des intrants. Les deux jours prévus n'ont pas permis aux groupes de finaliser le travail. Les amendements devraient être envoyés à la consultante dont la mission prenait fin le 27 Août 2022.

2.5. La détermination des cibles du plan :

2.5.1. Les cibles du dépistage

Les prévalences, les cibles et les cascades pour les femmes enceintes et les enfants sont connues pour le VIH. Elles ne sont pas autant standardisées pour la Syphilis et l'hépatite B bien que la Syphilis soit intégrée et prise en charge lors des consultations pré-natales et que l'Hépatite B a été toujours traitée par les spécialistes, un programme est en cours d'élaboration. A cet effet, nous nous sommes limités aux données de la recherche au niveau du pays, à celles de l'OMS pour l'Afrique de l'Ouest et Centre et à l'expertise des cliniciens spécialistes dans desdits domaines. C'est dans ce contexte que nous avons fixé une prévalence consensuelle pour chacune des deux maladies (Syphilis et Hépatite B) pour faire les estimations :

- La Syphilis, nous avons retenu le taux renseigné dans l'étude faite dans les sept régions de la RCA de novembre 2011 à Janvier 2012 chez 434 femmes enceintes suivies en CPN où 33 étaient positives à la Syphilis soit un taux de séropositivité de **7,60%**. Quant au taux de transmission, celui de l'OMS, inférieur à 500 cas pour 100 000 naissances vivantes a été pris en compte pour l'élimination de la transmission la Syphilis de la mère à l'enfant.

- L'hépatite B, Le taux de séropositivité de l'hépatite B retenu chez les femmes enceintes en Centrafrique est celui communiqué lors de l'atelier de réflexion sur les hépatites virales soit **8,2%**³³. Le taux de transmission de mère à l'enfant pris en compte est celui de l'OMS compris entre 70 % et 90 % pour les mères qui présentent une charge virale du VHB élevée (ou chez qui le test de recherche de l'AgHBe est positif), et entre 10 % et 40 % pour celles chez qui le test de recherche de l'AgHBe est négatif.

2.5.2. Les cibles du traitement :

Les conditions de mise sous traitement, les examens biologiques et les schémas thérapeutiques et les outils de collecte étant consensuels (mondial et adoptés par le pays) et connus pour le VIH. Les directives de prise en charge de l'OMS existent pour la Syphilis et l'Hépatite B, elles ont été mises à profit avec l'appui des spécialistes pour proposer les présents schémas qui figurent dans le plan. Les mêmes démarches ont été faites pour les outils et indicateurs.

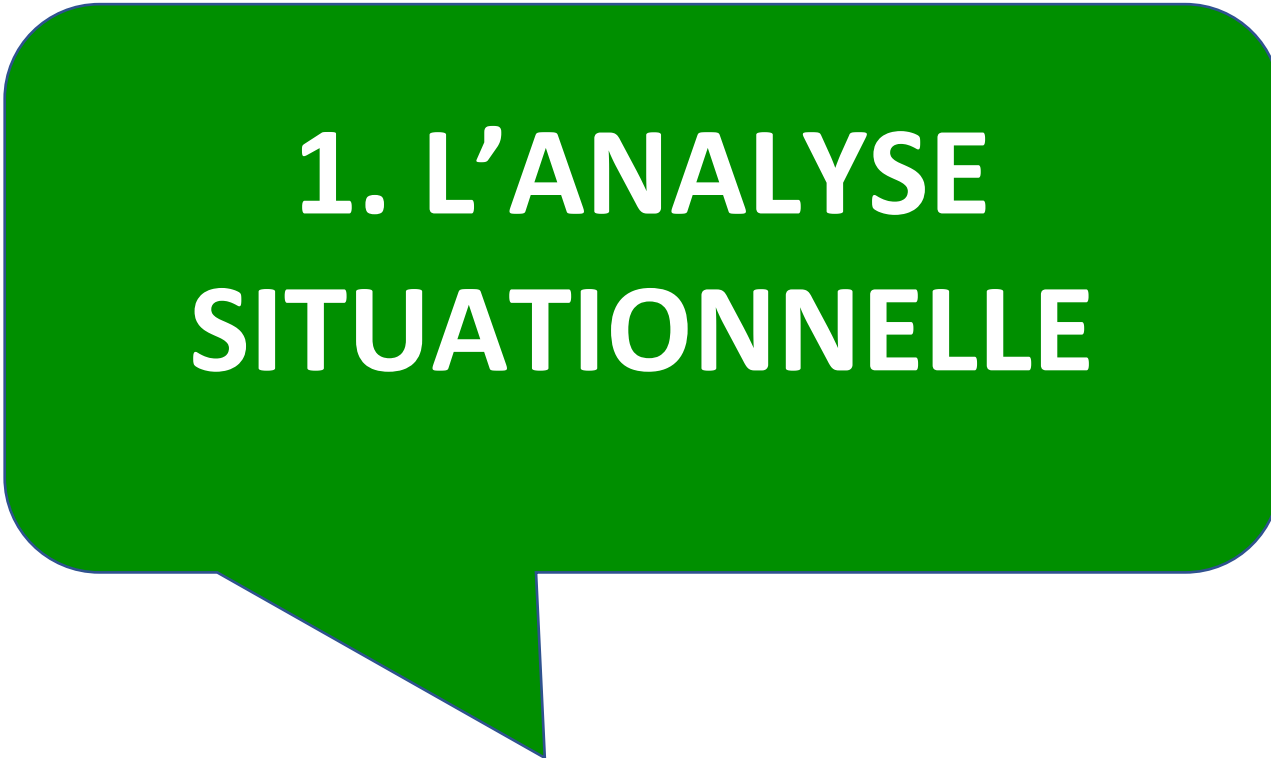
Ces hypothèses fixées vont conduire toute la démarche du plan de la triple élimination (VIH, Syphilis, et Hépatite B en ce qui concerne l'analyse des problèmes, des solutions, des effets, des produits, des stratégies, des activités, des cibles et la prise en charge.

2.6. Les limites de la consultation :

L'insuffisance de temps et le changement de TDR : Les TDR de la consultation initialement prévus pour amener le plan TME VIH, Syphilis, Hépatite B 2022-2024, ont été rectifiés en une révision/élaboration selon la théorie de changement d'un plan intégré d'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH, de la Syphilis, de l'Hépatite B et de la Prise en Charge Pédiatrique du VIH, de la Syphilis et l'Hépatite B.

La non-visite d'au moins d'un site de prise en charge VIH : Au cours de la mission, aucun site de prise en charge adulte ou pédiatrique VIH n'a été visité.

Le calendrier chargé des cadres du Ministère de la Santé et de la Population et ceux de la Coordination Nationale de la Lutte contre le Sida : Cette dernière limite a été un facteur déterminant de la durée de la consultation en témoignent les différents reports des ateliers et le long temps de rendu des observations sur le plan soumis afin de le finaliser.



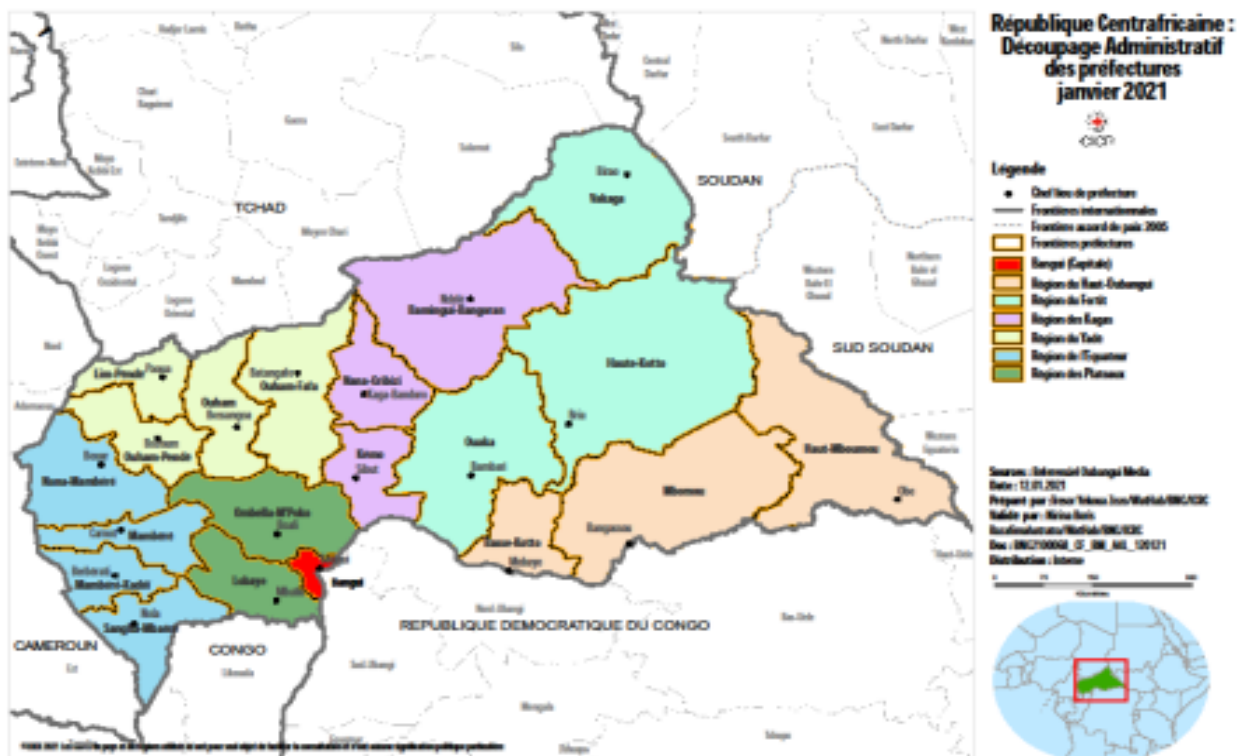
1. L'ANALYSE SITUATIONNELLE

1. L'ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1. LE PROFIL GEOGRAPHIQUE, DEMOGRAPHIQUE ET SOCIO-SANITAIRE

1.1.1. LA SITUATION GEOGRAPHIQUE

La République Centrafricaine est un pays enclavé, situé en zone tropicale qui s'étend sur une superficie de 623 000 km². Elle est limitée à l'est par le Soudan et le Soudan du sud à l'ouest par le Cameroun, au nord par le Tchad et au Sud par la République Démocratique du Congo (RDC) et la République du Congo (Carte 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, etc.



Carte 1 : situation géographique RCA

1.1.2. LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE

Selon les données de projection du Recensement General de la Population (RGPH) en 2021, la population centrafricaine est estimée à **6 091 097** habitants (soit une densité moyenne de 10 habitants au km²). En dehors de Bangui et ses environs avec 1.425 276 habitants (23,39%), les quatre (4) préfectures sur les 16 les plus peuplées en 2021 que compte le pays sont : Ouham-Péndé 685 466 habitants (soit 11,25%) ; Mambéré-Kadéï 538 645 habitants (soit 8,84%) ; Ouham : 523 383 habitants (soit 8,59%) et Ouaka 446 354 habitants (soit 7,32%). Les femmes en âge de procréer représentent 24,10 %, les enfants de moins de 5 ans représentent 16,10 %. En 2025, la prévision de la population totale en RCA est estimée à **6 515 974** habitants.

1.1.3. LA SITUATION SOCIALE

La protection sociale représente une des priorités du Gouvernement comme facteur d'intégration nationale et de la cohésion sociale. La RCA est l'un des pays les plus pauvres au monde. La pauvreté reste omniprésente et élevée. Le taux de chômage est élevé 6,6% en 2021 selon les estimations de l'OIT) et la majorité de la population (71%) vit sous le seuil de pauvreté avec moins de 2 dollars US par jour. Selon le rapport de la Banque Mondiale en 2020, la moitié de la population est en besoin d'aide humanitaire.

1.1.4. LA SITUATION SANITAIRE.

1.1.4.1. l'organisation du secteur de la santé

Le système de santé de la RCA est de type pyramidale à trois niveaux dont la base représente le niveau le plus périphérique et le sommet le niveau central. Ce modèle décrit les aspects structuraux en termes d'infrastructures sanitaires et fonctionnels en termes d'activités.

- a) **Le niveau central ou stratégique** : ce niveau, dit d'appui stratégique, englobe le ministère de la santé, les autres départements ministériels connexes, les institutions publiques ou privées de formation (FACSS, Laboratoire National...), de recherche (Institut Pasteur de Bangui), les hôpitaux et établissements centraux.
- b) **Le niveau intermédiaire ou d'appui** : ce sont les directions régionales de santé incluant les hôpitaux régionaux. Ces directions sont chargées d'apporter l'appui technique aux districts sanitaires.
- c) **Le niveau périphérique ou opérationnel** est constitué par le district de santé, il est l'unité opérationnelle des Soins de Santé Primaires (SSP). Ce niveau est composé de l'hôpital de district et du réseau des centres de santé et postes de santé. C'est le lieu où sont gérés les services de santé, les ressources des communautés et les budgets locaux.

Selon les données PPTTE 2021, le nombre des établissements de santé en 2021 est de 1.015 dont 925 fonctionnels y compris les hôpitaux (5 centraux, 5 régionaux, 27 hôpitaux de Districts et 18 hôpitaux secondaires). La Région Sanitaire N°3 compte le plus grand nombre des structures sanitaires, 242 soit 24% contrairement à la Région Sanitaire N°7 qui en compte 63 soit 6% (*Données du programme PPTTE 2021*). Il faut noter qu'au premier semestre 2021, 85 soit 32,95% des structures sont réhabilitées/construites, par contre 173 (soit 67,05%) restent à réhabiliter/construire (PNDS 2022-2026).

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.

1.1.4.2. Les indicateurs de santé

Le pays a souscrit aux déclarations et résolutions internationales qui sous tendent la politique et les stratégies en matière de santé, entre autres la déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des systèmes de santé, la stratégie de Santé de l'Afrique 2016 - 2030 de l'Union Africaine. Le pays a aussi adopté des textes législatifs et réglementaires pour orienter les interventions dans le secteur de la santé. Malgré les efforts déployés par tous les gouvernements qui se sont succédés et les contributions des partenaires, la situation sanitaire du pays demeure préoccupante, particulièrement suite à la longue crise que le pays traverse depuis 2012. A cet effet les principaux indicateurs de santé comme, les taux de mortalité infantile et maternelle sont parmi les plus élevés au monde tout comme la prévalence des maladies y compris le VIH/SIDA.

- Le taux brut de mortalité est passé de 20,1 ‰ en 2003 à 16,8‰ en 2021 d'après les projections faites à partir des données du RGPH 2003 ;
- La mortalité infanto-juvénile est passée de 176 décès pour mille naissances vivantes en 2010 (MICS 4), à 99 décès pour mille naissances vivantes en 2019 (MICS 6 2018-2019)¹², ce taux reste encore très élevé ;
- La mortalité néonatale est estimée à 28 ‰ naissances vivantes (MICS6, 2018-2019)¹² ;
- L'analyse des tendances du ratio de mortalité maternelle montre qu'à la suite d'une régression du ratio de la mortalité maternelle de 683 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1988 (RGP), celui-ci a atteint un pic de 1 355 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2003 (RGPH) pour diminuer en 2010 à 882 décès 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 2ème rang des taux les plus élevés.
- L'espérance de vie à la naissance est estimée à 53,3 ans en 2021 alors qu'elle était de 52,80 ans en 2018 (MICS6)¹² ;
- Selon l'enquête SONU réalisée en 2020, les cinq principales causes de décès maternels en RCA sont : les dystocies/travail prolongé (32%), les infections du postpartum (28%), les hémorragies du post et anté partum (respectivement 12% et 8%) et les complications des avortements (8%) ;
- Le pays observe une forte fécondité, en moyenne 6,4 enfants par femme avant la fin de sa vie procréatrice (MICS6 2018-2019)¹². Les causes de cette forte fécondité sont entre autres la faible prévalence contraceptive qui est de 18% en 2020 (source Banque Mondiale) avec la survenue de grossesses précoces qui exposent à des risques de mortalité maternelle et de morbidité maternelle tels que les fistules obstétricales.

1.1.4.3. l' impact de la COVID-19 sur le système de santé

L'épidémie de COVID-19 a eu des impacts négatifs sur le système de santé global en RCA, déjà mis à mal par les multiples conflits militaro-politiques.

- a) **Dans le cadre du leadership et de la gouvernance** : Un dysfonctionnement observé au niveau du cabinet et des différentes Directions aux niveaux central et décentralisé.

- b) **Au niveau des prestations de service** : on note : (i) un ralentissement des activités dans les Formations Sanitaires (FOSA) liées aux restrictions des déplacements et à la limitation du nombre d'individus dans les transports en commun ; (ii) la peur aussi bien des malades et du personnel d'être infectés (insuffisance des EPI) ; (iii) les surcharges de travail, notamment dans les maternités et laboratoires ; (iv) la réduction nombre de personnel suite à leur contamination ; (v) les ruptures en médicaments dans les FOSA du fait de la fermeture des frontières, de la rareté des compagnies aériennes et les restrictions de voyages dans les villes et les provinces ; (vi) la faiblesse de financement pour les autres programmes de santé car ressources allouées ont été réorientées par la force des choses dans la lutte contre la COVID-19.
- c) **Au niveau des programmes y compris le VIH/SIDA/SMNI/SR** : L'épidémie de COVID-19 a eu des impacts négatifs sur l'offre de soins et les résultats des programmes y compris ceux du VIH, du SIDA et de la Santé de la Reproduction notamment : (i) une discontinuité de fonctionnement des centres de diagnostic et de prise en charge des trois maladies perturbant le continuum de soins ; (ii) La fermeture des frontières a entraîné un retard dans la livraison des médicaments et des intrants pour la prise en charge des trois maladies entraînant parfois des ruptures de stock au niveau des sites de prise en charge et au niveau central ; (iii) La demande des soins a été affectée par la crainte des patient(e)s de se rendre dans les FOSA de peur de contracter la COVID-19 et d'être stigmatisés ; (iv) Une détérioration des principaux indicateurs suites aux difficultés de transmission des données altérant du coup leur qualité ; (v) L'offre de services communautaires ciblant les populations clés et vulnérables a été ralenti (PVVIH, PS, HSH, Patients TB, etc.).

1.2. LE PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉPATITE VIRALE B EN RCA

1.2.1. LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH

1.2.1.1. La prévalence du VIH dans la population générale de 2011 à 2021

L'épidémie de l'infection à VIH en RCA est de type généralisé, la prévalence du VIH est en baisse constante depuis 2011 selon les estimations de l'ONUSIDA, elle est passée de 4,7% [4,1 – 5,4] en 2011 à 2,7% [2,2-3,3] en 2021 (source Spectrum RCA 2021)²⁶.

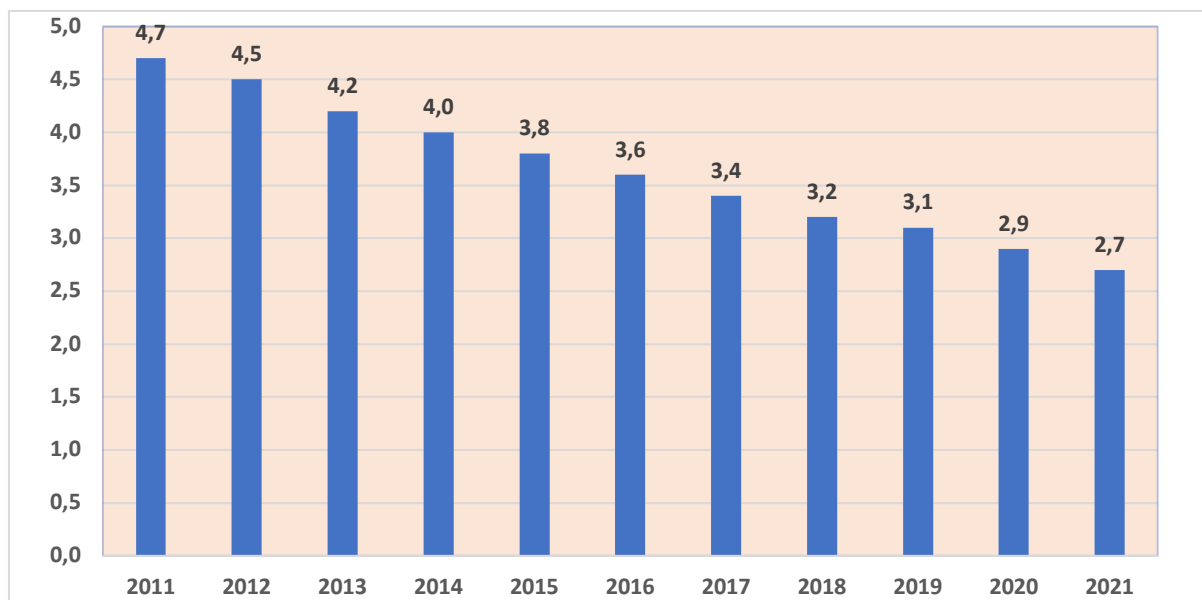


Figure 1 : Prévalence Nationale du VIH de 2011-2021 source Spectrum 2021.

Toutefois, la prévalence chez les femmes de 15 à 49 ans est de 3,4% (2,7-4,2) reste supérieure à la prévalence nationale (2,7%) et à celle des hommes 2,1% (1,6-2,6) de la même tranche d'âge. La voie sexuelle est le principal mode de contamination.

On estime à 83.000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en RCA en 2021 dont 6.000 enfants de 0 à 14 ans (7,2%). La majorité des adultes infectés par le VIH sont des femmes avec 48.000 cas (57,83%).

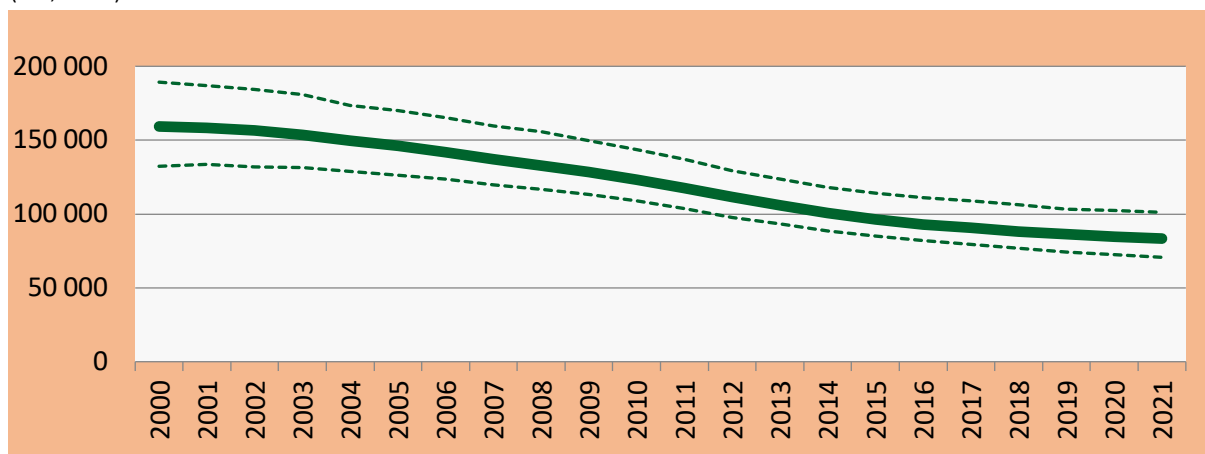


Figure 2 : Nombre de Personnes vivant avec le VIH 2000-2021 source Spectrum 2021.

1.2.1.2. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes

Selon les données du programme de prévention parents-enfants 2021, le taux de séropositivité de l'infection à VIH chez les femmes enceintes est passé de 2,91% en 2020 à 2,45% en 2021, soit une légère diminution. Malgré la tendance nationale de la diminution de la séropositivité, il reste supérieur à la moyenne dans plus de la moitié les régions (région 2 à 3,44%, région 3 à 2,62%, et région 7 à 3,64%).

1.2.1.3. La prévalence du VIH dans les autres populations

a) La 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 infectées par le VIH ². Cette proportion est également plus élevée que celle relevée par l'enquête séro-comportementale réalisée à Bangui en 2014(9,1%)²¹

b) La 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%)²

c) La prévalence du VIH chez les personnes privées de liberté (Détenus)

En 2017, lors d'une campagne de dépistage auprès de 556 personnes privées de liberté à la Maison d'Arrêt de Ngaragba à Bangui, 3.6% étaient positifs pour le VIH¹.

d) La prévalence du VIH chez les hommes en uniforme

Selon les résultats de l'enquête de séroprévalence de 2009, la prévalence du VIH au sein de la population militaire était de 7,8%.² En 2018, les données des visites médicales de réengagement de tous les militaires ont donné une prévalence de 5,8%.² Certes, il y'a une décroissance, mais le taux reste encore supérieur à celui de la population générale.

e) La prévalence du VIH chez les adolescents et jeunes

Quoique les données issues de l'enquête MICS 2010 soient anciennes, elles révélaient que la prévalence du VIH/Sida parmi les jeunes de 10 à 24 ans était de 2,8%² dont 4,2%² chez les filles, et 0,7% chez les garçons. Tout comme chez les personnes 15-49 ans, la prévalence chez les filles restait supérieure à celle des garçons.

Au cours des cinq dernières années en RCA, selon les données du Spectrum 2021, on constate une prévalence du VIH presque deux fois plus élevée chez les jeunes filles de 15 à 24 ans que les garçons de la même tranche d'âge. Ces données confirment la persistance de la féminisation de l'épidémie à VIH.

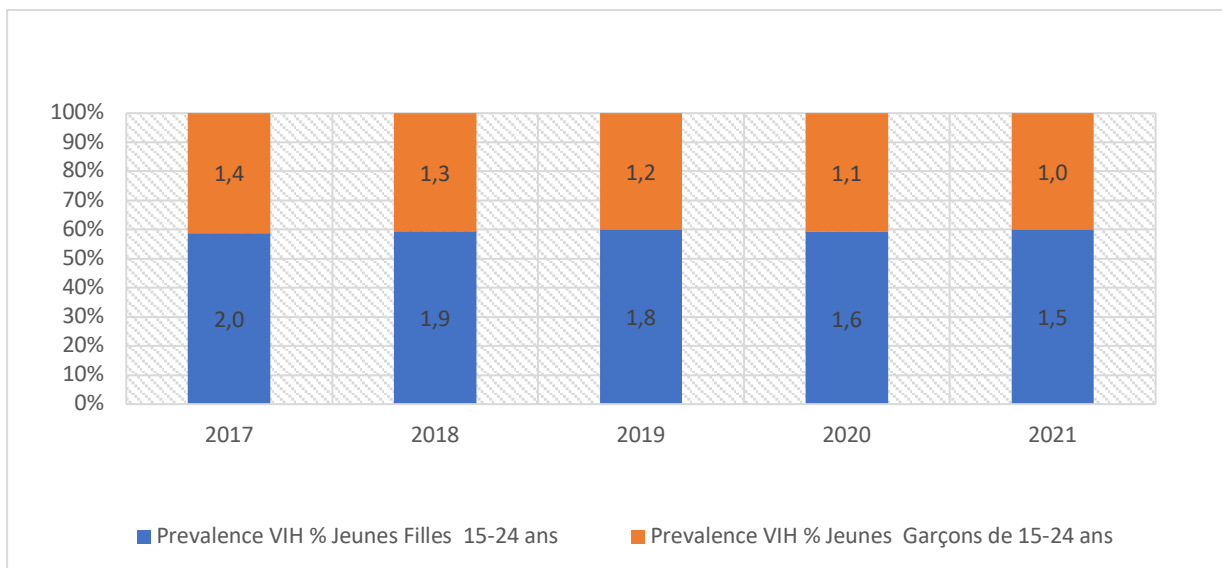


Figure 3 : Prévalence VIH/SIDA de 2011 - 2021 chez les jeunes Filles et Garçons (Spectrum 2021)

1.2.1.4. L'incidence du VIH dans la population générale de 2011 à 2021

Selon les estimations du *Spectrum_RCA 2021*, l'incidence du VIH tout âge confondu pour 1 000 personnes est de 0,58 [0,33 – 0,98], moins élevée chez les adultes avec 0,09 [0,05 – 0,17] contre 1,11(0,72-1,51) chez les adolescents de 15 -19 ans. Les nouvelles infections sont passées de 4 100 [2 800 – 6 200] en 2017 à 2700 [1 600 – 4 600] en 2021 , cette baisse serait due entre autres à la mise en œuvre des interventions de prévention réalisées par l'état avec la contribution des acteurs de terrain (ONG/OAC) aussi l'augmentation du nombre de patients sous traitement antirétroviral d'où la nécessité de renforcer les acquis .

Concernant les adolescents (tes) et les jeunes (G-F) d'une manière générale, les nouvelles infections ont connu également une tendance à la diminution.

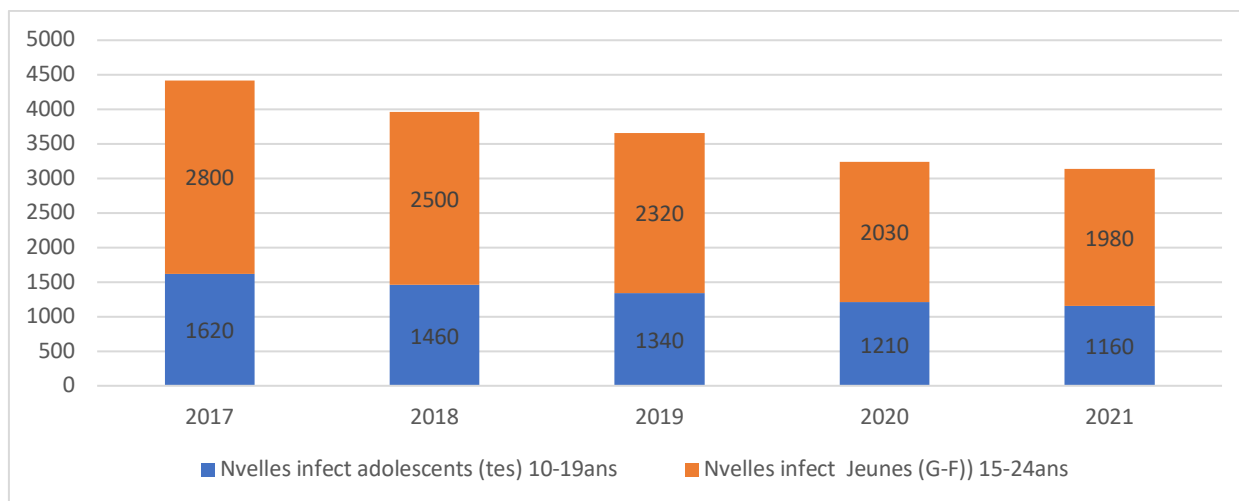


Figure 4 : Nouvelles infections VIH/SIDA chez les Adolescents (tes) et Jeunes (G-F) 2017 - 2021 (Spectrum 2021)

1.2.2. LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA SYPHILIS

La syphilis constitue aujourd'hui encore un problème mondial de santé publique, selon les estimations de l'OMS, 12 millions de personnes sont infectées chaque année, bien qu'il existe des mesures de prévention efficaces comme le préservatif et les médicaments aussi efficaces et relativement peu coûteux, la syphilis demeure encore un problème de santé publique.

1.2.2.1. La prévalence de la Syphilis chez les femmes enceintes

Selon l'OMS, on estime que deux millions de grossesses sont concernées chaque année par la maladie. Les femmes enceintes atteintes de syphilis peuvent transmettre la maladie à l'enfant à naître, on parle alors de la syphilis congénitale et les issues de la grossesse peuvent être défavorables, environ 25 % d'entre elles se terminent par une mortinaissance ou un avortement spontané et dans 25 % des cas, l'enfant souffre d'insuffisance pondérale à la naissance ou d'une infection grave. Ces deux phénomènes associés ont un risque accru de décès périnatal, or la charge que représente la syphilis congénitale est encore généralement sous-estimée.

Une étude réalisée³⁶ dans les sept régions de la RCA de novembre 2011 à Janvier 2012, dans deux groupes d'échantillons indépendants (*le premier échantillon de deux cent dix-sept (217) cas de femmes enceintes VIH positives*) et un deuxième échantillon (*de deux cent dix-sept 217 témoins femmes enceintes VIH négatives*) aléatoirement choisies parmi une population de 4750 femmes enceintes, suivies en CPN durant la même période, renseigne que dans les deux groupes de 434 échantillons testés trente-trois (33) soit 7,60 % étaient positives pour la syphilis, dont vingt et une (21) soit 9,7 % des femmes enceintes sont positives au VIH, deux cent vingt un (221) soit 50,90% étaient positives pour la toxoplasmose dont cent dix-sept (117) % sont coinfectées VIH/Toxoplasmose soit 53,9%. Cette étude a montré pour la première fois en RCA, la prévalence élevée de la toxoplasmose et de la syphilis chez les femmes enceintes VIH positives et VIH négatives. A cet effet, il est important que des campagnes de dépistage régulier de ces IST soient organisées en routine dans le pays.

1.2.2.2. La prévalence de la Syphilis dans d'autres populations

En RCA, 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. Au-delà de ces données et de celles provenant de la surveillance de la syphilis au niveau des centres de santé, peu d'informations standardisées sont disponibles. La perspective pour la RCA de s'aligner sur l'initiative mondiale d'éliminer la syphilis congénitale en tant que problème de santé publique est sans équivoque. A cet effet, il est important et urgent que des actions de portée nationale soient déployées rapidement. C'est pour ces raisons que les autorités du pays ont décidé d'adjoindre au Plan eTME VIH, l'élimination de la Syphilis néonatale.

1.2.3. LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'HÉPATITE B

L'hépatite B, provoquée par le virus de l'hépatite B à ADN enveloppé infecte le foie, provoquant la nécrose hépatocellulaire et l'inflammation. L'infection par le VHB peut être aiguë ou chronique. La gravité de la maladie varie de la forme asymptomatique à la forme symptomatique et évolutive. L'hépatite B chronique (HBC) définie comme la détection persistante dans le sang de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) pendant six mois ou plus est un sérieux problème de santé publique.

Selon l'OMS, on estime à 240 millions dans le monde, le nombre de personnes souffrant d'une infection chronique, surtout dans les pays à revenu faible ou moyen (PRFM). Les principales complications de l'hépatite B chronique (HBC) sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire (CHC). 20 à 30% des personnes qui sont infectées développent ces complications. La plupart des gens ne savent pas qu'ils ont une infection par le VHB et sont diagnostiqués à un stade avancé de la maladie. Les résolutions sur l'hépatite virale adoptées par l'assemblée mondiale de la santé et le comité régional de l'OMS pour l'Afrique, en 2010 et 2014 respectivement, reconnaissent l'hépatite virale comme un problème de santé publique.

En République Centrafricaine, les différents travaux réalisés concernant les virus des hépatites responsables d'hépatites chroniques montrent que les 5 principaux virus responsables des hépatites virales se retrouvent dans le pays. Les prévalences communiquées à la conférence AFRAVIH 2016 montrent des prévalences dépassant les 16% dans les trois régions de la charnière centrale du pays : Ouaka, Bamingui-Bangoran et Vakaga. Ainsi la RCA se situe dans la zone de haute endémicité dans le cas de l'infection par le VHB ainsi que par le VHD. A cet effet, les hépatites virales constituent également un véritable problème de santé publique en RCA.

1.2.3.1. La prévalence de l'hépatite B chez la femme enceinte.

En ce qui concerne l'hépatite B chez les femmes enceintes et les enfants, il n'existe peu de données pertinentes pour la prise de décision et d'outils de dépistage. Toutefois, les données communiquées lors de l'atelier de réflexion sur les hépatites virales B et C font état d'une prévalence d'hépatite B³³ de 8,2% chez les femmes enceintes. La couverture limitée des interventions efficaces de la prévention et le coût de la prise en charge sont des obstacles majeurs de cette lutte qu'il convient de surmonter.

Il faut souligner que, la Fondation « Cri de Cœur d'une Mère » en partenariat avec la Firme Pharmaceutique Abbott a appuyé le Ministère de la Santé et de la Population dans la mise en œuvre d'un projet de Promotion du dépistage du VIH, de la Syphilis, de l'Hépatite et du Paludisme chez les femmes enceintes dans un district sanitaire composé de trois (03) sous-préfectures. Au cours de ce projet⁸, **mille neuf cent vingt-trois** (1.923) femmes enceintes ont été dépistées et 13,10% des conjoints ont été également dépistés grâce à la stratégie de mobilisation communautaire. L'analyse des résultats montre que l'Hépatite B représente 7,64% chez les femmes enceintes et 12,76% des conjoints sont aussi infectés par l'hépatite B. La Syphilis est présente dans une proportion de 2,96% chez les femmes enceintes et de 7,24% chez leurs conjoints. Quant au VIH, 2,65% des femmes enceintes ont été testées positives contre 2,76% chez leurs conjoints.

Le Gouvernement à travers le Ministère de la Santé, dans le cadre de la riposte contre les hépatites virales a mis en place en 2019 un service de lutte contre les Hépatites virales au sein de la Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles (DLMT) pour coordonner et harmoniser les activités de lutte dans le pays. Aussi, un Plan Stratégique National de Lutte contre les Hépatites Virales en RCA est en cours d'élaboration à la DLMT avec l'appui de ses partenaires.

1.2.3.2. La prévalence de l'hépatite B dans les autres populations

Plus récemment en 2016, une étude séro-épidémiologique du VIH, de la syphilis et des virus des hépatites B et C chez les donneurs de sang à Bangui, République Centrafricaine²⁴ a été réalisée. Cette étude²⁴ a montré que les séroprévalences du VHB, du VHC, de la syphilis et du VIH étaient respectivement de 8,89%, 4,72%, 4,36% et 5,98%.

Quant aux Homosexuels masculins et les Travailleuses de Sexe (TS), les prévalences signalées lors de l'atelier de réflexion sur les hépatites virales B et C sont respectivement de 19,8%³³ et 11,9%.³³

1.2.4. SITUATION DES CO INFECTIONS

1.2.4.1 La coïnfection VIH-Syphilis

Une étude réalisée dans les sept régions de la RCA de novembre 2011 à janvier 2012 nous renseigne que la co-infection VIH- syphilis-toxoplasmose était à 6,00 % Au-delà de cette information, il existe une insuffisance de données sur le plan national pour traiter ce chapitre coïnfection VIH/Syphilis. Ainsi les outils de collecte du nouveau plan prendront cet aspect en compte afin de pouvoir mesurer la réduction de cette coïnfection lors de la mise en œuvre dudit plan. Toutefois, dans les zones géographiques où la prévalence du VIH est élevée, les patients atteints de syphilis primaire doivent être retestés pour le VIH après 3 mois si le premier résultat du test VIH était négatif.

1.2.4.2. La coïnfection VIH -Hépatite B

L'infection de l'Hépatite B chez les femmes enceintes en RCA bien qu'elle soit est un problème de santé Publique, la non opérationnalité du programme de lutte contre les Hépatites virales en RCA et la non disponibilité des données standardisées par niveau ne nous permettent pas d'avoir de recul pour l'élaboration du plan. Toutefois, une étude réalisée d'Aout 2011 à avril 2012 à Bangui montre que la coïnfection chez 55 donneurs de sang VIH-VHB était de 6, 47%.³⁴ Quant à la co-infection chez les femmes enceintes, les jalons seront posés dans le nouveau plan afin de pouvoir produire des

indicateurs sur la coïnfection VIH/Hépatite B chez les femmes enceintes et les enfants. Ces jalons prendront également en compte les cas de triple coïnfection VIH, Syphilis/Hépatite B.

1.2.4.3. La situation de la co-infection VIH/TB

Dans le cadre des coïnfections, la tuberculose n'est pas traitée dans le Plan eTME du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite 2023-2025, mais une attention particulière lui est portée compte tenu de sa survenue chez les patients VIH et vice- versa. Ainsi de 2015 à 2018, une nette amélioration a été observée au niveau des activités de dépistage du VIH parmi les tuberculeux : 47% en 2015, 77 % en 2017 et 79% en 2018, dont 26% sont séropositifs en 2018. 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). Sur 108 patients souffrant de tuberculose multirésistante (TB-MR) suivis entre le 1er Janvier 2013 et le 30 Septembre 2016, 16,7% étaient VIH positifs et ce statut avait significativement contribué à la proportion élevée de décès des cas de TB-MR2 3. On estime en 2019, qu'il y a eu 4600 décès dus à la tuberculose parmi les personnes séronégatives et un nombre supplémentaire de 2900 décès dus à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. A la même année 12046 personnes ont été diagnostiquées comme atteintes de tuberculose, mises sous traitement et notifiées au programme national de lutte contre la tuberculose, ce qui représente une couverture de 47 % du traitement de la tuberculose. Parmi ces 12046 personnes TB Positives, 83 % connaissaient leur statut VIH, dont 25% étaient déjà connues comme vivant avec le VIH. La couverture du traitement de la tuberculose et du VIH était de 35% [25 - 54%] en 2019 (c'est-à-dire la proportion de personnes vivant avec le VIH qui ont développé une tuberculose incidente et qui ont reçu un traitement) (*Source : ONUSIDA 2020 et PSNVIH RCA 2021-2025*).

2. L'ANALYSE DE LA REPONSE

2. ANALYSE DE LA REPONSE

2.1. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE -ENFANT

2.1.1. CONTEXTE GENERAL DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

La lutte contre le Sida demeure une priorité de santé publique pour le Gouvernement qui s'est engagé pour l'élimination du Sida d'ici 2030. Dans le cadre de la prévention de la transmission Mère Enfant, la République Centrafricaine a élaboré un plan d'Élimination de la Transmission Mère -Enfant du VIH (e-TME) couvrant la période 2013 à 2016. L'analyse de la réponse nationale au VIH/SIDA montre que malgré les progrès accomplis, l'eTME et de la prise en charge pédiatrique demeurent une préoccupation majeure de la réponse au VIH en RCA.

A cet effet la RCA à l'instar des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, a adopté l'Appel de DAKAR en 2019 pour le renouvellement d'engagement en vue de l'eTME et la couverture universelle du dépistage et du traitement du VIH chez l'enfant d'ici 2020 lors de la Réunion de haut niveau tenue à Dakar du Dakar (Sénégal) du 16 au 18 janvier 2019. Ainsi le pays a retenu dans les priorités nationales de la riposte au VIH/SIDA, de mettre fin au sida pédiatrique tout en éliminant les nouvelles infections pédiatriques⁴.

Concernant l'hépatite B, la RCA est en cours d'élaboration d'un plan Pan Stratégique National de la Lutte les hépatites virales, qui contribuera entre autres à l'élimination des virus des hépatites virales B et C comme menace de santé publique en République Centrafricaine d'ici 2030. Les résultats de certaines études et enquêtes en RCA révèlent que la prévalence de l'hépatite B dans la population générale 12,86%³³ et de 8,2% parmi les femmes enceintes⁵.

Quant à la Syphilis, la perspective de s'aligner sur l'initiative mondiale d'éliminer la syphilis congénitale en tant que problème de santé publique y est soutenue par la RCA.

En tenant compte de ce qui précède pour l'Hépatite B et la Syphilis et leurs modes de transmission de la mère à l'enfant, la RCA compte intégrer l'élimination de la transmission mère -enfant de la Syphilis et de l'hépatite B dans le Plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH d'où un plan de triple élimination mère enfant du VIH, de la Syphilis de l'Hépatite B et de la Prise en Charge Pédiatrique du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B durant la période 2023 -2025.

2.1.2. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

Dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, un plan e - TME couvrant la période 2013 à 2016 a été élaboré et mis en œuvre. Cependant, l'évaluation de la mise en œuvre de

ce plan n'a jamais été faite. Il est important de faire des analyses de sa mise en œuvre avant l'élaboration du nouveau plan.

2.1.2.1. L'ETAT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN e -TME 2013-2016

a) La disponibilité de l'offre des soins

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 Minium d'activités des postes de santé²⁷. Cependant, le constat est que tous les services de SMNI n'intègrent pas la CPN (cf tableau 1) . Ainsi, en fin 2021 (cf tableau 1) sur 1015 FOSA que compte la RCA, 925 FOSA sont fonctionnelles (données de la coordination PTPE 2021) soit 91,1%. Parmi elles, 87,57% (810/925) offrent la CPN .

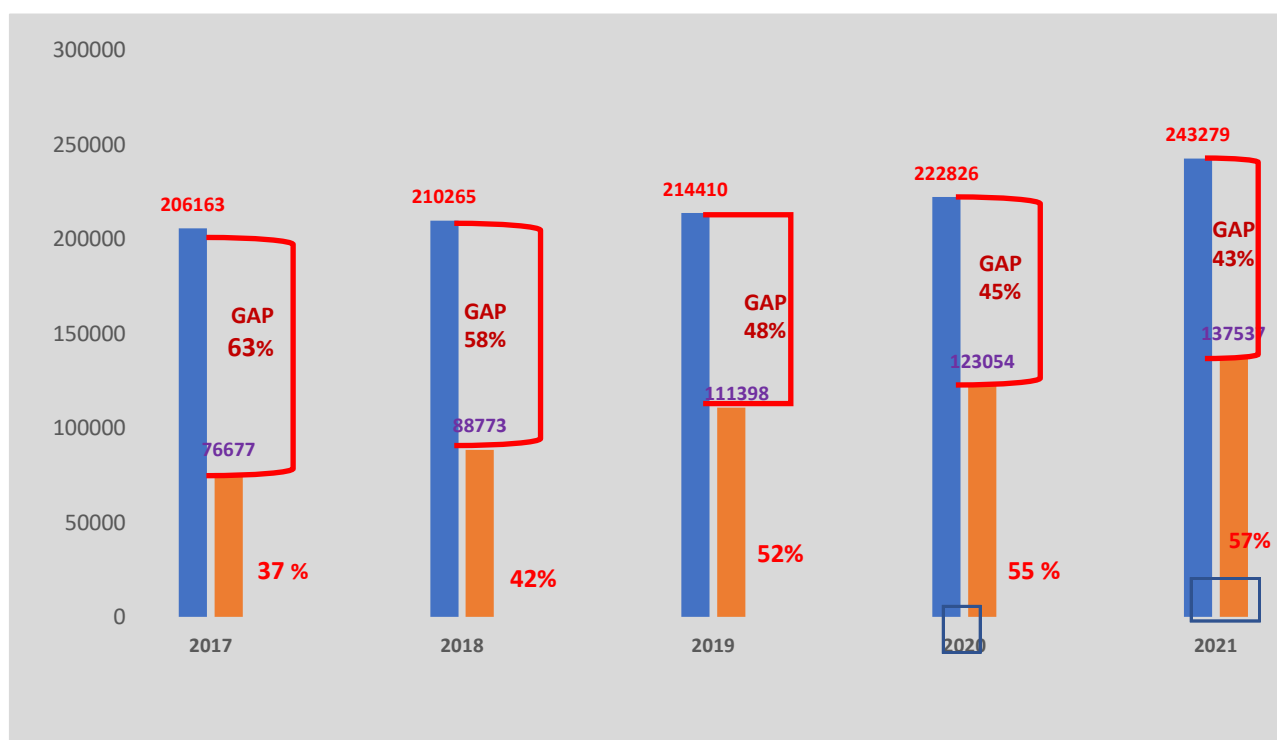


Figure 5 : Nbre de GA et Nbre de CPN1 chez les femmes enceintes dans les SMNI de 2017à2021 (données PTPE2021).

L'analyse sur la couverture du pays en CPN1 (fig 5 et 6) en prenant en compte le nombre de grossesses attendues et le nombre de femmes enceintes qui sont effectivement vues en CPN et qui en ont bénéficié permet d'avoir une idée globale sur la performance du programme. A cet effet, la proportion des femmes enceintes vues en CPN1 est en constante augmentation de 37 % en 2017, 42% en 2018, 52 % en 2019, 55% en 2020 et 57 % en 2021.

Cependant ces taux sont toujours en deçà des prévisions L'insuffisance de la mise en œuvre de la consultation prénatale entraine des GAP à rattraper (Figure 5).

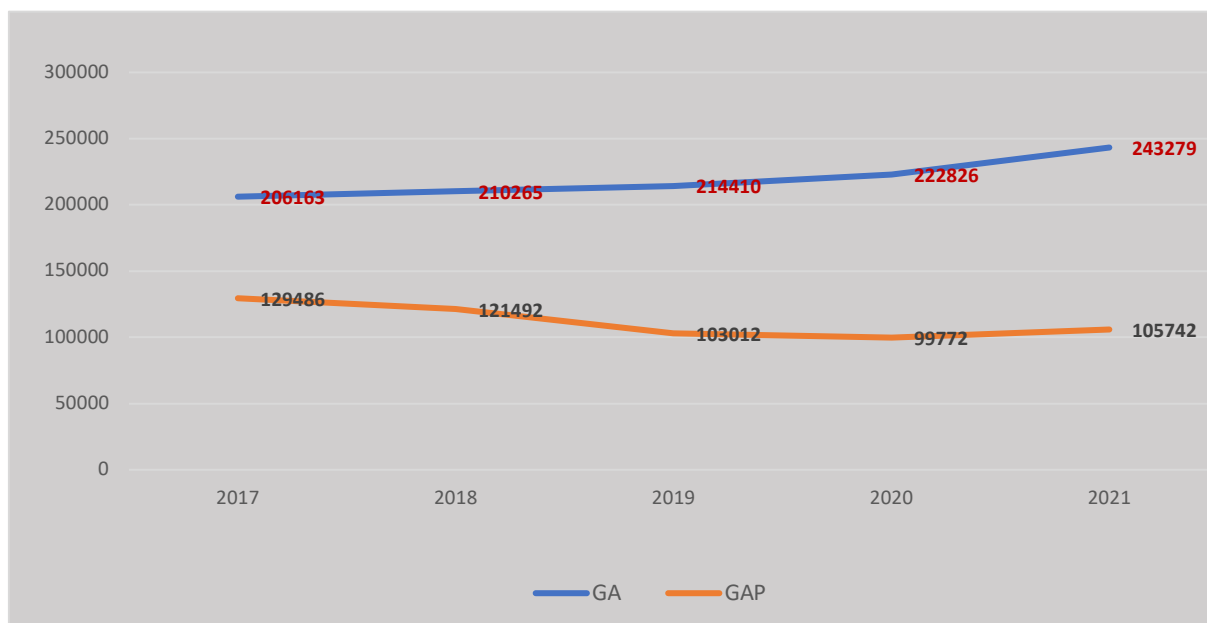


Figure 6 : Répartition du nombre de femmes enceintes n'ayant pas bénéficié de CPN1 de 2017 à 2021 (source Programme PTPE 2021)

Cette insuffisance serait liée entre autres à i) une faible fonctionnalité des FOSA, ii) une insuffisance de personnel qualifié pour la mise en œuvre des services de 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. La satisfaction de ces insuffisances permettra au pays d'atteindre les objectifs d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH d'ici 2030.

b) La disponibilité de la PTME dans les services de SMNI en 2021

Tableau 1 : Couverture des Régions Sanitaires en FOSA fonctionnelles et en sites PTME en 2021

Régions Sanitaires	Nbre de FOSA	Nbre de FOSA Hôpitaux et CS fonctionnels (%)	Nbre Site CPN (%)	Nbre de Sites PTME (%)
RS1	126	108 (85,7)	86 (79,63)	26 (24,1)
RS2	179	176 (98,3)	141 (80,11)	62 (35,2)
RS3	242	217 (89,7)	198 (91,24)	58 (26,7)
RS4	163	147 (90,0)	144 (97,96)	41 (27,9)
RS5	78	71 (91,0)	63 (88,73)	5 (7,0)
RS6	164	150 (91,5)	141 (94,00)	17 (11,3)
RS7	63	56 (92,1)	37 (66,07)	20 (35,7)
Total	1015	925 (91,1)	810 (87,57)	229 (24,8)

En RCA, toutes les formations sanitaires n'offrent pas la CPN et la PTME non plus. A cet effet, la PTME est mise en œuvre dans 28,27 % des FOSA offrant la CPN (229/810), et dans 24,8% des FOSA fonctionnels ce qui montre à suffisance un besoin de 71,73% (100-28,27%) de PTME à couvrir

uniquement dans les FOSA avec CPN. Ce besoin est encore plus grand, il est de 75,24 % (100- (229/925)) quand il s'agit de couvrir la totalité des FOSA fonctionnelles en sites PTME et de 77,43% (100% – (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.

Les figures ci-dessous (7,8 9 et 10) montrent les GAP à couvrir en sites PTME pour les FOSA avec CPN, pour la totalité des FOSA fonctionnelles, et le GAP en sites PTME pour l'ensemble des FOSA (fonctionnelles et non fonctionnelles).

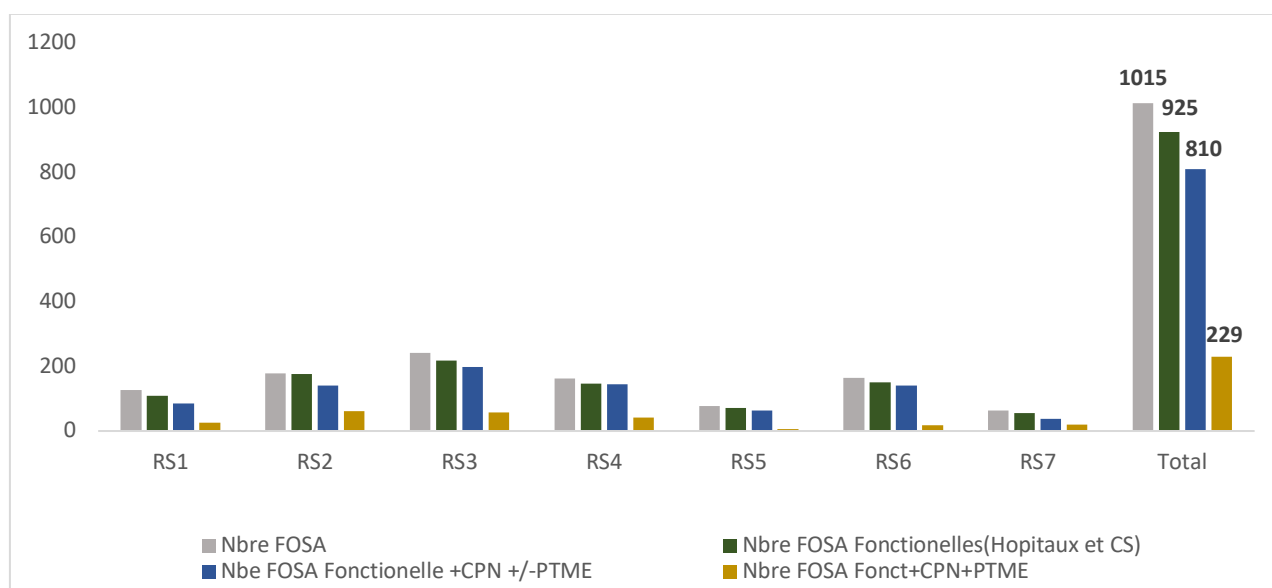


Figure 7 : Couverture des Régions Sanitaires des FOSA fonctionnelles et en sites PTME en 2021 (données PPTE2021)

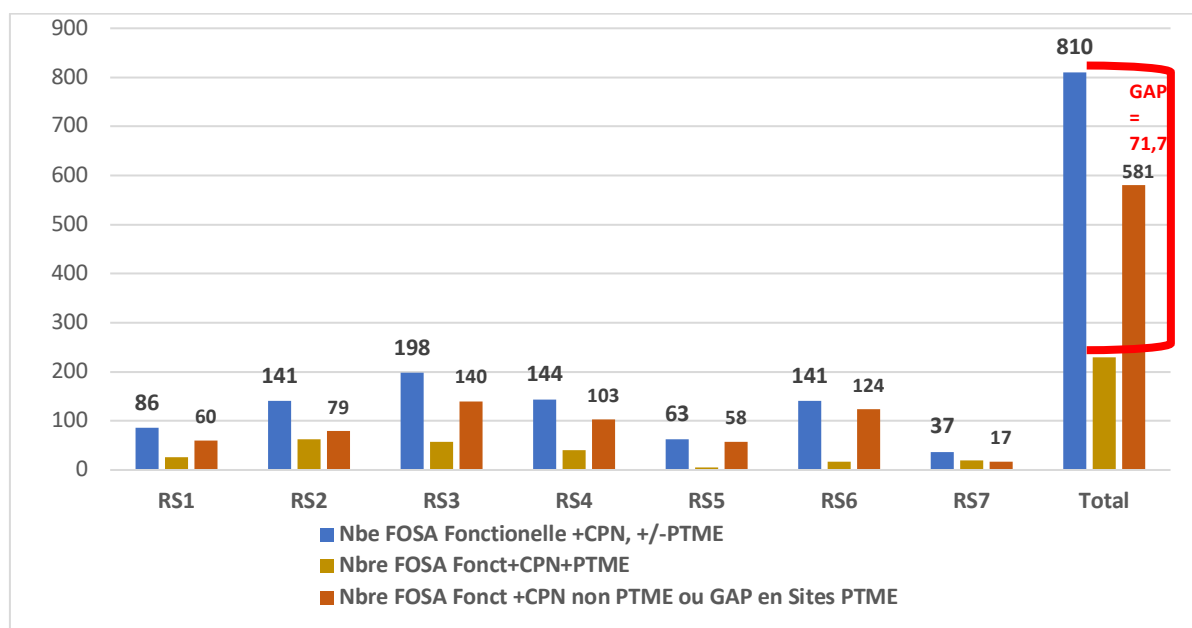


Figure 8 : GAP en sites PTME pour les FOSA fonctionnelles avec CPN (données PTPE2021)

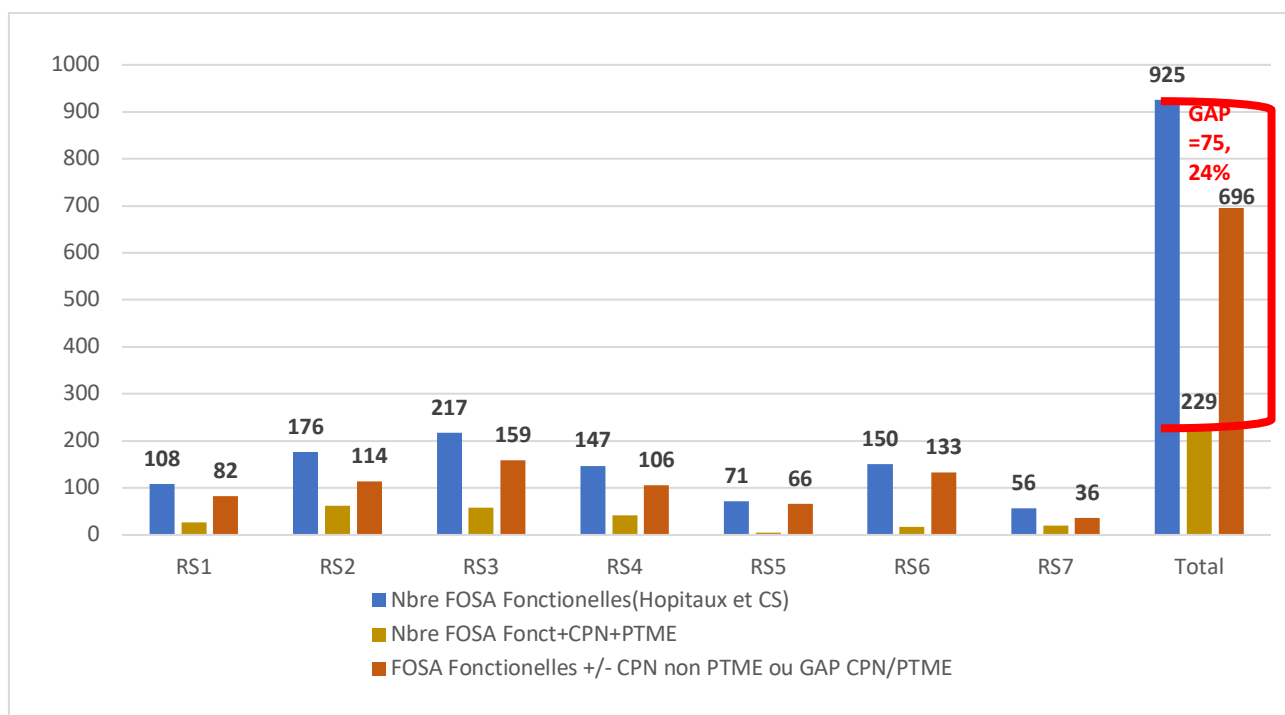


Figure 9 : GAP en sites CPN et PTME pour les FOSA fonctionnelles (données PPTE2021)

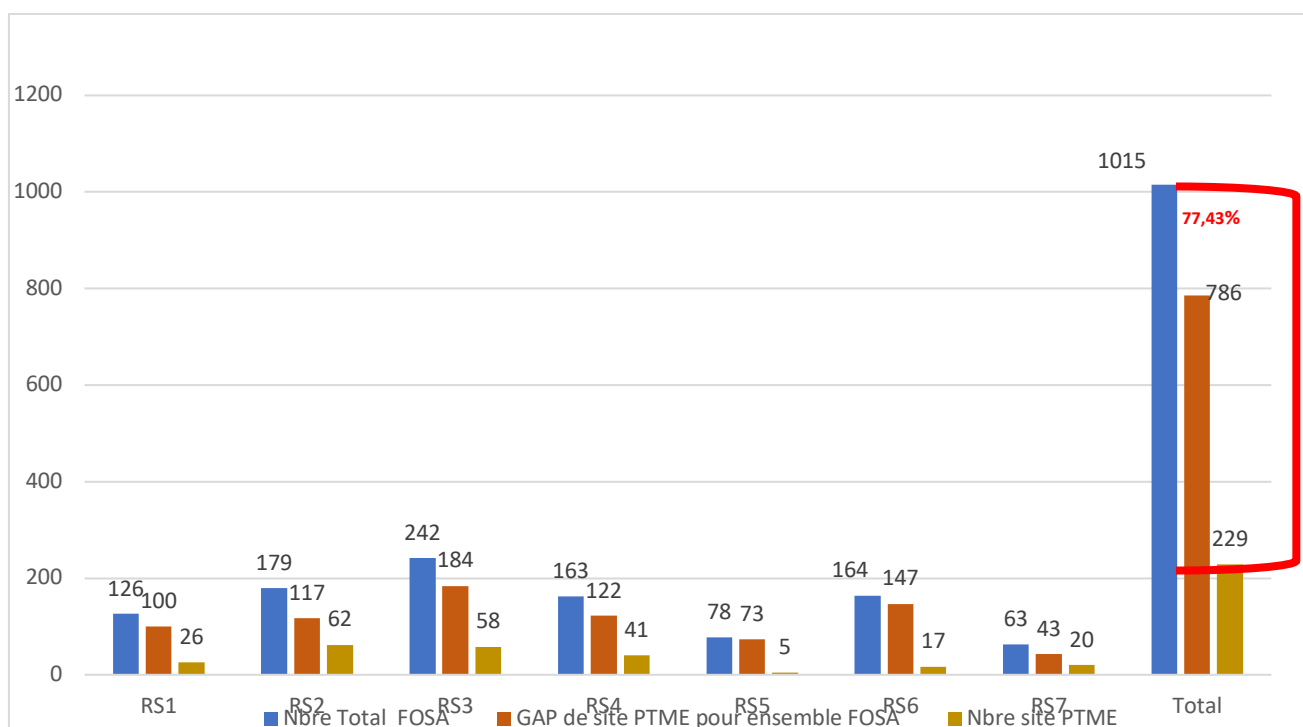
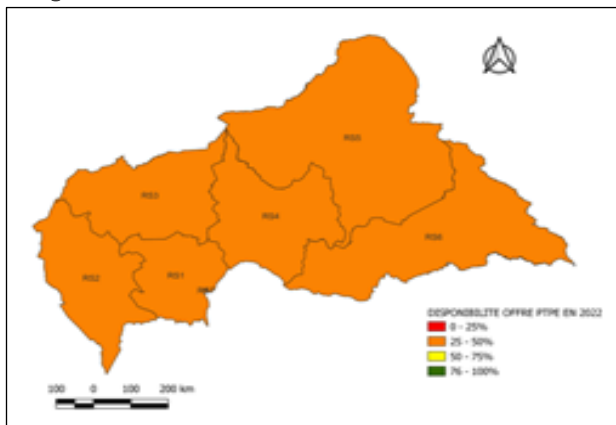


Figure 10 : GAP en sites PTME pour l'ensemble des FOSA fonctionnelles et non fonctionnelles (données PPTE2021)

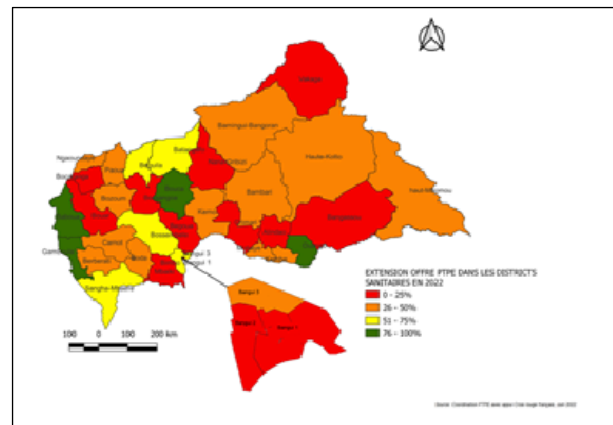
Le nombre de sites PTME indique déjà la faiblesse de la couverture des femmes enceintes qui doivent bénéficier de ce service. Cette faiblesse de couverture en sites PTME est due à plusieurs causes entre autres : i) l'insuffisance de personnel, ii) la non fonctionnalité de certaines FOSA, iii) l'insuffisance d'intégration de la PTME à la CPN, iv) la faiblesse de financement.

Le Programme PTPE soucieux du passage à l'échelle de l'offre de service de la PTME a prévu une extension dans les différents districts sanitaires selon les cartes ci-dessous.

Carte 2 : Extension de l'offre PTPE en 2022 Niveau Régional



Carte 3 : Extension de l'offre PTPE en 2022 au niveau Districts Sanitaires



c). L' état de la mise en œuvre des trois 90, 90, 90 du VIH de 2017 à 2020

La mise en œuvre du plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH et celle des actions inscrites dans le PSN (2021- 2025) ont permis d'obtenir les résultats encourageants dans le cadre de la cascade des trois 90 à savoir :

⇒ **Le dépistage des femmes enceintes lors de la CPN :**

Le nombre de femmes enceintes dépistées lors des CPN a augmenté de façon progressive durant les cinq dernières années passant de 76 677 femmes enceintes en 2017 à 125 674 femmes enceintes de dépistées en 2021 (cf Fig n°11 ci-dessous) .

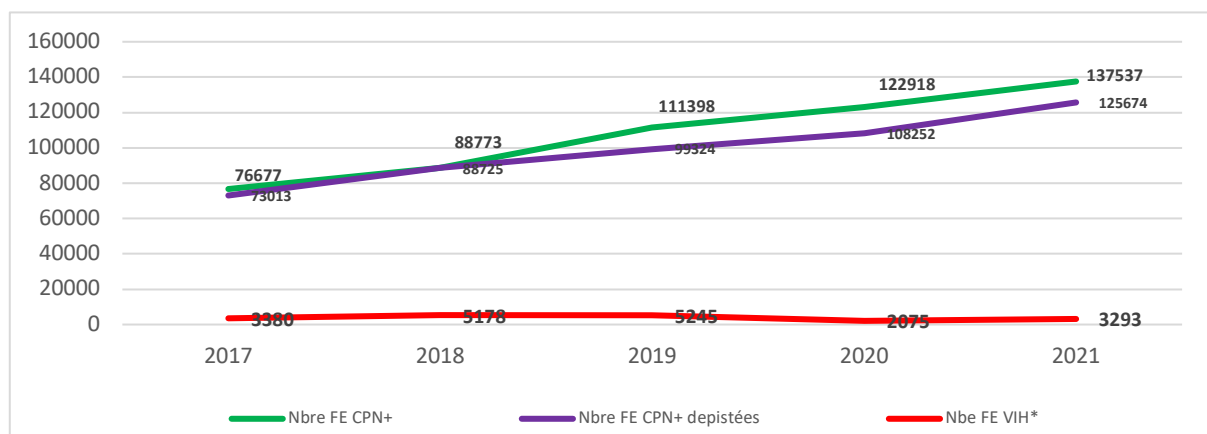


Figure 11 : nombre de femmes dépistées en CPN de 2017 à 2021

Toutefois, il faut noter que l'écart entre les grossesses attendues et la CPN1 entraine des GAP de 129486 femmes enceintes n'ayant pas bénéficiées de CPN ni de dépistage en 2017 à 105742 femmes enceintes en 2021.

Quant au taux de séropositivité chez les femmes enceintes selon les données du programme PTPE, il a évolué presque en dents de scie de 4,63% en 2017 avec un pic de presque 5,84 % en 2018 et 2,63% en 2021. Le taux le plus bas (1,92 %) durant ces cinq années a été noté en 2020. Malgré la tendance nationale de la diminution de la séropositivité, on constate une augmentation du taux de séropositivité chez les femmes enceintes en 2021 dans plus de la moitié des régions soit 57,14 % (4/7).

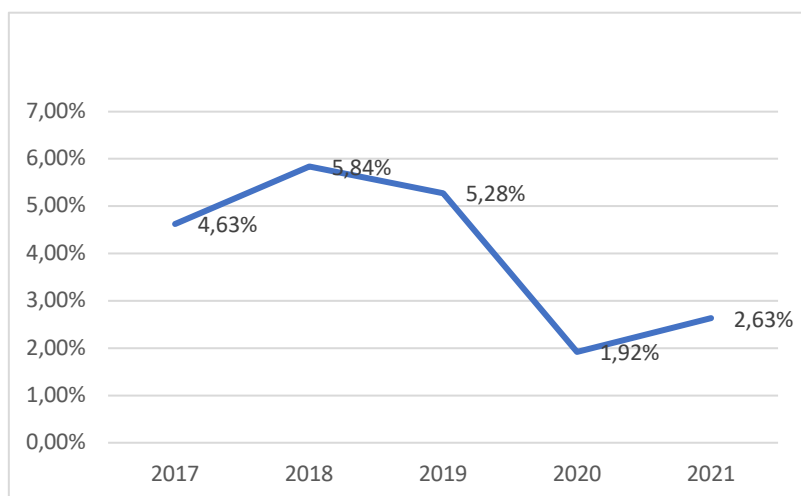


Figure 12 : évolution nationale du taux de séropositivité de 2017 à 2021

IL s'agit des régions sanitaires, N°7 (3,64 %) qui est la capitale Bangui, suivie de la Région Sanitaire N°2 (3,44 %), la RS N°3 (2,62 %) et enfin de la région sanitaire N°6 (2,46%) soit quatre (04) régions sur sept (07). Seule la région sanitaire N°4 a enregistré le plus faible 2021 (cf fig13) . Cette situation reste insatisfaisante dans le contexte de l'élimination de la transmission Mère-enfant du VIH d'ici à 2030.

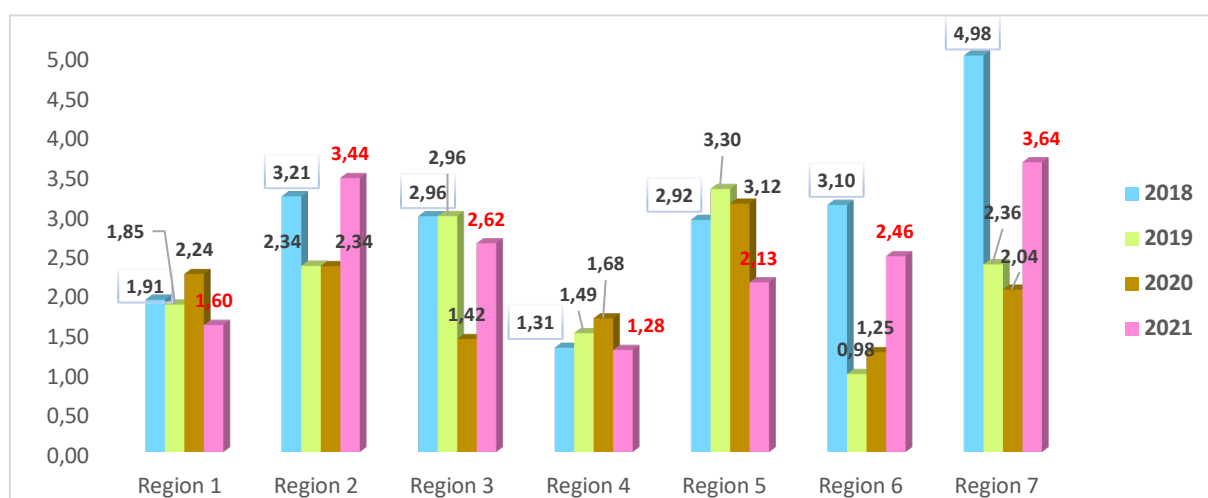


Figure 13 : évolution régionale du taux de séropositivité de 2018 à 2021

⇒ **La mise sous traitement des femmes enceintes positives au VIH**

La mise sous traitement des femmes enceintes positives au VIH au cours des cinq années a évolué de façon linéaire de 2956 femmes enceintes VIH positives sous traitement en 2017 à 2421 FEVIH+ en 2021.

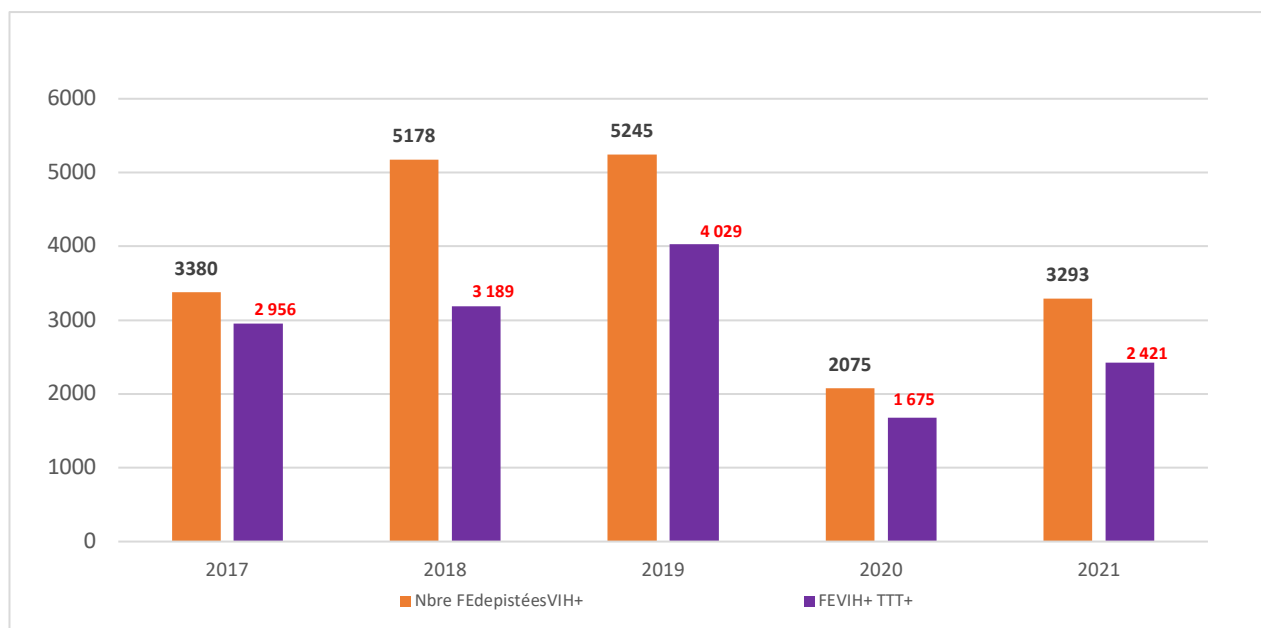


Figure 14 : mise sous traitement des femmes enceintes positives au VIH au cours des cinq années

Le pourcentage de la mise sous traitement des femmes enceintes séropositives selon les données du programme est de 87 % en 2017 et 74% en 2021, la plus basse couverture en ARV pour les femmes enceintes séropositives est de 62% enregistrée en 2018. En rapportant simplement la proportion de femmes enceintes séropositives dépistées et non traitées à l'objectif de 90% pour

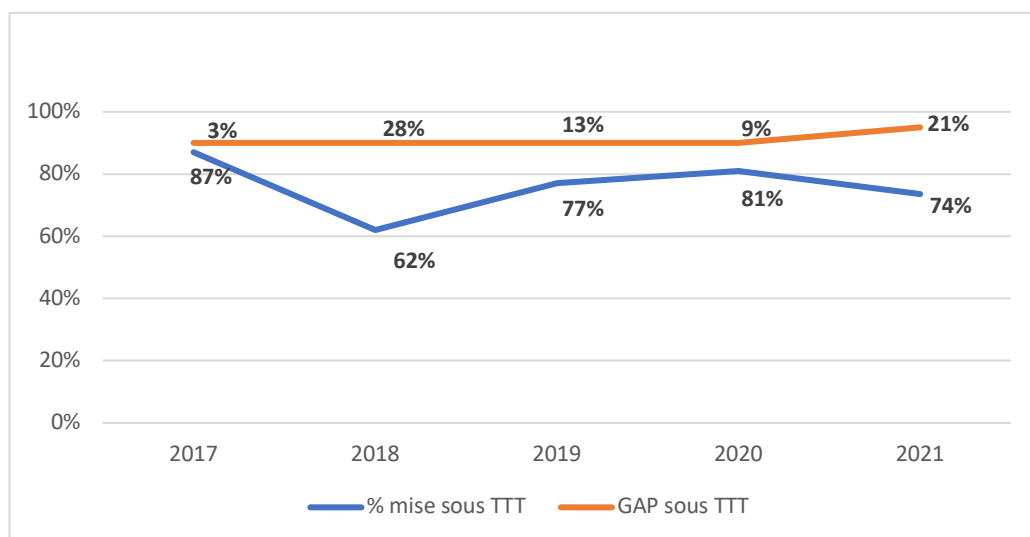


Figure 15 : Pourcentage de femmes enceintes VIH+ mises sous TTT et GAP de TTT FEVHI+

et 21% en 2021. La couverture en ARV pour les femmes enceintes est toujours en dessous de celle fixée au plan mondial malgré la gratuité des ARV pour toutes les femmes dépistées séropositives. Alors les goulots d'étranglement semblent être au niveau de la disponibilité des intrants et des ressources humaines pour la mise sous traitement. A cet effet le programme PTPE doit prendre des dispositions pour non seulement éviter les ruptures des intrants mais également faire le rattrapage

des femmes enceintes qui ne sont pas venues à la CPN et qui n'ont pas été dépistées et traitées enfin d'atteindre les objectifs de trois 95 de l'ONUSIDA d'ici à 2030.

⇒ **L'observance du traitement**

Un des objectifs 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 2019 montrent un taux de transmission à 6 semaines de 8% et presque 20% si on inclut la période d'allaitement (voir figure17 ci-dessous). Ceci dénote des insuffisances dans la mise sous traitement et l'observance du traitement liées entre autres à l'insécurité à laquelle la RCA a fait face en plus de l'épidémie de la maladie à coronavirus. L'engagement du Gouvernement, des partenaires et des acteurs communautaires a permis de soutenir le personnel de santé pour l'atteinte des couvertures acceptables par l'acquisition et la dotation des FOSA en test de dépistage et traitement ARV, à la formation et la supervision du personnel de santé, à l'équipement et la réhabilitation des FOSA (l'appui du Fonds Mondial à travers la Croix Rouge Française (CRF) et d'autres partenaires) .

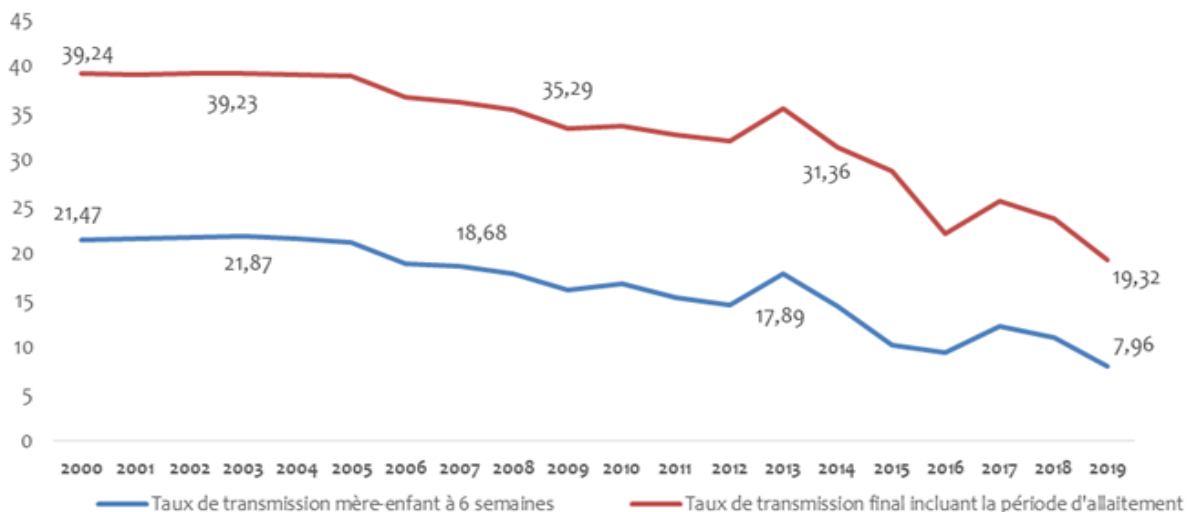


Figure 16 : Taux de transmission VIH Mère -enfant de 2000 à 2019 des femmes enceintes positives et sous traitement (Source : Modélisation Spectrum 2019)

⇒ **La mesure de la charge virale chez les femmes enceintes séropositives mises sous traitement**

La stratégie d'accélération de l'ONUSIDA en 2020 est d'atteindre les trois 90 % pour le dépistage, le traitement et la suppression de la charge virale chez les adultes et les enfants. L'objectif de la PTME est que 90 % des femmes ont accès à des services de santé sexuelle et reproductive pour réduire la charge virale de la mère infectée sous traitement ARV afin qu'elle ne transmette pas le virus à son nouveau-né.

L'analyse globale de la suppression de la charge virale chez les PVVIH selon Spectrum 2021 en RCA, nous renseigne que très peu de PVVIH en général ont une charge virale supprimée et les femmes enceintes séropositives sous traitement ne font pas l'exception. Par contre les données du programme VIH en 2021 nous renseignent d'une façon générale qu'environ 25% des patients sous traitement ont réalisé la charge virale parmi lesquels environ 90% ont une charge virale indétectable.

Toutefois, il est important de retenir que d'énormes efforts doivent être encore fournis par le programme pour amener les prestataires à faire la demande de l'examen de la charge virale chez les personnes séropositives, sensibiliser les femmes enceintes séropositives à l'observance du traitement et au suivi de la charge virale d'une part et d'autres parts assurer la disponibilité des appareils et des réactifs de la charge virale.

En effet, la mise en œuvre du plan d'élimination de la Transmission mère enfant du VIH 2013-2016 de la RCA est confrontée principalement au faible accès aux services de santé de la PTME comme ci-dessus signalé avec plus de 75% de GAP à couvrir en sites PTME avec ses conséquences d'insuffisance de dépistage des femmes enceintes de 56,53 % en 2021, suivie d'une insuffisance dans la mise sous traitement et du faible suivi de l'observance du traitement pendant la grossesse aboutissant à des naissances d'enfants infectés par le VIH.

2.1.3. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DE LA SYPHILIS

L'élimination de la syphilis congénitale par des interventions relativement simples axées sur les soins aux mères et aux nouveau-nés est possible. Malgré que, le médicament contre la syphilis figure sur la liste des médicaments essentiels des pays et ne coûte pas cher, la syphilis congénitale demeure une lourde charge de morbidité enregistrée dans les services de soins de santé primaire.

2.1.3.1 L'ÉTAT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA CASCADE TROIS 90 DE LA PTME SYPHILIS

La prise en charge des femmes séropositives à la Syphilis est effective dans les services de SMNI de la RCA. La cascade de la PTME Syphilis est élaborée à partir des données issues de la mise en œuvre du Programme sur le plan national. La figure 18, montre que le dépistage de la Syphilis s'effectue chez les femmes enceintes en RCA. L'analyse de la cascade révèle une évolution du nombre de cas de femmes enceintes dépistées de 63 395 femmes enceintes en 2018 à 66 485 femmes enceintes en 2021. Cependant, la mise sous traitement des femmes enceintes a évolué de façon régressive durant la période sur 2462 femmes enceintes dépistées positives à la Syphilis en 2018, 100% ont été mises sous traitement, par contre en 2019 le taux de couverture a diminué à 90% (2372/2642) et 89% en 2020 pour descendre à 76% en 2021. Cette régression pourrait être liée à la sous notification des femmes enceintes traitées dans les FOSA.

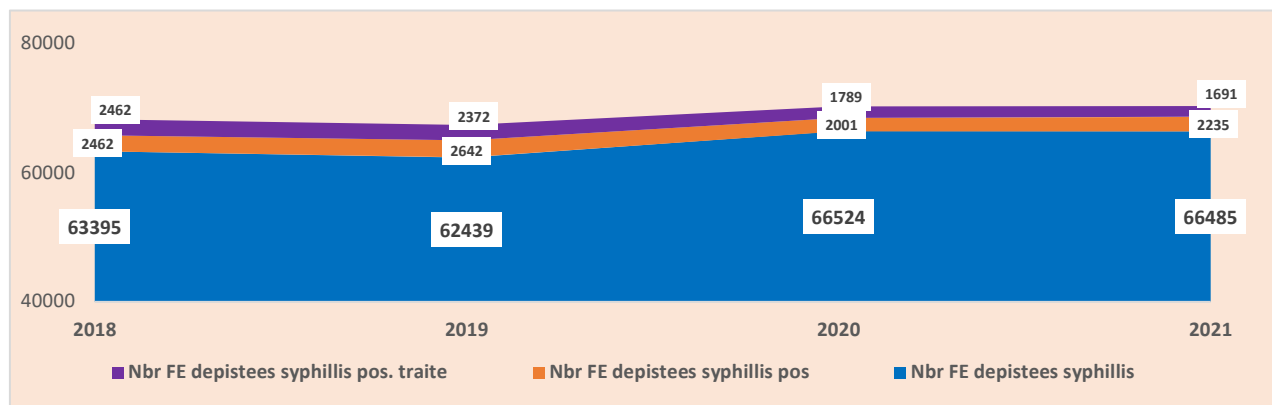


Figure 17 : Cascade de la PTME Syphilis de 2018, 2019, 2020 et 2021 (données PTPE 2021)

2.1.4. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DE L'HEPATITE VIRALE B

En RCA, la prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B n'est pas systématique au cours des consultations prénatales. Un plan stratégique national de lutte contre les hépatites virales en RCA est en cours d'élaboration. Il a été démontré dans certaines études que la prévalence de l'hépatite B dans la population générale est de 12,86%³³ et de 8,2%³³ parmi les femmes enceintes. Les publications réalisées dans le pays par l'Institut Pasteur de Bangui, parfois anciennes, se focalisent sur des résultats sérologiques (positivité AgHBs) dans des groupes spécifiques d'individus et indiquent des prévalences souvent assez élevées de même que les résultats de la mise en œuvre du Projet Abbott⁸ (fig n°19 ci-dessous).

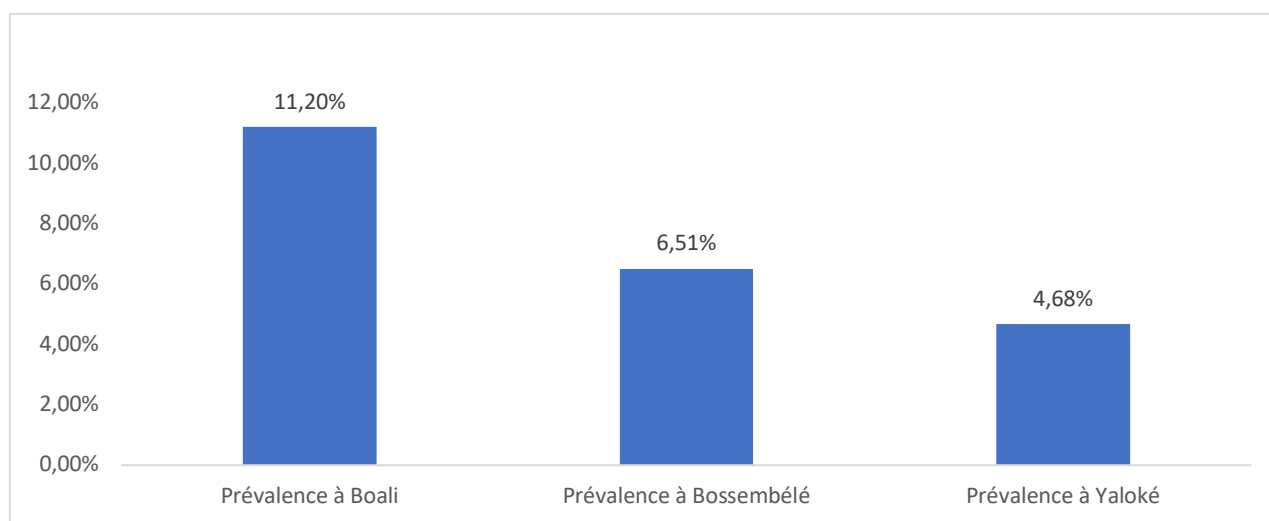


Figure 17 : Prévalence et distribution des hépatites virales B dans quelques districts. (Source : Rapport mise en œuvre du projet Abbott Fondation CCM)

2.2. LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE

2.2.1. LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DU VIH

Le VIH demeure une priorité de santé publique par son ampleur chez les enfants et les adolescents qui continuent d'être les oubliés des efforts mondiaux visant à éradiquer le VIH et le Sida. De nouveaux cas d'infection surviennent encore au cours de l'accouchement, de l'allaitement et de l'adolescence, et peu d'enfants et d'adolescents séropositifs ont accès au dépistage et à un traitement capable de leur sauver la vie. Si les progrès enregistrés dans la lutte contre le VIH sont prometteurs, les enfants continuent d'être touchés par l'épidémie. La plupart des nouvelles infections chez les enfants et les adolescents surviennent en Afrique subsaharienne, qui constitue l'épicentre de l'épidémie, environ 2,8 millions d'enfants et d'adolescents vivent avec le VIH, dont près de 88 % en Afrique subsaharienne. Seuls 54 % des enfants infectés bénéficiaient d'un traitement antirétroviral, contre 85 % des femmes enceintes porteuses du VIH¹⁰.

L'UNICEF signale en 2020, 300 000 enfants et adolescents auraient été infectés, soit un enfant infecté par le VIH toutes les deux minutes, deux enfants sur cinq vivant avec le VIH dans le monde ne connaissent pas leur statut sérologique³⁵.

La RCA est l'un des pays les plus touchés par l'épidémie du VIH en AOC avec une prévalence estimée à 3,4% du VIH chez les femmes âgées de 15-49 ans en 2021 selon les projections de l'ONUSIDA.²⁵ Les enfants âgés de 0 à 14 ans représentent 7,23 % des 83 000 Personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

2.2.1.1 L'ÉTAT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN OPERATIONNEL DE L'ACCELERATION DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH PEDIATRIQUE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT EN RCA 2017- 2020

En tenant compte de « l'Appel de Dakar » pour l'accélération de l'eTME et de la prise en charge pédiatrique du VIH, aussi des résolutions issues de la réunion entre ONUSIDA et UNICEF lors de la 19ème Conférence Internationale sur le VIH, le SIDA et les IST en Afrique en décembre 2017, des changements de politiques et de stratégies programmatiques sont nécessaires en toute urgence pour réduire l'énorme fossé existant dans le dépistage et le traitement du VIH pédiatrique en Afrique de l'Ouest et du Centre. C'est dans ce contexte, que la RCA à l'instar des autres pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre a élaboré le plan opérationnel d'accélération de la prise en charge du VIH pédiatrique chez l'enfant et l'adolescent (2017-2020) avec l'appui technique et financier de l'UNICEF. IL ressort de l'analyse de ce plan initiée par le Ministère de la santé de RCA les constats suivants :

- Une insuffisance de la coordination de la PECP à tous les niveaux, aggravée par l'absence d'outils de collecte appropriés de PECP harmonisés et validés entre les services au sein des FOSA, des régions et de la communauté ;
- une faible accessibilité au dépistage pour les enfants et les adolescents ;
- une faiblesse du diagnostic précoce et la rupture fréquente des tests de dépistage ;
- une faiblesse de lien entre le dépistage et le traitement des enfants VIH + ;
- une faible opérationnalisation de la délégation des tâches dans les FOSA/UPECI ;
- une absence de recherche active des enfants et des adolescents exposés et/ou infectés VIH+ aux différentes portes d'entrée des soins malgré une couverture vaccinale moyenne de 74% et une file active des adultes de 25537 PVVIH constituant ainsi les occasions manquées du dépistage pour les enfants exposés; une faiblesse de la chaîne d'approvisionnement avec rupture fréquente des intrants et des protocoles pédiatriques;

On note également dans le rapport du plan d'accélération de la PECP, une grande disparité dans la localisation des enfants ayant besoin de prise en charge avec inégalité à l'accès aux soins dans les régions sanitaires. En effet, 40% des enfants de 0-15 ans vivant avec le VIH sont localisés dans 2 régions sanitaires de RCA (régions 2 et 3) avec des taux de couverture en TARV respectifs de 25,6% et 21,4%. Au rythme actuel de la mise en œuvre, la couverture du TARV pédiatrique est estimée à 67% en 2020. En 2021, la situation de la PECP se présente comme suit :

a) L'accès aux services de SR en 2021

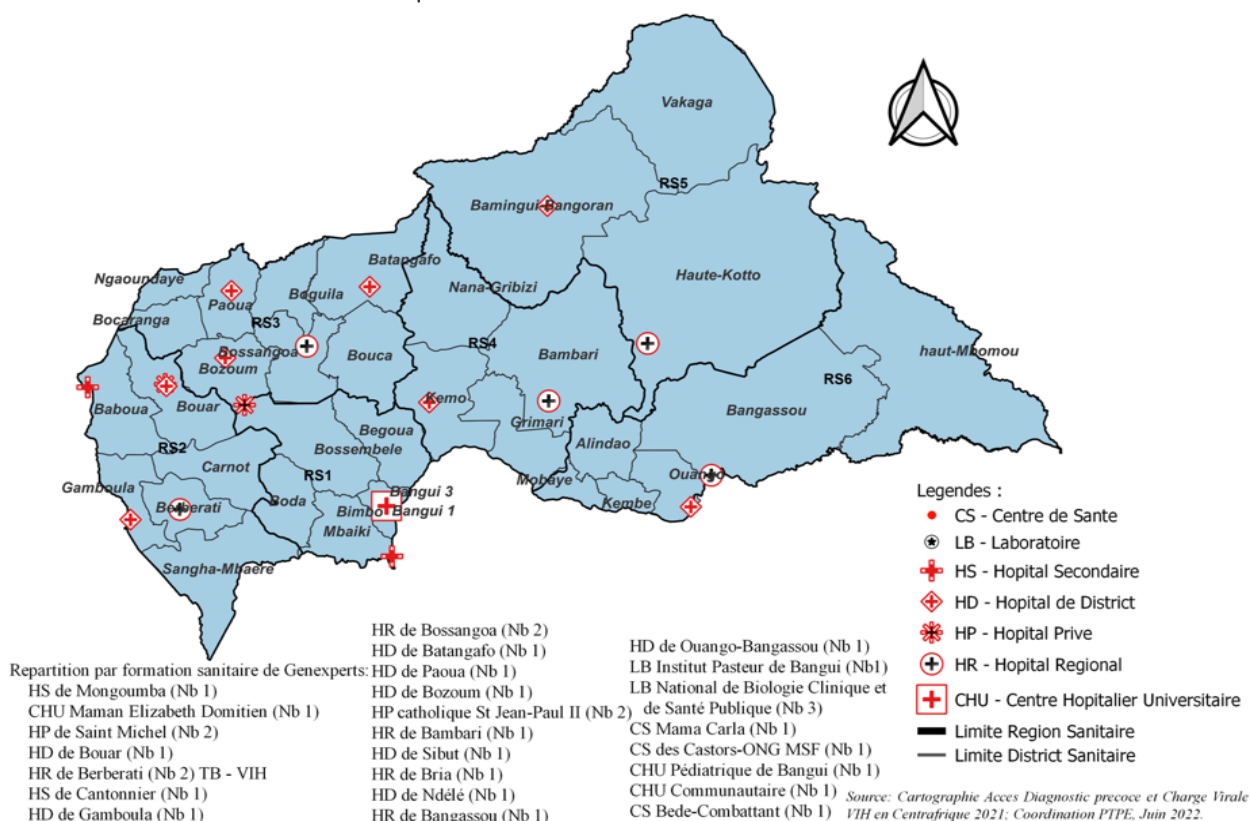
L'accès aux services SRMNI a évolué en ce qui concerne la couverture des FOSA en sites CPN mais les insuffisances de couvertures pour le dépistage des femmes enceintes lors de la CPN demeure . A cet effet en 2021 seulement 28,27 % ($229/810 \times 100$) des FOSA /CPN offrent la PTME, limitant ainsi l'accès

des femmes enceintes aux services de la PTME. Ce constat a été également notifié par l'étude sur les cas de perdus de vues dans les sites de PEC (adultes et enfants) et PTPE en RCA octobre 2021-mars 2022, où il y a un manque d'accès au dépistage chez les femmes probablement lié à un programme PTPE insuffisant avec un taux de près de 25% des femmes qui n'ont pas accès au dépistage prénatal du VIH et qu'au moins entre 900 et 1000 enfants sont nés avec le VIH durant la période d'étude.

b) L'accès aux services de diagnostic précoce du nourrisson en 2021

En matière de traitement pour atteindre les cibles de l'ONUSIDA, le recours exclusif à des techniques de dépistage conventionnelles interdit à de nombreux patients d'obtenir des résultats le même jour, en raison du transport de leurs échantillons vers des laboratoires centralisés. Ces délais allongés entraînent souvent des taux élevés de patients perdus de vue et des retards de soins. A cet effet, il a été recommandé de renforcer considérablement les services de dépistage du VIH par des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro sur le lieu de soins afin de déterminer le statut sérologique et surveiller la charge virale des patients ayant commencé et poursuivant un traitement antirétroviral. Le diagnostic précoce du nourrisson (DPN) sur le lieu de soins permet de proposer un test virologique du nourrisson sur le lieu de soins contribuera à garantir que les nourrissons exposés au VIH sont dépistés, diagnostiqués et rapidement dirigés vers des soins et des traitements vitaux.

Carte 2 : la situation des GeneXpert sur le territoire Centrafricain en 2022



La RCA, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Opérationnel d'accélération de la Prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent en RCA 2017-2020 s'est dotée de ces nouvelles Technologies (GeneXpert®) avec l'accompagnement de ses partenaires techniques. Ce renforcement des capacités diagnostiques des structures selon des données du programme PTPE en 2021 a permis d'obtenir un

taux de couverture de diagnostic précoce en PCR1 de 48,21 % (967/2006) en 2021 dont 152 positives et 883 négatives contre 12,7% de couverture en PCR1 chez les nourrissons en 2015. Les résultats sont encourageants mais doivent être optimisés par un plan d'utilisation et de rentabilité de ces appareils afin de permettre à 52% des nourrissons qui ne bénéficient toujours pas du diagnostic et d'assurer la réalisation de la charge virale chez toutes les femmes enceintes séropositives dans un cadre amélioré d'observance au traitement. Il faut noter qu'au premier semestre de l'année 2022, le pays dispose de 32 appareils GENXPRT installés et fonctionnels et 100% sont paramétrés pour la réalisation de la charge virale.

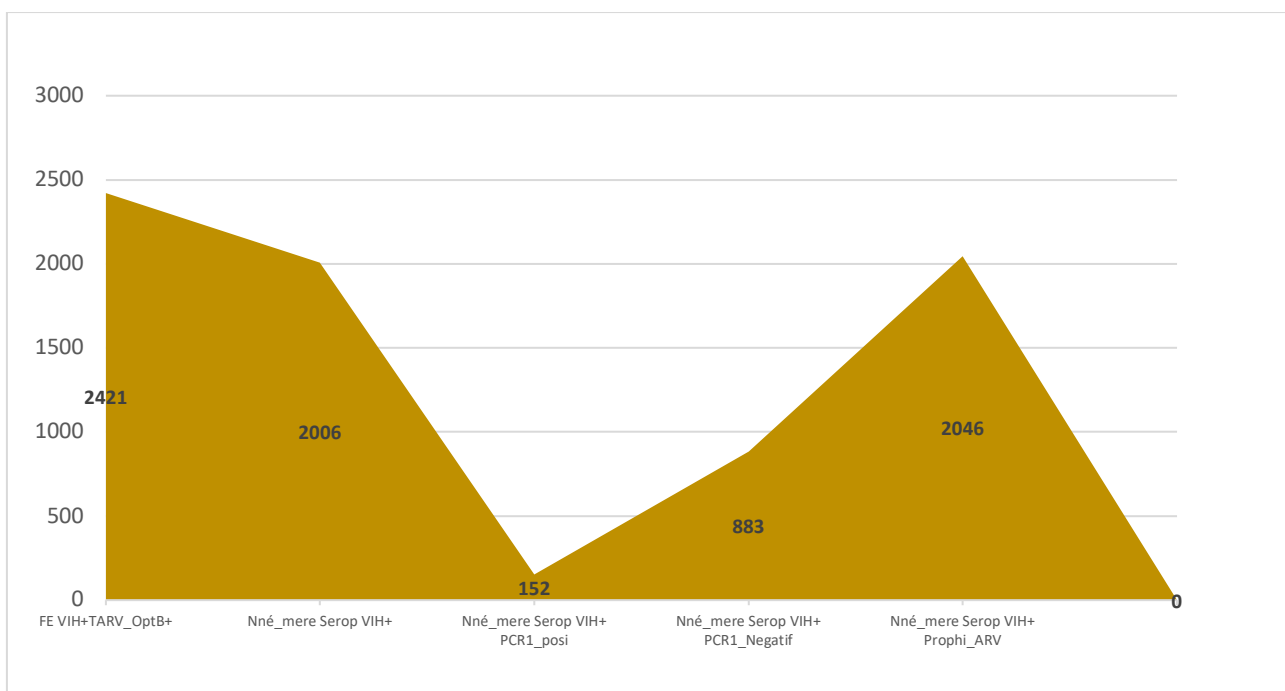


Figure 18 : Nbre de PCR1 chez les Nvés en 2021

c) L'accès au TARV et la cascade des trois 90 chez les enfants en 2021

Sur le plan national, la RCA a fourni de nombreux efforts à travers les programmes nationaux sur le VIH pour réviser et mettre en œuvre les directives consolidées sur le traitement antirétroviral et s'aligner sur les nouveaux objectifs mondiaux post-2015. Selon le Spectrum 2021, 65% d'enfants vivant avec le VIH étaient sous traitement contre 26% en 2017 et ceux n'ayant pas reçu de traitement étaient de 35% en 2021 contre 76% en 2015.

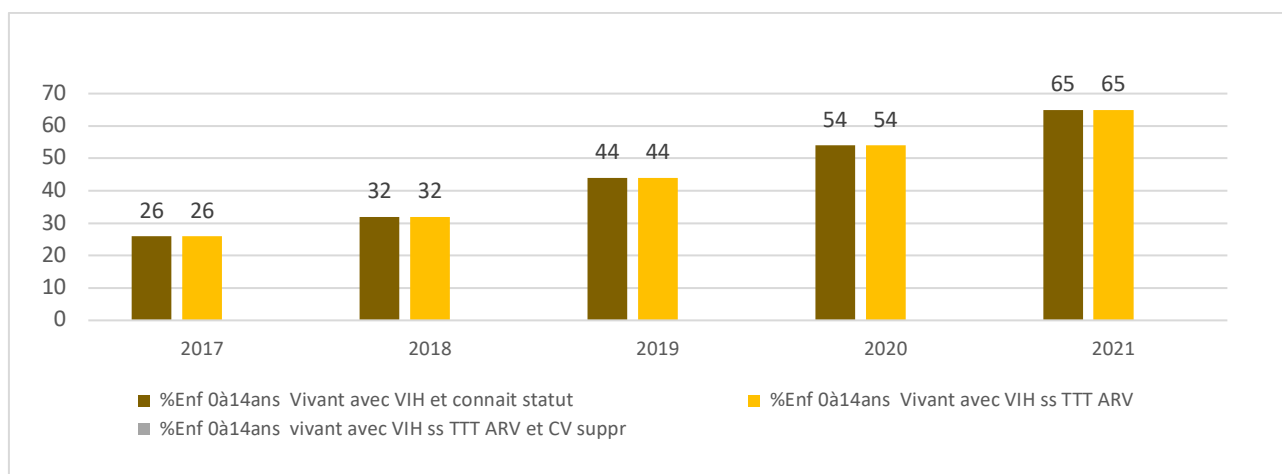


Figure 19 : Cascade de Traitement chez les enfants de 0 à 14 ans (Spectrum 2921)

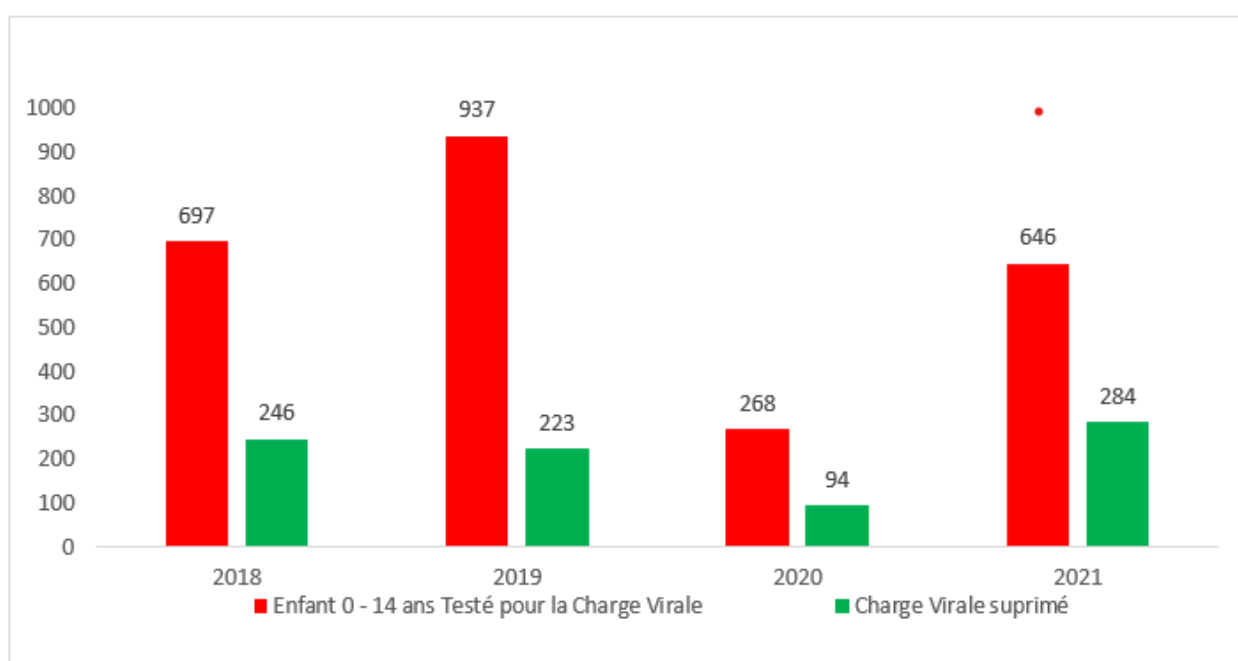


Figure 20 : Situation de la charge virale chez les enfants de 0 à 14 ans (Programme PTPE)

Concernant la charge virale, selon les données du Programme PPTE, on note qu'une suppression de la charge virale chez les enfants de 0 à 14 ans dont les chiffres varient de 94 à 284 selon les années (Voir figure n°3). Il faut noter que des difficultés persistent quant à la mise sous traitement des enfants vivant avec le VIH. Ces difficultés sont dues entre autres à : (i) la faible effectivité de la délégation des tâches voire l'absence de la décentralisation des sites de PECP du VIH ; (ii) la faible connaissance des prestataires de protocoles du TARVP et des conditions de mise sous TARV actualisé y compris en cas de co-infection (Malnutrition ou TB) ; (iii) les ruptures fréquentes des intrants du DP tel que constaté lors de l'analyse de la situation de la PECP en 2017 (SITAN) ; (iv) l'existence d'un seul centre de référence de la PECP du VIH au Complexe Pédiatrique de Bangui (CPB) au niveau national ; (v) le nombre insuffisant de volontaires communautaires chargés de faire le lien entre les services de soins et les unités de PECP, vi) une absence d'organisation, de coordination et d'intégration du

personnel des différents services de l'enfance et les unités de PEC, (vii) insuffisance de recherche active systématique des enfants VIH+ au niveau des portes d'entrée des soins des FOSA (descendance et fratrie des PVVIH des UPECI/CTA, hospitalisations pédiatriques, centres de réhabilitation nutritionnelle, Centre Dépistage de la TB, consultations pédiatriques, service de vaccination et de Planification familiale (adolescents). Ces difficultés ont une répercussion sur la rétention et les pertes de vues, ainsi entre octobre 2021-à mars 2022, les résultats préliminaires de l'étude sur les cas de perdus de vues dans les sites de PEC, nous renseignent que sur un échantillon de 563⁴ enfants suivis dans les sites de prise en charge, le taux d'abandon est très élevé par rapport aux adultes après la première visite soit (12.9% vs. 9.5%). Ces résultats confirment ceux signalés en 2017 dans le Plan Opérationnel d'accélération de la prise en charge du VIH chez l'enfant¹⁴. A cet effet, Il est indispensable que les acteurs de la lutte contre le VIH fassent des efforts d'une part pour renforcer la collecte des données, la collaboration inter et intra unité et d'autre part passer à l'échelle la réalisation de la charge virale

2.2.2. LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DE LA SYPHILIS

La syphilis est une infection sexuellement transmissible (IST) très contagieuse. Le risque de contagion est considéré comme maximal pendant la 1ère année d'évolution de la maladie (période précoce). Les tréponèmes sont alors présents d'abord sur le chancre, puis à la surface des lésions de la peau et surtout des muqueuses. La transmission de la syphilis de la mère à l'enfant lors d'une grossesse est une éventualité si une mère est infectée et n'est pas traitée. Cette transmission a lieu pendant la grossesse ou lors de l'accouchement. Selon l'OMS³¹, le risque de transmission mère-enfant en cas de syphilis précoce (moins d'1 an) est d'environ 70 %, Il est de 10 % en cas de syphilis tardive. L'objectif général de l'OMS et de ses partenaires en ce qui concerne la syphilis congénitale est d'éliminer cette maladie dans le monde en tant que problème de santé publique.

En RCA, les programmes PTPE de façon spécifique et celui de la SRMNI en général ont toujours mené des actions de lutte contre la syphilis congénitale par le dépistage des femmes enceintes lors des CPN et la mise sous traitement de celles qui sont positives. Ce qui a permis de faire l'analyse de la cascade concernant la transmission mère-enfant de la Syphilis. Toutefois, ceci n'est pas le cas pour les enfants nés de mères séropositives à la Syphilis (syphilis congénitale) où il existe une insuffisance notoire de données sur la Syphilis chez les nouveaux nés et les enfants, malgré l'adhésion du pays aux objectifs de l'OMS pour l'élimination de la Syphilis congénitale. Le nouveau plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH, de la Syphilis et l'Hépatite B est une opportunité pour prendre en compte les aspects de la prise en charge pédiatrique de la Syphilis.

2.2.3. LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DE L'HÉPATITE B

La transmission périnatale de l'hépatite B est la principale voie de transmission du virus en Afrique subsaharienne. En l'absence de prophylaxie, une grande proportion de mères virémiques, surtout celles qui sont AgHBe séropositives, transmettent l'infection à leurs enfants au moment de la naissance ou peu après. Le risque d'infection périnatale augmente également si la mère souffre d'une hépatite aigue au deuxième ou au troisième trimestre de sa grossesse, ou deux mois avant

l'accouchement. En RCA, bien qu'un plan stratégique national de lutte contre les hépatites virales soit en cours d'élaboration. Il n'existe pas au niveau national des données standardisées sur la prise en charge pédiatrique de l'enfant par l'hépatite B, en plus le Programme Élargi de Vaccination n'a pas encore finalisé le processus d'introduction de la vaccination du nouveau-né contre l'hépatite B.

Un projet pilote de triple dépistage incluant le VIH, la Syphilis et l'hépatite B a été mis en œuvre dans le district sanitaire de Bossembele avec l'appui de la firme pharmaceutique Abbott. Ce projet a permis d'avoir une idée sur l'ampleur de l'hépatite dans cette catégorie de population et d'éventuel risque de transmission du virus des mères infectées à leurs enfants.

Le nouveau plan eTME du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite 2023-2025 posera les jalons de la prise en charge de la femme enceinte séropositive à l'hépatite B et de son nouveau-né selon les directives de l'OMS qui seront adoptées et complétées par le pays en fonction de l'avancement du Programme de lutte contre les hépatites et des phases d'introduction du vaccin contre l'hépatite B chez le nouveau-né.

2.3. LES POINTS FORTS, LES GOULOTS D'ETRANGLEMENTS ET LES OBSTACLES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN ETME 2013-2016 ET DU PLAN OPERATIONNEL D'ACCÉLÉRATION DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.

2.3.1. LES POINTS FORTS DE LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS

Globalement on observe :

- Une augmentation la couverture des FOSA en CPN à 80% (810 /1015) en 2021 contre couverture en CPN de 12,6 % en 2015 ;
- Une progression de la proportion des femmes enceintes vues en CPN1 en constante augmentation de 37 % en 2017, 42% en 2018, 52 % en 2019, 55% en 2020 et 57 % en 2021 ;
- Une augmentation de 74% (PTPE 2021) de la couverture en traitement antirétrovirale chez les femmes enceintes séropositives sous traitement ;
- Une augmentation du nombre des sites PTME ;
- Une diminution constante du nombre d'enfants et adolescents vivant avec le VIH ;
- Une diminution du nombre de nouvelles infections chez les enfants, les adolescents et les jeunes ;
- Un renforcement de la capacité diagnostics des FOSA en appareils (Gene Xpert) ;
- Une amélioration du taux de diagnostic précoce chez les enfants 48,21 % (967/2006) en 2021 contre 12,7% en 2015 ;
- Une amélioration de la mise sous traitement des enfants vivant avec le VIH 65 % en 2021 contre 26% en 2017 (source Spectrum);

Ces performances ont été obtenues grâce à l'engagement du gouvernement et ses partenaires en faveur de l'élimination de la transmission mère enfant et la prise en charge pédiatrique.

2.3.2. GOULOTS D'ETRANGLEMENTS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN ETME 2013-2016 ET PLAN OPERATIONNEL D'ACCELERATION DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT 2018-2020

- 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 faible accès géographique à cause des distances à parcourir ;
- L'insuffisance de communication sur les grossesses non désirées chez les femmes séropositives et d'une façon générale sur le Plan eTME ;
- Un problème d'accès financier ;
- La faible implication des membres communautés notamment les ASC, OAC dans la distribution communautaire des contraceptifs ;
- L'insuffisance d'un système référence et contre-référence pour la prise en charge adéquate du couple mère/enfant ;
- La faible couverture en appareils PCR et en diagnostic précoce ;
- L'insuffisance de centre CPN offrant la mesure de la charge virale ;
- L'insuffisance de personnel chargé de la PTME et la PECP ;
- Absence de suivi post formation ;
- Faiblesse de la coordination du système d'approvisionnement (quantification, gestion des stocks des intrants et ARV) ;
- Quantification insuffisante dans les protocoles de TARV pédiatriques adapté à l'âge.

**3. PLAN D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION
MÈRE -ENFANT
DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HEPATITE B
ET
LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DU VIH,
DE LA SYPHILIS, ET DE L'HEPATITE B EN RCA
2023 - 2025**

3. LE PLAN D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE -ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HEPATITE B ET LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS, ET DE L'HEPATITE B EN RCA 2023 - 2025

3.1. L'IDENTIFICATION DES PROBLÈMES LIÉS À LA TRIPLE ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉPATITE B EN RCA SELON LES PRINCIPES DE LA THEORIE DU CHANGEMENT

L'élaboration du nouveau plan é TME, VIH, Syphilis et l'Hépatite B a suivi la démarche méthodique ci-dessus citée (ref chapitre méthodologie) . Les problèmes ont été identifiés et analysés en tenant compte des hypothèses fixées selon la méthode ToC. Ainsi sur cinquante-cinq (55) problèmes recensés, quarante-deux (42) ont été retenus pour les trois maladies puis analyser et classer par ordre priorité. De l'analyse finale des problèmes, il ressort que l'Insuffisance de dépistage du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B chez les femmes enceintes/Allaitantes/enfants /conjointes (*par exemple en 2019 seulement 5% des partenaires masculin ont été testés pour le VIH*) reste le problème central prioritaire, suivi du nombre enlèvé d'infection à VIH chez les enfants nés de mères séropositives à VIH (*Spectrum 2019 taux de transmission à 6 semaines près de 8% et jusqu'à de 20% si on inclut la période d'allaitement, loin de moins de 5%*) et enfin l'insuffisance de la coordination dans la lutte contre, le VIH, la Syphilis et l' Hépatite B .

Chaque problème prioritaire selon sa nature a été rapporté à un des piliers de la PTME. Il faut également noter que d'autres problèmes non prioirtaires mais importants ont été identifiés et rapportés également aux piliers de la PTME . C'est ainsi que dans le cadre d'un traitement holistique des piliers de la PTME, nous avons pris en compte les quatre piliers de la PTME mais en mettant l'accent sur ceux identifiés par l'atelier.

Tableau 2 : Analyse des problèmes prioritaires identifiés

Piliers	Problèmes identifiés	Causes
Premier Pilier = Prevention de l'infection à VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B chez les femmes en âge de procréer	Problème Prioritaire N°1 = Insuffisance de dépistage (VIH, Syphilis, Hépatite B) chez les adolescentes, FAP, les femmes enceintes/Allaitantes/enfants /conjointes <i>(en 2019 seulement 5% des partenaires masculin ont été testés pour le VIH)</i>	- Faible fréquentation de la CPN ; - Faible connaissance des services disponibles (38,3% des femmes et 31.4% des hommes âgés de 15 à 49 ans ne connaissent aucun des moyens spécifiques de transmission du VIH de la mère à l'enfant (MICS -RC 2018-2019 ; - Recours tardif des femmes enceintes aux soins de santé ; - Insuffisance de communication sur le dépistage, des femmes en âge de procréer et d'une façon générale sur le Plan eTME en particulier ; - La stigmatisation ; - Difficultés dans l'offre de service de dépistages stratégie avancée ou mobile, faible couverture en sites en PTME ; - Insuffisance d'intégration du dépistage des femmes dans le continuum SMNI (PEV, suivi de croissance, PF, service de grossesses non désirées pathologiques, salle d'accouchement ; - Faible application du dépistage systématique des femmes pendant l'accouchement ; - Insuffisance dans la délégation des tâches et des approches différenciées liées au dépistage du VIH, Syphilis et Hépatite B ; - La faible décentralisation de l'offre de dépistage précoce au VIH des enfants nés de mères séropositives (seulement 3 nourrissons sur dix (19,8%° ont bénéficié d'un dépistage précoce) - La stratégie de dépistage autour des cas index faiblement mis à l'échelle ; - La non mise à échelle de la stratégie de coaching pour le dépistage ; - L'insuffisance /absence des documents normatifs de dépistage pour l'hépatite B et la Syphilis ; - La non dissémination des documents normatif de dépistage du VIH, de la Syphilis et de l'hépatite B - L'insuffisance/manque de personnel santé qualifié à tous les niveaux ; - L'insuffisance de formation/recyclage des agents ; - La fermeture ou la réduction du fonctionnement de plusieurs FOSA (suite à l'insécurité) ; - Le faible accès géographique à cause de la distance à parcourir

Piliers	Problèmes identifiés	Causes
Deuxième Pilier = Prevention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH	Problèmes importants non prioritaires = Insuffisance de communication sur la PF et sur les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH	- La faible implication des membres de la communauté notamment les ASC, OAC etc. dans la distribution communautaire des contraceptifs, le passage à échelle de l'approche différenciée (PODI : Point de distribution Communautaire des ARV, GAC (Groupe d'Approvisionnement Communautaire etc) ; - L'insuffisance d'intégration du service de PF dans le continuum SMNI lors des consultations des femmes vivant avec le VIH ; - Faible disponibilité des services de PF - L'insuffisance des structures de prise en charge des VGB au niveau décentralisé
Troisième Pilier = Prevention de la Transmission Mère-Enfant, du VIH, de la Syphilis, et de l'hépatite B chez les femmes enceintes/allaitantes	Problème Prioritaire N°2= Nombre élevé d'infection à VIH chez les enfants nés de mères séropositives à VIH (<i>Spectrum 2019 taux de transmission à 6 semaines près de 8% et jusqu'à de 20% si on inclut la période d'allaitement.</i>).	- le faible implication des conjoints/partenaires dans le suivi de la grossesse, le faible pouvoir de décision des femmes en matière de soins ; - l'insuffisance dans la gestion des intrants VIH (de dépistage pour les des femmes enceintes/allaitantes et leurs partenaires, dépistage précoce des enfants exposés, les réactifs de la charge virale, les ARV (rupture péremption) ; - L'absence de données de surveillance dans le cadre de la triple élimination et spécifiquement pour l'Hépatite B et de la Syphilis chez la femme enceinte/allaitante et enfant ; - L'insuffisance de communication (interpersonnelle et de masse)sur les avantages du dépistage, de traitement ARV (Test and treat), de l'observance du traitement en général et spécifiquement chez la femme enceinte et l'enfant séropositifs (<i>selon MICS 2018-2019 38,3% des femmes et 31.4% des hommes âgés de 15 à 49 ans ne connaissent aucun moyen spécifiques de transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>) - L'insuffisance de ressources humaines qualifiées ; - la rupture des intrants par endroit ; .

Piliers	Problèmes identifiés	Causes
Quadrirème Pilier = Assurer le traitement, les soins, et le soutien liés au VIH pour les femmes, les enfants vivant avec le VIH et leurs familles	Prioritaire N°3 : Insuffisance dans le traitement et dans l'observance du traitement (VIH, Syphilis, Hépatite B) chez les adolescentes(es), les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes/allaitantes leurs enfants et leurs conjoints.	- L'absence de Schémas Thérapeutiques pour le traitement de l'hépatite B chez la femme enceinte séropositive et des directives pour la prise en charge de l'enfant exposé ; - La non définition des indicateurs de la prise en charge de la Syphilis et de l'Hépatite B chez la femme enceinte et séropositives ; - La non mise à jour et faible diffusion de l'algorithme de prise en charge de la Syphilis chez la femme enceinte et l'enfant exposé ; - L'absence d'algorithme pour la prise en charge de l'Hépatite B chez la femme enceinte séropositive à l'hépatite B et l'enfant né de cette mère séropositive - La non vulgarisation des nouvelles Directives y compris le schéma thérapeutique intégré (PTME, PEGC, PECP) pour le VIH ; - La non disponibilité et non quantification des tests de l'hépatite B et la syphilis ; - La non quantification des médicaments pour le traitement de la Syphilis et de l'hépatite B chez les femmes enceintes positives et les enfants exposés ; - L'insuffisance de quantification dans les protocoles de TARV pédiatriques adapté à l'âge - L'absence d'une centrale d'achat de médicaments ; - Rupture péremption des réactifs de la charge virale, les ARV ; - L'insuffisance dans le traitement et le suivi des femmes enceintes allaitantes enfants et conjoints ; - Le faible suivi des femmes enceintes/allaitantes set enfants sous ARV ; - la rupture des intrants par endroit .
Les axes transversaux	L'insuffisance dans la promotion la promotion des droits de l'homme et de l'égalité du genre et l'insuffisance de coordination, de suivi évaluation et la mobilisation des ressources dans programme e-TME /Syphils néonatale et de l'hépatite B	- L'absence de mécanisme de motivation du personnel ; - Insuffisance de communication sur la coordination du programme eTME ; - L'insuffisance de mobilisation des ressources domestiques pour l'Hépatite B et la Syphilis et le VIH ; - Le faible taux de promptitude et de complétude des rapports ; - L'insuffisance de personnel formé sur la PTME et la PECP ; - Faible implication des parties prenantes dans la lutte contre les violences basées sur le genre et les droits humains à tous les niveaux ; - Absence de mécanisme de motivation du personnel ; - Insuffisance de supervision formative dans les UPEC et de suivi post formation;

Piliers	Problèmes identifiés	Causes
		- Faible taux de promptitude et de complétude des rapports ; - Faible coordination de la PTME et synergie entre la DLT et la DSF ; - Insuffisance des ressources pour le passage à l'échelle des programmes PTPE ; - Faible engagement des Partenaires pour l'eTME ; - Les faiblesses de la gestion des données permettant la collecte et le rapportage standardisé des indicateurs internationaux ou programmatiques ; - L'insécurité liée à l'existence de groupes armés avec des attaques ont entraîné la fermeture ou la réduction du fonctionnement de plusieurs FOSA aggravée avec la pandémie à COVID-19

Axes transversaux concernant : l'Insuffisance dans la promotion la promotion des droits de l'homme et de l'égalité du genre et l'nsuffisance de coordination, de suivi évaluation et la mobilisation des ressources dans programme e-TME /Syphils néonatale et de l'hépatite B.

L'analyse de ces problèmes en solutions avec identification des axes stratégiques selon la Théorie de Changement a fait l'objet d'un autre atelier qui a permis d'élaborer le cadre conceptuel de la triple élimination.

3.1.1. L'ANALYSE DU CADRE DE LA THEORIE DU CHANGEMENT

Au niveau du cadre, chaque problème a fait l'objet d'analyse approfondie afin de cerner tous les contours du problème et de trouver des solutions précises qui ont été classées en effets, produits et stratégies.

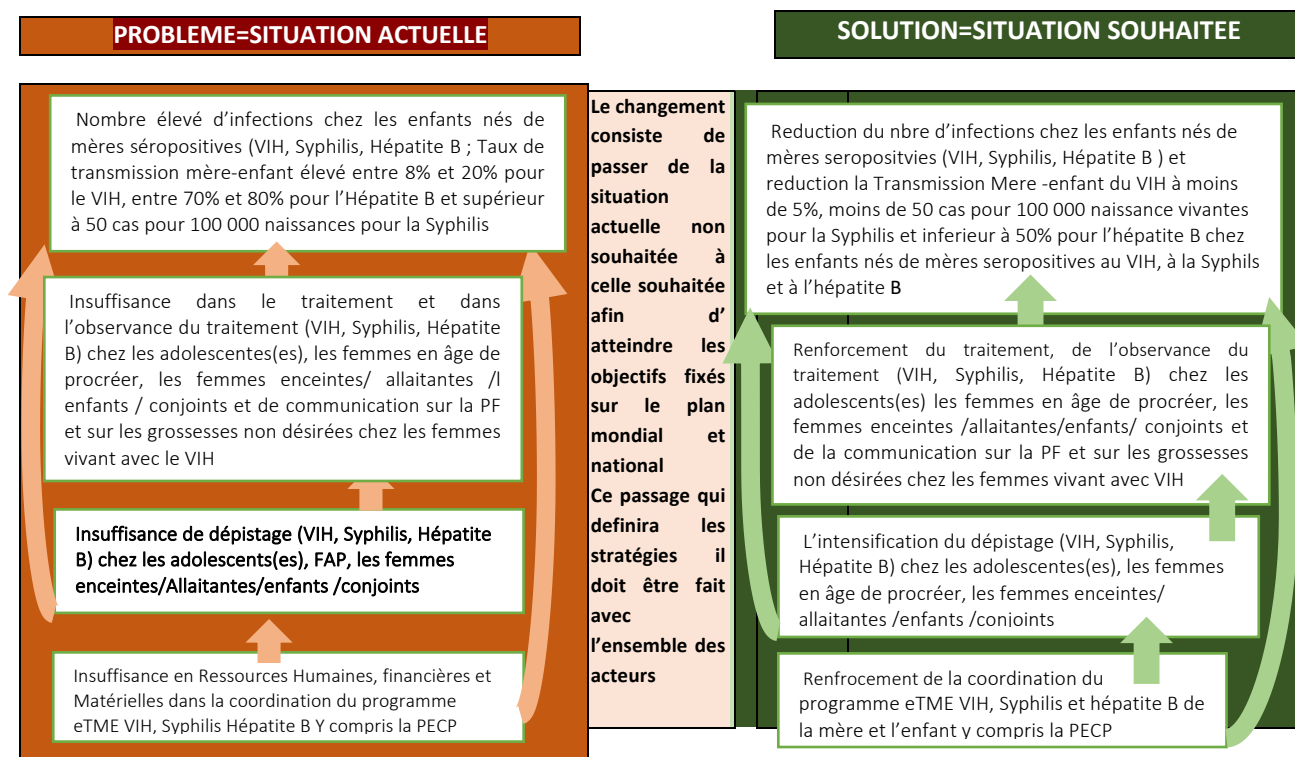


Figure 21 : le cadre Conceptuel de la Théorie de changement de la triple élimination TME VIH, Syphilis et Hépatite B

Le cadre conceptuel (fig22) est fortement basé sur la Théorie du Changement afin de permettre à toutes les parties prenantes de mettre en œuvre efficacement le Plan eTME.

Selon les principes d'analyse adoptés pour le cadre conceptuel , l'insuffisance de dépistage a été retenue par les experts , les cadres du Ministère de la Santé de la Population , ceux du CN/CNLS et de la société civile comme problème central . Cette insuffisance de dépistage et de traitement conduisent inéluctablement à un taux élevé de transmission du VIH de la mère à l'enfant du VIH et un nombre élevé d'infections chez les enfants (confirmé par l'ONUSIDA en 2019 lors de l'analyse de la modélisation estime ce taux de la TME de 8% jusqu' à 20% si on inclut la période de l'allaitement)

Ainsi le plan eTME du VIH, de la Syphilis de l' Hépatite B et de la prise en charge pédiatrique du VIH, de la Syphilis et de l' hépatite B 2023-2025 est élaboré au tour des stratégies et actions de changement qui permettront la résolution de l'insuffisance de dépistage chez les femmes enceintes/allaitantes/ adolescentes, les conjoints/partenaires afin d'apporter des réponses à l'Impact 2 du PSN qui est de réduire le taux de transmission du VIH de la Mère à l'Enfant de 8% à au moins 5% d'ici 2025. Dans le cadre de l'analyse intégrée, les stratégies et actions correctrices du VIH s'appliquent à la Syphilis et à l'hépatite B. Les principaux changements nécessaires pour atteindre l'impact sont une communication efficace pour un changement de comportement qui revient dans l'analyse approfondie de chacun des trois éléments du cadre et le renforcement du

dépistage et de l'observance du traitement. Les conditions de réussite restent un environnement sécurisé, un personnel qualifié et suffisant par niveau avec une coordination bien renforcée.



Figure 22 : L'arbre de l'insuffisance de dépistage et ses racines (causes et conséquences)



Figure 23 : Arbre des solutions/Axes Stratégiques

3.2. LE PLAN D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HEPATITE B ET DE LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS, ET DE L'HEPATITE B EN RCA 2023 - 2025

3.2.1. LES CHANGEMENTS SOUHAITÉS DANS LE NOUVEAU PLAN FACE AUX PRINCIPAUX PROBLÈMES IDENTIFIÉS SELON LA THEORIE DU CHANGEMENT

Le problème principal identifié dans un cadre intégré de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B est l'insuffisance de dépistage chez les adolescente(es), les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes/ allaitantes leurs enfants et leurs conjoints.

L'analyse approfondie de ce problème, nous renseigne sur d'autres problèmes /des causes qui peuvent être générales liées au système de santé et spécifiques liées à la mise en œuvre de l'e-TME (cf tableau n°2). Les causes liées au système de santé se résument principalement à une faible disponibilité des services et faible fréquentation de ces services disponibles en 2021, il reste encore 20% de services de CPN à couvrir pour l'ensemble des FOSA et 43% des femmes enceintes soit **105 742** femmes enceintes qui n'ont pas bénéficié de la CPN1 en 2021. Et seulement 229 sites PTME sont disponibles sur 1015 FOSA soit un GAP de 77,43% d'extension de sites PTME à couvrir pour l'ensemble des FOSA comme le recommande 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 est une partie intégrante du Paquet Minium d'Activités (PMA) des postes de santé, par conséquent toute femme en état de grossesse de l'aire de santé de la FOSA devrait en bénéficier.

La faible disponibilité des services de la PTME, voire l'insuffisance des sites PTME consécutives entre autres à une insuffisance de personnel qualifié à tous les niveaux, la faible disponibilité des intrants (test de dépistage, médicaments, vaccin, réactifs de la charge virale) et souvent absence de directives pour la prise en charge par niveau constituent des causes profondes liées à la mise en œuvre du programme et /ou de la politique de santé voir une insuffisance du Système de Santé .

L'insuffisance d'impact du programme PTME sur l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, liée entre autres à la faiblesse des services du dépistage, de traitement à l'inobservance du traitement constituent les causes liées directement au programme y compris l'insuffisance de communication sur la prévention de la transmission mère enfant (*le rapport MICS -RCA 2018-2019 où 38,3% des femmes et 31.4% des hommes âgés de 15 à 49 ans ne connaissent aucun moyen spécifique de transmission du VIH de la mère à l'enfant*) . La communication doit être intensifiée avant, pendant et après pour tout programme de santé pour obtenir les acquis et les maintenir. Cette communication doit être également bâtie sur un plan de communication avec analyse de la situation approfondie, les messages à élaborer doivent être des solutions aux problèmes qui entravent le dépistage , la mise sous traitement de l'observance du traitement , identifier les canaux et les acteurs de la santé et de la presse appropriés afin d'atteindre les résultats escomptés.

1°). **La communication pour le changement de comportement** : La communication revient dans l'analyse approfondie de chaque élément du cadre. Si la communication sur l'existence des services de la triple élimination, de l'importance de la prévention des grossesses non désirées, du dépistage, du traitement, de l'observance du traitement du VIH, la Syphilis, et l'hépatite B est faite à travers les canaux bien appropriés auprès des adolescentes, des femmes enceintes /allaitantes et leurs conjoints avec un renforcement de capacités des personnes qui doivent véhiculer les messages, les cibles fréquenteront les centres de santé pour le dépistage et si et seulement si il y a une disponibilité et une continuité de l'offre de service avec du personnel qualifié à tous les niveaux du système de santé dans un contexte de sécurité.

2°). **L'intensification du dépistage** : Si le dépistage des adolescents (es), des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes, leurs enfants, leurs conjoints /partenaires et le dépistage précoce des nouveaux nés exposés est fait à tous les niveaux selon les normes en utilisant des directives validées de dépistage avec un accompagnement conséquent et de la mise immédiate sous traitement par personnel qualifié et motivé dans le respect des normes et procédures d'observance de traitement. À cet effet les adultes auront toujours une charge virale indétectable, les enfants naîtront et grandiront sans VIH, le chemin vers aboutissement d'une génération sans sida sera obtenu.

3°). **Le renforcement de la coordination du Programme PPTE** : la réorganisation du programme et son renforcement en ressources humaines qualifiées, matérielles et financières sont nécessaires pour l'atteintes des résultats.

3.2.2. LA VISION

Contribuer à mettre fin au VIH, à la Syphilis et à l'hépatite B en RCA d'ici à 2030.

3.2.3. BUT

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la femme et de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité liées au VIH, à la Syphilis et à l'hépatite B en RCA.

3.2.4. LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

1. Réduire le taux de TME du VIH de 8% à moins 5% ;
2. Réduire à moins de 50 cas pour 100 000 Naissances vivantes le taux de transmission de la Syphilis néo-natale ;
3. Réduire de 90% à moins de 50% le taux de transmission de l'Hépatite B de la mère à l'enfant.

3.2.5. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

Les objectifs spécifiques sont en phase avec objectifs stratégiques émanant de la résolution des problèmes identifiés du cadre conceptuel (ToC) afin d'atteindre ceux fixés sur le plan mondial concernant le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B :

11. Amener 50% des femmes en âge de procréer à utiliser le paquet de prévention contre le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B ;

12. Satisfaire les besoins en Planification Familiale (PF) chez 50% des femmes séropositives au VIH, Syphilis et Hépatite afin d'éviter les grossesses non désirées ;
13. Dépister 95% des femmes enceintes, allaitantes et leurs nourrissons ;
14. Assurer le dépistage précoce du VIH chez au moins 95 % des nourrissons nés de mères infectées au VIH ;
15. Mettre sous traitement et suivre 95% des femmes enceintes allaitantes séropositives au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B et leurs nourrissons ;
16. Atteindre chez au moins 95% des femmes enceintes /allaitantes et leurs nourrissons (répondant aux critères) qui reçoivent la TARV une suppression de la charge virale ;
17. Assurer le traitement et le suivi chez au moins 95% des nourrissons infectés par le VIH et l'Hépatite B (répondant aux critères) ;
18. Atteindre chez au moins 95% des nourrissons infectés par le VIH et l'Hépatite B (répondant aux critères) qui reçoivent la TARV une charge virale supprimée ;
19. Assurer la vaccination précoce contre l'hépatite B chez au moins 95% nouveaux- nés, nés de mères séropositives à l'Hépatite B dans les 24 heures qui suivent leur naissance ;
20. Assurer une guérison chez au moins 95% des nourrissons infectés par la syphilis qui reçoivent le traitement selon les normes et standards.

3.2.6. LES AXES STRATEGIQUES

Axe stratégique 1 : Prévention de l'infection à VIH à la syphilis et à l'hépatite B chez les femmes en âge de procréer ;

Axe stratégique 2 : Prevention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B ;

Axe stratégique 3 : Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B chez les femmes enceintes séropositives au VIH à la Syphilis et à l'Hépatite B et assurer le diagnostic précoce chez les enfants exposés ;

Axe stratégique 4 : Renforcement du Traitement, des soins et du soutien appropriés aux mères séropositives au VIH, à la Syphilis à l'Hépatite B et à leurs enfants et conjoints dans les structures publiques, privées et dans la communauté ainsi que la disponibilité du vaccin anti hépatite B pour les nourrissons exposés ;

Axe stratégique 5: Renforcement de la promotion des droits de l'homme et de l'égalité du genre ;

Axe stratégique 6: Renforcement de la gouvernance, de l'engagement des décideurs, des mécanismes de coordination, de suivi/ évaluation et la mobilisation des ressources ,dans un contexte de la décentralisation de la gestion de la coordination du programme e-TME/ Syphilis néonatale et de l'Hépatite B et élaborer une feuille de route du Plan eTME VIH, Syphilis, Hépatite B et mettre en place d'un système d'information pour le suivi.

3.2.7. LES EFFETS

Effet 1 : d'ici 2025 50% femmes en âge de procréer utilisent le paquet de service de prévention de la triple élimination (le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B) ;

Effet 2 : d'ici 2025, 50% des femmes vivant avec le VIH, la Syphilis, l'Hépatite B ou coinfectés utilisent des moyens de contraceptions pour prévenir les grossesses non désirées ;

Effet 3 : d'ici 2025, 95 % des femmes enceintes /allaitantes bénéficient du dépistage et traitements post-nataux pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B ;

Effet 4 : d'ici 2025, 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes séropositives au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B et leurs nourrissons reçoivent le traitement adéquat pour réduire le taux de transmission de la mère à l'enfant, et bénéficient de la charge virale pour le VIH et l'Hépatite B ;

Effet 5 : d'ici 2025, 95% des mères infectées (VIH, Syphilis et Hépatite B) et leurs conjoints ainsi que 95% des enfants infectés nés de ces mères bénéficient d'un traitement adéquat et ont une charge virale supprimée pour le VIH ;

Effet 6 : d'ici 2025 au moins 75% des femmes, leurs conjoints et enfants exposés au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B en besoins d'assistance, bénéficient des soins conformément aux Droits Humains, l'Approche Genre et les initiatives communautaires ;

Effet 7 : d'ici 2025, le leadership, la redevabilité, la coordination institutionnelle et la mobilisation des ressources pour la gestion de la PTME et PECP du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B sont renforcés à tous les niveaux ;

Effet 8 : d'ici fin 2025, un système intégré de suivi/évaluation de l'eTME, de la Syphilis et de l'Hépatite B et une feuille de route existent, sont opérationnels et intègrent les principaux indicateurs pour la mesure du programme.

3.2.8. LES CIBLES

Les cibles du Plan d'élimination de la Transmission Mère-enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B et le plan de prise en charge pédiatrique du VIH, de la Syphilis, et de l'hépatite B s'alignent et respectent la logique de l'accélération pour l'atteinte les objectifs 95-95-95 de l'élimination de la TME pour VIH, du plan d'élimination de la syphilis néonatale et celui de mettre fin à l'hépatite B d'ici 2030.

Selon les données de projection du Recensement Général de la Population (RGPH) actualisées, la population centrafricaine est estimée en 2021 habitants **6 091 097** (source SNISS)

Les prévalences consensuelles retenues au niveau des hypothèses, nous amène à calculer le nombre de femmes enceintes supposées faire la Syphilis ou l'hépatite B en fonction de nombre de femmes enceintes attendues par an (selon RGPH 2003 actualisée).

Tableau 3 : Population actualisée de 2021 à 2025 et Proportion de femmes enceintes susceptibles de contracter la Syphilis, l'Hépatite B et le VIH selon le taux de séropositivité

CIBLES		ANNÉES				
POP RCA (RGP2003 Actualisé)		2021	2022	2023	2024	2025
Pop Générale	Taux	6 091 097	6 194 645	6 299 954	6 407 054	6 515 974
FAP	24,10%	1 467 954	1 492 910	1 518 289	1 544 100	1 570 350
FAPVIH+ (Spectrum 2021	3,40%	49 910	50 759	51 622	52 499	53 392
FAP SYPHILIS + (étude taux milieu urbain)	7,60%	111 565	113 461	115 390	117 352	119 347
FAP HHB+ (étude taux Pop Gener)	16,00%	234 873	238 866	242 926	247 056	251 256
Femmes Enceintes	4,00%	243 644	247 786	251 998	256 282	260 639
F Enceintes Syphilis + (étude)	7,60%	18 517	18 832	19 152	19 477	19 809
F Enceintes VHB+ (étude)	8,20%	19 979	20 318	20 664	21 015	21 372
	(PNS 2021-2025)	11360	11 581	11 800	12 020	12 241
F Enceintes VIH+						
Enfants 0-15ans	40,70%	2 479 076	2 521 221	2 564 081	2 607 671	2 652 001
Adolescents (10 - 19 ans). G et F	26,80%	1 632 414	1 660 165	1 688 388	1 717 090	1 746 281
Adolescentes (10-19 ans)	11,60%	706 567	718 579	730 795	743 218	755 853
Filles (0-14 ans)	21,20%	1 291 313	1 313 265	1 335 590	1 358 295	1 381 386
Population (0-14 ans) G et F	42,90%	2 613 081	2 657 503	2 702 680	2 748 626	2 795 353

3.2.9. LE CADRE LOGIQUE DU PLAN D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS, DE L'HEPATITE B ET DE LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS, ET DE L'HÉPATITE B D'ICI À 2025

La mise en œuvre du plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH, de la Syphilis, de l'hépatite B et de la prise en charge pédiatrique du VIH, de la Syphilis et de l'hépatite B contribuera à mettre fin à l'épidémie du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B chez la mère et l'enfant en RCA d'ici à 2025.

La vision du Plan éTME est alignée à celle du PSN et consistera à contribuer à l'atteinte de l'impact 2 du PSN c'est dire à Réduire le taux de TME du VIH de 8% à moins à 5%, et l'atteinte des objectifs du plan mondial d'élimination de la Syphilis néonatale (Réduire à moins de 50% le taux de transmission des cas de syphilis néo-natale), et ceux du plan national stratégique de lutte contre les hépatites en RCA (Réduire à moins de 50% le taux de transmission de l'Hépatite B de la mère à l'enfant).

3.2.9.1. Les stratégies pour atteindre les résultats du plan

Les principales stratégies de soutien proposées pour atteindre les résultats du plan comme ci-dessus annoncer s'articulent autour de la résolution du problème central du cadre conceptuel de la ToC du plan de la triple élimination qui est l'insuffisance de dépistage du VIH chez les adolescents (es), les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes/allaitantes, leurs enfants et leurs conjoints/partenaires à savoir :

a) Le renforcement de la communication

Le renforcement de la communication auprès des adolescents (es), des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes/allaitantes et leurs conjoints/partenaires sur la disponibilité des services de prévention, les avantages du dépistage (du VIH, de la Syphilis, de l'hépatite B), de la planification familiale, du dépistage précoce de l'enfant exposé au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B, de la mise sous traitement et de l'observance du traitement , également au niveau des acteurs du public, privé et communautaire (OAC, ASC,PODI, GAC).

b) L'intensification du dépistage

L'intensification du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'Hépatite chez les adolescentes, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et chez les enfants exposés en vue d'identifier le maximum de femmes enceintes séropositives au VIH à la Syphilis et à l'hépatite B et d'éviter des nouvelles contaminations des enfants exposés au VIH à la Syphilis et à l'hépatite B.

c) Le renforcement de l'observance du traitement

Le renforcement de l'observance du traitement chez les FAP, les femmes enceintes/allaitantes, les conjoints/partenaires permettra d'atteindre la charge virale indétectable chez la femme enceinte au troisième trimestre de la grossesse avant l'accouchement et de réduire le nombre d'enfants positifs au VIH à la Syphilis et l'Hépatite B ;

d) L'extension et le renforcement du plateau technique des structures de soins

L'extension de l'offre de la CPN à toutes les FOSA soit un GAP de 20% à couvrir (100%- 810/1015) et de la PTME soit un GAP de 77,43% (100% – (229/1015)) pour l'ensemble des FOSA. Le renforcement du plateau technique des structures offrant de soins de la PTME et la PEC au niveau du public, privé et communautaire permettra d'atteindre les objectifs fixés.

e) Le renforcement des approvisionnements

Le renforcement des approvisionnements et le système de gestion des stocks de intrants VIH, Syphilis, et l'hépatite B, médicaments ARV (pour le VIH et l'Hépatite B) et médicaments contre la Syphilis et les réactifs de dépistage VIH, syphilis et l'Hépatite B et du suivi biologique (VIH, Syphilis, Hépatite) au niveau des points de prestations.

f) Le renforcement de la capacité du personnel et la promotion des droits de l'homme et de l'égalité du genre

Le renforcement de la capacité du personnel technique impliqué dans les soins et ceux des laboratoires sur la communication, le diagnostic, le traitement, l'observance du traitement du VIH, de la Syphilis et de l'hépatite B, y compris la prise en charge psychologique ;

g) Le renforcement des mécanismes de coordination, de suivi et évaluation

Le renforcement des mécanismes de coordination, de suivi et évaluation des interventions eTME à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.2.9.2. Les activités du Plan

Tableau 4 : Le cadre des résultats

La mise en œuvre de ces activités permettra de réduire taux de transmission mère enfant à au moins 5% pour le VIH, moins de 50 cas pour 100 000 naissances vivantes pour la syphilis et à moins de 50% pour l'Hépatite virale B d'ici à 2025.

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSAB LE DE LA MEO
Axe Stratégique 1 : Prevention de l'infection à VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B chez les femmes en âge de procréer					
Effet 1 : D'ici 2025, 50% des femmes en âge de procréer utilisent le paquet de services de préventio n de la triple	Produit.1.1 : 50% des femmes en âge de procréer et leurs conjointes connaissent les structures qui offrent le paquet de services de la triple élimination	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	Activité 1: Élaborer un Plan intégré de communication sur l'eTME prenant en compte la triple élimination (VIH, Syphilis et Hépatite B) et la Planification Familiale	1.1. Recruter deux consultants Nationaux pour élaborer le plan intégré de communication, les outils de communication (en prenant en compte la spécificité des leaders religieux) en SANGO et en FRANCAIS Produire des affiches et boîtes à image à partir du Plan eTME (VIH, Syphilis, l'hépatite B), sur l'importance de la Planification familiale, du dépistage en général, dépistage Précoce chez les enfants exposés, l'observance du traitement	DSSP/MSP/ DLMT
			Activité 2 : Validation du plan de communication	Tenir un atelier de trois jours avec 30 Participants	DSSP/MSP/ DLMT

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSAB LE DE LA MEO
élimination (VIH, Syphilis et l'Hépatite B).	(VIH, Syphilis et l'Hépatite B) et utilisent systématiquement le préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels ou à haut risque.		Activité 3 : Multiplier le document du plan intégré de communication eTME et mettre à la disposition des FOSA et des communautaires	Un doc de 100 pages à reproduire en 500 exemplaires	DSSP/MSP / DLMT
			Activité 4 : Reproduire les outils de communication 2000 boites à images et 2000 affiches et mettre à la disposition des prestataires et communicateurs	Estimer le cout de 2000 btes à image et 2000 affiches	DSSP/MSP / DLMT
			Activité 5 : Former les agents pour la mise en œuvre du plan de communication sur la triple l'élimination du VIH, Syphilis et l'Hépatite B.	5.1. Former en deux jours quatre agents de santé par FOSA en communication sur les avantages du dépistage, de la triple élimination (VIH, Syphilis, Hépatite B) du traitement et de l'importance de la planification familiale pour les femmes séropositives au VIH, la Syphilis et à Hépatite B, soit au total 2 784 (696 FOSA x 4 volontaires) volontaires et 93 sessions de 30, soit 37 sessions en 2023 et 2024 et 19 sessions en 2025	DSSP/MSP / DLMT
				5.2. Former en deux jours, 4 volontaires/FOSA autour des 696 FOSA réalisant la PTME + pour appuyer la mise en œuvre de ce Plan Intégré de Communication dans le cadre de l'eTME soit au total 2 784 volontaires	DSSP/MSP / DLMT

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
				et 93 sessions de 30, soit 37 Sessions en 2023 et 2024 et 19 sessions en 2025	
				5.3. Former: les 1 000 Agents de santé Communautaires (groupe PTPE, relais communautaires) en 5 jours dans 35 districts sanitaires ; (Prévoir les primes de motivation des agents).	DSSP/MSP / DLMT
				5.4. Former 1000 agents de la Presse Publique et Privée sur trois ans sur le plan de communication sur l'eTME VIH, Syphilis, Hépatite B avec un accent sur le Test and Treat.	DSSP/MSP / DLMT
			Activité 6 : Sensibiliser les relais communautaires, les autorités administratives, municipales, politiques et les leaders communautaires (religieux, traditionnels, associatifs) pour leur implication et la mobilisation de leur communauté dans la lutte contre le VIH et le Sida sur l'eTME, la syphilis et l'Hépatite B	6.1. Sensibiliser 800 relais communautaires dans les villages autour des sites PTME dans les 35 Districts Sanitaires. (Une mission de 6 jours par District Sanitaire	DSSP/MSP / DLMT
				6.2. Organiser 1 réunion d'1 jour de plaidoyer pour 20 personnes dans 10 communes par an à l'attention des autorités administratives municipales et leaders communautaires (religieux, traditionnels, associatifs...) pour leur implication et la mobilisation de leur communauté dans la lutte contre le VIH sur l'eTME, la syphilis et l'Hépatite	DSSP/MSP /DLMT

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
				B (En trois ans soit 30 jours x 20 personnes par commune soit 600 personnes à sensibiliser)	
			Activité 7 : Diffuser les spots radio et Télévision en Sango et Français sur l'eTME du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B	7.1 : Recruter deux Consultants Nationaux pour concevoir des spots télé et radio en Sango et en français sur l'eTME de la triple élimination (des3 pathologies VIH, Syphilis et Hépatite B)	MSP/DLMT/DSSP
				7.2. Organiser un atelier de 2 jours pour la validation des spots radio et télé de sensibilisation en Sango et en français sur les 3 pathologies (VIH, Syphilis et Hépatite B)	MSP/DLMT / DSSP
				7.3. Diffuser deux fois par semaine et pendant 6 mois par an les spots radio en SANGO et FRANÇAIS sur l'eTME (VIH, Syphilis et Hépatite B) sur 10 radios de proximité (2 à Bangui et 8 à l'intérieur du pays : Obo, Bambari, Nola, Berberati, Bouar, Bossangoa, Paoua, Bria) et Prévoir les frais de diffusion	MSP/DLMT/DSSP
				7.4. Diffuser mensuellement les spots télé en Sango et français sur les deux chaines de télévisions nationales (TVCA	MSP/DLMT/DSSP

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
				et Vision 4) sur l'eTME (VIH, Syphilis et Hépatite B).4 fois par an pendant trois ans	
	Produit 1.2: Au moins 75 % des organisations communautaires, acteurs sont engagés pour la triple élimination du VIH, l'hépatite B et la syphilis d'ici 2025	Stratégie 1 : Renforcement de la communication dans les FOSA qui offrent le paquet de services sur la triple élimination et les avantages du dépistage, du traitement ARV (dépister et traiter) en général et spécifiquement chez la femme enceinte et enfant séropositifs à travers la mise en œuvre du plan de communication sur la eTME VIH, Syphilis et Hépatite B	Activité 1 : Appuyer la mise en œuvre des paquets d'activités communautaires : Groupe de soutien PTPE, Relais communautaires de prévention (sensibilisation, conseil dépistage démedicalisé) autour des sites PTME	1.1. Contractualiser avec le RGS-PTPE pour appuyer la mise en œuvre et le suivi des activités de communication pendant trois ans et identifier le Paquet d'activités des médiateurs communautaires à insérer dans le contrat du réseau 1.2. Multiplier les outils (affiche, boîte à image, dépliant) de sensibilisation sur la PF et la triple élimination du VIH, Syphilis et l'Hépatite B pour le groupe de soutien PTPE	MSP/DLMT/DSFP MSP/DLMT/DSFP

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
	Produit 1.3 :50% femmes en âge de procréer et 50% de leurs conjoints/partenaire,50% des adolescents bénéficient des services de conseil et sont dépistées pour le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B.	Stratégie : 1 Renforcement de la communication sur le recours précoce aux soins de santé, l'importance du dépistage, le traitement et l'observance de traitement chez FAP en général et particulièrement les femmes enceintes/allaitantes /Conjoints/partenaires enfants positifs au VIH, Syphilis et Hépatite B à travers les canaux.	Activité 1 : Assurer la formation de 1225 prestataires de services de CPN, Maternité, CPoN, PEV, PF, Suivi de Croissance, nutrition sur le recours précoce aux soins de santé, l'importance du dépistage, le traitement et l'observance de traitement chez FAP en général et particulièrement les femmes enceintes/allaitantes /Conjoints/partenaires enfants positifs au VIH, Syphilis et Hépatite B	1.1 Former en trois jours dans les bases des districts de santé, 1225 prestataires de services de CPN, Maternité, CPoN, PEV, PF, Suivi de Croissance, sur l'intérêt de dépistage du VIH, Syphilis et Hépatite B par Région Sanitaire soit 35 sessions de 35 participants.	MSP/DLMT / DSFP
			Activité 2 : Doter les FOSA en boîtes à images en Sango et français; affiches sur le protocole PTPE	2.1. Reproduire et mettre à la disposition des FOSA 2000 boîtes à images en Sango et français ; 2000 affiches sur le protocole PTPE déjà pris en compte au niveau (activité 4 stratégie 1 du produit 1.1)	DLMT/PAM / CRF
		Stratégie 2 : Renforcement des capacités des FOSA par l'intégration du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B dans les services de SPN, CPoN, Salle	Activité 1: Assurer le dépistage du VIH, de la Syphilis et de l'hépatite B selon l'approche syndromique, dans la salle d'accouchement, PF et suivi de croissance, service de nutrition y compris la vaccination des nourrisson exposé à l'hépatite B	11. Recruter deux consultants Nationaux pour : 1.1.1.élaborer/réviser les algorithmes sur le dépistage du VIH, de la syphilis et de l'Hépatite, les techniques de vaccination anti hépatite B du nourrisson exposé . Quantifier l'achat des triple-tests pour les femmes en âge	MSP/OMS/ IPB/LNBCS p

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
		d'accouchement, PEV, PF, suivi de croissance, service nutrition y compris la vaccination anti hépatite B du nourrisson né de mère séropositive HB dans les secteurs public, privé et au niveau communautaire. NB (le vaccin anti hépatite B sera mis de façon progressive dans les districts, après quelques centres test)		de procréer 1.1.3. Quantifier les médicaments contre les IST (syphilis, herpes, gonococcie, chlamydiae, trichomonas vaginal et candidose vaginale) y compris le vaccin anti hépatite B	
			Activité.2 : Tenir un atelier de 2 jours pour la validation des algorithmes sur le dépistage du VIH, de la syphilis et de l'Hépatite, les techniques de vaccination anti hépatite B du nourrisson exposé	Atelier de deux jours pour la validation des outils	MSP/OMS/I PB/LNBCSP
			Activité 3 : Multiplier les algorithmes en 1000 exemplaires.	Estimer le cout	MSP/OMS/I PB/LNBCSP
			Activité 4 : Acheter les quantités nécessaires de TDR pour diagnostiquer le VIH, la Syphilis et l'hépatite B et les coïnfections.	Estimer les quantités à partir des femmes en âge de procréer/enceintes (données démographiques)	MSP/OMS/I PB/LNBCSP
			Activité 5 : Doter toutes les FOSA SPN/PTME en algorithmes et réactifs de dépistage pour le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B y compris la vaccination anti hépatite B	Définir le circuit de ravitaillement pour les 35 Districts Sanitaires et assurer la ravitaillement	MSP/OMS/I PB/LNBCSP
			Activité 6 : Assurer une notification assistée aux partenaires au niveau droit et genre-		MSP/OMS/I PB/LNBCSP
			Activité 7 : Assurer le dépistage des IST en utilisant le triple-test (VIH ; Syphilis et Hépatite B)	Quantifier l'achat des triple-tests pour les femmes en âge de procréer DSFP $(24\% * 5.000.000) * 95\% + ((24\% * 5.000.000$	MSP/OMS/ CRF

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
				0)*95%)/2)= 1.710.000 personnes à tester	
			Activité : 8 : Réaliser 7 missions de 5 jours par RS dans les DS ; équipe de 4 personnes, moyenne de Km à parcourir par RS, pour faire la cartographie des structures publiques et privées qui offrent les CPN par DS et évaluer leur capacité à intégrer la PTME	Estimer le Cout	MSP/ DSFP
			Activité 9 : Extension des sites PTME pour la mise en œuvre de la triple élimination (VIH, Syphilis et Hépatite B)	9.1. Étendre la PTME à toutes les FOSA offrant la CPN de manière graduelle (an1 =229+(5x35 districts=404) (an2 =404+(5x35 districts=579) (an3 =579+2=581)	MSP/ DSFP
				9.2. Il s'agira également de prendre un acte administratif pour amener toutes les FOSA avec CPN à assurer les services de la triple élimination	MSP/ DSFP
			Activité 10 : Appuyer 2 FOSA par district Sanitaire en personnel qualifié (Sage-Femme et Assistante Accoucheuse soit 70 FOSA x2personels qualifiés=140 pers par an)	Recruter de 140 pers par ans x 3 ans= 420	MSP/ DSFP/
			Activité 11 : Former 2430 prestataires de services soit 3 prestataires par FOSA pour les 810 FOSA) pendant 5 jours sur les algorithmes révisés de dépistage du VIH, de la syphilis et de l'Hépatite,		

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
			les techniques de vaccination anti hépatite B du nourrisson exposé		
			Activité 12 : Former 1000 prescripteurs et dispensateurs sur la PF (l'espacement des naissances la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives au VIH, Syphilis et Hépatite B), l'importance du dépistage, la mise sous traitement et l'observance du traitement	Soit 33 sessions de 30 personnes de 2023 à 2025	MSP/DLMT/DSFP
			Activité 13 : Former 1000 volontaires communautaires (RGS-PTPE) sur la PF (l'importance de l'espacement des naissances, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite) L'importance du dépistage, de la mise sous traitement et l'observance du traitement des personnes infectées	Soit 33 sessions de 30 personnes de 2023 à 2025	MSP/DLMT/DSFP
			Activité 14 : Former/ Recycler par an les prestataires de soins sur la PEC syndromique des IST, la technique de notification assistée, la technique de négociation du port de préservatifs	10 sessions de formation, regroupant 30 personnes pendant 3 jours	MSP/DLMT / DSFP

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
			Activité 15 : Former pendant 3 jours un pool de 140 coach (2 prestataires et 2 Communautaires par district) pour renforcer les capacités des prestataires de services y compris les communautaires sur les différents aspects de l'eTM (Triple élimination).	Organiser 4 sessions de formations de 35	
		Stratégie 3 : Promotion du dépistage communautaire du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B (Stratégies avancées, Approche famille sur cas index, autotest).	Activité 1 : Doter les OSC (3 OSC par district Sanitaire) en test (VIH, Hépatite, Syphilis) pour le dépistage communautaire à partir des cas index	75% de 4200 femmes enceintes en besoin de PTME =3150*5 tests à faire autour de chaque cas soit 15750 tests à faire autour des cas par année	DLMT/CRF/ UNICEF
			Activité 2 : Doter les 3 OSC par district Sanitaire en autotest afin de les Proposer aux partenaires des femmes dépistées positives	50% des 3150 femmes enceintes en besoin de PTME soit 1575 partenaires ayant bénéficié de l'autotest	Responsable PTME
		Stratégie 4 Prise en charge des IST (Prévention du VIH, Syphilis et Hépatite B).	Activité 1 : Actualiser les directives pour la PEC syndromique des IST	Actualisation des directives par un Consultant national (1 mois) et atelier de 30 personnes ressources pour la validation des directives et multiplier les directives	DLMT/DSFP / OMS
			Activité 2 : Élaborer les modules de formation sur PEC syndromique des IST	Consultation nationale de 20 jours et atelier de 2 jours pour la validation des modules combiner les deux activités 1 et 2 d'où un consultant national pour 55 jours pour actualiser les directives et élaborer les modules de PEC	DLMT/DSFP / OMS

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
				syndromique des IST et faire une seule session de validation de trois jours	
			Activité 3 : Former 5 formateurs par district sur les directives révisées pour la PEC syndromique des IST Activités 4 : Former/ recycler 1225 prestataires de soins sur les directives révisées de la PEC syndromique des IST, la technique de notification assistée, la technique de négociation du port de préservatifs	Formation théorique et pratique de 5 jours au niveau central de 5 formateurs (MCHD, MCD, Sage-femme, 2 membres de l'ECD) Soit 175 formateurs en six sessions de 30 personnes par session 10 sessions de formation, regroupant 30 personnes pendant 3 jours	CNRISTAR/DLMT/DSFP/UNFPA DLMT/DSFP/DRS/Districts Sanitaires/UNFPA
			Activité 6: Assurer le dépistage du papillomavirus et du cancers du col de l'utérus		MSP/DLMT / DSFP
			Activité 7 : Faire une étude pilote sur le dépistage du HPV chez les femmes PVVIH (Protocole, outils, pour le dépistage par l'acide acétique, appareil de cautérisation, achat des tests, cartouches HPV pour le dépistage avec le GenXpert, motivation des agents des site)	Forfait pour l'étude	MSP/OMS

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
			Activité 8: Former les prestataires de services de PF sur les activités de conseil dépistage y compris les techniques de prélèvement sur DBS	10 sessions de debriefing de 30 personnes pendant 3 jours par an	DSPF/CRF/
		Stratégie 6 : Promotion de la stratégie ALL-IN en faveur des adolescents (es) et jeunes.	Activité 1 : Recruter un consultant international pour conduire le processus. Élaborer un Plan national ALLIN en RCA	Recruter un consultant international pour conduire le processus. Élaborer un Plan national ALL in en RCA	UNICEF
			Activité 2 : Assurer le recrutement d'un consultant national pour appuyer le processus d'élaboration du Plan National ALL- IN en RCA	Recruter un consultant national pour appuyer le processus d'élaboration du Plan National ALL- IN en RCA	CNLS/DSFP/
			Activité 3 : d'élaborer un Plan National ALL- IN en RCA		CNLS/MSP/ UNICEF
			Activité 4 : disposer d'une cartographie des services de santé disponibles pour les adolescents	Recruter un consultant national pour élaborer une. Cartographies des services de santé disponible pour les adolescents	DSFP
		Stratégie 7 : Promotion des. Approches différenciées de dépistage du VIH, de la Syphilis, et de l'Hépatite B dans les institutions ciblées au sein de la communauté	Activité 1 : Recruter un consultant national pour élaborer et valider les modules de formation et les directives sur les ADSIH	Recruter un consultant national pour élaborer et valider les modules de formation et les directives sur les ADSIH (inclure dans le paquet d'activité des communautaires autour de 405 FOSA SMI-PF)	FOSA/OSC
			Activité 2 : Former sur les ADSVIH les prestataires de service par FOSA soit 696 FOSA	Former en 3 jours deux prestataires de services par FOSA pour les 696 FOSA sur les ADSVIH. Soit 2088 participants	DSCP

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
				soit en moyenne 30 participants par session soit 70 sessions 20 sessions en 2023 , 25 sessions en 2024 et 2025	
			Activité 3 : Assurer la mise en œuvre des. ADSVIH dans 35 districts solitaires	Doter les OSC en réactifs et matériels nécessaires, les hôpitaux des 35 districts	DLMT/CRF/ UNFPA
			Activité 4 : Assurer le dépistage communautaire (démédicalisée) dans le cadre de l'approche famille (enfants, partenaires)	Contractualiser avec les 05 OSC pour amener au moins 50% des FOSA/CPN à développer les approches différenciées sur le dépistage des enfants et des conjoints (à ajouter au contra des OSC au début)	DSFP/UNICE F/CRF
	Produit 1.4 : 75% des femmes en âge de procréer victimes des violences basées sur le genre bénéficient de la Prévention	Stratégie 1 : Promotion de la PrEP et PEP	Activité 1 : Recruter un Consultant National pendant 30 jours pour élaborer de la stratégie et des outils de suivi de la PreP et Concevoir des prospectus d'information sur la PreP à l'intention des femmes et de leurs partenaires	Un consultant national pendant 30 jours	MSP/DLMT / DSFP
			Activité 2 : Organiser un atelier regroupant 20 personnes pendant 3 jours pour la Validation de la stratégie et des outils de suivi de la PreP et les prospectus	20 personnes pendant trois jours	MSP/DLMT/ DSFP
			Activité 3 : Former les prestataires de service sur la PreP	810 prestataires de services pendant 3 jours sur la PreP et la PEP	. MSP/DLMT/ DSFP

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
	Post Exposition	Stratégie 2 : Renforcement de la communication à travers les canaux autour de la prophylaxie préexposition	Activité 1: Concevoir des prospectus d'information sur la PreP à l'intention des femmes et de leurs partenaires	Prendre en compte par le consultant à l'activité ci-dessus	DLMT/CRF
			Activité 2 : Concevoir des prospectus d'information, de prescription et de suivi de la PreP à l'intention du personnel de santé	Idem	DLMT/CRF
		Stratégie 3 : Mise à disposition régulière des médicaments pour la PrEP.	Activité 3 : Assurer la formation des prestataires de services sur la PreP et la PEP.	Faire des 'ateliers regroupant 30 personnes pendant 3 jours par an pris en compte à l'activité 3 de la stratégie 1 (produit 1.4)	DLMT/CRF
			Activité 1 : Acquérir des ARV pour la PreP chez les couples discordants	Voir GAS	DLMT/CRF
			Activité 2 Assurer la PEC de 100 couples discordants		Responsable PTME
		Axe stratégique 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivantes avec le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B ;			
Effet 2 : D'ici 2025, 50% des femmes vivant avec le VIH, la Syphilis, l'Hépatite	Produit 2.1 : 50% des services de PF offrent des services de conseil et dépistage du VIH, de la	Stratégie 1 :Renforcement des capacités du personnel (formation et dotation régulière des FOSA en contraceptifs et autres intrants).	Activité 1: Doter les unités de PF, PTME, PEV et du suivi de croissance des 696 FOSA, en intrants de dépistage du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B aux femmes en âge de procréer y compris leurs partenaires	Inclus dans le paquet minimum des intrants pour les analyses prénatales	DSFP/UNICEF/UNFPA
			Activité 2 : Former 1500 prestataires des unités de la PF CPN, Maternité, CPoN, PEV et du suivi de croissance des 696 FOSA sur la technique de l'auto test VIH.	50 sessions d'atelier regroupant 30 personnes pendant 3 jours sur 3 ans	DSFP/UNICEF/UNFPA

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
B ou Coinfectés utilisent des moyens de contraception pour prévenir les grossesses non désirées.	Syphilis et de l'Hépatite B.		Activité 3 : Former/recycler 1000 prestataires de soins des 696 FOSA (CPN) sur la PEC syndromique du VIH, Syphilis et Hépatite B, la technique de notification assistée, la technique de négociation du port de préservatifs en 33 sessions de 3 jours à Bangui, Baoro et Sibut.	40 sessions d'atelier regroupant 25 personnes pendant 3 jours sur 3 ans Déjà pris en compte	DSFP/UNICEF/UNFPA
		Stratégie : 2 Promotion des préservatifs masculins et Féminins (susciter la demande, accroître les points de	Activité 1 : Renforcer les FOSA en préservatifs masculin et féminin, ainsi que des intrants pour le dépistage du VIH, Syphilis et Hépatite B	Assurer la dotation régulière des 925 FOSA en préservatifs masculin et féminin, ainsi que des intrants pour le dépistage DSFP/ UNICEF/UNFPA	DSPF/Programme PTME/CRF/ UNICEF
			Activité 2 : Réactualiser le circuit de ravitaillement des préservatifs (masculins et féminins) et contraceptifs des 925 FOSA	1.1. Recruter un consultant pour réactualiser le circuit de ravitaillement des préservatifs (masculins et féminins) et contraceptifs des 925 FOSA.	DSPF/Programme PTME/CRF/ UNICEF
			Activité 3 : Créer les points de vente des préservatifs dans les secteurs publique et informels	Sans cout	ACAMS/CN MLS/MSP
			Activité 4 : Enseigner aux femmes en âge de procréer lors des visites de PF, CPoN et de suivi de croissances les aptitudes pour la négociation de l'utilisation des préservatifs	Sans cout	DSPF/Programme PTME/CRF/ UNICEF
		Stratégie 3 : Mise en œuvre des activités du conseil et dépistage du VIH, de la Syphilis et de	Activité 1 : Proposer systématiquement le test de dépistage du VIH, de la Syphilis et l'Hépatite B aux femmes en âge de procréer venues à la PF, ainsi qu'à leurs partenaires	Sans cout	Responsables de CPN

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
		l'Hépatite B dans les services de PF.	Activité 2 : Organiser des séances de notification assistée aux partenaires des femmes dépistées en CPN et en PF	Sans cout	Responsables de CPN/OSC
			Activité 3 : Proposer l'autotest aux partenaires des femmes dépistées positives au VIH	Sans cout	Responsables de CPN
	Produit 2.2 : 50% des services de prise en charge du VIH intègrent la PF.	Stratégie 1 : Mise en œuvre des activités de PF (CDV, CDT, à l'occasion de dépistage, différencié).	Activité 1 : Assurer le dépistage communautaire (démédicalisé) dans le cadre de l'approche famille (enfants, partenaires...) par les groupes de soutien	250 équipes de 4 personnes a repartis dans les 35 districts	MSP/Group e de soutien PTPEF
			Activité 2 : Sensibiliser les femmes vivants avec le VIH sur la PF à travers les groupes de paroles	1 Séance par mois de 25 femmes pour 35 districts sur 3ans animateur par district soit 35 animateurs à motiver mensuellement par an sur 3 ans	MSP/ Groupe de soutien PTPE
			Activité 3 : Organiser la distribution communautaire des contraceptifs y compris la contraception d'urgence aux femmes vivant avec le VIH.	Estimer le cout du déplacement en milieu communautaire (1000 RGS)	MSP/ Groupe de soutien PTPE/UNFPA
	Produit 2.3 : 50% des associations y compris celles des PVVIH offrent la PF au niveau communautaire	Stratégie 1 : Renforcement des capacités des membres des associations (formation et dotation régulière des communautés en contraceptifs et autres intrants).	Activité 1 : Former 800 volontaires communautaires (RGS-PTME) sur la PF et l'importance de l'espacement des naissances.	Rf produit 1.3 Stratégie 2 Activités 13 (sans cout)	DSPF/Programme PTME /UNFPA
			Activité 2 : Former 100 prescripteurs et dispensateurs sur la PF et l'espacement des naissances	Rf produit 1.3 Stratégie 2 Activité 12 (sans cout)	DSPF/Programme PTME / UNFPA

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
		Stratégie 2 : Mise en œuvre des activités de PF dans les associations communautaires.	Activité 1 : Sensibiliser les femmes vivant avec le VIH y compris les populations clés et les femmes VIH+ déplacées internes sur la PF (via les ASC) et les communautaires	3 ASC pairs éducateurs autours de chacune des 810 FOSA Organiser 1 séance par mois de sensibilisations pour 3 ans Prévoir 1 animateur par FOSA	MSP/ASC
			Activité 2 : Organiser la distribution communautaire des contraceptifs y compris la contraception d'urgence aux femmes vivants avec le VIH à travers les groupes communautaires de distribution des ARV (CAG).	Organiser 1 séance de distribution communautaire par mois par les MC pour les 3 ans	DSFP/ Médiateurs communautaires
Axe stratégique 3 : Prévention de la transmission mère-enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B chez les femmes enceintes séropositives au VIH, à la Syphilis et l'Hépatite B et assurer le diagnostic précoce chez les enfants exposés.					
Effet 3: D'ici 2025 95 % des femmes enceintes/allaitantes bénéficient du dépistage pour le VIH, la syphilis et	Produit 3.1: 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes ont accès aux services de conseil et de triple dépistage en soins prénatals.	Stratégie 1 : Extension des FOSA pour l'intégration la PTME (voir Stratégie 3 du produit 1.3 de l'effet 1).	Activité 1 : Doter les sites en réactifs et consommables pour le triple dépistage chez les femmes enceintes et allaitantes, en réactifs du diagnostic précoce des nourrissons (cartouche de GeneXpert) et en réactifs pour la charge virale	FE attendu 4.200 Détermine_ Unigold_ Cartouches Charge virale_ Tubes EDTA Nnes _DBS_ Alere_ Cartouches GeneXpert dépistage précoce_ Cartouches Charge virale, consommables de laboratoire	DLMT/PAM
			Activité 2: Élaborer /réviser les modules intégrés de formation pour la triple élimination de la transmission du VIH, Syphilis et hépatite B de la mère à l'enfant y compris la prise en charge pédiatrique de l'enfant exposé au VIH, à la Syphilis et à l'hépatite B et l'introduction du Vaccin anti hépatite B chez le nouveau-né exposé	Recruter trois consultants nationaux pour 3 mois	DLMT/CRF/ UNFPA/OMS

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSAB LE DE LA MEO
l'hépatite B.			Activité 3 : Tenir un atelier de validation des modules révisés	Validation avec 15 experts, atelier de 3 jours	DSF/DLMT/ CRF/UNFPA
			Activité 4 : Multiplier les modules intégrés révisés		DSF/DLMT/ CRF/UNFPA
			Activité 5 : Organiser une journée de lancement de l'introduction du Vaccin anti Hépatite B		
			Activité 5 Organiser des stratégies avancées (Cliniques mobiles) des CS vers les PS de CPN/PEV/PTME dans les villages où il n'existe pas de FOSA	Effectuer 1 fois par mois la stratégie avancée, équipe de 4 personnes pour les 35 districts	Responsabl es des CS/ Partenaires
			Activité 6 : Organiser des campagnes de dépistages précoces et des prélèvements des échantillons pour la CV	1 campagne/3mois du niveau RS vers les DS Activité de routine et également incluse dans les activités de dépistage familial à partir des cas index (RF)	MSP/DSFP/ DLMT/DPL MT

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
		Stratégie 2 : Renforcement des FOSA pour le dépistage du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B des femmes enceintes et allaitantes et de mise sous traitement dans les services de soins prénatals, soins postnatals et suivi de croissance des nourrissons et les services d'hospitalisation des enfants	Activité 1 : Former le personnel des services de soins prénatals, soins postnatals et suivi de croissance des nourrissons et les services d'hospitalisation des enfants des 810 FOSA sur les modules intégrés révisés de la triple élimination de la transmission du VIH, Syphilis et hépatite B de la mère à l'enfant y compris la prise en charge pédiatrique de l'enfant exposé au VIH, à la Syphilis et à l'hépatite B et l'introduction du Vaccin anti hépatite B chez le nouveau-né exposé et le suivi	3 agents par FOSA sont formés pour assurer la PTME, 2 agents pour la PECP) et 2 pour le laboratoire d'ici fin 2025 (35 sessions de 5 jours).	MSP/DSFP
			Activité 2 : Doter ces services en réactifs pour le triple dépistage	PM	DSFP
			Activité 3 : Assurer mensuellement l'acheminement des prélèvements DBS des FOSA vers les DS et des DS vers les laboratoires de référence	Organiser 1 fois le mois l'acheminement des prélèvements DBS	DSFP/DLMT /Médiateurs communautaires
			Activité 4 : Sensibiliser les leaders communautaires (Notables, Chefs de villages, Leaders femmes et jeunes/adolescents, tradipraticiens, etc.) sur les grossesses à risque et la transmission du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B	voir l'activité 6.2 de la stratégie 1 (2 fois/an dans les 35 DS2 fois/an dans les 35 DS)	DSFP/DLMT /Médiateurs communautaires
			Activité 5 : Doter d'un échographe chaque hôpital de district et hôpital secondaire		MSP/OSC/PTF
			Activité 6 : Assurer la gratuité des soins de CPN, bilans prénatals et les soins post-natals	RF programme DSFP, Estimer la quantité des intrants nécessaires	DSFP/DLMT/Médiate

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
					urs communautaires
			Activité 7: Organiser des cliniques mobiles envers les femmes enceintes et femmes allaitantes des zones difficiles d'accès	1 Campagne/6mois ; Du niveau RS vers les 35 DS	DSFP/DLM T/Médiateurs communautaires
		Stratégie 3 : Renforcement des mesures d'incitation des conjoints (par exemple déclaration initiale de grossesse, exemption des frais de consultation et bilan prénatal, offre d'un paquet de service sérologie VIH, sérologie Syphilis, sérologie Ag Hbs, glycémie, bilan rénal, TA, Vaccin Covid-19, Vaccin Td, etc.).	Activité 1 : Mettre en place une association des conjoints des femmes enceintes	Sans coût	DSFP/DLMT /Médiateurs communautaires
			Activité 2 : Assurer le financement du plan d'action de l'association des conjoints pour la promotion de l'autotest du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B aux conjoints.	Estimer les besoins nécessaires	MSP/DLMT
			Activité 3 : Offrir une échographie obstétricale gratuite de second trimestre et d'autres bilans de santé aux femmes enceintes accompagnées de leurs conjoints, etc.	Doter d'un échographe chaque hôpital de district et hôpital secondaire	DSFP/DLMT /PTF
			Activité 4: Offrir une fois par an une visite médicale gratuite à tous les partenaires des femmes enceintes VIH/Syphilis/hépatite B positives	Sérologie VIH, sérologie Syphilis, sérologie Ag Hbs, glycémie, bilan rénal, TA, Vaccin Covid-19, Vaccin Td, (Quantification de départ 4000	DSFP/DLM T/Médiateurs

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSAB LE DE LA MEO
					communau taires
	Produit 3.2 : 50% des conjointes des femmes enceintes ont accès aux services de conseil dépistage	Stratégie 1 Renforcement des services de dépistage (VIH, Syphilis et Hépatite B) et notification assistée par le personnel médical et/ou communautaire	Activité 1 : Réaliser une étude socio- anthropologique sur les approches incluant la motivation des conjoints des femmes enceintes, des institutions et autres structures étatiques en lien avec les soins prénatals, les accouchements et les soins post-natals ainsi que la déclaration des naissances, etc.	Recruter un consultant	MSP/DLMT
	Produit 3.3 : 95% des enfants exposé ont bénéficié d'un test de dépistage précoce (PCR1, PCR2 et d'une sérologie à 18 mois	Stratégie 1 : Renforcement du dépistage précoce du VIH chez les nourrissons nés de mères VIH+ dans les services de CPoN, de PEV, de nutrition, de suivi de la croissance et de la tuberculose	Activité 1 : Doter les 35 Hôpitaux des DS en appareils GenXpert et consommables pour le dépistage précoce, la PCR1 et la mesure de CV . Doter les 35 Hôpitaux des DS en appareils GenXpert et consommables pour le dépistage précoce, le PCR2 et la mesure de la CV	Estimer les besoins nécessaires (Voir Direction de la Pharmacies)	MSP/DPLM/ DLMT
			Activité 2 : Former 500 spécialistes en laboratoire des FOSA (CPN) des 35 districts en 4 sessions de 5 jours à Bangui, Baoro et Sibut sur le dépistage du VIH, Syphilis et Hépatite B y compris, sur technique du PCR chez l'enfant, le conditionnement et l'acheminement de DBS	25 sessions de 5 jours à Bangui (5 sessions en 2022, 15 Sessions en 2023, et 5 Session en 2024)	MSP/UNICE F Direction de la Pharmacie, du Laboratoire et de la

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSAB LE DE LA MEO
					Médecine Traditionnel le
			Activité 3 : Former les techniciens de laboratoires sur l'utilisation et la maintenance préventives des appareils de GenXpert	organiser 4session de formation de 25 personnes par an en trois jours pendant deux ans	MSP/DPMLT /DLMT
			Activité 4 : Former en deux jours, 2 prestataires de services pour les 696 FOSA soit1392 participants sur les activités de conseil et de dépistage, la délégation des Taches , la prescription de la PCR1, PCR2 et la sérologie à 18 mois y compris les techniques de prélèvements sur DBS, conservation et acheminement des échantillons en 46 sessions de 30 participants soit , 10 sessions en 2023, 26 sessions en 2024 , 10 sessions en 2025		
			Activité 5 : Appuyer le transport des échantillons(Sang total ou DBS) vers les sites de PCR et retour des résultats de façon électronique.	DS pour 400, Nnés par an pendant trois ans	MSP/DLMT
			Activités 5 : Mettre en place un dispositif de gestion des déchets biomédicaux issus de ces	Dispositifs à mettre ne place par District sanitaire	MSP/DLMT

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
			examens (destruction des cartouches de GenXpert et autres produits toxiques.		
		Stratégie 2 : Renforcement du dépistage PCR2 des Enfants exposés et après 18 mois	Activité 1 : Former en Coaching des agents de santé des 696 FOSA sites CPN/PTME en raison de trois agents par FOSA/CPN (trois agents : le Médecin responsable de la structure, une sage-femme ou une infirmière, un responsable de labo ou un pharmacien) pendant trois jours nouvelles directives du module intégré de formation sur la prise en charge des femmes enceintes leurs enfants , leurs conjoints infectés au VIH, à la Syphilis ou à l' Hépatite B y compris la prise en charge pédiatrique y incluant la notification systématique aux partenaires des femmes enceintes dépistées positives, pour les trois maladies	70 Sessions de 30 personnes par session de 2022 à 2025 20 sessions en 2023 , 25 sessions en 2024 et 25 sessions en 2025	MSP/DLMT
			Activité 2 : Assurer /catcher les personnel de santé sur la délégation des tâches y compris la prescription du PCR1, PCR2 et la sérologie à 18 mois	Estimer le coût soit	MSP/DLMT
			Activité 3 : Appuyer les activités de communication envers les communautés sur l'importance de la PCR1, PCR2 et la sérologie VIH à 18 mois pour une initiation au traitement et le suivi	Sans coût	DSFP/DLMT / Médiateurs Communautaires

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
Axe stratégique 4 : Renforcement du Traitement, des Soins et du Soutien Appropriés aux mères séropositives au VIH, à la Syphilis à l'Hépatite et à leurs enfants et conjoints dans les structures publiques, privées et dans la communauté.					
Effet 4: d'ici 2025, 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes VIH+, Syphilis+ et Hépatite B+ et leurs nourrissons ont accès aux traitements adéquats pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant.	Produit 4.1 : 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes VIH+, Syphilis+ et Hépatite B+ et leurs nourrissons ont accès aux traitements adéquats pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant.	Stratégie 1 : Renforcement des capacités des agents de santé dans la mise sous traitement des femmes enceintes /Allaitantes séropositives au VIH, ou à la Syphilis ou à l'Hépatite B, leurs nourrissons exposés	Activité 1 : Élaborer/Réviser le manuel de l'éducation Thérapeutique et les outils pédagogiques (concernant les communautaire) sur la prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH à la Syphilis à l'hépatite B y compris la prise en charge pédiatrique de l'enfant exposé y incluant la notification systématique aux partenaires des femmes enceintes dépistées positives pour les trois maladies. en recrutant deux consultants nationaux (un médecin et un communautaire)	Recruter deux consultants Nationaux (médecin et communautaire)	MSP/DLMT
			Activité 2 : Valider le manuel de l'éducation thérapeutique et des outils pédagogiques	Atelier de validation des manuels révisés avec 15 Experts ;	MSP/DLMT
			Activité 3 : Multiplier les outils pédagogiques d'ETP ;	1000 exemplaires	MSP/DLMT
			Activité 4 : Former en 3 jours ; 800 agents de santé ; 340 médiateurs communautaires (33 sessions de 35) sur les manuels révisés	soit 15 sessions en 2023 et 18 Sessions en 2024 .	MSP/DLMT

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
réduire le taux de transmission de la mère à l'enfant.			Activité 5 Doter les sites de soins en médicaments pour les trois maladies.	Dotation des 810 sites en médicaments pour la prise en charge des 3 maladies (se référer aux protocoles VIH, Hépatite B et Syphilis pour la budgétisation).	MSP/DLMT
			Activité 6 : Former 1620 agents des sites sur la gestion des stocks des intrants et médicaments.	Former 1620 (810 FOSA x2 agents) personnel des sites pendant 2 jours sur la gestion des stocks des intrants et médicaments en 35 Sessions .	MSP/DLMT
			Activité 7 : Multiplier et disséminer les directives et les modules de prise en charge et les formulaires de notification aux partenaires des femmes séropositives.	Estimer le coût	MSP/DLMT
	Produit 4.2 : 95% des conjoints dépistés VIH+, Syphilis+ et Hépatite B+ sont mis sous	Stratégie 1 : Renforcement de l'offre et services pour la prise en charge des conjoints dépistés positifs pour les 03 maladies.	Activité 1 : Former les prestataires de services y compris les médiateurs communautaires sur la prise en charge des 03 maladies.	Organiser 4 sessions de formations de 25 personnes par an en 3 jours pendant 2 ans.	MSP/DLMT
			Activité 2 : Rendre disponible les médicaments des 03 maladies aux conjoints dépistés positifs.	: Rendre disponible les médicaments des 03 maladies aux conjoints dépistés positifs. Estimer les besoins nécessaires	MSP/DLMT
			Activité 3 : Appuyer la délivrance différenciée des traitements pour les conjoints dépistés positifs.		MSP/DLMT

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
	traitement adéquat.	Stratégie 2 : Renforcement de la demande pour la prise en charge des conjoints dépistés positifs pour les 03 maladies.	Activité 1 : Appuyer les groupes de soutien/médiateurs communautaires pour le suivi des femmes vivant avec le VIH , la syphilis et l'hépatite B et leurs conjoints (gestion des Rendez-vous aux traitements, VAD/RPDV) (équipe d'une personne qui fait une VAD)		DSFP/DLMT / Médiateurs Communautaires
			Activité 2 : Sensibiliser les prestataires pour une meilleure PEC des conjoints dépistés positifs conformément à la charte nationale pour les services de soins de qualité en Centrafrique.	Estimer les couts	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
	Produit 4.3 : 95% des enfants exposés bénéficient d'une prophylaxie antirétrovirale	Stratégie 1 : Promotion de l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation de l'enfant dans le contexte du VIH.	Activité 1 : Réviser les modules de formation et guides de prise en charge en tenant compte des nouvelles orientations de l'OMS sur l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH.	Tenir un atelier de 5 jours avec 20 personnes/Experts	MSP/DLMT
				1.2. Multiplier en 1215 exemplaires les modules de formation et guides de prise en charge en tenant compte des nouvelles orientations de l'OMS sur l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH. (Document de 80 pages)	MSP/DLMT/ DSSP
			Activité 2 : Renforcer les capacités des prestataires de services y compris les communautaires sur l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation de l'enfant dans le contexte du VIH .	2.1. Organiser la formation pendant 3 jours un pool de 140 caoch (2 prestataires et 2 Communautaires par district) pour renforcer les capacités des prestataires de services y compris	DSSP/MSP/ DLMT

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
				les communautaires sur les différents aspects de l'eTM (promotion de l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation de l'enfant dans le contexte du VIH, etc.).	
Effet 5 : D'ici 2025, 95% des mères infectées (VIH, Syphilis et Hépatite B) et leurs conjoints ainsi que 95% des enfants infectés nés de ces mères bénéficient d'un traitement adéquat	Produit 5.1 : 95% des Femmes enceintes/ allaitantes et leurs nourrissons infectés bénéficient de d'au moins deux mesures de Charge virale par an	Stratégie 1: Soutien intensif à l'observance pour les femmes enceintes /Allaitantes sous Triple traitement (VIH, Syphilis et Hépatite B) 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).	Activité 1 : Mettre à jour le guide de l'éducation thérapeutique et des outils pédagogiques dans le contexte de la triple élimination	1. Recruter 2 Consultants (Médecin et Communautaire) ; Atelier de validation avec 15 Experts ; Multiplication des outils pédagogiques ; Formation de 5 jours ; 800 agents de santé ; 340 médiateurs communautaires	MSP/DLMT
			Activité 2 : Renforcer les capacités des 1000 prestataires de services de CPN, Maternité, CPoN, PEV, PF, suivi de croissance dans les 696 FOSA sur la prise en charge psychologique des femmes dépistées positives et leur référencement à l'UPEC	10 sessions d'atelier regroupant 35 personnes pendant 3 jours par an pour 3 ans	DSPF/Programme PTME/CRF/ UNICEF
			Activité 3 : Multiplier les outils pédagogiques ETP	Estimer le cout de 1000 exemplaires les outils pédagogiques ETP	MSP/DLMT
			Activité 4: Former 4860 prestataires et relais communautaires (6 agents x810) sur l'éducation Thérapeutique	Formation en 70sessions de 5 jours	
			Activité 5: Doter les Sites de soins en médicaments pour les trois maladies	Estimer les quantités nécessaires	MSP/DLMT
			Activité 6 : Former le personnel des sites sur la gestion des stocks des intrants et médicaments	Former 1620 (810 FOSA x2 agents) personnel des sites pendant 2 jours sur	MSP/DLMT

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
et ont une charge virale supprimée pour le VIH.				la gestion des stocks des intrants et médicaments en 35 Sessions	
			Activité 7: Assurer l'éducation thérapeutique et le soutien à l'observance pour les femmes enceintes sous TAR avec l'appui des médiateurs communautaires	Sans coût	DSFP/DLMT /Médiateurs communautaires
		Stratégie 2 : Renforcement de la mesure de la Charge virale chez femmes enceintes/allaitantes infectées	Activité 1 : Actualiser la cartographie des Poc et faire la polarisation du circuit de collecte et d'acheminement des échantillons	Consultant National	MSP/DLMT/ DSFP /CRF/U NICEF
			Activité 2: Achat et mise à disposition de nouveaux PoC en vue d'une extension aux FOSA	Nombre et prix des PoC	MSP/DLMT/ DSFP /CRF/U NICEF
			Activité 3 : Rendre disponibilité les intrants de la mesure de la charge virale	Quantifier	MSP/DLMT/ DSFP /CRF/U NICEF
			Activité 4 : Sensibiliser les prescripteurs et les PVVIH pour la réalisation de la Charge virale	Sans cout	MSP/DLMT/ DSFP /CRF/U NICEF
			Activité 5 réaliser au moins deux campagnes de charge virale par an	Estimer le cout	MSP/DLMT/ DSFP /CRF/U NICEF/OMS
		Stratégie 3 : L'amélioration de l'accès à la prophylaxie renforcée chez les nouveau-nés,	Activité 1 : Recruter un consultant national pour réviser les Directives Nationales concernant la prophylaxie renforcée du nouveau-né conformément à la stratégie PoC et les intégrer dans le module de formation de la PTPE/PECP:	Recruter un consultant national	MSP/DLMT/ DSFP /CRF/U NICEF

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
		notamment dans les cas où la charge virale de la mère reste élevée.	Activité 2: Organiser un atelier de validation 4 jours (regroupant 20 personnes) des Directives Nationales concernant la prophylaxie renforcée du nouveau-né conformément à la stratégie PoC	Atelier de 4 jours	MSP/DLMT/DSFP /CRF/U NICEF/OMS
			Activité 3 : Former les prestataires de services et les communautaires sur les nouvelles directives dans les modules de formation PTPE/PECP	Former 1215 prestataires de services (3 par FOSA pour les 405 FOSA) sur les nouvelles directives du module intégré de formation PTPE/PECP pendant 6 jours 40 session de 30 participants	MSP/DLMT/DSFP /CRF/U NICEF/OMS
			Activité 4 : Renforcer la capacité des prestataire FOSA sur les ADSVIH sur les bases des 35 Districts Sanitaires	MSP/DLMT	DSSP/DSFP/DLMT/Médiateurs communautaires
		Stratégie 4 : Renforcement des liens entre les structures de soins et la communauté.	Activité 1 : Appuyer les activités de communication envers les communautés sur l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.	Estimer le cout	DSSP/DSFP/DLMT/Médiateurs communautaires
			Activité 2 : Doter les OSC en matériels et supports de communication pour la promotion de l'ANJE au niveau communautaire.	Estimer le cout	DSSP/DSFP/DLMT/Médiateurs communautaires

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
	Produit 5.2: 95% des mères vivant avec le VIH+ et 95% des enfants des enfants infectés nés de ces mères sous TARV sont retenues dans la file active à 12 mois après le début du traitement.	Stratégie 1 : Prise en charge des mères par les antirétroviraux et l'accompagnement par les Groupes de Soutien (RECAPEV, etc.).	Activité 1 : Appuyer la révision du cahier de charge du RGS-PTPE pour l'intégration des activités relatives à la syphilis et l'hépatite B.	Recruter 1 Consultant National. Appuyer la révision du cahier de charge du RGS-PTPE pour l'intégration des activités relatives à la syphilis et l'hépatite B.	MSP/DLMT/DSFP
			Activité 2 : valider les cahier de charge de RGS-PTPE	Tenir un atelier de validation du cahier de charge du RGS-PTPE pour l'intégration des activités relatives à la syphilis et l'hépatite B.	MSP/DLMT/DSFP
			Activité 3 : Appuyer les groupes de soutien/médiateurs communautaires pour le suivi des femmes vivant avec le VIH, la syphilis et l'hépatite B (gestion des Rendez-vous aux traitements, VAD/RPDV).	Estimer les besoins nécessaires	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
		Stratégie 2 : Mise en place d'un système de rappel par téléphonie mobile en utilisant les relais communautaires.	Activité 1 : Appuyer la mise en place d'un système rappel téléphonique pour le maintien des mères VIH positives dans la file active.	Estimer les besoins nécessaires	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
			Activité 2 : Assurer la formation des membres de groupe de soutien sur le système de rappel téléphonique ainsi que leurs dotations en matériels et appareils téléphoniques.	Organiser 4 sessions de formations de 25 personnes par an en 3 jours pendant 2 ans.	MSP/DLMT/GS-PTPE

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
		Stratégie 3 : Promouvoir le partage du statut dans la famille nucléaire (notification assistée du conjoint, dépistage des autres enfants).	Activité 1: Organiser des journées spéciales pour les consultations de couple séropositif (Rendez-vous harmoniser).	Estimer les besoins nécessaires Organiser des journées spéciales pour les consultations de couple séropositif (Rendez-vous harmoniser).	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
			Activité 2 : Appuyer les groupes thérapeutiques communautaires des ARV pour le partage des statuts des 03 maladies pour les femmes allaitantes et leurs conjoints.	Estimer les besoins nécessaires. Appuyer les groupes thérapeutiques communautaires des ARV pour le partage des statuts des 03 maladies pour les femmes allaitantes et leurs conjoints.	DSFP/DLMT / Médiateurs Communautaires
Axe stratégique 5 : Renforcement de la promotion des droits de l'homme et de l'égalité du genre ;					
Effet 6: D'ici 2025 au moins 75% des femmes, leurs	Produit 6.1 : 75% femmes séropositives au VIH à la Syphilis et à Hépatite B et	Stratégie 1 : Intensification de la communication sur les Droits Humains et l'Approche Genre pour un changement de	Activité 1 : Assurer la cartographie des groupements féminins dans 10 localités à forte prévalence du VIH.	Recruter 1 Consultant National	MSP/DLMT/ DSFP

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
conjointes et enfants exposés au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B en besoins d'assistance, bénéficient des soins conformément aux droits Humains, l'Approche Genre et les initiatives communautaires.	qui sont dans le besoin bénéficient des services de recours et de protection relatifs aux droits humains d'ici fin 2025.	comportements à travers les canaux.	Activité 2 : Identifier et former 100 points focaux membres des groupements féminins sur le VIH/SIDA, la PTPE, les IST, les Droits Humains et les VBG afin d'assurer la sensibilisation régulière de leurs membres lors des réunions des groupements.	Organiser 4 sessions de formations de 25 personnes par an en 3 jours pendant 2 ans.	MSP/DLMT/DSFP/GS-PTPE
			Activité 3 : Contractualiser avec 6 radios communautaires (Réseau des médias communautaires) et appuyer les campagnes médiatiques, pour la lutte contre la stigmatisation ainsi que les droits des patients et des professionnels de santé.	6 radios communautaires ; 100.000 FCFA/émissions ; 3 ans	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
		Stratégie 2 : Mise en œuvre et passage à l'échelle des services par les acteurs communautaires.	Activité 1 : Recruter 20 ASC en vue d'assurer l'encadrement des groupements féminins, la sensibilisation des leaders communautaires dont sont issus les groupements féminins pour soutenir les actions entreprises par les femmes, assurer le suivi de la référence active des cas vers les structures de santé, appuyer la collecte des données générées à travers les groupements féminins	100 ASC ; 75.000 FCFA/personne/mois ; deux ans	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
		Stratégie 3 : Mise en œuvre d'un paquet minimum de prestations pour l'amélioration de la situation socio-économique des PVVIH et des populations clés nécessiteuses.	Activité 1 : Appuyer la mise en place de 10 (Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit) au sein des groupements féminins mobilisés	Estimer les besoins nécessaires	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
			Activité 2 : Faire une mission mensuelle de suivi des activités des Associations appuyées par les partenaires au sein des groupements féminins mobilisés	Estimer les couts	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
		Stratégie 4 : Renforcement des capacités des acteurs intervenants dans la protection sociale et le soutien des PVVIH et des populations clés et vulnérables.	Activité 1 : Appuyer les activités de communication envers les communautés sur la protection sociale et le soutien aux PVVIH et les populations clés.	Estimer les besoins:	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
			Activité 2 : Organiser la formation de 100 Points Focaux pour l'accompagnement des Associations sur les Droits Humains, les VBG et la protection sociale au sein des groupements féminins mobilisés		DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
			Activité 3 : Doter les 10 Associations des PVVIH en matériels, mobiliers et équipements nécessaires pour le fonctionnement et les activités au sein des groupements féminins mobilisés		DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
	Produit 6.2. : D'ici fin 2025, au moins 80% des femmes, leurs conjoints et les enfants exposés au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B bénéficient des initiatives communautaires.	Stratégie 1 : Promotion des initiatives communautaires pour l'eTME, la Syphilis et l'Hépatite B.	Activité 1 : Former en 2 jours 870 membres des GS (à raison de 05 membres/site) sur le VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B et à l'utilisation des boîtes à image pour le soutien à l'observance du TAR des FE, l'approche différenciée. Soit 29 sessions de 30 participants Soit 19 Sessions en 2023 et 10session en 2024	870 membres en deux ans	MSP/DLMT/DSFP/GS-PTPE
			Activité 2 : Former 99 parents/tuteurs membres des GS (à raison de 03 membres/site) sur l'accompagnement psychosocial des femmes enceintes séropositives, leurs conjoints et les enfants exposés autour des sites des UPEC de Bangui, Bimbo et Bégoua ;	Organiser 4 sessions de formations de 25 personnes par an en 2jours pendant 2 ans.	MSP/DLMT/DSFP/GS-PTPE
			Activité 3 : Organiser les campagnes de dépistage différencié par an du VIH en faveur femmes enceintes séropositives, leurs conjoints et les enfants exposés avec une équipe pluridisciplinaire (dépistage en stratégie avancée) avec une référence active pour l'enrôlement dans les soins.	30 campagnes 3 jours par campagne pendant 3 ans ; 500.000 FCFA/campagne	MSP/DLMT/DSFP/GS-PTPE

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
			Activité 4 : Organiser les causeries éducative/groupe auto-support sur le VIH, l'hépatite, la syphilis et le paludisme au tour des UPEC par mois pour un changement de comportements.	30 causeries ; 1 jour durant 2 ans ; 50.000 FCFA/causerie	MSP/DLMT/DSFP/GS-PTPE
			Activité 5 : Assurer le transport pour 3000 visites à domicile selon une approche différenciée pour les PVVIH sous traitement ARV (An 1 : 400 ; An2 : 1600, An 3 : 1000) pour le soutien psychosocial, l'éducation thérapeutique, la recherche des cas index VIH, la recherche des tousseurs chroniques, la recherche des femmes enceintes dans l'entourage du malade, les conseils sur la prévention du VIH, de la syphilis, de l'hépatite et du paludisme et le suivi de l'état vaccinal des enfants de moins de 5 ans dans	Estimer les besoins nécessaires	DSFP/DLMT/Médiateurs communautaires

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSAB LE DE LA MEO
		Stratégie 2 : Renforcement de capacité du RGS-PTPE pour une meilleure coordination des activités.	Activité 1 : Recruter les ASC polyvalents en vue de mettre en œuvre les paquets de service communautaire sur le VIH, l'hépatite, la syphilis et le paludisme en faveur des femmes enceintes, leurs conjoints et les enfants exposés et en assurant le suivi communautaire, la référence active des cas vers les structures de santé, appuyer la collecte des données générer	289 ASC Polyvalents ; 20.000 FCFA/ personne/mois ; 3 ans.	DSSP/DSFP/ DLMT/ Médiateurs communaut aires.
			Activité 2 : Prendre en charge les ressources humaines du RGS-PTPE (Coordonnateur Technique, Responsable suivi Évaluation, Gestionnaire Comptable, Secrétaire, Technicien de surface, Gardien	Appui au fonctionnement du RGS-PTPE (Fourniture de bureau, communication, internet, l'eau et le loyer mensuelle) pour une pour une meilleure coordination des activités.	DSSP/DSFP/ DLMT/ Médiateurs communaut aires
			Activité 3 : Contractualiser avec le RGS-PTPE (6 personnels, fonctionnement mensuelle, communication, internet, l'eau et le loyer mensuelle) pour une pour une meilleure coordination des activités.	6 personnels ; 250.000 FCFA/pers./mois ; 3 ans ; Forfait fonctionnement (100.000 FCFA)	DSFP/DLMT / Médiateurs Communaut aire

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
Axe stratégique 6 : Renforcement de la gouvernance, de l'engagement des décideurs, des mécanismes de coordination, de suivi , évaluation et la mobilisation des ressources dans le contexte de la décentralisation de la gestion et la coordination du programme e-TME/ Syphilis néonatale et de l'Hépatite B et élaborer une feuille de route du Plan eTME VIH, Syphilis, Hépatite B et Mettre en place un système d'information pour le suivi de la mise en œuvre du plan.					
Effet 7 : D'ici 2025, le Leadership, la redevabilité et la coordination institutionnelle et la mobilisation des ressources pour la gestion de la PTME et PECP du VIH, de la Syphilis et de	Produit 7.1. : D'ici fin 2025 les capacités opérationnelles du programme et de la coordination sont renforcées au niveau central et au niveau des structures déconcentrées	Stratégie 1 : Renforcement des capacités du service de PTPE de la DSFP en ressources humaines qualifiées, (GAS, Gestionnaire de base de données Responsable PEC pédiatrique, chargé de Communication et en ressources matérielles	Activité 1 : Prendre un texte pour la restructuration du programme d'eTME	Sans coût	DSFP/DLMT
			Activité 2 : Recruter/affecter à la Coordination PTPE 4 personnes ressources conformément au texte (Responsable GAS, Responsable de PECP, gestionnaire de base de données et un chargé de communication)	4 personnes	DSFP/DLMT
			Activité 3 : Doter la coordination PTPE en 1 véhicule 4X4 pour les activités de terrain	1 véhicule ; 30 Millions.	DSFP/DLMT /PTF
			Activité 4 : Équiper la coordination PTPE en ordinateurs, imprimantes, photocopieurs	1 ordinateur fixe, 4 portables, 4 imprimantes multifonctionnelles un photocopieur de grande capacité	DSFP/DLMT / PTF
			Activité 5 : donner des indemnités aux membres de la Coordination PTME et aux responsables chargés de l'eTME		
			Activité 6 : Doter régulièrement le service PTPE en fournitures de bureau et consommables pour l'équipement informatique	500.000 FCFA/Trimestre	DSFP/DLMT / PTF

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
l'Hépatite B sont renforcés à tous les niveaux.			Activité 7 : Appuyer régulièrement la coordination PTPE en carburant pour les activités de terrain	500.000 FCFA/Trimestre	DSFP/DLMT / PTF
			Activité 1 : Envoyer une correspondance au Ministre de la Santé pour ouvrir la ligne sur le budget de l'État.	Sans coût	DSFP/DLMT / PTF
		Stratégie 2 : Plaidoyer auprès des institutions de l'état pour la révision à la hausse du budget de l'État pour le programme d'eTME,	Activité 2 : Présenter le dossier au Ministère des Finances et du Budget pour l'approbation	Sans coût	DR/DSFP/DLMT
			Activité 3 : Assurer la défense du dossier lors de la Conférence Budgétaire.	Sans coût	DR/DSFP/DLMT
		Stratégie 3 : Plaidoyer auprès des institutions internationales pour l'affectation d'une assistance technique internationale à la DSFP pour l'appui à la mise en œuvre du plan eTME,	Activité 1 : Organiser des audiences entre le Ministère de la Santé et certains partenaires pour le recrutement d'un ATI pour le compte du programme deTME	Sans coût	DSFP/DLMT / PPTF
			Activité 2 : Mobiliser des ressources internationales pour la PEC de l'ATI	ATI pour les deux années du plan	DSFP/DLMT / PTF

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSAB LE DE LA MEO
		Stratégie 4 : Renforcement des capacités des Districts Sanitaires en ressources humaines et matériels pour la coordination/gestion des activités d'eTME.	Activité 1 : Organiser une formation diplômante (DU) en gestion de programme de sante de la reproduction de courte durée (21 jours) à l'intention des membres de l'équipe cadre de District Sanitaire	Contractualisation avec l'Université de Bangui (Département de Santé Publique /FACSS)	DSFP/DLMT / Partenaires
			Activité 2 : Appuyer les DS en outils de suivi et en ressources financières pour assurer les activités de terrain (monitorage hebdomadaire des sites PTME/SR) en appui au plan l'eTME	Indemnités de responsabilité (100.000 FCFA par mois)	DSFP/DLMT / Partenaires
			Activité 3 : Doter chaque site au niveau du District en moto TT pour l'approvisionnement en intrants PTPE du dépôt district/préfecture vers les sites	32 motos ; 2 Millions	DSFP/DLMT / Partenaires
			Activité 4 : Appuyer régulièrement le District Sanitaire en carburant pour l'approvisionnement en intrants PTPE du dépôt district/préfecture vers les sites	250.000 FCFA/Trimestre	DSFP/DLMT / Partenaires
			Activité 5 : Doter régulièrement chaque District Sanitaire en fournitures de bureau pour appuyer les activités de PTPE/PECP/Syphilis et Hépatite	500.000 FCFA/Trimestre	DSFP/DLMT / Partenaires
			Activité 6 : Organiser un atelier d'orientation avec les MCD sanitaires et les Chefs de Section soins et supervision sur la mise en œuvre du plan eTME.	Atelier de 2 jours à Bangui	DSFP/DLMT / Partenaires

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
	Produit 7.2. : D'ici fin 2025, Le cadre de concertation est opérationnel au niveau central et dans 100% des Districts Sanitaires (Task-Force).	Stratégie 1 : Mise en place au niveau de chaque district d'une Task-Force pour l'eTME	Activité 1 : Appuyer les Districts Sanitaires dans la mise en place de la Task Force	Réunion de 1 jours regroupant une vingtaine de personnes dont 10 non-résidents	DSFP/DLMT / Partenaires
			Activité 2 : Appuyer les Districts Sanitaires en ressources financières pour l'organisation des réunions mensuelles de la Task Force	Frais de transport et pause-café pour 10 résidents et perdiem et pause-café pour 10 non-résidents	DSFP/DLMT / Partenaires
			Activité 3 : Appuyer la task Force au niveau central pour l'organisation des réunions mensuelles	Frais de transport et pause-café pour 25 participants	DSFP/DLMT / Partenaires
			Activité 4 : Doter les cadres de concertation du niveau central et des districts en moyen de travail	Fournitures de bureau, moyen de communication et de déplacement	DSFP/DLMT / Partenaires
	Produit 7.3. : D'ici fin 2025, au moins 90% des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du	Stratégie 1 : Plaidoyer auprès du Gouvernement et des partenaires internationaux pour la mobilisation des ressources en faveur du plan eTME.	Activité 1 : Organiser annuellement un forum des partenaires sous le patronage de la Première pour la mobilisation des ressources financières	Budget disponible sur financement de l'UNICEF pour l'an1	DSFP/DLMT / Partenaires
			Activité 2 : Organiser une réunion de 1 jour à l'Assemblée Nationale regroupant 250 personnes pour formuler un plaidoyer auprès du Gouvernement pour le financement des activités pour l'an 2 et 3		DSFP/DLMT / Partenaires

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
	Plan sont mobilisées et utilisées efficacement.	Stratégie 2 : Mise en place de fonds de solidarité en faveur de l'eTME	Activité 1 : Recruter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration de différents documents juridiques nécessaires à la création de ce fonds.	2 mois de consultation	DSFP/DLMT / PTF
			Activité 2 : Organiser une réunion de validation des documents élaborés.	Réunion d'une trentaine de personnalités avec pause-café et pause déjeuner	DSFP/DLMT / PTF
			Activité 3 : Mettre en place une structure chargée de la gestion de ce fonds.	Réunion d'une trentaine de personnalités avec pause-café	DSFP/DLMT / PTF
			Activité 4 : Appuyer financièrement le fonctionnement de cette structure	Fournitures de bureau, moyen de communication et de déplacement	DSFP/DLMT / PTF
		Stratégie 3 : Développement d'un mécanisme innovant de mobilisation des ressources en faveur de l'eTME.	Activité 1 : Organiser deux fois par an un gala de mobilisation des ressources pour le financement du plan	Réunion d'un jour à Bangui d'une centaine de bailleurs de Fonds	DSFP/DLMT / PTF
			Activité 2 : Mobiliser des ressources additionnelles pour l'instauration de la gratuité ciblée dans d'autres sites PTME en faveur de X femmes enceintes, leur conjoint et leurs enfants (Nouveau-né)		DSFP/DLMT / PTF
Effet 8 : D'ici fin 2025, un Système intégré de	Produit 8.1 : D'ici fin 2025, 100% des FOSA intégrant	Stratégie 1 : Élaboration d'une feuille de route et et/ou révision des outils de collecte des	Activité 1 : Organiser une réunion de la TASK-FORCE pour élaborer la feuille de route du plan et examiner les outils de collecte des données afin d'intégrer des indicateurs pertinents manquants y compris les outils de supervision	Réunion de 4 jours avec 25 participants	CNLS/DLMT / DSFP/ PTF

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
Suivi/Évaluation de l'eTME, de la Syphilis et de l'Hépatite B et une feuille de route existant, sont opérationnels et intègrent les principaux indicateurs pour la mesure du programme.	l'eTME, la PEC de la Syphilis et de l'Hépatite B, bénéficient d'une supervision formative régulière et transmettent périodiquement les données pour la prise de décision.	données et de supervision à tous les niveaux	Activité 2 : Reproduire en 1000 exemplaires les outils de collecte révisés et en 500 exemplaires les outils de supervision formative	10 pages pour les outils de collecte et 20 page pour les outils de supervision	DLMT/DSFP
		Stratégie 2 : Renforcement des capacités des personnes ressources en charge des activités de supervision et celles en charge de la collecte des données,	Activité 1 : Former les formateurs à la gestion des données des activités de PTPE/PECP/Syphilis/Hépatite	2 sessions de 5 jours à raison de 2 formateurs par district	DLMT/DSFP
			Activité 2 : Former/recycler par District Sanitaire, les responsables des sites PTME, PEC de la syphilis et de l'Hépatite sur les outils de collecte des données	1 session de 3 jours par district avec 5 participants résidents et 10 non-résidents	DLMT/DSFP
		Stratégie 3 : Renforcement de la supervision formative intégrée	Activité 1 : Mettre en place des équipes de supervision intégrée au niveau central, intermédiaire et de Districts	Sans coût	DLMT/DSFP
			Activité 2 : Former 35 formateurs sur la supervision intégrée	Formation de 5 jours à raison d'un formateur par District Sanitaire	DLMT/DSFP
			Activité 3 : Appuyer la formation des superviseurs des Districts Sanitaires	Former dans les bases de Régions sanitaires, 84 superviseurs des districts et Régions sanitaires pendant 3 jours (soit 2 superviseurs par district sanitaire) Former dans les bases de Régions sanitaires, 84 superviseurs des districts et Régions sanitaires pendant 3 jours (soit 2 superviseurs par district sanitaire)	DLMT/DSFP DLMT/DSFP

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSABLE DE LA MEO
	Produit 8.2. : D'ici fin 2025, au moins 90% des organisations communautaires renforcées rendent compte de manière périodique des actions développées dans la communauté en matière de l'eTME.		Activité 4 : Organiser par semestre des supervisions intégrées des Districts Sanitaires par le niveau central	3 superviseurs pour 14 jours de supervision	DLMT/DSFP
			Activité 5 : Appuyer la supervision formative trimestrielle des sites PTPE par les Districts	2 superviseurs pour 7 jours de supervision	DLMT/DSFP
		Stratégie 1 : Renforcement des capacités institutionnelles des OSC en Suivi et Évaluation à tous les niveaux.	Activité 1 : Organiser un atelier de révision des outils de collecte de données communautaires pour la prise en compte de la Syphilis et de l'hépatite	2 ateliers ; 3 jours ; 25 personnes	DLMT/DSFP
			Activité 2 : Former les responsables de S&E de 2 OSC autour des sites PTPE/PECP	Appuyer les OSC en outils de collecte des données 2 jours de formation par District Sanitaire	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
			Activité 3 : Appuyer les OSC en outils de collecte des données	Estimer les besoins nécessaires	DSFP/DLMT / Médiateurs communautaires
		Stratégie 2 : Renforcement des capacités de coordination de la plateforme des OSC	Activité 1 : Fournir des outils informatiques pour la mise en place d'une base de données sur les actions des OSC	2 ordinateurs ; 1 Imprimante ; 1 Photocopieuse ; Connexion Internet.	CNLS/Etat/ Partenaires
			Activité 2 : Appuyer semestriellement l'Unité de S&E du PCOS en fournitures de bureau	100.000 FCFA ; 2 fois ; 3 ans	CNLS/Etat/ Partenaires

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES	ACTIVITES	DESCRIPTION HYPOTHESES	RESPONSAB LE DE LA MEO
		pour une meilleure capitalisation des interventions des OSC en faveur de l'eTME, Hépatite, Syphilis et PECP du VIH.	Activité 3 : Renforcer les capacités de l'Unité de S&E du PCOS en Ressources Humaines	Recrutement d'Agent gestionnaire de la base de données pour 3 ans au niveau national Recrutement de 35 gestionnaires de base de données dans les districts dont un par districts	CNLS/Etat/ Partenaires
	Produit 8.3. : D'ici fin 2025, le plan d'eTME bénéficie d'un suivi et évaluation périodique	Stratégie 1: Renforcement des actions pour une meilleure redevabilité	Activité 1 : Intégrer dans le forum des partenaires les rapports d'avancement de la mise en œuvre du plan	une réunion de plaidoyer à l'Assemblée Nationale de 250 personnes financement du plan par le Gouvernement	CNLS/MSP/ Partenaires
			Activité 2 : Intégrer dans les réunions de validation des données de mise en œuvre du PSN, la validation des données de mise en œuvre du plan eTME/PECP	Budget du PO/PSN Budget du PO/PSN	CNLS/MSP/ Partenaires
			Activité 3 : Organiser des évaluations à mi-parcours annuelles du Plan avec l'appui de deux consultants nationaux	Un mois de consultation avec une réunion de restitution	CNLS/MSP/ Partenaires
			Activité 4 : Organiser annuellement l'audit financier de la mise du plan (Auditeur externe)	Prise en charge d'un cabinet d'audit et frais pour une réunion de restitution du rapport	CNLS/MSP/ Partenaires
			Activité 5 : Organiser une revue internationale du plan (2 consultants nationaux et un international)	45 jours de consultation avec une réunion de restitution	CNLS/MSP/ Partenaires

4. CADRE, DE LA MISE EN ŒUVRE, DE LA COORDINATION ET DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PLAN eTME DU VIH, DE LA SYPHILIS, DE L'HÉPATITE B ET DE LA PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉPATITE B 2023-2025

4. LE CADRE, DE LA MISE EN ŒUVRE, DE LA COORDINATION, DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PLAN eTME DU VIH, DE LA SYPHILIS, L'HÉPATITE B ET DE LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉPATITE B 2023-2025.

4.1. DESCRIPTION DU CADRE, DE LA MISE EN ŒUVRE, DE LA COORDINATION ET DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PLAN

4.1.1. La mise en œuvre

La mise en œuvre du plan et son suivi- évaluation sont des éléments du processus gestionnaire de planification et nécessite des préalables permettant de mieux faire la mise en œuvre et le suivi évaluation à savoir : la définition /la révision des indicateurs, des outils, des schémas de prise en charge, la détermination des tests de diagnostic, la formation du personnel, la détermination du circuit d'acheminement et de retour (diagnostic précoce et la charge virale). Ces éléments bien définis, connus et appliqués de façon harmonisée sur toute l'étendue du territoire de la RCA permettront d'atteindre les objectifs.

Les dispositions pour la mise en œuvre du plan pour le VIH existent, en ce qui concernent la Syphilis et l' hépatite B , les spécialistes des différents domaines et les responsables des programmes ont travaillé de façon consensuelle à réviser/produire des schémas thérapeutiques en fonction des molécules et tests / réactifs existants, et validés par le pays, et faire des propositions sur les outils de collecte en étroite collaboration avec la Division du SNIS. Car une fois le plan validé, les agents pourront disposer des directives de dépistage et de traitement de l'Hépatite B et de la Syphilis pour travailler. Les programmes y afférents dès leur opérationnalité pourront s'inspirer de ces normes consensuelles , les améliorer ou les compléter . Ces dispositions permettront d'éviter au plan d'être uniquement un plan d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, mais un plan de la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B.

4.1.2. Les Schémas pour le diagnostic et le traitement (cf annexe 1 et 2)

4.1.3. Les indicateurs de mise en œuvre de la triple élimination du VIH, syphilis et hépatite B.(cf. annexes)

4.1.4. Les outils intégrés de collecte des données sur la triple élimination de la transmission mère - enfant du VIH, de la syphilis, et de l'hépatite B (cf. annexes)

4.1.5. La coordination

Tableau 5 : Organisation actuelle de la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Niveau Central		
Il n'y a pas de Programme de lutte contre le SIDA		
La CN-CNLS a des liens fonctionnels (Pilotage sectoriel) avec la Direction en charge de la lutte contre les IST et SIDA		
Direction Générale de l'Épidémiologie et de la Lutte contre la Maladie		
Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles		
Service de la Lutte contre les IST, le VIH et les Hépatites		
Sections		
1. Coordination d'accès aux ARV ;		1. Communication et
2. Coordination de la Prise en charge pédiatrique ;	1. PEC DOT et activités communautaires ;	Partenariat ;
3. Coordination du dépistage et des activités communautaires ;	2. TB-MR et TB-VIH ;	2. Prévention ;
4. Prise en charge IST	3. Section Suivi et l'Évaluation ;	3. Épidémiologie, du Suivi, de l'Évaluation ;
5. GAS ;	4. GAS	4. Recherche
6. Gestion des données ;		
Direction de la Santé Familiale		
Service de la Santé Maternelle et Infantile et de Prévention de la Transmission du VIH des Parents à l'Enfant (PTPE)		
Niveau Régional		
Équipe Cadre de Région		
Niveau préfectoral		
Equipe cadre de District		
Niveau District		
Chef de Section Soins et Supervision	Point focal PTPE	Point SR/VIH

La coordination du plan sera assurée par la **Direction Générale de l'Épidémiologie et de la Lutte contre la Maladie (DGLEM)**. Cette entité chapeaute les deux directions en charge de la lutte contre le VIH/Sida et de la Santé Familiale.

La **DGLEM** contribue à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du Plan e - TME. Elle rendra compte de l'état d'avancement de la mise en œuvre au comité de pilotage deux fois par an et ce dernier donnera les orientations stratégiques nécessaires.

a) Au niveau de la Direction de la Lutte contre les maladies Transmissibles

Le Service de Lutte contre les IST, le VIH et les Hépatites, sous la supervision administrative de la Direction de Lutte contre les maladies Transmissibles assure la coordination des activités au niveau national de la lutte. Il comporte en son sein : (i) la coordination d'accès aux ARV ; (ii) la coordination de la prise en charge pédiatrique ; (iii) la coordination du dépistage et des activités communautaires

; (iv) la coordination des IST et des Hépatites ;(vi) la coordination GAS et la coordination de la gestion des données.

b) Au niveau de la Direction de la Santé Familiale

Le service de la Santé Maternelle et Infantile et de Prévention de la Transmission du VIH des Parents à l'Enfant (SMI/PTPE), assure la coordination des activités au niveau national. Il est chargé d'accompagner le niveau décentralisé dans l'élaboration de son plan opérationnel.

Le service PTPE est représenté au niveau des régions et districts/préfectures sanitaires par les points focaux PTME.

c) Au niveau des équipes décentralisées

L'équipe conjointe décentralisée contribue à la mise en œuvre et au suivi régulier des activités du plan. Des concertations régulières avec les partenaires locaux de mise en œuvre sont à réaliser tous les mois et un rapport d'état d'avancement de la mise en œuvre des activités est transmis trimestriellement au service SMI/PTPE et au service du SNIS.

d) Les structures techniques de pilotage

Il est créé au sein du Ministère de la santé et de la population, des structures techniques de pilotage de la PTPE à différents niveaux :

- Au niveau central : **la TASK FORCE** multisectorielle de pilotage national de la PTPE ;
- Au niveau régional : **la TASK FORCE** multisectorielle de pilotage régional de la PTPE (non fonctionnel) ;
- Au niveau districts sanitaires : **la TASK FORCE** multisectorielle de pilotage au district de la PTPE (non fonctionnel);

Il s'agit des structures multisectorielles qui ont pour mission de :

- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestiques et internationales ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre de la feuille de route du programme PTME à différents niveaux ;
- Faire des recommandations à la coordination technique dans le sens d'une amélioration des interventions.

4.1.6. Les partenaires de mise en œuvre

Ils sont représentés essentiellement par les groupes de soutien. Les groupes de soutien PTPE sont des organisations communautaires impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA, notamment dans le domaine de la PTPE. Ses membres sont d'anciens utilisateurs des services de PTPE, séropositifs ou non, et qui s'engagent à accompagner leurs pairs à avoir des enfants séronégatifs.

Les rôles des groupes de soutien sont déclinés en paquet minimum d'activités (PMA) il en existe deux :

PMA 1 : concerne le lien et l'orientation, il s'agit de groupes de soutien qui doivent jouer le rôle d'intermédiaire entre les communautés et les services de santé dans un système d'aiguillage. A ce titre, ils doivent :

- Identifier toutes les femmes enceintes dans leurs localités et les orienter vers les services de soins maternels et infantiles ;

- Encourager les femmes enceintes, leurs partenaires et éventuellement les membres de leurs familles pour le dépistage du VIH ;
- Identifier les enfants exposés (enfants nés de mères séropositives, mères avec statut VIH méconnu, enfants malnutris, enfants orphelins) et les orienter vers les structures de dépistage et de prise en charge ;
- Orienter les clients et les patients vers les structures de prise en charge ;
- Répertorier toutes les organisations communautaires intervenant dans le domaine d'accompagnement psychosocial et de prise en charge afin de leur référer les groupes cibles en première instance.

PMA 2 : concerne l'accompagnement psychosocial

- Identifier toutes les femmes séropositives et leurs partenaires afin de leur apporter un soutien psychologique (consolation/réconfort, acceptation de la grossesse, estime de soi et des autres, partage d'expériences sur le vécu au quotidien et leur projet de vie, dialogue) ;
- Amener les femmes séropositives et leurs partenaires à adhérer au traitement,
- Faire le suivi de l'observance au traitement ;
- Rechercher les perdus de vue ;
- Donner des conseils de prévention, d'éducation nutritionnelle ;
- Orienter vers les structures d'appui (juridique, social, médical etc.

4.1.7. Le suivi - évaluation

4.1.7.1- Description du cadre de suivi/évaluation

Les actions de suivi et d'évaluation du plan national s'intègrent dans le système national de suivi existant et correspond donc aux différents niveaux usuels d'exécution ainsi qu'il suit :

a) Au niveau communautaire : la collecte des données est quotidienne sous la supervision du responsable du groupe de soutien en collaboration avec le responsable de la PTPE. Le responsable du groupe de soutien fait la synthèse des rapports. Il produira un rapport mensuel qui sera transmis au responsable de la FOSA. Les rapports produits au niveau de la FOSA seront transmis au niveau de district.

b) Au niveau de la FOSA : la collecte des données est quotidienne. Le personnel de santé sera formé à l'usage des registres d'enregistrement et de suivi. Un « agent » sera en charge de la saisie quotidienne des informations, de leur compilation hebdomadaire et de la production du rapport mensuel d'activités selon les directives du service PTPE. Toutes les organisations d'exécution contribueront au niveau du site à la qualité des données en mettant les informations à la disposition de « l'agent collecteur ». Le rapport mensuel est validé par le responsable de la structure avant d'être transmis au médecin chef du district/préfecture sanitaire. Le responsable de la structure de santé organise une réunion mensuelle de coordination pour faire le point des progrès et résoudre les difficultés survenues.

c) Au niveau du District Sanitaire : les rapports mensuels d'activités seront compilés par l'Equipe Cadre du District sous la responsabilité du Médecin-Chef.

Après analyse, un rapport mensuel sera produit et transmis à la hiérarchie supérieure. Un feed-back sera adressé aux formations sanitaires et organisations à assise communautaire pour leur permettre de réorienter le cas échéant leurs activités en vue d'améliorer leurs performances.

d) Au niveau de la Région Sanitaire : les rapports provenant des Districts Sanitaires seront compilés et analysés. A l'issue, un rapport trimestriel sera transmis au service PTPE avec feed-back aux Districts Sanitaires.

e) Au niveau central : Étant donné que l'unité de Suivi et Évaluation de la PTPE et celle de la PECP et VIH) sont logées au niveau de la Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles (DLMT). La DLMT avec l'appui du service PTPE assurera la compilation et l'analyse des données. Il produira des rapports trimestriels, semestriels et annuels d'activités qui seront transmis à la Direction Générale de l'Épidémiologie et de la lutte contre la Maladie (DGLEM) qui les partagera avec la Direction de la Santé Familiale et de la Population, les autres programmes, les partenaires techniques et financiers, etc. Des réunions semestrielles seront organisées en vue d'un aperçu commun des progrès et des difficultés de mise en œuvre

f) Outils et plan de collecte des données : Le plan de collecte des données de l'eTME VIH, Syphilis et Hépatite B s'intègrent dans le circuit du SNIS. Ceux figurant en annexe dudit plans seront utilisés à cet effet dans le cadre d'une intégration de la triple élimination. Les capacités des différents acteurs (secteurs public, privé, confessionnel et communautaire) impliqués dans la mise en œuvre du présent plan seront renforcées à tous les niveaux pour une bonne gestion des outils et données collectées pour une prise de décision.

4.1.7.2. Les Mécanismes de suivi :

Les activités du suivi du plan se feront à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les modalités suivantes :

- a) Au niveau de la communauté :** réunion mensuelle de coordination autour du responsable de la FOSA.
- b) Au niveau de la structure de santé (CS/HD-HS/ CHUR/CHU) :** réunion mensuelle du personnel de la structure de santé sous la direction du responsable pour analyser les données programmatiques (logistique, d'approvisionnement et de stockage des médicaments etc.). Cette réunion associera également le personnel administratif et des représentants des organisations communautaires travaillant avec la FOSA.
- c) Au niveau du District Sanitaire :** une réunion mensuelle des membres de l'Équipe Cadre du District afin de discuter des activités dans les sites, de faire le suivi des indicateurs clés retenus, de les analyser et de prendre des mesures pour améliorer la performance des FOSA sera organisée. Une revue trimestrielle des interventions de SMNI/PTME/PF sera conduite avec la participation des prestataires des sites et des intervenants communautaires. Cette revue permettra aussi de faire

le point de la mise en œuvre du plan d'action opérationnel district intégrant les activités relatives à l'eTME et de préparer les activités à mettre en œuvre.

- d) **Au niveau de la Région Sanitaire** : Une revue conjointe semestrielle au niveau régional regroupera les membres des Équipes Cadres des Districts et autres partenaires. Elle permettra de faire le point des indicateurs clés pour la région, de comparer les performances des DS et d'échanger sur les bonnes pratiques.
- e) **Au niveau central** : une supervision formative sera organisée à un rythme semestriel du niveau central vers les Régions Sanitaires. La supervision aura pour objectif d'apporter un appui pour la résolution des problèmes et la consolidation des acquis dans la mise en œuvre du plan.

4.1.7.3. Les Modalités d'évaluation

- a) **Revue à mi-parcours** : elles seront conduites en fin 2024 et fin 2025. Ces revues apprécieront le niveau d'atteinte des résultats du plan eTME en tenant compte des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des activités. Cette évaluation sera réalisée à l'initiative du comité de pilotage. Les conclusions et recommandations de cette revue permettront de donner les bases pour un nouveau plan.
- b) **Évaluations externes indépendantes** pourraient être conduites à la demande des partenaires techniques ou financiers afin d'évaluer l'impact de leurs interventions.
- c) **Évaluation finale** du Plan de l'eTME permettant de mesurer l'impact du programme sera organisée au premier semestre 2025.

5. LE CADRE DE PERFORMANCE ET BUDGET DU PLAN eTME DU VIH, DE LA SYPHILIS , DE L'HÉPATITE B ET DE LA PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉPATITE B 2023-2025

Tableau 6 : le cadre de performance

	NOM DE L'INDICATEUR	DONNÉES DE BASE			CIBLES									
		Valeurs	Année	Source	2023			2024			2025			
					Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre	
Impact	Impact : Le taux de transmission de la mère à l'enfant du VIH est réduit à moins de 5%, de la Syphilis à moins de 50 cas pour 100 000 Naissances Vivantes et de l'Hépatite virale B à moins de 50% d'ici à 2025.													
Effet 1	D'ici 2025: 50% des femmes en âge de procréer utilisent le paquet de prévention contre le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B													
Produit 1.1	D'ici 2025 50 % 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 le préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels ou à haut risque.	1 492 910	2022	RGPH 2003 Actualisé	1 518 289	20%	303 658	1 544 100	30%	463 230	1 570 350	50%	785 175	
Produit 1.2	.Au moins 75 % des organisations communautaires , acteurs sont engagés pour la triple élimination du VIH,					30%			50%			75%		

	NOM DE L'INDICATEUR	DONNÉES DE BASE			CIBLES								
		Valeurs	Année	Source	2023			2024			2025		
					Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre
	l'hépatite B et la syphilis d'ici 2025												
Produit 1.3	1.3.1. : 50% des adolescents (es) bénéficient des services de conseil et sont dépistées pour le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B d'ici 2025	2 378 744	2022	RGPH 2003 Actualisé	2 419 183	20%	483 837	2 460 308	30%	738 092	2 502 134	50%	1 251 067
	1.3.2. : 50 % femmes en âge de procréer, bénéficient des services de conseil et sont dépistées pour le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B. d'ici 2025	1 492 910	2022	RGPH 2003 Actualisé	1 518 289	20%	303 658	1 544 100	30%	463 230	1 570 350	50%	785 175
	1.3.3. : 50% des conjoints/partenaires des FAP bénéficient des services de conseil et sont dépistés pour le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B. (le taux actuel de participation des conjoints/partenaires aux soins prénatals est de 13 % , doit passer à 50 % d'ici 2025).					20%			30%			50%	

	NOM DE L'INDICATEUR	DONNÉES DE BASE			CIBLES								
		Valeurs	Année	Source	2023			2024			2025		
					Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre
Produit 1.4	75% des femmes en âge de procréer victimes des violences basées sur le genre bénéficient de la Prévention Post Exposition	1 492 910	2022	RGPH 2023 Actualisé	1 518 289	30%	455487	1 544 100	50%	772050	1 570 350	75%	1177763
Effet 2	D'ici 2025 à 50% des femmes vivant avec le VIH associées ou non avec la Syphilis et/ou l'Hépatite B utilisent des moyens de contraceptions pour prévenir les grossesses non désirées.												
Produit 2.1	D'ici 2025, 30% des services de PF offrent des services de conseil et dépistage du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B.		2021	HeRAMS		10%			20%			30%	
Produit 2.2	D'ici 2025, 50% des services de prise en charge du VIH offrent la PF.	238	2021	HeRAMS		20%			30%			50%	
Produit 2.3	D'ici 2025, 50% des associations y compris celles des PVVIH offrent la PF au niveau communautaire.					20%			30%			50%	
Effet 3	D'ici à 2025 95 % des femmes enceintes /allaitantes bénéficient du dépistage pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B												
Produit 3.1	D'ici 2025 : 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes ont accès aux services de conseil et triple dépistage en soins prénatals.	247 786	2022	RGPH 2023 Actualisé	251 998	50%	125 999	256 282	75%	192 212	260 639	95%	247 607

	NOM DE L'INDICATEUR	DONNÉES DE BASE			CIBLES								
		Valeurs	Année	Source	2023			2024			2025		
					Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre
Produit 3.2	D'ici 2025 : 50% des conjoints des femmes enceintes ont accès aux services de conseil dépistage ;	ND				20%			30%			50%	
Produit 3.3	D'ici à 2025 : 95% des enfants exposé ont bénéficié d'un test de dépistage précoce (PCR1,					50%			75%			95%	
Effet 4	D'ici à 2025 : 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes séropositives au VIH, à la Syphilis, à l'Hépatite B et leurs nourrissons , reçoivent le traitement adéquat pour réduire le taux de transmission de la mère à l'enfant.												
Produit 4.1	4.1.1. D'ici à 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes VIH+, et leurs nourrissons ont accès aux traitements adéquats pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant.	11 581	2022	RGPH 2023 Actualisé	11 800	50%	5900	12 020	75%	9015	12 241	95%	11 629
	4.1.2. D'ici à 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes Syphilis+ et leurs nourrissons ont accès aux traitements adéquats pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant.	18 832	2022	RGPH 2023 Actualisé	19 152	50%	9576	19 477	75%	14 608	19 809	95%	18 819

	NOM DE L'INDICATEUR	DONNÉES DE BASE			CIBLES								
		Valeurs	Année	Source	2023			2024			2025		
					Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre
	4.1.3. D'ici à 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes Hépatite B+ et leurs nourrissons ont accès aux traitements adéquats pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant.	20 318	2022	RGPH 2023 Actualisé	20 664	50%	10332	21 015	75%	15 761	21 372	95%	20 303
Produit 4.2	D'ici à 2025 : 95% des conjoints dépistés VIH+, Syphilis+ et Hépatite B+ sont mis sous traitement adéquat.	ND	2022			50%			75%			95%	
Produit 4.3	D'ici à 2025 : 95% des enfants exposés bénéficient d'une prophylaxie antirétrovirale.	ND	2022			50 %			75%			95%	
Effet 5	D'ici 2025, 95% des mères infectées (VIH, Syphilis et Hépatite B) et leurs conjoints ainsi que 95% des enfants Infectés nés de ces mères bénéficient d'un traitement adéquat et ont une charge virale supprimée pour le VIH.												
Produit 5.1	D'ici à 2025 : 95% des Femmes enceintes/ allaitantes et leurs nourrissons infectés bénéficient de d'au moins deux mesures de Charge virale par an	11 581	2022	RGPH 2023 Actualisé	11 800	50%	5900	12 020	75%	9015	12 241	95%	11 629

	NOM DE L'INDICATEUR	DONNÉES DE BASE			CIBLES								
		Valeurs	Année	Source	2023			2024			2025		
					Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre
Produit 5.2	D'ici à 2025 : 95% des mères vivant avec le VIH+ et 95% des enfants des enfants infectés nés de ces mères sous TARV sont retenues dans la file active à 12 mois après le début du traitement.	11 581	2022	RGPH 2023 Actualisé	11 800	50%	5900	12 020	75%	9015	12 241	95%	11 629
Effet 6	D'ici à 2025 au moins 75% des femmes, leurs conjoints et enfants exposés au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B en besoins d'assistance, bénéficient des soins conformément aux Droits Humains, l'Approche Genre et les initiatives communautaires.												
Produit 6.1	D'ici à 2025 : 75% femmes séropositives au VIH à la Syphilis et à Hépatite B et qui sont dans le besoin bénéficient des services de recours et de protection relatifs aux droits humains d'ici fin 2025.		2022			30%			50%			75%	
Produit 6.2	D'ici fin 2025, au moins 80% des femmes, leurs conjoints et les enfants exposés au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B bénéficient des initiatives communautaires		2022			30%			50%			80%	

	NOM DE L'INDICATEUR	DONNÉES DE BASE			CIBLES								
		Valeurs	Année	Source	2023			2024			2025		
					Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre
Effet 7	D'ici 2025, le Leadership, la redevabilité et la coordination institutionnelle et la mobilisation des ressources pour la gestion de la PTME et PECP du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B sont renforcés à tous les niveaux												
Produit 7.1	D'ici fin 2025 les capacités opérationnelles du programme et de la coordination sont renforcées au niveau central et au niveau des structures déconcentrées.	ND				100 %			100 %			100 %	
Produit 7.2	D'ici fin 2025, Le cadre de concertation est opérationnel au niveau central et dans 100% des Districts Sanitaires (Task-Force).	ND				100 %			100 %			100 %	
Produit 7.3	D'ici fin 2025, au moins 90% des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du Plan sont mobilisées et utilisées efficacement.	ND				100 %			100 %			100 %	

	NOM DE L'INDICATEUR	DONNÉES DE BASE			CIBLES								
		Valeurs	Année	Source	2023			2024			2025		
					Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre	Population	Taux	Cibles à atteindre
Effet 8	D'ici fin 2025, un Système intégré de Suivi/Évaluation de l'eTME, de la Syphilis et de l'Hépatite B et une feuille de route existent, sont opérationnels et intègrent les principaux indicateurs pour la mesure du programme.												
Produit 8.1	D'ici fin 2025, 100% des FOSA intégrant l'eTME, la PEC de la Syphilis et de l'Hépatite B, bénéficient d'une supervision formative régulière et transmettent périodiquement les données pour la prise de décision.	ND			80%				100 %			100 %	
Produit 8.2.	D'ici fin 2025, au moins 90% des organisations communautaires renforcées rendent compte de manière périodique des actions développées dans la communauté en matière de l'eTME.	ND			80%				100 %			100 %	
Produit 8.3	D'ici fin 2025, le plan d'eTME bénéficie d'un suivi et évaluation périodique	ND			80%				100 %			100 %	



6. BUDGET ET CONCLUSION

6. BUDGET ET CONCLUSION

6.1 RÉSUMÉ DU BUDGET

Axes Stratégiques /Effets	Somme de Montant T1	Somme de Montant T2	Somme de Montant T3	Somme de Montant T4	Somme de Montant An 1	Somme de Montant T5	Somme de Montant T6	Somme de Montant T7	Somme de Montant T8	Somme de Montant An 2	Somme de Montant T9	Somme de Montant T10	Somme de Montant T11	Somme de Quantité T12	Somme de Montant An 3	Somme de Montant An 1-an3
Axe Stratégique 1 :Prévention de l'infection à VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B chez les femmes en âge de procréer	238 816 650	10 303 800	178 181 250	663 241 400	1 090 543 100	858 992 920	725 079 000	304 222 750	302 511 710	2 190 806 380	542 478 000	111 485 700	14 860 600	0	668 824 300	3 950 173 780
Effet 1: Effet 1 : D'ici 2025, 50% des femmes en âge de procréer utilisent le paquet de services de prévention de la triple élimination (VIH, Syphilis et l'Hépatite B).	238 816 650	10 303 800	178 181 250	663 241 400	1 090 543 100	858 992 920	725 079 000	304 222 750	302 511 710	2 190 806 380	542 478 000	111 485 700	14 860 600	0	668 824 300	3 950 173 780
Produit 1.1	7 816 650	3 050 000	119 768 650	425 723 100	556 358 400	239 708 600	331 804 500	126 801 000	106 374 100	804 688 200	206 688 000	111 485 700	13 626 000	0	331 799 700	1 692 846 300
Produit 1.2	0	0	0	3 375 000	3 375 000	1 775 000	0	0	0	1 775 000	1 775 000	0	0	0	1 775 000	6 925 000
Produit 1.3	231 000 000	7 253 800	58 412 600	234 143 300	530 809 700	614 325 320	380 588 500	177 421 750	196 137 610	1 368 473 180	334 015 000	0	1 234 600	0	335 249 600	2 234 532 480
Produit 1.4	0	0	0	0	0	3 184 000	12 686 000	0	0	15 870 000	0	0	0	0	0	15 870 000
Axe stratégique 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivantes avec le VIH, la Syphilis et l'Hépatite B .	468 000	468 000	936 000	37 687 500	39 559 500	59 613 250	58 763 250	58 763 250	5 661 000	182 800 750	22 686 750	4 986 000	4 311 000	3 636 000	35 619 750	257 980 000
Effet 2 : D'ici 2025, 50% des femmes vivant avec le VIH, la Syphilis, l'Hépatite B ou Coinfectées utilisent des moyens de contraception pour prévenir les grossesses non désirées.	468 000	468 000	936 000	37 687 500	39 559 500	59 613 250	58 763 250	58 763 250	5 661 000	182 800 750	22 686 750	4 986 000	4 311 000	3 636 000	35 619 750	257 980 000
Produit 2.1	0	0	0	35 401 500	35 401 500	54 627 250	53 102 250	53 102 250	0	160 831 750	17 700 750	0	0	0	17 700 750	213 934 000
Produit 2.2	468 000	468 000	468 000	1 818 000	3 222 000	4 518 000	5 193 000	5 193 000	5 193 000	20 097 000	4 518 000	4 518 000	3 843 000	3 168 000	16 047 000	39 366 000
Produit 2.3	0	0	468 000	468 000	936 000	468 000	468 000	468 000	468 000	1 872 000	468 000	468 000	468 000	468 000	1 872 000	4 680 000
Axe stratégique 3 : Prévention de la Transmission Mere enfant du VIH de la Syphilis et de l' Hépatite B chez les femmes seropositives au VIH à la Syphilis et à l' hépatite B et assurer le Diagnosntic Precoce chez les enfants exposés ;	0	6 249 999	5 181 950	222 553 350	233 985 299	914 793 735	175 163 225	175 573 030	114 469 725	1 379 999 715	95 694 850	29 633 350	104 681 780	2 344 600	232 354 580	1 846 339 594
Effet 3: D'ici 2025 95 % des femmes enceintes /allaitantes bénéficient du dépistage pour le VIH, la syphilis et l'hépatite B.	0	6 249 999	5 181 950	222 553 350	233 985 299	914 793 735	175 163 225	175 573 030	114 469 725	1 379 999 715	95 694 850	29 633 350	104 681 780	2 344 600	232 354 580	1 846 339 594
Produit 3.1	0	6 249 999	5 181 950	40 910 600	52 342 549	725 306 485	87 906 975	25 305 100	22 562 725	861 081 285	5 959 100	2 344 600	2 344 600	2 344 600	12 992 900	926 416 734
Produit 3.2	0	0	0	0	0	25 000 000	0	0	0	25 000 000	0	0	0	0	0	25 000 000
Produit 3.3	0	0	0	181 642 750	181 642 750	164 487 250	87 256 250	150 267 930	91 907 000	493 918 430	89 735 750	27 288 750	102 337 180	0	219 361 680	894 922 860
Axe 4: Renforcement du Traitement , des Soins et du Soutien appropriés aux meres seropositives au VIH, à la Syphilis à l' hépatite B et à leurs enfants et conjoints dans les strucutres publiques , privées et dans la communaute	0	0	1 375 600	192 435 850	193 811 450	427 632 375	324 646 650	295 378 875	169 158 600	1 216 816 500	192 926 375	132 962 600	2 827 000	75 527 600	404 243 575	1 814 871 525
Effet 4: d'ici 2025, 95% des femmes enceintes et femmes allaitantes Séropositives au VIH, à la Syphilis, à l'Hépatite B+ et leurs nourrissons, reçoivent le traitement adéquat pour réduire le taux de transmission de la mère à l'enfant	0	0	48 000	71 978 200	72 026 200	131 368 375	66 008 250	66 332 375	42 079 500	305 788 500	42 403 625	48 000	16 000	48 000	42 515 625	420 330 325
Produit 4.1	0	0	0	67 780 200	67 780 200	130 996 250	65 960 250	65 960 250	42 031 500	304 948 250	42 031 500	0	0	0	42 031 500	414 759 950
Produit 4.2	0	0	48 000	48 000	96 000	372 125	48 000	372 125	48 000	840 250	372 125	48 000	16 000	48 000	484 125	1 420 375
Produit 4.3	0	0	0	4 150 000	4 150 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 150 000
Effet 5 : D'ici 2025, 95% des mères infectées (VIH, Syphilis et Hépatite B) et leurs conjoints ainsi que 95% des enfants infectés nés de ces mères bénéficient d'un traitement adéquat et ont une charge virale supprimée pour le VIH.	0	0	1 327 600	120 457 650	121 785 250	296 264 000	258 638 400	229 046 500	127 079 100	911 028 000	150 522 750	132 914 600	2 811 000	75 479 600	361 727 950	1 394 541 200

Axes Stratégiques /Effets	Somme de Montant T1	Somme de Montant T2	Somme de Montant T3	Somme de Montant T4	Somme de Montant An 1	Somme de Montant T5	Somme de Montant T6	Somme de Montant T7	Somme de Montant T8	Somme de Montant An 2	Somme de Montant T9	Somme de Montant T10	Somme de Montant T11	Somme de Quantité T12	Somme de Montant An 3	Somme de Montant An 1-an3
Produit 5.1	0	0	1 327 600	108 490 350	109 817 950	293 954 000	246 671 100	228 998 500	126 328 100	895 951 700	150 474 750	127 450 600	0	74 728 600	352 653 950	1 358 423 600
Produit 5.2	0	0	0	11 967 300	11 967 300	2 310 000	11 967 300	48 000	751 000	15 076 300	48 000	5 464 000	2 811 000	751 000	9 074 000	36 117 600
Axe Strategique 5 : Renforcement de la promotion des droits de l' homme et de l' égalité du genre	0	0	3 990 000	66 405 600	70 395 600	121 869 500	107 255 000	80 638 750	61 641 200	371 404 450	55 162 300	51 723 000	31 453 000	25 323 000	163 661 300	605 461 350
Effet 6: D'ici 2025 au moins 75% des femmes, leurs conjoints et enfants exposés au VIH, à la Syphilis et à l'Hépatite B en besoins d'assistance, bénéficient des soins conformément Humains, l'Approche Genre et les initiatives communautaires	0	0	3 990 000	66 405 600	70 395 600	121 869 500	107 255 000	80 638 750	61 641 200	371 404 450	55 162 300	51 723 000	31 453 000	25 323 000	163 661 300	605 461 350
Produit 6.1	0	0	0	7 593 000	7 593 000	35 158 000	17 261 200	15 093 000	17 261 200	84 773 400	7 500 000	7 593 000	0	93 000	15 186 000	107 552 400
Produit 6.2	0	0	3 990 000	58 812 600	62 802 600	86 711 500	89 993 800	65 545 750	44 380 000	286 631 050	47 662 300	44 130 000	31 453 000	25 230 000	148 475 300	497 908 950
Axe Strategiques 6: Renforcement de la gouvernance, de l'engagement des décideurs, des mécanismes de coordination, de suivi et évaluation et la mobilisation des ressources dans le contexte de la décentralisation de la gestion et la coordination du programme e-TME/ Syphilis néonatale et de l'Hépatite B et élaborer une feuille de route du Plan eTME VIH, Syphilis, Hépatite B et Mettre en place un système d'information pour le suivi de la mise en œuvre du plan.	0	0	10 840 750	89 326 775	100 167 525	159 637 730	106 809 200	27 588 375	55 010 605	349 045 910	40 247 125	35 612 500	101 942 860	57 370 795	235 173 280	684 386 715
Effet 7 : D'ici 2025, le Leadership, la redevabilité et la coordination institutionnelle et la mobilisation des ressources pour la gestion de la PTME et PECP du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B sont renforcés à tous les niveaux.	0	0	8 907 550	47 183 000	56 090 550	84 143 495	91 466 000	23 466 000	33 791 000	232 866 495	23 966 000	27 291 000	94 145 485	12 291 000	157 693 485	446 650 530
Produit 7.1	0	0	5 138 550	22 490 000	27 628 550	80 023 495	86 490 000	22 490 000	32 315 000	221 318 495	22 490 000	26 315 000	92 305 485	11 315 000	152 425 485	401 372 530
Produit 7.2	0	0	0	20 693 000	20 693 000	638 000	638 000	638 000	638 000	2 552 000	638 000	638 000	638 000	638 000	2 552 000	25 797 000
Produit 7.3	0	0	3 769 000	4 000 000	7 769 000	3 482 000	4 338 000	338 000	838 000	8 996 000	838 000	338 000	1 202 000	338 000	2 716 000	19 481 000
Effet 8 : D'ici fin 2025, un Système intégré de Suivi/Évaluation de l'eTME, de la Syphilis et de l'Hépatite B et une feuille de route existent, sont opérationnels et intègrent les principaux Indicateurs pour la mesure du programme.	0	0	1 933 200	42 143 775	44 076 975	75 494 235	15 343 200	4 122 375	21 219 605	116 179 415	16 281 125	8 321 500	7 797 375	45 079 795	77 479 795	237 736 185
Produit 8.1	0	0	1 933 200	18 202 625	20 135 825	47 174 375	10 002 050	4 122 375	9 780 250	71 079 050	7 181 125	6 721 500	7 797 375	4 122 375	25 822 375	117 037 250
Produit 8.2	0	0	0	23 941 150	23 941 150	8 641 150	5 341 150	0	1 600 000	15 582 300	9 100 000	1 600 000	0	1 600 000	12 300 000	51 823 450
Produit 8.3	0	0	0	0	0	19 678 710	0	0	9 839 355	29 518 065	0	0	0	39 357 420	39 357 420	68 875 485
TOTAL	239 284 650	17 021 799	200 505 550	1 271 650 475	1 728 462 474	2 542 539 510	1 497 716 325	942 165 030	708 452 840	5 690 873 705	949 195 400	366 403 150	260 076 240	164 201 995	1 739 876 785	9 159 212 964

6.2. CONCLUSION

Le plan d'élimination de la Transmission mère-enfant du VIH/SIDA, de la Syphilis, de l'Hépatite B et de la Prise en Charge Pédiatrique du VIH, de la Syphilis et de l'hépatite B nécessite un cadre novateur et cohérent pour sa mise en œuvre. Il s'agit de convenir dans un premier temps, des différents tests diagnostic pour l'Hépatite B, ou faire l'extension de l'utilisation de tests combinés VIH, Syphilis et Hépatite B du projet pilote de son Excellence Madame la première Dame. Rendre disponible les outils pour diagnostic, de traitement, de la collecte et du suivi, identifier, former les acteurs de la mise en œuvre du secteur public, privé et communautaire.

Toute fois la mise en œuvre efficace et efficiente de ce plan reste tributaire de la disponibilité des intrants (test diagnostic, de la charge virale, médicaments) d'un personnel motivé et d'un appui financier conséquent des partenaires pour assurer un suivi rapproché.

La transparence dans la gestion des ressources mobilisées ainsi que le respect du devoir de rendre compte constituent des gages importants pour la mobilisation périodique de ces ressources nécessaires au financement des plans opérationnels des Districts Sanitaires afin que chaque femme enceinte en RCA puisse bénéficier des services de la triple élimination.



7. ANNEXES

7. ANNEXES

7.1 : LES SCHEMAS DIAGNOSTIC

- Les schémas pour le dépistage du VIH et de la Syphilis
- Les schémas de dépistage pour la syphilis et le VIH vont être renforcés avec ceux de l'hépatite B.
- Les schémas pour le dépistage du virus de l'hépatite B

Les démarches pour le dépistage et la prise en charge ont été adoptées de façon consensuelle en équipe lors d'une réunion avec les cadres de CNLS et Cliniciens du CHU sous la direction du Professeur KOMAS spécialiste en Gastro entérologie .

Types de test : Le dépistage du VHB doit être réalisé par les tests immuno-enzymatiques ayant une bonne sensibilité et une bonne spécificité. La détermination du statut sérologique complet de la patiente, nécessite de rechercher les trois (3) marqueurs notamment l'AgHBs, l'Ac anti HBc totaux et l'Ac anti HBs.

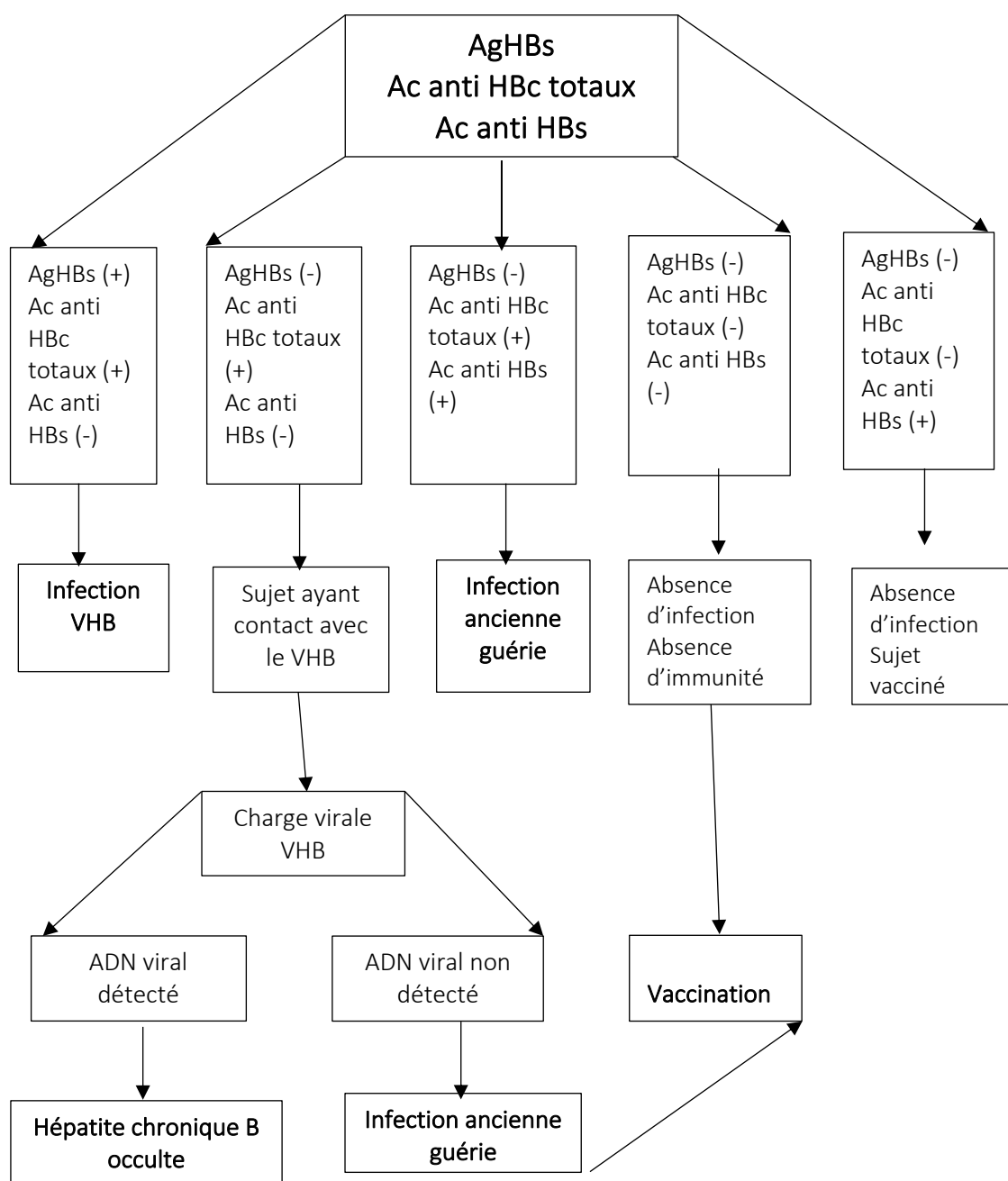


Figure 24 : Algorithme de dépistage de l' hépatite B à un Test

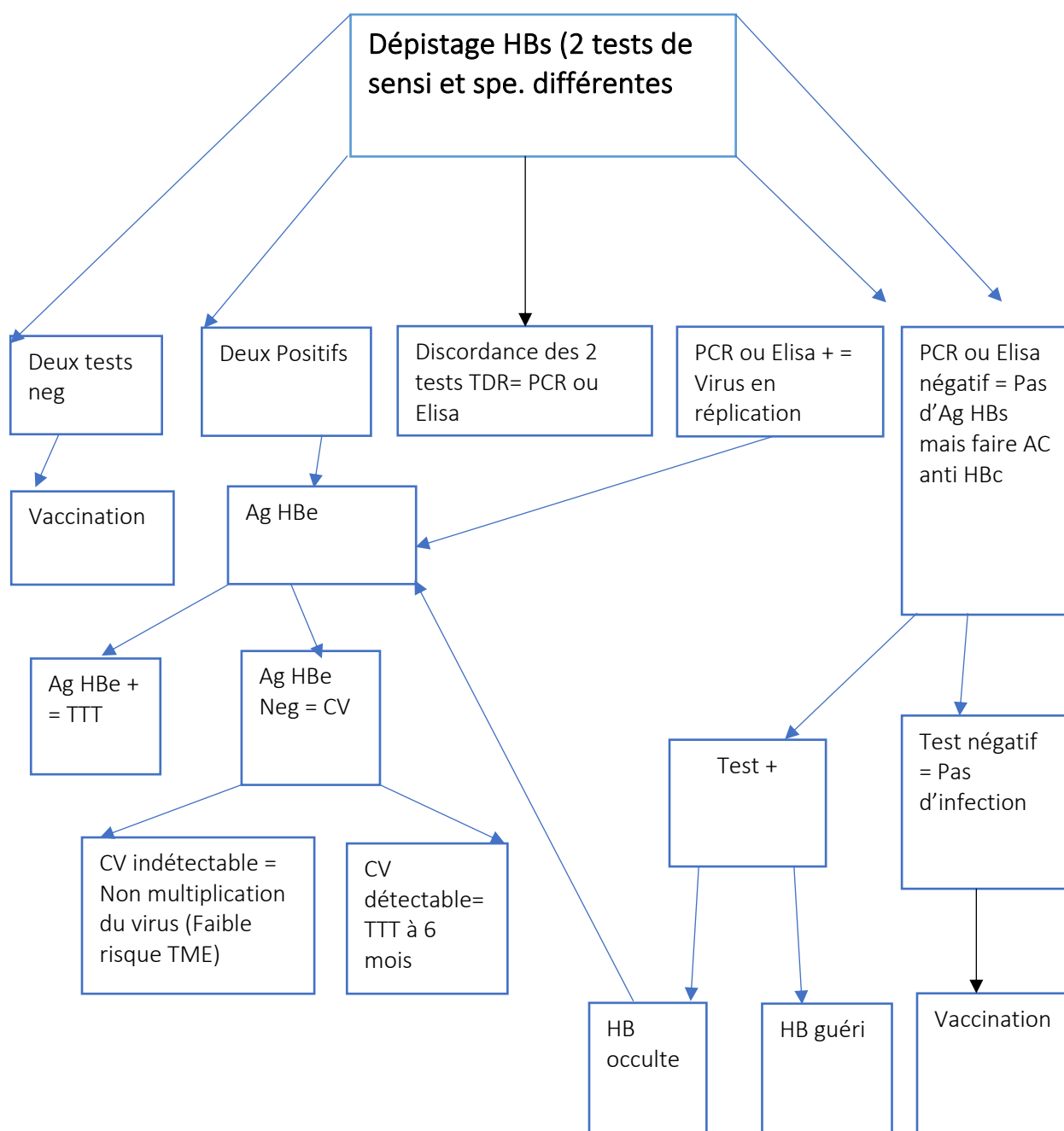


Figure 25 : Algorithme de dépistage de l'hépatite B à deux tests

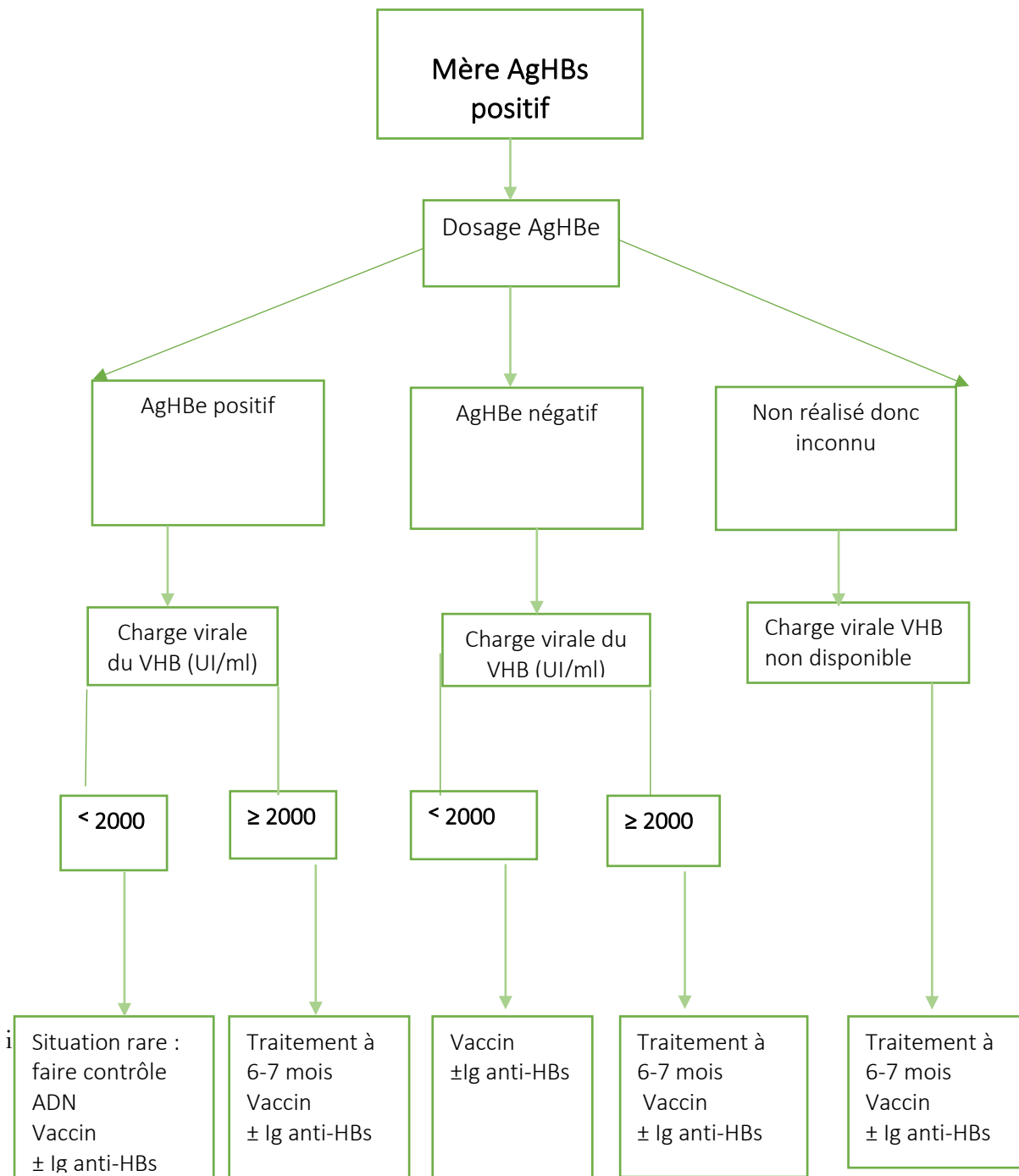


Figure 26 : Algorithme de la prévention de la transmission mère-enfant du VHB

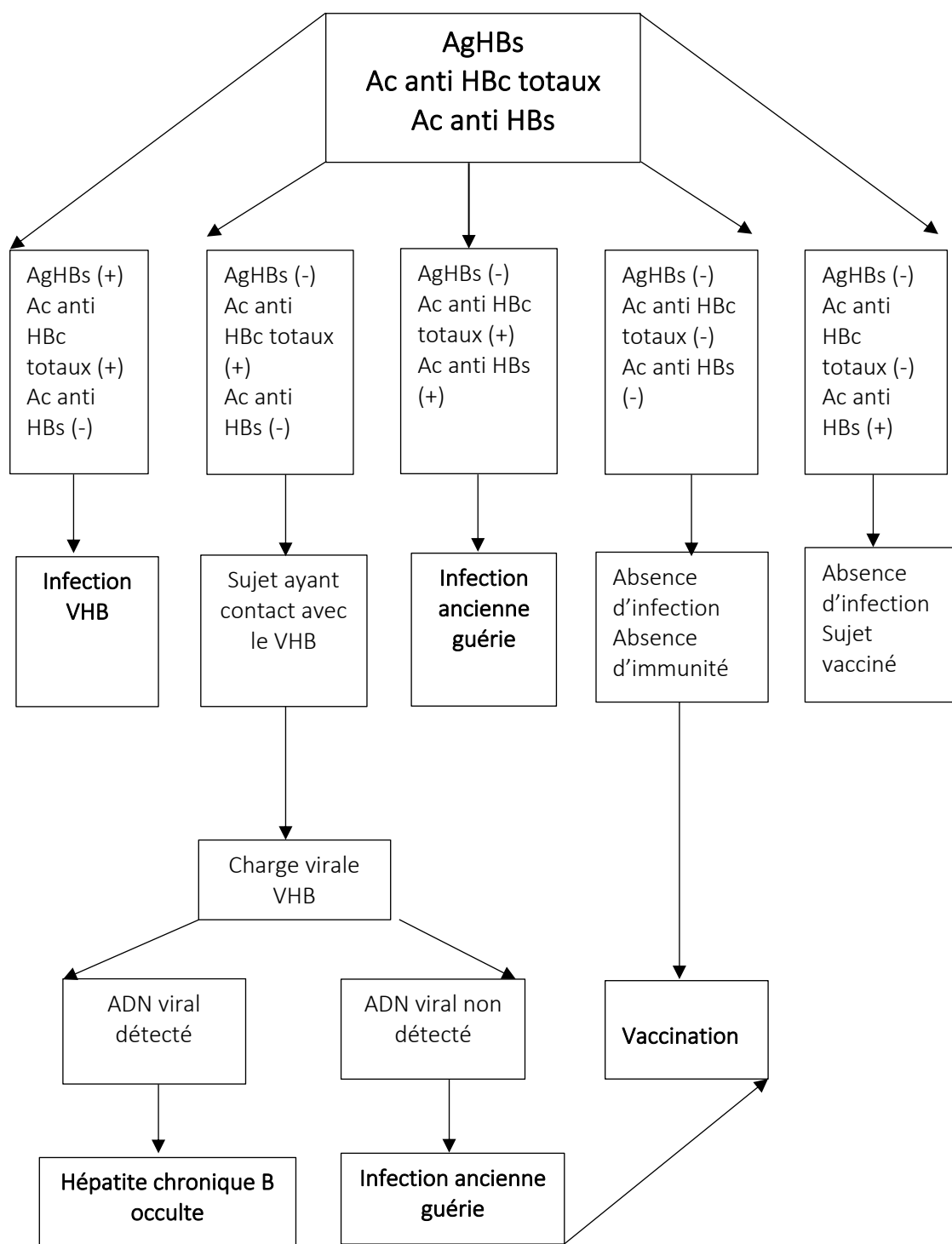


Figure 27 : Algorithme de dépistage de l' hépatite B à un Test

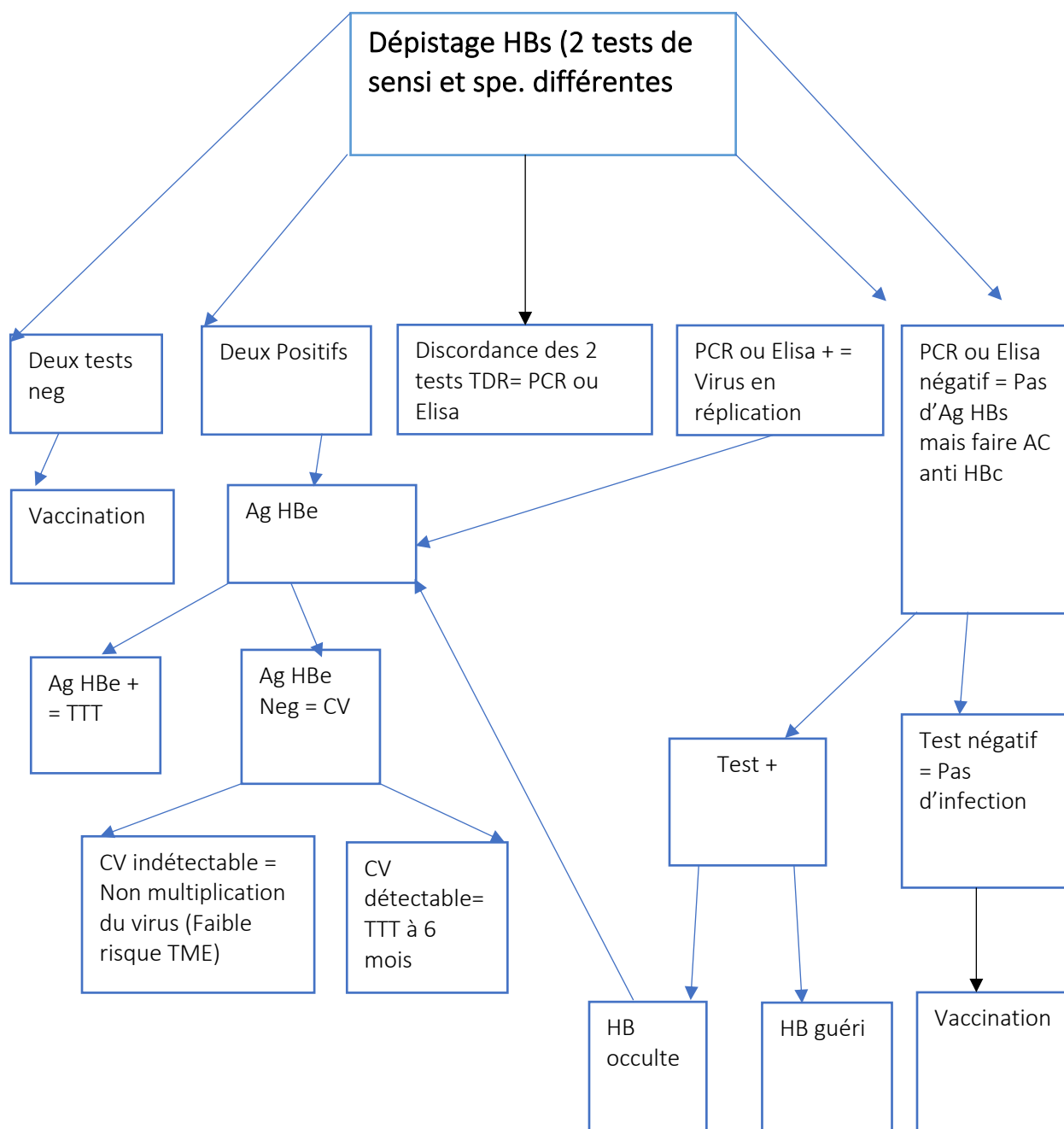


Figure 28 : Algorithme de dépistage de l'hépatite B à deux tests

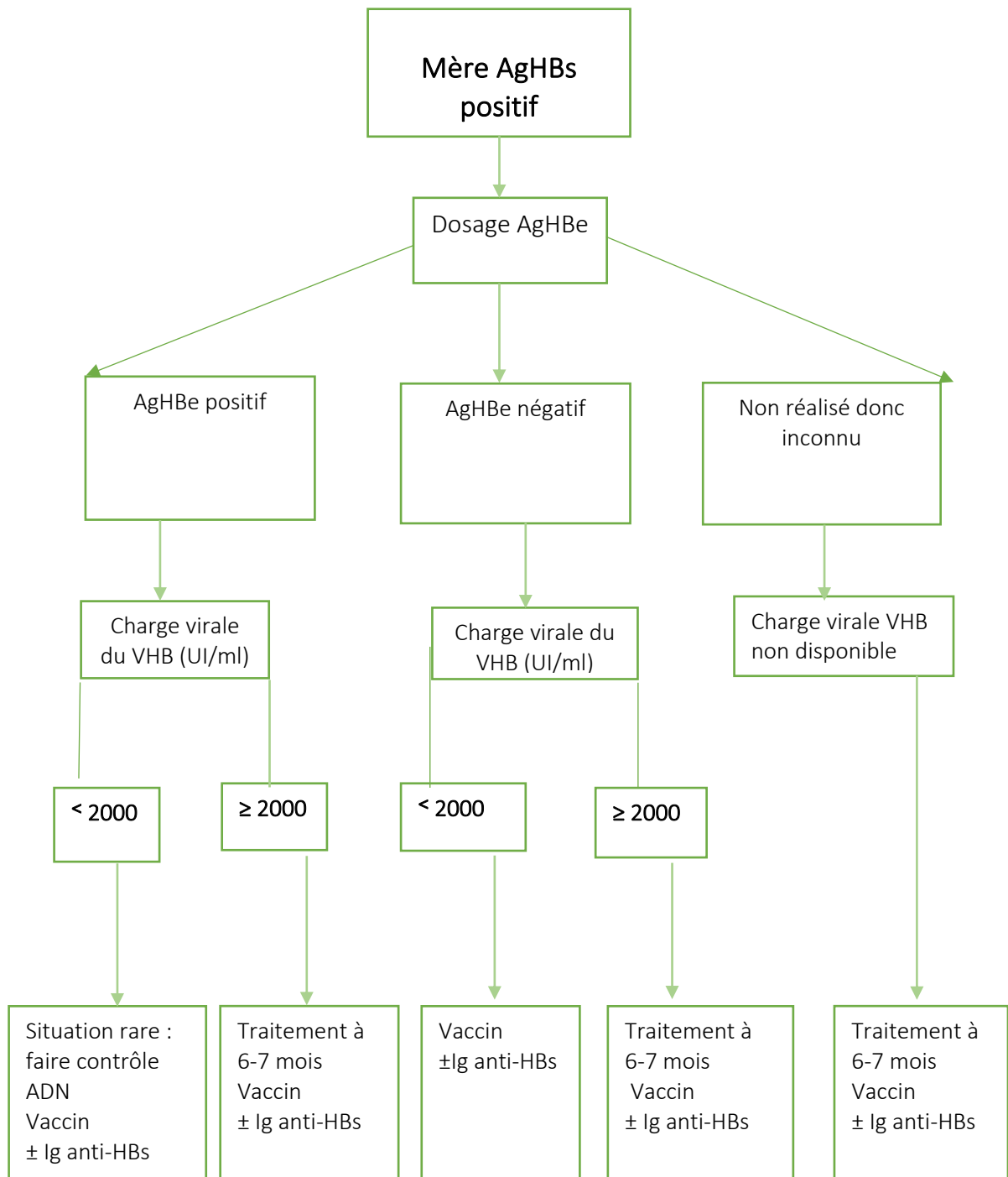


Figure 29 : Algorithme de la prévention de la transmission mère-enfant du VHB

7.2 : LES SCHEMAS THERAPEUTIQUES

a) Les schémas pour le traitement de l'hépatite B

- Schémas Thérapeutiques chez L'enfant

Le traitement de l'infection chronique par le VHB n'est pas une urgence. La décision de mise sous traitement doit prendre en compte la difficulté d'observance thérapeutique et la durée indéfinie du traitement dès lors qu'il n'y a pas une maladie hépatique sévère. Cependant les enfants âgés d'au moins 12 ans répondant aux critères de traitement sont éligibles. Les médicaments de choix sont : Ténofovir disoproxil comprimé 300 mg, Ténofovir alafénamide comprimé 25 mg, Entécavir comprimé 0,5 mg ou 1 mg.

- **Prophylaxie chez les nouveau-nés nés de mères séropositives à l'Hépatite B**
 - Vaccin contre l'hépatite (processus de l'introduction en cours en RCA) ;
 - Le type de vaccin identifié est le mono dose **ENGERIX B10**.
- **Protocole thérapeutique de l'enfant mono infecté VHB**
 - Enfants de 12 ans et plus : ALAT $\geq 2 \times$ LSN et ADN VHB ≥ 2000 UI/ml pendant 6 mois.
 - Enfant de 2 ans et plus : Lamivudine (3 mg/kg/j)
 - Entécavir médicament de choix chez l'enfant de 2 à 11 ans.
 - Enfant de poids $\geq 32,6$ kg, Entécavir comprimé 0,5 mg par jour
 - Enfant de poids entre 10 et 32,5 kg : Entécavir solution buvable
 - une prise.
- **Protocole Thérapeutique chez l'enfant Co infecté à l'hépatite B et VIH**

L'enfant coinfected VHB-VIH sera traité quel que soit le CD4

- Protocole de co-infection VHB-VIH chez l'enfant :
- Ténofovir + Lamivudine ;
- Abacavir + Lamivudine + Dolutegravir(ABC+3TC+DTG) : première ligne ;
- Abacavir+Lamivudine+Lopinavir/ritonavir(ABC+3TC+LPV/r) : alternatif à la première ligne.

- Les schémas Thérapeutiques chez les adultes

Le traitement anti rétroviral doit être débuté quel que soit les CD4 du fait de la progression rapide de la fibrose et la survenue de la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. Le protocole thérapeutique devra contenir TDF, ou TAF.

- **Le traitement chez la femme enceinte mono infectée VHB et conjoints/partenaires**
Traitement de première ligne :
 - Ténofovir+ Lamivudine + Dolutegravir (TDF+3TC+DTG) : **1^{ère} ligne prioritaire**
 - Ténofovir+Lamivudine (ou Emtricitabine) + Éfavirenz : **alternatif de première intention**

- **Le traitement de l'Hépatite B chez les Femmes enceintes coinfectées par le VHB-VHC-VIH:**

Cette infection est généralement associée à une maladie hépatique très sévère avec une progression rapide de la fibrose conduisant très rapidement à la cirrhose et au carcinome hépatocellulaire. Le traitement de l'hépatite C n'est pas recommandé pendant la grossesse compte tenu de l'absence de données d'efficacité et de sécurité. Il ne sera débutée que le traitement de la co-infection VHB-VIH. Le statut sérologique de l'enfant né de mère VHC+ sera vérifié à 18 mois au mieux par PCR à 1 mois de naissance.

- **Le traitement de l'Hépatite B chez les Femmes enceintes coinfectées par VHB-Delta-VIH :**

IL faut faire la charge virale du VHD afin de s'assurer de sa répllication. Le traitement faisant appel à l'interféron pégylé 180 µg ou Bulevirtide injectable 2 mg est contre-indiqué pendant la grossesse et l'allaitement. Le traitement sera celui de la co-infection VHB-VIH.

- Tenofovir+ Lamivudine + Dolutegravir (TDF+3TC+DTG) ;
- Ou Tenofovir+Lamivudine (ou Emtricitabine) + Éfavirenz.

- **Le traitement du VHD repose sur le schéma thérapeutique suivant :**

- Interféron pégylé 180 µg en sous-cutané par semaine pendant au moins 48 semaines et poursuivie aussi longtemps tant que la tolérance est bonne avec une bonne de réponse virologique. Il n'est pas utilisé pendant la grossesse.
- Bulevirtide poudre pour solution injectable 2 mg en injection sous-cutanée par jour pendant 48 semaines

- **Autres traitement de l'Hépatite B chez l'adulte**

- Tenofovir+ Lamivudine + Dolutegravir (TDF+3TC+DTG)
- Tenofovir+Lamivudine (ou Emtricitabine) + Éfavirenz
- Tenofovir alafenamide (TAF) 25 mg : 1 comprimé par jour
- Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) 300 mg : 1 comprimé par jour : coût mensuel 14.000 FCFA
- Entécavir (ETV) 0,5 mg : 1 comprimé par jour chez le sujet naïf d'un traitement par Lamivudine
- Entécavir (ETV) 1 mg : 1 comprimé par jour chez le sujet résistant à la Lamivudine
- Interféron pégylé 180 µg : 1 injection sous-cutanée par semaine pendant 48 semaines
- Bulevirtide injectable 2 mg, 1 injection sous-cutanée par jour pendant 48 semaines.

b) Schémas pour le traitement de VIH

- Schémas thérapeutiques du VIH chez les enfants infectés

Prophylaxie chez les nourrissons nés de mères séropositives au VIH :

- Nourrissons à haut risque : Zidovudine Névirapine (AZT+NVP)
- Nourrissons à bas risque : Névirapine (nourrissons au lait maternel)
Zidovudine (alimentation de substitution)
- Prophylaxie au Cotrimoxazole(CTM)

Protocole de traitement pour les nourrissons séropositifs au VIH:

- Abacavir+ Lamivudine+Raltegravir(ABC+3TC+RAL)

Protocole de prise en charge de prise en charge des enfants infectés par le VIH :

- Abacavir + Lamivudine + Dolutegravir(ABC+3TC+DTG) : 1^{ère} ligne prioritaire ;
- Abacavir+Lamivudine+Lopinavir/ritonavir(ABC+3TC+LPV/r) : 1^{ère} ligne alternatif ;
- Abacavir + Lamivudine + Dolutegravir(ABC+3TC+DTG) : 2eme ligne prioritaire ;
- Abacavir+Lamivudine+Lopinavir/ritonavir(ABC+3TC+LPV/r) :2eme ligne alternatif.

Protocole de prise en charge de prise en charge des Adolescents (es) séropositifs (ves) au VIH

- Tenofovir+ Lamivudine + Dolutegravir (TDF+3TC+DTG) : 1ere ligne prioritaire ;
- Abacavir+ Lamivudine+ Dolutegravir(ABC+3TC+DTG) : 1ere ligne alternatif ;
- Tenofovir+ Lamivudine+ Dolutegravir (TDF+3TC+DTG): 2eme ligne prioritaire
Tenofovir+Emtricitabine+Atazanavir/ritonavir(TDF+FTC+ATV/r):2eme ligne alternatif ;
- Abacavir+Lamivudine+Lopinavir/ritonavir(ABC+3TC+LPV/r) :2eme ligne alternatif
Abacavir+ Lamivudine+Atazanavir/ritonavir(ABC+3TC+ATV/r) : 2eme ligne alternatif

- Protocole de prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH et leurs conjoints/partenaires.

- Tenofovir + Lamivudine + Dolutegravir(TDF+3TC+DTG)
- Prophylaxie au Cotrimoxazole(CTM)

c) Schémas thérapeutiques de la syphilis

Protocole de prise en charge des Femmes enceintes et leurs conjoints /partenaires infectés par la Syphilis.

Benzathine Pénicilline 2,4 M UI

Protocole de prise en charge des enfants/ adolescents infectés par la Syphilis

Benzathine Pénicilline 1,2 M UI.

7.3. LES INDICATEURS DE MISE EN ŒUVRE DE LA TRIPLE ÉLIMINATION DU VIH, SYPHILIS ET HÉPATITE B DE LA MÈRE À L'ENFANT ET DE PRISE EN CHARGE PÉDIATRIQUE DU VIH, DE LA SYPHILIS ET DE L'HÉPATITE B.

7.3.1. LES INDICATEURS EN RAPPORT AVEC SRMNI

1. **Pourcentage des femmes enceintes reçues en CPN1**(numérateur : nombre de nouvelles inscrites en CPN1 ; dénominateur : estimation de grossesses attendues ; type : indicateur de processus) ;
2. **Pourcentage des femmes enceintes reçues en CPN1 au premier trimestre de grossesse** (numérateur : nombre de clientes en CPN avant la fin du premier trimestre de grossesse < ou = 12 SA ; dénominateur : nombre de clientes en première CPN ; type : indicateur de processus) ;
3. **Pourcentage des femmes séropositives VIH qui sont mises sous une méthode moderne de PF en post partum** (numérateur : nombre de femmes VIH+ vues en post partum soit immédiat soit en consultation post natal sorties avec une méthode moderne PF de leur choix ; dénominateur : nombre total de femmes VIH+ vues en post partum immédiat ou en CPoN ; type : indicateur de processus) ;
4. **Pourcentage des femmes séropositives Hépatite B qui sont mises sous une méthode moderne de PF en post partum** (numérateur : numérateur : nombre de femmes VHB+ vues en post partum soit immédiat soit en consultation post natal sorties avec une méthode moderne PF de leur choix ; dénominateur : nombre total de femmes VHB+ vues en post partum immédiat ou en CPoN ; type : indicateur de processus) ;
5. **Pourcentage des femmes séropositives Syphilis qui sont mises sous une méthode moderne de PF en post partum** (numérateur : nombre de femmes séropositives à la syphilis vue en post partum soit immédiat soit en consultation post natal sorties avec une méthode moderne PF de leur choix ; dénominateur : nombre total de femmes séropositives à la syphilis vue en post partum immédiat ou en CPoN ; type : indicateur de processus).

7.3.2. LES INDICATEURS EN RAPPORT AVEC L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE ENFANT DU VIH

1. **Pourcentage des femmes enceintes dont le statut sérologique VIH est connu** (numérateur : nombre des femmes enceintes nouvellement dépistées+ les femmes

PVVIH connues devenues enceintes+ ; dénominateur : nombre de femmes enceintes fréquentées la CPN ou ayant accouché dans une Fosa ; type : indicateur de processus)

2. **Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivants avec le VIH qui subissent des tests virologiques dans les 2 mois suivant la naissance** (numérateur : nombre de nourrissons ayant subi un test virologique au cours de leurs deux premiers mois de vie ; dénominateur : nombre de naissances vivantes de mère séropositives au cours des 12 derniers mois ou estimation du Spectrum ; type : indicateur de produit) ;
3. **Pourcentage estimé d'enfants nouvellement infectés par le VIH par transmission verticale parmi les femmes vivantes avec le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois** (numérateur : nombre estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la TME au cours des 12 derniers mois ; dénominateur : nombre estimé de naissance chez les femmes vivant avec le VIH au cours des 12 derniers mois ; type : indicateur de produit) ;
4. **Pourcentage des femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission du VIH** (numérateur : nombre de femmes enceintes séropositives sous ARV pendant les 12 derniers mois ; dénominateur : nombre de femmes enceintes dépistées VIH+ au cours des 12 derniers mois ; type : indicateur de produit) ;
5. **Pourcentage des femmes enceintes VIH+ sous TARV ayant bénéficié au moins d'une charge virale** (numérateur : nombre de femmes enceintes VIH+ sous TARV ayant bénéficié au moins une fois d'une charge virale au cours des 12 derniers mois ; dénominateur : nombre de femmes enceintes VIH+ sous TARV au cours des 12 derniers mois ; type : indicateur de produit).

7.3.3. LES INDICATEURS EN RAPPORT AVEC L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE ENFANT DE L' HÉPATITE B.

1. **Pourcentage des femmes bénéficiant de CPN qui ont été soumises à un dépistage de VHB qui ont été reconnues comme vivant avec le VHB dont l'éligibilité au traitement a été évalué et qui ont été traitées pour le virus de l'hépatite B** (numérateur 1 : nombre de femmes enceintes bénéficiant de CPN et soumises à un test de détection de l' AgHBs + 2 : nombre de femmes enceintes bénéficiant de CPN positives au test de détection de l'AgHBs+ 3 : nombre de femmes enceintes bénéficiant de CPN soumises à un test de quantification de l'ADN du VHB et/ou de l'AgHBe + 4 : nombre de femmes enceintes bénéficiant de CPN répondant aux critères d' éligibilité et ayant reçu un TARV ; dénominateur 1 : nombre de femmes enceintes bénéficiant de CPN + nombre de femmes bénéficiant de CPN et soumises à un test de détection de l'AgHBs + nombre de femmes enceintes bénéficiant de CPN et soumises à un test de quantification de l' ADN

du VHB et/ ou de l'AgHBe+ nombre de femmes enceintes bénéficiant de CPN répondant aux critères d' éligibilité a un TARV ; type : indicateur de produit.

7.3.4. LES INDICATEURS EN RAPPORT AVEC L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE - ENFANT DE LA SYPHILIS

1. **Pourcentage des femmes enceintes séropositives pour la syphilis qui reçoivent un traitement approprié** (numérateur : nombre de femmes enceintes dépistées positives pour la syphilis qui reçoivent un traitement approprié ; dénominateur : nombre total de femmes enceintes dépistées positives pour la syphilis ; type : indicateur de produit) ;
2. **Pourcentage des partenaires des femmes enceintes infectées qui ont été soignés** (numérateur : nombre de partenaires soignés ; dénominateur : nombre des femmes dépistées positives soignés pour la syphilis ; type : indicateur de produit) ;
3. **Pourcentage des nourrissons nés de mères séropositives à la syphilis ayant reçu au moins une dose de Benzathine Pénicilline** (numérateur : nombre de nouveaux nés de mère séropositives pendant la grossesse ; dénominateur : nombre total de naissances vivantes pour les femmes séropositives ; type : indicateur de produit).

7.3.5. LES INDICATEURS EN RAPPORT AVEC LES CO-INFECTIONS :

1. **Pourcentage des PVVIH sous ARV dépistés pour l'hépatite B** (numérateur : nombre de PVVIH nouvellement mises sous ARV chez qui un dépistage de VHB a été réalisé ; dénominateur : nombre de PVVIH nouvellement mis sous ARV ; type : indicateur de produit) ;
2. **Pourcentage des PVVIH sous ARV dépistés positifs à l'hépatite B** (numérateur : nombre de PVVIH sous ARV dépiste VHB+ ; dénominateur : nombre de PVVIH sous ARV soumis au dépistage de VHB ; type : indicateur de produit) ;
3. **Pourcentage des personnes Co infectées bénéficiant d'un traitement actif sur le VIH et le VHB** (numérateur : nombre de PVVIH Co infectés bénéficiant à la fois d'un traitement contre le VIH et le VHB ; dénominateur : nombre total de PVVIH Co infectés VIH/VHB ; type : indicateur de produit) ;
4. **Pourcentage des femmes enceintes sous ARV dépistées pour l'hépatite B** (numérateur : nombre de femmes enceintes VIH+ nouvellement mises sous ARV chez qui un dépistage de VHB a été réalisé ; dénominateur : nombre de femmes enceintes VIH+ nouvellement mises sous ARV ; type : indicateur de produit) ;
5. **Pourcentage des femmes enceintes sous ARV dépistés positifs à l'hépatite B** (numérateur : nombre de femmes enceintes sous ARV dépiste VHB+ ;

dénominateur : nombre de femmes enceintes sous ARV soumises au dépistage de VHB ; type : indicateur de produit) ;

6. **Pourcentage des femmes enceintes Co infectées bénéficiant d'un traitement actif sur le VIH et le VHB** (numérateur : nombre de femmes enceintes Co infectées bénéficiant à la fois d'un traitement contre le VIH et le VHB ; dénominateur : nombre total de femmes enceintes Co infectées VIH/VHB ; type : indicateur de produit).

7.4 : LES OUTILS INTÉGRÉS DE COLLECTE DES DONNÉES SUR LA TRIPLE ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE - ENFANT DU VIH, DE LA SYPHILIS, ET DE L'HÉPATITE B.

7.4.1. LE RAPPORT MENSUEL DE COLLECTE DE DONNÉES INTÉGRÉES PTPE

Fiche de rapport mensuel de collecte des données PTPE

I. Identification

1.1- Région Sanitaire :
 (01 =Bangui ; 02=Bamingui-Bangoran ; 03=Basse-Kotto ; 04=Haute-Kotto ; 05=Haut-Mbomou ; 06=Kémo ; 07=Lim Péné 08=Lobaye ; 09=Mambéré ; 10= Mambéré-Kadei ; 11= Mbomou ; 12=Nana-Mambéré ; 13=Ombella-M 'Poko ; 14=Ouaka ; 15=Ouham ; 16= Ouham Fafa ; 17=Ouham-péné ; 18= Vakaga ; 19=Nana-Gribizi ; 20=Sangha-Mbaéré).

1.2- Préfecture :
 11= Mbomou ; 12=Nana-Mambéré ; 13=Ombella-M 'Poko ; 14=Ouaka ; 15=Ouham ; 16= Ouham Fafa ; 17=Ouham-péné ; 18= Vakaga ; 19=Nana-Gribizi ; 20=Sangha-Mbaéré).

1.3. District Sanitaire :

1.4 Commune :

Code (Cases à ne pas remplir)

1.5. Centre :

1.6. Année : 1.7- Mois :

II. Résultats des activités

N°	Indicateur	Valeur
1.	Nombre de nouvelles consultantes prénatales (CPN1) du mois	
2.	Nombre de nouvelles consultantes prenatales au premier trimestre de la grossesse	
3.	VIH	
4.	Nombre de femmes enceintes dépistées qui ont reçu leur résultat	
5.	Nombre de résultats positifs chez les femmes enceintes dépistées	
6.	Nombre de femmes VIH+ connues sous TAR devenues enceintes (1)	
7.	a) Nombre de femmes enceintes VIH+ qui reçoivent les ARV sup à 4 sem. avant l'accouchement pour réduire la TME (Option B+) b) Nombre de femmes enceintes VIH+ qui reçoivent les ARV inf. à 4 sem. avant l'accouchement pour réduire la TME (Option B+)	

N°	Indicateur	Valeur
8.	Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant accouchées dans le mois	
9.	Nombre de Femmes VIH+ ayant accouché et qui sont reçues en PF	
10.	Nombre d'enfant nés de mères VIH+ dans le mois	
11.	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV	
12.	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ ayant reçu le CTM à partir de la 6 ^e semaine de vie	
13.	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés dans les 2 mois après leurs naissances pour le PCR1	
14.	Nombre d'enfants dépistés positifs pour le PCR1	
15.	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés a 12 mois pour le PCR2	
16.	Nombre d'enfants dépistés positifs pour le PCR2	
17.	Nombre de résultats de test sérologique à 18 mois rendus au cours du mois	Positif
		Négatif
18.	Nombre d'enfants dépistés par cas index	Positif
		Négatif
19.	Nombre de partenaire des femmes enceintes vues en CPN dépistés pour le VIH	
20.	Nombre de partenaire des femmes enceintes vues en CPN dépistés positifs pour le VIH	
21.	Nombre de femmes enceintes VIH+ sous TAR ayant bénéficié au moins d'une charge virale	
22.	Hépatite B	
23.	Nombre de femmes enceintes dépistées qui ont reçu leur résultat	
24.	Nombre de résultats positifs chez les femmes enceintes dépistées	
25.	Nombre de femmes enceintes dépistées positives pour le VHB et soumises a un test de quantification de l'ADN du VHB et/ ou de l'AgHBe	
26.	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un traitement anti VHB pour réduire la TME	
27.	Nombre de femmes enceintes VHB + ayant accouchées dans le mois	
28.	Nombre de Femmes VHB+ ayant accouché et qui sont reçues en PF	
29.	Nombre d'enfant nés de mères VHB+ dans le mois	
30.	Nombre de nourrissons nés de mères VHB+ vaccinés contre l'hépatite B à la naissance dans le mois	
31.	Syphilis	
32.	Nombre de femmes enceintes dépistées pour la syphilis a la CPN	
33.	Nombre de femmes enceintes dépistées positives à la syphilis a la CPN	
34.	Nombre de femmes enceintes dépistées positives à la syphilis qui ont reçu un traitement	
35.	Nombre de partenaires des femmes enceintes séropositives à la syphilis qui ont été soignés	
36.	Nombre de nourrissons nés de mères séropositives ayant reçu au moins une dose de Benzathine Pénicilline	
37.	Autres	

Responsable PTPE :

Le Responsable de FOSA

Téléphone :

Téléphone :

7.4.2. LES PRINCIPES ET INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE DU RAPPORT PTPE

7.4.2.1. Les principes

Le rapport sur la PTPE est un support de recueil des informations médicales sur les femmes enceintes dans le cadre de la PTPE. Les données seront consignées par les différents prestataires responsables sur les supports mis en place en suivant les principes énumérés ci-dessous :

- Inscrire lisiblement en stylo à bille les chiffres obtenus au niveau des cases correspondantes
- Ne pas surcharger la fiche (éviter les ratures)

Ce rapport doit être archivé dans un endroit sûr, protégé, garant de la confidentialité, afin de préserver les droits des personnes ; il fera l'objet d'une saisie informatique, si possible. Ce rapport doit être rempli tous les mois, une copie transmise au niveau de la préfecture/district sanitaire (gestionnaire de données de la préfecture/district sanitaire) une copie au niveau du programme (Responsable base de données PTPE) une copie reste pour la FOSA.

7.4.2.2. Les instructions

Ce rapport est divisé en 2 parties :

1^{ère} partie :

Préciser l'année et le mois correspondant à la collecte des informations

Ecrire le nom de la structure qui a collecté les informations, la région et la préfecture/district sanitaire aux quelles cette structure appartient.

Inscrire la date de remplissage de cette **fiche**.

2^{ème} partie : définitions opérationnelles

1. Inscrire le nombre de nouvelles consultantes prénatales (CPN1) du mois ;
2. Inscrire le nombre de femmes enceintes dépistées qui ont reçu leur résultat
3. Inscrire le nombre de résultats positifs chez les femmes enceintes
4. Inscrire le nombre de femmes enceintes dépistées pour la syphilis à la CPN
5. Inscrire le nombre de femmes enceintes dépistées positives à la syphilis à la CPN
6. Inscrire le nombre de femmes enceintes dépistées positives à la syphilis qui ont reçu un traitement
7. Inscrire le nombre de femmes VIH+ connues sous TAR devenues enceintes (1)a) Inscrire le nombre de femmes enceintes VIH+ qui reçoivent les ARV supérieur à 4 semaine avant l'accouchement pour réduire la TME (Option B+) b) Inscrire le nombre de femmes enceintes VIH+ qui reçoivent les ARV inférieur à 4 semaine avant l'accouchement pour réduire la TME
8. Inscrire le nombre de femmes enceintes VIH+ ayant accouchées dans le mois
9. Inscrire le nombre de femmes enceintes VIH+ ayant accouché dans le mois et qui sont orientées au service de Planification Familiale

10. Inscrire le nombre d'enfant nés de mères VIH+ dans le mois
11. Inscrire le nombre d'enfants nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV.
12. Inscrire le nombre d'enfants nés de mères VIH+ ayant reçu le CTM à partir de la 6e semaine de vie
13. Inscrire le nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés à partir de la 6ème semaine jusqu'à 2 mois après leurs naissances pour le PCR1
14. Inscrire le nombre d'enfants dépistés positifs pour le PCR1
15. Inscrire le nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés à 12 mois pour le PCR2
16. Inscrire le nombre d'enfants dépistés positifs pour le PCR2
17. Inscrire le nombre de résultats de test sérologique à 18 mois rendus au cours du mois positif et négatif
18. Inscrire le nombre d'enfants dépistés par cas index positif et négatif
19. Inscrire le nombre de partenaire des femmes enceintes vues en CPN dépistés pour le VIH
20. Inscrire le nombre de partenaire des femmes enceintes vues en CPN dépistés positifs pour le VIH.

7.4.3. LE RAPPORT MENSUEL DES GROUPES DE SOUTIEN/TPE/PECP

FICHE DE RAPPORT MENSUEL DES GROUPES DE SOUTIEN PTPE/PECP

ANNEE :

...

MOIS :

REGION :

N°	Indicateurs	Maladies			≤ 15 ans		>15ans		Total	
		VIH	SYPHILIS	HEPATITEB						
1	Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant accouché qui sont sous ARV.									
2	Nombre de nourrissons nées de mères VIH+ ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance.									
3	Nombre de femmes enceintes dépistées positives au premier au cours d'une CPN ;									
4	Nombre de mères séropositives ayant réalisé le dépistage précoce de leur(s) enfant(s) avec l'appui des acteurs communautaires ;									
5	Nombre d'enfants nés de mères séropositives dépistés positifs au VIH à l'issu du dépistage précoce.									

7.5 : LA LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

1. Dr Pierre SOMSE : Ministre de la Santé et de la Population ;
2. Pr NAMBEI Wilfrid Sylvain: Coordinateur National CNLS;
3. Dr MASSANGA Marcel : Coordonnateur National Adjoint du CNLS ;
4. Dr Andre KOUABOSSO : Directeur Général de Santé et Population ;
5. Dr MBAILAO RAPHAEL: Directeur General de l' épidémiologie et de la Lutte contre la Maladie ;
6. Dr Edith Narcisse BEYAM : Coordonnateur National du Programme de la Prévention/Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant ;
7. Dr MBIA-SOMSE Larissa Bertille, Chef de Service des IST/VIH et Hépatite à la DLMT ;
8. Mr Théodore Tanguy Stéphane DRAPEAU : Anthropologue, Coordonnateur Technique du RGS-PTPE/PECP ;
9. Dr ADAME Marietta -Claudia : Directrice de la Santé Familiale et de la Population ;
10. Dr Pierre Prince LUNJWIRE MULEMANGABO : Coordinateur des programmes VIH/TB du Global Fund en RCA ;
11. Dr Placide Roch BISSENGUE : Directeur de la Recherche , des Études et de la Planification ;
12. Dr SEBOULO Parfait Constant : Directeur des soins de Santé Primaire ;
13. Mme Mauricette DAN : Sage-Femme Responsable dépistage précoce des enfants nés de femmes séropositives à la Coordination PTPE /DSEP ;
14. Dr Christian YONLI : Adjoint Technique au Coordonnateur programmes FM TB/VIH en RCA/CRFC
15. Dr Jules INUKOUTIYO : Chargé Programme Croix-Rouge Française ;
16. Mr Chris Fontaine : Directeur Pays ONUSID – RCA ;
17. Mr Thomas TCHETMI : Conseiller Information Stratégique ONU SIDA RCA ;
18. Dr Soussou Justin A : OMS ;
19. Dr KOMANGOYANZONZO A : OMS ;
20. Dr DEBALLE Mauricette : UNICEF, Section Survie et Développement de l'Enfant/Unité Santé Maternelle et VIH.

7.6 : LA LISTE DES PARTICIPANTS AUX REUNIONS

1. Dr Marcel MASSANGA : Coordonnateur National Adjoint du CNLS
2. Mr Théodore Tanguy Stéphane DRAPEAU : Anthropologue, Coordonnateur Technique du RGS-PTPE/PECP ;
3. Mr Thomas TCHETMI : Conseiller Information Stratégique ONU SIDA RCA
4. Dr DEBALLE Mauricette, de l'UNICEF, Section Survie et Développement de l'Enfant/Unité Santé Maternelle et VIH ;
5. Dr Andre KOUABOUSSO : MSP ;
6. Dr YONLI Christian : Croix Rouge Française ;
7. Mr Jules Inikoutiyo Mbolimonguipaïfere : Croix-Rouge Française ;
8. Dr Marietta Claudia ADAME : Directrice de la Santé Familiale et de la Population ;
9. Dr OUAMBITA-MABO Roch, Conseiller en Santé Publique à la CN/CNLS ;
10. Dr MBIA-SOMSE Larissa Bertille, Chef de Service des IST/VIH et Hépatite à la DLMT ;
11. Dr Edith Narcisse BEYAM : Coordonnateur National du Programme de la Prévention/Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant ;
12. Dr Augustin BALEKOUZOU, Conseiller en Epidémiologie à la CN/CNLS ;
13. Dr MBAY Paulette: DLMT-MSP;
14. Dr Adelaide OUABO: MSF;
15. Dr BOKA Henri MSP/SPS;
16. GUEDOUNPO Leo Leo;
17. Dr KANGO Simplicite: CHU;
18. Dr Mbary SIOLO: ASSP;
19. DORON-DAMIM Elysé;
20. NGAMA-Piault Sylvette : Coordination PTPE;
21. Dr DIALLO Fanta SIBY, Consultante Internationale UNICEF.

7.7 : LA LISTE DES PARTICIPANTS /ATELIER -BOALI

Groupe I : Les participants

- Dr Marcel MASSANGA, Coordonnateur National Adjoint du CNLS ;
- Dr Parfait Constant SEBOULO, Directeur des Soins de Santé Primaires ;
- Dr Claudia ADAME, Directrice de la Santé Familiale et de la Population ;
- Dr Augustin BALEKOUZOU, Conseiller en Epidémiologie à la CN/CNLS ;
- Mr Théodore Tanguy Stéphane DRAPEAU Anthropologue, Coordonnateur Technique du RGS-PTPE/PECP ;
- Mr Bienvenu Erlet GAZALIMA, Coordonnateur National du RECAPEV ;
- Mlle Florina SOULAKPE, Présidente du Club E Bata Guigui ;
- Mme Pulchérie PAZOUYOU, Gestionnaire au Corps d'Emploi au MSP ;
- Dr DIALLO Fanta SIBY , Consultante Internationale UNICEF.

Groupe II Les participants :

- Dr DONON née DOUMA Noelly, Directrice Générale de la Recherche, des Etudes et de la Planification ;
- Dr DEBALLE Mauricette, de l'UNICEF, Section Survie et Développement de l'Enfant/Unité Santé Maternelle et VIH ;
- Dr BRAZZA Karine, Cadre à la Direction de la Recherche, des Etudes et de la Planification ;
- Mr KOFFI Jonathan , Chargé de Mission en Suivi-Evaluation à la Fondation Cri de Cœur d'une Mère ;
- Dr Edith Narcisse BEYAM, Coordonnateur National du Programme de la Prévention/Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant ;
- Mr KOYATO Sylvanus, Chef de Service du Système National d'Information Sanitaire ;
- Mr DANBOY Ange Florent, Assistant en Suivi-Evaluation à la CN/CNLS ;
- Mme DAN Mauricette, Sage-Femme à la Direction de la Santé Familiale et de la Population ;
- Mr BEOROFEI Aggè, Chef de Centre de l'Hôpital privée de yaloké ;
- Mr DENGOU Aubin ;
- Mme WANGO-GBOLO Généviève Yvette.

Groupe III : Participants

- Dr GODDOT Mauricette, Gynécologue Obstétricienne, Secrétaire Générale de la SOCAGO ;
- Dr YAMBA Fanta, Unité de Gestion d'Approvisionnement et Stock à la DLMT ;
- Dr MBIA-SOMSE Larissa Bertille, Chef de Service des IST/VIH et Hépatite à la DLMT ;
- Dr NABINALA Dany Mira, Point Focal Stratégie de Vaccination à la DPEV ;
- Dr OUAMBITA-MABO Roch, Conseiller en Santé Publique à la CN/CNLS ;
- Mme GUEDOUKPOU Léa Clarisse, Coordonnatrice de la Prise Pédiatrique à la DLMT ;

7.7. LES REFERENCES

1. Comité National de Lutte contre le sida de la République Centrafricaine Cadre stratégique National de lutte contre le VIH et le sida 2012-2016 ;
2. Comité National de Lutte contre le sida de la République Centrafricaine : Plan Stratégique National du VIH en République Centrafricaine 2021-2025 ;
3. Comité National de Lutte contre le sida de la République Centrafricaine : Plan National de Suivi et Évaluation du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le sida 2021 - 2025 ;
4. Croix Rouge Française : Problématique des Perdus de Vue durant la Prise en Charge du VIH/Sida Étude sur les cas de perdus de vue dans les sites PEC (adulte et enfant) et PTPE dans la République Centrafricaine Phase II : Étude quantitatif Rapport préliminaire Octobre 2021-Mars 2022 le Fonds Mondial de Lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et le Paludisme ;
5. Comité National de Lutte contre le sida de la République Centrafricaine (2017) : rapport de la campagne de dépistage communautaire du VIH dans les familles affectées par le VIH ;
6. Comité National de Lutte contre le sida de la République Centrafricaine : Plan opérationnel VIH/TB/Hépatite dans les prisons ;
7. Comité National de Lutte contre le sida de la République Centrafricaine : l'enquête RDS chez les HSH en RCA en 2019
8. Fondation Cri de Cœur d'une Mère : Rapport de la mise en. Œuvre du projet pour la promotion du dépistage du VIH, de la Syphilis, de l'Hépatite B et du paludisme chez les femmes enceintes et leurs conjoints à travers la mobilisation des patients experts et des hommes au niveau communautaire dans le district sanitaire de Bossembele ;
9. Gamba EP, Nambei WS, Kamandji L. Dépistage intégré du VIH , de la Syphilis et de la Toxoplasmose chez les femmes enceintes en Centrafrique : Médecine et Santé tropicale 2013 ; 23 : 421-426 . doi :10.1684/mst.2013.0256.
10. Global report, UNAIDS, 2021: GARP report 2014, children and pregnant women living with HIV, AIDS info;
11. Institut Centrafricain des Statistiques et des Études Économiques et Sociales - Enquête par grappes à indicateurs multiples – MICS couplée avec la sérologie VIHRCAs, 2010 Rapport généré August 14, 2020 ;

12. Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération (MEPC): MICS6-RCA Enquête par grappes à indicateurs multiples 2018-2019 Rapport final des résultats de l'enquête ;
13. Ministère de la Santé et de la Population République Centrafricaine : Plan d'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B en RCA 2022-2024 ;
14. Ministère de la Santé et de la Population République Centrafricaine : Plan Opérationnel National de l'Accélération de la prise en charge du VIH chez l'Enfant et l'adolescent en RCA 2017-2020 ;
15. Ministère de la Santé et de la Population République Centrafricaine Dossier d'investissement pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvenile, et pour l'amélioration de la santé des Adolescents 2021-2023
16. Ministère de la Santé et de la Population République Centrafricaine et le Comité National de Lutte contre le sida de la République Centrafricaine : Guide de création et de fonctionnement des groupes de soutien PTPE de la RCA ;
17. Ministère de la Santé et de la Population République Centrafricaine : Draft 1 du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS III) 2022 – 2026 ;
18. Ministère de la Santé et de la Population République Centrafricaine : Le Rapport d'Évaluation de la Capacité du Système de Laboratoires pour l'Utilisation des Technologies Point-Of-Care (POC) dans le Passage à l'Échelle du Dépistage Précoce et de la Charge Virale VIH en République Centrafricaine 16 – 20 Décembre 2019 ;
19. Ministère de la Santé et de la Population République Centrafricaine : Évaluation des laboratoires des Régions et Districts Sanitaires pour l'amélioration de l'accessibilité des enfants au diagnostic précoce et à la charge virale du VIH en République Centrafricaine (RCA) ;
20. Ministère de la Santé et de la Population République Centrafricaine : Rapport Final de l'enquête nationale sur les prestations des services de santé SARA/HERAMS 2019 ;
21. Ministère de la Santé et de la Population République Centrafricaine : l'enquête de la détermination du comportement et du profil sérologique liés aux IST chez les professionnelles de sexe (PS) en 2019 ;
22. Ministère de la Santé et de la Population République Centrafricaine : l'enquête séro-comportementale réalisée à Bangui en 2014 ;
23. Nambei WS, Rawago Mandjiza DB, Gamba EP, Gbangbangai E , N'Domackrah AB, Mabo R . Virus de l'hépatite B chez les donneurs de sang à Bangui, Centrafrique : Facteurs de

- risque associées, attitudes et connaissances des donneurs : Revue Africaine de Biologie médicale-Année 2016 ; Tome 1(N2)-Novembre 2016 ;
24. Nambei WS, Rawago-Mandjiza D, Gbangbangai E. Séroépidémiologie du VIH, de la Syphilis et des virus des hépatites B et C chez les donneurs de sang à Bangui, République Centrafricaine: Med Santé Trop 2016 ; 26 P 192-198 doi : 10.1684/mst.2016.0553 ;
 25. ONUSIDA : Fiche d'information 2022 ;
 26. ONUSIDA: HIV 2021Draft Estimates_Central African Republic_22 April;
 27. OMS, GAVI-RSS, Union Européenne : les Normes relatives au District sanitaire en RCA ;
 28. OMS: HEPATITIS in Africa WHO African Region 2016-2020 FINAL 29 Nov_FA_FRENCH_WEB_0;
 29. OMS : Lignes Directrices OMS Traitement Hépatite B ;
 30. OMS : Stratégies de l'OMS pour éliminer l'hépatite ;
 31. OMS : L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie ;
 32. OMS : Lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement en faveur des personnes atteintes d'une infection à hépatite B chronique (mars 2015) ;
 33. Serges Magloire CAMENGO POLICE Service d'Hépatogastroentérologie et de Médecine Interne CHU de l'Amitié Sino-centrafricaine, Bangui atelier de réflexion sur les hépatites virales. épidémiologie des hépatites virales B et C ;
 34. SM Camego Police, L Kobangue , A Kozemaka , WS Nambei, OF Tolmbaye , G service, NP Boua-Akelelo, M Mbeko Simaleko , AB N'Domackrah , H Nguinda, B Koffi S : Prévalence de la co-infection du virus de l'immunodéficience humaine et du virus de l'hépatite b chez les donneurs de sang à Bangui : Série D, Vol .1,N° 002Decembre 2015-P27-30 ;
 35. UNICEF :VIH/Sida : un enfant infecté toutes les deux minutes en 2020 ;
 36. WS Nambei, E Gbangba Ngai, AB N'Domackrah , EP Gamba ,L Kamandji, P Mbelesso : Infection à Treponema Pallidum chez les femmes enceintes VIH-positives en Centrafrique : distribution géographique de la prévalence et les facteurs associés : Série D,Vol1 N°001 /Juin 2015 P 45-48 ;
 37. WS Nambei, EP Gamba, E Gbangbangai ,S Sombot-Ndicky, A Bogon, O Senzongo: Place de l'hépatite virale B seule ou associée au VIH parmi les causes d'affections hépatiques et rénales chez les adultes à Bangui , Centrafrique : Revue CAMES Santé Vol .2.N°1. Juillet 2014