



2019-2020

PLAN D'ACCELERATION DE LA PREVENTION DU VIH EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Avec le soutien de :



croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS





Depuis la déclaration de l'existence du VIH avec la déclaration à l'OMS des premiers cas, la République Centrafricaine a engagé une réponse multisectorielle pour faire face à la propagation de la maladie et offrir aux personnes vivant avec le VIH les soins nécessaires à une meilleure vie. En dépit des efforts engagés par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires, la situation reste préoccupante. En effet, l'épidémie reste généralisée, avec une prévalence estimée à 4% en fin 2017, et des groupes de populations connaissent de prévalence plus importante. Cette situation est aggravée par les crises récurrentes que le pays connaît ces dernières années.

La courbe de l'épidémie décroît mais à un rythme lent à cause des nouvelles infections qui restent à un niveau important au sein de nos populations. Or nous avons souscrit l'engagement d'inscrire le Centrafrique parmi les pays ayant éliminé l'épidémie du VIH à l'horizon 2030.

C'est pourquoi en marge de la réunion du Bureau du CNLS tenue en mars 2018, j'ai émis le souhait que le pays se dote d'un instrument pertinent dont la mise en œuvre va révolutionner la prévention et réduire de manière très significative les nouvelles infections à VIH, notamment chez les enfants, les jeunes garçons, les jeunes filles et les groupes de populations les plus exposés au risque.

Le présent Plan d'Accélération de la Prévention VIH élaboré pour la période 2019-2020 avec le soutien des partenaires et l'engagement national constituent une première étape. Le succès de sa mise en œuvre dépendra de l'appropriation et de l'engagement de tous.

Si nous voulons vaincre l'épidémie, il nous faut aller vite et concrétiser la mise en œuvre sur le terrain. Aussi, j'invite instamment et urgemment chaque acteur à en faire siens les orientations proposées.

Pour ma part, en ma double qualité du Président de la République, Chef de l'État et Président du CNLS, j'engagerai solennellement mon Gouvernement tout entier et les institutions de la République dans la mobilisation des ressources, le soutien et l'engagement dans la mise en œuvre de ce plan.

Je saisis cette opportunité pour lancer un vibrant appel aux partenaires au développement pour soutenir la mise en œuvre de ce Plan tout en adressant mes sincères remerciements à l'endroit de tous ceux qui, depuis plusieurs années, nous accompagnent dans la riposte au Sida.

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

Pr. Faustin Archange TOUADERA.



L'infection à VIH et le Sida constituent à n'en point douter en ce jour, un des problèmes de santé qui vient plomber le développement de notre pays. La République Centrafricaine, depuis l'avènement des premiers cas de Sida en 1984, s'est mobilisée pour faire face à la pandémie dont la prévalence en 2017 reste élevée à 4% avec des impacts importants pour notre peuple et la nation toute entière. Malgré les crises que vit le pays, des forces vives continuent de se mobiliser pour une réponse nationale à la maladie. Ces efforts ont été soutenus par des partenaires techniques et financiers qui accompagnent la partie nationale afin d'inverser la tendance de la courbe de la maladie.

Cependant, on observe encore un nombre élevé de nouvelles infections et cela concerne également les enfants. C'est pourquoi, le Gouvernement de la RCA a marqué son engagement pour assurer une prévention efficace contre cette maladie dans toutes les couches sociales et au sein des populations clés en développant des activités spécifiques dans le but d'infléchir la tendance de l'épidémie.

L'élaboration de ce Plan d'Accélération de la Prévention VIH 2019-2020 s'est fondée sur des principes inclusifs et participatifs en mettant en exergue les évidences afin de développer des actions concrètes. Le Plan élaboré a mis un accent sur les interventions comportementales, biomédicales et structurelles. Tenant compte des orientations nationales et internationales, ce Plan a été élaboré pour servir de cadre fédérateur pour les interventions en matière de prévention du VIH en République Centrafricaine et constitue le seul cadre de référence nationale pour atteindre l'objectif de zéro nouvelle infection d'ici 2020 et éliminer le VIH d'ici 2030.

La mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre effective du Plan d'Accélération de la Prévention VIH 2019-2020 permettra de :

- i) Éviter les nouvelles infections ;
- ii) Éliminer la transmission mère-enfant du VIH ;
- iii) Améliorer l'accès au traitement-prévention et enfin ;
- iv) Renforcer la gouvernance de la réponse multisectorielle et multidisciplinaire au VIH/Sida.

Au nom de leurs Excellences, **Pr. Faustin Archange TOUADERA**, Président de la République, Chef de l'Etat et Président du Comité National de Lutte contre le Sida et **Firmin NGREBADA**, Premier Ministre, Chef du Gouvernement et Premier Vice-Président du CNLS, j'adresse mes sincères remerciements aux Consultants techniques national et international qui ont conduit le processus jusqu'à son terme.

Ces remerciements vont également à l'endroit de toutes les parties prenantes en passant par le Comité Technique d'élaboration, le Comité National d'endossement et d'appropriation et les participants à l'Atelier National de Validation qui ont appuyé le processus de manière participative.

Le Ministre Coordonnateur National de la CN/CNLS.

Pr. Wilfrid Sylvain NAMBEI.

SIGLES & ABREVIATIONS

AAO	: Assistance Alimentaire sur Ordonnance
ACAMS	: Association Centrafricaine de Marketing Social
AES	: Accident d'Exposition au Sang
ARV	: Antirétroviral
ASC	: Agent de Santé Communautaire
CCU	: Centre Catholique Universitaire
CDIP	: Conseil Dépistage du VIH à l'Initiative du personnel soignant
CDT	: Centre de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
CDV	: Conseil Dépistage Volontaire
CN/CNLS	: Coordination nationale du Comité national de lutte contre le Sida
CNLS	: Comité national de lutte contre le Sida
CNTS	: Centre national de transfusion sanguine
CPLS	: Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida
CPN	: Consultation prénatale
eTME	: Élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
FDS	: Force de Défense et de Sécurité
FOSA	: Formation Sanitaire
GATSE	: Groupe d'Appui Technique au Suivi-Evaluation
HeRAMS	: Health Ressources Availability Monitoring System (système de suivi des ressources en santé disponible)
HSB	: Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JEA	: Jeunesse Évangélique Africaine
JEC	: Jeunesse Estudiantine Chrétienne
JICA	: Jeunesse Islamique Centrafricaine
MEG	: Médicament Essentiel Générique
MICS	: Enquête pays à indicateurs multiples
MSP	: Ministère de la Santé et de la Population
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OSC	: Organisation de la Société Civile
PEC	: Prise en Charge
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PreP	: Prophylaxie pré-exposition
PS	: Professionnelle de Sexe
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RCA	: République Centrafricaine
RCPCA	: Relèvement et Consolidation de la Paix en Centrafrique
RECAPEV	: Réseau Centrafricain des Personnes Vivant avec le VIH
RENAFIL	: Réseau National des Filles Libres
SSR/PF	: Service de Santé de Reproduction/ Planification Familiale
TAR	: Traitement Anti Rétroviral
TARV	: Traitement Anti Rétroviral
TB/VIH	: Coïnfection Tuberculose et VIH
UCM	: Unité de Cession du Médicament
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	: Violence Basée sur le Genre
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

RESUME EXECUTIF	6
I. CONTEXTE & SITUATION DE LA REPONSE AU VIH.....	10
1.1 Situation administrative et sociopolitique du pays	10
1.2 Situation épidémiologique du VIH.....	10
1.2.1 Prévalence du VIH dans la population générale et les groupes spécifiques.....	10
1.2.2 Situation et analyse des nouvelles infections.....	12
1.2.3 Analyse des cascades 90-90-90	13
1.3 Situation de la réponse au VIH, volet prévention et gaps à combler	14
1.3.1 Situation de la réponse volet prévention	14
1.3.2 Performance de la réponse nationale	19
1.3.3 Gaps à combler dans le domaine de la prévention du VIH.....	20
II. PROCESSUS ET PRINCIPES CLES D'ELABORATION DU PLAN DE PREVENTION.....	23
2.1 Processus d'élaboration du Plan de prévention.....	23
2.2 Principes clés du Plan de prévention.....	23
III. CONTENU DU PLAN DE PREVENTION	25
3.1 Vision, buts et objectifs	25
3.2 Stratégies et interventions	25
3.3 Approches de mise en œuvre.....	33
3.4 Planning de mise en œuvre	34
3.5 Coût et financement du Plan de prévention	34
IV. COORDINATION & SUIVI EVALUATION DU PLAN DE PREVENTION.....	36
4.1 Coordination de la mise en œuvre du Plan de prévention.....	36
4.2 Mécanismes de mobilisation et d'affectation des ressources	37
4.3 Mécanismes suivi/évaluation et indicateurs de suivi.....	37
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40

La République Centrafricaine forte d'une population estimée à 5 333 858 habitants en fin 2018 avec près de 50,8% de femmes, connaît une épidémie du VIH déclarée depuis 1984. Elle partage des frontières avec six pays (Tchad au nord, Congo et Congo Démocratique au sud, Soudan et Soudan du Sud à l'est et Cameroun à l'ouest) qui connaissent des troubles sociopolitiques et militaires. La Centrafrique vit une situation humanitaire presque généralisée, les conséquences sont souvent multiples et certaines se potentialisent entre elles. Il s'agit entre autres :

- La vulnérabilité des populations surtout celles qui sont éloignées ou isolées, les jeunes filles et les jeunes femmes.
- L'augmentation ou la persistance des violences basées sur le genre, les viols.
- La stigmatisation/discriminations, la violation des droits humains et la limitation de l'accès aux services.
- La réduction des capacités financières de l'État à assurer le fonctionnement, le développement et la continuité des services sociaux de base (santé, éducation, sécurité).
- L'effritement des capacités communautaires à contribuer à la riposte au sida.
- La réduction de la disponibilité des services qui va affecter la prévention, la prise en charge.
- La baisse du niveau de connaissance sur le VIH du fait de l'absence de services et d'informations, ce qui augmente le risque individuel de contamination par le VIH.

Dans l'ensemble, la prévalence du VIH est en baisse constante depuis 2010. Dans la tranche d'âge des 15-49 ans, elle est passée de 4,9% en 2010 à 4% en fin 2017 selon les projections de l'ONUSIDA. Toutefois, la prévalence chez les femmes de 15-49 ans reste constamment supérieure à la prévalence nationale et à celle des hommes de la même tranche d'âge. Bien que n'étant pas récente (MICS4 ; 2010), l'enquête de séroprévalence indique des inégalités géographiques concernant la prévalence du VIH. Elle variait de 11,9% dans le Haut-Mbomou à 1% dans la région d'Ouham. Avec la crise humanitaire que connaît le pays entraînant un déplacement massif des groupes de population d'une région à une autre et aussi un exode vers d'autres pays, ce profil épidémiologique pourrait avoir subi des modifications substantielles. Chez certains groupes de population, les prévalences sont les suivantes : i) Populations clés : HSH= 28,6% et PS=9,1%¹, ii) Coïnfection TB/VIH= 20% (incidence VIH+TB en 2017, source OMS), iii) Donneurs bénévoles de sang =4% en 2018 lors des dons de sang et iv) Forces de défense et de sécurité= 4,3% en 2016 (données de dépistage). Chez les 15-24 ans, la prévalence du VIH est restée stable depuis 2013 chez les garçons (1,2%) et les jeunes filles (1,9%). Tout comme chez les 15-49 ans, la prévalence chez les filles reste supérieure à celle des garçons.

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH en 2017 est estimé à 110 000 dont 8900 enfants de 0-14 ans et 61 000 femmes de 15 ans et plus. Les adultes PVVIH de plus de 15 ans représentent environ 100 000.

Quoiqu'en baisse constante depuis 2010, le nombre de décès liés au VIH reste élevé et est estimé à 5200 en 2017. Depuis ces 5 dernières années, le nombre de total de décès enregistrés est de 34000 contre 42100 nouvelles infections, soit un ratio de 0,80. Le niveau du nombre de décès annuel en 2017 est en baisse de 37% par rapport à celui de 2013. 42% des décès en 2017 sont survenus chez les femmes de 15 ans et plus.

En 2017, l'ONUSIDA estime qu'il est survenu 7700 nouvelles infections à VIH en République Centrafricaine. Les données désagrégées montrent que les nombres de nouvelles infections chez les filles et les femmes sont toujours supérieurs à ceux des hommes. L'analyse de la courbe des nouvelles révèle une régression lente et constante des nouvelles infections d'une année à l'autre, mais à des rythmes variables suivant les groupes d'âge. La plus grande baisse est observée chez les enfants de 0-14 ans (-33%) entre les niveaux de 2013 et 2017.

La réponse au VIH se renforce d'une année à l'autre, mais les performances sont en deçà des attentes. En effet, selon les objectifs 90-90-90, seulement 72% des PVVIH connaissent leur statut, 46,1% des PVVIH sont sous ARV et 9,1% ont une suppression virale confirmée. Le taux de réalisation des objectifs 90-90-90 est de 43%.

Cette situation s'explique par les lacunes programmatiques de la réponse nationale qui concernent à la fois les systèmes, la gestion et la mobilisation des ressources pour soutenir l'expansion de ces programmes. A ce rythme,

¹ Étude bio comportementale réalisée en 2014 dans 4 villes du pays (Bangui, Bégoua, Boali et Bimbo) chez 792 PS de 12 à 41 ans et à Bangui pour les HSH

la plupart des objectifs du Plan stratégique 2016-2020 et l'objectif d'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 ne sera pas atteint comme le montre le tableau ci-dessous :

Objectifs	Tendances en 2020	Observations
Ramener le nombre de nouvelles infections à moins 4560 en fin 2020	Au rythme actuel, le nombre de nouvelles infections sera 6680 en fin 2020	La performance attendue de 2020 sera atteinte en 2026
Ramener le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins 5% en 2020	7,86% de prévalence chez les enfants ayant reçu la PTME (22%) en 2016 Estimation proxi 15% en fin 2016	A ce rythme, l'objectif sera atteint en fin 2022
Ramener les décès liés au VIH à 2936 en fin 2020	Le nombre de décès est projeté à 3100 en fin 2020	L'objectif sera atteint en 2021 au lieu de 2020
Porter la proportion de PVVIH sous ARV à 80% en fin 2020	Au rythme actuel, la tendance sera de 60% en fin 2020	La moyenne d'inclusion est de 7% ces 3 dernières années, ce qui indique que l'objectif sera atteint en fin 2023
Déclaration politique de 2016 des Nations Unies pour la fin du SIDA : Objectifs et Engagements Mondiaux de Prévention 2020	Pour la RCA, le nombre de nouvelles infections devrait être ramené à 2350 en 2020. Avec une prévision de 6.680, le taux d'atteinte sera de 35%	La feuille pour prévoyait de diminuer les nouvelles infections de 75% entre 2010 et 2020. Cet objectif ne pourra pas être atteint même en fin 2030 à ce rythme

Tout comme le Plan de rattrapage qui a permis d'obtenir des gains rapides et substantiels en matière de traitement, le Plan de prévention vise aussi à insuffler une dynamique rapide et performante aux aspects de prévention en mobilisant les ressources humaines, les partenaires, les acteurs de mise en œuvre et l'expertise nationale et internationale indispensable. Il constitue un instrument d'accélération qui s'inspire des bonnes pratiques en matière de prévention du VIH à travers le monde et prend en compte les recommandations formulées par la Coalition mondiale pour la prévention. Il repose sur la modélisation et la combinaison d'interventions pouvant agir directement et efficacement sur la réduction de la probabilité de survenue des nouvelles infections à VIH en renforçant les programmes actuels par des stratégies complémentaires guidés par les évidences et les leçons tirées au plan national et international.

Le processus d'élaboration du Plan de prévention a été inclusive et participative. Le leadership a été assuré par la CN/CNLS en collaboration avec le MSP et les autres Ministères sectoriels clés intervenant dans la réponse au VIH. Elle a suivi les étapes suivantes : a) Mise en place du Groupe de Travail par Note Circulaire N°428/CNLS/CN/CSP/18 du 09 Octobre 2018 ; b) Recrutement de deux Consultants et Travail de Groupe pour élaborer le draft de plan de prévention ; c) Organisation d'un Atelier National de Validation; d) Endossement et Appropriation du Plan de Prévention par le Comité National de Validation mis en place par Note de Service N°579/PM.18 du 11 Décembre 2018 et enfin e) Lancement Officiel du Plan de Prévention par le Président de la République, Chef de l'État, Président du CNLS.

En tant qu'instrument opérationnel de mise en œuvre du Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le Sida 2016 – 2020, le plan de prévention s'aligne sur la vision du PSN qui est d'obtenir : « Zéro nouvelle infection à VIH, Zéro nouveau décès, Zéro discrimination/stigmatisation liée au VIH » d'ici à 2030 ».

Son but est de contribuer à améliorer la santé de la population centrafricaine en accélérant la riposte en vue d'atteindre l'objectif zéro VIH/Sida par des interventions de qualité menées dans le respect des droits et de la dignité humaine d'ici à 2020.

L'objectif général du Plan de prévention est de corriger la trajectoire des performances de la prévention et replacer le pays sur la voie de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030. A l'instar du Plan de rattrapage, le présent plan devrait permettre de développer une dynamique nationale pour l'atteinte des résultats en matière de prévention. Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Réduire les vulnérabilités chez les groupes de populations les plus exposés au risque ;
- Lever les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services ;
- Accroître l'utilisation et l'efficacité des services de dépistage, de PTME et de traitement antirétroviral ;
- Augmenter la disponibilité des ressources financières, des intrants et des ressources techniques ;
- Renforcer l'appropriation, le leadership politique, le suivi évaluation et la coordination des interventions de prévention.

Les grands axes d'intervention du Plan de prévention sont les suivants :

- Renforcement des programmes et les interventions visant à réduire la transmission du VIH au sein des groupes.
- Renforcement des programmes visant à réduire les vulnérabilités des jeunes garçons, des jeunes filles/femmes de populations les plus vulnérables.
- Renforcement des programmes visant à réduire les risques de transmission au niveau des populations clés.
- Renforcement des interventions visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Renforcement des interventions visant à réduire les risques de transmission par le biais des personnes dépistées positives.
- Renforcement du leadership politique pour l'appropriation, le financement, le suivi évaluation et la coordination des interventions de prévention.

Le montant total du Plan de prévention est de **5 784 402 957 FCFA** soit **9 876 457 US\$** réparti comme suit :

		FCFA			US\$			%
		2019	2020	Total	2019	2020	Total	
1-Renforcer les programmes et les interventions visant à réduire la transmission du VIH au sein des groupes de populations les plus vulnérables		1 126 726 864	307 839 320	1 434 566 184	1 923 806	525 614	2 449 420	25%
2-Renforcer les programmes visant à réduire les vulnérabilités des jeunes garçons, des jeunes filles/femmes		684 450 643	414 085 179	1 098 535 822	1 168 651	707 021	1 875 672	19%
3-Renforcer les programmes visant à réduire les risques de transmission au niveau des populations clés		279 638 088	263 487 178	543 125 266	477 462	449 886	927 348	9%
4-Renforcer les interventions visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant		778 254 650	668 326 172	1 446 580 821	1 328 815	1 141 119	2 469 934	25%
5-Renforcer les interventions visant à réduire les risques de transmission par le biais des personnes dépistées positives		399 976 704	358 524 804	758 501 508	682 932	612 156	1 295 087	13%
6-Renforcer la synergie, le financement, le suivi évaluation et la coordination des interventions de prévention		266 049 228	237 044 128	503 093 355	454 260	404 736	858 996	9%
BUDGET TOTAL								
Total global		3 535 096 177	2 249 306 780	5 784 402 957	6 035 926	3 840 532	9 876 457	
	Interventions comportementales	1 019 419 334	641 628 485	1 661 047 819	1 740 586	1 095 535	2 836 121	29%
	Interventions biomédicales	1 828 236 229	1 069 424 109	2 897 660 338	3 121 584	1 825 966	4 947 549	50%
	Interventions structurelles	687 440 614	538 254 186	1 225 694 801	1 173 756	919 031	2 092 787	21%
MONTANT DISPONIBLE ET DÉJÀ PROGRAMME								
Total global		406 999 070	607 310 134	1 014 309 204	694 922	1 036 939	1 731 861	17,5%
	Interventions comportementales	112 634 175	150 866 796	263 500 971	192 315	257 594	449 909	26%
	Interventions biomédicales	150 219 808	122 618 329	272 838 137	256 490	209 362	465 852	27%
	Interventions structurelles	144 145 087	333 825 009	477 970 096	246 118	569 982	816 100	47%
GAP DE FINANCEMENT								
Total global		3 128 097 106	1 641 996 646	4 770 093 753	5 341 004	2 803 593	8 144 596	82,5%
	Interventions comportementales	906 785 159	490 761 689	1 397 546 848	1 548 271	837 941	2 386 212	29%
	Interventions biomédicales	1 678 016 420	946 805 780	2 624 822 201	2 865 094	1 616 604	4 481 698	55%
	Interventions structurelles	543 295 527	204 429 177	747 724 705	927 639	349 048	1 276 687	16%

Le financement du Plan de Prévention proviendra :

- Des subventions du Fonds mondial actuellement en cours d'exécution et du financement additionnel de 10 500 000 \$: réparti comme suit : 791 401 \$ pour la PTME, 8 264 649 \$ pour le traitement et 1 443 950\$ pour la charge virale ;

- Du financement provenant des Agences du Système des Nations Unies contenu dans le Plan de travail conjoint sur le VIH ;
- Le financement du Protocole signé entre l'ONUSIDA avec le CNLS et le Ministère de la Défense et de la Reconstruction de l'Armée d'un montant de 600 000 \$ qui va concerner le VIH et la lutte contre les violences basées sur le genre ;
- De la mobilisation des ressources domestiques.

En plus de ces sources de financement, le dialogue institutionnel dans le cadre de l'intersectorialité permettra de prendre en compte les aspects liés au Plan de Prévention dans les initiatives suivantes :

- Le projet SARI et Financement Basé sur les Résultats (FBR) de la Banque mondiale ;
- Les financements GFF dont le montant est d'environ 30 millions US\$ pour le Ministère de la Santé ;
- La réorientation d'une partie des financements de l'État vers le financement des activités de prévention.

Les financements déjà disponibles s'élèvent à 1 014 309 204 FCFA soit 1 731 861 US\$, ce qui représentent 17,5% du montant total. Ce montant ne prend pas en compte le financement additionnel du Fonds mondial. Le gap de financement est de 4 770 093 753 FCFA soit 8 144 596 US\$.

Pour combler le déficit de financement, il sera organisé une Table Ronde des bailleurs au cours du premier trimestre 2019 à travers le RCPCA pour mobiliser les ressources nécessaires au développement du plan. L'estimation des ressources nécessaires à la réalisation du présent plan est basée sur les mesures et actions détaillées et repris dans un tableau récapitulatif avec des hypothèses des coûts.

Pour la mise en œuvre du Plan de Prévention, il sera mis en place un Comité de Pilotage multisectoriel et multidisciplinaire sous la responsabilité du Premier Ministre, Premier Vice-Président du CNLS. Ce Comité comprendra un Groupe Technique de Travail sur la Prévention (GTTP) placé sous l'égide du Coordonnateur National du CNLS. Le GTTP sera à composition multidisciplinaire et multisectoriel sous l'égide de la CN/CNLS avec la pleine participation de la Société Civile, des partenaires techniques et financiers et des autres acteurs de la réponse sectorielle. Le suivi des progrès se fera à travers les indicateurs suivants :

Type d'indicateurs	Intitulé des indicateurs
Indicateurs d'impact	Nombre total des nouvelles infections
	Nombre de nouvelles infections chez les 15 ans et plus (hommes et femmes)
	Nombre de nouvelles infections chez les 15-24 ans (garçons et filles)
	Estimation du pourcentage d'infection à VIH parmi les enfants nés de femmes séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois (HIV-I-6)
	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes
Indicateurs d'effet	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale, qui ont une charge virale indétectable à 12 mois (< 1000 copies/ml) (TCS 3.1)
	Pourcentage de positivité au VIH chez les donneurs de sang bénévole
Indicateurs de couverture et de suivi de routine	Nombre de personnes dépistées pour le VIH et ayant reçu leurs résultats durant la période de rapportage (HTS-1)
	Pourcentage de personnes (estimées) vivant avec le VIH qui ont été dépistées positives au VIH (HIV O-11)
	Nombre de personnes dépistées positives retrouvées et mises sous ARV
	Nombre de circoncisions masculines réalisées
	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse (PMTCT 2.1)
	Pourcentage des nourrissons nés de mères séropositives ayant bénéficié de la prophylaxie ARV pour réduire la transmission du VIH
	Pourcentage de professionnelles du sexe ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH- paquet de services définis (KP 1-c)
	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont bénéficié de programmes de prévention du VIH- paquet de services définis (KP-1a)
	Nombre de PS dépistées positives et mises sous ARV
	Nombre de HSH dépistées positives et mises sous ARV
	Pourcentage des populations carcérales ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH- paquet de services définis
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral (TCS-1(M))
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'une prise en charge nutritionnelle
	Pourcentage de nouveaux patients TB et de rechute enregistrés dont le statut VIH est documenté (TB/HIV-5)
	Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux et de rechutes, séropositifs au VIH, sous traitement antirétroviral au cours du traitement de la tuberculose (TB/HIV-6(M))
Financement du plan de prévention	Pourcentage de financement de la réponse attribué à la prévention
	Pourcentage du financement de la prévention affecté à la société civile

1.1 Situation administrative et sociopolitique du pays

La République Centrafricaine a une superficie de 623 000 Km² et fait frontière avec six pays à savoir le Tchad au nord, le Congo et le Congo Démocratique au sud, le Soudan et le Soudan du Sud à l'est et le Cameroun à l'ouest. Avec un taux de croissance de la population estimé à 2,5% l'an, la population de 2015 qui était de 4 953 015 habitants en 2015 serait aujourd'hui de 5 333 858 habitants en 2018 avec près de 50,8% de femmes.

La RCA est subdivisée en sept (07) régions et ces dernières en seize (16) préfectures : Bamingui-Bangoran, Basse-Kotto, Haute-Kotto, Haut-Mbomou, Kémo, Lobaye, Mambéré-Kadéï, Mbomou, Nana-Gribizi, Nana Mambéré, Ombella-Mpoko, Ouaka, Ouham, Ouham-Pendé, Sangha-Mbaéré et Vakaga. La ville de Bangui capitale du pays n'est classée dans aucune préfecture mais représente la 7ème région du pays et est divisée en 08 arrondissements. Les préfectures sont divisées en 72 sous-préfectures et deux (02) Postes de Contrôle Administratif. Ces dernières sont subdivisées en 175 communes urbaines et rurales qui comptent 8 294 villages et quartiers.

Elle a la particularité d'être intracontinentale et entourée par des pays connaissant tout autant qu'elle des troubles et des instabilités socio-politiques et communautaires. Le contexte humanitaire reste fragile et marqué par i) des crises et troubles sociopolitiques et militaires successives entraînant des déplacements internes et externes de populations, ii) une prolifération des groupes armés, ii) une paupérisation croissante causant une fragilisation économique de certaines catégories de population.

Dans un tel contexte humanitaire presque généralisé, les conséquences sont souvent multiples et certaines se potentialisent entre elles. Il s'agit entre autres :

- La vulnérabilité des populations surtout celles qui sont éloignées ou isolées, les jeunes filles et les jeunes femmes ;
- L'augmentation ou la persistance des violences basées sur le genre, les viols ;
- La stigmatisation/discrimination, la violation des Droits Humains et la limitation de l'accès aux services ;
- La réduction des capacités financières de l'État à assurer le fonctionnement, le développement et la continuité des services sociaux de base (santé, éducation, sécurité, etc.) ;
- L'effritement des capacités communautaires à contribuer à la riposte au sida ;
- La réduction de la disponibilité des services qui va affecter la prévention, la prise en charge ;
- La baisse du niveau de connaissance sur le VIH du fait de l'absence de services et d'informations, ce qui augmente le risque individuel de contamination par le VIH.

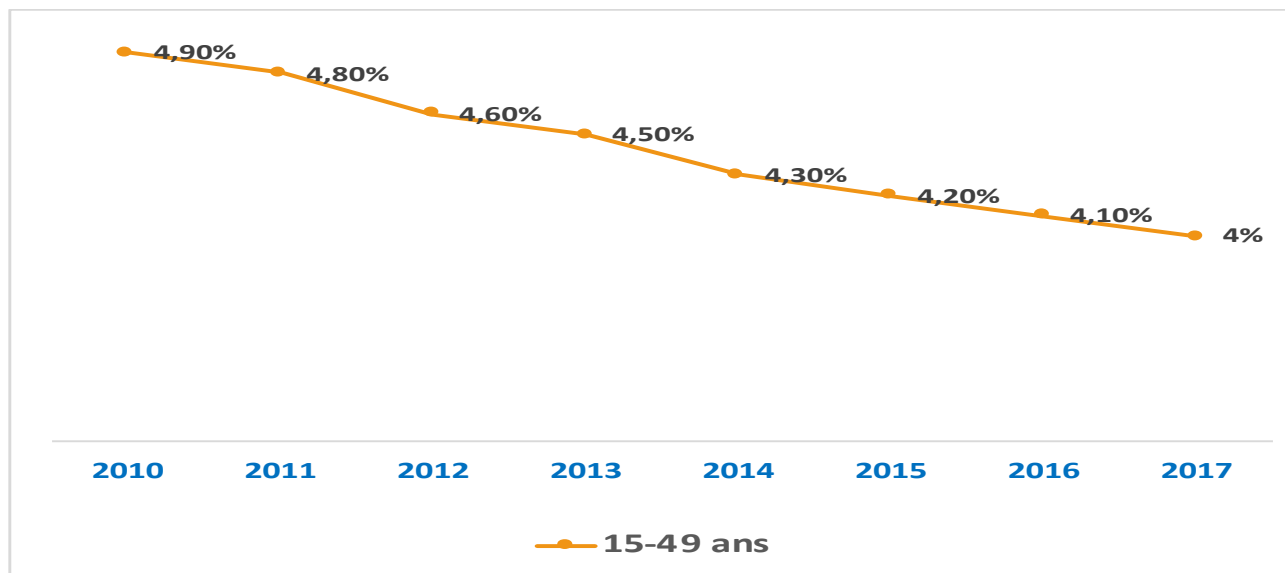
1.2 Situation épidémiologique du VIH

1.2.1 Prévalence du VIH dans la population générale et les groupes spécifiques

Dans l'ensemble, la prévalence du VIH est en baisse constante depuis 2010. Dans la tranche d'âge des 15-49 ans, elle est passée de 4,9% en 2010 à 4% en fin 2017 selon les projections de l'ONUSIDA. Toutefois, la prévalence chez les femmes de 15-49 ans reste constamment supérieure à la prévalence nationale et à celle des hommes de la même tranche d'âge.

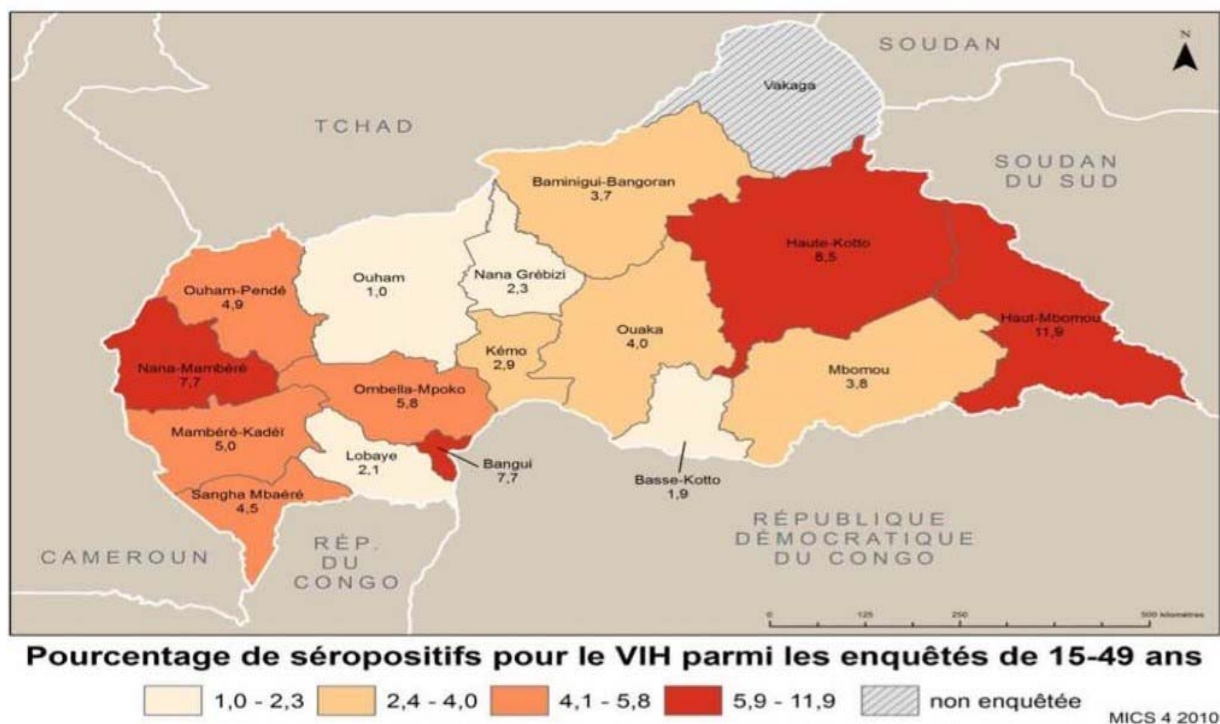
En 2017, la prévalence du VIH était supérieure de 30% à celle des hommes (1,4 points de pourcentage). Entre 2013 et 2017, la prévalence du VIH a baissé de 11% globalement, 11% chez les hommes de 15-49 ans et 10% chez les femmes de 15-49 ans.

Graphique-1 : Profil évolutif de la prévalence et données de 2010 à 2017.



Bien que n'étant pas récente (MICS4 ; 2010), l'enquête de séroprévalence indique des inégalités géographiques concernant la prévalence du VIH. Elle variait de 11,9% dans le Haut-Mbomou à 1% dans la région de l'Ouham. Avec la crise humanitaire que connaît le pays entraînant un déplacement massif des groupes de population d'une région à une autre et aussi un exode vers d'autres pays, ce profil épidémiologique pourrait avoir subi des modifications substantielles. Cf. Graphique ci-dessous.

Figure-1 : Disparités géographiques de la prévalence du VIH.



Chez certains groupes de population, les prévalences sont les suivantes :

- ➔ Populations clés : HSH = 28,6% et PS = 9,1%² ;
- ➔ Coïnfection TB/VIH = 20% (incidence VIH+TB en 2017, source OMS) ;
- ➔ Donneurs bénévoles de sang = 4% en 2018 lors des dons de sang ;
- ➔ Forces de Défense et de Sécurité = 4,3% en 2016 (données de dépistage).

² Étude bio comportementale réalisée en 2014 dans 4 villes du pays (Bangui, Bégoua, Boali et Bimbo) chez 792 PS de 12 à 41 ans et à Bangui pour les HSH.

Chez les 15-24 ans, la prévalence du VIH est restée stable depuis 2013 chez les garçons (1,2%) et les jeunes filles (1,9%). Tout comme chez les 15-49 ans, la prévalence chez les filles reste supérieure à celle des garçons.

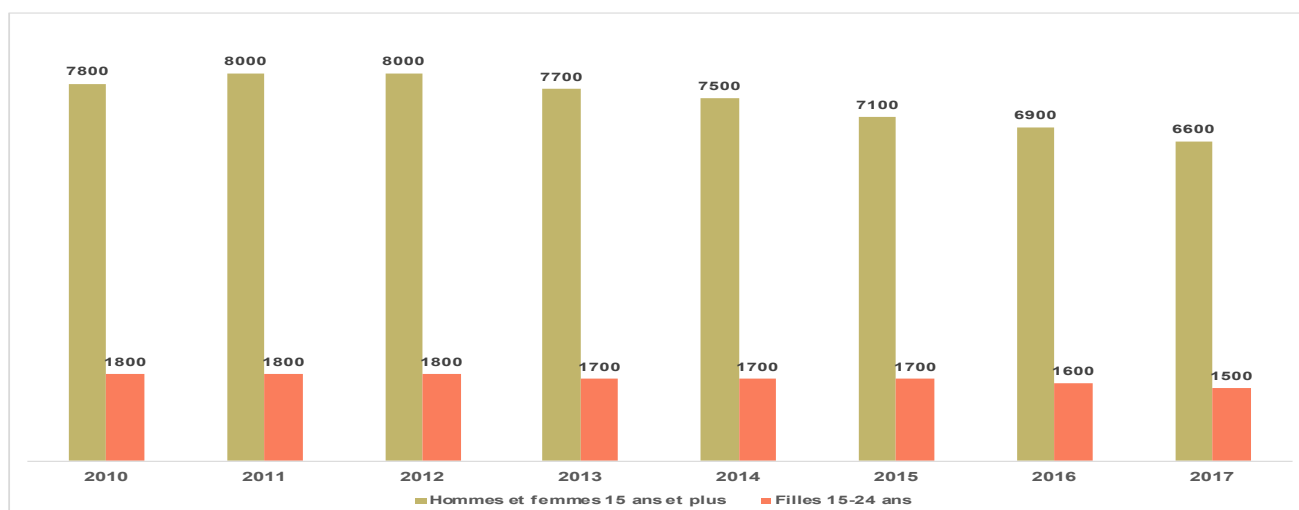
Le nombre total de personnes vivant avec le VIH en 2017 est estimé à 110.000 dont 8.900 enfants de 0-14 ans et 61.000 femmes de 15 ans et plus. Les adultes PVVIH de plus de 15 ans représentent environ 100.000.

Quoiqu'en baisse constante depuis 2010, le nombre de décès liés au VIH reste élevé et est estimé à 5.200 en 2017. Depuis ces 5 dernières années, le nombre de total de décès enregistrés est de 34.000 contre 42.100 nouvelles infections, soit un ratio de 0,80. Le niveau du nombre de décès annuel en 2017 est en baisse de 37% par rapport à celui de 2013. 42% des décès en 2017 sont survenus chez les femmes de 15 ans et plus.

1.2.2 Situation et analyse des nouvelles infections

En 2017, l'ONUSIDA estime qu'il est survenu 7.700 nouvelles infections à VIH en République Centrafricaine. Les données désagrégées montrent que les nombres de nouvelles infections chez les filles et les femmes sont toujours supérieurs à ceux des hommes. L'allure était la même les années antérieures. On dénombre 1.100 chez la tranche d'âge de 0-14 ans, 6.600 adultes de 15 ans et plus (dont 3.800 chez les femmes de 15 ans et plus).³

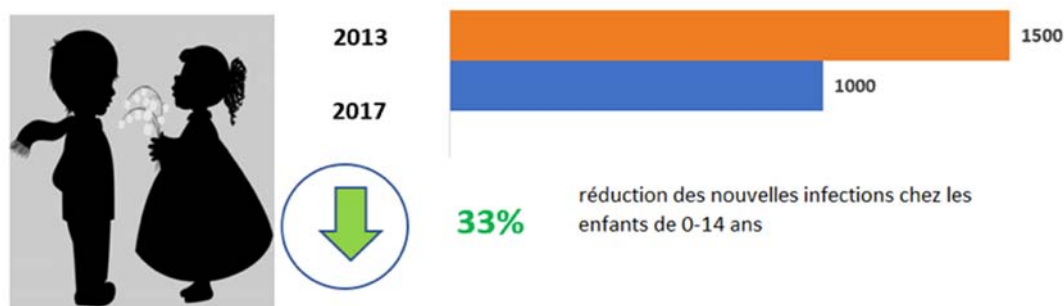
Graphique-2 : Situation 2017 et profil évolutif des nouvelles infections à VIH.



L'analyse de la courbe révèle une régression constante des nouvelles infections d'une année à l'autre, mais à des rythmes variables suivant les groupes d'âge. La plus grande baisse est observée chez les enfants de 0-14 ans (-33%) entre les niveaux de 2013 et 2017. Cf. Graphique ci-dessous.

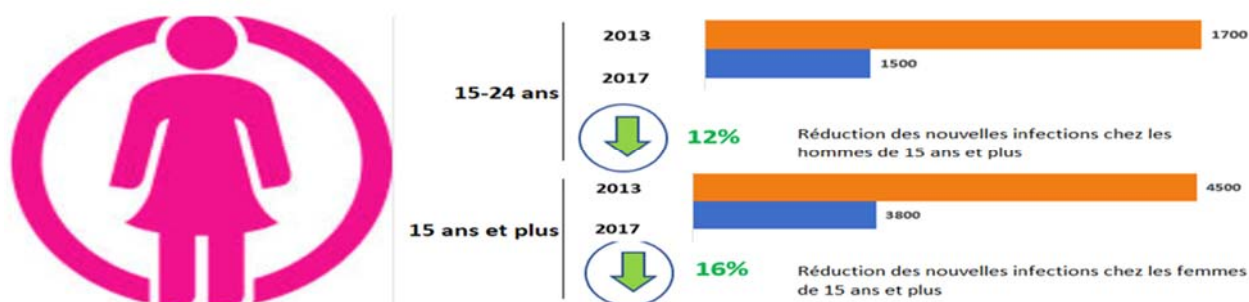
Graphique-3 : Situation des progrès concernant les nouvelles infections à VIH.

Chez les enfants de 0-14 ans, les nouvelles infections connaissent une baisse d'environ 33% entre 2013 et 2017.

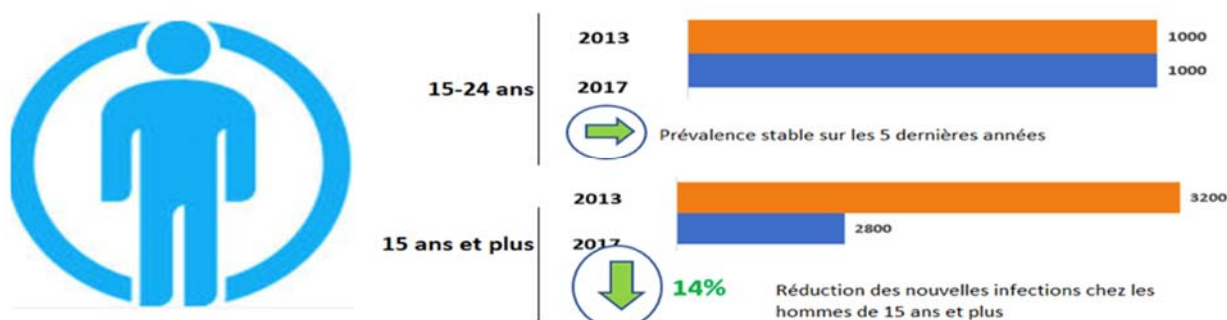


³ Source : www.aidsinfo.unaids.org

En ce qui concerne les filles de 15-24 ans, la réduction est de 12% tandis que chez les femmes de 15 ans et plus, elle est globalement de 16%.



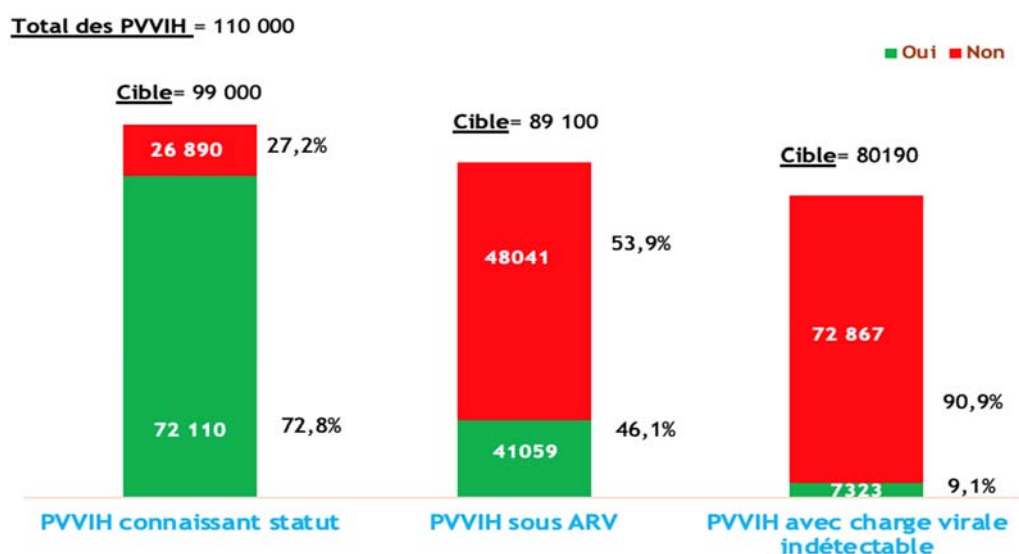
Chez les hommes, la prévalence est restée stable entre 2013-2017 chez les 15-24 ans. En considérant la tranche d'âge de 15 ans et plus, on note une réduction de la prévalence de 14%.



1.2.3 Analyse des cascades 90-90-90

En matière de soins liés au VIH, l'offre de soins est limitée par la faible fonctionnalité des structures existantes. L'enquête HeRAMS de 2015 a montré que seulement 64% des Formations Sanitaires sont fonctionnelles au niveau national (51% dans la Région Sanitaire N°1 à 75% dans la Région Sanitaire N°2). L'accès et d'utilisation des services liés au VIH, malgré le contexte connaît également des améliorations au fil des années. Ainsi, l'analyse de la cascade suivant les 90-90-90 montre que près de 72,8% des PVVIH connaissent leur statut, 46,1% sont sous ARV et seulement 9,1% ont une charge virale indétectable confirmée.

Graphique-4 : Cascade VIH par rapport aux objectifs 90-90-90 en fin 2018.



- On observe sur ce graphique pour le premier 90 que, sur la cible de 99.000 personnes attendues qui devraient être dépistées et connaître leur statut, seulement 72.110 ont pu être dépistées soit 72,8%.

- Quant au deuxième 90, sur la cible de 89.100 PVVIH qui devraient être mis sous traitement ARV, seulement 41.059 ont pu être traités soit 46,1%.
- Par rapport au troisième 90, il n'y a que 7.323 patients sur une cible 80.190 attendus qui ont eu une Charge Virale indétectable soit 9,1%.

Les progrès enregistrés donnent une moyenne de 43% d'atteinte des objectifs 90-90-90, ce qui placent le pays loin des objectifs.

1.3 Situation de la réponse au VIH, volet prévention et gaps à combler

1.3.1 Situation de la réponse volet prévention

En vue de répondre aux attentes en matière de riposte au sida au plan national et permettre d'atteindre les objectifs mondiaux dont le pays a souscrit, un Plan Stratégique National de riposte au sida pour la période 2016-2020 a été élaboré. Sa mise en œuvre se fait sous l'égide du Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), créé par Décret N°01.032 du 26 Janvier 2001, qui est l'instance de coordination de la réponse nationale. La Coordination Nationale est l'organe permanent du CNLS, chargé de la coordination au quotidien, de la gestion et du suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH et Sida. Au niveau de la plupart des Ministères, des Cellules ou Comités de Lutte contre le Sida ont été créés pour mettre en œuvre le Plan d'Action Opérationnel du CNLS conformément aux orientations du PSN 2016-2020. Le Ministère du Travail a mis en place une Coordination Tripartite rassemblant le Gouvernement, les Syndicats et le Patronat, chargé de la coordination des efforts de lutte contre le Sida en milieu du travail tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Au niveau de chaque Préfecture, des Équipes Techniques Préfectorales ont été mises en place sous l'autorité du Préfet, Président du Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida (CPLS) et à Bangui, le Comité de Bangui de Lutte contre le Sida (CBLs) placé sous l'autorité du Maire de la Ville de Bangui. La mise en œuvre du Plan Stratégique National s'est déroulée dans un contexte marqué par une faible disponibilité des informations épidémiologiques actualisées, un contexte social et institutionnel fragilisé et une faible mobilisation effective des ressources financières.

→ Situation du secteur santé

Le secteur santé est un acteur clé de la riposte au sida, tant au niveau de la prévention (y compris la PTME) que de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Il existe 1.019 formations sanitaires soit un ratio d'une formation sanitaire pour 5.158 habitants, dont une partie a fait l'objet de dégradation/pillage ou présente des infrastructures vétustes et/ou sous équipées. La carte sanitaire présente des inégalités de couverture territoriale occasionnant des problèmes d'accessibilité géographique auquel s'ajoute l'inaccessibilité financière du fait de l'application de la politique de recouvrement de coût.

La santé communautaire est en plein développement avec les Agents de Santé Communautaire (ASC) estimés à 2.649 (1 ASC / 1.833 habitants) depuis 2015. Cette catégorie représente plus de 50% du personnel de santé. Le domaine des intrants et produits médicaux, malgré l'existence d'une politique fondée sur les MEG et l'UCM (Unité de Cession du Médicament), rencontre des difficultés d'ordre structurel, organisationnel et fonctionnel entraînant des ruptures fréquentes. De plus en plus, il se pose également la problématique des circuits parallèles formels ou informels ainsi que la vente illicite de produits de santé non conformes.

→ Communication pour le Changement de Comportement

En matière de communication pour le changement de comportement, les résultats attendus des activités de communication ne sont pas évidents⁴. Trop souvent, les interventions en communication ne sont pas conduites dans un cadre d'orientations stratégiques basées sur des données probantes. Les difficultés rencontrées au cours de leur mise en œuvre et les leçons apprises ne sont pas documentées, ce qui aurait permis de les ajuster ou de les adapter tout au long de la mise en œuvre.

→ Promotion et distribution des préservatifs

Le pays n'a pas de politique nationale de promotion de préservatifs. Toute fois la promotion, la distribution et l'utilisation des préservatifs (masculins et féminins) ont bénéficié de soutien de la part notamment de

⁴ Pour atteindre les cibles retenues dans le cadre des activités de la prévention en 2016 et 2017, environ 50 campagnes en faveur de la population et notamment des jeunes ont été réalisées permettant de sensibiliser 71.788 personnes. En ce qui concerne les activités interpersonnelles, 7.540 causeries éducatives ont été réalisées permettant de toucher 60.300 personnes.

l'UNFPA, ACAMS et Emergency en 2017⁵. Cependant la couverture des besoins a été fragilisée par l'arrêt du financement du principal partenaire qui est la KFW. La promotion rencontre des obstacles dans certaines régions du fait des perceptions communautaires négatives et des troubles de la chaîne de distribution liés aux crises successives. En plus des obstacles susmentionnés, on note une quasi absence des préservatifs dans certaines régions d'urgences et hautement peuplées avec des vulnérabilités tels que l'exploitation des mines, les carrefours commerciaux, les populations déplacées, etc. La distribution gratuite et les ventes à prix raisonnable par l'ACAMS ne couvrent pas tout le pays. La stigmatisation et la discrimination représente une barrière à l'utilisation des préservatifs au niveau communautaire. On note une absence de vulgarisation du femidom.

→ Offre et dépistage du VIH

L'offre du dépistage reste pratiquement très faible dans toutes les régions du pays. Le Fonds mondial, principal bailleur de fonds pour la réponse au VIH en RCA ne cible que la femme enceinte pour le dépistage du VIH. Donc, les besoins en dépistage pour les enfants nés de mères séropositives, les enfants de la fratrie, les conjoints des femmes PTME, les populations clés, les populations vulnérables (Jeunes et adolescents) et la population générale ne sont pas pris en compte. Plusieurs sites de CDV ne sont pas fonctionnels et sont souvent confrontés à des ruptures fréquentes d'intrants. Enfin, dans les services de santé où le CDV a été intégré, l'application de la politique de recouvrement des coûts semble constituer une barrière financière non négligeable à la réalisation des tests⁶. Par ailleurs, l'insuffisance de l'offre notamment communautaire, la faiblesse de la communication et les difficultés structurelles et financières de la chaîne d'approvisionnement contribuent à créer et entretenir les gaps dans les deux premiers objectifs du 90-90-90, en termes d'insuffisance dans le dépistage et de déperdition entre le dépistage et la mise sous ARV.

→ Prévention du VIH chez les populations clés

La réponse en faveur des populations clés souffrent d'insuffisance d'exécution due, entre autre, à la verticalisation des activités en faveur de ces populations, le manque d'approches appropriées, de la stigmatisation/discrimination. De plus, les tailles des populations clés ne sont pas connues, les sites d'activités ne sont pas cartographiés et l'offre de paquets de prévention combinés pour les populations clés reste faible. Cependant, la redynamisation du « Réseau National de Filles Libres » (RENAFIL) et l'existence de l'association « Alternative Centrafricaine » ont permis de développer des interventions en direction des PS et des HSH.

→ Diagnostic et traitement des IST

Le diagnostic et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) se font au niveau des FOSA qui offrent un paquet complet selon l'approche syndromique. La faible documentation des activités ne permet pas d'apprécier l'ampleur et les performances du programme de prise en charge des IST.

→ Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Dans le domaine de la PTME, le Plan de Rattrapage avait fait le constat de la faible utilisation de la CPN, la faible couverture PTME et le faible dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives. Cette situation était en partie occasionnée par la barrière financière de la CPN, la faible intégration/décentralisation des services CPN/Maternité/CPoN/PF/PTME et l'absence de délégation des tâches aux communautaires qui contribue à réduire l'accessibilité géographique ainsi que les ruptures/insuffisances des intrants. En 2018, 61,2% des 210.265 femmes enceintes attendues ont réalisé au moins une consultation prénatale et seulement 65.182 (31%) ont effectué 4 visites prénatales.

Le taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN était de 30,8% (64.926/210.265) dans les 258⁷ structures des soins offrant la CPN qui ont intégré la PTME sur 354. Le nombre annuel estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH est de 5.100 (taux de prévalence estimée à 3,7%). Chez les enfants et les adolescents, 28% (2.752/9.600) ont été dépistés VIH+ et mis sous ARV. La proportion des femmes enceintes et allaitantes attendues recevant un TAR à vie est de 51,5% (2.626/5.100). Les résultats sont également en

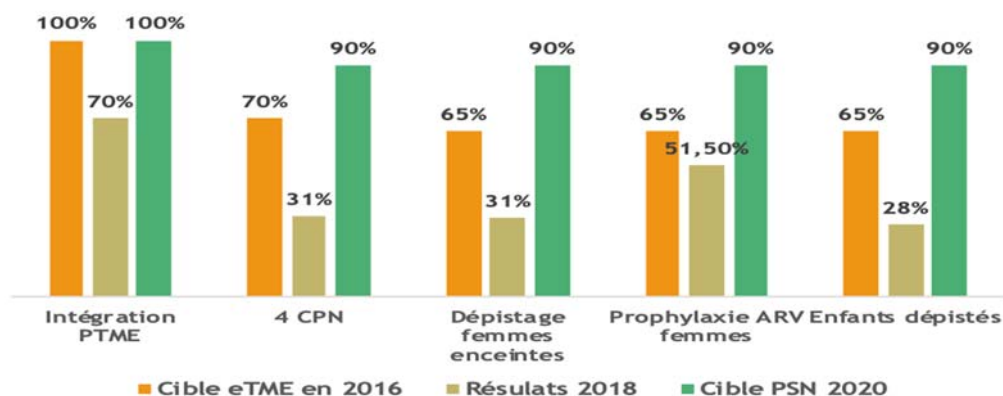
⁵ Les données disponibles montrent qu'en 2017, il y a eu trois sources d'approvisionnement notamment l'UNFPA, ACAMS et Emergency. Ces structures ont fourni au total 10.196.300 préservatifs masculins et 20.000 préservatifs féminins.

⁶ Sur la période 2016-2017, les données issues du dépistage volontaire à travers les différentes campagnes ont enregistré 217 226 personnes parmi lesquels 3.372 jeunes de 10 à 24 ans ont été dépistés dont 13 positifs et vivent désormais avec le VIH soit 0,38 %.

⁷ Données du Programme 2018.

deçà des attentes. Les performances de 2018 sont globalement inférieures à celles attendues en fin 2016 tel que consignées dans le plan d'élimination de la transmission mère-enfant.

Graphique-5 : Situation d'atteinte des indicateurs de la PTME.



Cependant, le taux de rétention chez les femmes enceintes et allaitantes recevant un TAR à vie n'est pas disponible dans la base de données du Programme PTME. Toutefois, l'étude de la cohorte des PVVIH suivies au niveau national montre un taux de rétention de 64,46% à 24 mois chez les femmes âgées de plus de 15 ans (Analyse de cohorte, Croix Rouge Française, 2017). Aussi, les données sur la charge virale ne sont également disponibles. Le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants de moins de 15 ans est de 4.617 en 2017. Les principaux défis concernent : i) l'insuffisance d'appareils PCR pour améliorer le dépistage précoce ; ii) la verticalité de la gestion des volets SMI et VIH/PTME, ce qui a comme conséquence une faible intégration de l'offre de la PTME et PECP ; iii) l'insuffisance de prise en charge des enfants et des adolescents, caractérisée par une faible accessibilité au dépistage précoce dû à la rupture fréquente des tests de dépistage et une faiblesse de lien entre le dépistage et le traitement des enfants VIH + (la moitié des enfants testés positifs ont bénéficié du TAR) et le manque de réseautage des prélèvements ; iv) l'environnement (leadership, gouvernance, coordination et mobilisation des ressources) peu propice à l'amélioration de la performance des interventions intégrées SMI, PTPE, PECP et VBG.

S'agissant des enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH, l'effectif attendu est estimé à 9.600 en 2018 (Statistiques, DES, 2018). La couverture en dépistage précoce chez les enfants-nés des mères séropositives dépistés par PCR est de 40,5% (1.169/2.878). Cependant, le pays n'a pas encore intégré les indicateurs en rapport avec le taux d'initiation, de rétention du traitement pédiatrique et le taux de suppression de la charge virale chez les enfants dans les bases de données du programme.

→ Transfusion sanguine et Accidents d'Exposition au Sang/autres liquides biologiques

Au niveau de la transfusion sanguine, les capacités de gestion du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ont été renforcées. Cinq (5) banques de sang opérationnelles ont été mises sur pied au niveau de 2 Hôpitaux centraux et 3 FOSA. Il existe une association de donneurs bénévoles de sang qui accompagne et soutien les donneurs dans le sens également de la fidélisation. Cette association travaille essentiellement dans la ville de Bangui. Au niveau des autres localités, les dons de sang sont essentiellement familiaux⁸, ce qui compromet globalement les efforts de sécurisation du sang. Concernant les accidents d'exposition au sang ou autres liquides biologiques, les données ne sont pas disponibles.

→ Hépatites et coinfection Hépatite B/VIH

L'ampleur de l'Hépatite B, associé ou non avec le VIH a fait l'objet d'exploration par plusieurs études. En effet, dès 2013, l'Institut Pasteur estimait le taux de prévalence de l'hépatite B en République Centrafricaine à environ 15%. Une étude exploratoire publiée en 2014 dans la revue CAMES Santé⁹ et estimait la « place de l'hépatite virale B seule ou associée au VIH parmi les causes d'affections hépatiques et rénales chez les adultes ». Il s'agissait d'une étude descriptive transversale allant de septembre 2009 à Juin 2010. Dans cette

⁸ Pour la période 2017, 18.540 poches de sang ont été collectées contre 14.127 prévues dans le PSN 2016-2020. L'ensemble de ses poches de sang ont été testés selon les marqueurs suivants VIH+, VHC, VHB et RPR. Cela n'inclut pas la situation des provinces estimée à 7.643 poches

⁹ 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 ;Rev. CAMES Santé vol.2 n°1, Juillet 2014

étude, la proportion des sérums VIH+ était de 23,10% et celle des sérums AgHBs+ de 24,20%. La séroprévalence de l'AgHBs/Ac anti-VIH était de 11,90%.

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 Centrafricaine¹⁰ a été réalisée. Cette étude 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%. Les primo-donneurs étaient plus exposés au risque d'infections transmissibles, spécifiquement le VHB, que les donneurs fidélisés.

Il faut signaler que le vaccin contre l'Hépatite B a été introduit en 2011 dans le Programme Elargi de Vaccination en RCA sous forme de Pentavalent (DTC-HepB+Hib).

Avec la faiblesse de l'information sur les modes de transmission et de prévention, cette proportion devrait avoir évolué significativement. Au regard des similarités dans les voies de transmission, des conséquences de la coïnfection hépatites/VIH et des besoins croisés en matière de traitement, il convient d'en tenir compte dans le Plan de Prévention.

➔ Nutrition et VIH

Selon les données de l'enquête nutritionnelle nationale (SMART) en 2018, la République Centrafricaine fait face à des taux de malnutrition aigüe globale (modérée (MAM) et sévère (MAS)) et malnutrition chronique inquiétants chez les enfants de moins de 5 ans :

- 10 préfectures ont des taux de malnutrition sévères au-delà du seuil d'urgence selon les normes de l'OMS (plus de 2%) et toutes les préfectures exceptés Bangui et Ouham ont des taux de malnutrition chronique dépassant le seuil critique de 30% ;
- En 2019, près de 110.000 enfants de moins de 5 ans ont besoin d'une prise en charge nutritionnelle urgente (45.000 pour la malnutrition aigüe sévère et 65.000 pour malnutrition aigüe modérée) et plus de 350.000 enfants souffrant de malnutrition chronique.

La situation critique de malnutrition chronique persiste depuis près de 20 ans (EDS, 1995) avec les conséquences graves telles que le retard du développement cognitif et de la performance à l'école, l'augmentation de la mortalité, les faibles capacités de production chez l'adulte ainsi que la perte de croissance économique estimée à près 3 % du PIB lorsque le taux de malnutrition chronique est critique.

L'infection à VIH entraîne de profonds changements métaboliques. Il peut s'agir de lésions buccales entraînant une anorexie, ce qui réduit la consommation alimentaire, une malabsorption intestinale et en conséquence une augmentation du métabolisme de base. Tout ceci entraîne une détérioration de l'état nutritionnel. Les effets secondaires de la prise des Anti Retro Viraux (anorexie, nausée, vomissements...) auraient aussi une répercussion sur l'état nutritionnel. La malnutrition contribue à la progression du VIH et peut en résulter. En réponse, le Gouvernement avait élaboré un cadre stratégique de lutte contre le SIDA en RCA dont l'un des axes stratégiques est le renforcement de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH. Un accent particulier a été mis sur la prise en charge nutritionnelle et communautaire des PVVIH.

C'est ainsi que depuis trois (3) ans en RCA, un projet d'Assistance Alimentaire sur Ordonnance (AAO) a été mis en place dans 17 Districts Sanitaires sur les 35 nouvellement créées pour soutenir sur le plan nutritionnel les PVVIH. Il s'agit d'une intervention de courte durée qui vise la réhabilitation nutritionnelle des PVVIH malnutries à travers : l'évaluation et le suivi régulier de leur état nutritionnel, la distribution du supplément nutritionnel, l'éducation et le conseil nutritionnel.

L'objectif principal recherché par le projet AAO est la réhabilitation de l'état nutritionnel du bénéficiaire et cela permet : i) l'amélioration de l'observance au traitement ; ii) la réduction du taux de mortalité ; iii) la réduction du nombre de perdu de vue et enfin iv) la réalisation effective du conseil et éducation nutritionnelle dans tous les sites de mise en œuvre du projet.

Les populations bénéficiaires de ce projet sont représentées par les Personnes Vivant avec le VIH sous traitement ARV malnutris ; les Femmes enceintes ou allaitantes malnutries sous protocole PTPE et les Enfants malnutris sous traitement ARV pédiatrique.

¹⁰ Nambei WS, Rawago-Mandjiza D, Gbangbangai E. Séro-épidémiologie du VIH, de la syphilis et des virus des hépatites B et C chez les donneurs de sang à Bangui, République centrafricaine. Med Sante Trop 2016 ; 26 : 192-198. doi : 10.1684/mst.2016.0553

Le but ultime visé est l'observance du traitement ARV. L'observance consiste à prendre des médicaments selon la dose prescrite, au moment indiqué et de la manière prescrite. Elle est un déterminant essentiel de l'efficacité du traitement antirétroviral. Tout TTT ARV pris incomplètement ou irrégulièrement (oubli occasionnel, prise groupée, arrêt partiel ou total plus ou moins long) favorise l'échec thérapeutique. Pour ce faire, des structures de PEC doivent développer des stratégies d'aide à l'observance du traitement en vue d'obtenir les meilleurs résultats possibles en termes d'amélioration de l'état de santé des patients.

En RCA, la prise en charge de la malnutrition aiguë selon l'approche communautaire constitue une porte d'entrée de plusieurs interventions spécifiques à la nutrition au-delà du paquet minimum/complémentaires des activités de santé afin d'améliorer davantage les indicateurs de suivi du développement de l'enfant de manière globale sans omettre l'hygiène et l'assainissement, la supplémentation en micronutriments, le VIH, le développement précoce de l'enfant, et le suivi de la croissance des adolescents (filles et garçons).

→ Soins et traitement

Les performances s'améliorent d'une année à l'autre depuis le lancement du Plan de Rattrapage VIH. Cependant, le programme pourrait être davantage performant si des améliorations sont apportées sur la disponibilité des services de qualité, l'intégration de l'offre de dépistage et de traitement dans les CDT, la remise à niveau et la dynamisation des sites ayant subi les conséquences des crises successives, l'alignement du suivi biologique aux normes nationales/internationales, la réduction du taux d'attrition (décès, perdus de vue). Les mesures nécessaires devront faire appel au renforcement en personnel qualifié pour la prise en charge médicale, la décentralisation de l'offre et l'application de la délégation des tâches et l'implication communautaire. Au regard du nombre de personnes séropositives en pré-TARV et non mis sous ARV faute de financement suffisant, il conviendrait de mobiliser davantage de ressources pour absorber ce gap.

→ Droits Humains et Genre

Dans le domaine des Droits Humains, la loi existante datant de 2006 (Loi N°06.030 fixant les Droits et Obligations des Personnes Vivant avec le VIH/Sida du 12 Septembre 2006) a fait l'objet de révision mais son processus n'est pas encore finalisé. L'évaluation rapide a montré que la programmation (prévision dans le PSN et planification opérationnelle) relative au genre et aux droits humains reste faible¹¹ dans son ensemble. Les services juridiques liés au VIH ne sont encore pas en place. La stigmatisation/discrimination reste importante (environ 87% au plan national) tant au sein des communautés que chez le personnel de santé (85,9%) contribuant à maintenir un environnement non favorable et à créer des obstacles et des réticences à recourir ou à offrir des soins et soutien aux populations clés notamment.

→ Violence, exploitation et abus sexuels

Il existe une Politique Nationale de Protection de l'Enfant. (PNPE) contre toutes les formes de violences d'exploitation et d'abus sexuels y compris la discrimination qui attribue des rôles très clairs aux secteurs clés qui composent le système de protection notamment la santé, l'éducation et la justice. Cependant, les stratégies sectorielles de protection ne sont pas encore clairement définies par ces 03 composantes du système de protection pour assurer que tous les enfants à risques, victimes de violences d'exploitation et d'abus accèdent aux soins à l'information nécessaires pouvant réduire leur vulnérabilité au VIH. Dans le sens inverse, les enfants affectés par le VIH n'ont pas automatiquement accès à l'assistance, et non plus à une protection judiciaire systématique.

→ Système d'approvisionnement en produits de santé

Dans le domaine des intrants, les ressources nationales mobilisables ne suffisent pas à combler le déficit de financement malgré l'apport des partenaires. De plus, les difficultés de coordination des différentes sources d'approvisionnement et les difficultés structurelles et conjoncturelles de la chaîne d'approvisionnement occasionnent des ruptures d'intrants et l'interruption de certains services pour des durées variables.

¹¹ L'évaluation rapide avec l'outil modélisé genre et droits humains de l'ONUSIDA donne une moyenne de satisfaction de 60% : 47% pour les aspects épidémiologiques et le suivi évaluation, 35% pour les facteurs socioéconomiques et la participation, 67% pour la prise en compte des aspects politiques, 79% Pour le volet programme et 67% pour les aspects de coordination

→ Système de Suivi-Évaluation

Les aspects de Suivi-Évaluation et information stratégique, il existe un cadre national de surveillance épidémiologique, de suivi et d'évaluation permettant la collecte, le traitement, la mise à disposition et l'utilisation de l'information stratégique pour la prise des décisions et un Groupe d'Appui Technique en Suivi-Évaluation (GATSE). La fonctionnalité de ce système n'a pas répondu aux attentes, non seulement en raison des crises que le pays a connues, mais aussi à cause de certaines insuffisances liées à la coordination des activités et au manque de ressources. La surveillance sentinelle du VIH a été interrompue depuis 2012 suite aux troubles sociopolitiques qui ont entraîné un dysfonctionnement des services de santé et des difficultés d'accès dans certaines zones du pays.

Les rapports annuels consolidés des résultats de la réponse nationale ne sont plus disponibles depuis quelques années. Avec le soutien des partenaires, deux enquêtes importantes sont en cours de démarrage, à savoir : i) l'Enquête MICS-6 couplé à la sérologie VIH dont les résultats pourraient être disponibles en mi-2019 ; ii) l'enquête séro-comportementale couplée à l'estimation des tailles des populations clés (PS et HSH). Le système d'information sur le VIH rencontre également des difficultés liées à la disponibilité et à la qualité des données qui touchent à la fois les données provenant du secteur santé que celles provenant des autres secteurs.

→ Coordination et gouvernance de la riposte au sida

La Coordination Nationale de la riposte au sida (CN/CNLS) est en place et la nomination/confirmation des membres de la CN/CNLS et du Contrôleur Financier en 2017 ont permis de renforcer les capacités en ressources humaines de cette institution. Elle dispose d'un manuel de procédures validé en 2017. Le bureau du CNLS s'est réuni en 2018 et il y a eu au moins deux réunions du forum des partenaires, ce qui aurait amélioré la mobilisation des ressources financières nécessaires. Bien qu'en amélioration, les décaissements effectifs des subventions de l'État restent variables d'une année à l'autre. Le leadership politique, notamment sur les questions de prévention reste faible ce qui a un impact négatif sur les programmes de prévention.

1.3.2 Performance de la réponse nationale

En se dotant d'un Plan Stratégique National ambitieux de riposte au sida pour la période 2016-2020, le pays envisageait de réduire les nouvelles infections (principalement au sein des populations jeunes, des populations clés, des groupes vulnérables), de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de porter à 80% la couverture en traitement ainsi que les services connexes afin de réduire le nombre annuel de décès liés au VIH. L'élaboration de ce plan stratégique avait pris en compte la « Déclaration politique de 2016 des Nations Unies pour la fin du SIDA : Objectifs et Engagements Mondiaux de Prévention 2020 » qui prévoyait entre autres une réduction des nouvelles infections à VIH à l'horizon 2020.

Tableau-1 : État et projection de l'atteinte des principaux indicateurs et objectifs.

Objectifs	Tendances en 2020	Observations
Ramener le nombre de nouvelles infections à moins 4560 en fin 2020.	Au rythme actuel, le nombre de nouvelles infections sera 6680 en fin 2020.	La performance attendue de 2020 sera atteinte en 2026.
Ramener le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins 5% en 2020.	7,86% de prévalence chez les enfants ayant reçu la PTME (22%) en 2016 Estimation proxi 15% en fin 2016.	A ce rythme, l'objectif sera atteint en fin 2022.
Ramener les décès liés au VIH à 2936 en fin 2020.	Le nombre de décès est projeté à 3100 en fin 2020.	L'objectif sera atteint en 2021 au lieu de 2020.
Porter la proportion de PVVIH sous ARV à 80% en fin 2020.	Au rythme actuel, la tendance sera de 60% en fin 2020.	La moyenne d'inclusion est de 7% ces 3 dernières années, ce qui indique que l'objectif sera atteint en fin 2023.
Déclaration politique de 2016 des Nations Unies pour la fin du SIDA : Objectifs et Engagements Mondiaux de Prévention 2020.	Pour la RCA, le nombre de nouvelles infections devrait être ramené à 2350 en 2020. Avec une prévision de 6.680, le taux d'atteinte sera de 35%.	La feuille pour prévoyait de diminuer les nouvelles infections de 75% entre 2010 et 2020. Cet objectif ne pourra pas être atteint même en fin 2030 à ce rythme.

Les tendances actuelles placent le pays loin des objectifs nationaux et ne permettront pas d'être au rendez-vous des objectifs de la feuille de route pour la prévention en 2020 et de l'élimination du VIH à l'horizon 2030. Le décrochage créé ne permettra pas non plus au pays d'être au rendez-vous de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030. Il en est de même pour l'objectif d'élimination des nouvelles infections chez les enfants dont le

pays a souscrit aux engagements internationaux. Même si l'atteinte des résultats n'est pas possible à court terme (2020), Il apparaît nécessaire de créer d'ici là, les conditions d'un choc d'inversion qui vise à enrayer le décrochage de performance et permettre au pays d'être au rendez-vous de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030.

« Le leadership ne consiste pas seulement à parler mais aussi à donner l'exemple. Ici, le Chef de l'Etat se fait dépister et encourage la population à le faire de même ».



1.3.3 Gaps à combler dans le domaine de la prévention du VIH

Le programme ambitieux de riposte au sida mis en place en RCA produit des résultats probants, comme le témoigne les indicateurs qui s'améliorent d'une année à l'autre. Cependant, les résultats et les performances sont limités par des insuffisances et des gaps sur le plan comportemental, biomédical et structurel, comme détaillé dans le tableau ci-dessous :

Tableau-2 : Situation des progrès, des insuffisances et des gaps.

INTERVENTION	STATUT & PROGRES ACTUEL	INSUFFISANCES/GAPS
Conseil dépistage du VIH	72,8% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut tandis que 43% de ceux qui connaissent leur statut ne sont pas sous traitement. 27,2% des personnes séropositives ne sont pas encore dépistées.	- Absence de mécanisme pour assurer les liens entre le dépistage et la mise sous traitement. - Insuffisance des ressources financières pour combler le gap en besoin d'ARV. - Insuffisance de ciblage des nouvelles personnes à tester (populations clés et vulnérables, contexte humanitaire). - Non opérationnalisation du dépistage communautaire et de l'autotest.
INTERVENTIONS COMPORTEMENTALES		
Changement de comportements	- Les données actuelles datent de 2010 (MICS4). - Les messages et les boîtes à images ont été revus concernant la PTME. - L'enseignement du VIH connaît un déclin en matière de prévention en milieu scolaire et non scolaire. - Le VIH est introduit dans le PMA des ASC.	- Insuffisance des données factuelles sur les connaissances, aptitudes et pratiques sur le VIH. - Absence de manuel pour assurer l'éducation sur le VIH en milieu scolaire et non scolaire.
Stigmatisation et discrimination	Selon l'enquête Index Stigma (RECAPEV 2015), 87% de stigmatisation chez les PVVIH (Femme = 90,1% ; Homme = 79,9%).	- Insuffisance de campagnes de sensibilisation et de mobilisation sur la stigmatisation/discrimination. - Insuffisance d'IEC sur les modalités de la transmission du VIH. - Loi inadaptée et faiblement appliquée.

Utilisation des préservatifs	10.1936.300 préservatifs masculins et 20.000 préservatifs féminins distribués en 2017.	- Faible accessibilité géographique aux préservatifs. - Perturbation de la chaîne de distribution des préservatifs liée à l'insuffisance des ressources et à l'insécurité. - Insuffisance d'information sur l'utilisation des préservatifs.
INTERVENTIONS BIOMEDICALES		
Circoncision masculine	Les estimations en 2016, montre que seulement 63% des hommes sont circoncis.	- Insuffisance de connaissance et d'accessibilité financière pour une circoncision médicalisée. - Absence de programme de promotion et de financement de la circoncision masculine médicalisée.
Élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	- En 2018 : couverture géographique = 70% (258/364). 61,2% des femmes dépistées à la CPN. 28% des enfants et adolescents dépistés. - Couverture ARV chez les mères = 51,5%.	- Faible rétention des femmes PTME sous ARV. - Absence de délégation des tâches. - Faible documentation des enfants sous prophylaxie, ruptures en intrants, dispositif de dépistage précoce insuffisant. - Plan eTME expiré depuis 2016.
Couverture ARV	46,1% des PVVIH sont sous ARV et 9,1% ont une Charge Virale indétectable confirmée. - Environ 21.744 PVVIH sont en attente de traitement (Plan de Rattrapage).	- Insuffisance des ressources pour combler le gap en ARV. - Non mise en œuvre de la délégation des tâches. - Faible implication de la communauté dans les Approches Différenciées des Services VIH (dépistage, dispensation, recherche PDV, soutien psychosocial...). - Offre limitée de la charge virale (Infrastructures et financement). - Dispositif de transport des échantillons et de rendu des résultats non encore optimal.
Coinfection TB/VIH	81% pour les patients TB sous ARV et 51% pour ceux mis sous CTM en 2018.	- Insuffisance des ressources pour combler le gap en ARV. - Intégration des dépistages et de la PEC des PVVIH non encore effective dans tous les CDT.
Soins et traitement des IST	IST diagnostiquées et traitées selon l'approche syndromique.	- Insuffisance de capitalisation de la PEC des IST. - Algorithme non à jour prenant en compte les spécificités des populations clés.
Précaution universelle	- En 2017, 18.540 poches de sang chez les donneurs bénévoles et fidélisés ont été testées avec une prévalence de 5% pour le VIH. - En Novembre 2018, nous avons 19.578 poches de sang testées avec une prévalence du VIH de 4%.	- Insuffisance de fidélisation et de suivi des donneurs de sang (Uniquement à Bangui). - Insuffisance de collecte des données sur les AES. - Insuffisance des mesures de prévention et de prise en charge des AES au sein du personnel de santé et personnel communautaire.
INTERVENTIONS STRUCTURELLES		
Droits Humains, Genre et violences basées sur le genre	Existence de programme sur les Violences Basées sur le Genre (VBG).	- Peu d'interventions visant les Droits Humains. - Loi caduque et nécessité de révision. - Faible capacité des acteurs judiciaires. - Absence de guides et de manuels sur les services juridiques.
Gouvernance de la riposte au sida	- Existence du CNLS avec une Coordination Nationale. - Existence d'un PSN 2016-2020, d'un Plan de S/E ainsi que d'un Plan Conjoint VIH du Système des Nations Unies.	- Insuffisance en Ressources humaines, matérielles et financières. - Faible fonctionnalité du GATSE. - Faible capacité de l'Unité de S/E de la CN/CNLS. - Absence d'un Plan de contingence VIH en situation d'urgence et humanitaire.
Performance et gouvernance du système de santé	- Existence de normes et protocoles de PEC. - Existence de 95 sites de PEC ARV. - Couverture en sites PTME (258/354 sites CPN) soit 73%. - Politique de Santé Communautaire en cours d'exécution. - Existence de Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et de Nutrition.	- Retard dans la mise en œuvre de la délégation des tâches, de la décentralisation des sites PTME. - Insuffisance en RH qualifiée. - Faiblesse du plateau technique. - Déficit de qualité dans la prestation des services offerts. - Difficulté d'approvisionnements en intrants (Rupture, perturbation de la chaîne de distribution des intrants, etc). - Faiblesse d'interaction entre les structures communautaires et les structures de santé y compris l'aspect nutritionnel.

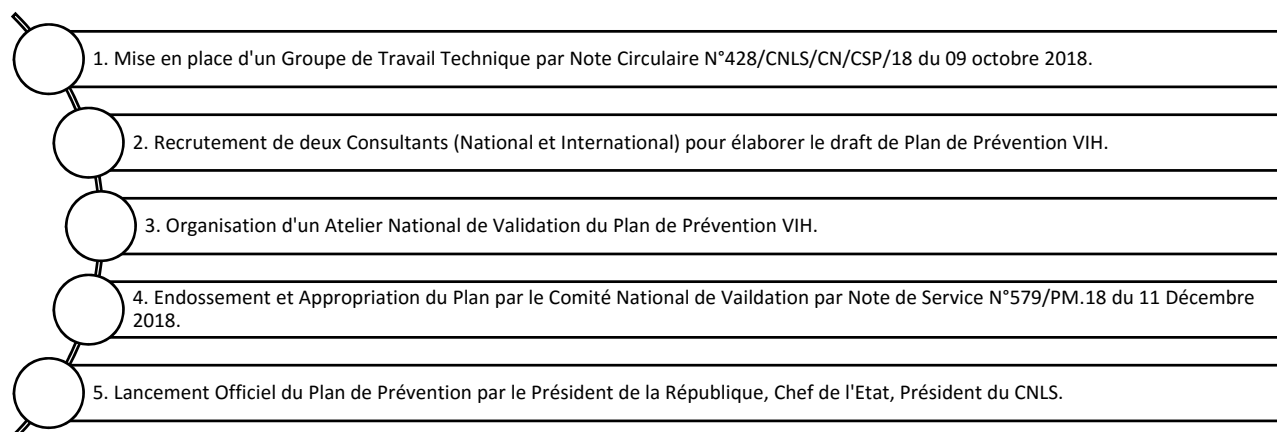
Performance et gouvernance de la société civile et des acteurs sectoriels	• Existence de la Plateforme des Organisations de la Société Civile (PCOS). • Existence du RECAPEV. • Existence d'une Unité au niveau du CNLS chargée des OSC. • Renforcement des capacités et redynamisation des structures de lutte au niveau des sectoriels. • Démarrage de l'expérience de dépistage communautaire du VIH par l'ONG ANJFAS. • Démarrage de l'expérience de distribution des ARV au niveau communautaire.	• Absence d'un Plan de renforcement des capacités des OSC. • Insuffisance de financement des Organisations de la Société Civile. • Non spécialisation des Organisations de la Société Civile. • Difficulté de collaboration et de synergie avec le système de santé.
Protection contre toutes les formes de violence, d'exploitation et d'abus sexuels	• Politique Nationale de Protection de l'Enfant contre la violence (PNPE).	• Limites des systèmes de protection de l'enfance dans la lutte contre le VIH. • Peu d'intervention de promotion de l'éducation préventive pour le VIH auprès des groupes à risques marginalisés (enfants de la rue, victime de violence). • Faible intégration des indicateurs de protection dans les paquets d'activités d'appui psychosociales.
PREVENTION COMBINEE EN DIRECTION DES POPULATIONS CLES ET DES POPULATIONS VULNERABLES		
Interventions en faveur des populations clés (HSH, PS)	• Une campagne de dépistage en 2016 en milieu carcéral a montré une prévalence de 3,6%. • Prévalence HSH = 28,9% et PS = 9,1%. • Existence de l'association Alternative Centrafricaine et RENAFIL. • Existence de financement pour les PS et les HSH à travers le financement du Fonds Mondial. • Absence de programme en faveur de la population carcérale.	• Absence d'intervenants et d'approches spécifiques structurées en milieu carcéral. • Faible documentation des interventions.
Interventions en faveur des populations vulnérables (miniers et forestiers, camionneurs, navigateurs, les conducteurs de taxis/motos/bus)	• Les interventions sont mises en œuvre mais non capitalisées et les données ne sont pas disponibles.	• Absence d'intervenants et d'approches spécifiques structurées. • Faible documentation des interventions. • Insuffisance des ressources financières.

II. PROCESSUS ET PRINCIPES CLÉS D'ÉLABORATION DU PLAN DE PREVENTION

2.1 Processus d'élaboration du Plan de prévention

Le processus d'élaboration du Plan d'accélération de la prévention a été inclusive et participative. Le leadership a été assuré par la CN/CNLS en collaboration avec le MSP et les autres Ministères sectoriels clés intervenant dans la réponse au VIH à savoir : Ministère de la Promotion de la Femme, de la Famille et de la Protection de l'Enfant, le Ministère de l'Action Humanitaire et de la Réconciliation Nationale, le Ministère de la Défense et de la Reconstruction de l'Armée, le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le Ministère de l'Éducation, etc).

Le processus a connu la participation effective des organisations de la Société Civile, les PVVIH, les populations clés, les ONG Nationales et Internationales impliquées dans la réponse au VIH. Il a reçu le soutien technique et financier des Agences des Nations Unies en particulier l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS, PAM et l'ONUSIDA ainsi que de la Croix-Rouge Française. Les principales étapes ont été les suivantes :



2.2 Principes clés du Plan de prévention

Le présent Plan d'accélération de la prévention constitue un instrument d'accélération qui s'inspire des bonnes pratiques en matière de prévention du VIH à travers le monde et prend en compte les recommandations formulées par la Coalition mondiale pour la prévention dont les principes clés suivants :

- L'inclusion et la participation : Le plan de prévention est élaboré à travers un processus inclusif permettant la participation de toutes les parties prenantes y compris les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, la société civile (les personnes vivant avec le VIH, les jeunes, les femmes et les populations clés les plus affectées par le VIH), le secteur privé et les organisations internationales.
- Les évidences : Les défis, priorités et les actions qui sont identifiés dans le plan de prévention du VIH de la République Centrafricaine sont basés sur les évidences. Une attention particulière est accordée aux bonnes pratiques ayant permis la réduction des nouvelles infections dans d'autres pays et contextes. De même, seuls les outils, approches et méthodes qui ont donné des résultats probants sont retenus par les acteurs de terrain dans ce plan de prévention. Les outils, méthodes et approches combineront les interventions comportementales, les interventions biomédicales et les interventions structurelles de prévention du VIH.



- L'environnement juridique et social favorable : L'élaboration du plan de prévention a tenu particulièrement compte des politiques ainsi que de l'environnement juridique et social qui favorisent la vulnérabilité au VIH ou qui constituent des barrières à l'accès aux services de prévention. Des actions spécifiques sont incluses dans le plan de prévention pour assurer l'émergence d'un environnement juridique et social favorable qui permet à toutes les personnes d'avoir les capacités et les outils pour se protéger contre le VIH. Ces actions sont importantes pour accroître la demande des services de prévention par les populations cibles.

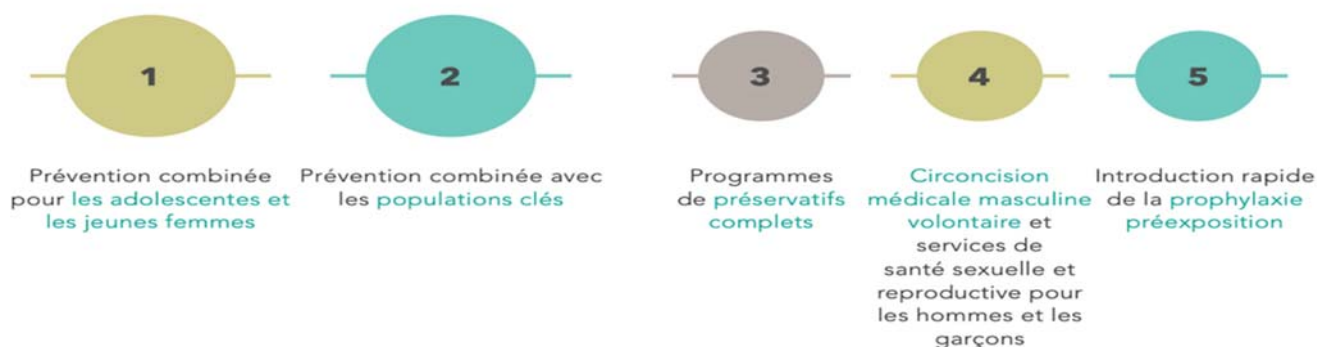
« La stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH réduit l'environnement favorable et limite l'accès et l'utilisation des services liés au VIH ».



THE PEOPLE LIVING WITH HIV STIGMA INDEX

- Localisation et population : Le plan de prévention a adopté une approche ciblée qui permet d'accorder la priorité aux localités et aux populations qui sont les plus touchées par les nouvelles infections à VIH. Le plan de prévention a utilisé les outils d'identification des populations les plus affectées et a intégré les approches fondées sur les droits pour assurer l'accès de ces populations à l'ensemble des moyens de prévention du VIH. Les six (06) villes du Plan de Rattrapage feront l'objet d'une attention particulière.
- L'intégration et la syndémique : Le plan de prévention a adopté une approche qui va au-delà du VIH pour intégrer les importants facteurs et conditions sociales, économiques et politiques qui contribuent à la vulnérabilité au VIH et à l'apparition d'autres épidémies. En particulier, la santé sexuelle et reproductive, de même que les problématiques liées à la santé maternelle et infantile ont bénéficié d'une attention particulière.
- Mise à l'échelle et saturation : Le plan de prévention a adopté également une approche de l'accélération en accroissant l'échelle et l'intensité des services fournis de sorte à assurer la pleine satisfaction (saturation) des besoins d'outils et de moyens de prévention du VIH.

Le Plan de prévention repose sur la modélisation et la combinaison d'interventions pouvant agir directement et efficacement sur la réduction de la probabilité de survenue des nouvelles infections à VIH en renforçant les programmes actuels par des stratégies complémentaires guidés par les évidences et les leçons tirées au plan national et international. Il s'agira d'une part de mettre en œuvre ou de renforcer des interventions à même d'influer rapidement sur les comportements, des interventions biomédicales susceptibles de réduire les risques de transmission du VIH à partir des personnes séropositives connues et enfin des interventions d'ordre structurelles. Rendre efficiente et rapide les mesures de prévention du VIH nécessite la mise en place d'approches efficaces et de paquets de services combinés pour des catégories spécifiques de populations.



En plus de ces 5 mesures, il est prévu d'y associer d'autres mesures pour permettre de rendre les personnes vivant avec le VIH sous traitement moins contaminant en obtenant une charge virale indétectable efficace et durable.

Ce Plan d'Accélération de la Prévention VIH en plus des villes ciblées par le Plan de Rattrapage, se focalisera aussi sur les autres villes de forte vulnérabilité.

III. CONTENU DU PLAN DE PREVENTION

3.1 Vision, buts et objectifs

→ Vision du Plan de prévention

Le Plan d'accélération de la prévention du VIH est un instrument opérationnel de mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2016 – 2020. A ce titre, sa vision s'aligne avec celle du PSN qui est d'obtenir : « Zéro nouvelle infection à VIH ; Zéro nouveau décès ; Zéro discrimination/stigmatisation liée au VIH » d'ici à 2030 ».

→ But du Plan de prévention

Le but du Plan de prévention est de contribuer à améliorer la santé de la population centrafricaine en accélérant la riposte en vue d'atteindre l'objectif zéro VIH/Sida par des interventions de qualité menées dans le respect des droits et de la dignité humaine d'ici à 2020.

→ Objectifs du Plan de prévention

En se référant au PSN et à l'analyse dans les parties précédentes, l'objectif du Plan de prévention est de corriger la trajectoire des performances de la prévention et replacer le pays sur la voie de l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030. A l'instar du Plan de rattrapage, le présent plan devrait permettre de développer une dynamique nationale pour l'atteinte des résultats en matière de prévention.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Réduire les vulnérabilités chez les groupes de populations les plus exposés au risque ;
- Lever les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services ;
- Accroître l'utilisation et l'efficacité des services de dépistage, de PTME et de traitement antirétroviral ;
- Augmenter la disponibilité des ressources financières, des intrants et des ressources techniques ;
- Renforcer l'appropriation, le leadership politique, le suivi évaluation et la coordination des interventions de prévention.

3.2 Stratégies et interventions

En vue de lever les insuffisances/gaps et renforcer l'efficacité de la prévention, plusieurs interventions seront mises en œuvre pour : i) réduire les vulnérabilités face au risque de contamination par le VIH ; ii) réduire le potentiel de contamination par le biais des personnes séropositives et iii) créer les conditions pour maintenir le cap de performance en matière de prévention, ceci en vue d'atteindre l'élimination de l'épidémie du VIH à l'horizon 2030.



1-Renforcer la prévention combinée chez les populations cibles à haut risque.

Les données sur les modes de transmission du VIH ne sont pas disponibles. Cependant, la plupart des études faites dans d'autres pays montrent que les couples hétérosexuels stables constituent le groupe de population contribuant le plus aux nouvelles infections. Dans le PSN 2016-2020, il est prévu que les interventions touchent les forces de défense et de sécurité, les groupes armés non conventionnelles,

les déplacés internes, les camionneurs/navigateurs, les conducteurs de mototaxi/taxi, miniers/forestiers et les populations difficiles d'accès.

Debout et au milieu :

Pr Faustin Archange TOUADERA, Président de la République, Chef de l'Etat ;

A droite : Excellence **Simplex Matthieu SARANDJI**, Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;

A gauche : Mr Parfait ONANGA ANYANGA, Représentant Spécial du Secrétaire Général des Nations Unies en RCA.



Lors de la signature du protocole « **Zéro nouvelle infection au VIH/SIDA et Zéro violence basée sur le genre** » en milieu des **Forces de Défenses et de Sécurités Intérieures (FDSI)** entre la **Ministre de la Défense Nationale et de la Reconstruction de l'Armée, Mme Marie Noëlle KOYARA** et le **Directeur Exécutif de l'ONUSIDA, Secrétaire Général Adjoint des Nations-Unies Mr Michel SIDIBÉ** en Octobre 2018.

La situation contextuelle a accru la vulnérabilité de ces populations soit en limitant l'accès à certains services clés comme le dépistage et les préservatifs, soit en réduisant les capacités financières des populations à faire face aux dépenses y relatives. Avec la crise, les violences basées sur le genre constituent une préoccupation. Aussi, le Protocole d'accord de lutte contre le VIH et les violences basées sur le genre au sein des forces armées constitue une opportunité pour renforcer les interventions de prévention auprès des forces de défense et de sécurité.

Pour renforcer les actions de prévention, il est nécessaire d'accroître la circoncision masculine médicalisée, de dépister et prendre en compte les IST et de renforcer l'accès au dépistage du VIH. Par ailleurs, l'implication des leaders d'opinion, des leaders religieux et des relais communautaires pourra faciliter la diffusion des informations et la mobilisation sociale en faveur de la promotion de la paix/cohésion sociale.

L'objectif est de réduire les nouvelles infections à VIH à moins 4560 d'ici fin 2020.

Ce qui va nécessiter de :

- Assurer la prise en charge adéquate de 65% des cas d'IST chez les jeunes scolarisés, jeunes déscolarisés et de jeunes non scolaires ;
- Sensibiliser 60% des travailleurs du secteur public et privé d'ici à fin 2020 ;
- Porter à 60% d'ici fin 2020, la proportion des populations d'accès difficile et qui ont une connaissance complète du VIH/Sida ;
- Porter à 80% d'ici fin 2020, la proportion des HSH, des PS et des Personnes déplacées internes qui ont bénéficié du paquet minimum de prévention du VIH.

Domaines	Interventions prioritaires	Responsables de mise en œuvre
Interventions comportementales	Organiser des campagnes spécifiques et stratégies pour les autres groupes vulnérables (miniers, Taxi moto, routiers, etc.)	ONG/OAC
	Renforcer la disponibilité et la promotion de l'utilisation des préservatifs	ACAMS ; MSP ; UNFPA ; CRF
	Sensibiliser les populations sur l'utilité de la circoncision masculine médicalisée	MSP ; Min. Promotion Femme.
	Mettre en œuvre le projet Zéro VIH et VBG avec les FDS	FDS ; MSP.

	Impliquer les mototaxis dans la distribution/vente des préservatifs	Min. Transport ; ACAMS.
	Sensibiliser les groupes armés sur les VBG et leurs conséquences	Min. Promotion Femme ; Min. Défense
Interventions biomédicales	Accroître le recours à la circoncision masculine médicalisée	MSP ; Min. Promotion Femme.
	Renforcer le programme de transfusion sanguine	MSP ; OMS.
	Renforcer le diagnostic et le traitement des IST	MSP ; CRF.
	Renforcer et mettre à l'échelle le DCIP (Service CPN, TB, Hépatites B et C, services d'accueil et de tri, Hospitalisation et Unités de Nutrition/Suivi de Croissance, PEV, etc.)	MSP.
	Renforcer les mesures de précaution universelle et la sécurisation de la transfusion sanguine	MSP ; OMS.
Interventions structurelles	Impliquer la Plateforme des religieux dans la riposte au sida (CCU, JEC, JEA, JICA, etc.) et la promotion de la paix/cohésion sociale	CNLS ; Min. Jeunesse.
	Inclure la riposte au sida dans les interventions humanitaires d'urgence, y compris les programmes de démobilisation et de reconstruction	Min. Action Humanitaire ; Min. Défense ; Partenaires
	Mettre à jour l'algorithme pour la PEC des IST	MSP ; OMS.
	Redynamiser les réponses sectorielles	CNLS.



2-Renforcer les programmes visant à réduire les vulnérabilités des jeunes garçons, des jeunes filles/femmes

En dépit des interventions mises en œuvre, les nouvelles infections stagnent chez les jeunes garçons de 15-24 ans depuis 2013 (environ 1000/an). Chez les jeunes filles de la même tranche d'âge, le niveau d'infection est en baisse de 14% entre 2013 et 2017, mais reste cependant supérieur à celui des garçons (ratio Filles/garçons =1,5). Chez les garçons et les filles de 10-19 ans, le nombre de nouvelles infections en fin 2017 est respectivement de 500 et 1000 par an. Des interventions sont développées avec le soutien des partenaires (Fonds mondial, CORDAID, UNICEF, UNFPA, etc.). Ces interventions travaillent sur plusieurs thématiques incluant i) la promotion de la voie des jeunes ; ii) le renforcement des capacités des jeunes ; iii) le renforcement de l'accès aux services conviviaux et iv) et la création d'un environnement favorable, y compris la situation de crise dans laquelle certains adolescents et jeunes sont impliqués.

Outre la vulnérabilité socioéconomique, cette tranche d'âge est confrontée au déficit de connaissances sur les modes de transmission, aux pratiques sociales néfastes (excision) et à leur faible capacité d'imposition des moyens de protection (viols, violences physiques, faible pouvoir de négociation, etc.). D'autres situations sont observées chez les adolescents et jeunes, comme : l'enrôlement de certains dans les groupes armés, la désocialisation de certains qui finissent par élire domicile dans les rues, l'implication dans la vente et/ou l'utilisation des stupéfiants ou des médicaments de qualité inférieure. L'existence des mariages précoces et la survenue grossesses précoces, ainsi que les IST constituent des sujets de préoccupation chez les jeunes qui sont pris en compte dans le présent Plan de prévention. Il s'agira de renforcer l'environnement favorable pour l'accès aux services de SSR/PF, d'accroître le niveau d'information sur la SSR/PF et de renforcer les capacités de prise de décision et l'appropriation des questions de SSR par les jeunes/adolescents.

Par ailleurs, la loi sur le VIH limite la possibilité du dépistage indépendant pour les adolescents et les jeunes. En matière de renforcement des connaissances sur le VIH et la SSR, il ressort que les manuels d'enseignement ne sont pas encore vulgarisés et les outils de communication actuel ne sont plus suffisamment adaptés. Plus récemment, l'éducation sexuelle complète a été introduite dans les curricula et un arrêté signé dans ce sens. En ce qui concerne l'accès aux préservatifs par les adolescents/jeunes, des « capotes kiosques » sont en cours d'installation et des distributions sont

faites dans les sites conviviaux (Maisons des jeunes). La barrière financière constitue également des obstacles à l'utilisation de certains services (dépistage VIH par exemple) par les adolescents/jeunes.

Dans le cadre de ce Plan de prévention, les interventions s'adresseront aux adolescents et jeunes scolaires, les jeunes et adolescents déscolarisés ou non scolarisés et les adolescentes jeunes filles mères, les enfants victimes de la crise, les jeunes/adolescents situés. Elles visent à permettre à :

- 65% des jeunes déscolarisés, des jeunes non scolaires et des jeunes scolarisés présentant une IST ont bénéficié d'une prise en charge adéquate d'ici à fin 2020 ;
- 60% des jeunes scolaires et 85% des jeunes déscolarisés/non scolarisés ont bénéficié du paquet minimum d'activités de prévention du VIH d'ici à fin 2020.

Cela va nécessiter les stratégies prioritaires suivantes :

- Une intensification et une diversification synergique des interventions en faveur des adolescents/jeunes (SSR/PF, renforcement des capacités, VBG) ;
- La levée des obstacles à l'accès et à l'utilisation des services par les adolescents/jeunes ;
- Le renforcement de l'implication et du leadership adolescents/jeunes à travers leurs organisations communautaires ;
- Une prise en compte de la situation de crise, de la promotion de la paix et de la cohésion sociale dans les initiatives ciblant les adolescents/jeunes.

Les interventions prioritaires sont les suivantes :

Domaines	Interventions prioritaires	Responsables de mise en œuvre
Interventions comportementales	Mettre à l'échelle le U-Report et Rapid pro en faveur des adolescents et jeunes afin de mieux comprendre leurs attentes	UNICEF ; UNFPA ; Min. Jeunesse ; Min. Education.
	Intégrer les activités PF/SSR/VIH/Nutrition dans l'approche ALL IN	MSP ; UNFPA ; PAM ; UNICEF.
	Développer des campagnes d'information et de sensibilisation sur la SSR/PF et Nutrition	MSP ; UNFPA ; PAM ; Min. Jeunesse.
	Renforcer l'environnement favorable et le leadership des jeunes sur la SSR	CNLS ; MSP ; Min. Jeunesse ; CNJ.
	Renforcer l'offre de paquet de soins dans les initiatives « Talent des adolescents » à travers les 5 besoins clés des adolescents : SR (grossesse indésirée) ; VIH (porte entrée dépistage, comportemental) ; WASH (hygiène menstruelle) ; nutrition (anémie chez les adolescentes) ; genre et violence.	MSP ; UNICEF ; UNFPA ; Min. Jeunesse ; Min. Education.
	Mettre à échelle des programmes de formation sur le VIH en milieu scolaire et extra-scolaire	Min. Education ; MSP.
Interventions biomédicales	Former et sensibiliser les agents de santé et les acteurs impliqués dans le dépistage pour l'accès au service de dépistage des adolescents et les jeunes	MSP ; Min. Education ; Min. Jeunesse.
	Renforcer l'accès des adolescents et les jeunes aux produits de santé relatifs à la SSR/PF par le développement de l'initiative ALL IN dans une approche multisectorielle	MSP ; Min. Education ; Min. Jeunesse ; Min. Promotion Femme.
	Démédicaliser et rendre gratuit le dépistage du VIH	MSP ; CNLS ; ONG/OAC.
Interventions structurelles	Développer des formations capacitanes pour les jeunes filles et les jeunes garçons sur la base d'un programme de financement des activités génératrices de revenus y compris le Cash Transfert et l'Assistance Alimentaire sur Ordonnance (AAO).	Min. Promotion Femme ; Min. Jeunesse ; PAM, ONG.
	Renforcer l'enseignement du VIH à travers une intégration dans les curricula de formation (Formation des formateurs et des Maîtres) y compris en situation d'urgence	Min. Education ; Min. Enseignement Supérieur ; MSP.

	Actualiser la Loi sur le VIH pour lever l'interdiction du dépistage indépendant des adolescents et jeunes	CNLS ; Min. Justice.
	Renforcer l'implication des organisations communautaires, des femmes et des filles dans la sensibilisation contre l'excision, les pratiques traditionnelles néfastes et sur la prévention et la PEC des VBG	Min. Promotion Femme ; Min. Action Humanitaire ; ONG.
	Renforcer les capacités des adolescents et des jeunes sur le plaidoyer et le leadership et l'accès aux services y compris pour les jeunes séropositifs (meilleure collecte des données sur les adolescents séropositifs)	Min. Education ; Min. Enseignement Supérieur ; MSP.
	Renforcer les capacités des acteurs judiciaires pour prévenir et réprimer les VBG	CNLS ; Min. Justice ; MSP.
	Faire voter une loi sur les droits en matière de SSR/PF	CNLS ; Min. Justice ; MSP.



3-Renforcer les programmes visant à réduire les risques de transmission au niveau des populations clés

Le Plan stratégique de riposte au sida 2016-2020 a mis l'accent sur les interventions en faveur des populations clés que sont les PS, les HSH et la population carcérale. Cependant les interventions ne touchent pas le milieu carcéral (adultes et enfants en conflits avec la loi). Les interventions en faveur des HSH et PS sont à leur début et rencontre des obstacles liés à la stigmatisation et à la méconnaissance de la dynamique et de la taille réelle de ces populations.

Par ailleurs, il se pose la problématique d'interventions chez les adolescents et jeunes populations clés pour lesquels la législation impose des restrictions (dépistage, SSR/PF) et les stratégies actuelles ne semblent pas très adaptées.

Au regard de la prévalence (9,1% chez les PS ; 28,6% chez les HSH), la réduction de la transmission du VIH au sein de ces populations demeure une urgence. Ce d'autant plus qu'une partie de ces populations constituent des passerelles avec la population générale (via les clients pour les PS ou bisexualité chez certains HSH).

Les objectifs du Plan de prévention sont les suivants :

- 80% de PS et des HSH ont accès au Paquet minimum d'activités de prévention du VIH (PMAP) ;
- 80% des PS et des HSH présentant des IST ont bénéficié d'une prise en charge adéquate.

Les stratégies seront axées sur : i) le renforcement de l'environnement favorable pour les HSH et les PS ainsi que les intervenants ; ii) le renforcement des interventions existantes et les compléter avec la PreP, la mise sous traitement dès le dépistage ; iii) l'adaptation des stratégies pour prendre en compte les adolescents et jeunes populations clés et enfin iv) le développement des interventions en faveur des populations carcérales. Les principales interventions prioritaires sont les suivantes :

Domaines	Interventions prioritaires	Responsables de mise en œuvre
Interventions comportementales	Renforcer les mesures de lutte contre la stigmatisation/discrimination au sein des populations et du personnel de santé	MSP ; Min. Justice ; RECAPEV ; ONG.
	Renforcer le paquet de prévention combinée en faveur des populations clés	MSP ; Alternative ; RENAFIL.
Interventions biomédicales	Offrir la PreP aux HSH et PS	MSP ; Alternative ; RENAFIL.
	Renforcer les capacités de prise en charge conviviale des IST chez les HSH, la population carcérale et les PS	MSP ; Min. Justice ; Alternative ; RENAFIL.
	Introduire l'autotest pour les HSH et les PS	MSP ; Alternative ; RENAFIL.
	Assurer la mise sous ARV des HSH et PS dépistés positifs et en assurer le suivi	MSP ; Alternative ; RENAFIL.

Interventions structurelles	Réaliser la cartographie et l'estimation des populations clés	CNLS ; MSP ; Alternative ; RENAFIL.
	Élaborer une stratégie d'intervention en faveur des adolescents et jeunes populations clés	CNLS ; MSP ; Alternative ; RENAFIL.
	Renforcer les mesures de réduction et de levée des obstacles à l'accès et à l'utilisation des services par les populations clés	CNLS ; MSP ; Alternative ; RENAFIL.
	Renforcer les capacités des associations travaillant pour les HSH et PS ainsi que le leadership chez les HSH et PS	CNLS ; MSP ; Alternative ; RENAFIL.



4-Renforcer les interventions visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Au niveau de la PTME, le plan d'élimination élaboré pour la période 2012-2016 n'a pas été remplacé. Toutefois, les performances en fin 2018 sont inférieures à celle attendues en fin 2016 d'une part et d'autre part, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 7,86% chez les enfants ayant bénéficié de la prophylaxie et de 15% globalement. Chez les femmes ayant bénéficié de la PTME dans le cadre de l'option B+, les données indiquent des déperditions sans toutefois pouvoir situer l'ampleur. La charge virale indétectable chez les femmes enceintes reste faible et peu documentée. A ce rythme, l'objectif du PSN ne sera pas atteint en 2020, mais au mieux en 2022.

L'objectif est de porter :

- Le dépistage chez les femmes enceintes à 90% en fin 2020 ;
- La proportion des femmes sous ARV pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant à 100% en fin 2020 ;
- La proportion des enfants nés de mères séropositives sous prophylaxie ARV à 80% en fin 2020 ;
- Le taux de dépistage précoce chez les enfants nés de mères séropositives à 60% en fin 2020 ;
- La continuité du traitement ARV chez les femmes bénéficiaires de la PTME à 100% et à 90% pour les enfants séropositifs nés de mères séropositives.

L'impact recherché est de ramener le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 15% en fin 2017 à moins de 5% en fin 2020 pour parvenir à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Les principales stratégies seront les suivantes :

- Renforcer la mobilisation sociale pour la PTME ;
- Renforcer les performances du programme PTME (extension, utilisation, qualité) ;
- Renforcer le dispositif et les performances du dépistage précoce du VIH chez les enfants nés de mères séropositives ;
- Renforcer la qualité du traitement et la surveillance virologique chez les femmes enceintes séropositives ;
- Renforcer la traçabilité et la continuité du traitement chez les femmes ayant bénéficié de la PTME dans le sens de l'option B+.

Les principales interventions prioritaires seront les suivantes :

Domaines	Interventions prioritaires	Responsables de mise en œuvre
Interventions comportementales	Renforcer les interventions de SR/PF et santé positive chez les PVVIH	MSP ; RECAPEV.
	Renforcer la PTME, notamment les interventions en faveur des groupes marginalisées	MSP ; ONG.
Interventions biomédicales	Renforcer l'intégration de la PTME dans les formations sanitaires	MSP ; ONG.
	Renforcer le programme de traitement par les ARV (délégation des tâches pour la PTME et la prise en charge médicale différenciée des PVVIH par les ARV, suivi de la charge virale)	CNLS ; MSP ; ONG.

	Renforcer les mécanismes garantissant l'option B+ et la rétention des femmes et enfants dans le traitement	MSP ; ONG.
Interventions structurelles	Renforcer les capacités et le leadership des associations de personnes vivant avec le VIH	CNLS ; MSP ; ONG.
	Renforcer les équipements de dépistage précoce notamment les PoC	MSP ; ONG.
	Renforcer la mobilisation des ressources pour accroître le financement du programme de traitement et de la PTME	CNLS ; MSP ; ONG.
	Élaborer un plan opérationnel pour la PTME pour 2019-2020	MSP ; ONG.



5-Renforcer les interventions visant à réduire les risques de transmission par le biais des personnes dépistées positives

Les données indiquent que le potentiel de propagation du VIH à partir des personnes connaissant leur statut demeure importante. En effet, 27,2% (26 890) des PVVIH ne sont pas diagnostiquées, 43% (31051) des personnes dépistées positives ne bénéficient pas du traitement ARV et seulement 9% des PVVIH sous traitement ont une confirmation de la charge virale indétectable. De plus, dans un article¹² paru en 2018 et analysant le profil des patients VIH, a révélé que 20,2% présentait un échec immunologique, 44,5% un échec virologique et 61% des désordres sanguins associés au traitement (anémie, leucopénie, neutropénie, lymphopénie, créatininémie anormal). L'objectif de porter le nombre de PVVIH sous ARV à 80% en 2020, ne sera pas atteint, car au rythme actuel, cette proportion sera de 60% en 2020. Aussi, l'objectif de 80% de PVVIH sous ARV ne sera atteint au rythme actuel qu'en fin 2023.

Cette situation fait que l'objectif du PSN de ramener les décès liés au VIH à 2936 en fin 2020 ne sera pas atteint. En effet, avec la dynamique actuelle, le nombre projeté de décès est estimé à 3100 en 2020. L'objectif ne sera atteint qu'en fin 2021 au lieu de 2020. En plus de ces décès, l'amélioration du volet traitement avec la charge virale indétectable va contribuer à la réduction des nouvelles infections à VIH.

L'objectif est de porter rapidement la proportion de PVVIH sous TARV à 80% et le pourcentage de sites qui ont accès à la charge virale à 50% en 2020. En ce qui concerne l'hépatite B, les données ne sont pas disponibles et le programme est en cours de construction. L'objectif du PSN est de mettre sous traitement ARV 80% des patients coinfectés VIH/ VHB ou VHC à 95% en 2020. Aussi, les principales stratégies qui seront mises en œuvre sont les suivantes :

- Développer rapidement un programme de prévention positive au profit des personnes vivant avec le VIH qui sera renforcé par la mise à leur dispositif des préservatifs ;
- Offrir la PreP aux couples sérodiscordants connus pour limiter les risques de contamination ;
- Démarrer et faire passer à l'échelle de la coinfection VIH et Hépatite ;
- Renforcer la qualité du traitement et la surveillance virologique chez les personnes déjà sous traitement pour une charge virale indétectable chez la majeure partie des PVVIH ;
- Renforcer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources afin de combler le gap de financement des antirétroviraux afin d'enrôler de plus en plus de personnes séropositives sous ARV afin de faire en sorte que le maximum de PVVIH soit moins contaminant.

Les principales interventions prioritaires seront les suivantes :

Domaines	Interventions prioritaires	Responsables de mise en œuvre
Interventions comportementales	Renforcer les interventions de SR/PF et santé positive chez les PVVIH	MSP ; RECAPEV.
	Développer un programme de distribution de préservatifs chez les PVVIH	MSP ; RECAPEV ; ACAMS ; PCOS.

¹² Nyasenu, Y.T., Farra, A., Yambiyo, B.M., Manirakiza, A., Padou, F.D., Yapou, F., Pelembi, P., Mambely-Nzako, R., Mandeng, M.-J., Berlioz-Arthaud, A., Rubbo, P.-A. and Lom-bart, J.-P. (2018) Biological Profile of HIV-Positive Patients in Bangui, Central African Republic, in 2017. World Journal of AIDS, 8, 11-20. <https://doi.org/10.4236/wja.2018.81002>

	Renforcer la sensibilisation sur les mesures de prévention de l'hépatite B	MSP ; RECAPEV.
Interventions biomédicales	Rechercher, identifier et mettre sous ARV les personnes déjà dépistées positives	MSP ; RECAPEV ; ONG.
	Renforcer le dépistage du VIH dans la fratrie des personnes séropositives	MSP ; RECAPEV ; PCOS.
	Mettre en place des mécanismes d'accompagnement et de soutien des enfants, adolescents et jeunes vivant avec le VIH	MSP ; RECAPEV ; PCOS.
	Offrir la PreP aux couples sérodiscordants	MSP ; Alternative ; RENAFIL.
	Assurer le dépistage et la prise en charge de la coïnfection VIH/Hépatite B	MSP ; PCOS ; ONG.
Interventions structurelles	Renforcer la prise en charge de la coïnfection TB/VIH (dépistage, TARV, prévention INH)	MSP ; RECAPEV ; ONG.
	Renforcer les capacités et le leadership des associations de personnes vivant avec le VIH	CNLS ; PCOS.
	Élaborer un programme de prévention positive à l'intention des PVVIH	MSP ; RECAPEV ; ONG.
	Renforcer la collaboration TB/VIH autour d'un programme conjoint	MSP ; PCOS ; ONG.



6-Renforcer le leadership politique pour l'appropriation, le financement, le suivi évaluation et la coordination des interventions de prévention

Le Leadership du Gouvernement et de la société civile doit se concentrer sur trois domaines à la fois sera nécessaire pour atteindre les objectifs de 2020. Il s'agira de renforcer le leadership pour : (i) des résultats quantifiables ; (ii) la création d'un environnement juridique et politique propice à la prévention et enfin ; (iii) la mobilisation adéquate des ressources financières pour la prévention.

Le succès de la mise en œuvre du Plan d'accélération de la prévention dépend de la qualité des programmes ainsi que de leur coordination. Il s'agit essentiellement d'interventions structurelles qui viseront les objectifs suivants :

- Renforcer la prise en compte du genre et des droits humains dans la planification (outils, directives) et la mise en œuvre ;
- Renforcer la disponibilité et l'approvisionnement en intrants pour la prévention, le dépistage et la prise en charge médicale ;
- Renforcer l'appropriation et le leadership politique du plan de prévention à tous les niveaux ;
- Mettre en place un dispositif fonctionnel de coordination et de suivi de la mise en œuvre du plan de prévention ;
- Renforcer les capacités de l'unité de suivi-évaluation pour le suivi du plan de prévention et la production de l'information stratégique ;
- Renforcer les mécanismes de mobilisation, de suivi et l'affectation des ressources financières pour soutenir efficacement la mise en œuvre du Plan de prévention ;
- Accroître la participation de la société civile dans les programmes de prévention ;
- Réaffirmer et traduire en actes concrets l'appropriation sectorielle de la riposte au sida (santé, éducation, forces de défense et de sécurité, transport, mines, religieux et coutumier, judiciaire, etc..) ;
- Réduire les obstacles à l'utilisation des services liés au VIH par le biais des actions suivantes : i) lutter contre la stigmatisation/discrimination au sein des communautés et dans le secteur santé ; ii) améliorer les dispositifs juridiques concernant le dépistage et la protection des personnes vivant le VIH et iii) renforcer les Approches Différenciées des Services liés au VIH au niveau communautaire (dépistage, suivi communautaire, distribution des ARV, etc) ;
- Actualiser les données épidémiologiques et produire l'information stratégique sur l'épidémie et les performances des programmes (actualisation des données épidémiologiques, modes de transmission, production des rapports de progrès, analyse approfondie des données et des tendances) pour soutenir les réponses locales, l'ajustement périodique des stratégies, en produisant

notamment des profils régionaux qui permettent de suivre les efforts et les effets des politiques de prévention ;

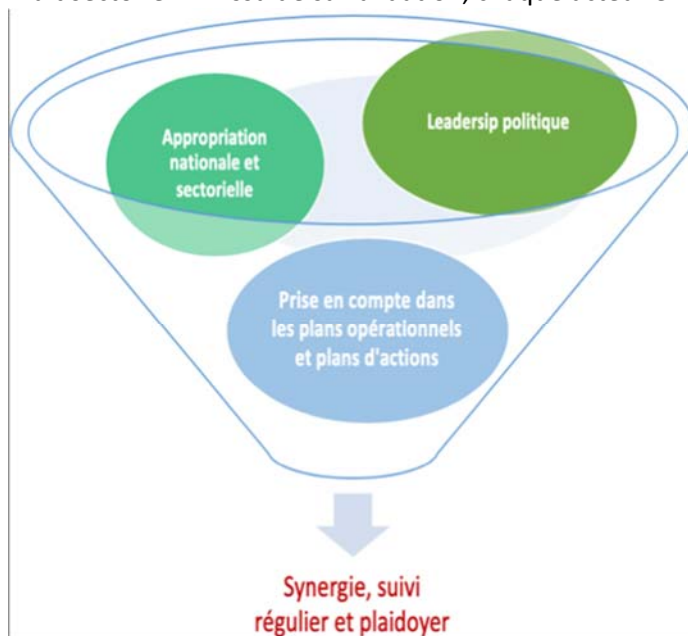
- Développer des approches localisées de prévention sur la base des données épidémiologiques actualisées.

3.3 Approches de mise en œuvre

La mise en œuvre du Plan d'accélération se fera suivant le processus suivant :

➔ **Le leadership politique** : la volonté de disposer d'un Plan de Prévention a été exprimé par le Président de la République, Chef de l'Etat et Président du CNLS, lors de la réunion de bureau du CNLS en Mars 2018. Cette volonté a été réitérée par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement, Premier Vice-Président du CNLS lors de l'évaluation du Plan de Rattrapage VIH en Août 2018. Cela s'est traduit par un engagement multisectoriel et multidisciplinaire autour de son élaboration, son adoption et son lancement officiel. Ce leadership politique se poursuivra lors de la mobilisation des ressources, de la mise en œuvre et du suivi à travers les actions du Gouvernement et du CNLS.

➔ **L'appropriation nationale et sectorielle** : Les enjeux de la prévention du VIH et de l'élimination du VIH concerne tous les secteurs d'intervention et de développement. Aussi, la redynamisation récente des acteurs sectoriels puis celle du secteur communautaire qui s'en suivra permettra de renforcer cet engagement multisectoriel. A l'issue de sa validation, chaque acteur en fera son outil de programmation.



➔ **La Prise en compte dans les plans opérationnels, plans de travail et plans d'actions** :

Le succès de la mise en œuvre du Plan de Prévention dépend de son niveau de mise en œuvre, qui lui dépend du niveau d'appropriation et de programmation des interventions dans les plannings de travail des différents acteurs sectoriels et des partenaires. A cet effet, la CN/CNLS veillera à mettre les informations, les orientations et les outils nécessaires à la disposition des différents acteurs. En cas de besoin, elle offrira également un appui technique aux acteurs conformément à son mandat et à ses différents services opérationnels. En fonction des ressources mobilisées et disponibles à son niveau, la CN/CNLS financera des interventions de prévention suivant les orientations reçues du CNLS et de son manuel de procédures existant.

➔ **La Synergie, suivi régulier et le plaidoyer** : Pour la mise en œuvre du Plan de Prévention, à l'image du Plan de travail conjoint des Agences du Système des Nations Unies, la CN/CNLS assurera la coordination des initiatives pour faire en sorte qu'elles se complètent et se potentialisent. Les interventions et les résultats obtenus seront périodiquement analysés afin de déterminer les progrès et identifier les goulots d'étranglement qui seront adressés. En vue de faciliter la mise en œuvre, le plaidoyer se fera auprès de l'État, des partenaires techniques et financiers, des interventions et auprès des partenaires sociaux. Cela, afin d'une part de mobiliser les ressources et d'autre part de créer l'environnement favorable, institutionnel et communautaire, nécessaire à la bonne exécution des activités du Plan de Prévention.

3.4 Planning de mise en œuvre

Cf. Plan opérationnel de mise en œuvre (Fichier Excel)

3.5 Coût et financement du Plan de prévention

Le montant total du Plan de prévention est de **5 784 402 957 FCFA** soit **9 876 457 US\$** réparti comme suit :

		FCFA			US\$			%
		2019	2020	Total	2019	2020	Total	
1	Renforcer les programmes et les interventions visant à réduire la transmission du VIH au sein des groupes de populations les plus vulnérables	1 126 726 864	307 839 320	1 434 566 184	1 923 806	525 614	2 449 420	25%
	Interventions comportementales	235 230 043	31 699 792	266 929 835	401 639	54 125	455 764	5%
	Interventions biomédicales	877 496 821	265 139 528	1 142 636 349	1 498 264	452 707	1 950 970	20%
	Interventions structurelles	14 000 000	11 000 000	25 000 000	23 904	18 782	42 686	0%
2	Renforcer les programmes visant à réduire les vulnérabilités des jeunes garçons, des jeunes filles/femmes	684 450 643	414 085 179	1 098 535 822	1 168 651	707 021	1 875 672	19%
	Interventions comportementales	457 274 085	274 664 398	731 938 483	780 763	468 970	1 249 733	13%
	Interventions biomédicales	47 317 594	37 527 045	84 844 638	80 791	64 075	144 866	1%
	Interventions structurelles	179 858 964	101 893 736	281 752 700	307 096	173 976	481 073	5%
3	Renforcer les programmes visant à réduire les risques de transmission au niveau des populations clés	279 638 088	263 487 178	543 125 266	477 462	449 886	927 348	9%
	Interventions comportementales	133 484 590	157 833 680	291 318 270	227 915	269 490	497 405	5%
	Interventions biomédicales	42 831 801	19 331 801	62 163 601	73 132	33 008	106 140	1%
	Interventions structurelles	103 321 698	86 321 698	189 643 395	176 414	147 388	323 803	3%
4	Renforcer les interventions visant à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant	778 254 650	668 326 172	1 446 580 821	1 328 815	1 141 119	2 469 934	25%
	Interventions comportementales	155 430 615	139 430 615	294 861 230	265 387	238 068	503 455	5%
	Interventions biomédicales	603 215 984	521 895 556	1 125 111 541	1 029 948	891 100	1 921 048	19%
	Interventions structurelles	19 608 050	7 000 000	26 608 050	33 479	11 952	45 431	0%
5	Renforcer les interventions visant à réduire les risques de transmission par le biais des personnes dépistées positives	399 976 704	358 524 804	758 501 508	682 932	612 156	1 295 087	13%

	Interventions comportementales	38 000 000	38 000 000	76 000 000	64 882	64 882	129 765	1%
	Interventions biomédicales	257 374 029	225 530 179	482 904 208	439 448	385 077	824 525	8%
	Interventions structurelles	104 602 675	94 994 625	199 597 300	178 602	162 197	340 798	3%
6-Renforcer la synergie, le financement, le suivi évaluation et la coordination des interventions de prévention		266 049 228	237 044 128	503 093 355	454 260	404 736	858 996	9%
	Interventions structurelles	266 049 228	237 044 128	503 093 355	454 260	404 736	858 996	9%
BUDGET TOTAL								
Total global		3 535 096 177	2 249 306 780	5 784 402 957	6 035 926	3 840 532	9 876 457	
	Interventions comportementales	1 019 419 334	641 628 485	1 661 047 819	1 740 586	1 095 535	2 836 121	29%
	Interventions biomédicales	1 828 236 229	1 069 424 109	2 897 660 338	3 121 584	1 825 966	4 947 549	50%
	Interventions structurelles	687 440 614	538 254 186	1 225 694 801	1 173 756	919 031	2 092 787	21%
MONTANT DISPONIBLE ET DÉJÀ PROGRAMME								
Total global		406 999 070	607 310 134	1 014 309 204	694 922	1 036 939	1 731 861	17,5%
	Interventions comportementales	112 634 175	150 866 796	263 500 971	192 315	257 594	449 909	26%
	Interventions biomédicales	150 219 808	122 618 329	272 838 137	256 490	209 362	465 852	27%
	Interventions structurelles	144 145 087	333 825 009	477 970 096	246 118	569 982	816 100	47%
GAP DE FINANCEMENT								
Total global		3 128 097 106	1 641 996 646	4 770 093 753	5 341 004	2 803 593	8 144 596	82,5%
	Interventions comportementales	906 785 159	490 761 689	1 397 546 848	1 548 271	837 941	2 386 212	29%
	Interventions biomédicales	1 678 016 420	946 805 780	2 624 822 201	2 865 094	1 616 604	4 481 698	55%
	Interventions structurelles	543 295 527	204 429 177	747 724 705	927 639	349 048	1 276 687	16%

Le financement du Plan de Prévention proviendra :

- Des subventions du Fonds mondial actuellement en cours d'exécution et du financement additionnel de 10 500 000 \$ réparti comme suit : 791 401 \$ pour la PTME, 8 264 649 \$ pour le traitement et 1 443 950\$ pour la charge virale.
- Du financement provenant des Agences du Système des Nations Unies contenu dans le Plan de travail conjoint sur le VIH.
- Le financement du Protocole signé entre l'ONUSIDA avec le CNLS et le Ministère de la Défense et de la Reconstruction de l'Armée d'un montant de 600 000 \$ qui va concerner le VIH et la lutte contre les violences basées sur le genre.
- De la mobilisation des ressources domestiques.

En plus de ces sources de financement, le dialogue institutionnel dans le cadre de l'intersectorialité permettra de prendre en compte les aspects liés au Plan de Prévention dans les initiatives suivantes :

- Le projet SARI et Financement Basé sur les Résultats (FBR) de la Banque mondiale ;
- Les financements GFF dont le montant est d'environ 30 millions US\$ pour le Ministère de la Santé ;
- La réorientation d'une partie des financements de l'État vers le financement des activités de prévention.

Les financements déjà disponibles s'élèvent à **1 014 309 204 FCFA** soit **1 731 861 US\$**, ce qui représentent 17,5% du montant total. Ce montant ne prend pas en compte le financement additionnel du Fonds mondial. Le gap de financement est de **4 770 093 753 FCFA** soit **8 144 596 US\$**.

Pour combler le déficit de financement, il sera organisé une Table Ronde des bailleurs au cours du premier trimestre 2019 à travers le RCPCA pour mobiliser les ressources nécessaires au développement du plan. L'estimation des ressources nécessaires à la réalisation du présent plan est basée sur les mesures et actions détaillées et repris dans un tableau récapitulatif avec des hypothèses des coûts.

IV. COORDINATION & SUIVI EVALUATION DU PLAN DE PREVENTION

La durabilité d la réponse au VIH dépend de la réduction du nombre de nouvelles infections. L'investissement efficace dans la prévention est un investissement dans la durabilité.

4.1 Coordination de la mise en œuvre du Plan de prévention

Dans le cadre du processus d'élaboration du Plan de Prévention, un Comité Technique multidisciplinaire et multisectoriel par une Note circulaire cosignée entre le Ministre de la Santé et le Ministre Coordonnateur du CNLS a été mise en place. Ce comité a conduit et coordonné l'ensemble du processus d'élaboration jusqu'à la validation technique. Pour la validation politique du Plan de Prévention, une Note de Service a été prise par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement, Premier Vice-Président du CNLS pour mettre en place un Comité National de Validation constitué des membres du Gouvernement, des Représentants des Agences du Système des Nations Unies, des Hautes personnalités et des responsables des Organisations de la Société Civile.

Pour la mise en œuvre du Plan de Prévention, il sera mis en place un Comité de Pilotage multisectoriel et multidisciplinaire sous la responsabilité du Premier Ministre, Premier Vice-Président du CNLS. Ce Comité comprendra un Groupe Technique de Travail sur la Prévention (GTTP) placé sous l'égide du Coordonnateur National du CNLS. Le GTTP sera à composition multidisciplinaire et multisectoriel sous l'égide de la CN/CNLS avec la pleine participation de la Société Civile, des partenaires techniques et financiers et des autres acteurs de la réponse sectorielle.

Les rôles des principaux acteurs de la coordination du Plan de prévention sont les suivants :

Tableau-3 : Responsabilités des organes de pilotage et de coordination du Plan de prévention.

Acteurs	Responsabilités
Comité de pilotage du Plan de prévention	• Renforcement et maintien du leadership politique sur la prévention. • Coordination globale et suivi de la mise en œuvre du plan. • Plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du Plan de prévention.
Groupe Technique de Travail sur la Prévention (GTTP)	• Coordination technique de la mise en œuvre du Plan de prévention. • Mobilisation et affectation des ressources pour la mise en œuvre du Plan de prévention. • Validation de la répartition des ressources mobilisées dans le cadre du plan. • Appréciation du rapport de progrès par le GATSE sur le plan de prévention. • Formulation des recommandations pour la bonne exécution du Plan. • Suivi de la mise en œuvre des recommandations émises.

Groupe d'Appui Technique au Suivi Évaluation (GATSE)	• Analyse de la cohérence des données et des indicateurs. • Validation des conclusions et de la valeur des indicateurs. • Production de l'information stratégique sur la mise en œuvre du Plan de prévention.
Unité de Suivi/Évaluation du CN/CNLS	• Mise en place des mécanismes de collecte des données. • Collecte régulière des données. • Vérification de la qualité et de la complétude des données. • Compilation des données et calcul des valeurs des indicateurs.

4.2 Mécanismes de mobilisation et d'affectation des ressources

Le succès de la mise en œuvre dépendra du niveau de mobilisation des ressources financières et de l'absorption adéquate des fonds.

A l'issue de l'adoption du Plan de prévention, une Table ronde de mobilisation des ressources sera organisée. Cette Table ronde sera l'occasion de mobiliser de nouvelles ressources, de confirmer/consolider celles existantes et si nécessaire négocier leur réorientation afin de soutenir les interventions de prévention.

Une partie des interventions du Plan de prévention bénéficie déjà de financement de la part du Fonds mondial et des Agences du Système des Nations Unies à travers le Plan de travail conjoint des Nations Unies sur le VIH 2018-2019.

Une partie du financement de l'État sera également réorienté vers les interventions de prévention. La Coordination Nationale du CNLS dispose d'un manuel de procédures administratives et de gestion validée. Ce document servira de guide pour une meilleure gestion des ressources financières qui seront mises à sa disposition. L'affectation des ressources mobilisées par la CN/CNLS se fera annuellement sur la base du Plan d'action opérationnel annuel, en complémentarité avec les interventions déjà programmées et soutenues par les partenaires.

Pour la mobilisation des ressources, l'accent sera mis sur les financements innovants qui pourraient comprendre :

- La participation substantielle des sociétés minières dans le financement de la riposte dans leurs zones respectives ;
- La participation des sociétés de téléphonie mobile via le financement de message de prévention, d'amélioration de l'environnement favorable, de lutte contre la stigmatisation/discrimination et d'informations sur les services ;
- La prise en compte et l'utilisation judicieuse du budget¹³ de départ du Protocole d'accord de lutte contre le VIH et les violences basées sur le genre signé en octobre 2018 entre le Directeur exécutif de l'ONUSIDA et les Représentants du Gouvernement (Ministère de la santé, Ministère de la Défense) ;
- La prise de directives pour l'inclusion systématique de volet riposte au sida dans les lignes budgétaires des ministères et dans les projets/interventions humanitaires.

4.3 Mécanisme de Suivi/Evaluation et indicateurs de suivi

Le Suivi/Evaluation de ce Plan de prévention sera coordonné par le CNLS à travers son service de Suivi/Evaluation. Le Groupe d'Appui Technique au Suivi/Evaluation (GATSE) sera le pilier de ce suivi.

Les acteurs de mise en œuvre transmettront leurs données validées à l'Unité de Suivi/Evaluation du CN/CNLS à la fin de chaque semestre. L'Unité en fait la compilation et s'assure de la cohérence des données transmises.

Le GATSE se réunira chaque semestre pour :

- Assurer la compilation des données portant sur la prévention ;
- Analyser les données de prévention ;
- Calculer les indicateurs de progrès relatifs à ce plan ;
- Élaborer un rapport mettant en exergue l'information stratégique sur la prévention et les recommandations opérationnelles.

¹³ Ce protocole signé le 08 octobre 2018 prévoit un budget de départ de 600 000 €

Le rapport produit sera soumis au Groupe Technique de Travail sur la Prévention, qui après analyse le soumettra pour appréciation au Comité de Pilotage du Plan de prévention.

Les principaux indicateurs de suivi du plan de prévention sont les suivants :

Tableau-4 : Indicateurs de suivi du Plan de prévention.

Type d'indicateurs	Intitulé des indicateurs	Populations vulnérables	Femmes enceintes/ PTME	Jeunes/ adolescents	Populations clés	Population carcérale	PVVIH
Indicateurs d'impact	Nombre total des nouvelles infections						
	Nombre de nouvelles infections chez les 15 ans et plus (hommes et femmes)	x					
	Nombre de nouvelles infections chez les 15-24 ans (garçons et filles)			x			
	Estimation du pourcentage d'infection à VIH parmi les enfants nés de femmes séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois (HIV-I-6)		x				
	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes		x				
Indicateurs d'effet	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale, qui ont une charge virale indétectable à 12 mois (< 1000 copies/ml) (TCS 3.1)						x
	Pourcentage de positivité au VIH chez les donneurs de sang bénévole	x					
Indicateurs de couverture et de suivi de routine	Nombre de personnes dépistées pour le VIH et ayant reçu leurs résultats durant la période de rapportage (HTS-1)	x	x	x	x		
	Pourcentage de personnes (estimées) vivant avec le VIH qui ont été dépistées positives au VIH (HIV O-11)	x	x	x	x		
	Nombre de personnes dépistées positives retrouvées et mises sous ARV		x		x		x
	Nombre de circoncisions masculines réalisées	x		x	x		
	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse (PMTCT 2.1)		x				
	Pourcentage des nourrissons nés de mères séropositives ayant bénéficié de la prophylaxie ARV pour réduire la transmission du VIH		x				
	Pourcentage de professionnelles du sexe ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH- paquet de services définis (KP 1-c)				x		
	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont bénéficié de programmes de prévention du VIH- paquet de services définis (KP-1a)				x		
	Nombre de PS dépistées positives et mises sous ARV				x		
	Nombre de HSH dépistées positives et mises sous ARV				x		
	Pourcentage des populations carcérales ayant bénéficié de programmes de prévention du VIH- paquet de services définis					x	
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral (TCS-1(M))						x
	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'une prise en charge nutritionnelle		x				x
	Pourcentage de nouveaux patients TB et de rechute enregistrés dont le statut VIH est documenté (TB/HIV-5)						x
	Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux et de rechutes, séropositifs au VIH, sous traitement antirétroviral au cours du traitement de la tuberculose (TB/HIV-6(M))						x

Financement du plan de prévention	Pourcentage de financement de la réponse attribué à la prévention	
	Pourcentage du financement de la prévention affecté à la société civile	

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2016 – 2020 ; CNLS, Décembre 2015.
2. Plan de Rattrapage d’urgence pour accélérer l’accès au traitement ARV en République Centrafricaine.
3. Feuille de Route de la Prévention du VIH pour 2020
https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/03/JC2909_INCLUSION-GAP_002_Fr.pdf).
4. Plan de travail conjoint sur le VIH des Agences du système des Nations Unies 2018-2019.
5. Plan de travail des subventions VIH du Fonds mondial (Subvention Croix-Rouge Française).
6. Profil biologique des personnes vivant avec le VIH en RCA en 2017 (Nyasenu, Y.T., Farra, A., Yambiyo, B.M., Manirakiza, A., Padou, F.D., Yapou, F., Pelembi, P., Mambely-Nzako, R., Mandeng, M.-J., Ber- lioz-Arthaud, A., Rubbo, P.-A. and Lom- bart, J.-P. (2018) Biological Profile of HIV- Positive Patients in Bangui, Central African Republic, in 2017. World Journal of AIDS, 8, 11-20.
<https://doi.org/10.4236/wja.2018.81002>).
7. Estimation of country-specific and global prevalence of male circumcision ; Morris et al. Population Health Metrics (2016) 14:4.
8. L’éducation des filles : une arme sûre contre le sida ; UNAIDS ; Coalition mondiale sur les femmes et le Sida.
9. Ministry of health : Kenya HIV prevention revolution road map ; Countdown to 2030 ; Juin 2014.
10. République de Côte d’Ivoire : Mise à jour / Update sur la discussion du plan de 100 jours, Février 2018.
11. Rapports programmatiques PTME, prévention, prise en charge médicale.
12. Caractéristiques sociodémographiques et pratiques sexuelles à risque chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à Bangui, République Centrafricaine, Médecin d’Afrique Noire, 2013, Vol.60, N°10, P410-414.
13. Plan National de Renforcement de la Stratégie Halte à la Tuberculose 2014-2018.
14. Plan National de Collaboration des activités de lutte contre la Coïnfection Tuberculose /VIH, Août 2012.
15. Plan Opérationnel National pour l’Accélération de la Prise en Charge du VIH chez l’Enfant et l’Adolescent en RCA 2017 – 2020.
16. Enquête « Index de stigmatisation et de discrimination des Personnes Vivant avec le VIH » en République Centrafricaine, 2015.
17. Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et de Nutrition en RCA, 2017.
18. Brochure ALL IN #EndAdolescentAIDS.