

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA
POPULATION



REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Unité-Dignité-Travail

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

2024-2028



Version février 2023



Organisation
mondiale de la Santé

Ajouter ici les logos des partenaires

AVANT-PROPOS	3
REMERCIEMENTS	4
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	5
RESUME EXECUTIF	10
I. INTRODUCTION	13
1.1. Environnement politique et de programme :	13
1.2. Le PSN et le cycle de planification nationale :	13
II. PROFIL PAYS	15
2.1. Contexte géographique et administratif	15
2.2. Données démographiques	26
2.3. Ecosystème, environnement et climat	27
2.4. Situation socio-économique	28
2.5. Analyse du système de santé	32
III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	37
3.1. Perspective historique du problème du paludisme :	37
3.2. Situation entomologique et épidémiologique	38
3.3. Analyse de la réponse	45
3.4. Analyse des Forces Faiblesses Opportunités Menaces	67
3.5. Recommandations	74
IV. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	78
V. THEORIE DE CHANGEMENT	78
VI. PRINCIPES DIRECTEURS	79
VII. CADRE STRATEGIQUE	80

7.1.	Vision _____	80
7.2.	Mission _____	80
7.3.	Buts et objectifs _____	80
7.3.1.	But (s) _____	80
7.3.2.	Objectifs et stratégies _____	80
7.3.3.	Activités par stratégies et par objectifs _____	82
VIII.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE _____	100
8.1.	Plan de travail _____	100
8.2.	Modalités de mise en œuvre _____	100
IX.	CADRE DE SUIVI ET EVALUATION _____	108
9.1.	Système de gestion des données _____	108
9.2.	Mécanisme de coordination et de suivi et évaluation _____	109
9.3.	Cadre de performance _____	0
X.	BIBLIOGRAPHIE : _____	0
XI.	ANNEXES _____	1

AVANT-PROPOS

En République Centrafricaine (RCA), le paludisme est au premier rang des causes de morbidité et de mortalité. Selon les données du Système National d'Information Sanitaire et des études au niveau des ménages, on constate que l'endémie du paludisme n'est pas encore contrôlée. L'incidence et le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont respectivement de 164⁰/₁₀₀ et 39,6 décès pour 100.000 en 2021 (SNIS, routine).

Pendant la durée de la mise en œuvre du PSN 2018-2023, la lutte contre le paludisme a été perturbée par la pandémie à COVID-19 et les crises militaro-politiques qui ont eu un impact négatif sur la demande et l'offre des services de santé en général et du paludisme en particulier.

Le présent plan stratégique 2024-2028, qui s'aligne sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2020-2030, se veut un document de consolidation des acquis de la mise en œuvre et entend accorder la priorité pour les prochaines années à :

- Garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme ;
- Renforcer l'implication des communautés et du secteur privé ;
- Accélérer les efforts vers l'élimination ;
- Faire de la surveillance du paludisme une intervention de base.

Ainsi, ce Plan stratégique est le cadre de référence pour les interventions de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme pour les cinq années à venir et réaffirme l'ambition de la RCA à maintenir la couverture universelle des interventions pour aller vers l'élimination du paludisme.

L'approche inclusive et multisectorielle de l'élaboration de ce document, qui prend en compte les aspects genre, droits humains et l'approche de l'auto prise en charge est un gage de succès pour l'atteinte des objectifs ambitieux que le pays s'est fixé.

J'invite l'ensemble des partenaires au développement et tous les professionnels de la santé du secteur public et privé, et les communautés à se mobiliser autour de ce plan pour une meilleure synergie d'action contre ce fléau du paludisme.

Aussi, j'adresse toutes mes félicitations au nom du Gouvernement, à tous les partenaires nationaux et internationaux, notamment l'OMS, l'UNICEF, le RBM, le Fonds mondial qui ont bien voulu apporter un appui technique, financier et matériel, au développement de cet important outil de travail.

Enfin, mes félicitations vont également à l'endroit des membres multidisciplinaires des Groupes thématiques de travail qui, en dépit des conditions de travail difficile, ont su conduire le processus à terme.

Le Ministre en charge de la Santé et de la Population

Dr. Pierre SOMSE

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit de la volonté politique du Gouvernement, de l'appui technique et financier des partenaires au développement que sont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Roll Back Malaria (RBM), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) et du travail multisectoriel des cadres et acteurs de terrain.

Le Ministère de la Santé et de la Population (MSP) remercie très sincèrement ces organisations internationales et tous ceux qui de près ou de loin ont bien voulu apporter leur contribution inestimable à la réalisation de ce travail.

C'est aussi l'occasion d'adresser notre profonde gratitude à tous les acteurs qui ont participé directement ou indirectement et grâce auxquels le processus d'élaboration du Plan Stratégique National (PSN) 2024-2028 de lutte contre le paludisme a pu aller à son terme. Il s'agit particulièrement :

- Des Ministères connexes (Economie, du Plan et de la Coopération, Finances et du Budget, Fonction Publique, Jeunesse et Sports, Environnement et développement durable, Intérieur, chargé de la Sécurité Publique)
- Des consultants ;
- Des représentants des Organisations Non Gouvernementales (ONG) nationales et internationales ;
- Des représentants des communautés, de la société civile et du secteur privé.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

CTA/ACT	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
AL	: Artémether-Luméfantrine
ALMA	: African Leader Malaria Alliance
ANJFAS	: Association Nationale des Jeunes Femmes Active pour la Solidarité
AMP Health	: Aspen Management partnership for Health
AMM	
APPR	: Accord Politique pour la Paix et la Réconciliation avec les groupes armés
AQ	: Amodiaquine
ASC	: Agents de Santé Communautaire
ASAQ	: Artésunate-Amodiaquine
ASSOMESCA	: Association des œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en Centrafrique
BM	: Banque Mondiale
BGE	: Budget Général de l'Etat
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CICR	: Comité International des sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge
CN/CNLS	: Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida
CNLS	: Comité National de Lutte contre le SIDA
CPN	: Consultation Prénatale
CAR	: Central African Republic
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNAPSE	
CNS	
CPTF	
COUSP	: Centre des Opérations d'Urgence en Santé Publique
CQ	: Contrôle qualité
COVID19	
CS	: Centre de Santé
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DCS	: Direction de la Communication en matière de la Santé
DGELM	: Direction générale de l'Epidémiologie et Lutte contre la Maladie
DHIS2	: District Health Information Software 2.0
DPLMT	:
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
DQR	: Audit de la qualité des données (DQR/DQS)
DQS	: Audit de la qualité des données (DQR/DQS)
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DS	: District Sanitaire

DSEGUSP	: Direction de la Surveillance épidémiologique des maladies et de gestion d'urgences en Santé publique
DSEPPS	: Direction suivi évaluation des projets et programmes de santé
DSFP	: Direction de la Santé Familiale et de la Population
DSSP	: Direction de Soins de santé Primaire
DSPLMT	: Direction des Services Pharmaceutiques et de la Médecine Traditionnelle
DSRP	: Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
DTS	: Dépenses Totales en Santé
ECD	: Equipe Cadre de Districts
ECR	: Equipe Cadre des Régions
FACSS	: Faculté des Sciences de Santé
FBR	: Financement Basé sur les Résultats
FFOM	: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
FICR	: Fédération Internationale de la Croix Rouge et du Croissant Rouge
FM	: Fonds Mondial
FMSTP	: Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
FOSA	: Formation Sanitaire
GAS	: Gestion des Achats et des Stocks
GAVI	: Vaccine Alliance ou Global Alliance for Vaccine and Immunization
GE	: Goutte Epaisse
ICASESS	: Institut Centrafricain d
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information, Education et Communication
IEC/CCC	: Information Education Communication / Communication pour un changement de comportement
HD	: Hôpital de District
HeRAMS	: Health Ressources and Services Availability Monitoring
HRP	: Hôpital Régional Préfectoral
HRU	: Hôpital Régional Universitaire
HS	: Hôpital secondaire
JMLP	: Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme
LAV	: Lutte Antivectorielle
LMIS	: Logistics Management Information Systems
LNBCSP	: Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique
MAGPI	: Application de Collecte et de gestion des données
MAPI	: Messaging Application Programming Interface
MDA	: Médecin d'Afrique
MILDA	: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée D'Action
MINUSCA	: Mission multidimensionnelle intégrée des Nations unies pour la stabilisation en Centrafrique
MINILAB	

MSF	: Médecin Sans Frontières
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MILD	: Moustiquaires Imprégnées d’Insecticide de Longue Durée
MIS	: Enquête sur les indicateurs du paludisme
MSP	: Ministère de la Santé et de la Population
NFM3 :	: New Funding Model 3
OAS	
OAC	: Organisations à Assises Communautaires
OBC	: Organisation à Base Communautaire
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OFCA	: Organisation des Femmes Centrafricaines
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OSC	: Organisation de la Société Civile
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
PEC	: Prise en Charge
PECADOM	: Prise en Charge à Domicile des Cas de Paludisme
PCOS	: Plateforme centrafricaine des organisations de la société civile qui lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Paludisme
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIC	: Plan Intégré de Communication
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PBF	: Financement Basé sur la Performance
PCA	: Paquet complémentaire d’activités
PEC-CI	: Prise en Charge Intégrée
PDI	: Personnes Déplacées Internes
PF	: Plasmodium falciparum
PIB	: Produit Intérieur Brut
PISS	: Plan intérimaire du secteur de la santé
PMA	: Paquet minimum d’activités
POS	: Procédures opérationnelles standards
PPM	: Pool Procurement Mechanism
PR	: Réciendaire Principal
PRH	: Plan de réponse humanitaire
PRONAPAL	: Programme National de lutte contre le Paludisme
PS	: Poste de santé
PTF	: Partenaires techniques et financiers
PTPE	: Programme de prévention de la transmission parent enfant du VIH
PTSS	: Plan de transition du secteur de la santé
PVVIH	: Personne Vivant avec le Virus Immunodéficience Humaine

PID	: Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	: Plan Stratégique National
RBM/FRP	: Roll Back Malaria/Faire Reculer le Paludisme
RDH	
RCA	: République Centrafricaine
RECAPEV	: Réseau Centrafricain des Personnes Vivants avec le VIH/SIDA
RCPCA	: Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RITA	
RH	: Ressources humaines
RMP	: Revue à Mi-parcours
RPP	: Revue des Performances du Programme
RS1	: Région Sanitaire 1
S&E	: Suivi et Evaluation
SBC	: Surveillance à Base Communautaire
SESERO	: Surveillance, Suivi et Evaluation et Recherche Opérationnelle
SENI	: Projet d'Appui au Système de Santé
SIMR	: Système de la surveillance et de riposte aux maladies
SLP	: Service de Lutte contre le Paludisme
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SNU	: Système des Nations Unies
SP	: Sulfadoxine-Pyriméthamine
SPALCA	: Solidarité contre le Paludisme en Centrafrique
SR	: Santé de la Reproduction
SSP	: Soins de Santé Primaires
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
TPIg	: Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte
TPIIn	: Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson
TRP	: Technical Panel Reviews
UCM	: Unité de Cession des Médicaments
UE	: Union Européenne
UGAPS	: Union des Groupements d'Achats publics
UHPR	: Recommandations de l'examen de préparation de riposte (UHPR)
UN	: United Nation (Nations Unies)
UNFPA/ FNUAP	: United Nations Fund for Population/ Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNHAS	: United Nations Humanitarian Air Service

USP	
VAA	
VAR	
VIH	: Virus Immunodéficience Humaine
VSAT	: Very Small Aperture Terminal (terminal à très petite couverture)
WV	: World Vision
WAMBO	

RESUME EXECUTIF

Le présent Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme se veut un document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources et d'orientations pour la mise en œuvre des interventions à haut impacts. Il est le document principal de planification du Service de Lutte contre le Paludisme (SLP) du Ministère de la Santé. Il est le cadre de référence pour les interventions de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme pour les cinq années à venir. Ce Plan stratégique 2024-2028 s'aligne sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2020-2030, la Stratégie Technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, les Directives de l'OMS pour le Paludisme 2022, les dix (10) Domaines d'Impulsion Présidentielles pour la Couverture Santé Universelle (CSU) en République Centrafricaine ainsi que le 4ème axe stratégique du PNDS 2022-2026. L'élaboration de ce PSN a suivi et adapté les orientations de l'OMS définies dans le manuel des Directives pour l'élaboration de Plan Stratégique de lutte contre le paludisme (Manual for Developing National Malaria Strategic Plan).

Sur le plan parasitologie, le *Plasmodium falciparum* représente 99,6% des espèces responsables du paludisme en RCA, le reste est constitué de *Plasmodium malariae* et *Plasmodium.ovalae*. La dernière étude du test d'efficacité thérapeutique a été réalisée en 2017 sur l'association de la combinaison thérapeutique Artéméther/Luméfantrine. Le résultat après PCR-corrigé, l'incidence cumulée de succès à J28 était à 97,9 % [IC95% = 0,858-0,997]. Sur le plan des vecteurs il en ressort globalement que les principaux vecteurs connus de *plasmodium* en RCA sont *Anopheles gambiae* prédominant et *An. Funestus*. Une résistance des populations d'*An. gambiae* s.l. est notée à presque tous les insecticides testés y compris aux pyréthrinoides (deltaméthrine 0,05%, perméthrine 0,75% et lambda-cyhalothrine 0,05%). Mais l'évaluation de l'effet de piperonyl butoxide (PBO) 4% avec la deltaméthrine selon la distribution des moustiques a révélé de taux de mortalité de 100% pour *An. gambiae* s.l. dans une partie du pays (Boda, Nola) et une amélioration du taux de mortalité à Mbaiki et Carnot. La majorité des principaux gîtes à anophèles identifiés sont des gîtes anthropiques à l'instar des trous (en cours d'utilisation ou abandonnés) pour la fabrication des briques, des étangs piscicoles et des rizières. Les populations d'*An. gambiae* s.l. ont tendance à piquer plus à l'extérieur qu'à l'intérieur des habitations. A Bangui, une autre étude de l'Institut Pasteur a révélé une proportion inattendue et importante de piqûres diurnes, environ 20 à 30% à l'intérieur des habitations par les principaux vecteurs du paludisme : *Anopheles gambiae*, *Anopheles coluzzii* et *Anopheles funestus*. Ce changement de comportement en termes de lieux et heures de piqûres des anophèles, imposent des limites aux outils actuels (MILD essentiellement) utilisés pour la prévention contre le paludisme en RCA et met en perspective l'utilisation d'autres stratégies comme la PID et les mesures d'assainissement du milieu.

Concernant la situation épidémiologique, la prévalence parasitaire chez les enfants de 6 à 59 mois en 2016 était très élevée, 73% au niveau national. L'incidence du paludisme connaît une très faible tendance à la baisse, elle est passée de 346,4 en 2015 à 334,7 en 2021. La cible de la Stratégie Technique Mondiale (STM) 2016-2030 n'est pas atteinte par le pays. La mortalité a connu une tendance à la baisse de son taux passant de 12,8 en 2015 à 9,4 pour 100000 habitants en 2021 sans aussi atteindre la cible intermédiaire de 2020 fixée dans la STM.

En termes de réponse, la Coordination du programme est assurée par le Service de Lutte contre le Paludisme, chargé de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement au nom du Ministère de la Santé et de la Population dans le domaine de lutte contre le paludisme. Il est chargé de concevoir, d'élaborer et de suivre la mise en œuvre des stratégies en matière de la lutte contre le paludisme. A ce niveau, le SLP est coordonné par le Chef de Service qui est appuyé par des Chefs de Sections. Au niveau régional ou intermédiaire, les activités du PNLP sont assurées par un point focal qui fait partie de l'équipe cadre de la Région Sanitaire. Les principales réponses et résultats sont :

Lutte antivectorielle :

- 26,5% des foyers étaient équipés d'au moins 01 MILD en 2019 ;
- 44,8% de la population a été couverte par la distribution des MILD en 2019 ;
- 50,6% des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête en 2019 ;
- 55,1% des femmes enceintes ont dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête en 2019 ;
- PID prévue dans le programme, mais non mis en œuvre.

Traitement préventif :

- 30,2% des femmes enceintes ont reçu au moins 03 doses de TPIg en 2019 ;
- TPIg prévu dans le programme, mais non mis en œuvre.

Vaccination :

- Le processus de l'introduction de la vaccination RTS,S contre le paludisme est en cours.

Diagnostic et traitement :

- Le TDR dans les FOSA et au milieu communautaire et la microscopie dans les FOSA sont utilisés pour le diagnostic du paludisme ;
- Les CTA sont utilisés pour le traitement du paludisme simple et essentiellement l'artésunate injectable pour le paludisme grave ;
- Le taux annuel d'examen sanguin en 2021 était de 48,5% ;
- Le taux de positivité était supérieur à 50% dans tous les Districts sanitaires en 2021 ;
- De 2018 à 2021, 60,42% des FOSA n'avaient pas connu de rupture de médicament.

Suivi et évaluation, surveillance et recherche opérationnelle :

- De 2018 à 2021, respectivement la promptitude des données est passée de 33% à 64% et la complétude de 68% à 82%.

Ce plan est aligné sur les différents engagements du gouvernement à savoir : la Déclaration d'Abuja du 25 avril 2000 ; les Objectifs de Développement Durable 2016-2030 ; la Stratégies mondiales du secteur de la santé contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030 ; aux Dix Domaines d'Impulsion Présidentielle qui place la lutte contre les hépatites virales parmi les priorités du Gouvernement ; au Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique (RCPCA) prolongé jusqu'en 2023 qui exprime clairement la volonté du Gouvernement de faire de l'amélioration de la santé des populations une source de promotion et d'accélération de la croissance économique ; et au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2022-2026.

Principes directeurs qui guident ce PSN sont : le leadership ; l'appropriation ; le partenariat ; l'équité ; le genre et les droits humains ; la bonne gouvernance ; et l'innovation.

Vision :

Centrafrique, pays sans paludisme

Mission :

Garantir l'accès universel à la promotion, à la prévention, au diagnostic, au traitement et faire de la surveillance une intervention de base en vue de consolider les efforts vers l'élimination, en réduisant de façon significative la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

Buts :

Réduire le taux de mortalité due au paludisme d'au moins 80% en 2028 par rapport à 2015 ;

Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 80% en 2028 par rapport à 2015.

Objectifs :

- Objectif 1 : Renforcer l'engagement et la participation communautaire afin d'amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme dans un environnement d'assainissement de milieux et de salubrité d'ici fin 2028
- Objectif 2 : Améliorer la disponibilité et la qualité des données à travers la surveillance du Paludisme, le suivi et évaluation (Passer de 82% à 100% de complétude et de 70% à 80% de promptitude des données) ainsi que la Recherche Opérationnelle d'ici fin 2028
- Objectif 3 : Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions efficaces de lutte anti vectorielle d'ici fin 2028
- Objectif 4 : Protéger au moins 80% de la population cible de chimio prévention et d'immunisation d'ici fin 2028
- Objectif 5 : Au moins 100% des cas suspect de paludisme sont testés et 100% des confirmés sont traités
- Objectif 6 : Rendre disponible les médicaments et autres intrants antipaludiques de qualité dans au moins 100% des formations sanitaires (publiques, privées, confessionnelles) et communautés ciblées d'ici fin 2028
- Objectif 7 : Renforcer les capacités managériales institutionnelles et opérationnelles du programme et des structures communautaires pour l'amélioration de la performance de mise en œuvre de 32% à 80% d'ici fin 2028

I. INTRODUCTION

1.1. Environnement politique et de programme :

Le paludisme constitue un problème majeur de Santé Publique dans le monde. Selon l'OMS, on estime à 241 millions le nombre de cas de paludisme dans le monde avec 627.000 décès en 2020¹ dont 77% des enfants de moins de 5 ans. En 2020, le nombre des décès a augmenté de 12% par rapport à 2019. La majorité (68%) des décès supplémentaires sont liés à la perturbation des services durant la pandémie de COVID-19².

Dans la région Afrique de l'OMS, le nombre des décès qui avait diminué de 36% de 2000 (840.000 décès) à 2019 (534000 décès) a augmenté en 2020 pour atteindre 602000 décès³.

En République Centrafricaine, le nombre de cas confirmé de paludisme et de décès chez les enfants de moins de 5 ans en 2021 sont, respectivement, de 1000853 et 2552. L'incidence et le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont respectivement de 164^{0/00} et 39,6 décès pour 100.000⁴. Pendant la durée de la mise en œuvre du PSN 2018-2023, une évaluation rapide en 2021 a montré un impact négatif de la COVID-19 et de la crise post-électorale de 2020 sur les activités de la lutte contre le paludisme notamment, la demande, l'offre des soins et le rapportage des données.

La lutte contre le paludisme et les autres maladies transmissibles fait partie des priorités du Plan National de Développement Sanitaire 2022-2026 qui promeut en plus des stratégies conventionnelles, l'implication des communautés et du secteur privé.

Pour face aux défis de cette endémie, un il y'a engagement de la communauté internationale à travers l'initiative « Faire Reculer le Paludisme (Roll Back Malaria) », au niveau régional à travers « African Leader Malaria Alliance (ALMA) » autour du Gouvernement centrafricain qui a abouti à la mobilisation des ressources substantielles pour le contrôle et l'élimination du paludisme d'ici 2030.

1.2. Le PSN et le cycle de planification nationale :

Depuis la mise en place du SLP en 2005, deux plans stratégiques ont été élaborés (2007-2011, 2012-2017). Le 3^{ème} plan stratégique 2018-2022 a été étendu à 2023 pour prendre en compte le cycle de financement du Fond Mondial. Conformément au cycle de planification quinquennal, deux revues, interne et documentaire avaient été organisées respectivement en 2020 et 2023. Ces revues ont permis de ressortir et analyser les forces, faiblesses, opportunités et menaces puis dégager les recommandations qui ont permis l'élaboration de ce présent PSN 2024-2028 budgétisé.

L'élaboration du PSN intègre les outils suivants pour permettre sa mise en œuvre :

- Le cadre de résultat et
- Le cadre de suivi et évaluation

¹ World Malaria report 2021.

² World Malaria report 2021

³ World Malaria report 2021.

⁴ SNIS 2021

- Les plans opérationnels annuels budgétisés

Ce Plan stratégique 2024-2028 s'aligne sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2020-2030, la Stratégie Technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, les Directives de l'OMS pour le Paludisme 2022, les dix (10) Domaines d'Impulsion Présidentielles pour la couverture santé universelle en République Centrafricaine ainsi que le 4^{ème} axe stratégique du PNDS 2022-2026. Le PNDS 2022-2026 définit les orientations nationales pour la lutte contre les maladies émergentes, les maladies ré émergentes, les maladies endomo-épidémique et les pandémies y compris la COVID-19. Il est le cadre de référence pour les interventions de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme pour les cinq années à venir. Il réaffirme l'ambition de la RCA à maintenir la couverture universelle des interventions pour aller vers l'élimination du paludisme. Il constitue un document de plaidoyer pour la mobilisation de ressources de la lutte contre le paludisme en République Centrafricaine.

L'élaboration de ce PSN a suivi et adapté les orientations de l'OMS définies dans le manuel des Directives pour l'élaboration de Plan Stratégique de lutte contre le paludisme (Manual for Developing National Malaria Strategic Plan). Ce processus a pris en compte :

- L'atelier d'orientation des équipes ;
- L'organisation de la revue documentaire (Tous les documents ayant permis la rédaction du présent PSN ont été rassemblés et sont en annexe) ;
- La présentation et validation en plénière du canevas d'élaboration du PSN ;
- La constitution des groupes thématiques ;
- L'élaboration du PSN par les groupes thématiques ;
- La validation du PSN de la lutte contre le paludisme 2024-2028 ;
- L'élaboration et la validation de l'aide-mémoire.

II. PROFIL PAYS

En République Centrafricaine (RCA), le paludisme est classé au premier rang des causes de morbidité et de mortalité. La mise en œuvre des activités du Programme National de Lutte contre le Paludisme par le Ministère de la Santé se fait aux trois niveaux de la pyramide sanitaire du système de santé en synergie avec les ministères connexes, la société civile, les partenaires communautaires, le secteur privé et toutes les parties prenantes. Le positionnement de la RCA Située en zone tropicale pluvieuse, ce facteur favorise le développement de nombreuses maladies transmissibles dont le paludisme. Le pays se place à la 188ème place sur 189 du classement de l'Indice de Développement Humain (HDI) et on estime qu'environ 71% de la population vit en dessous du seuil international de pauvreté. Du fait des multiples crises militaro-politiques qu'a connues le pays, le système de santé a été considérablement fragilisé rendant difficile l'atteinte de la couverture sanitaire universelle.

2.1. Contexte géographique et administratif

La RCA est un pays enclavé située au cœur du continent Africain. Elle est limitée au Nord par le Tchad, à l'Est par le Soudan et le Soudan du sud, à l'Ouest par le Cameroun et au Sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo. Elle couvre une superficie de 623.000 km² pour une population totale d'environ 6.243.373 habitants. La densité moyenne est de 10 habitants au km².

Sur le plan administratif la RCA est hiérarchisée en 07 régions administratives dans lesquelles l'on comptait 16 préfectures, 72 sous-préfectures, 176 communes et villages. Depuis le 21 janvier 2021, la nouvelle Loi N°21.001, relative aux circonscriptions administratives, a apporté une modification, augmentant le nombre de préfectures au nombre de 20 et les sous-préfectures au nombre de 85. Bangui, la capitale, est dorénavant subdivisée en 10 arrondissements au lieu des 08 précédents. Ce nouveau découpage va entraîner une modification du découpage sanitaire. Les nouvelles régions sanitaires se présentent comme suit :

- Région1, Plateau (Ombella-Lobaye)
- Région 2, Equateur (Sangha-Mbaéré, Mambéré-Kadéï, Mambéré et Nana-Mambéré),
- Région 3, Yadé (Ouham, Ouham-Fafa, Ouham-Pendé et Lim-Pendé),
- Région 4, Kaga (Kémo, Nana-Grébizi et Ouaka)
- Région 5 Fertit (Haute-Kotto, Vakaga et Bamingui-Bangoran),
- Région 6, Haut-Oubangui (Basse-Kotto, Mbomou et Haut-Mbomou)
- Région 7, Bas-Oubangui.

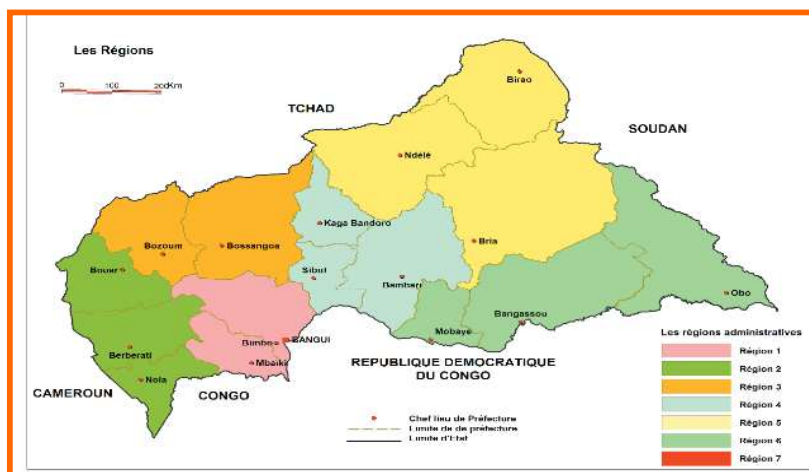


Figure 1 : Les régions administratives de la RCA

2.1.1. Leadership et gouvernance

2.1.1.1. Organisation du système de santé en RCA

L'organisation du système de santé est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

- **Le niveau central** est responsable de la conception, de la coordination et de l'encadrement de la politique générale du secteur ainsi que des actions d'envergure nationale. C'est le premier niveau de régulation du système et des programmes nationaux. Il apporte un appui stratégique au niveau intermédiaire y compris a mobilisation de ressources.
- **Au niveau intermédiaire**, les sept (7) Directions régionales de la santé sont responsables du suivi de la mise en œuvre des politiques définies au niveau central et apporte un appui technique au niveau périphérique constitue par les Districts Sanitaires (DS).
- **Le niveau périphérique** est composé de 35 districts sanitaires. Ces entités sont les unités opérationnelles du système de santé et sont managées par des Equipes Cadres des Districts (ECD). Les ECD qui coordonnent et contrôlent l'ensemble des activités des structures sanitaires de leurs zones de responsabilité en application des directives régionales. Les DS apportent un appui opérationnel aux formations sanitaires.

A chacun des trois niveaux du système de santé, il existe des structures de dialogue communautaire qui fait la coordination avec les acteurs communautaire et de la société civile pour le renforcement du suivi communautaire des activités de lutte contre le paludisme.

2.1.1.2 Politique de santé

La politique de santé du pays est fondée sur les Soins de Santé Primaires (SSP) dont les composantes ont été déclinées en programmes de santé contenus dans le PNDS III (2022-2026). De nombreux textes législatifs et réglementaires ont été adoptés pour faciliter la mise en œuvre du PNDS III avec la pleine participation des communautés bénéficiaires et en partenariat avec les ONG, la société civile, les associations professionnelles ainsi que le secteur privé. Cependant, la coordination de ces différents intervenants reste faible à tous les niveaux du système. Plusieurs mécanismes institutionnels ont été développés notamment la création des organes des SSP à tous les niveaux du système de santé, l'instauration du système de recouvrement de coût et de la cogestion des services de santé, l'autonomie partielle de gestion conférée aux formations sanitaires ainsi que la déconcentration au niveau des districts sanitaires.

En réponse au diagnostic du secteur, le PNDS 2022-2026 se décline en quatre axes stratégiques à savoir :

- i) Le renforcement de la gouvernance de la santé ;
- ii) La modernisation du système de santé ;
La réduction de la morbidité et de la mortalité selon le cycle de vie ; et

- iii) La riposte contre les endémo-épidémies et les pandémies y compris la pandémie à covid-19.

2.1.1.3. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Le Ministère de la santé dispose d'un Système National d'Information Sanitaire (SNIS) qui a pour rôle de fournir à temps des indicateurs pertinents pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions sanitaires dont celles de la lutte contre le paludisme, de même que les progrès réalisés vers l'atteinte des Objectifs du Plan National de Développement Sanitaire. La gestion des données au niveau du SNIS est basée sur le District Health Information Software 2.0 (DHIS2) qui est une plateforme gratuite et libre de gestion donnée utilisée par plusieurs pays et organisations dans le monde.

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du pays se compose actuellement de deux sous-systèmes fonctionnels : (i) le sous-système des rapports de routine des services de santé et (ii) celui de la surveillance épidémiologique.

Au niveau du SLP, dans le cadre du Sous Système de rapport de routine, il est mis en place un plan de suivi et évaluation qui décrit le système de surveillance depuis la collecte primaire des données dans les FOSA, l'élaboration des rapports, leur transmission, leur analyse, leur diffusion et leur utilisation par le programme et les autres parties prenantes.

Le SLP a développé un guide de supervision pour le contrôle de la qualité des données. Ce document est conçu pour servir de document d'appui à la gestion efficace de l'information sanitaire liée au paludisme et aussi de maintenir et améliorer la qualité des services.

Le système de surveillance du paludisme est basé sur un système mixte qui utilise aussi bien les supports papiers que les supports électroniques par smartphone. Les supports primaires (registres et fiches de rapports) sont utilisés au niveau des formations sanitaires. Des compilations sur rapports papiers se font aussi à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

2.1.1.4. Produits médicaux, infrastructures, équipements et logistiques

Approvisionnements en produits de santé

Le système de santé en RCA connaît un problème organisationnel de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé. En effet plusieurs structures publiques, humanitaires et privés, participent de manière individuelle à faciliter l'accès des approvisionnement et distribuent de manière non coordonnée les produits de santé et de lutte contre le paludisme jusqu'aux bénéficiaires. Il s'agit principalement de :

- ✓ L'Unité de Cession de Médicament (UCM) dont les capacités ont été considérablement affaiblies suite à une mauvaise gestion ;
- ✓ L'Association des œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en Centrafrique (ASSOMESCA) et CODIS ;
- ✓ Les agences du système des Nations Unies (UN) tel que l'UNICEF, l'OMS et UNFPA ;
- ✓ Le réseau des ONG humanitaires tel que MSF, MENTOL INITIATIVE, PREMIERE URGENCE, ALIMA, MEDECINS DU MONDE, ASPHARCA et autres ;
- ✓ Des grossistes répartiteurs privés (CENTRAPHARM, SEWAPHARMA, MEDAFPHARMA)

- ✓ Douze officines privées essentiellement dans la ville de Bangui.

Chacune de ces structures fonctionnent sans coordination, dans de l'approvisionnement, la gestion des stocks et la distribution. En effet, chacune met en place son propre système et mécanisme d'approvisionnement, de stockage et de distribution organisé selon son propre fonctionnement, ses procédures internes et sa spécificité en appui au système de santé dans le pays.

Dans le cadre des subventions du Fonds Mondial pour lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, l'approvisionnement des produits de santé se fait via un système d'achat groupés, le Pool Procurement Mechanism (PPM), du Fonds mondial où les commandes se font à travers la plateforme Wambo avec un délai de livraison variant entre 6 et 11 mois selon le type de produit.

Le Programme Alimentaire Mondial (PAM) depuis 2018 en collaboration avec les Principaux Récipiendaires des subventions du Fonds Mondial assure la gestion logistique (réception, stockage, gestion de l'inventaire et distribution aux FOSA uniquement appuyées) des produits de ces produits de santé.

Ce partenariat avec les humanitaires apporte une valeur ajoutée au système d'approvisionnement en République Centrafricaine (RCA) car pour les régions très éloignées et difficilement accessibles le PAM utilise la livraison aérienne par avion UNHAS.

Cette Mais les chaines d'approvisionnement et de distribution des produits de sante où plusieurs acteurs sont impliqués n'est pas cependant bien coordonnée au niveau national. En effet, un comité national de quantification a été mis en place, mais semble être moins n'est pas encore complètement fonctionnel.

Le Ministère de la Santé et de la Population vient aussi de mettre en place une cellule de coordination de la chaine d'approvisionnement des produits de santé qui sera un cadre de concertation, de planification et de suivi des activités liées aux approvisionnements en produits de santé.

Malgré les efforts consentis pour assurer la disponibilité des produits de sante spécialement dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, le pays souffre un problème épineux d'espace de stockage tant au niveau central que régional et district. Ceci entraine de fréquentes qui fait qu'il est difficile de palier à une menace de ruptures de stock dans une les formations sanitaires, surtout celles très éloignées de la capitale Bangui.

Par ailleurs, La gestion tant de produits que de la disponibilité de données logistiques au niveau des formations sanitaires est toujours préoccupantes pour permettre une bonne planification des commandes est une contrainte majeure pour la Gestion des Approvisionnements et Stock.

Infrastructures sanitaires

En 2022, la cartographie de l'offre sanitaire (enquête HeRAMS 2022) a dénombré 1024 FOSA fonctionnelles dont 44% de Centres de Santé et 50% de Postes de Santé qui assurent l'offre globale de soins au niveau national. Les tableaux III et IV montrent les types de structures sanitaires par Région Sanitaire (RS) et par secteur.

Tableau I : Types de structures par Région Sanitaire en RCA en 2022

Région	CHU			HRU			HS			HD			CS			PS			TOTAL		
	O	N	P/F	O	N	P/F	O	N	P/F	O	N	P/F	O	N	P/F	O	N	P/F	O	N	P/F
RS1	1	-	-	-	-	-	4	-	-	5	-	1	98	2	5	65	11	10	173	13	16
RS2	-	-	-	1	-	-	3	-	-	5	-	-	92	3	3	79	2	8	180	5	11
RS3	-	-	-	1	-	-	3	-	-	7	-	-	64	2	4	134	15	10	209	17	14
RS4	-	-	-	1	-	-	3	-	-	3	-	-	67	2	1	71	8	2	145	10	3
RS5	-	-	-	1	-	-	2	-	-	2	-	-	25	-	1	39	7	-	69	7	1
RS6	-	-	-	1	-	-	4	-	-	5	-	-	59	1	2	108	5	8	177	6	10
RS7	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49	4	8	18	1	12	71	5	20
TOTAL	5	-	-	5	-	-	19	-	-	27	-	1	454	14	24	514	49	50	1024	63	75

O = opérationnelle, N = non opérationnelle, P/F = planifiée ou fermée.

Source : Enquête HeRAMS 2022

Equipements médicaux et logistiques

Pendant les multiples crises politico-militaires que le pays a vécu les Formations Sanitaires (FOSA) ont fait l'objet de pillages. Le renouvellement de ces équipements est assuré par l'Etat ou des dons des partenaires bilatéraux, multilatéraux et certaines ONG internationales et nationales. Le service de maintenance des équipements bio médicaux n'est pas opérationnel et doit être renforcé.

2.1.1.5 Prestations des services

Organisation et gestion des services de santé

Les hôpitaux centraux constituent le troisième niveau de référence, le niveau tertiaire. Ce type de FOSA offre des services spécialisés. Les hôpitaux régionaux sont dirigés par un Médecin-Chef. C'est le deuxième niveau de référence, le niveau secondaire. Chaque district sanitaire comprend un hôpital de district et des centres de santés de niveau primaire couvrant chacun une zone de responsabilité. L'hôpital de district constitue la structure de référence pour les malades référés des centres de santé. L'hôpital de district est géré par un Médecin-chef.

Les hôpitaux centraux, régionaux et de district offrent le paquet complémentaire d'activités (PCA). Le Centre de Santé (CS) offre le paquet minimum d'activités (PMA). Il est placé sous la supervision du Médecin de DS. Le CS est dirigé par un Médecin, un Infirmier ou une Sage-femme responsable du CS. Le PS est une FOSA satellite du CS.

Offre des services de santé et du paludisme

L'offre de services y compris de la lutte contre le paludisme de santé est structurellement portée par le secteur public et complétée par le secteur privé. Le sous-secteur privé non lucratif, essentiellement confessionnel, joue un rôle appréciable dans l'offre de soins. Le sous-secteur privé lucratif est faiblement intégré dans les politiques et la mise en œuvre des programmes nationaux de santé. Au niveau communautaire, l'offre de santé est très peu développée. L'adoption et l'initiation de la stratégie d'interventions intégrées de lutte contre le paludisme dans le cadre de l'Auto prise en charge constitue une avancée significative pour une meilleure participation des individus, des familles et des communautés à la promotion, la prévention et la prise en charge du paludisme.

Toutes les FOSA offrent la prise en charge du paludisme. Cependant, selon l'**Enquête HeRAMS 2016**, l'offre de service du diagnostic et de traitement du paludisme est disponible la quasi-totalité des districts sanitaires du pays et dans plus de 75% des structures de santé. La cause principale de non-disponibilité de l'offre de service optimale du diagnostic et du traitement du paludisme en 2016 est l'insuffisance en personnels qualifiés et en intrants.

Offre des services de transfusion sanguine

En RCA, il existe un Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) qui dispose d'une banque de sang sécurisée. Les hôpitaux centraux, régionaux et de districts ne disposent pas de banque de sang. L'offre de la transfusion sanguine est disponible dans seulement 5% des structures de santé dans tout le pays, soit 60% des CHU et HRU, 47% des HS et 67% des HD offrent ce service selon la même **Enquête HeRAMS 2022**.

Secteur privé de la sante

Le secteur privé comprend les lucratifs et les non lucratifs et couvrent 35% de la recherche des soins pour fièvre. Ils approvisionnent aussi une partie non négligeable des intrants de lutte contre le paludisme, en particulier les antipaludiques.

Le secteur privé lucratif est représenté par des cliniques, des cabinets médicaux, les dépôts et officines privées au nombre de 95 y compris 10 infirmeries d'entreprises. Les prestataires du secteur privé n'ont pas encore été formés sur les nouvelles directives de lutte contre le Paludisme et ne sont pas supervisés. Les formations sanitaires privés, surtout les lucratives, ne sont pas intégrées et ne rapportent pas dans le SNIS. Par conséquent ce secteur n'est pas approvisionné en intrants de lutte contre le paludisme.

Les formations sanitaires du secteur privé non lucratif comprend essentiellement le FOSA confessionnelles et des ONG au nombre de 100 (HeRAMS 2016), sont regroupées au sein de l'ASSOMESCA et sont régulièrement approvisionnées en CTA et TDR par le secteur public.

Le niveau communautaire

Le niveau communautaire est assuré par les acteurs communautaires comprenant les leaders communautaires, les Organisations à Assise Communautaire (OAC) et des organisations de la Société Civile qui offrent le paquet promotionnel et contribuent à certaines interventions en santé. Les acteurs du niveau communautaire comprennent également les agents de santé communautaire qui offrent le paquet promotionnel et préventif et assurent la prise en charge des cas simples et réfèrent les cas graves aux formations sanitaires de rattachement.

La Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle en RCA constitue une source non négligeable de la santé et attire une bonne partie de la population pour les services et produits de soins. Elle constitue souvent un premier recours de soins pour toutes les catégories socioculturelles du pays. Ce secteur devra être impliqué dans la mobilisation sociale et la collaboration avec la médecine moderne dans la lutte contre le paludisme.

Accessibilité aux services de santé et qualité des soins

L'accessibilité aux services de santé est en général faible. Au niveau national 65,2% de la population ont accès aux services de santé à moins de 5 kilomètres de leurs domiciles en l'an 2000 contre 45% en 1995. La faible accessibilité aux services de santé de qualité en général est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain (31,2%). Les populations rurales n'accèdent à une formation sanitaire à plus de 10 kilomètres de marche en moyenne.

La recherche de soins pour fièvre dans les FOSA du secteur public est de 42% (MIS 2016).

Les paquets minimum et complémentaire d'activités sont partiellement disponibles.

2.1.1.6. Ressources humaines pour la santé

Secteur public

La disponibilité des Ressources Humaines (RH) pour la santé en RCA est faible et caractérisée par une inégale répartition entre les régions. On note des disparités importantes, et entre la capitale et l'intérieur du pays. Cette situation a été aggravée par la crise et la difficile mobilité des agents qui est un problème récurrent qui mine les efforts faits pour renforcer les services. Le tableau ci-dessous montre la situation des RH en 2019.

Tableau II : Ressources Humaines au niveau des Formations Sanitaires par Région en 2019

Région	Population [2019]	Médecins généralistes	Autres professionnels soignants	Professionnels des soins infirmiers	Professionnels des soins obstétricaux	Médecins généralistes pour 10 000 hbts	Autres professionnels soignants	Professionnels des soins infirmiers pour 10 000 hbts	Professionnels des soins obstétricaux pour 10 000 hbts	Principaux professionnels de santé pour 10 000 habitants
RS 1	818 033	44	23	153	133	0,5	0,3	1,9	1,6	4,3
RS 2	948 049	22	33	123	89	0,2	0,3	1,3	0,9	2,8
RS 3	1 083 835	22	3	74	41	0,2	0,0	0,7	0,4	1,3
RS 4	695 173	12	4	93	47	0,2	0,1	1,3	0,7	2,2
RS 5	251 807	11	0	49	17	0,4	0,0	1,9	0,7	3,1
RS 6	638 000	15	2	39	14	0,2	0,0	0,6	0,2	1,1
RS 7	925 374	329	1200	791	534	3,6	13,0	8,5	5,8	30,8
Total	5 360 271	455	1 265	1 322	875	0,8	2,4	2,5	1,6	7,3

Source : Sara & HeRAMS 2019.

L'analyse de ce tableau fait apparaître une insuffisance notable en personnel dans toutes les catégories professionnelles. Il n'existe pas encore de politique et de plan de développement des RHS. L'élaboration de ces documents est en cours.

Dans les **Formations Sanitaires** :

- 1 Médecin pour 24769 habitants,
- 1 Sage-femme pour 18509 habitants
- 1 Infirmier d'Etat pour 20457 habitants
- 1 Agent de Santé communautaire pour 1643 habitants.

Le secteur privé

Le secteur privé, lucratif ou non lucratif, est composé de cabinets médicaux, de centres de santé et postes de santé dont la situation est peu connue mais assurant la prise en charge des cas. Il regroupe des médecins généralistes, spécialistes, et autres professionnelles de santé toutes catégories confondues. Mais à ce jour, les données sur le personnel et leurs activités ne sont pas disponibles au Ministère de la Santé et de la Population.

Société civile et Communautaire

Les acteurs communautaires sont des personnes ou groupes de personnes, organisées ou pas, qui sont identifiées/désignées par leurs communautés sous la direction des leaders communautaires. Ils sont souvent formés par le ministère de la santé ou les partenaires pour assurer la mise en œuvre des activités de santé et de lutte contre le paludisme dans leurs localités respectives pour une bonne auto prise en charge. Ils constituent un tissu de base important et ont un grand potentiel pour assurer les activités de lutte contre le paludisme dans le cadre de l'autoprise en charge des activités d'autoprise en charge des problèmes de santé et du paludisme.

Les organisations de la société civile comprennent les organisations à base communautaire. Ce sont des structures organisées qui couvre tout le territoire national, qui compris les zones difficiles à atteindre. Ils sont d'un appui critique pour la fourniture de services et produits de santé aux population difficile d'accès et dans les urgences complexes.

2.1.1.7. Financement durable de la santé et protection sociale

Financement de la santé

Sur le plan interne les principales sources de financement de la santé sont représentées essentiellement par les ménages qui contribuent à hauteur de 51% des coûts des soins et services. Les PTFs sont le deuxième grand contributeur aux frais de santé avec une moyenne de 38,96%. (PNDS III). L'Etat contribue pour 9,4%. Les allocations budgétaires de l'Etat pour la Santé représentent en moyenne 9% du budget général de l'Etat et reste donc en deçà du seuil recommandé par la Déclaration d'Abuja (15%). Les communautés et le secteur privé sont les autres principaux acteurs domestiques.

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire était le moyen de financement approprié pour atteindre les bénéficiaires sous deux formes : le recouvrement des coûts avec l'approche paiement par épisode et par acte, et l'approche participative pour certains investissements comme les constructions ou réhabilitation des infrastructures. Le financement des soins de santé dépend des contributions des ménages (payements directs aux prestataires), dont la capacité de payer a été fortement affectée par la crise. Toutefois, l'exigence de la contribution des individus et des

manages pose une barrière importante à l'accès aux produits et services de santé et un problème d'équité pour la majorité de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté.

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) soutenu par la Banque Mondiale contribue également à travers le Projet d'Appui au Système de Santé (SENI) pour un coût variant de 3 à 5,5 dollars/habitant dans la zone du projet en vue de :

- Accroître l'utilisation et l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les zones rurales ciblées de la RCA ;
- Assurer les soins de santé d'urgence aux populations.

Protection sociale

Du point de vue de la protection sociale, la RCA a un niveau de couverture faible. Les systèmes formels d'assurance maladie n'offrent l'opportunité de couverture du risque maladie que dans le secteur privé. Les tentatives de création de mutuelle de santé en faveur des populations vulnérables, notamment les femmes enceintes, allaitantes et des enfants initiées par le gouvernement en 2010 n'ont pas abouti. La loi de la gratuité ciblée N°19.037 du 15 Février 2019 fixant la gratuité des soins de santé en faveur des enfants de moins de 5ans, des femmes enceintes et allaitantes sur toute l'étendue du territoire a été promulgué mais son application sur toute l'étendue du territoire est incomplète.

2.1.2 Organigramme du Ministère et lien avec le PNLP

Selon les dispositions du Décret n°18.214 du 17 août 2018, Titre 2, le Ministère en charge de la Santé et de la Population est composé au plan administratif et technique, des structures ci-après :

- Un Cabinet ;
- Des Directions techniques
 - Quatre (04) Directions générales ;
 - Douze (12) Directions techniques centrales ;
 - Sept (07) Directions Techniques Régionales ;
- Des Etablissements sous tutelle et consultatif :
 - L'Unité de Cession du Médicament,
 - Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, Pharmaciens et Chirurgiens-dentistes,
 - Le Comité Inter Clusters Santé
 - L'Institut Pasteur de Bangui.
- Des Etablissements centraux de référence en matière de diagnostic, de soins, de formation et de recherche ;
- Des Structures déconcentrées et décentralisées
 - Sept (07) Hôpitaux Régionaux,
 - Trente-cinq (35) Hôpitaux de Districts et les structures de santé

Le PNLP est un environnement qui regroupe tous les acteurs de la lutte contre le Paludisme en RCA. On y retrouve les partenaires techniques et financiers (Unicef, OMS, UNFPA, FM, RBM, Banque Mondiale, etc.) qui interagissent avec le programme à travers le cabinet. Les ONG Nationales, internationales, la société civile et les Organisations à Base communautaire qui interagissent avec le SLP assurant la coordination du PNLP.

- Renforcer le système de santé (Ressources Humaines, Gestion des Achats et Stocks, Système d'Information Sanitaire, leadership et gouvernance, infrastructures et équipements, prestations de services et financement) et le système communautaire.

2.1.4. Contexte politique

Après la longue crise que le pays a connue à partir de décembre 2012, la sécurité revient progressivement dans bon nombre de localités suite à la signature de l'Accord Politique pour la Paix et la Réconciliation avec les groupes armés (APPR).

Cette situation n'a toutefois pas favorisé la mise en œuvre optimale des programmes de santé et de lutte contre le paludisme.

L'organisation des élections libres et démocratiques tenues en décembre 2015, a permis le retour progressif de la sécurité. Cette restauration de la démocratie et d'un Etat de droit devra garantir la stabilité sociopolitique, un relèvement post conflit, une paix durable et la reconstruction du pays après la longue période de crise.

L'analyse des tendances depuis 2018 montre que plus de la moitié de la population centrafricaine a besoin d'une aide humanitaire et que le degré de sévérité des vulnérabilités ne cesse d'augmenter. En adéquation avec les besoins exprimés par la communauté humanitaire, l'impact de la réponse en 2021 a été multiplié avec près de deux fois plus de personnes ciblées atteintes comparé à 2018. Financé à hauteur de 88%, le Plan de réponse humanitaire (PRH) pour la République centrafricaine (RCA) de 2021 a permis d'atteindre 1,7 million de personnes, soit 92% des personnes ciblées. Ce résultat est à attribuer à un niveau de financement en augmentation continue, accompagné d'une mise à l'échelle de la réponse grâce à une approche flexible et localisée ainsi qu'à la mutualisation des ressources.

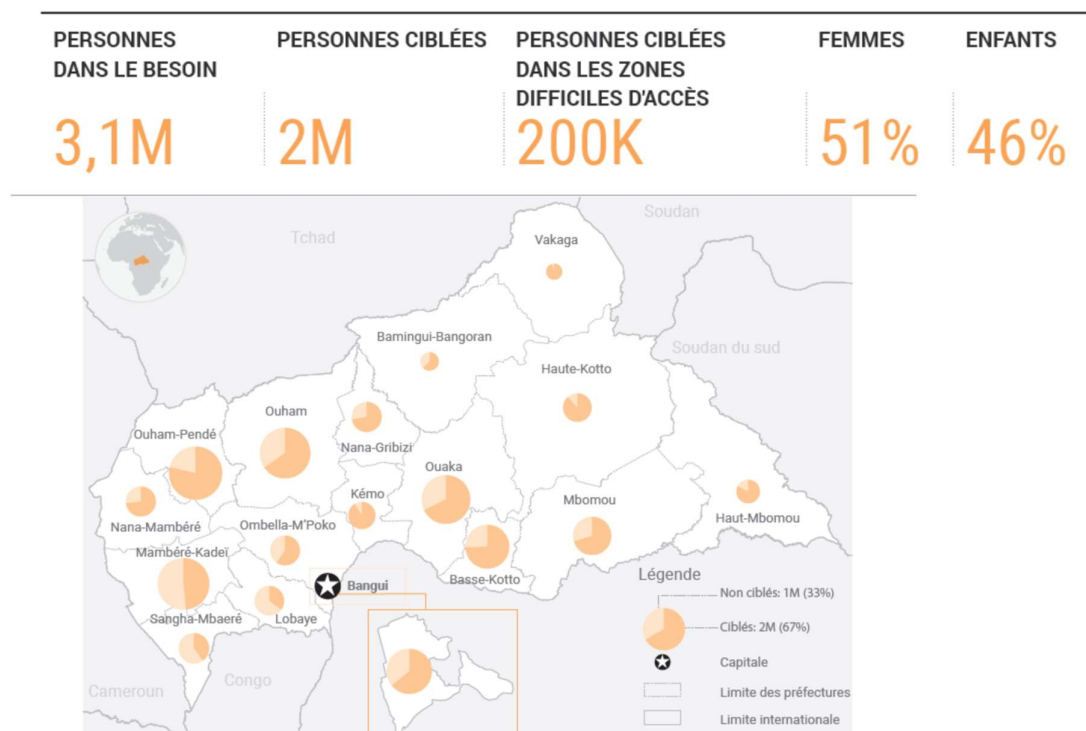


Figure 3 : Réponse planifiée en 2022 par nombre de personnes ciblées par préfecture (CAR HRP 2022)

2.2. Données démographiques

La RCA vient de lancer les travaux de la cartographie censitaire du prochain (RGPH4). Le dénombrement partiel donne un effectif total d'environ 6.399.458 habitants en 2023.

Selon les données de projection du Recensement Général de la Population (RGPH) en 2003, la population centrafricaine est estimée en 2022 à 5.676.026 habitants (soit une densité moyenne de 8,7 habitants au km²). Cette population est composée de 2.683.269 hommes, soit 49,1% et 2.781.638 femmes, soit 50,9%. La croissance démographique est estimée à 2,0%. En dehors de Bangui qui compte 944.039 habitants (17,2%), les villes les plus peuplées sont : Bambari (231.702 habitants), Mbaiki (221.445 habitants), Paoua (221.220 habitants), Bouar-Baoro (219.074 habitants) et Carnot-Gadzi (203.583 habitants). Les moins peuplés sont ceux de la Bouca (73.575 habitants), de la Vakaga (71.383 habitants), et de la Bamingui-Bangoran (58.768 habitants). Les femmes en âge de procréer représentent 24,5%, celle des femmes enceintes de 4%, les enfants de moins de 5 ans représentent 17,3% et les enfants de moins de 1 an 3,5%. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constituent les couches de la population les plus vulnérables dans la lutte contre le paludisme.

La population en zone rurale est estimée à 62% contre 38% en zone urbaine. En 2010, l'indice de fécondité en RCA est estimé à 6,4%. La Mortalité maternelle 829 décès pour 100.000 naissances vivantes (Données Unicef 2020), la Mortalité infanto-juvénile 99 décès pour 1000 naissances vivantes et la Mortalité néonatale 28 décès pour 1000 naissances vivantes (MICS6 2018-2019). En ce qui concerne l'accès aux services essentiels de santé, il est noté que l'indice de Couverture Sanitaire Universelle en RCA est de 223. La population de la RCA est très jeune, plus de 49% de la population ont moins de 18 ans. L'espérance de vie à la naissance est de 53,3 ans. Ci-dessous se trouve la répartition de la population en 2022 par district sanitaire.

En ce qui concerne l'impact épidémiologique de l'accroissement naturel de la population sur le paludisme, on note que selon le MICS-6, 49,9% des population dorment sous MILD avec 67% en zones contre 41% en les zones rurales. En termes de population à risque, 59% de la population rurale est vulnérable contre 33% de la population urbaine.

La même analyse se retrouve pour le traitement préventif intermittent enceinte avec 30,2% des femmes enceintes qui ont reçu 3 doses de SP au niveau national, 43,4% en zone urbaine et 24,5% en zone rurale. En termes de vulnérabilité, 24% des femmes enceintes en zone urbaine n'ont pas reçu de traitement contre 48% en zone rurale.

REGIONS SANITAIRES	DISTRICTS SANITAIRES	POPULATION 2022
RS1	MBAIKI	227 711
	BODA	126 025
	BEGOUA	338 889
	BIMBO	357 522
	BOSSEMBELE	208 333
RS2	BERBERATI	194 558
	CARNOT-GADZI	256 586
	GAMBOULA	100 967

	BABOUA-ABBA	111 248
	BOUAR-BAORO	239 093
	SANGHA MBAERE	142 239
RS3	BATANGAFO-KABO	148 572
	BOUCA	82 544
	BOSSANGOA	171 394
	NANGHA BOGUILA	133 957
	BOCARANGA- KOUI	147 444
	BOZOUM-BOSSEMPTELE	101 954
	NGAOUNDAYE	138 353
	PAOUA	314 851
RS4	BAMBARI	294 499
	KOUANGO-GRIMARI	163 014
	KEMO	188 336
	NANA GRIBIZI	214 042
RS5	BAMINGUI-BANGORAN	84 161
	HAUTE-KOTTO	131 551
	VAKAGA	85 268
RS6	MOBAYE-ZANGBA	135 621
	ALINDAO-MINGALA	168 830
	KEMBE-SATEMA	85 226
	BANGASSOU	165 893
	OUANGO-GAMBO	98 355
	HAUT-MBOMOU	53 622
RS7	BANGUI I	177 274
	BANGUI II	363 600
	BANGUI III	291 843
TOTAL		6 243 373

Tableau : Répartition de la population par district sanitaire en 2022

2.3. Ecosystème, environnement et climat

Située en zone tropicale pluvieuse, la RCA est partagée entre savanes au Nord et forêt équatoriale au Sud. La végétation est constituée d'environ 3,5 millions d'hectares de forêt au sud et d'une zone de savane boisée au nord. Le relief est peu accidenté avec une altitude moyenne qui varie entre 650 et 850 m, et un réseau hydrographique très dense provenant de la dorsale oubanguienne et du haut bassin du fleuve Chari. Le mont Ngaoui avec ses 1 420 m est le point culminant à l'Ouest. La moyenne annuelle des températures avoisine 26°C.

Le climat centrafricain est caractérisé par quatre types à savoir :

- i) Le climat guinéen-forestier qui couvre la partie Sud-Ouest et Sud-Est du pays. On y compte neuf mois de saison de pluie et trois mois de saison sèche. On y dénombre en moyenne par an 1.600 mm de précipitations ;
- ii) le climat soudano-guinéen qui occupe la bande qui va de Baboua à la frontière camerounaise à l'Ouest et à Yalinga à l'Est. Il est caractérisé par six mois de saisons de pluies, trois mois de saison sèche et trois d'intersaison. La hauteur des précipitations varie de 1.200 à 1.500 mm par an ;
- iii) le climat soudano-sahélien, s'étend au Nord de la zone précédente, de la région de Paoua au Nord-Ouest au Sud de Birao à l'extrême Nord-Est. La pluviométrie oscille entre 800 et 1.100 mm par an avec comme caractéristiques, l'humidité relative à un régime plus contrasté et l'ensoleillement annuel plus important compte tenu de la position en latitude du pays. C'est le domaine de la savane et des parcs nationaux ; et
- iv) La zone autour de Birao se rattache au climat sahélien du grand ensemble Centre-Tchad, où la saison sèche est plus longue que la saison de pluies.

Ce contexte physique est l'un des facteurs qui favorisent le développement des vecteurs de nombreuses maladies transmissibles dont le paludisme. La situation en latitude et la continentalité agissent sur les éléments du climat et font de la RCA un pays intertropical à climat très diversifié comme le montre la figure ci-dessous.

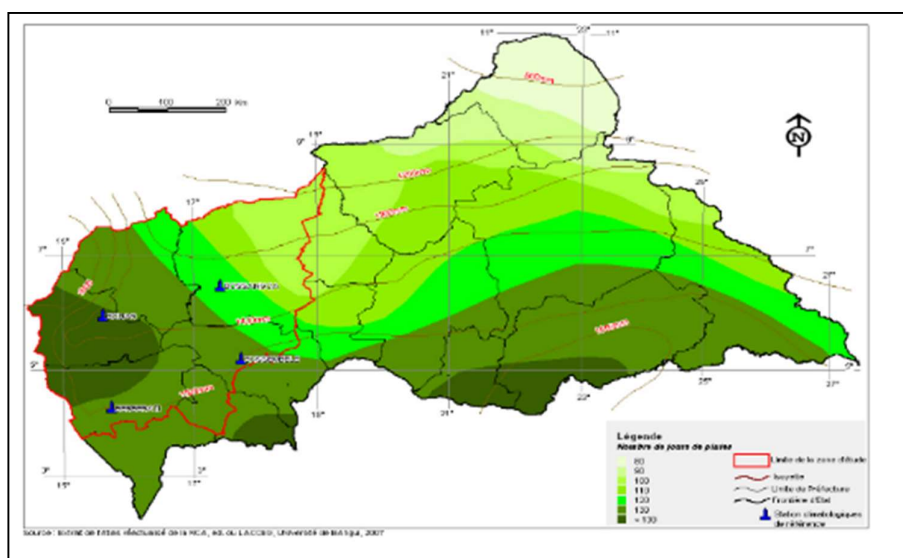


Figure 2 : Stratification du pays en fonction de nombre de jours de pluies

2.4. Situation socio-économique

Indicateurs de développement et de pauvreté

La valeur de l'Indice de Développement Humain (IDH) de la RCA pour 2021 s'établit à 0,404. Ce qui le place au 188^e rang parmi 189 pays et territoires (source RDH PNUD, 2021/2022). Son Produit Intérieur Brut (PIB) est passé de 47,2% en 2019 à 44,1% en 2020 (source MICS 2019). Selon la Banque Mondiale en 2020, environ 71 % de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté international (1,90 dollar par jour).

En ce qui concerne l'espérance de vie de la population centrafricaine, elle est de 55 ans en 2020 à la naissance (source Banque Mondiale).

En outre, le taux net de scolarisation au primaire est passé de 72% (65% chez les filles et 79% chez les garçons) en 2016 à 84% (74% chez les filles et 94% chez les garçons) en 2017.

Le taux de mortalité maternelle est estimé à 829 décès pour 100.000 naissances vivantes (Données MICS 2018). Le Taux de mortalité toute cause confondue chez les enfants de moins de 5 ans pour 1000 est de 99 (source MICS 2019). Ce taux classe la RCA au 3e rang mondial de mortalité élevé après l'Afghanistan et la Somalie (source Rapport ODD 2018).

Principales activités économiques

Le pays a développé une industrie minière, souvent artisanale, avec des gisements d'aluminium, de cuivre, d'or, de diamant, d'uranium et des puits de pétrole en phase d'étude. La production de diamants alluvionnaires de très bonne qualité (diamants de joaillerie) s'établit à environ 500 000 carats bruts par an. La Centrafrique figure en quatrième ou cinquième place mondiale pour leur qualité. La production réelle est difficile à estimer, car il existe une contrebande importante dans ce secteur. La production, le commerce, ainsi que la taille des diamants, sont des activités qui font régulièrement l'objet de plans visant à les nationaliser, ou au contraire à les libéraliser. L'exploitation des diamants alimente les différents groupes armés et la violence dans le pays.

Les principales cultures sont le manioc, les bananes, le maïs, le café, le coton et le tabac. Le potentiel des sols est estimé à 15 millions d'hectares.

Le nord-ouest et le centre du pays représentent un bassin agricole important pour les cultures de coton et de canne à sucre. Toutefois, la faiblesse des infrastructures et du soutien à la production, qui reste majoritairement extensive, limite très fortement les rendements, très inférieurs à ceux des pays voisins.

L'élevage s'appuie sur un cheptel d'environ 15 millions de têtes. L'exploitation forestière contribue largement au PIB, avec d'importantes ressources en bois tropicaux. La forêt centrafricaine couvre une superficie de 3,8 millions d'hectares. Dès le début de la colonisation, on a exploité l'hévéa pour son latex, aujourd'hui les essences sont plus diversifiées. Les moins nobles sont transformées localement par une petite industrie de contreplaqués, tandis que les plus précieuses sont exportées sans transformation sous forme de grumes.

La production de diamants alluvionnaires de très bonne qualité (diamants de joaillerie) s'établit à environ 500 000 carats bruts par an. La Centrafrique figure en quatrième ou cinquième place mondiale pour leur qualité.

Il existe des usines de production locale de boissons, du sucre, du savon et de transformation d'aluminium. Le secteur privé emploie environ 11 000 salariés.

Le tourisme reste encore anecdotique, autant du fait de la faiblesse des infrastructures d'accueil et de transport que de l'insécurité qui règne dans le pays.

Migration, déplacement, nomades, populations spéciales etc.

La RCA est un pays qui compte de nombreuses ethnies. Les troubles militaro-politiques récurrentes à la suite des événements depuis 2013, marqués par de nombreux et graves actes de violences, des

tueries notamment de populations civiles, des pillages et de graves violations de Droits Humains, ont entraîné le pays dans une crise profonde caractérisée par l'insécurité généralisée, le déplacement interne et externe de la population, la paupérisation de la communauté et la faiblesse de l'autorité de l'État. De ce fait, la situation sécuritaire de la RCA demeure précaire. La RCA, affiche le visage d'un pays politiquement instable et fragile, économiquement faible, et dans lequel le niveau d'insécurité dans l'arrière-pays reste une source de préoccupation.

Il existe en RCA, des populations spécifiques comme les pygmées dans les zones de forêt difficile d'accès, ainsi que les peulhs éleveurs difficile à atteindre du fait de mouvements de transhumance saisonnières. Les peulhs nomades développent le cheptel bovin. Ces populations doivent bénéficier d'une attention particulière pour des actions spécifiques adaptées à leurs conditions pour une meilleure réponse aux problèmes de santé.

A cause des conflits, La violence entre les groupes armés et contre les civils a contraint des milliers de personnes à fuir. Il s'ensuit qu'en février 2021 plus d'un quart de la population a été, soit déplacée à l'intérieur du pays (environ 742.000 personnes), soit réfugiée dans des pays voisins (environ 648.000 personnes) et plus de la moitié de la population (soit 2,8 millions de personnes) ont besoin de l'assistance humanitaire et de protection.

Comme, ailleurs et partout dans le monde, la pandémie a Covid-19 est venue aggraver un environnement déjà précaire avec une hausse du nombre de violences sexuelles, augmentant ainsi les besoins en services de protection et prise en charge des victimes.

Rôle des groupes des femmes et d'autres organisations sociales

Les Groupements femmes et les organisations sociales ont un rôle naturel et traditionnel en matière de fourniture de soins de santé aux membres du ménage, de la famille et de la communauté. La femme en particulier a la charge principale de sante et du bien-être de la famille, en particulier pour les premiers soins des enfants. La communication et le soutien mutuel rendus possibles par les organisations de femmes et les organisations sociales constituent souvent un appoint pour la promotion et la mise en œuvre des activités de santé. En étant volontaires pour devenir des agents de santé communautaire ou des agents de santé de village ou pour exercer une activité dans d'autres domaines de la vie communautaire, les femmes assurent une continuité qui est essentielle pour les programmes de développement et de santé en zone rurale.

Les associations qui existent déjà dans de nombreuses communautés constituent une structure toute prête pour faire participer les femmes aux activités de promotion sanitaire. Parmi ces associations, on peut citer :

- L'organisation des Femmes Centrafricaines (OFCA) qui intervient dans le domaine de soins de santé primaire ;
- Le RECAPEV et l'association des Filles libres qui interviennent dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, le droit humain, l'accompagnement psychosocial des PVVIH ;
- Le Groupe de Soutien PTPE qui intervient auprès des femmes enceintes dans la sante de la reproduction, la prévention de la transmission mère enfant de l'infection à VIH ainsi que l'accompagnement psychosocial des PVVIH.
- ANJFAS qui œuvre dans la mobilisation sociale dans le cadre de la promotion de la sante ;
- SPALCA qui intervient dans la mobilisation sociale en particulier la lutte contre le paludisme.

L'obstacle le plus important tient à la situation socioéconomique relativement défavorisée de la femme dans de nombreuses sociétés rurales et/ou en développement. A ceci s'ajoute l'absence d'instruction, de sorte que les planificateurs sont rarement conscients de la contribution personnelle et matérielle des femmes dans leur rôle traditionnel de prestataires de soins de santé.

Habitat dans les zones urbaines et rurales

Les logements de types traditionnels simples représentent le cadre de vie de la majorité des populations centrafricaines (60,0%), plus particulièrement ceux résidant en milieu rural (77,7%) et qui représentent 62,1% de la population du pays. Les logements traditionnels améliorés bien que faibles en proportion au niveau national (15,2%) se concentrent en milieu urbain (28,0%) (Source : RGPH 2003). Il y a en moyenne 4,8 personnes par ménage. Le taux de dépendance est de 95,5 en zone urbaine et de 112,3 en zone rurale.

Infrastructure, communication et accessibilité à différentes zones

La RCA étant enclavé, elle n'accède à la mer à travers le Cameroun (1470 km) par voie terrestre, et la République du Congo (1710 Km) par la voie fluviale⁵ et ferroviaire. La route du corridor Douala-Bangui joue un rôle capital dans l'acheminement des produits de première nécessité y compris les produits de santé et les intrants antipaludiques.

L'aéroport international M'Poko facilite le transport aérien des personnes et des marchandises au niveau international et est utilisé par les agences humanitaires pour le transport du personnel et la distribution d'intrants vers les zones de l'intérieur du pays, en particulier les zones difficiles d'accès par la route ou du fait de l'insécurité. C'est le cas des vols UNHAS qui assure le déplacement des produits de santé vers une partie des régions sanitaires 5 et 6.

Le réseau routier interne de la RCA est constitué de routes nationales, régionales et de pistes rurales, qui sont en majeure partie détériorées et impraticables pendant la saison pluvieuse. Dans certaines localités, ce réseau routier est interrompu par des cours d'eau ; ce qui nécessite l'utilisation des bacs ou pirogues pour la traversée.

La couverture du pays en infrastructures sanitaires reste globalement insuffisante avec des disparités et une répartition inégale aussi bien entre les régions sanitaires qu'à l'intérieur des régions. Les structures existantes sont souvent vétustes avec des plateaux techniques qui ne répondent pas aux normes. Dans certaines parties du pays les infrastructures sanitaires ont connu de dégradation importante et de pillages lors des conflits politico-militaires les ont rendus inutilisables. Cette situation handicape de manière significative l'accessibilité des populations à des produits et services de santé de qualité et ne permet pas aux acteurs du système de santé de mener les activités de promotion de la santé, de prévention, de prise en charge et de suivi des programmes de santé à travers le pays.

Dans le domaine de la communication, on note l'existence de trois sociétés de télécommunication Telecel, Moov et Orange dont le réseau couvre 80% du territoire national. Le développement de la téléphonie mobile facilite la communication entre toutes les principales villes du pays. À cela, l'on note l'existence de connexion Internet dans certaines villes mais avec un débit très faible. Pour faciliter la communication et le rapportage des données sanitaires les efforts sont en train d'être mobilisés afin qu'il y ait installation des VSAT au niveau de la majorité des districts sanitaires.

⁵ Plan d'action national de sécurité sanitaire de la RCA 2022-2026, 2021

Pratiques culturelles et sociales

Le paludisme, la première cause de morbidité et de mortalité après les infections respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans en RCA. Les fréquentations des structures de santé du secteur public (recherche de soins pour fièvre) sont de 42%. Le reste fréquente le secteur privé, les prestataires communautaires, les tradipraticiens ou pratique l'automédication. Le Ministère de la Santé et de la Population dispose en son sein une direction en charge de la Pharmacie et de la Médecine traditionnelle, qui collabore avec le Réseau des tradipraticiens.

Depuis 2015 la politique du gouvernement centrafricain tend vers une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PEC-ci) pour faire efficacement face à la comorbidité si fréquente chez les enfants souffrant de fièvre (PSN 2018-2022). Les Organisations à Assises Communautaires (OAC) sont présentes dans toutes les régions sanitaires et certaines sont appuyées par les partenaires techniques et financiers. L'enquête CAP réalisée en 2022 a révélé que 85% des ménages ont reçu des informations sur le paludisme.

Bien que la grande majorité des populations soient informée du paludisme, de ces causes et de son traitement, certains ménages ne connaissent pas si le paludisme est curable, d'autres affirment que le malade du paludisme ne peut pas guérir (6%). En outre dans certaines communautés, des membres des ménages attribuent les décès chez les femmes enceintes et les enfants fébriles à la sorcellerie. Ces différentes représentations ont un impact négatif sur les résultats de la lutte contre le paludisme.

La grande majorité des ménages centrafricains connaissent l'existence de la moustiquaire imprégnée d'insecticide grâce aux multiples activités réalisées par le Gouvernement et ses partenaires. Toutefois certaines croyances socioculturelles freinent son utilisation à bon escient. En effet selon certaines populations, la moustiquaire étouffe et génère la chaleur, pour d'autres, elle est toxique. Ainsi pour enlever cette supposée qualité toxique de la moustiquaire, les femmes les lavent avant usage. De cela découle le refus de son utilisation (enquête CAP 2022) et augmente le risque de transmission du paludisme.

2.5. Analyse du système de santé

Equité en termes de disponibilité, d'accès et de couverture

La RCA s'est engagé de promouvoir l'approche intégrée dans la mise en œuvre du PNDS III comme base de planification pour toute intervention dans le secteur de santé, de mobiliser effectivement les ressources requises, de disposer de bases factuelles devant permettre d'atteindre toutes les cibles, de mesurer les progrès, de veiller à élaborer des plans annuels, et de mettre en place des organes de suivi de l'exécution du plan. La collaboration avec les autres secteurs et partenaires tant publics que privés, nationaux qu'internationaux, ainsi que les acteurs communautaires et de la société civile sera encouragés et recherchée pour un accès universel aux services et produits de santé.

Il est aussi nécessaire de signaler que le Pays à travers la mise en œuvre des différents programmes, mène des interventions en faveur des populations minoritaires (peuhls, pygmées), des groupes vulnérables tels que les personnes privées de liberté (prisonniers), et les déplacés.

Une politique de la gratuité ciblée des soins a été adoptée et sera mise en œuvre sans discrimination. La prise en charge et les interventions de prévention (distribution de MILDA, sensibilisation etc.) dans

le cadre de la mise en œuvre du Programme National de Lutte contre le Paludisme se fait sur toute l'étendue du territoire sans discrimination.

En effet, pour parvenir à une protection universelle des populations à risque de paludisme, la distribution des MILD en RCA est faite gratuitement au travers des services sanitaires publics et privés existants (activités vaccinales, consultation des nourrissons, prise en charge des cas, des malnutris, cibles en hospitalisation, stratégies avancées et mobiles) et des approches communautaires au travers de campagnes de distribution de masse. Des activités spécifiques ciblent les groupes les plus vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. L'accès aux prestations de service dans les formations sanitaires se fait sur une base d'équité et de respect des droits humains et du genre.

Répartition et de l'utilisation des ressources

- **Ressources financières**

Les principaux acteurs du financement des dépenses totales de santé en République Centrafricaine sont les ménages, l'Etat, les partenaires techniques et financiers (PTFs) (partenaires bilatéraux, multilatéraux, les Agences des Nations Unies) y compris les ONGs, l'Etat et le secteur privé (lucratif et non lucratif).

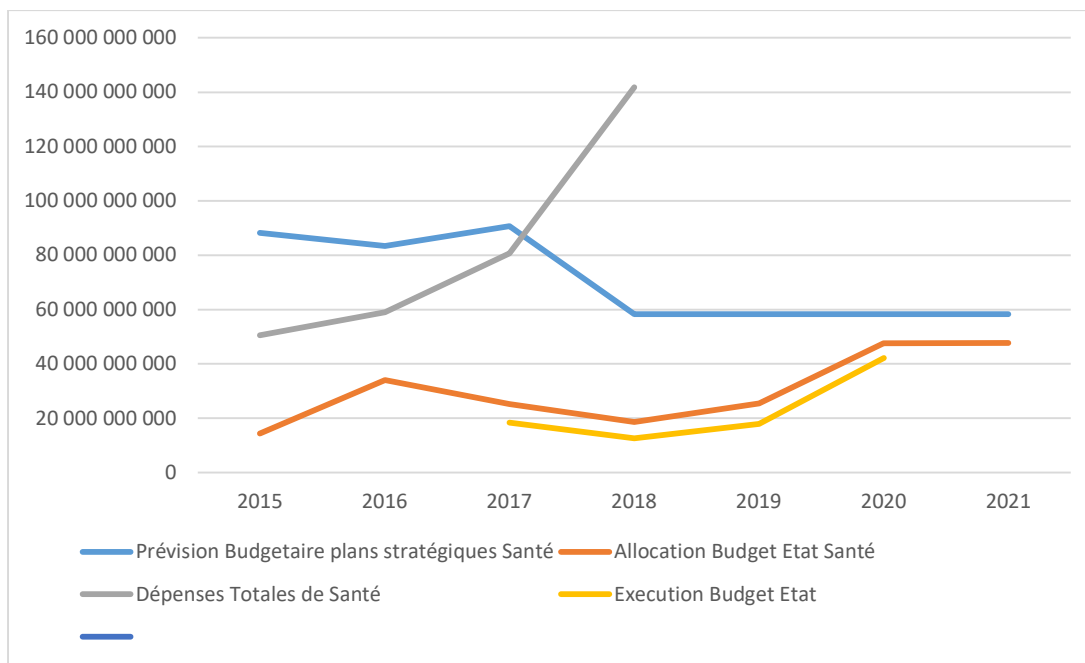
Les allocations budgétaires de l'Etat pour la Santé représentent en moyenne 9 % du budget général de l'Etat et reste donc en deçà du seuil recommandé par la Déclaration d'Abuja (15%).

En 2018, 93.25% des dépenses courantes de santé ont été assurées principalement par les ménages, l'Etat et les PTFs (Rapport CNS_RCA_2015-2018). Cependant, l'on note une absence d'alignement sur la stratégie pays en matière de mobilisation des ressources et l'existence d'une multiplicité des procédures des PTFs à laquelle s'ajoute la faible coordination de l'Aide.

Selon le Rapport des Comptes Nationaux de Santé 2015-2018, la Dépense Totale en Santé a connu une augmentation progressive passant de 50 532,62 Milliards à 80 594,71 Milliards au cours de la période de la mise en œuvre du PTSS. Cette croissance a évolué de 75,83% au cours de la première année de la mise en œuvre du PISS. L'analyse du niveau du financement révèle que le volume des Dépenses Totales en Santé (DTS) a augmenté régulièrement 50,53 milliards de FCFA en 2015, pour atteindre 80,59 milliards de FCFA en 2017 puis 141,71 milliards de FCFA en 2018.

Concernant le budget de l'Etat, l'analyse du financement du secteur de la santé de 2016 à 2020 révèle une performance mitigée. Il est observé sur la série de 5ans pour ce qui concerne les ressources mobilisées deux pics majeurs et trois situations de contre-performance. Les pics sont observés en 2016 où le budget du secteur est évalué à 34, 018, 644,000 soit 13,12% du Budget Général de l'Etat et en 2020 où le budget du secteur est évalué à 47, 510, 367,000 soit 14,47% du BGE. Le pic de 2020 est consécutif à la mobilisation accrue des ressources en partie provenant de l'aide budgétaire pour la réponse à la pandémie de Covid-19.

Graphique 1 : Evolution du financement de la santé par rapport aux prévisions de 2016 à 2021



Les dépenses totales de santé ont une progression ascendante à partir de 2017 avec un pic enregistré en 2018 mais largement au-dessus des prévisions et une baisse des allocations du Budget de l'Etat versus dépenses de santé qui ont une allure exponentielle en 2018. A cela s'ajoute une baisse continue de l'exécution du budget de l'Etat inférieur aux approbations budgétaires.

Les dépenses pour les soins préventifs ont diminué au cours de la mise en œuvre du PTSS et représentent respectivement 25,16 % ; 17,31% et 17,88% au cours des trois années de la mise en œuvre du PTSS. On remarque une augmentation progressive des dépenses accordées aux soins curatifs qui sont de l'ordre de 55,06% ; 69,59% et 69,07% respectivement au cours de la même période. Les dépenses en médicaments ont occupé une part marginale au cours de la même période d'étude.

La dépense par tête d'habitant a enregistré une croissance régulière ces quatre dernières années avec un accroissement passant de 10 200 FCFA en 2015 à 26 924 FCFA en 2018. Cependant, elle reste toujours en deçà de la norme de l'OMS qui est de 112 \$USD per capita. L'analyse de ces différentes données montre que les dépenses de santé plongent les populations dans l'extrême pauvreté.

• Ressources humaines pour la santé (RHS)

En RCA, les ressources humaines pour la santé (RHS) constituent un défi majeur. L'on dénombre globalement 5,5 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants. Cette densité de professionnels de santé reste en deçà des normes de l'OMS qui est de 23 travailleurs de la santé pour 10 000 habitants. En outre, la répartition géographique du personnel est inégale. A Bangui la capitale du pays, le nombre dépasse largement la moyenne nationale avec 20,9 professionnels de santé pour 10 000 habitants alors que dans les régions sanitaires 6 et 3 cette moyenne est de 1,1 et 1,3 professionnels de santé pour 10 000 habitants respectivement. La pénurie de médecins spécialistes et autres agents spécialisés se fait sentir à tous les niveaux du système de santé.

La gestion des RHS est confrontée à d'énormes défis, parmi lesquels :

- i) La faible capacité de production des ressources humaines qualifiées en santé par rapport aux besoins ;
- ii) L'absence de plan d'investissement et de développement des RHS avec un plan de mise en œuvre ;
- iii) L'insuffisance de recrutement et de la dotation des RH face aux énormes défis et inférieurs aux divers départs (retraite, décès, disponibilité, détachement et démission) ;
- iv) L'absence de mécanisme de motivation et de fidélisation dans un contexte de crise fortement marquée par l'attraction exercée par les ONG humanitaires et les PTF qui offrent des opportunités salariales plus alléchantes ;
- v) L'absence d'une base de données fiable sur la situation des RHS exerçant dans les secteurs publics et privés et l'insuffisance de contrôle ;
- vi) L'absence d'un système d'évaluation des performances et de sanctions du personnel ;
- vii) L'inadéquation entre la formation et les besoins des structures de soins et services de santé.

• **Ressources matérielles**

La couverture moyenne en lits d'hospitalisation est de 13 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants avec des disparités entre les régions. La région sanitaire n°3 enregistre la plus forte densité avec 18 lits pour 10 000 habitants, tandis qu'au niveau de la région n°4, l'on note la plus faible densité, soit 4 lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants. La norme en matière de disponibilité en lits d'hospitalisation est de 25 lits pour 10 000 habitants selon l'OMS.

La disponibilité des équipements médicaux reste problématique pour une bonne prise en charge des maladies et du paludisme. L'analyse de la disponibilité de l'équipement essentiel montre que la source de lumière est le moins disponible (45%) que la balance pour enfant (70%), le tensiomètre (76%), le thermomètre et la balance pour adulte (84%) et stéthoscope (85%).

La gestion des interventions urgentes ou de transfert des patients nécessite aussi une amélioration car le nombre des ambulances n'est pas suffisant et celles disponibles sont presque amorties. Il en est de même pour les véhicules d'opérations telles que les supervisions ou les activités de campagnes qu'il faut augmenter.

• **Qualité des services de santé**

La qualité est une notion complexe qui présente différents aspects et exige, par conséquent, la conception et le déploiement simultané des mesures distinctes diversement associées. L'élaboration, le peaufinage et la mise en œuvre d'une politique et d'une stratégie nationale de la qualité sont aujourd'hui des priorités croissantes même si les pays s'efforcent d'améliorer systématiquement les performances de leur système de santé. Le plus souvent, la préparation d'une stratégie nationale de la qualité implique une ou plusieurs des étapes suivantes :

- L'élaboration d'une politique de la qualité et d'une stratégie de mise en œuvre dans le cadre du plan national établi officiellement pour le secteur de la santé ;
- La préparation d'un document de fond sur la qualité, généralement un document autonome rédigé à l'issue d'un processus national de consultation des parties prenantes dirigé ou soutenu par le ministère de la santé ;
- La définition d'une stratégie nationale de mise en œuvre de la qualité, accompagnée d'un plan d'action détaillé et incluant une section précisant les domaines d'intervention essentiels ;

- L'adoption d'une législation et de textes réglementaires pour soutenir la politique et la stratégie en faveur de la qualité.

En Centrafrique aucune étude n'a été réalisée pour évaluer la qualité des services de santé, notamment dans les formations sanitaires publiques et privées. Le secteur de la santé s'inscrit dans la logique de fournir les services sociaux de base à l'ensemble de la population et sur tout le territoire à travers une politique sectorielle adéquate en lien avec le pilier 2 du RCPCA, qui est de « renouveler le contrat social entre l'État et la population ».

- **Indicateurs clés du système de santé**

Domaines	Indicateurs
Infrastructures	• Couverture géographique en FOSA • Proportion de lit pour 10 000 habitants
Utilisation de service	• Taux de fréquentation hospitalière
GAS	• Pourcentage des FOSA sans rupture de stock de médicaments essentiels
Financement de la santé	• Taux d'exécution budgétaire
Ressources Humaines	• Proportion de personnel qualifié pour 10 000 habitants • Proportion de personnel formé
SNIS	• Proportion des rapports attendus des établissements de santé reçus (promptitude et complétude)
Surveillance	• Proportion de cas de paludisme détectés par les systèmes de surveillance • Proportion de cas ayant fait l'objet d'une investigation d'une alerte
Surveillance à base communautaire	• Nombre d'enfants rattrapés et référés dans les FOSA
Laboratoire	• Taux de positivité des tests de dépistage • Taux annuel d'examens sanguine
Hospitalisation	• Nombre de patients hospitalisés pour 10 000 personnes par an • Proportion des hospitalisations pour toute cause
Mortalité	• Nombre de décès pour 100 000 personnes par an • Proportion de décès de patients hospitalisés • Taux de mortalité maternelle • Mortalité des enfants de moins de cinq ans toutes causes confondues
CCC/mobilisation communautaire	• Nombre de FOSA disposant d'un service de CCC

III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

3.1. Perspective historique du problème du paludisme :

La République centrafricaine a souscrit à plusieurs engagements internationaux en matière de la santé et du développement. L'élaboration du présent Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme s'aligne sur les différents engagements du gouvernement.

Au niveau international :

- A la Déclaration d'Abuja du 25 avril 2000 qui stipule que chaque pays de l'Union africaine doit s'engager pleinement à allouer au moins 15% de son budget annuel aux dépenses publique de la santé ;
- Aux ODD 2016-2030, notamment dans son objectif 3, cible 3.3 qui prône la fin du paludisme d'ici 2030 ;
- A la Stratégie Technique Mondiale de l'OMS de lutte contre le paludisme 2016-2030 ;
- Au document d'action et d'investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030 du partenariat mettre fin au paludisme porté par le Roll Back Malaria (RBM).

Au niveau national :

- Aux Dix Domaines d'Impulsion Présidentielle pour l'accélération vers la Couverture Sanitaire Universelle et pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle et infantile qui place la lutte contre le paludisme parmi les priorités du Gouvernement ;
- Au Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique (RCPCA) prolongé jusqu'en 2023 qui exprime clairement la volonté du Gouvernement de faire de l'amélioration de la santé des populations une source de promotion et d'accélération de la croissance économique ;
- Au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2022-2026

Efficacité de la stratégie antérieure

Les stratégies, les activités et les outils de mise en œuvre dans le PSN évalué ont été choisies en conformité avec les directives et recommandations de l'OMS et les bonnes pratiques au niveau international. Mais le choix de leur mise en œuvre n'était pas toujours en relation avec les évidences et les contextes au niveau sous-national. Leur mise en œuvre a été très faible. Sur la base des leçons tirées du passé, dans le présent PSN, les propositions des stratégies et activités sont fonctions des données réelles désagrégées et des réalités de chaque District.

3.2. Situation entomologique et épidémiologique

3.2.1. Parasites

Le *Plasmodium falciparum* représente 99,6% des espèces responsables du paludisme en RCA. Quant au 0,4 % restant, il s'agit de *P. malariae* et *P. ovale* (Réf xxx).

Une étude réalisée en 2013 sur l'efficacité et la tolérance des associations antipaludiques dans le traitement du paludisme simple chez l'enfant a montré que :

- L'association Artéméther+Luméfantrine (AL) était efficace à 100% ;
- L'association Sulfadoxine-Pyriméthamine+Amodiaquine (SP+AQ) était efficace à 96,55% ; et
- L'association Artésunate +Amodiaquine (AS+AQ) était efficace à 100% (Réf xxx W.S. Nambei, 2013 et all.).

Une autre étude du test d'efficacité thérapeutique sur AL a été réalisée en 2017. La réponse clinique adéquate dans le site du complexe pédiatrique de Bangui était à 93,6% [IC95% : 82,6-98,7] et l'échec thérapeutique à 6,4% [IC95% : 1,3-17,5]. Après PCR-corrigé, l'incidence cumulée de succès à J28 était à 97,9 % [IC95% = 0,858-0,997] et l'incidence cumulée de l'échec à J28 était à 2,1% [IC95% 0,003-0,142] (WS Nambei et coll, 2017, Surveillance de l'efficacité d'artémétherluméfantrine dans le traitement du paludisme simple à *plasmodium falciparum* par étude des mutations des gènes kelch 13 à Bangui, République centrafricaine).

3.2.2. Vecteurs

Plusieurs études ont été menées entre 2018 et 2020 sur le territoire centrafricain dans le but de caractériser les vecteurs de plasmodium. Il en ressort globalement que les principaux vecteurs connus de plasmodium en RCA sont *Anopheles gambiae* prédominant et *An. funestus* ; lesquels sont considérés aussi comme les majeurs vecteurs de plasmodium en Afrique subsaharienne (Kamgang et al. 2016 ; Sangba et al. 2016). Ces études dans le pays ont été menées dans les RS 1 et 2. La répartition de ces différentes espèces se trouve dans les figures xxx et xxx ci-dessous.

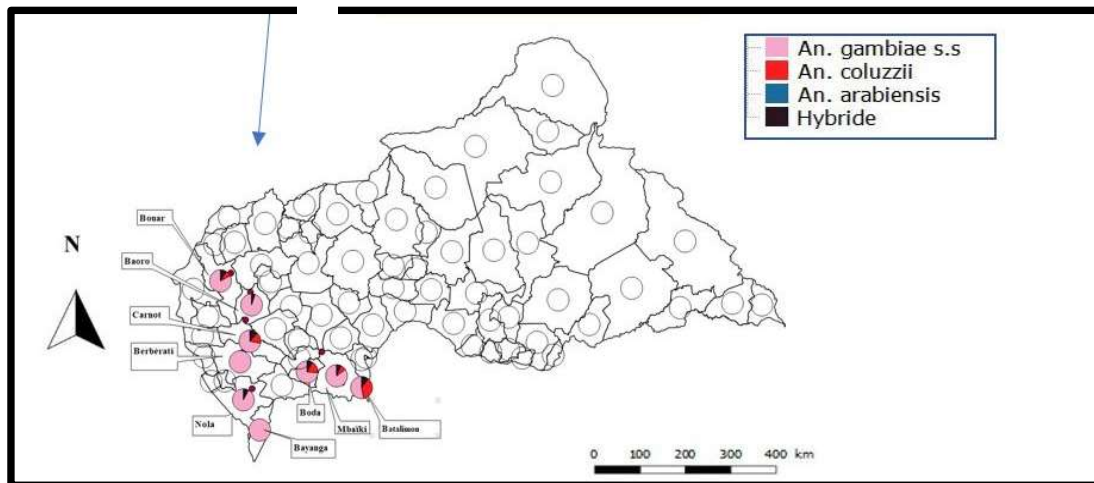


Figure 1 : Distribution des sous-espèces d'*An. gambiae* s.l. dans les RS 1 et 2.

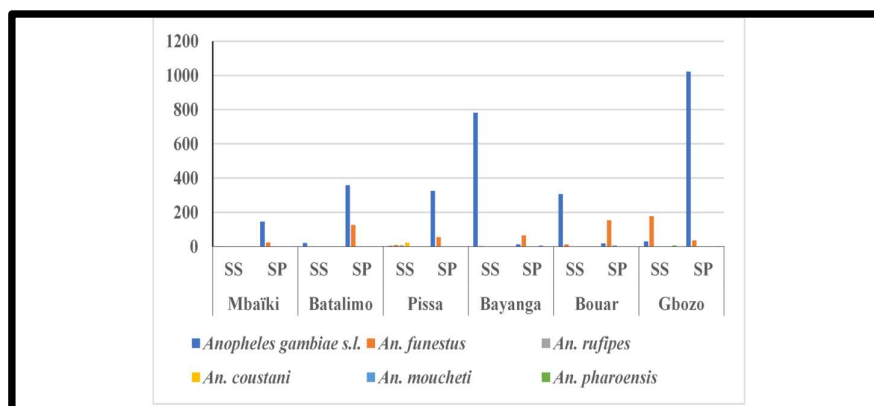


Figure 2 : Distribution entre 2018-2020 des espèces d'anophèles dans la RS

2. Sensibilité aux insecticides

Des études visant à évaluer la sensibilité des anophèles aux insecticides (WHO, 1998 ; WHO 2016) ont été menées entre 2018 et 2022 dans les RS 1, 2, 3 et 4 (Tableau XXX en annexe). Il en ressort une résistance des populations d'*An. gambiae* s.l. à presque tous les insecticides testés y compris aux pyréthrinoides (deltaméthrine 0,05%, perméthrine 0,75% et lambda-cyhalothrine 0,05%). En effet, les taux de mortalité avec la deltaméthrine varient de 33% (Mbaïki) à 89,3% (Nola). Pour la perméthrine, les taux de mortalité se situent entre 23,3% (Bouar) et 56,4% (Nola). Enfin, la lambda-cyhalothrine n'a été testée que sur les anophèles de Mbaïki, lesquels se sont montrés également résistants (taux de mortalité = 16,5%) vis-à-vis de cette molécule. En outre, l'évaluation en second lieu de l'effet de piperonyl butoxide (PBO) 4% avec la deltaméthrine selon la disponibilité des moustiques a révélé de taux de mortalité de 100% pour *An. gambiae* s.l. collectés à Boda et Nola sans compter une amélioration en termes des taux de mortalité pour les échantillons de Mbaïki et Carnot pré-exposés au PBO suivi de deltaméthrine.

3. Typologie des gîtes larvaires

La majorité des principaux gîtes à anophèles identifiés par l'équipe de l'IPB et celle de MSF (Ref. 3, 4) dans les RS 1, 2, 3 et 4 était des gîtes anthropiques à l'instar des trous (en cours d'utilisation ou abandonnés) pour la fabrication des briques, étangs piscicoles et rizières.

4. Comportement endo-phagique et exo-phagique des d'anophèles

Dans une étude en cours de l'IPB, il est observé à Gbozo et Batalimo qui se trouvent dans la RS1 que les populations d'*An. gambiae* s.l. ont tendance à piquer plus à l'extérieur qu'à l'intérieur des habitations. En outre, à Bangui, une autre étude (Sangba-Kembi Ngounou & al., 2022) a révélé une proportion inattendue et importante de piqûres diurnes, environ 20 à 30% se produisant à l'intérieur des habitations par les principaux vecteurs du paludisme : *Anopheles gambiae*, *Anopheles coluzzii* et *Anopheles funestus*. Nous savons généralement que les piqûres à l'intérieur des habitations pendant la journée sont négligées dans les programmes de contrôle du paludisme. Cependant, elles peuvent affecter de manière significative les mesures de contrôle des vecteurs. En somme, les données enregistrées sur le changement de comportement en termes de lieux et heures de piqûres des anophèles, imposent des limites aux outils actuels (MILD essentiellement) utilisés pour la prévention contre le paludisme en RCA.

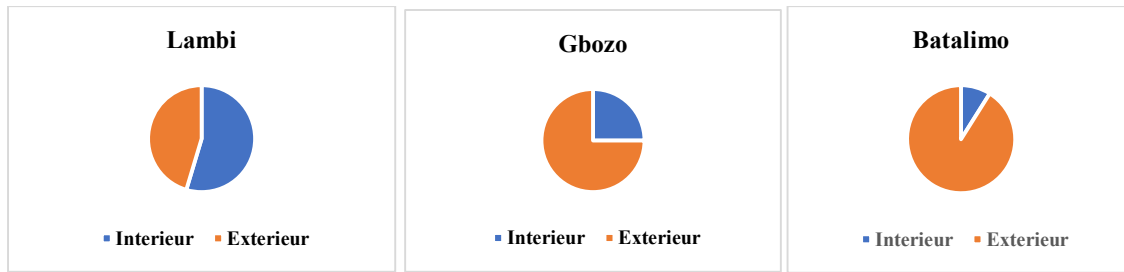


Figure 4 : Proportions d'*An. gambiae* s.l. en fonction de l'emplacement des captureurs (Extérieur ou Intérieur des habitations).

5. Infections des femelles d'anophèles à *P. falciparum* et Taux d'inoculation entomologique (TIE).

5.1. Infections à *Plasmodium falciparum*

Selon les données de MSF (ref.3 ; 4), à Bossangoa, au moins 6,7% des moustiques (23/355) collectés dans les ménages étaient infectés par le parasite *P. falciparum*. A Bambari, au moins 4,3% (52/1203) l'étaient aussi. A Bangui, la recherche de sporozoïtes de *P. falciparum* dans deux sous-ensembles aléatoires de moustiques collectés pendant la journée et la nuit, respectivement, n'a montré aucune différence significative dans la prévalence du parasite dans les deux sous-ensembles (ref.5).

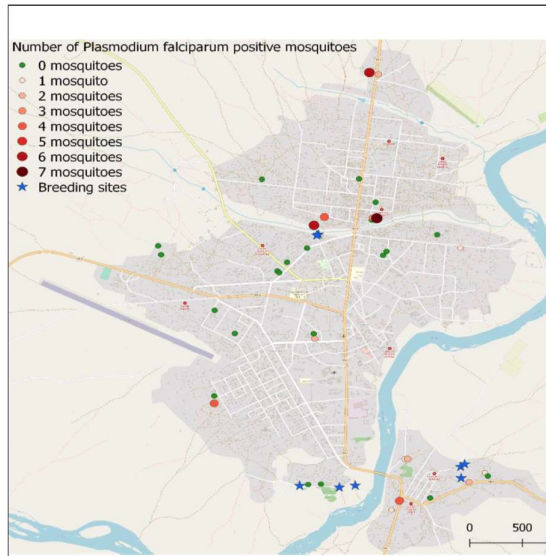


Figure 5 : Nombre de moustiques positifs au *P. falciparum* par maison à Bossangoa (MSF/Juillet-Août 2019)

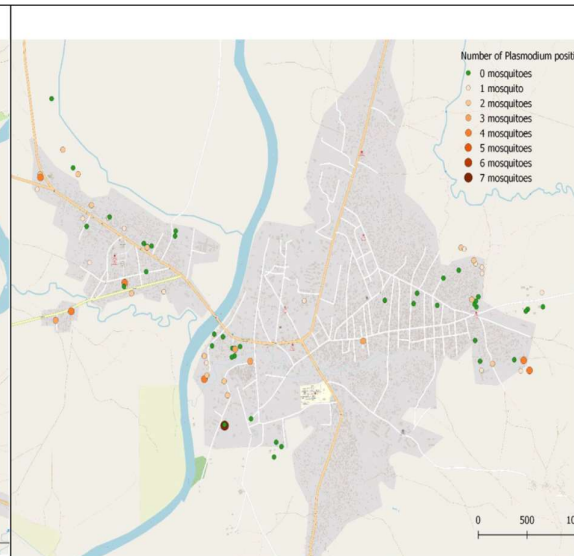


Figure 6 : Nombre de moustiques positifs au *P. falciparum* par maison à Bambari (MSF/ Juillet-Août 2019)

5.2. Taux d'inoculation entomologique ou TIE

Le TIE est défini comme le nombre de piqûres infectieuses reçues par une personne par unité de temps. A Bossangoa, le TIE est de 27,2 piqûres infectieuses par personne par an, sur la base de 10 moustiques anophèles par maison et par nuit, 9 personnes par maison et un taux de sporozoïtes ou indice sporozoïtique (Is) de 13%. A Bambari, le TIE est de 47 piqûres infectieuses par personne par an, sur la base de 16 moustiques anophèles par maison et par nuit, 9 personnes par maison et un Is de 7,2%. Ces

données enregistrées n'ont été recueillies qu'au début de la saison des pluies. Ce qui signifie que le risque pourrait donc être plus élevé pendant la saison pluvieuse.

3.2.3. Prévalence et incidence du paludisme

Transmission du paludisme

La Maladie demeure à transmission stable sur toute l'étendue du territoire. Les données sur la transmission montrent 3 faciès écologiques :

- i) Un faciès forestier ou équatorial au sud où la transmission est permanente, la morbidité varie entre 30 à 90% ;
- ii) Un faciès tropical au centre où la transmission est saisonnière, elle a lieu pendant la saison des pluies qui dure 6 à 8 mois ; La morbidité est de 30-40% ;
- iii) Un faciès sahélien au Nord où la transmission a lieu pendant la saison des pluies qui dure 3 à 4 mois, la morbidité est d'environ 30%.

Prévalence du paludisme

La prévalence parasitaire chez les enfants de 6 à 59 mois a été déterminée par la dernière enquête MIS qui remonte à 2016 et qui avait montré un taux élevé de 73% au niveau national. Ce taux était de 21% à Bangui, de 76% dans les régions 1, 2 et 3 et de 90% dans les régions 4, 5 et 6. Aucune autre enquête n'a été menée pour déterminer la tendance à ce jour.

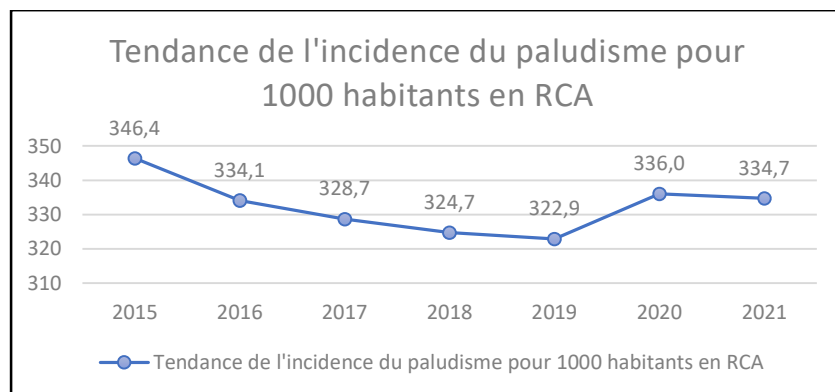
Tendance d'incidence du paludisme

On note dans le graphique ci-dessous une baisse régulière, sur 5 ans, de l'incidence passant de 346,4 en 2015 à 322,9 pour 1000 habitants en 2019 (source Rapport Mondial 2022 de l'OMS sur le paludisme). Elle a augmenté de 322,9 de 2019 à 336,0 en 2020 pour 1000 habitants. Plusieurs choses peuvent expliquer cette augmentation : faiblesse dans la mise en œuvre des interventions surtout l'intervention majeure concernant la distribution des MILD en masse qui ne couvre pas tout le pays en même temps ; situation d'insécurité avec de multiple déplacement des populations ; l'insalubrité de l'environnement avec la pullulation des vecteurs etc. Une légère tendance à la baisse de l'incidence est observée en passant de 336,0 en 2020 à 334,7 en 2021.

Remarquons qu'en 2020 nous n'avons pas atteint la cible de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme qui devrait être 208 cas pour 1000 habitants.

Donc de 2015 à 2020, nous avons eu une baisse moyenne annuelle de l'incidence de -3%, mais le pays se trouve toujours au-dessus de 300 cas pour 1000 habitants.

Notons que sur les données de routine de 2015 à 2021, les enfants de moins de 5 ans présentent une moyenne de l'incidence à 3,4% supérieure à l'incidence dans la population générale.



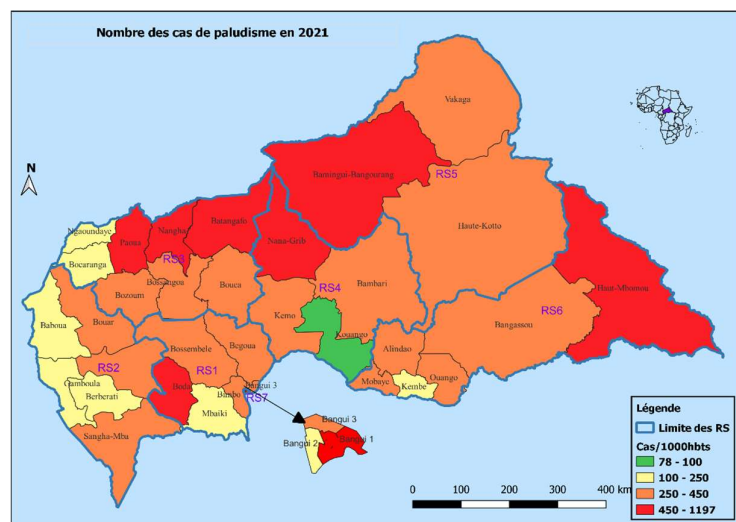
Graphique 1 : Evolution de l'incidence du paludisme pour 1 000 habitants en RCA de 2015 à 2021

Répartition des cas notifiés du paludisme dans le pays en 2021 (Présenter ici juste le nombre de cas notifié)

Utiliser ces informations ici Cette augmentation s'expliquerait par deux choses : l'amélioration de la complétude qui est passée de 75% en 2019 à 84% en 2020 d'une part et l'augmentation des nombre des Formations sanitaires, qui ont rapporté, passé de 634 en 2019 à 736 en 2020.

A partir des données du PNLN de 2021 on observe qu'en dehors du District Sanitaire de Kouango-Grimari, tous les districts présentent un nombre de cas pour 1000 habitants supérieure à 100. La situation de ce district ne corrobore pas avec la réalité, elle serait liée à la très faible complétude des rapports produits en 2021 qui n'était que de 38,7%.

Les autres districts du pays présentent un nombre de cas pour 1000 habitants, calculée sur les données de routine, très élevés : 20,0% (7/35) des districts avec un taux entre 100 à 250, 48,6% (17/35) des districts avec un taux entre 250 à 450, et 22,9% (8/35) des districts avec un taux supérieur à 450 pour 1000 habitants.



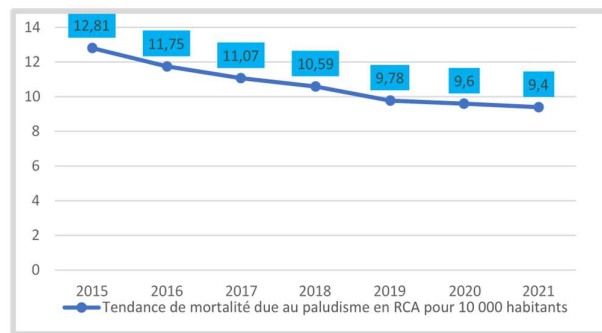
Source : Données du PNLN

Graphique xxx : Nombre de cas du paludisme pour 100 000 habitants par District sanitaire en RCA en 2021

3.2.4. Mortalité due au paludisme

Tendance du taux de mortalité

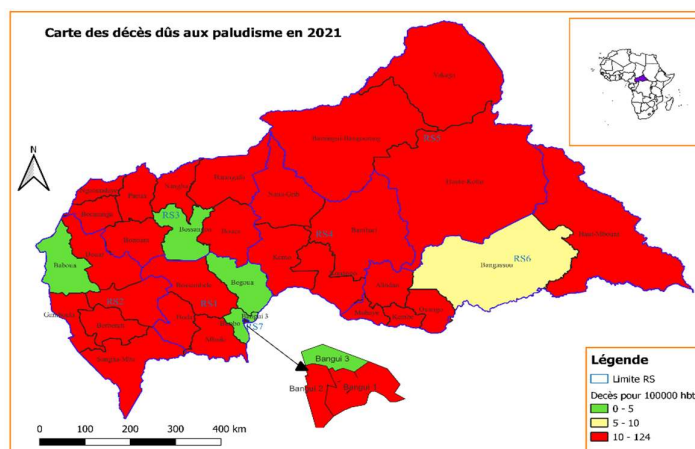
Concernant la mortalité, selon le graphique ci-dessous, on a constaté une baisse régulière du taux passant de 12,8 en 2015 à 9,4 pour 100000 habitants en 2021 sans atteindre la cible intermédiaire de 2020 fixée dans la stratégie technique mondiale 2016-2030 qui devrait conduire à un taux de mortalité de 7,7 pour 10 000 habitants.



Graphique xxx : Evolution de la mortalité due paludisme pour 10 000 habitants en RCA de 2015 à 2021

Répartition décès, dus au paludisme notifiés par le PNLP en 2021

Le nombre de décès rapporté à 100 000 habitants est encore très élevé dans le pays. Le graphique suivant nous montre que 05 Districts sanitaires (Baboua, Bossangoa, Bégoua, Bimbo et Bangui 3) présente un taux égal ou inférieur à 5 décès pour 100 000 habitants. Le District de Bangassou présenté un taux entre 5 et 10 décès pour 100 000 habitants et tous les autres Districts présentent un taux supérieur à 10 pour 100 000 habitants.



Source : Données du PNLP

Graphique xxx : Nombre de décès dus au paludisme pour 100 000 habitants par District sanitaire en RCA en 2021

3.2.5. Facteurs de risque et déterminant du paludisme

- **Facteurs de risque du paludisme**

- Climat chaud et humide
- Abondance des gîtes préférentiels (trous de fabrication des briques, pisciculture, riziculture) des espèces d'anophèles vectrices
- Proximité des gîtes aux habitations
- Saison pluvieuse
- Urbanisation inadéquate des villes (canaux d'irrigation non entretenus)
- Mauvais assainissement
- Mauvaise utilisation des mesures de prévention par la population
- Rupture dans la délivrance des services de prévention
- Réfugiés

- **Déterminants du paludisme**

- Présence des populations vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans)
- Présences de populations mal couvertes (pygmées, peuls, miniers, colonies cueillette, pêches, chasses, populations déplacées interne)
- Abondance des principales espèces vectrices

3.3. Analyse de la réponse

3.3.1. Mise en œuvre programmatique du PSN 2018-2023

Le plan stratégique 2018-2022 étendu en 2023 évalué dans le cadre d'élaboration du présent Plan Stratégique 2024-2028 contenait 7 objectifs. Le premier objectif contenait 1 stratégie et 6 interventions, le deuxième 1 stratégie et 4 interventions, le troisième 1 stratégie et 3 interventions, le quatrième 1 stratégie et 2 interventions, le cinquième 1 stratégie et 3 interventions, le sixième 1 stratégie et 4 interventions et le septième 1 stratégie et 4 interventions.

Parmi 526 activités planifiées seulement 169 ont été réalisées ce qui donne un pourcentage de mise en œuvre très faible de 32% de réalisation. En appliquant le score de qualité sur la performance des réalisations, elle est tombée à seulement 25%. Les principales raisons de la non-réalisations ou de la mauvaise qualité des réalisations ont été entre autres :

- La suppression après le processus de négociation de la subvention paludisme des activités planifiées considérées prioritaires par le programme (TPIn, PID, CPS, activités de la société civile qui lutte contre le paludisme...) ;
- Insuffisance de diversification de sources du PNLP pour couvrir la totalité des activités (projet zéro décès lié au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans) ;
- La lenteur dans le processus de décaissement des fonds de la subvention Fonds Mondial ;
- Non décaissement des fonds de l'Etat alloués au programme ;
- L'insuffisance en ressource humaine (gestionnaire des bases de données, assistant logistique, gestionnaire administratif et financier, assistant en suivi évaluation, entomologiste) ;
- Insuffisance de ressource pour la mise en œuvre des activités déjà validé dans la subvention en cours de mise en œuvre (réunion de contrôle et validation des données à tous les niveaux, distribution des MILD en routine).

3.3.2. Performance financière du PSN précédent

Il a été planifié dans le PSN 2018-2023 un budget total de 640 015 661,54 euros soit 419 822 753 299,87 milliards de FCFA ce qui équivaut au budget de l'Etat Centrafricain et par conséquent irréaliste. Le pays a pu mobiliser 98 646 932,16 euros soit 64 708 145 679,98 FCFA, soit 15,41%. Le gap de financement par rapport au budget planifié est de 541 368 729,38 euros soit 355 114 605 619,89 FCFA. Tous les fonds mobilisés ont été dépensés (selon les données à disposition durant l'atelier d'élaboration de l'actuel PSN).

3.3.2. Situation de la réponse et lacunes par thématique de lutte contre le paludisme

La situation de la réponse globale du pays est abordée ci-dessous par domaine thématique de la revue du PSN finissant 2018-2023.

3.3.2.1. Lutte antivectorielle

Performance de mise en œuvre physique et financière

Il a été prévu dans l'objectif 1 et la Stratégie 1 un total de 73 activités planifiées dont 22 ont été mise en œuvre avec un performance brute de 32%. En ajustant avec le score de qualité de mise en œuvre, la performance est tombée à 25%. En ce qui concerne le financement, 63 594 982,28 euros ont été

planifiés. Un total de 25 763 293,64 euros a été mobilisé sur la subvention du Fonds mondial et totalement dépensé. Ce qui donne un gap de financement de 59%.

Indicateurs

Cinq indicateurs étaient prévus dans le PSN 2018-2023. Leur évaluation a montré qu'aucune cible de ces indicateurs n'a été atteinte, les détails sont énumérés dans le tableau ci-dessous :

Tableau xxx : Niveau d'atteinte des indicateurs de la lutte antivectorielle en RCA en 2019.

Objectifs	Indicateurs/PSN RCA	Cible mondiale	Méthode de collecte	Valeur de base 2018	Cible pays (2022)	Niveau atteint
Objectif spécifique 1 : Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions de lutte antivectorielle efficaces d'ici fin 2022	Pourcentage des foyers équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	100%	MIS/MICS	49	100%	26,5 (MICS2019)
	Pourcentage de la population à risque couverte par les moustiquaires distribuées	100%	MIS/MICS	65	100%	44,8 (MICS2019)
	% de personnes ayant dormi sous Moustiquaire imprégnées d'insecticide la nuit précédant l'enquête	80%	MICS/MIS	55	95%	49,9 (MICS2019)
	% d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous Moustiquaire imprégnées d'insecticide la nuit précédant l'enquête	80%	MICS/MIS	55	95%	50,6 (MICS 2019)
	% des femmes enceintes ayant dormi sous Moustiquaire imprégnées d'insecticide la nuit précédant l'enquête	80%	MICS/MIS	68,1	95%	55,1 (MICS 2019)

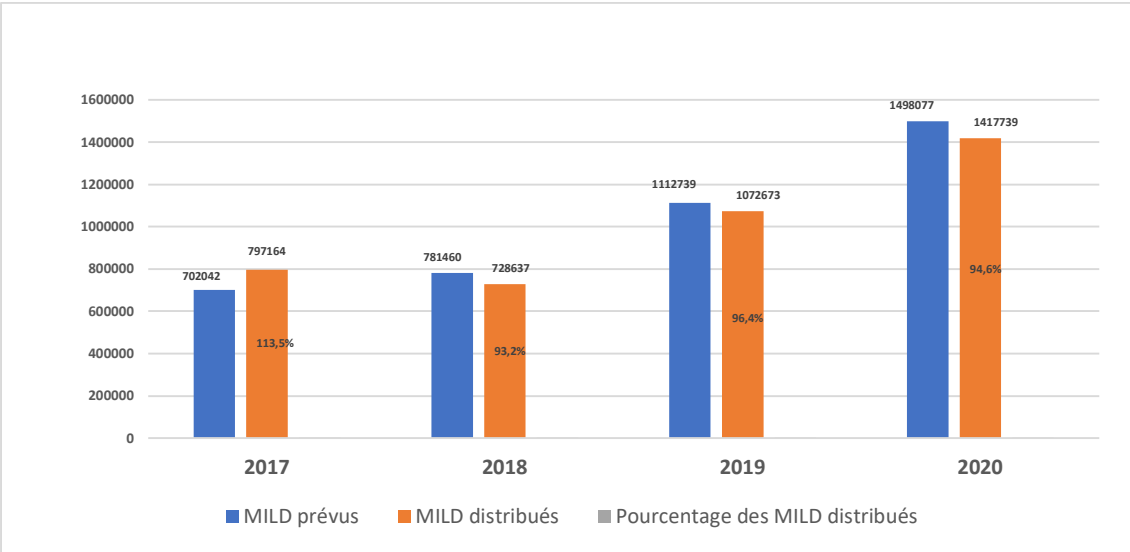
Stratégies de mise en œuvre

Dans le PSN 2024-2028, les grandes activités prévues dans le cadre de lutte antivectorielle reposent sur la :

- Distribution en masse des MILD ;
- Distribution en routine dans le cadre de CPN et des PEV ;
- Distribution spéciale ;
- Réalisation des PID et ;
- Lutte anti-larvaire

MILD

De 2017 à 2020, sur les 4 100 022 MILD prévus pour être distribués en routine, 4 016 213 ont effectivement été distribués soit une proportion de 98,1%. Le graphique suivant montre les détails par année.



Graphique xxx : Proportion de la distribution en routine des MILD de 2017 à 2020 en RCA

Il en ressort de cette figure, une progression en termes de nombre des MILD distribuées. Les données de 2017 où il y a plus de MILD distribuées que de prévues pourraient se justifier pour la sous-estimation de la population.

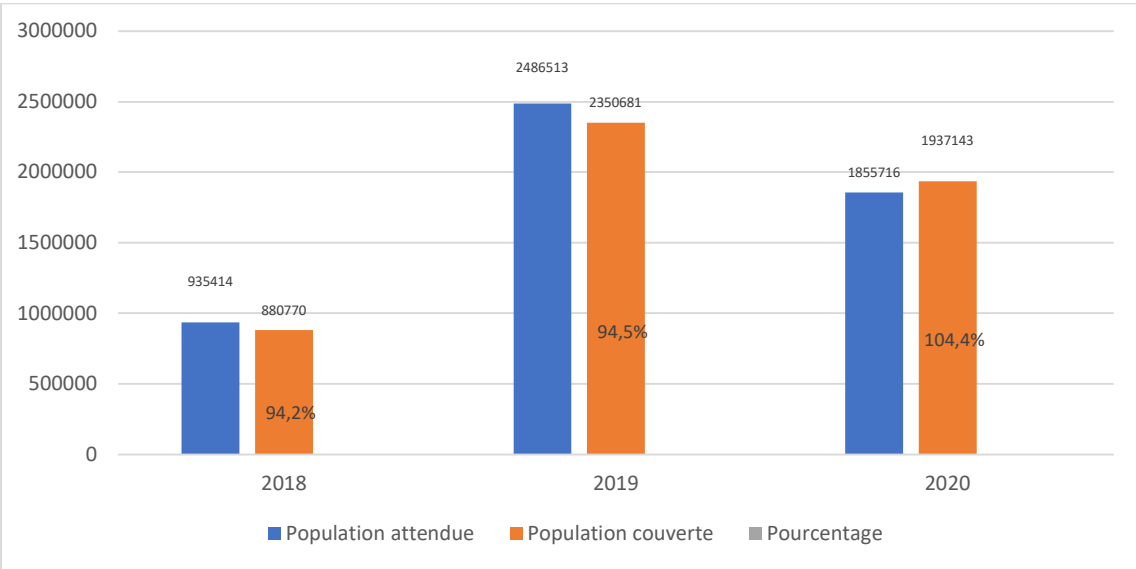


Figure xxx : Proportions des populations attendues et couvertes en MILD lors de la campagne de distribution en masse entre 2018-2020.

Les données présentées dans le graphique sur la couverture en MILD de la population font ressortir une augmentation de 10,2% de la couverture entre 2018 et 2020 couvertes. Nous pouvons dire qu'il y a plus de population couverte 2019 que les deux autres années.

Concernant la possession et l'utilisation des MILD, Les donnée montrent que le pourcentage des ménages disposant d'au moins une MILD a augmenté de 41% en 2010 à 77% en 2016 (MIS 2016) puis a baissé à 60,7% en 2018 (MICS 2018-2019). Il est noté des pourcentages plus élevés en milieu urbain (78%) qu'en milieu rural (53,9%). Dans la même période les taux d'utilisation sont restés stables à 55% de 2010 à 2016 puis a baissé à 49.9% en 2019. Les taux d'utilisation des MILD en 2019 sont variables selon les régions avec les taux les plus élevés dans la Région Sanitaire 7 (Bangui), 85.1%, et les taux les plus faibles dans la Région Sanitaire 2, 28,8% (Figure XXX).

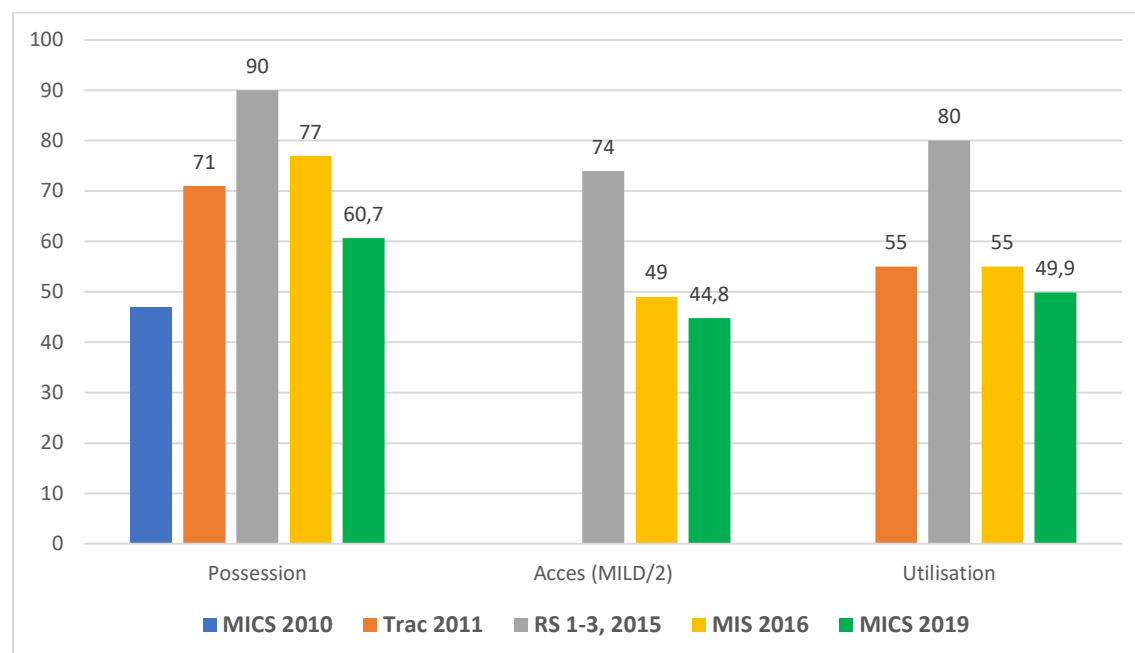


Figure XXX : Possession, Acces et utilisation de MILD de 2010 a 2019.

Il faut noter que les enfants d'âge scolaire primaire, 5 à 14 ans, qui représentent 32.5% de la population générale et montent à 41.1% avec le secondaire sont les moins couverts avec 47% en 2016 selon le MIS et 42,9% en 2019 selon le MICS (Figure XXX) et tire la couverture globale vers le bas en plus des autres facteurs qui limitent la couverture universelle. Des actions supplémentaires et des nouvelles approches de distribution de MILD sont nécessaires pour la réalisation de la couverture universelle car les MILD distribuées lors des campagnes se dégradent plus vite avec le temps du fait des conditions d'utilisation dans les communautés défavorisées alors que les besoins en moustiquaires augmentent.

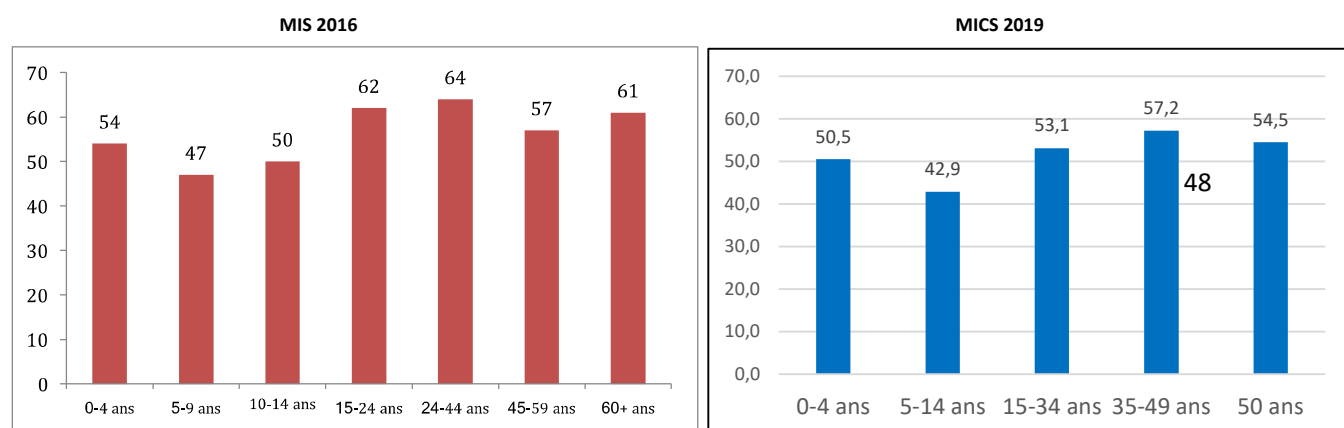


Figure XXX : Utilisatoin de MILD par groupe d'age en 2016 (MIS) et en 2019 (MICS).

L'OMS recommande que « ...pour garantir une couverture universelle, les pays doivent appliquer une stratégie associant des distributions de masse et des distributions continues gratuites par le biais de canaux multiples... Les canaux de distribution continue doivent être fonctionnels avant, pendant et après les campagnes de distribution massive afin d'éviter toute carence dans l'accès universel aux MILD. » Les principaux canaux additionnels recommandes par l'OMS sont la distribution communautaire et la distribution dans les établissements scolaires.

MILD en routine

(NB : on peut ici plus décrire en évoquant tous les défis autour des distributions en routine)

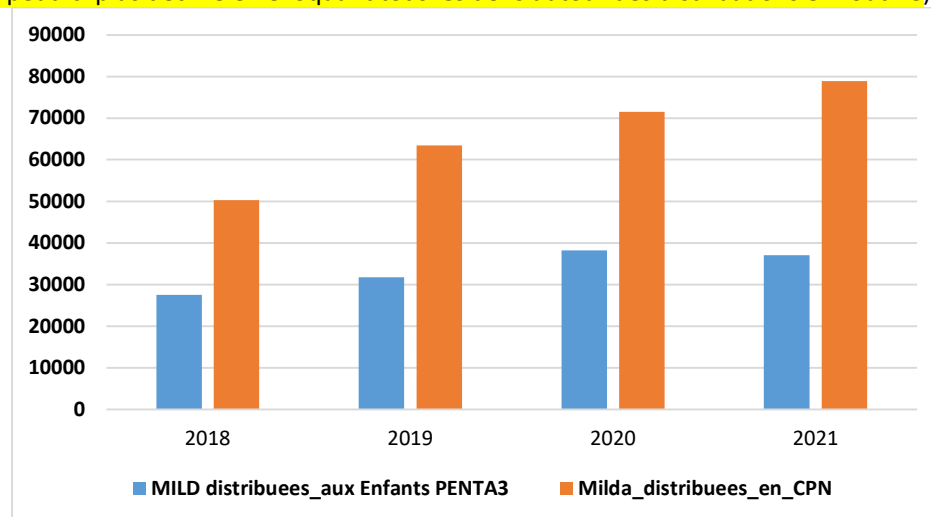


Figure XXX : Couverture de la distribution en MILD pour PENTA3 et CPN entre 2018-2021.

Il ressort globalement de cette figure que les données sur les MILD distribuées en routine sont en augmentation aussi bien pour les enfants de moins de 5 ans que pour les femmes lors des CPN.

Malgré cette tendance positives, les couvertures des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes spécialement cibles par le programme national de lutte contre le paludisme compte tenu de leur vulnérabilité spécifique restent toutefois faibles et en deca de la couverture universelle selon le MICS 2019 (Figure XXX).

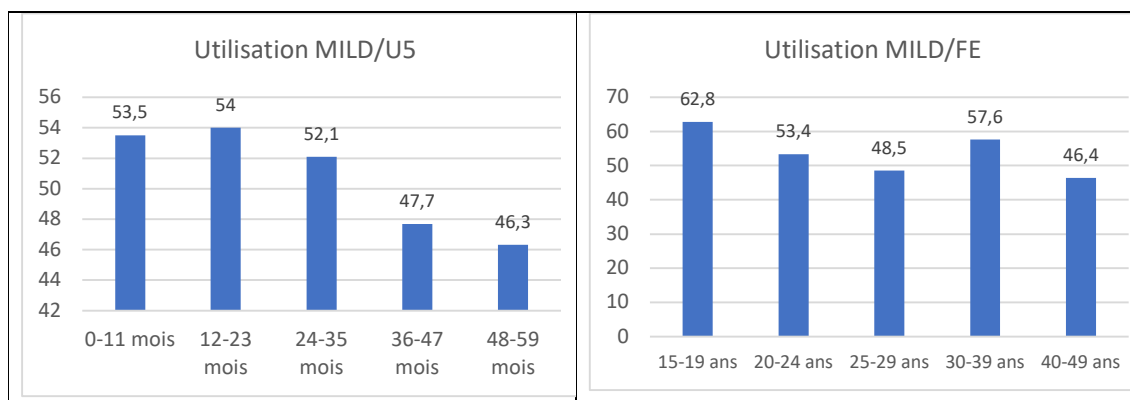


Figure XXX : Utilisation des MILD par les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (MICS 2019)

Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)

La PID est la deuxième intervention de lutte antivectorielle la plus mise en œuvre par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme (PNLP) et sa mise en œuvre correcte est une intervention de poids pour réduire la densité et la longévité des moustiques adultes vecteurs, et donc aussi la transmission du paludisme. Toutefois, sa mise en œuvre en est limitée par la complexité de sa mise en œuvre, son coût très élevé par rapport aux MILD, le manque de données sur le comportement des vecteurs au niveau national et le manque d'expérience et d'expertise locale.

Ces facteurs ont fait que les activités de PID telles que prévues dans le PSN 2018-2023 n'ont pas pu être réalisées, car les ressources n'ont pas pu être mobilisées. Dans le cadre du Plan Stratégique National 2024-2028, il serait nécessaire de doubler d'efforts pour mobiliser les ressources additionnelles pour lancer les activités préparatoires pour la mise en œuvre de la PID à moyen ou long terme. Il s'agit des études entomologiques et de comportements de vecteurs, des études de résistance des vecteurs aux insecticides et développer une expertise locale avec l'assistance technique internationale nécessaire.

Lutte anti-larvaire

Dans l'environnement et sous le climat de la République Centrafricaine, avec la pululation des gîtes larvaires en toutes saisons avec des volumes énormes pendant la transmission du paludisme, les activités de lutte anti-larvaire qui représentent l'une des stratégies antivectorielle complémentaires préconisée par l'OMS n'ont pas été aussi réalisées.

Toutefois, le programme va mobiliser des ressources techniques et financières pour soutenir les activités d'assainissement du milieu dans le cadre de la responsabilisation des individus, des familles et des communautés dans la lutte contre le paludisme.

Conclusion

En résumé, les données collectées entre 2017-2021 sur la couverture des lutte antivectorielle (MILD de masse et de routine, PID et lutte anti larvaire) sont en deca des résultats attendus. Néanmoins en termes d'appréciation des 5 indicateurs, aucune cible n'a été atteinte, en particulier la faible utilisation des outils par les individus, les ménages et les communautés du fait de la faible disponibilité des produits et services. Le programme devra innover dans le développement d'approche nouvelles pour

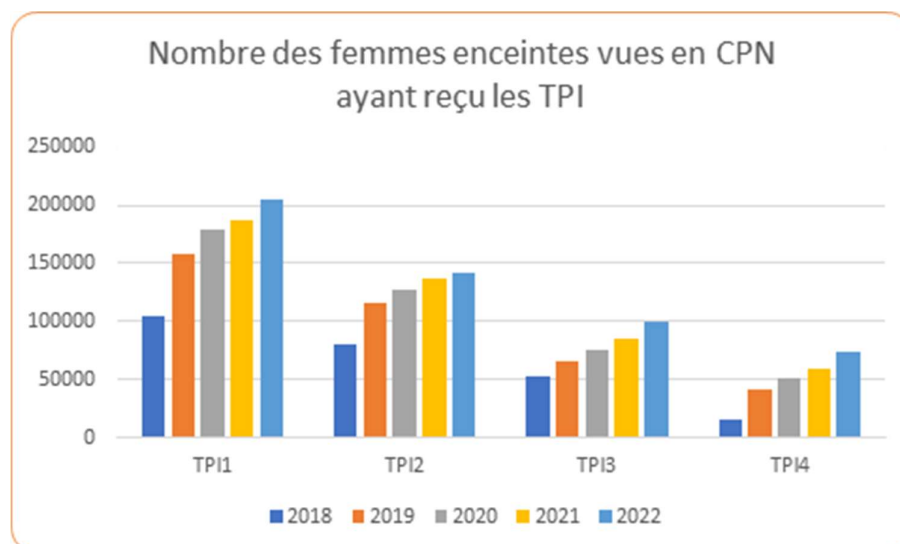
pousser les résultats vers les « derniers kilomètres » de la couverture universelle. Des processus et approches innovantes de mobilisation de ressources, y compris les ressources domestiques, doivent être mis en place en complément des ressources des partenaires traditionnels pour les activités non financées.

3.3.2.2. Chimio-prévention

Il a été prévu dans le PSN précédent au niveau de l'objectif 2 et de la Stratégie 2 un total de 46 activités planifiées dont 22 ont été mise en œuvre avec un performance brute de 48%. En ajustant avec le score de qualité de mise en œuvre, la performance est tombée à 33%. En ce qui concerne le financement, 270 093,55 euros ont été planifiés. Un total de 381 028,66 euros a été mobilisé sur la subvention du Fonds mondial, ce qui donne un gap négatif de moins 41%. Il y a eu donc plus de fonds dépensés que prévu pour les activités de la chimio-prévention. Les activités de chimio-prévention comprennent les trois catégories suivantes :

a) Traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte (TPIg)

Le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) utilisant la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) doit être administré à toutes les femmes enceintes, à partir du 4^e mois à intervalle d'1 mois jusqu'à l'accouchement lors des CPN ou en stratégie avancée. Cette approche est mise en œuvre en étroite collaboration avec les services de santé reproductive. Un minimum de 3 doses est requis pour la protection. Selon le MICS 2019 seules 30,2% des femmes enceintes ont reçu au moins trois doses de TPIg.



Sur cette figure le TPIg s'est amélioré entre 2018 à 2022. Par contre on note une diminution d'environ 50% du TPI3 comparé au TPI1 parmi les femmes vues en CPN1.

b) Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson (TPIIn)

Le traitement préventif intermittent chez le nourrisson a été adopté pour être appliqué dans tout le pays si la résistance parasitaire à la SP n'est pas élevée (définie par une prévalence de la mutation 540 du gène pfdhps $\leq 50\%$). Dans le cas contraire cette mise en œuvre ciblera les districts éligibles. Le TPIIn

doit être intégré au Programme Élargi de Vaccination de routine au niveau des formations sanitaires ainsi que d'autres canaux, suivant des directives nationales et les recommandations de l'OMS. Cette approche n'est pas encore opérationnelle dans le pays.

c) Chimio prophylaxie chez les personnes en provenance des pays non impaludés

Des traitements préventifs du paludisme chez les personnes en provenance de pays non impaludés et les personnes non immunes doivent être adoptés et appliqués selon les directives nationales. Cette approche n'a pas été jugée prioritaire dans le contexte de la RCA et les ressources n'ont pas été mobilisées à cet effet. Elle peut toutefois être mise en œuvre à titre individuel.

3.3.2.3. Stratégie de vaccination

L'OMS recommande que, dans le cadre d'une lutte antipaludique globale, le vaccin antipaludique RTS,S/AS01 soit utilisé pour la prévention du paludisme à *P. falciparum* chez les enfants vivant dans les régions où la transmission est modérée à forte. Le vaccin antipaludique RTS,S/AS01 doit être administré à raison de 4 doses aux enfants à partir de l'âge de 5 mois pour réduire la charge de la maladie. Suite aux activités pilotes le vaccin antipaludique est :

- Réalisable en permettant d'améliorer la santé et sauver des vies ;
- Permet d'atteindre les non-vaccinés et accroître l'équité en matière d'accès à la prévention du paludisme ;
- Le profil d'innocuité du vaccin est favorable ;
- Aucun impact négatif sur l'utilisation des moustiquaires, sur les autres vaccinations chez l'enfant ou sur la recherche de soins en cas d'affection fébrile ;
- Impact élevé dans les contextes réels de vaccination chez l'enfant : réduction significative (30 %) des cas graves et mortels de paludisme ;
- Très rentable : selon la modélisation, le vaccin est rentable dans les zones où la transmission est modérée à forte.

En République Centrafricaine où le paludisme est endémique avec une transmission stable et pérenne, le gouvernement s'est engagé à intégrer le vaccin antipaludique RTS,S/AS01 dans le Programme Élargi de Vaccination existant pour une meilleure synergie. Selon les estimations de Malaria Atlas Project, les districts sont repartis en 3 groupes en fonction de la proportion des enfants de 2 à 10 ans infectés par le *Plasmodium falciparum* :

- Groupe 1 : 14 districts avec prévalence supérieure à 40% ;
- Groupe 2 : 17 districts avec une prévalence entre 20 et 40% ;
- Groupe 3 : Districts avec une prévalence entre 10 et 20%.

En combinant les indicateurs de prévalence du *Plasmodium falciparum* chez les enfants de 2 à 10 ans et la mortalité toutes causes confondues, on retrouve dans la classification des besoins dans le cadre de l'allocation 31 districts dans la catégorie 1 et 4 districts dans la catégorie 2. La population cible (nourrissons survivants) total est estimée à 179 117 en 2024 dont 160 502 dans les districts de la catégorie 1 et 18 615 dans les districts de la catégorie 2 marqués par l'insécurité et des difficultés d'accès.

Il est proposé que le vaccin soit introduit dans les 35 districts des catégories 1 et 2 couvrant une population totale de 179 117 nourrissons survivants au premier trimestre 2024. L'OMS recommande d'administrer en 4 doses dont les 3 premières doses du vaccin à partir du 6^{ème} mois avec un mois d'intervalle et la 4^{ème} dose à partir du 15^{ème} mois. La première dose sera ainsi synchronisée avec la prise de la Vitamine A. Pour plus de synergie, il est recommandé que la distribution de MILD au

nourrisson soit aussi synchronisée avec la première dose de vaccin antipaludique et la Vitamine A. Cette synchronisation permettra d'assurer la complétude de tous les vaccins recommandés selon le PEV jusqu'à 14 semaines ainsi que la prise du Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson (TPIn) à 10 et 14 semaines.

Un plan de travail détaillé sera développé conjointement par le PNLP et le PEV pour la mise en œuvre du programme d'intégration du vaccin antipaludique RTS,S et de sa mise œuvre dans le pays.

3.3.2.4. Diagnostic et traitement

Performance programmatique et financière

Il a été prévu dans l'objectif 3 et la Stratégie 3 un total de 117 activités planifiées dont seulement 37 ont été mise en œuvre avec un performance brute de 32%. En ajustant cette performance avec le score de qualité de mise en œuvre, la performance est tombée à 27%. En ce qui concerne le financement, 11 286 397,45 euros ont été planifiés. Un total de 19 955 575,41 euros a été mobilisé sur la subvention du Fonds mondial et totalement dépensé. Donc pour les activités de diagnostic et traitement, plus de fonds ont été dépensés que prévu mais pour une performance d'un tiers des activités réalisées.

Diagnostic du paludisme

La République Centrafricaine dispose de 1024 FOSA (Rapport HeRAMS 2022 en cours de validation) sur toute l'étendue du territoire dont seule 884 sont appuyées par le Fonds Mondial. Toutes les FOSA offrent la prise en charge du Paludisme.

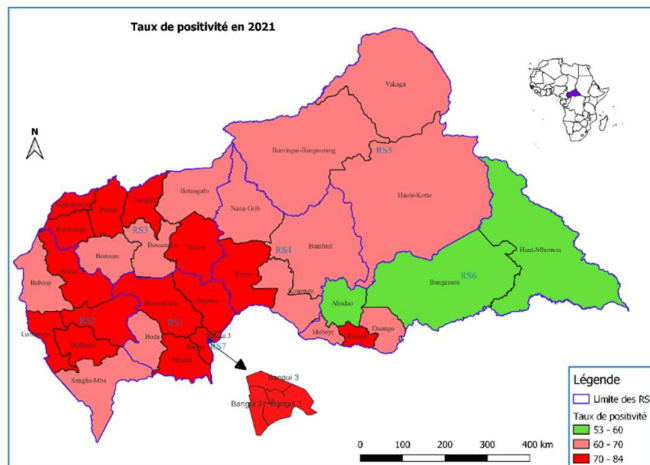
Dans le cadre de la PEC des cas du paludisme en RCA, le pays a élaboré une politique nationale de lutte contre le paludisme en conformité avec les directives de l'OMS et dans le cadre africain de lutte contre le paludisme 2016-2030. La dernière version des directives de prise en charge des cas de paludisme date de 2021. Les manuels de Formation ont besoin d'être révisé.

Depuis 2005, la RCA a adopté les Combinaisons Thérapeutiques à base des dérivés de l'Artémisinine (CTA) pour le traitement des cas de paludisme simple. Puis en 2012, l'Artésunate injectable a été recommandée en première intention pour la prise en charge des cas de paludisme grave. Les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) ont été introduits à la même période. Deux approches sont utilisées pour le diagnostic et le traitement des cas de paludisme selon le niveau de la pyramide sanitaires : au niveau des FOSA la confirmation biologique systématique des cas suspects de paludisme se fait avec TDR. La Goutte Épaisse est utilisée dans les structures de référence et les aussi les FOSA qui disposent des Microscopes pour les besoins de suivi. Il n'est pas recommandé de pratiquer les 2 tests pour un même patient même le TDR est négatif. Bien la prise en charge du paludisme se fait aussi dans les établissements privés de sante, les prestataires privés ne sont ni formés, ni supervisés et ne rapportent pas d'information au SNIS.

La prise en charge communautaire des cas de paludisme se fait dans les localités éloignées des FOSA et/ou difficiles d'accès ainsi que dans les zones de conflits où les FOSA sont détruites ou non fonctionnelles. Elle est assurée par des acteurs communautaires formés, dotés d'intrants et d'équipements et suivant l'approche de la prise en charge communautaire intégrée. Ils doivent être régulièrement supervisés par les superviseurs du district sanitaire.

Le Taux Annuel d'Examens Sanguin en 2021 était de 48,5%. Le taux de positivité des tests de diagnostic du paludisme est resté encore très élevé en RCA. Dans tous les Districts sanitaires le taux de positivité

est supérieur à 50%. Sur les données de routine du PNLP de 2021 mises dans le graphique ci-dessous, 3 DS sur 35 présentent un taux de positivité entre 53 et 60 (08,6%), une grande proportion, 14 DS sur 35 (40%) entre 60 à 70 et 18 DS sur 35 (51,4%) sont à plus de 70%.



Source : Données du PNLP

Traitement du paludisme

Les cas simples de Paludisme confirmés bénéficient du traitement avec les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Arthémisinine (CTA). Le paludisme grave est traité par des médicaments injectables (Artésunate sinon Artémether ou Quinine). L'Artésunate en suppositoire est utilisé en cas de cas graves en besoin de transfert dans un établissement de référence.

Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre ayant bénéficié d'un diagnostic biologique du paludisme est de 26.8% en 2019 (enquête MIS 2019) contre une cible de 93% dans le PSN 2018-2023. Aucune autre enquête n'a été réalisée pour nous permettre d'évaluer la tendance dans le temps de cet indicateur.

Des formations des prestataires, dispensateurs et laborantins qui sont prévues dans la PSN 2018-2023 ont été insuffisamment réalisées (Rapport PNLP 2021).

La prise en charge des cas au niveau communautaire n'a pas été totale effective. Cela pourrait être liée à l'absence de Document de politique nationale de santé communautaire, l'insuffisance en acteurs communautaires, l'absence de cartographie des acteurs communautaires, l'insuffisance de leur approvisionnement en médicaments et intrants. La prise en charge au niveau communautaire a besoin d'être renforcé par la stratégie d'auto prise en charge.

Conclusion

Les personnels qualifiés dans la prise en charge des cas de Paludisme sont en nombre réduit et ne sont pas régulièrement formés ou recyclés. Par ailleurs les manuels de formations ne sont pas élaborés. La prise en charge des cas au niveau communautaire reste peu développée.

3.3.2.4. Gestion des Approvisionnement des Stocks

Dans le PSN 2018-2023 il a été prévu dans l'objectif 4 et la Stratégie 4 un total de 87 activités planifiées dont 37 ont été mise en œuvre avec un performance brute de 43%. En ajustant avec le score de qualité de mise en œuvre, la performance est tombée à 31%. En ce qui concerne le financement, 526 035 098,64 euros ont été planifiés. Un total de 41 965 514,03 euros a été mobilisé sur la subvention du Fonds mondial et totalement dépensé. Ce qui donne un gap de financement de 92%.

Le Ministère de la Santé et de la population a en son sein une Direction Générale et une Direction en charge de la pharmacie et des laboratoires qui assure la réglementation du secteur pharmaceutique en entier. Cependant, elle n'est pas bien outillée pour coordonner la chaîne d'approvisionnement en plus de son rôle de régulateur.

Le système d'approvisionnement ne s'aligne pas à la pyramide sanitaire du pays. La gestion des approvisionnements et des stocks en médicaments et consommables constitue un maillon faible du système de santé centrafricain en général et de la lutte contre le paludisme en particulier. Le système national de gestion des approvisionnements et des Stocks est quasi-inexistant en dehors de la direction de la pharmacie et de ses services et sections. L'accès aux médicaments jusqu'au dernier kilomètre, en particulier les intrants antipaludiques est assuré par plusieurs structures tant privées que publiques et à titre individuel sans harmonisation. Il s'agit de :

- L'Unité de Cession de Médicament (UCM) dont les capacités ont été considérablement affaiblies suite à une mauvaise gestion ;
- CNTS qui assure la distribution des produits sanguins ;
- Des structures confessionnelles (ASSOMECSA, CODIS...) ;
- Les ONG (PAM, MSF, MENTOR, UNICEF, GAVI, ASPHARCA ...) ;
- Des grossistes (Centrapharm, Sewapharma, Medafpharma anciennement appelé Shalina ...) ;
- Les officines privées au nombre de 12.

La sélection des produits se réfère aux protocoles de prise en charge du paludisme (traitement et diagnostic). Faute de disponibilité des données de consommation dans le système national d'information sanitaire, l'estimation des besoins et quantification se base sur les cibles annuelles du programme et les rapports programmatiques.

Pour les produits financés par le FM, le Ministère de la Santé et de la Population bénéficie de l'appui de World Vision International et de la Croix-Rouge Française, Principaux Récipiendaires de la subvention du Fonds Mondial pour la lutte contre le paludisme, le VIH et la tuberculose qui s'approvisionnent à travers le système d'achat groupé (PPM) du Fonds Mondial via la plateforme WAMBO. Toutefois, les autres partenaires ont leur mécanisme et canal d'approvisionnement en intrants parallèle. La réception se fait entre le PR et le partenaire logistique, PAM qui s'occupe de l'entreposage, de la gestion des stocks et la distribution des produits sont faites depuis 2018 en collaboration avec ces principaux récipiendaires. Ce partenariat est fonctionnel et apporte une valeur ajoutée au système d'approvisionnement en République Centrafricaine (RCA), mais nécessite cependant d'être mieux coordonné. Le Ministère de la Santé et de la Population quant à lui a des petits entrepôts centraux de l'UCM dont une partie cédée au PAM pour l'entreposage des produits sous financement du Fonds Mondial. Au cours de l'année 2022 des entrepôts du MSO ont été incendiés.

La distribution est active et assurée par le PAM et ses partenaires qui approvisionnent directement sans coordination avec les régions et districts sanitaires. Les zones les plus éloignées et difficiles d'accès sont desservies par les vols des Nations Unies (UNHAS). La réception devrait être faite par un comité de réception au niveau de la FOSA qui approuve les produits reçus et cosigne les bordereaux de

livraison. Mais dans la plupart des cas elle est faite par une seule personne qui quelque fois ne prend pas le soin de tout compter.

Pour s'assurer de la bonne gestion des intrants, le PNLP et WV ont élaborés des outils de gestion et intégrer le rapportage des données de consommation dans le canevas de rapport mensuel des FOSA. Cette intégration devrait faciliter l'analyse des données de PEC et des données de consommation. Au niveau central, le PAM a en plus de ses outils de gestion en papier, un logiciel de gestion (RITA) qui permet le suivi du stock en temps réel. Les inventaires se font à la fin de chaque cycle de distribution trimestriel et inclut le PAM, les PR et les programmes du MSP. Ils devraient aussi se faire chaque fin du mois au niveau des FOSA avant le rapportage.

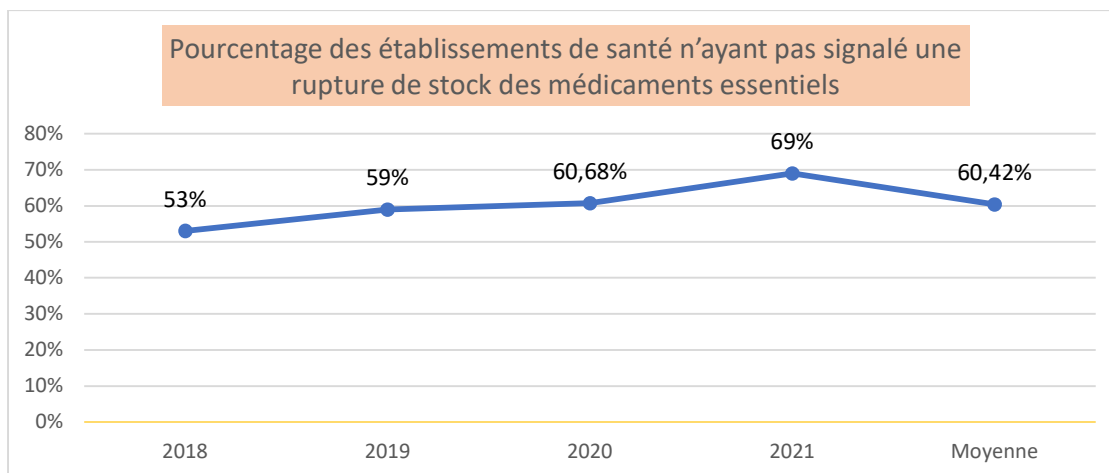
Enfin, il se tient sur une base des réunions de coordination GAS qui regroupe les acteurs logistiques du PAM, des PR et du MSP pour analyser l'état de stock et les distributions d'intrants dans les Formations sanitaires.

1.1 Progrès vers les réalisations des indicateurs pour la GAS

Tendances des produits (TDR, antipaludiques, MILD) et ruptures des stocks

Selon les prévisions du PSN 2018-2023 pour la gestion des achats, les données disponibles pour le projet Fonds Mondial sur l'acquisition des produits de prise en charge du paludisme font état d'un taux d'accomplissement tendant à 100%. Ce dépassement est dû au changement des bases de projection démographique utilisées au moment de l'élaboration du PSN 2018-2023. En outre, d'autres apports en intrants de prise en charge du paludisme par des partenaires tels que MSF, MENTOR, ALIMA, Première Urgence et de la Chine (Don Chinois) ne sont pas rapportés faute de système de gestion logistique permettant de recenser, de suivre et d'apprécier les contributions de toutes les parties prenantes. Toutefois, chaque partenaire y compris les deux Principaux Récipiendaires utilisent leur propre système, ce qui n'est pas bénéfique pour le ministère de santé et de la population.

En effet, le PSN 2018- 2023 a retenu un seul indicateur GAS à savoir le pourcentage des établissements de santé n'ayant pas signalé une rupture de stock des médicaments essentiels dont la cible en 2023 est de 90%. Les données communiquées par World Vision qui traque cet indicateur montrent que depuis quatre années la réalisation n'a guère dépassé 70% dans le cadre des activités GAS du Fonds Mondial comme le montre la figure ci-dessous. Les raisons expliquant cette contre-performance sont entre autres la mauvaise gestion des intrants, l'insuffisance du personnel logistique au niveau des FOSA, le manque des entrepôts régionaux, la sécurité volatile et l'épineuse question de la non-expression des besoins par presque toutes les FOSA obligeant le PNLP et ses partenaires dont PAM et World Vision à opter pour le push sur la base des données rapportées dont la qualité laisse à désirer.



Conclusion

Le système de gestion et d'approvisionnement en intrants est à redynamiser et aligné à la pyramide sanitaire au regard de ce qui a précédé. Le système actuel partiellement fonctionnel est trop fragile parce qu'il est fortement dépendant des partenaires et des PR. Cette dépendance est un risque pour la réalisation de la vision du **PNS** et de la direction des pharmacies si les partenaires se retirent de la RCA.

3.3.2.5. Plaidoyer, Mobilisation social, CCC

Il a été prévu dans l'objectif 5 et la Stratégie 5 un total de 44 activités planifiées dont 5 ont été mise en œuvre avec un performance brute de 11%. En ajustant cette performance avec le score de qualité de mise en œuvre, cette performance confirmée à 11%. En ce qui concerne le financement, 923 843,18 euros ont été planifiés. Un total de 290 265,37 euros a été mobilisé sur la subvention du Fonds mondial et totalement dépensé. Ce qui donne un gap de financement de 69%.

L'organigramme du ministère de la santé comprend en son sein une Direction de Soins de santé Primaire (DSSP) où est logé le service de la promotion de la santé qui travaille en collaboration avec la Section communication du service de lutte contre le paludisme.

Il existe des documents propres à la section communication dans le domaine de prise en charge au niveau communautaire, le guide de sensibilisation sur l'utilisation des MILD dans le PSN sur le site des PDI. Le plan intégré de communication datant de 2005, plan de communication interne, plan de communication de distribution de masse de MILD.

Cependant, le programme ne dispose pas un plan intégré qui devait définir les grandes orientations en matière de sensibilisation, de diffusion d'information et de la mise en place de la conception, de production et de la multiplication des outils adaptés en communication dans le cadre de lutte contre le paludisme.

La section communication dispose les outils ci-dessus énumérés :

- Les affiches sur la posologie d'artemeter injectable, d'arthésunate ;
- Un guide de sensibilisation sur l'utilisation de MILD ;
- Une affiche sur les traitements préventifs intermittents ;

- Les banderoles portant des messages et des slogans sur les thèmes de l'année ;
- Les banderoles dans le cadre de la campagne de distribution de masse de MILD ;
- Un KAKEMONO sur la performance du programme lors de l'évaluation du PSN 2012-2016 ;
- Un groupe WHATSAPP interne aux personnels du SLP.

Les ressources humaines au niveau du SLP est insuffisante, il existe dans les FOSA, les Districts et Régions Sanitaires des responsables d'IEC, ces responsables d'IEC au niveau décentralisé travaillent en collaboration avec les OAS et ONG nationales et internationales.

Les principales activités réalisées du PSN sont :

- La JMLP,
- Le Plaidoyer et mobilisation sociale pendant les campagnes de distribution de masse de MILD ;
- Les interventions de renforcement de capacités (formation des acteurs impliqués dans le processus de mise en œuvre) ;
- D'autres interventions de plaidoyer n'ont pas été réalisées par manque du plan de communication de lutte contre le PALU qui devrait cadrer la mise en œuvre.

Selon l'enquête CAP 2022, la proportion des personnes qui ont reçu des informations sur le paludisme était de 85%. Le pourcentage des personnes qui connaissent les principaux signes du paludisme était seulement de 4% et 17% de personnes connaissaient les autres symptômes selon. Les personnes qui connaissaient la cause du paludisme représentaient 78% selon la même enquête.

Conclusion

L'exercice du PSN 18-23 a bénéficié de l'appui communicationnel à plusieurs niveaux d'interventions et d'activités. Ces appuis peuvent se résumer en la conception du plan de communication pour la campagne de masse de MILD, la prise en charge communautaire dans les directives de lutte contre le PALU. La faiblesse de cette stratégie de promotion de la santé dans ce PSN était due au retard de la mise en œuvre du financement du FM dans la réalisation des enquêtes prévu qui devait soutenir l'élaboration du plan de communication de lutte contre le PALU. Ce plan de lutte contre le PALU devait cadrer, catalyser, soutenir et assurer le suivi évaluation de la mise en œuvre des interventions du PSN.

3.3.2.6. Contribution de la communauté et de la société civile de lutte contre le paludisme

La surveillance à base communautaire (SBC) est une initiative de santé publique simple, adaptable (rural et urbain) et peu coûteuse (surtout pour les pays à faible revenu) gérée par les communautés pour leur propre protection. C'est l'implication des communautés dans la gestion des événements de santé publique. Cette initiative vise à étendre la couverture des systèmes de surveillance de façon à y inclure les populations qui communiqueront en temps réel pour permettre aux équipes d'intervenir en temps opportun. La communauté participe dans la surveillance à base communautaire comme un partenaire du Ministère de la santé et des ONG. Elle prend part, à travers ses leaders, dans les décisions concernant sa propre santé afin de mieux les appliquer.

Dans la mise en œuvre du PSN 2018-2023, l'engagement communautaire s'est basé sur la stratégie de d'utilisation des ASC. Ces ASS ont été mobilisé par plusieurs partenaires notamment le Fonds Mondial (WWI), UNICEF, LES MSF, MENTOR INITIATIVE dans leurs zones respectives. Environ 1000 ASC ont été mises à contribution au niveau national. Ces ASC fournissent les services suivant dans la communauté. Cette contribution des ASC a permis d'offrir le paquet promotionnel, la prise en charge des cas simple

du paludisme et le référencement des formes graves vers les centres de santé de rattachement (1 ASC pour 1000 dans son aire de santé).

Le système de santé communautaire comprend également les organisations de la société civile qui interviennent dans la prévention et la prise en charge des maladies dont le paludisme.

Ces organisations sont regroupées au sein d'une plateforme centrafricaine des organisations de la société civile qui lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Paludisme (PCOS). La PCOS est le cadre unitaire de coordination, de suivi-évaluation, de renforcement des capacités et de plaidoyer pour les interventions communautaires.

La SPALCA est le réseau spécialisé pour la lutte contre le paludisme. La SPALCA intervient dans le domaine de la mobilisation social, sensibilisation, counseling et surveillance a base communautaire.

Avec l'appui d'une assistance technique International, le réseau SPALCA a pu bénéficier d'un renforcement des capacités ayant permis de se doter d'un plan stratégique quinquennal pour une riposte communautaire efficace. Cependant, le réseau SPALCA n'a pas obtenu un appui pour la mise en œuvre de ces activités car les interventions de la société civile n'ont pas été planifiées dans le PSN 2018-2023.

Néanmoins au niveau du Service de Lutte contre le Paludisme il existe une collaboration avec certaines OSC qui font la lutte contre le Paludisme.

- Conclusion

Dans le PSN finissant toutes les activités planifiés et réalisées n'ont pas pris en compte un ou des indicateurs pouvant mesurés les activités des OSC qui œuvre depuis toujours dans la lutte contre le PALU. Alors que ces organisations avaient participé lors de la révision du PSN finissant, au Dialogue pays, PSN, Elaboration, Rédaction, Réponse aux TRP pour intégrer la subvention NFM3 à l'extension du PSN.

Cette faiblesse a retardé bon nombre des interventions notamment la conception et multiplication des outils de communication, le renforcement de capacités, les contrats avec acteurs de lutte contre le PALU pour un bon suivi et évaluation des impacts de lutte dans les communautés. On note la disparité des interventions de la stratégie de la promotion de santé dans le PSN finissant.

La politique nationale de lutte contre le Paludisme qui est l'un des documents normatifs du programme mais n'a pas développé la stratégie du CCC, Engagement communautaire, Société civile et l'auto prise en charge.

3.3.2.7. Préparation et réponse aux épidémies du paludisme et autres situations d'urgence

Le Ministère de la Santé et de la Population dispose d'une Direction de la Surveillance épidémiologique des maladies et de gestion d'urgences en Santé publique (DSEGUSP). Cette Direction travaille en collaboration avec les sections surveillance de tous les programmes dont celui du paludisme.

La préparation et la réponse aux épidémies et autres urgences en santé publique est pilotée par le Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP). Il travaille en collaboration avec la Direction suivi évaluation des projets et programmes de santé (DSEPPS). Il n'existe pas un plan national multirisque, cependant il existe un plan de contingence par maladie. De manière spécifique il existe un plan de contingence pour les crises.

Au niveau du Service de Lutte contre le Paludisme, un draft du plan de réponse à l'épidémie de paludisme a été ébauché mais pas encore validé.

En 2018 tous les Districts Sanitaires du pays ont été formés et dotés en outil de surveillance des seuils épidémiques du paludisme. Mais le constat est que ces outils ne sont pas utilisés avec comme conséquence aucune information en rapport avec la détection du niveau d'alerte à une éventuelle épidémie du paludisme.

Aucun indicateur de la surveillance des épidémies du paludisme n'a été pris en compte dans le PSN 2018-2023.

Nous proposons donc les indicateurs suivants pour le PSN en cours d'élaboration :

- Nombre d'alerte d'épidémie de paludisme détectée par les FOSA ;
- Nombre d'alerte d'épidémie de paludisme investiguée ;
- Proportion d'épidémies confirmées avec riposte ;
- Nombre de riposte à une épidémie de paludisme organisée ;
- Proportion de revue après action organisée.

○ **Conclusion**

Le SLP a mis en place un système de surveillance et de contrôle des épidémies du paludisme qui n'est pas encore fonctionnel. La mise en œuvre du plan d'action issu de l'examen de préparation de riposte (UHPR) est une opportunité pour la surveillance et la riposte contre une épidémie du paludisme.

3.3.2.8. Surveillance, Suivi Evaluation et Recherche Opérationnelle

Il a été prévu dans l'objectif 6 et la Stratégie 6 un total de 159 activités planifiées dont 46 ont été mise en œuvre avec un performance brute de 29%. En ajustant cette performance avec le score de qualité de mise en œuvre, la performance est tombée à 20%. En ce qui concerne le financement, 35 028 140,06 euros ont été planifiés. Un total de 1 924 369,84 euros a été mobilisé sur la subvention du Fonds mondial et totalement dépensé. Ce qui donne un gap de financement de 95%.

Il existe au niveau du Ministère de la Santé et de la Population une Direction suivi évaluation des projets et programmes de santé (DSEPPS). Cette Direction travaille en collaboration avec les sections Surveillance épidémiologique, suivi et évaluation et recherche opérationnelle (SESERO) de tous les programmes dont celui du paludisme.

Le SLP dispose des documents normatifs de SESERO : guide de suivi évaluation, guide de supervision, les registres du SNIS intégrant les paramètres de paludisme, les formulaires de rapport propre au paludisme et les formulaires SNIS intégrant le paludisme. Les données de routine sont collectées dans les registres de consultation et les registres du laboratoire des Formations sanitaire. Au niveau communautaire, les données sont collectées à travers les fiches de collecte des acteurs communautaires.

L'organigramme du SLP intègre une section, Suivi et Evaluation mais dont les 2 postes sont vacants.

Dans le cadre de performance du Plan stratégique 2018-2023 évalué, il était inscrit un total de 32 indicateurs :

- 08 indicateurs d'impacts liés à l'objectif général

- 01 indicateur d'effet lié à l'objectif spécifique 6
- 01 indicateur d'effet lié à l'objectif spécifique 7
- 01 indicateur d'effet lié à l'objectif spécifique 4
- 11 indicateurs de résultats liés à l'objectif spécifique 1
- 03 indicateurs de résultats liés à l'objectif spécifique 2
- 03 indicateurs de résultats liés à l'objectif spécifique 3
- 04 indicateurs de résultats liés à l'objectif spécifique 5

Tous les indicateurs figurent dans le manuel suivi évaluation de l'OMS et correspondent à notre contexte (contrôle de la maladie). À l'exception du premier « Taux de mortalité infanto-juvénile » tous les autres sont SMART. Toutes les valeurs de base sont disponibles **et les cibles ne sont pas atteintes**. Cependant les sources indiquées pour les valeurs de base ne sont pas toutes disponibles pour la vérification.

Le pays utilise depuis plus de 5 ans l'application MAGPI pour la collecte des données de routine au niveau des FOSA. Dans chaque District, le Point Focal paludisme collecte les données des FOSA et fait la compilation dans l'application et le transmet mensuellement au Service de Lutte contre le Paludisme. Les données sont collectées à partir des supports primaires (registre) des FOSA puis compilées sur le canevas de rapport mensuel d'activité ensuite saisie directement dans la base des données MAGPI à travers les smartphones par les points focaux. Cependant ces données sont centralisées directement sur le serveur du PR.

On a noté une amélioration progressive de la qualité du système des données avec utilisation de la Technologie de l'information et de communication. De 2018 à 2021, respectivement la promptitude des données est passé de 33% à 64% et la complétude de 68% à 82%.

Il est prévu dans le PSN la tenue des réunions de validation à tous les niveaux (Mensuellement pour les District, trimestriellement pour les Régions et semestriellement pour le niveau Central). Les missions de supervision devraient s'effectuer mensuellement du district vers les FOSA, trimestriellement de la Région vers les District et Semestriellement du Niveau Central vers les Régions. Cependant les réunions des validations des données sont organisées uniquement au niveau central tous les 6 mois et les supervisions sont organisées de manière irrégulière.

Ce système comporte quelques faiblesses : (i) une absence de validation des données au niveau des District avant de les partager au niveau central ; (ii) irrégularité des supervisions ; (iii) les données ne sont pas collectées (ou entrées dans l'application) au niveau des FOSA, ce qui ne peut pas permettre de contrôler les coordonnées géographiques.

Dans le domaine de la recherche opérationnelle, sur quatre (4) activités prévues (Etude sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides et leurs comportements ; étude sur la rémanence des MILD ; étude du test d'efficacité thérapeutique des CTA ; et enquête CAP sur les motivations, croyances, influence, synergie, obstacles de la population cible), seules deux ont été réalisées notamment, l'étude sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides dans deux régions RS1 et RS2 et l'enquête CAP dont le rapport n'est pas encore validé. L'étude du test d'efficacité thérapeutique est en cours de mise en œuvre par la FACSS de l'Université de Bangui. Concernant l'étude de rémanence des MILD, les ressources n'ont pas été mobilisées.

○ Conclusion :

D'une manière générale on note une amélioration de la promptitude et complétude des rapports du paludisme, une baisse des taux d'incidence et de mortalité, une amélioration des outils de collecte des données de routine aussi bien que celles des enquêtes. Avec la mise en place du DHIS2, le déploiement des data Managers à la base des Districts et Région Sanitaires et l'appui des différents partenaires (Banque Mondiale/Fonds Mondiales/Gavi) le système va s'améliorer davantage.

3.3.2.9. Gestion du programme

Il a été prévu dans l'objectif 7 et la Stratégie 7 un total de 214 activités planifiées dont 49 ont été mise en œuvre avec un performance brute de 23%. En ajustant cette performance avec le score de qualité de mise en œuvre, la performance est tombée à 22%. En ce qui concerne le financement, 1 329 829,57 euros ont été planifiés. Un total de 8 366 885,21 euros a été mobilisé sur la subvention du Fonds mondial et totalement dépensé. Le surfinancement de cette thématique est dû au fait que le montant de gestion de la subvention du Bénéficiaire principal y est intégré.

Le Programme National de lutte contre le Paludisme (PRONAPAL) est opérationnel depuis 1995 et représenté au niveau de trois pyramides sanitaires. Depuis 2009, il est érigé en Service de Lutte contre le Paludisme (SLP).

Au niveau central, la Coordination de la lutte contre le paludisme est assurée par le Service de Lutte contre le Paludisme chargé de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement au nom du Ministère de la Santé et de la Population dans le domaine de la lutte contre le paludisme. Il est chargé de concevoir, d'élaborer et de suivre la mise en œuvre des stratégies en matière de la lutte contre le paludisme. A ce niveau, le SLP est coordonné par le Chef de Service qui est appuyé par des Chefs de Sections.

Au niveau régional ou intermédiaire, les activités du PNLP sont assurées un point focal qui fait partie de l'équipe cadre de la région sanitaire. Les activités de ce dernier est placée sous la supervision directe du Directeur de la région. Le point focal paludisme veille à l'application des Directives nationales, la supervision régulière des interventions de lutte contre le paludisme dans sa région, à la complétude et à la promptitude des rapports du programme, à la gestion des stocks intrants et médicaments de sa région.

Au niveau District ou périphérique, les activités de lutte contre le paludisme sont, à ce niveau sont assurées par le point focal paludisme qui travaille en collaboration avec le chef de section soins et supervision lui-même, placé sous le Médecin chef de district.

Sur les 920 FOSAs fonctionnelles dans le pays, 836 sont couvertes par les activités du programme.

Le SLP est placé sous la Direction de Lutte contre la Maladie Transmissibles, puis de la Direction générale de l'Epidémiologie et Lutte contre la Maladie (DGELM). Pour son fonctionnement, le service dispose de six sections qui sont des structures opérationnelles ci-après :

- La section lutte antivectorielle (LAV) ;
- La section prise en charge des cas et de la chimio-prévention ;
- La section suivi Evaluation ;
- La section communication ;
- La section administrative ;
- La section GAS ; et
- Un service administratif.

Les différentes sections sont placées sous la responsabilité d'un chef de section. A l'exception des sections LAV et prise en charge des cas, les autres sections ne disposent pas du personnel supplémentaire pour son fonctionnement.

Le programme dispose des documents normatifs suivants :

- Un plan stratégique National qui arrive à terme en 2023 ;
- Un document de politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- Un document de Directives nationale de lutte contre le paludisme.

Les autres documents de mise en œuvre sont ;

- Un document de code de communication interne ;
- Un document de code de conduite interne ;
- Les outils de gestion du programme (manuel de formation pour les agents de santé communautaire, les fiches de collectes des données...).

La Coordination des partenaires est aujourd'hui, sous le leadership du Ministre chargé de la Santé et de la Population avec délégation de mission au Chef de Service de Lutte contre le Paludisme. Le SLP organise des rencontres régulières avec tous ses partenaires pour le partage d'information et de données sur les activités menées. Les activités de la coordination de programme sont essentiellement :

- Elaboration des documents normatifs ;
- Formation des acteurs ;
- Supervision des activités du programme ;
- Contribution aux activités de recherche opérationnelles ;
- Elaboration et suivi de mise en œuvre du plan de travail ;
- Production des rapports.

Au plan de financier, le programme de lutte contre le paludisme est soutenu essentiellement par le financement extérieur en particulier le FMSTP dont les subventions depuis 2004 ont permis l'amélioration de la couverture des interventions de lutte contre le Paludisme et le maintien des acquis. D'autres partenaires techniques et financiers tels que l'UNICEF, l'OMS, RBM, AMP Health, la Banque Mondiale et les ONG internationales appuient aussi le PNLP. L'Etat intervient dans le financement des activités de lutte contre le paludisme à travers : (i) le paiement des salaires du personnel ; (ii) une partie des dépenses d'investissement en infrastructures et équipements ; (iii) la formation initiale ; (iv) les dépenses de fonctionnement et les subventions aux structures de soins.

○ **Conclusion**

La lutte contre le paludisme reste une priorité du gouvernement, cependant le fonctionnement du service de lutte contre le paludisme connaît quelques difficultés organisationnelles qu'il faut chercher à surmonter. L'insuffisance en ressources humaines et la faible implication du système communautaire impactent relativement l'atteinte des résultats. La mise en application des recommandations formulées permettra d'interpeller toutes les parties prenantes afin de trouver des solutions pour une meilleure réponse à l'épidémie. La plupart de financement vient essentiellement du FM et d'autres partenaires techniques et financiers.

3.3.2.10. Questions transversales (RSS, droits de l'homme genre et équité, prévention et harcèlement et abus sexuel)

La République Centrafricaine est un pays dans une situation d'instabilité depuis des décennies où les questions de **droits de l'homme, genre et équité sont souvent des défis importants**. Dans le contexte post conflit et de retour de la sécurité, les questions transversales liées à l'éthique, Droits de l'Homme, genre et équité doivent constituer une priorité, y compris dans le domaine de la santé et en particulier dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme qui est la première cause de consultation. Ces questions sont ainsi incluses dans la revue du PSN 2018-2023 et l'élaboration du PSN 2024-2028 avec une stratification la plus détaillée possible dans le système de santé.

Bien que le paludisme touche aussi bien les hommes que les femmes, la vulnérabilité à la maladie varie en fonction des groupes d'âge et le contexte physiologique des individus. Ainsi, les enfants de moins de 5 ans les femmes enceintes sont les plus vulnérables au paludisme. Par ailleurs, les populations dans les situations d'urgence complexe, les populations difficiles d'accès et/ou isolées, les populations autochtones et certains groupes clés sont dans des situations de vulnérabilité accrue qui nécessite de l'aide humanitaire assurée par des ressources humaines recrutées localement et à l'international. En plus, l'accessibilité aux produits et services de lutte contre le paludisme varient en fonction de la résidence, du niveau d'instruction des chefs de ménages, du revenu économique et du positionnement des individus dans la communauté et dans la société. Ainsi les normes sociales liées au genre rendent inévitables l'accès aux produits et services de lutte contre le paludisme aux femmes et jeunes filles qui pourtant sont responsables de la prise en charge des membres de la famille, malades ou pas. Leur vulnérabilité est accrue quand elles sont enceintes et les perturbations physiologiques de la grossesse s'ajoutent aux discriminations du fait des us et coutumes. Au regard de ces besoins des populations, des interventions multisectorielles sont menées par différentes entités partenaires, qui risquent d'exploiter et d'abuser les populations assistées ; comme le reflète le rapport annuel (2020, 2021, 2022) de lutte contre les violences basées sur le genre (VBG) produit par le système de gestion des VBG en RCA soit environ 1% des auteurs présumés sont travailleurs des ONG et du système des Nations Unies. Les conséquences de l'inconduite sexuelle des travailleurs humanitaires, aggrave la vulnérabilité des populations assistées même dans le cadre de la lutte contre le Paludisme, parce qu'en plus du paludisme les victimes feront face aux infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA, la grossesse non désirée, le traumatisme physique, le traumatisme psychologique, et la stigmatisation.

Rappelons que l'activité professionnelle et certaines habitudes est un autre déterminant de risque de paludisme qui affecte plus les groupes qui sont exposés du fait de leurs activités aux piqûres de moustiques. Dans ce contexte, les hommes qui travaillent ou sont souvent à l'extérieurs des ménages peuvent être particulièrement exposés au risque de piqûres de moustiques vecteurs et du paludisme. La mise en œuvre du PSN 2024-2028 doit prendre en compte les spécificités des différents groupes pour plus d'égalité et d'équité, l'élimination des violences sexuelles y compris la prévention et la réponse à l'inconduite sexuelle (exploitation, abus et harcèlement sexuels) des travailleurs humanitaires (ONG et Nations Unies), pour de meilleurs résultats et impact pour le contrôle et l'élimination du paludisme en République Centrafricaine. La sensibilisation des populations bénéficiaires à toute intervention de lutte contre le paludisme, devra inclure le code de conduite des travailleurs humanitaires pour promouvoir la protection des populations contre toute forme d'inconduite sexuelle et inclure également le mécanisme de signalement de tout acte répréhensible.

La RCA s'est engagé de promouvoir l'approche intégrée dans la mise en œuvre du PNDS III comme base de planification pour toute intervention dans le secteur de santé. Cette approche est traduite dans le Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme 2024-2028. Dans la mise en œuvre des interventions du programme et du financement. Le programme va ainsi intensifier les activités qui

tiennent compte du genre, réduisent les inégalités dans l'accès aux services et augmentent significativement la couverture de programmes complets pour lever les obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services.

La mise en œuvre des interventions va débuter par des évaluations et analyses détaillées des questions de genre et des droits humains et une analyse des spécificités de chaque sexe et groupe d'âge pour déterminer en détails les différences entre les hommes et les femmes ainsi que les jeunes filles en ce qui concerne le risque et l'exposition, les comportements favorisant la santé, l'accès et le recours aux services, les expériences dans les établissements de soins, les options thérapeutiques et l'impact de la mauvaise santé.

Une politique de la gratuité ciblée des soins a déjà été adoptée et sera mise en œuvre sans discrimination pour parvenir à une protection universelle des populations à risque de paludisme, notamment la distribution des MILD au travers des services de santé, la prise en charge des cas des enfants de moins de 5 ans, et des approches communautaires qui sont soit en initiation ou en expansion. Des activités spécifiques ciblent les groupes vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, mais aussi les groupes en situation de vulnérabilité transitoire que sont les personnes déplacées ou en situation d'urgence complexes.

L'offre de prestations de service dans les formations sanitaires se fait sur une base d'équité et de respect des droits humains et du genre, mais l'accès aux produits et services de lutte contre le paludisme peut être entravé par d'autres facteurs, notamment l'âge, le lieu de résidence, le genre ou le sexe, le statut socioéconomique et les populations dans des situations d'urgence complexes. La conception et les décisions pour la mise en œuvre des interventions du programme seront fondées sur des évaluations et analyses détaillées des questions de genre et des droits humains.

La mise en œuvre des interventions sera aussi basée sur l'approche de la santé fondée sur les droits de l'homme pour amener progressivement tous les individus à jouir du droit à la santé, attirer l'attention et de proposer des stratégies et des solutions afin de corriger les inégalités, les pratiques discriminatoires ainsi que les relations inégales de pouvoir compromettant l'aide aux bénéficiaires en échange des faveurs sexuelles à l'endroit des travailleurs humanitaires et tout autre travailleur impliqué dans l'implémentation des interventions de lutte contre le paludisme, qui sont souvent au cœur des résultats sanitaires inéquitables. Dans ce cadre l'analyse des spécificités de chaque sexe permettra d'apporter des réponses appropriées à des besoins spécifiques et mettre au jour les causes des inégalité dans l'accès aux produits et services de santé.

L'intégration des aspects Droit de l'homme/Genre/Equité ainsi que la prévention et réponse à l'exploitation, l'abus et le harcèlement sexuels et les préventions des harcèlements, de l'exploitation et de abus sexuels seront les exigences à intégrer dans la mise en œuvre des interventions. Le mécanisme de signalement de l'inconduite sexuelle des travailleurs de toutes les interventions de lutte contre le paludisme, comportera la voie de signalement des plaintes de l'aide, de rapportage de l'inconduite sexuelle ; de différents partenaires intervenants dans ce programme.

Cette intégration permettra de ne laisser personne de côté, offrir des services de santé de base équitables, améliorer l'accès aux soins de santé de qualité à toute la population, la satisfaction des patients sur la base d'évidences et la protection des populations contre toute forme d'inconduite sexuelle des travailleurs apportant de l'aide aux populations. Toutes les populations, en particulier celle la plus difficile à atteindre, les populations défavorisées économiquement, les femmes et les filles seront ciblées par les activités générales et spécifiques du programme avec l'implication et

l'appropriation par les individus, les familles, la communauté et les organisations partenaires de la société civile à travers l'approche d'auto-prise en charge du paludisme et des autres maladies.

3.4. Analyse des Forces Faiblesses Opportunités Menaces

Analyse liée au contrôle vectorielle

Forces	Faiblesses
• Existence du service de lutte contre le paludisme ; • Disponibilité des MILD, • Paiement surplace des acteurs de la campagne par les agences de paiement	• Insuffisance de partage des rapports des réunions du comité de coordination et les réunions hebdomadaires avec les partenaires ; • Faible partage des documents de la campagne aux RS et DS (budget de mise en œuvre) ; • Sous-estimation des besoins en MILD ; • Retard dans le pré-positionnement des MILD au niveau des sites ; • Manque d'entomologiste au SLP ; • Insuffisance quantitative et qualitative des RH au SLP ; • Faiblesse du système de gestion des données sur le paludisme ; • Faible système de rapportage sur les activités du SLP ; • Rupture de stock de MILD ; • Absence de données entomologique pour la lutte
Opportunités	Menaces
• Disponibilité du budget approuvé par le FM • Exonération des taxes et frais de douane sur les acquisitions d'introns et médicaments • Implication des autorités communautaires ; • Disponibilité de partenaires de terrain pour la mise en œuvre • Disponibilité des acteurs communautaires et de la Société Civile	• Pandémie de la COVID 19 • Insécurité • Etat dégradé des routes ne favorisant l'acheminement des MILD • Absence de ressources financières pour assurer la distribution des MILD dans les écoles • Dépendance du financement extérieur (Fond mondial)

Analyse liée à la chimio-prévention

Forces	Faiblesses
• Attention accordée par le Gouvernement à la lutte contre le Paludisme matérialisant la création d'un Service de Lutte contre le Paludisme et la contribution au financement de la lutte contre le paludisme	• Organiser des réunions de coordination entre (PNLP, PEV, DSFP) pour la mise œuvre du TPIn. • Couverture limitée dans quelques Sous-préfectures. • Reportage incorrecte des CPN, TPI ;

• L'existence de interventions spécifiques au PNLP	• Non-respect de quota en formation des prestataires en chimio-prévention • L'insécurité • Les activités dans le PSN mais non budgétisés • Lenteur dans le processus décaissement des fonds • Insuffisance en ressource humaine (gestionnaire des bases de données, assistant logistique, gestionnaire administratif et financier, assistant suivi-évaluation, entomologiste)
Opportunités	Menaces
• Disponibilité des partenaires à accompagner les efforts du Gouvernement (Fonds Mondial, UNICEF OMS, Banque Mondiale, Roll Back Malaria, HMP, ONG, etc.) • Existence des institutions de recherche dans le paludisme • Existence des institutions de formation.	• Insécurité : le conflit politico - militaire les interventions de lutte contre le Paludisme ; • Retrait/suspension des financements de certains bailleurs ; • Non décaissement du financement de l'État.

Analyse liée au diagnostic et traitement du paludisme

Forces	Faiblesses
• Existence des directives de PEC à jour • Existence des TDR • Gratuité ciblée des soins dans les FOSA • Formation à l'utilisation de ces outils • Existence personnel dévoué • Existence des ASC • Document de politique national de santé communautaire en cours de validation.	• Absence de Manuels de formation ; • L'insuffisance dans la diffusion des Directives ; • Insuffisance dans la formation/recyclage des prestataires, dispensateurs et Laborantins ; • Non validation du Document de politique national de santé communautaire ; • Insuffisance en nombre des ASC ; • Absence de cartographie des ASC ;
Opportunités	Menaces
• Appui du PNLP par le FM / des partenaires (ONG) dans la lutte contre le paludisme • Existence des Instituts de Recherche et de Formation • Collaboration du PNLP avec ces Institutions	• Retrait des partenaires • Dégradation des Infrastructures routières • Insécurité • Déplacements des personnels

Analyse liée à la gestion des approvisionnements et des stocks

Forces	Faiblesses
---------------	-------------------

• Existence des médicaments anti palustres dans la liste nationale des médicaments essentiel • Existence d'un comité de quantification • Existence de protocole de traitement standards • Existence d'un algorithme de dépistage du paludisme • Existence du comité de pharmacovigilance Acquisition d'un MINILAB • Existence de la Direction de pharmacie et du service de laboratoire • La distribution des intrants va jusqu'au niveau des FOSA. • L'existence d'un tableau de bord de suivi des stocks et des distributions • Existence d'un plan de livraison partagé à tous les niveaux à l'avance • Existence d'une coordination GAS au sein du ministère • Existence d'un tableau de bord de suivi des activités de la chaîne d'approvisionnement • Contrôle qualité annuelle des antipaludéens au laboratoire USP du Ghana • L'UCM assure le stockage et la gestion des produits venant des certains partenaires (UNICEF, BANQUE MONDIALE ET CHINE) en collaboration avec le ministère	• Le comité de quantification n'est pas dynamique • Qualité des données de consommations des Fosa insuffisante ; • Absence d'un manuel de quantification • Absence de formation des agents de santé au niveau des FOSA en matière de quantification et d'estimation correctement leur besoin • Faible capacité de stockage au niveau national • Inexistence du système d'assurance qualité • Inexistence du Système d'Information de Gestion Logistique (LMIS) • MSP est faiblement impliqué dans les activités de la chaîne d'approvisionnement assurées par les partenaires • Les conditions de stockages ne respectent pas les normes standards de stockage dans la majorité des structures sanitaires. • Inexistence des procédures de réception • Lors de la réception au niveau des FOSA, ils ne font que le comptage uniquement des colis reçus et pas le contrôle technique proprement dit. • Faible capacité de stockage au niveau national • Inexistence des pharmacies Régionales et districts • Insuffisance de ressources humaines qualifiées • Manque d'un plan d'affectation des ressources humaines qualifiées au niveau décentralisé • Absence de réunions d'analyse des données • Non implication de GAS dans les supervisions intégrées • Insuffisance dans le suivi de la qualité des produits sur le marché national hors le circuit Fonds mondial • Inexistence d'un laboratoire national de CQ • Absence d'intégration des antipaludéens dans le comité de pharmacovigilance
Opportunités	Menaces
• Appui financier et technique des partenaires (Fond Mondial, UNICEF, Banque Mondiale) • Construction des dépôts régionaux	• Crises politico-militaires à répétition entraînant le déplacement des populations et l'arrêt des activités • Mauvais état des routes en général, aggravés en saison pluvieuse.

Analyse liée au plaidoyer, à la Mobilisation social et au CCC

Forces	Faiblesses
• Existence d'une section de communication au SLP	• Insuffisance en ressources humaines dans la section communication du SLP

• Existence des organisations à base communautaire • Existence d'un Service de promotion de la santé dans la DSSP. • Existence du plan intégré de communication de PSN 2007-2011. • Les affiches sur la posologie d'artéméther injectable, d'Artésunate • Un guide de sensibilisation sur l'utilisation de MILD, • Une affiche sur les traitements préventifs intermittents • Les banderoles portant des messages et des slogans sur les thèmes de l'année • Les banderoles dans le cadre de la campagne de distribution de masse de MILD • Un KAKEMONO sur la performance du programme lors de l'évaluation du PSN 2012-2016 • Un groupe WHATSAPP interne aux personnels du SLP. • Les ressources humaines disponible au SLP pour le travail et quelle est la situation dans les FOSA et aussi dans la communauté (ASC etc.) Déjà traité par la gestion du programme.	• Inexistence du plan de communication du PNLP et les outils de communication • Absence de formation/recyclage du personnel de communication
Opportunités	Menaces
• Appuie budgétaire et technique disponible pour l'élaboration de ce plan de communication • Engagement des OSC nationales et internationales dans la lutte contre le paludisme • Existence d'un financement pour le recrutement d'un consultant national sur la subvention NFM3 pour l'élaboration du plan.	• En cas de retrait de cet appui technique et financier • En cas de retrait de cet appui technique et financier.

Analyse liée à la contribution de la communauté et de la société civile

FORCES	FAIBLESSES
• Mobilisation des ASC • Existence des OSC qui font la lutte contre le Paludisme et qui appartiennent une plateforme régionale de lutte contre le paludisme (CS4ME)	• Faible structuration des OSC sur les domaines d'intervention de lutte contre le paludisme ; • Insuffisances des connaissances et compétences sur les outils de communication et mobilisation sociale sur le paludisme ;

- Existence d'un cadre unitaire des OSC (PCOS) ; - La SPALCA dispose d'un plan stratégique de lutte contre le paludisme.	Faible suivi-communautaire des interventions sur le paludisme ;
OPPORTUNITES	MENACES
- Ces OSC ont été évalués par une ATI et dispose des documents normatifs et des manuels de gestion - Existence de document des prioritaires communautaires sur le paludisme prenant en compte les aspects de droits humains, genre et équité	- Absence de priorités accordées aux paquets d'activités des OSC dans le PSN - Très faible implication de ces OSC dans les différentes activités du PSN PALU.

Analyse liée à la préparation et réponses aux épidémies du paludisme et autres situations d'urgence

Forces	Faiblesses
Personnel de Districts formé et doté en outil de surveillance des seuils épidémiques du paludisme	- Inexistence de plan de réponses à l'épidémie du paludisme - La non-utilisation de l'outil de surveillance des seuils épidémique du paludisme
Opportunités	Menaces
- Existence du Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique - Existence des partenaires techniques et financiers - Mise en œuvre en cours des recommandations de l'examen de préparation de riposte (UHPR) - Existence d'un système de surveillance intégrée des maladies et riposte (guide)	- Mouvement permanent du personnel formé sur la gestion des données - Insécurité (Vol des équipements, intrants et autres matériels ; déplacement du personnel...) - Dépendance du programme au financement extérieurs (gestionnaires des bases de données payés par la Banque mondiale)

Analyse liée à la Surveillance, Suivi et Evaluation et Recherche Opérationnelle

Forces	Faiblesses
---------------	-------------------

• Renforcement du système de collecte des données (Révision et validation des outils, formation du personnel à l'utilisation des outils, équipement informatique, connexion internet) • Utilisation de l'application MAGPI pour le transfert des données • Existence des documents normatifs pour le suivi évaluation • Existence de financement pour les supervisions et la validation des données (niveau central)	• Versement de primes de motivation aux points focaux de collecte des données du paludisme entraînant l'amélioration de la complétude des seules données du paludisme mais, avec un impact négatif sur l'ensemble du système de surveillance (le canevas du SNIS n'est pas renseigné) • L'absence des directives pour la mise à jour de la base des données du paludisme (la mise à jour désordonnée de la base des données du paludisme) • Faible utilisation des données de population désagrégée par District suite à une faible vulgarisation par les SNIIS • Faible contrôle de la qualité des données du paludisme à tous les niveaux • Absence d'un plan de maintenance des outils informatiques • Absence de financement pour la réalisation de l'étude sur la rémanence des MILD • Insuffisance en ressources humaines pour la section suivi évaluation
Opportunités	Menaces
• Déploiement en cours du DHIS 2 comme plateforme nationale de gestion des données	• Mouvement permanent du personnel formé sur la gestion des données • Insécurité (Vol des équipements, intrants et autres matériels ; déplacement du personnel...) • Dépendance du programme au financement extérieurs (gestionnaires des bases de données payés par la Banque mondiale)

Analyse liée à la gestion du programme

Forces	Faiblesses
• Existence d'une ligne de financement de paludisme dans le budget de l'Etat ; • Existence du Service de lutte contre le paludisme. • Disponibilité des documents normatifs et des outils de gestion.	• Faible décaissement de l'Etat • Insuffisance en ressources humaines à tous les niveaux • Absence de structure de coordination du programme et les partenaires. • -Irrégularité de la production de rapport annuel. • Faible représentativité de la société civiles et les ONG locales.
Opportunités	Menaces

• Existence des partenaires techniques et financiers • Le paludisme fait partie des priorités de l'Etat	• Environnement politique instable • Insécurité • Incertitude dans la pérennisation de financement des partenaires • La non prise en compte par le FM de certaines activités considérées dans le PSN. • Forte dépendance aux financements extérieur.
--	--

3.5. Recommandations

Contrôle vectoriel

N°	Recommandations	Responsabilités
1	Organiser des réunions post-campagnes en vue de passer en revue les failles rapportées pour une amélioration	SLP & Partenaires
2	Eviter le retard dans le pré-positionnement des MILD au niveau des sites	SLP & PAM
2	Mobiliser plus de ressources financières pour les activités non budgétisées	PNLP & Partenaires
3	Rechercher d'autres moyens d'acheminement des MILD dans les sites	SLP & Partenaires
4	Développer des stratégies pour atteindre les objectifs fixés par le programme	SLP & Partenaires
5	Utiliser les données démographiques récentes pour palier à la sous-estimation des besoins en MILD	SLP & Partenaires

Chimio-prévention

N°	Recommandations	Responsabilités
1	Organiser les réunions de validation des données en CPN, TPIn avec tous les partenaires de mise en œuvre (World Vision International, MENTOR INITIATIVE, Médecins Sans Frontières...)	SLP & Partenaires
2	Mettre en place un cadre formel de collaboration entre le SLP, PEV, DSFP pour la mise à l'échelle la distribution de routine et la chimio-prévention	SLP & Partenaires
2	Mise en œuvre des mécanismes communautaires/paires éducateurs pour réduire la déperdition en CPN et PEV	SLP & Partenaires
3	Renforcer la sensibilisation des femmes en enceintes sur la CPN	SLP & Partenaires
4	Sensibiliser la population sur la consultation prénatale tardive et certaines barrières culturelles /religieuses	SLP & Partenaires
5	Démarrer la mise en œuvre graduelle du TPIn	SLP et PEV
	Maintenir un accès et une couverture élevée à des interventions de qualité pour un impact durable	SLP & Partenaires
	Mettre en place des systèmes efficaces de surveillance épidémiologique, de surveillance entomologique et de l'efficacité des médicaments	SLP
	Promouvoir une communication en faveur du changement comportemental et s	SLP & Partenaires
	Les stratégies de traitement préventif sont des éléments clés de l'approche à plusieurs volets retenus pour réduire la charge de la morbidité et la transmission du paludisme. La chimio prévention consiste à développer le traitement préventif au sein des groupes de la population.	SLP & Partenaires

Diagnostic et traitement du paludisme

N°	Recommandations	Responsabilités
1	Elaborer les manuels de formation	PNLP
2	Multiplier et diffuser les directives et les manuels de formation	
2	Former/ recycler le personnel	PNLP/Partenaires
3	Doter les Laboratoires en microscopes et intrants	PNLP/Partenaires
4	Mobiliser des ressources additionnelles pour achat des microscopes et formation/recyclage des laborantins	MSP/PNLP
5	Mobiliser d'autres partenaires pour l'appui des FOSA	MSP/PNLP
	Accélérer le processus d'élaboration de la politique national et de santé communautaire	MSP/PNLP
	Recruter et former les ASC	MSP/PNLP/Partenaires
	Faire la cartographie des ASC et des partenaires	MSP/PNLP/Partenaires

Gestion des approvisionnements et des stocks

N°	Recommandations	Responsabilités
1	Redynamiser le comité de quantification	MSP
2	Affecter un Inspecteur Pharmaceutique au Cabinet	MSP
2	Intégrer les médicaments antipaludiques dans le système de Pharmacovigilance	MSP
3	Renforcer la gouvernance de l'Unité de Cession des Médicaments : gestion financière, entreposage, parc automobile, etc.	MSP
4	Promouvoir l'ouverture d'officines et de dépôts privés au niveau régional et de district : mettre en place un partenariat public-privé pour l'appui technique et financier nécessaire ; créer un environnement des affaires favorables	MSP
5	Financer la formation des agents de santé sur la quantification et la gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et autres intrants antipaludiques à tous les niveaux	MSP/PNLP/Partenaire
	Impliquer les Autorités de régulation de la DPLMT et les responsables GAS du SLP dans l'approvisionnement et la réception des produits pharmaceutiques au niveau central pour tous les achats (partenaires, ONG	
	Faire enregistrer par l'autorité de la régularisation les produits de prise en charge du paludisme	MSP/PNLP
	Accélérer la réhabilitation/construction de l'entrepôt central de PK24 et des entrepôts régionaux et de districts ciblés	
	Acheter les intrants pour le MINILAB	MSP/PNLP
	Accélérer le processus d'acquisition des Entrepôts préfabriqués pour les structures d'accès difficiles	
	Elargir à toutes les FOSA la formation des agents de santé sur la gestion des approvisionnements et des stocks	MSP
	Financer la formation de 10 microscopistes à l'étranger	

	Doter les laboratoires en microscope et lames porte-objets	MSP
	Renforcer le parc automobile de la DPLMT et de la coordination GAS par l'achat d'un véhicule pour la supervision	
	Redynamiser l'UCM suivant les normes d'une centrale d'achat	MSP
	Renforcer le parc automobile de l'UCM pour assurer les distributions	
	Mettre en place un dispositif de stockage, de distribution et de gestion des produits pharmaceutiques (gestion décentralisée)	MSP/PNLP
	Elaborer les textes, normes et procédures nationaux (POS, manuel)	
	Former les agents sur les textes, normes et procédures GAS)	MSP/PNLP
	Organiser la supervision post formation	
	Organiser des réunions semestrielles de revues programmatiques et logistiques (GAS)	MSP/PNLP

3.3.2.5. Plaidoyer, Mobilisation social, CCC

N°	Recommandations	Responsabilités
1	Réviser la politique Nationale de lutte contre le paludisme	SLP
2	Elaborer un plan de communication pour le PNLP	SLP
2	Recruter/affecter des personnels pour appuyer le service	MSP
3	Former/recycler le personnel	MSP

Contribution de la communauté et la société civile

N°	Recommandations	Responsabilités
1	Renforcer le suivi et le monitoring des interventions des ASC en	
2	impliquant les organisations les organisations à base communautaire et les organisations de la société civile	MSP/SLP
2	MSP/SLP	MSP/SLP
3	Assurer la participation des communautés et de la société civile dans l'élaboration de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme et élaboration des outils de communication lors des campagnes MILDA soient adaptés et bases sur les contextes /besoins des communautés	MSP/SLP
4	dans le prochain PSN de lutte contre le paludisme	MSP/SLP
5	Assurer que le Nouveau PSN prenne en compte obstacles/barrières liés	MSP/SLP

Préparation et réponses aux épidémies du paludisme et autres situations d'urgence

N°	Recommandations	Responsabilités
1	Elaborer un plan de préparation et riposte aux épidémies	MSP/SLP
2	Intégrer les indicateurs de surveillance du paludisme y compris le seuil épidémique dans le PBF	MSP/SLP

Surveillance, suivi et évaluation et recherche opérationnelle

N°	Recommandations	Responsabilités
1	Verser dans un panier commun de la formation sanitaire toutes les primes de performance venues des différents partenaires pour constituer une cagnotte unique de performance concernant le rapportage du canevas SNIS qui contient le formulaire du paludisme	MSP
2	Mettre à jour les directives concernant la fermeture de la base des données après publication officielle	MSP
2	Mettre en place l'inter opérabilité entre les bases de données du paludisme et DHIS 2	MSP
3	Vulgariser régulièrement les mises à jour des données populationnelles issues des projections de l'ICASESS	MSP
4	Mettre en œuvre les mécanismes de contrôle de la qualité des données du SNIS y compris le paludisme à tous les niveaux (réunion de validation des données, supervisions formatives, DQR et DQS)	MSP
5	Contractualiser avec une structure appropriée la maintenance préventive et curative des équipements internet et informatique	MSP

Gestion du programme

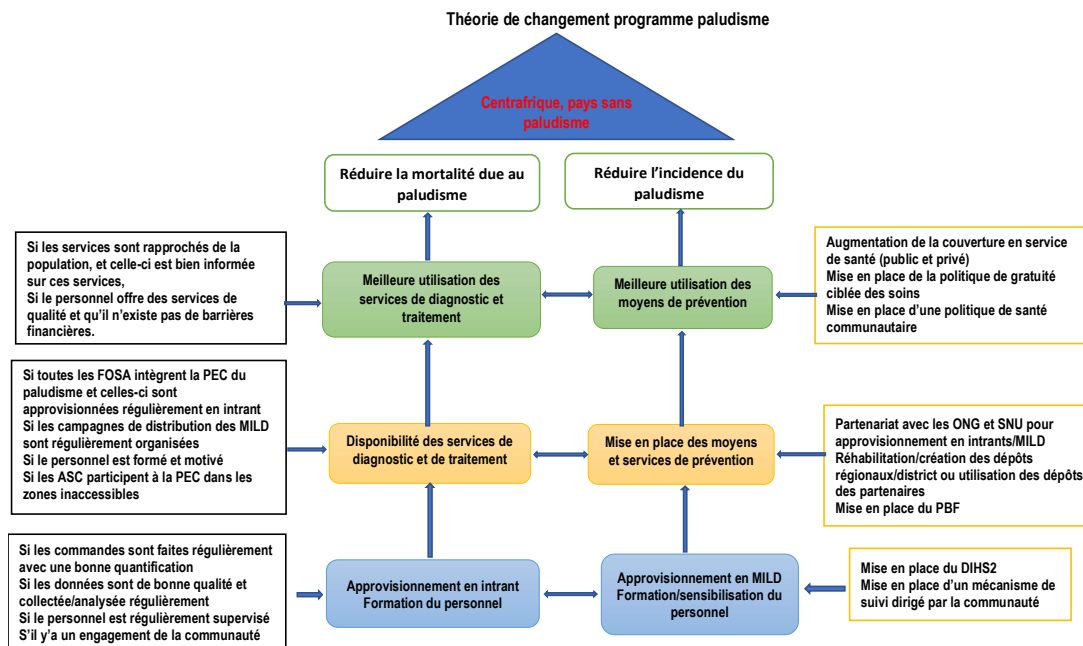
N°	Recommandations	Responsabilités
1	Faire un plaidoyer auprès du gouvernement pour revoir à la hausse le budget afin d'améliorer et augmenter le taux de décaissement	MSP
2	Créer une plateforme des partenaires pour la lutte contre le paludisme	MSP
2	Mobiliser des ressources domestique	SLP, CCM, Gouvernement

IV. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

A la suite de l'analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (FFOM), il s'est dégagé des défis importants qui ont guidé les orientations stratégiques pour le présent Plan Stratégique National (PSN) contre le paludisme en RCA. Il s'agit de :

1. L'implication et l'innovation communautaire dans la prise en charge dont la stratégie de l'auto prise en charge.
2. La disponibilité des données (routines, études et enquêtes) pour orienter les actions du programme et le renforcement du système qui permet leur production.
3. Adaptation de notre stratégie de lutte anti vectorielle par rapport aux nouvelles évidences comme celle de la transmission diurne du paludisme à Bangui selon une étude récente de l'Institut Pasteur de Bangui.
4. L'intégration des aspects Droit de l'homme/Genre/Equité et les préventions des harcèlements, de l'exploitation et de abus sexuels dans la mise en œuvre des actions du programme et projets de lutte contre le paludisme.
5. Le renforcement de Diagnostic et de la prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires et dans les communautés et aussi de la disponibilité des médicaments dans les Formations sanitaires.
6. L'amélioration de la chimio prévention chez les femmes enceintes et les enfants de moins d'un an.
7. Le renforcement de la capacité de gestion du programme pour améliorer la faible performance actuelle dont la mise en œuvre programmatique a été seulement 25% sur toute l'année de mise en œuvre du PSN précédent et seulement 15% de taux de mobilisation des ressources financières.

V. THEORIE DE CHANGEMENT



VI. PRINCIPES DIRECTEURS

Le Plan Stratégique 2024-2028 repose sur six (6) principes directeurs suivants qui constituent la base des interventions :

- **Leadership** : Le Ministère de la Santé et de la Population à travers le SLP assure l'alignement avec le PNDS et les différents documents nationaux, la coordination et la mise en œuvre de ce Plan Stratégique avec l'implication des différents niveaux de la pyramide sanitaire et ses partenaires
- **Appropriation** : Le Ministère de la Santé Publique et de la Population et ses partenaires considère ce Plan Stratégique comme un outil de mise en œuvre de la Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme, et apportent les ressources nécessaires à son opérationnalisation à tous les niveaux.
- **Partenariat** : Un partenariat incluant toutes les parties prenantes, le Ministère de la santé, les PTF, le secteur privé et les communautés contribue à la mise en œuvre de ce PSN dans le cadre du principe du « Three Ones. »
- **Équité, genre et droits humains** : la mise œuvre du PSN ne doit laisser personne de côté, Offrir des services de santé de base équitables, gratuits totalement et/ou ciblés pour l'efficacité des interventions, l'accès aux soins de santé de qualité à toute la population et la satisfaction des patients, en particulier celle la plus difficile à atteindre quel que soit son statut socio-économique.
- **Bonne gouvernance** : la mise en œuvre de ce PSN implique le renforcement de l'autonomie, la transparence dans la gestion des ressources à tous les niveaux. Elle sous-tend également l'engagement de toutes les parties prenantes, y compris les communautés, le renforcement de la responsabilité, de la redevabilité et du contrôle.
- **Innovation** : ce principe appelle à l'utilisation des nouvelles approches de mise en œuvre des interventions de santé (intégration du secteur privé, auto prise en charge, la surveillance à base communautaire...) et l'utilisation de nouvelles technologies pour potentialiser les résultats.

VII. CADRE STRATEGIQUE

7.1. Vision

Centrafrique, pays sans paludisme.

7.2. Mission

Garantir l'accès universel à la promotion, à la prévention, au diagnostic, au traitement et faire de la surveillance une intervention de base en vue de consolider les efforts vers l'élimination, en réduisant de façon significative la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

7.3. Buts et objectifs

7.3.1. But (s)

- Réduire le taux de mortalité due au paludisme d'au moins 80% en 2028 par rapport à 2015
- Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 80% en 2028 par rapport à 2015

7.3.2. Objectifs et stratégies

Objectif 1 : Renforcer l'engagement et la participation communautaire afin d'amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme dans un environnement d'assainissement de milieux et de salubrité d'ici fin 2028

Stratégie 1.1 : CCC (FOSA et communauté)

Stratégie 1.2 : Plaidoyer

Stratégie 1.3 : Mobilisation sociale et engagement communautaire

Objectif 2 : Améliorer la disponibilité et la qualité des données à travers la surveillance du Paludisme, le suivi et évaluation (Passer de 82% à 100% de complétude et de 70% à 80% de promptitude des données) ainsi que la Recherche Opérationnelle d'ici fin 2028

Stratégie 2.1 : Surveillance, préparation et réponse aux épidémies du paludisme

Stratégie 2.2 : Suivi -Evaluation

Stratégie 2.3. : Suivi communautaire

Stratégie 2.4. : Recherche opérationnelle, (épidémiologique, entomologique, CAP...)

Objectif 3 : Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions efficaces de lutte anti vectorielle d'ici fin 2028

Stratégie 3.1 : Utilisation des MILD

Stratégie 3.2 : Pulvérisation Intra-Domiciliaire

Stratégie 3.3 : Lutte anti larvaire

Objectif 4 : Protéger au moins 80% de la population cible de chimio prévention et d'immunisation d'ici fin 2028

Stratégie 4.1 : Traitement Préventif Intermittent

Stratégie 4.2 : Chimio-prévention saisonnière

Stratégie 4.2 : Vaccination contre le paludisme

Objectif 5 : Au moins 100% des cas suspect de paludisme sont testés et 100% des confirmés sont

Stratégie 5.1 : Diagnostic et traitement au niveau FOSA

Objectif 6 : Rendre disponible les médicaments et autres intrants antipaludiques de qualité dans au moins 100% des formations sanitaires (publiques, privées, confessionnelles) et communautés ciblées d'ici fin 2028

Stratégie 6.1 : Améliorer la quantification des besoins à tous les niveaux

Stratégie 6.2 : Renforcer l'approvisionnement en intrants de prise en charge du paludisme

Stratégie 6.3 : Améliorer la capacité de Stockage et de gestion de stock

Stratégie 6.4 : Améliorer la distribution

Stratégie 6.5 : Assurance qualité/Contrôle qualité

Stratégie 6.6 : Ressources humaines pour la GAS

Stratégie 6.7 : Renforcement de capacité pour la GAS

Stratégie 6.9 : Renforcement du Système d'Information de gestion Logistique (SIGL)

Objectif 7 : Renforcer les capacités managériales institutionnelles et opérationnelles du programme et des structures communautaires pour l'amélioration de la performance de mise en œuvre de 32% à 80% d'ici fin 2028

Stratégie 7.1 : Renforcement les structures du programme

Stratégie 7.2 : Renforcement des ressources humaines

Stratégie 7.3 : Ressources financières

Stratégie 7.4 : Logistique

Stratégie 7.5 : Mobilisation des ressources

Stratégie 7.6 : Coordination

Stratégie 7.7 : Renforcement des capacités

7.3.3. Activités par stratégies et par objectifs

Objectifs, stratégies et activités	2024	2025	2026	2027	2028
Objectif 1 : Renforcer l'engagement et la participation communautaire afin d'amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme dans un environnement d'assainissement de milieux et de salubrité d'ici fin 2028					
Stratégie 1.1. : CCC (FOSA et communauté)					
Activité 1.1.1. Organiser un atelier résidentiel d'élaboration du plan de communication de lutte contre le Paludisme regroupant 25 personnes 10 jours avec l'appui d'un consultant national sur 20 jours ouvrables.	X				
Activité 1.1.2. : Organiser un atelier à Bangui de 50 participants (avec la participation des communautés et de la société civile) en 3 jours pour la validation du plan de communication de lutte contre le Paludisme.	X				
Activité 1.1.3. : Organiser par la direction de soins de santé primaires une réunion de 5 jours pour l'élaboration des messages à mettre sur les supports	X				
Activités 1.1.4. : Concevoir des outils de communication avec l'aide d'un prestataire de service (designer) (kakémono, dépliants, panneau, dépliant, sketch, affiches, spot publicitaire, ...)	X				
Activités 1.1.5. : Multiplier des messages et outils de communication sur les interventions de lutte contre le Paludisme adaptés aux groupes cibles (xxx kakémono, xxx dépliants, xxx panneau, xxx dépliant, xxx affiches...).	X	X	X	X	X
Activité 1.1.6 : Diffuser des messages à travers les canaux de communication (radio, télévision, compagnie téléphonique, panneaux publicitaires)	X	X	X	X	X
Activité 1.1.7 : Organiser un atelier de 20 participants en 7 jours à Bangui pour l'élaboration et la validation du manuel de formation sur les techniques de communication en matière de lutte contre le paludisme	X				
Activité 1.1.8 : Multiplier le manuel de formation sur les techniques de communication en matière de lutte contre le paludisme en 2500 exemplaire (FOSA, districts, Région, niveau centrale et partenaires)	X				
Activité 1.1.9 : Organiser des séances de sensibilisation dans les écoles fondamentales 1(avec des caravanes et prime pour les réponses)	X	X	X	X	X
Activité 1.1.10 : Doter le Service d'IEC des districts en matériels de communication (10 Mégaphones par district plus piles)	X				
Activité 1.1.11 : Eduquer/Sensibiliser la population en matière de l'assainissement du milieu (activités	X	X	X	X	X

à mener en saison sèche (Janvier à Avril puis Octobre à Décembre)					
Stratégie 1.2.: Plaidoyer					
Activité 1.2.1.: Organiser chaque année la Journée Mondiale de lutte contre le Paludisme	X	X	X	X	X
Activité 1.2.2 : Organiser annuellement une séance de mobilisation de ressources auprès des partenaires privés pour la lutte contre le paludisme (couverte par la radio et la TV)	X	X	X	X	X
Activités 1.2.3. Organiser des visites de plaidoyer dans les grandes entreprises commerciales pour mobiliser	X	X	X	X	X
Activité 1.2.4 : Organiser des séances de plaidoyer avec les parlementaires, le conseil économique et social pour la mobilisation des ressources de l'état pour la lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X
Activité 1.2.5 : Activité 14 : Faire un plaidoyer auprès de la faculté des sciences de la santé pour l'intégration des directives nationales de lutte contre le paludisme dans curricula des étudiants (paramédical et médical)	X				
Activité 1.2.6 : Organiser 1 réunion trimestrielle de plaidoyer avec 20 leaders communautaires dans les Districts 1 et 7 pour leurs implications et contribution sur les interventions de la lutte contre le paludisme.	X	X	X	X	X
Stratégie 1.3 : Mobilisation sociale et engagement communautaire					
Activité 1.3.1: Organiser à Bangui un atelier de formation des formateurs de 3 jours regroupant 20 personnes (6 personnes du niveau central, 1 responsable d'IEC et le directeur de région)	X				
Activité 1.3.2: Organiser un atelier de 3 jours de formation des formateurs des districts au niveau des régions sur les techniques de communication en matière de lutte contre le paludisme (2 personnes par district)	X				
Activité 1.3.3: Organiser un atelier de 1 jour de formation des responsables d'IEC des FOSA sur les techniques de communication en matière de lutte contre le paludisme (2 personnes par district)	X				
Activité 1.3.4: Organiser un atelier de formation dans les bases des districts de 2 jours regroupant 240 acteurs communautaires et de la société civile (3 personnes par sous-préfecture) sur la sensibilisation, la vaccination contre le paludisme, le dépistage, le traitement des cas simples et le référencement des cas graves de paludisme	X				
Activité 1.3.5 : Organiser des descentes mensuelles de 240 acteurs communautaires membres de la société civile pour la sensibilisation, la vaccination contre le paludisme, le dépistage, le traitement des cas simples et le référencement des cas graves de paludisme	X	X	X	X	X

Activité 1.3.6 : Assurer la motivation mensuelle de 240 acteurs communautaires membres de la société civile	X	X	X	X	X
Activité 1.3.7 : Appuyer l'organisation des dialogues communautaires dans le cadre de renforcement des soins de santé primaire	X	X	X	X	X
Activité 1.3.8 : Organiser 94 réunions de plaidoyer par trimestre avec 20 les leaders communautaires par les 84 sous-préfecture et les 10 arrondissements de Bangui pour leurs implications dans le suivi des interventions de la lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X
Activité 1.3.9 : Recruter une ATN de 20 jours pour l'élaboration de la cartographie des OSC intervenant sur le paludisme	X				
Activité 1.3.10 : Organiser un atelier de 5 jours à Bimbo pour 30 participants membres des OSC pour la mise en réseau, la structuration de l'intervention de la société civile	X				
1.4. : Changement social et comportemental					
Activité 1.4.1 : Organiser un atelier d'élaboration de supports/kits de sensibilisation pour les organisations de la Société civile et les acteurs communautaires ciblant les populations mal desservies.	X				
Activité 1.4.2 : Organiser des sessions semestrielles de plaidoyer avec les décideurs et les partenaires techniques et financiers au niveau central.	X	X	X	X	X
Activité 1.4.3 : Organiser des sessions trimestrielles de mobilisation des partenaires de mise en œuvre, des organisations de la société civile et leaders communautaires au niveau régional.	X	X	X	X	X
Activité 1.4.4 : Organiser des sessions mensuelles de sensibilisation des individus, des familles, des communautés et des FOSA au niveau district	X	X	X	X	X
Activité 1.4.5 : Campagnes multimédias, séries éducatives diffusées à la radio ou à la télévision, refrains publicitaires, panneaux d'affichage, radio communautaire.	X	X	X	X	X
Activité 1.4.6 : Organiser un atelier d'élaboration de supports consacrés au changement social et comportemental adaptés aux besoins des différents groupes de population/réalisés dans différentes langues.	X				
Activité 1.4.7 : Produire et distribuer les supports consacrés au changement social et comportemental adaptés aux besoins des différents groupes de population/réalisés dans différentes langues.	X	X	X	X	X
Activité 1.4.8 : Organiser des sessions de mobilisation communautaire pour une participation importante des individus, des familles	X	X	X	X	X

et des communautés activités de suivi communautaire.					
Activité 1.4.9 : Organiser des réunions mensuelles de sensibilisation pour les leaders d'opinion au sein des communautés et dans les villages par district	X	X	X	X	X
Activité 1.4.10 : Organiser des visites de supervision pour le renforcement des systèmes communautaires une participation active à la mise en œuvre d'interventions spécifiques de prévention.	X	X	X	X	X
Activité 1.4.11 : Assurer les coûts des ressources humaines propres au changement social et comportemental pour des interventions spécifiques de prévention ne faisant pas partie des activités régulières.	X	X	X	X	X
1.5. : Élimination des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux programmes					
Activité 1.5.1 : Organiser des études de recherche opérationnelle concernant les bénéficiaires des interventions spécifiques et des obstacles qui empêchent l'accès	X		X		
Activité 1.5.2 : Organiser des visites mensuelles de Suivi communautaire de l'accès aux MILD et leur utilisation	X	X	X	X	X
Activité 1.5.3 : Organiser des activités mensuelles de stratégies avancées dans les quartiers précaires au dernier trimestre de l'année par district	X	X	X	X	X
Activité 1.5.4 : Mettre en place de Points Palu dans les sites des déplacés internes	X				
Activité 1.5.5 : Organiser des sessions de formation de 2 jours pour les ASC des Points Palu dans les sites des déplacés internes	X				
Activité 1.5.6 : Mobiliser l'AT pour la planification d'un accès équitable à des interventions spécifiques de prévention du paludisme	X				
Activité 1.5.7 : Organiser des visites mensuelles de suivi des interventions de prévention dans la communauté et dirigé par la communauté par le district	X	X	X	X	X
Activité 1.5.8 : Organiser des sessions de formation pour le renforcement des capacités institutionnelles des organisations de la société civile et leaders communautaire en lutte contre le paludisme	X				
Activité 1.5.9 : Organiser des visites de supervision mensuelles pour le renforcement des capacités institutionnelles des organisations de la société civile et leaders communautaire pour la lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X
Objectif 2 : Améliorer la disponibilité et la qualité des données à travers la surveillance du Paludisme, le suivi et évaluation (Passer de 82% à 100% de complétude et de 70% à 80% de promptitude des données) ainsi que la Recherche Opérationnelle d'ici fin 2028					
Stratégie 2.1 : Surveillance, préparation et réponse aux épidémies du paludisme					

Activité 2.1.1 : Assurer la disponibilité des outils de collecte de données primaires y compris le paludisme (Registres, Rapport mensuel d'activité, fiche de rapport de la surveillance)	X	X	X	X	X
Activité 2.1.2 : Réviser les outils de collecte de données (registre de vaccination prenant en compte le vaccin contre le paludisme RMA avec la gestion de stock des kits de palu Relecture et validation au cours d'un atelier de 3 jrs à Bangui)	X				
Activité 2.1.3 : Assurer la surveillance hebdomadaire du paludisme (épidémiologique) : (i) atelier de 3 jours regroupant 25 personnes à Bangui pour révision et validation de la fiche de surveillance hebdomadaire et, guide de surveillance des seuils épidémiques du paludisme, (ii) Former 2 personnes par régions et districts au cours de deux ateliers de 3 jrs à Bangui, (iii) Former XX personnes des FOSA au cours de 10 ateliers de 3 jrs dans les bases des régions à l'utilisation des outils de surveillance des seuils épidémiques de données du paludisme)	X	X	X	X	X
Activité 2.1.4 : Intégrer la surveillance entomologique du paludisme à la surveillance d'autres maladies telle que la Fièvre jaune Act.1.5 : Acquérir des outils informatiques pour la section suivi et évaluation du SLP (02 ordinateurs desktop, une imprimante multifonction, 2 onduleurs et une multiprise)	X				
Activité 2.1.5 : Acquérir un kit internet (1 fly box et rechargement mensuel) pour la section suivi et évaluation du SLP	X				
Activité 2.1.6 : Assurer le rechargement kits internet dans régions/districts sanitaires (rechargement VESAT et Fly-tox) pour la saisie et envoi des données de la surveillance du paludisme	X				
Stratégie 2.2 : Suivi -Evaluation					
Activité 2.2.1 : Tenir des réunions de validation des données mensuelles dans les districts (une réunion de deux jours regroupant 30 personnes en raison de 6 réunions par DS par an)	X	X	X	X	X
Activité 2.2.2 : Tenir la réunion de validation des données au niveau central (contribution du SLP pour 3 jours de réunion semestrielle à Boali regroupant 25 personnes)	X	X	X	X	X
Activité 2.2.3 : Elaborer le bulletin trimestriel du SLP (un atelier de 2 jrs regroupant 25 personnes par trimestre à Bangui)	X	X	X	X	X
Activité 2.2.4 : Elaborer le rapport annuel du SLP (un atelier de 3 jrs regroupant 25 personnes par an à Boali)	X	X	X	X	X
Activité 2.2.5 : Organiser 5 revues annuelles et une revue à mi-parcours du PNS2024-2028 de la lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X

Activité 2.2.6 : Organiser une revue finale du PNS2024-2028 de la lutte contre le paludisme en T3 2028	X	X	X	X	X
Activité 2.2.7 : Organiser une mission de l'audit de la qualité des données du paludisme une fois par an (DQR/DQS)	X	X	X	X	X
Activité 2.2.8 : Former 2 personnes par an au cours de suivi évaluation à l'international	X	X	X	X	X
Activité 2.2.9 : Elaborer et valider le guide de supervision/assurance qualité des données de la qualité des données	X				
Activité 2.2.10 : Former les agents de santé (responsables de programmes, ECRD, responsables des FOSA) à l'utilisation	X				
Activité 2.2.11 : Organiser les missions de supervision de la qualité des données à tous les niveaux (FOSA, DS, NC, RS)	X	X	X	X	X
Activité 2.2.12 : Réhabiliter le Bâtiment du service de la documentation et des archives du MSP	X				
Activité 2.2.13 : Doter le service de la documentation et des archives en équipements informatiques pour la mise en place de la bibliothèque en ligne	X				
Stratégie 2.3. : Suivi communautaire					
Activité 2.3.1 : Organiser un atelier de formation des observateurs sur le guide de suivi-communautaire	X				
Activité 2.3.2 : Apporter un appui financier à l'observatoire communautaire pour le suivi communautaire de la disponibilité et de l'accès aux soins de santé en RCA	X	X	X	X	X
Activité 2.3.3 : Organiser 1 réunions trimestrielles avec 20 acteurs (5 leaders d'opinion, 5 communautés, 5 leaders communautaires et 5 autorités locales sanitaires) dans les Districts sanitaires 1, 2, 3 et 4 sur l'importance de la communication sur le Paludisme (CPN, utilisation des MILD, TPI)	X	X	X	X	X
Stratégie 2.4. : Recherche opérationnelle, (épidémiologique, entomologique, CAP...)					
Activité 2.4.1 : Organiser enquête MIS (2024, 2026 et 2028) ou contribuer l'organisation de l'enquête MICS ou EDS					
Activité 2.4.2 : Organiser Health Facility Survey (Enquête des Formations Sanitaires) (2024, 2028)					
Activité 2.4.3 : Organiser l'Enquête sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques : 2025, 2027					
Activité 2.4.4 : Recruter 3 personnels (03 spécialistes en entomologie)					
Activité 2.4.5 : Organiser l'Etude sur le comportement et distributions des vecteurs de Plasmodium en RCA (RS1,2, 3, 4, 5 et 6) en 2024 et 2028					

Activité 2.4.6 : Organiser l'Etude de Sensibilité des vecteurs aux insecticides et de Typologie des Gîtes Larvaires en 2024 dans les RS5 et 6					
Activité 2.4.7 : Organiser les évaluations des campagnes de distribution de masse de MILD					
Activité 2.4.8 : Organiser une enquête sur la prévalence du paludisme au sein de la population					
Objectif 3 : Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions efficaces de lutte anti vectorielle d'ici fin 2028					
Stratégie 3.1 : Utilisation des MILD					
Activité : 3.1.1. : Organiser une campagne de masse nationale de distribution de 3 989 676 MILD en 2025 et de 4 171 918 en 2028		x			
Activité : 3.1.2. : Approvisionner les FOSA offrant les services de CPN avec 848249 MILD pour la distribution de routine d'ici 2028	x	x	x	x	x
Activité : 3.1.3. : Approvisionner les FOSA offrant les services de vaccination avec 345379 MILD pour la distribution de routine d'ici 2028	x	x	x	x	x
Activité : 3.1.4 : Développer la stratégie de distribution des MILD de routine dans les écoles	x	x	x	x	x
Activité : 3.1.5 : Organiser un atelier d'élaboration de manuel de distribution intégrée (écoles, CPN, PEV, campagne de masse) des MILD de routine dans les écoles primaires	x				
Activité : 3.1.6. : Former les enseignants sur la distribution annuelle des MILD de routine dans les écoles primaire	x		x		
Activité 3.1.7. : Organiser la distribution annuelle XXX MILD dans les écoles primaires d'ici 2028	x	x	x	x	x
Activité 3.1.8 : Assurer le Coût d'agent d'approvisionnement et de manutention pour les moustiquaires de campagne	x	x	x	x	x
Activité 3.1.9 : Assurer les Coûts de transport et d'assurance internationaux pour les moustiquaires de campagne	x		x		
Activité 3.1.10 : Assurer la location des entrepôts pour stocker les MILDs de campagne de masse		x			
Activité 3.1.11 : Participation communautaire à la campagne de distribution de masse		x			
Activité 3.1.12 : Mobiliser une ATI pendant 30 jour pour l'informatisation/numérisation du système de collecte des données de campagne de masse et de routine		x			
Activité 3.1.13 : Réaliser une enquête post campagne sur la possession et l'utilisation des MILD reçues			x		
Stratégie 3.2 : Pulvérisation Intra-Domiciliaire					
Activité 3.2.1 : Développer un Plan d'introduction de la PID, en pilote, dans la ville de Bangui à travers une Assistance technique internationale	x				
Activité 3.2.2 : Etablir la cartographie de la sensibilité des vecteurs aux insecticides pour	x				

conduire au choix de l'insecticide de qualité qui doit être utilisé pour la PID dans la ville de Bangui (données manquantes dans l'analyse de la situation dans le PSN paludisme 2024-2028)					
Activité 3.2.3 : Organiser une réunion de haut niveau pour l'adoption du Plan et obtenir un engagement politique en faveur de la PID et une mobilisation des ressources locales	x				
Activité 3.2.4 : Développer les Directives nationales pour la mise en œuvre des activités PID en RCA	x				
Activité 3.2.5 : Elaborer les modules des formateurs, superviseurs, et chefs d'équipes		x			
Activité 3.2.6 : Développer les modules de formation des agents pulvérisateurs		x			
Activité 3.2.7 : Mettre en place des mesures complètes de contrôle de la conformité en matière de santé et d'environnement (mesures appropriées de prévention de la contamination environnementale, gestion et élimination des déchets et équipements de protection individuelle)	x				
Activité 3.2.8 : Faire une étude pour déterminer le niveau d'acceptation sociale adéquats de la PID dans la ville de Bangui		x			
Activité 3.2.9 : Renforcer les capacités du programme et du système de santé pour fournir une couverture de bonne qualité de la PID, en temps opportun et élevée (logistiques et humaines adéquates et durables)			x		
Activité 3.2.10 : Mettre en place la plateforme adéquate de gestion intégrée des vecteurs (GIV), pour la gestion de la résistance aux insecticides avec une rotation des insecticides de différents modes d'action pour réduire la sélection pour la résistance			x		
Activité 3.2.11 : Approvisionner en équipement (pompes pour la pulvérisation, et autres matériels)	x				
Activité 3.2.12 : Recruter et organiser la formation des agents pulvérisateurs	x				
Activité 3.2.13 : Dénombrer les ménages dans les 3 Districts sanitaires de la ville de Bangui visés pour la PID	x				
Activité 3.2.14 : Organiser les campagnes de mobilisation sociale par la diffusion des spots de sensibilisation (TV, radio, posters, etc..)	x				
Activité 3.2.15 : Organiser les campagnes de mise en œuvre la PID dans les Districts sanitaires de Bangui		x			
Activité 3.2.16 : Organiser les réunions de coordination et de suivi du processus de la mise en œuvre des campagnes de PID		x			
Activité 3.2.17 : Evaluer et rédiger les rapports des opérations de la PID	x				

Activité 3.2.18 : Faire une étude pour obtenir des informations adéquates sur les vecteurs dans les autres Districts sanitaires en dehors de Bangui afin de procéder au déploiement de la PID en cas d'évidence et réussite de l'expérience pilote de Bangui		x			
Stratégie 3.3 : Lutte anti larvaire					
Activité 3.3.1 : Organiser des visites de terrain pour l'identification et la géolocalisation des principaux gîtes larvaires (permanents) dans les zones d'intervention de la PID	x	x			
Stratégie 3.4 : Assainissement de milieux et de salubrité de l'environnement					
Activité 3.4.1 : Organiser 3 réunions de 50 personnes (Parlementaires, Opérateurs économique, secteurs privés) en 1 jour à Bangui pour mobilisation de ressources financières			x		
Activité 3.4.2 : Achat de matériels aratoires (pelles, râteaux, houes, pioches, Sarclettes, faucilles, haches, bacs à ordures, etc.)	x				
Activité 3.4.3 : Achat de 20 Tricycles moteur à charrette pour transport des ordures	x				
Activité 3.4.4 : Organisation semestrielle de dialogues communautaires avec 30 personnes en 1 jour par arrondissement dans le district de Bangui 2 (An 1) puis extension à partir de l'an 2 dans la RS7 et RS1	x	x	x	x	x
Activité 3.4.5 : Organiser mensuellement à travers 3 groupements de 30 personnes (de femmes, de la jeunesse et les OSC) des activités de nettoyage et destruction des gîtes larvaires dans le cadre des opérations "Kwa ti kodro" en 1 jour par arrondissement dans le district de Bangui 2, (An1) puis extension à partir de l'an 2 dans la RS7 et RS1	x	x	x	x	x
Activité 3.4.6 : Réaliser des activités de nettoyage des canaux pour l'évacuation des eaux usées domestiques et de pluies diluviennes.	x	x	x	x	x
Activité 3.4.7 : Assurer la collecte et l'élimination des déchets solides dans les ménages	x	x	x	x	x
Activité 3.4.8 : Apporter un appui logistique au service d'assainissement des municipalités, groupements des femmes et des jeunes lors des activités de nettoyage	x	x	x	x	x
Objectif 4 : Protéger au moins 80% de la population cible de chimio prévention et d'immunisation d'ici fin 2028					
Stratégie 4.1 : Traitement Préventif Intermittent					
Activité 4.1.1 : Mobiliser une AT l'amélioration des couvertures en CPN2, CPN3, CPN4, etc.	x				
Activité 4.1.2 : Organiser un atelier de révision du manuel de PCIGA (Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'accouchement) pour la prise en compte de la TPIg et TPIh	x				
Activité 4.1.3 : Organiser un atelier de formation des formateurs regroupant 2 personnes par district		x			

et régions (70 DS et 14 RS) en 2 sessions à Boali et Bambari					
Activité 4.1.4. : Organiser des ateliers de formation en 28 sessions de 25 personnes, 680 prestataires de service de CPN par an en chimio prévention à raison de 2 personnes par formation sanitaire		x	x		
Activité 4.1.5. : Organiser des ateliers de formation de 50 agents des organisations de la Société civile et du niveau communautaire sur la TPIg par district	x				
Activité 4.1.6. : Approvisionner les organisations de la société civile et du niveau communautaire en SP pour la TPIp dans la communauté	x	x	x	x	x
Activité 4.1.7. : Acquérir la SP pour la chimio-prévention chez les femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans (6 à 59 mois) voir GAS pour quantification	x	x			
Activité 4.1.8. : Acquérir les fournitures et équipements pour les TPIg – gobelets, eau.	x				
Activité 4.1.9. : Organiser une session trimestrielle de coordination avec la Direction de la Sante de la Reproduction sur le renforcement de la TPIg	x				
Activité 4.1.10. : Organiser des sessions de formation des XXX soignants sur la TPIg et les droits des patients et l'éthique médicale.			x		
Activité 4.1.11 : Organiser des visites de supervision mensuelles des soignants en TPIg et les droits des patients et l'éthique médicale.	x	x	x	x	x
Activité 4.1.12 : Sensibiliser les communautés et les leaders sur la TPIg (frais des spots radio pour 25 stations radio) (A ramener sous la CCC)	x	x	x	x	x
4.2. Traitement préventif intermittent du paludisme pour les nourrissons (TPIIn)					
Activité 4.2.1 : Achat et délivrance de traitements préventifs intermittents pour les nourrissons.	x				
Activité 4.2.2 : Fournitures pour les traitements sous surveillance directe – gobelets, eau.	x	x	x	x	x
Activité 4.2.3 : Formation associée à la supervision ou à la résolution des problèmes en groupe pour les prestataires de santé, y compris en ce qui concerne les droits des patients et l'éthique médicale.		x	x		
Activité 4.2.4 : Acquérir la SP pour la chimio-prévention chez les femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans (6 à 59 mois) voir GAS pour quantification	x	x			
Stratégie 4.3 : Chimio-prévention saisonnière					
Activité 4.3.1 : Organiser des ateliers de micro-planification de la CPS dans chaque district (Ngaoundaye, Paoua, Boccaranga-Koui, Nanga-Boguila, Batangafo-Kabo, Nana Gribizi, Bamingui-Bangourang, Vakaga)	x				
Activité 4.3.2 : Acquérir la SP/Amodiaquine 125 mg pour la CPS (Ouham-Pendé, Ouham, Nana Gribizi, Bamingui Bangoran, Vakaga, Haute Kotto)	x		x		x

Activité 4.3.3 : Organiser des ateliers de formation sur la CPS de 592 agents de santé et en 24 sessions dans les zones ciblées (Ouham-Pendé, Ouham, Nana Gribizi, Bamingui Bangoran, Vakaga, Haute Kotto) à raison de 2 par FOSA pour 306 FOSA	X		X		X
Activité 4.3.4 : Organiser des ateliers de formation sur la CPS des acteurs communautaires et membres de la société civile en 22 sessions dans les zones ciblées (Ouham-Pendé, Ouham, Nana Gribizi, Bamingui Bangoran, Vakaga, Haute Kotto)	X		X		X
Activité 4.3.5 : Organiser la campagne CPS dans les districts ciblés ((Ouham-Pendé, Ouham, Nana Gribizi, Bamingui Bangoran, Vakaga,))	X	X	X	X	X
Activité 4.3.6 : Sensibiliser les communautés et les leaders sur la CPS (frais des spots radio pour 25 stations radio) (A ramener sous la CCC)	X	X	X	X	X
Stratégie 4.4 : Vaccination contre le paludisme					
Activité 4.4.1 : contribuer à l'élaboration de la feuille de route de l'introduction du nouveau vaccin anti paludique	X				
Activité 4.4.2 : Diffuser des spots de sensibilisation sur la vaccination contre le paludisme	X	X	X	X	X
Objectif 5 : Au moins 100% des cas suspect de paludisme sont testés et 100% des confirmés sont					
Stratégie 5.1 : Diagnostic et traitement au niveau FOSA					
Activité 5.1.1. : Acquisition 15575871 traitement CTA (2657726 en 2024, 2894430 en 2025, 3141307 en 2026, 3398720 en 2027 et 3483688 en 2028), 1246070 Artésunate injectables (365661 en 2024, 397901 en 2025, 431839 en 2026, 467226 en 2027 et 478907 en 2028) et autres produits de santé et de pharmacie pour le secteur public	X		X		X
Activité 5.1.2. : Organiser un atelier de 25 personnes en 5 jours pour la validation du manuel de formation sur la prise en charge du paludisme élaboré avec l'assistance d'un consultant national (20 jours) en dehors de Bangui	X				
Activité 5.1.3. : Organiser un atelier de formation des formateurs sur la prise en charge du paludisme en 5 jours regroupant 30 personnes (6 personnes du niveau central, 2 personnes par district et 2 personnes par RS) en 3 sessions en dehors de Bangui	X				
Activité 5.1.4. : Organiser par District sanitaire des ateliers de formation/recyclage de 1008 prestataires des FOSA du secteur public et dispensateurs des 7 régions sur les directives de PEC en 34 sessions de 5 jours dans les bases des DS		X	X		
Activité 5.1.5. : Multiplier et diffuser 4500 algorithmes de prise en charge des cas de paludisme à tous les niveaux des soins	X		X		
Activité 5.1.6. : Organiser des ateliers de Formation/recyclage de 2000 laborantins sur le diagnostic du paludisme (TDR et Goutte Epaisse) à		X	X		

raison de 1 personne par FOSA en 7 sessions de 5 jours dans les bases des districts					
Activité 5.1.7 : Organiser des visites de contrôle de qualité des lames de microscopie au cours des supervision intégrées.	x	x	x	x	x
Activité 5.1.8 : Acquisition de 2327429 traitements CTA pour traitement du paludisme simple dans les FOSA du secteur privé (397131 en 2024, 432501 en 2025, 469391 en 2026, 507855 en 2027 et 520551 en 2028) et 186194 Artésunate injectables (31771 en 2024, 34600 en 2025, 37551 en 2026, 40628 en 2027 et 41644 en 2028)	x		x		x
Activité 5.1.9 : Organiser un atelier de formation/recyclage de 200 prestataires des FOSA du secteur privé et dispensateur des régions sur les directives de PEC en 7 sessions de 3 jours dans les bases des Régions Sanitaires		x			
Activité 5.1.10 : Multiplier et diffuser 1024 algorithmes de prise en charge des cas de paludisme à tous les niveaux des soins	x		x		
Activité 5.1.11 : Organiser des ateliers de Formation/recyclage de 200 laborantins sur le diagnostic du paludisme (TDR et Goutte Epaisse) à raison de 1 personnes par FOSA du secteur privé en 7 sessions de 2 jours dans les bases des Régions sanitaires sur qualité des lames de microscopie au cours des supervision intégrées.		x			
Activité 5.1.12 : Acquisition de 19740762 TDR (3368387 en 2024, 3668383 en 2025, 3981274 en 2026, 4307518 en 2027 et 4415206 en 2028) pour le secteur public	x		x		x
Activité 5.1.13 : Acquisition 2340130 TDR (399299 en 2024, 434861 en 2025, 471952 en 2026, 510626 en 2026 et 523392 en 2028) dans secteur privé	x		x		x
Stratégie 5.2: Diagnostic et traitement au niveau communautaire					
Activité 5.2.1 : Acquisition 4006211 traitement CTA, pour le traitement du paludisme simple dans la communauté	x		x		x
Activité 5.2.2 : Acquérir 40062 Artésunate suppositoire pour le traitement de pré-transfert dans la communauté	x		x		x
Activité 5.2.3 : Organiser à Bangui un atelier 25 personnes en 3 jours pour élaborer la cartographie des organisations communautaires/société civile ou acteurs communautaires des partenaires qui les appuient (en première année de mise en œuvre du PNS)	x				
Activité 5.2.4 : Contractualiser avec les organisations communautaires/société civile ou acteurs communautaires pour la prise en charge du paludisme dans les zones non couvertes (à la deuxième année de mise en œuvre du Pec-ci)	x				
Activité 5.2.5 : Organiser 2 ateliers de formation de 30 membres des organisations	x				

communautaires/société civile ou acteurs communautaires sur la PEC du paludisme (à partir de la deuxième année) en 2 sessions de 3 jours en dehors de Bangui					
Activité 5.2.6 : Doter 10 organisations communautaires/société civile ou acteurs communautaires de Bangui, Bimbo et Begoua en outils de mise en œuvre de la PEC-ci (sac, thermomètre, registres, etc.)	x				
Activité 5.2.7 : Organiser des visites mensuelles de suivi de la mise en œuvre de la Pec-ci par les responsables des FOSA					
Activité 5.2.8 : Organiser des sessions mensuelles de validation des données de prise en charge communautaires au niveau des FOSA	x	x	x	x	x
Activité 5.2.9 : Mettre en place 30 points paludisme de prise en charge intégrée (dans les centres urbains avec faible couverture sanitaire dans Bimbo et Begoua en pilote (An 1 et 2) et passage à l'échelle région 1 et 2 (An 3).		x			
Objectif 6 : Rendre disponible les médicaments et autres intrants antipaludiques de qualité dans au moins 100% des formations sanitaires (publiques, privées, confessionnelles) et communautés ciblées d'ici fin 2028					
Stratégie 6.1: Améliorer la quantification des besoins à tous les niveaux					
Activité 6.1.1 : Organiser un atelier de 5 jours pour l'élaboration du manuel de formation sur la quantification des produits de santé regroupant 25 personnes à Boali	x				
Activité 6.1.2 : Organiser la formation d'un pool de 90 formateurs sur la quantification pendant 5 jours (70 du DS, 14 de RS et 10 niveau central) en dehors de Bangui		x			
Activité 6.1.3 : Organiser à Bangui sur quatre jours les réunions semestrielles de revue des quantifications des besoins en produits de prise en charge du paludisme avec 30 participants	x	x	x	x	x
Stratégie 6.2.: Renforcer l'approvisionnement en intrants de prise en charge du paludisme					
Activité 6.2.1 : Approvisionner le pays en 21909511 ACT (39459959 en 2024, 395102 en 2025, 411940 en 2026, 4900887 en 2027 et 5191622 en 2028) pour le paludisme simple (pédiatriques, enfants et adultes)	x		x		x
Activité 6.2.2 : Approvisionner le pays en 1246070 (212618 en 2024, 231554 en 2025, 251305 en 2026, 271898 en 2027 et 278695 en 2028) flacons d'artésunate injectable pour la prise en charge du paludisme grave	x		x		x
Activité 6.2.3 : Approvisionner le pays en xxxx cures du sulfadoxine+Pyriméthamine pour le traitement intermittent du paludisme chez les femmes enceintes	x		x		x
Activité 6.2.4 : Approvisionner le pays en 40062 (6082 en 2024, 8012 en 2025, 9943 en 2027, 11874 en 2028) d'Artesunate suppositoire pour le pré-	x		x		x

transfert des patients au niveau communautaire vers les FOSA					
Activité 6.2.5. : Approvisionner le pays en 27857699 (4366245 en 2024, 4980205 en 2025, 5608587 en 2026, 6251904 en 2026 et 6650758 en 2028) tests de dépistage rapide du paludisme	x		x		x
Activité 6.2.6. : Approvisionner le pays en xxxxxx flacons de dextrose pour la prise en charge du paludisme grave	x		x		x
Activité 6.2.7. : Approvisionner le pays en consommables médicaux nécessaire pour la prise en charge du paludisme (cathéters, Perfuseurs, gants, seringues)	x		x		x
Activité 6.2.8. : Approvisionner les sites Peci-ci thermomètres pour la surveillance de la fièvre au niveau communautaire	x		x		x
Activité 6.2.9. : Doter le pays en xxxxx microscopes		x			
Activité 6.2.10. : Acheter les réactifs et intrants nécessaires au fonctionnement du MINILAB	x		x		x
Stratégie 6.3 : Améliorer la capacité de Stockage et de gestion de stock					
Activité 6.3.1. : Organiser un atelier d'élaboration de 2 jours sur les manuels de procédures de manutention d'un stock de produits de santé à Bimbo regroupant XXX 25	x				
Activité 6.3.2. : Organiser un atelier d'élaboration de 2 jours sur le manuel de procédures de gestion des produits de santé et d'utilisation des outils de gestion à Bimbo regroupant 25 personnes	x				
Activité 6.3.3. : Renforcer l'espace de stockage par la construction d'entrepôt central (1) et entrepôts régionaux (7) et réhabiliter ceux des districts (35)		x			
Activité 6.3.4. : Doter les entrepôts centraux et décentralisés (35 districts, hôpitaux et centres de santé) en matériel de manutention (étagères, palettes, frigos, thermomètres muraux, climatiseurs etc.)		x			
Activité 6.3.5. : Doter 239 acteurs communautaires en matériel de conservation (armoires, glacières avec ice box) des produits de PEC du paludisme au niveau communautaire	x				
Stratégie 6.4 : Améliorer la distribution					
Activité 6.4.1. : Doter le pays en deux camions pour le transport de produits de santé du niveau central vers les districts et formations sanitaires	x				
Activité 6.4.2. : Mettre en place un système de distribution des produits de santé aligné à la pyramide sanitaire	x				
Activité 6.4.3. : Organiser trimestriellement un atelier d'évaluation de la performance du système après chaque cycle de distribution d'intrants aux regroupant xxxx personnes		x		x	
Stratégie 6.5 : Assurance qualité/Contrôle qualité					

Activité 6.5.1.: Enregistrer tous les produits de santé importés sur le marché national inclus les produits de prise en charge du paludisme	x	x	x	x	x
Activité 6.5.2.: Organiser des visites de prélèvement des échantillons d'intrants (ACT, MILDs et TDR pour le contrôle de quantité par les laboratoires accrédités ou préqualifiés par OMS (au Ghana ou Cameroun)	x	x	x	x	x
Activité 6.5.3.: Mettre en place des MINILAB pour les spots check de contrôle de qualité des produits antipaludéens qui sont sur le marché national		x			
Stratégie 6.6 : Ressources humaines pour la GAS					
Activité 6.6.1 : Recruter deux pharmaciens ou préparateurs en pharmacie pour la gestion des approvisionnements et des stocks (SLP)	x				
Stratégie 6.7 : Renforcement de capacité pour la GAS					
Activité 6.7.1: Organiser un atelier de cinq jours de formation à Bangui pour 10 cadres GAS du Ministère de la Santé sur l'utilisation des outils de traitement et d'analyse des données logistiques	x				
Activité 6.7.2: Organiser un atelier de cinq jours de formation à Bangui pour 10 cadres GAS du Ministère de la Santé, à l'utilisation du MINILAB	x				
Activité 6.7.3: Organiser à Bangui un atelier de quatre jours de formation de 10 personnels GAS du niveau central sur la quantification et gestion de stocks	x				
Activité 6.7.4: Organiser à Bangui un atelier de quatre jours de formation de 10 personnels du niveau central sur l'utilisation des outils de gestion GAS du programme	x				
Activité 6.7.5.: Organiser un atelier de cinq jours de formation de responsables de FOSA et dispensateurs (2048) sur la gestion des approvisionnements et des stocks en 35 sessions (1 session par district avec en moyenne 30 participants)		x	x		
Stratégie 6.8 : Coordination et suivi des activités de la GAS					
Activité 6.8.1 : Organiser à Bangui des réunions mensuelles de coordination GAS regroupant 15 participants, pour le suivi de stock et gestion des distributions aux FOSA au niveau central	x				
Activité 6.8.2 : Organiser à Bangui des réunions de coordination trimestrielle regroupant 30 acteurs du MSP et partenaires autour des données programmatiques et logistiques	x	x			
Activité 6.8.3.: Organiser des réunions trimestrielles d'un jour de revue des rapports de supervision au niveau régional	x	x	x	x	x
Activité 6.8.4 : Organiser une réunion d'un jour avec les partenaires technique et financier pour le partage des données sur les approvisionnements des différents intrants antipaludiques	x	x	x	x	x

Activité 6.8.5 : Organiser à Bangui un atelier d'élaboration et de validation du plan de contingence GAS regroupant les partenaires techniques et financiers (30 participants)	x				
Activité 6.8.6 : Mettre en place un comité de pharmacovigilance pour le suivi des effets secondaires des produits sanitaires	x				
Activité 6.8.7.: Doter la DG/ELM, DPLMT et la coordination GAS et les 7 régions sanitaires en véhicules (10 Pick-up 4x4 double cabine)		x			
Activité 6.8.8.: Doter les points focaux des régions et districts sanitaires en moto (42)		x			
Stratégie 6.9 : Renforcement du Système d'Information de gestion Logistique (SIGL)					
Activité 6.9.1.: Organiser un atelier d'harmonisation des outils de gestion de stock des médicaments et intrants (fiche de stock, les bons de commande, etc.) de 3 jours regroupant 25 personnes	x				
Activité 6.9.2. : Reproduire les outils de gestion de stock de médicaments et intrants	x		x		
Activité 6.9.3. : Doter les régions et districts sanitaires en ordinateurs (42 desktops) pour l'enregistrement des données		x			
Activité 6.9.4. : Organiser un atelier de xxx jours pour la configuration du SIGL		x			
Activité 6.9.5. : Mettre dans les hôpitaux et niveau central des outils de gestion de stock électronique interopérables avec DHIS2		x			
Objectif 7 : Renforcer les capacités managériales institutionnelles et opérationnelles du programme et des structures communautaires pour l'amélioration de la performance de mise en œuvre de 32% à 80% d'ici fin 2028					
Stratégie 7.1 : renforcement les structures du programme					
Activité 7.1.1. : Construire/Réhabiliter le local du SLP		x			
Activité 7.1.2. : Doter en équipement mobilier du SLP	x				
Activité 7.1.3. : Doter le personnel du SLP en équipement/outils informatiques 20 kits (15 laptops 5 desktops, clés et disques externes pour l'archivage électronique des données, boîtes d'archives pour le rangement) et 10 staffs du SLP y compris coordonnateur PEC-ci en téléphones portables	x				
Stratégie 7.2 : Renforcement des ressources humaines					
Activité 7.2.1. : Recruter/intégrer 10 personnes pour renforcer le programme (suivi et évaluation, GAS, administration, financier, data manager, Lutte anti vectorielle, personnels d'appui)	x				
Activité 7.2.2.2. : Appuyer la participation de 25 cadres dont 15 du SLP au cours de paludologie à l'international à raison de 5 personnes par an	x				
Stratégie 7.3 : Ressources financières					

Activité 7.3.1. : Assurer la motivation financière des 35 points focaux, 7 superviseurs régionaux, et 10 staffs du SLP y compris le coordonnateur PEC-ci	x	x	x	x	x
Stratégie 7.4 : Logistique					
Activité 7.4.1. : Assurer le fonctionnement annuel du PNLP (carburant, frais de téléphone, internet entretien du parc automobile, maintenance des unités informatiques)	x	x	x	x	x
Activité 7.4.2. : Accorder des primes de motivation aux Cadres du SLP y compris le coordonnateur de la PEC-ci et Rémunérer le personnel contractuel du SLP et le personnel de la cellule de suivi/Evaluation de FMSTP	x	x	x	x	x
Activité 7.4.3. : Mettre en place le Comité de pharmacovigilance dans 5 hôpitaux centraux et 5 Hôpitaux Régionaux	x				
Stratégie 7.5 : Mobilisation des ressources					
Activité 7.5.2. Appuyer l'Elaboration d'une feuille de route pour la mobilisation des ressources de 2 jours à Bangui pour 15 participants	x				
Activité 7.5.3. : Contribuer à la rédaction de la demande de financement au FMSTP en faveur de la lutte contre le paludisme pour la période 2024-2028 regroupant 30 participants à Boali	x				
Stratégie 7.6 : Coordination					
Activité 7.6.1. : Organiser des réunions de Coordination d'un jour à Bangui avec les Partenaires pour capitaliser les données de mise en œuvre des activités de lutte contre le Paludisme (30 participants)	x	x	x	x	x
Activités 7.6.2. : Organiser un atelier de 5 jours de revue et planification opérationnelle annuelle du PSN à Boali avec 30 participants	x	x	x	x	x
Activité 7.6.3. : Organiser une revue à mi-parcours du plan stratégique 2024-2028 regroupant 30 participants à Boali (durée 5 jours)			x		
Stratégie 7.7 : Renforcement de capacité					
Activité 7.7.1. : Appuyer la Formation d'un pharmacien par an dans le domaine d'Inspection	x	x	x	x	x
Activité 7.7.2. : Former les Points Focaux des Districts et des agents du SNIS en gestion des données et audits des qualités des données (84 personnes) en deux sessions de 5 jours	x				x
Activité 7.7.3. : Organiser des voyages d'échange d'expérience (deux personnes dans le domaine de l'entomologie, deux personnes dans le domaine de la prise en charge communautaire intégrée (PEC-ci) deux personnes dans le domaine de la pharmacovigilance		x			
Activité 7.7.4. : Organiser 3 sessions de 5 jours de formation des 80 prestataires et gestionnaires de dépôts sur la notification des Effets Indésirables (Activité GAS) à Boali		x			

Activité 7.7.5. : Organiser semestriellement des visites de supervisions intégrées des activités de lutte contre le paludisme du niveau central vers les régions 10 jours	x	x	x	x	x
Activité 7.7.6. : Organiser à Bangui des réunions semestrielles de deux jours pour la revue et la validation des rapports de supervision avec 30 participants	x	x	x	x	x
Activité 7.7.7. : Organiser chaque trimestre des visites de supervisions intégrées sur la gestion et l'utilisation des produits de prise en charge du paludisme du niveau régional vers le district (durée 6 jours)	x	x	x	x	x
Activité 7.7.8. : Organiser des supervisions intégrées par le District, sur la gestion et l'utilisation des produits de prise en charge du paludisme au niveau des FOSA (durée 6 jours)	x	x	x	x	x
Activité 7.7.9. : Installation connexion internet à haut débit	x				

VIII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

8.1. Plan de travail

- Par année sur 5 ans

8.2. Modalités de mise en œuvre

Mécanisme de planification et de mise en œuvre

5. 2. 1.1 Cadre institutionnel de mise en œuvre

Les interventions du plan stratégique de lutte contre le paludisme nécessitent pour leur mise en œuvre un cadre institutionnel souple et cohérent.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre du plan seront assurés par les instances suivantes :

- Le Comité National de Lutte contre le Paludisme (CNLP)
- Le Service de Lutte contre le Paludisme

a. Le Comité National de Lutte contre le Paludisme :

Le Comité de la Lutte contre le Paludisme mis en place par Arrêté/Décret... est le cadre de concertation des partenaires de la lutte contre le paludisme.

Il a pour mission d'accompagner le PNLP dans la coordination et de faire des propositions sur les orientations stratégiques pour la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme.

Il apporte sa contribution à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des activités.

Le CNLP participe à l'analyse des données sur la mise en œuvre afin d'identifier les goulots d'étranglement et de proposer des solutions.

Depuis sa création ce comité n'est pas fonctionnel.

b. Service de Lutte contre le Paludisme

Le Service de Lutte contre le Paludisme fait partie des trois services placés sous la Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles (DLMT). Il assure la coordination du PNLP, coordonne l'élaboration de la politique nationale, des plan stratégique et opérationnel, les documents normatifs et veille à la mise en œuvre et au suivi des interventions de lutte contre le paludisme. Il est chargé de la mobilisation des ressources, de la mise à disposition d'outils de plaidoyer et de la soumission de requêtes pour la recherche de financement additionnel. Il est aussi responsable de la mesure des indicateurs, du partage avec les différents acteurs de l'information qui porte sur les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs et les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des activités. Il élabore et diffuse les rapports d'activités auprès des partenaires.

Le SLP comprend six (06) sections placées sous l'autorité du Chef de Service : Lutte anti vectorielle, Prise en Charge et Interventions spécifiques, Gestion des Approvisionnements et Stockage, IEC Mobilisation sociale, Suivi-évaluation, Service Administratif.

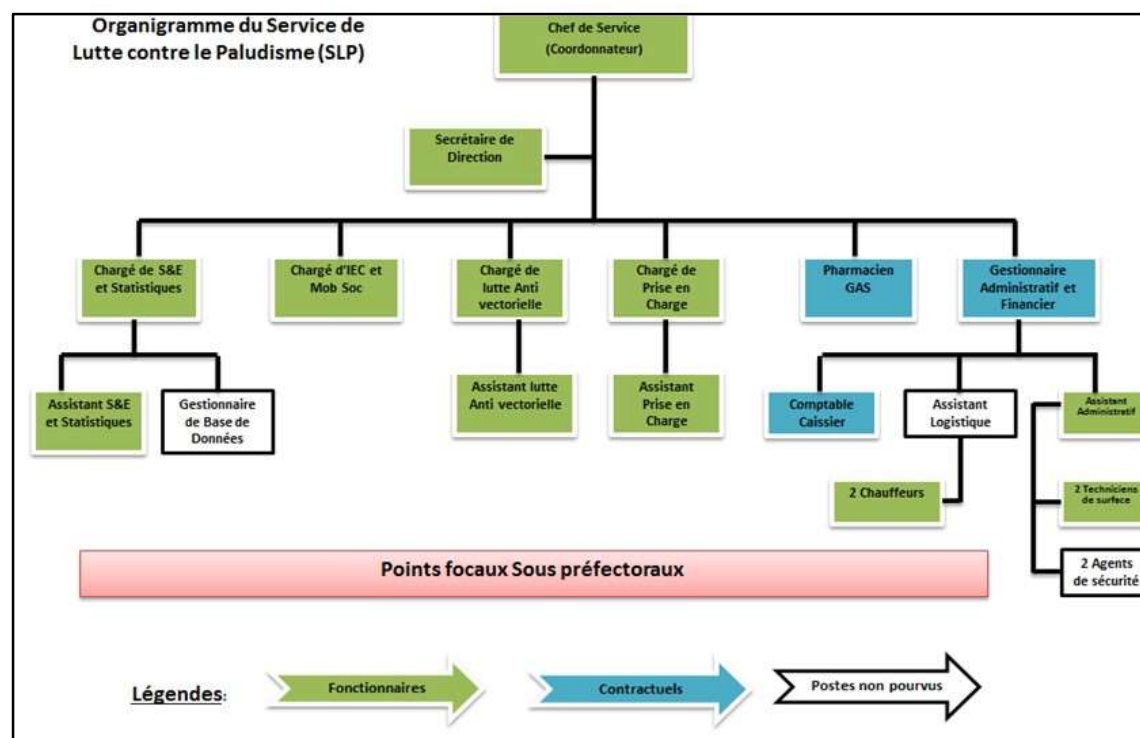


Figure XX : Organigramme du Service de Lutte contre le Paludisme

c. Au niveau décentralisé

La mise en œuvre et le suivi des interventions de lutte contre le paludisme sont assurées par les équipes cadres des Régions et Districts sanitaires de façon intégrée. Chaque Région et District sanitaire désigne un point focal dédié au rapportage des données sur le paludisme.

d. Au niveau de la communauté

Les Organisations à base Communautaire, les leaders communautaires, les organisations de la société civile et les relais communautaires animent la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme en lien avec le système de santé. L'implication et l'appropriation par la communauté ainsi que la prise en compte des aspects genre et du droit humain seront les exigences à intégrer dans la mise en œuvre des interventions.

5.2.1.2. Modalités opérationnelles de mise en œuvre en zones d'insécurité

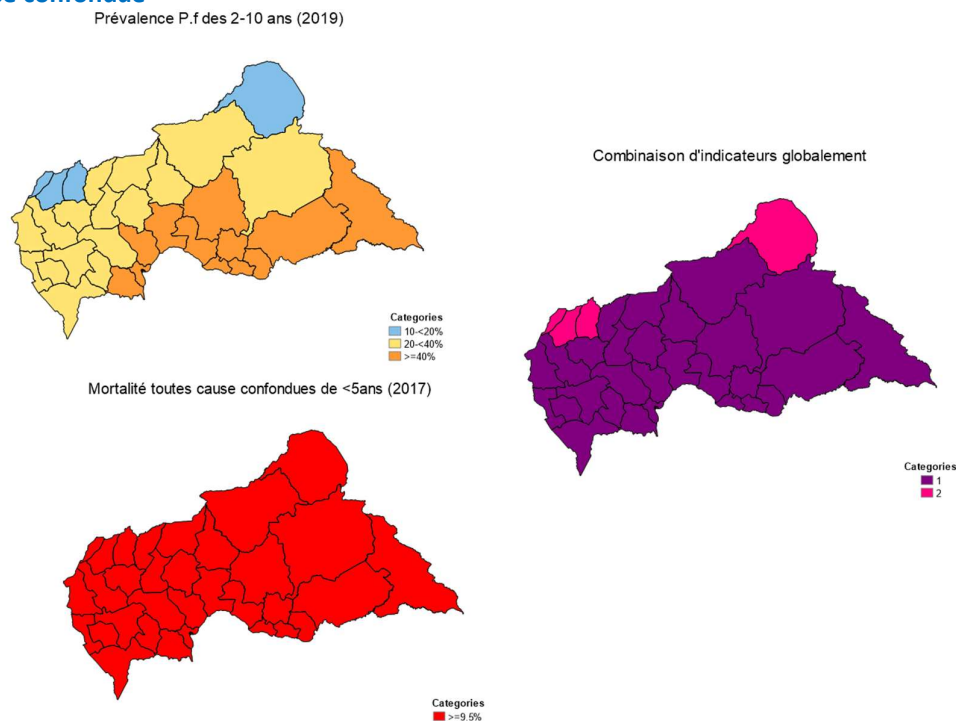
Le Ministère en charge de la Santé à travers le Service de Lutte contre le Paludisme, en plus des FOSA existantes, s'appuie sur la disponibilité dans les zones d'insécurité des ONG internationales et nationales ainsi que de la société civile et les structures communautaires pour assurer la continuité

des services de lutte contre le paludisme en vue de l'atteinte des objectifs. Il s'appuie sur les partenaires pour la mise en œuvre de certaines activités que sont :

- Le Programme Alimentaire Mondiale (PAM) pour le stockage et distribution des intrants par les vols UNHAS.
- Les ONG humanitaires pour le ravitaillement des formations sanitaires qu'ils appuient. Ces ONG font la prise en charge, le rapportage et le suivi de l'utilisation des intrants conformément aux directives nationales de lutte contre le paludisme.
- L'UNICEF et les ONG humanitaires pour le ravitaillement des sites de prise en charge Communautaire (PEC-ci) appuyés, veillent au rapportage et au suivi de l'utilisation des intrants ;
- Des ONG dans la distribution des MILD (de routine et masse) en utilisant plusieurs canaux (sites des déplacés internes, hôpitaux, CPN et vaccination).
- Des supervisions conjointes des FOSA (ONG et Ministère de la Santé et de la Population)
- Des plaidoyers auprès des autorités administratives, militaires, groupes armés, leaders d'opinion etc. pour sécuriser le personnel et les dépôts des intrants.

Modalités de mise en œuvre

1. Catégorisation du pays selon la prévalence du plasmodium Falciparum et la mortalité toute cause confondue



2. Catégorisation du pays selon la situation sécuritaire du pays

- **Catégorie 1** : zones accessibles

Les structures de santé et autres services sociaux de base dans les chefs-lieux des Districts Sanitaires (DS) fonctionnent et la circulation sur les grands axes est possible. C'est le cas des DS de la RS1, RS7 et une partie des districts de RS3 et RS4.

- **Catégorie 2** : zones d'insécurité

Les structures de santé et autres services sociaux de base dans les chefs-lieux des Districts Sanitaires fonctionnent mais la circulation sur les grands est hypothétique par la présence des groupes armés ou des mines artisanales. C'est le cas des districts sanitaires des RS5, RS6 et une partie des districts sanitaires de RS3 et RS4.

Tableau des interventions et activité

Interventions	Catégorie 1	Catégorie 2
1. Gestion des cas	1.1. Prise en charge des cas simple dans toutes les structures de santé publique, privée et confessionnelle ; prise en charge des cas graves dans les hôpitaux (centraux, districts) et centres de santé avec personnel qualifié	1.1. Prise en charge des cas simple dans toutes les structures de santé publique, privée et confessionnelle ; prise en charge des cas graves dans les hôpitaux de districts et centres de santé avec personnel qualifié
	1.2. Traitement au niveau communautaire dans les zones non couvertes avec l'appui des acteurs communautaires (RS1, RS2, RS3)	1.2. Traitement au niveau communautaire dans les zones non couvertes avec l'appui des acteurs communautaires (RS4, RS5, RS6)
	1.3. Approvisionnement en médicaments et tests de dépistage par voie terrestre par la logistique de PAM et des médecins chefs des districts sanitaires	1.3. Approvisionnement en médicaments et tests de dépistage par voie aérienne. Contrat avec les ONG internationales au niveau des districts pour approvisionnements des FOSA
2. Lutte anti vectorielle	2.1. Organisation de la campagne de distribution de masse de MILD avec implication des ONG internationales et nationales.	2.1. Organisation de la campagne de distribution de masse de MILD avec implication des ONG internationales et nationales
	2.2. Distribution en routine de MILD (CPN, PEV)	2.2. Distribution en routine de MILD (CPN, PEV)
	2.3. Distribution continue de MILD en milieu scolaires en collaboration les inspections d'enseignement primaires et le bureau d'association des parents d'élèves.	2.3. Distribution continue de MILD en milieu scolaires en collaboration les inspections d'enseignement primaires et le bureau d'association des parents d'élèves.
	2.4. Distribution en masse pour les populations spécifiques (pygmée et minier) dans les RS1 et RS2.	2.4.
	2.5. Organisation des interventions de changement social et comportemental en collaboration avec le réseau des médias (radios, télévisions et presses écrites), les associations des femmes, des jeunes, des commerçants, des conducteurs (taxis et motos) etc.	2.5. Organisation des interventions de changement social et comportemental en collaboration avec le réseau des médias (radios, télévisions et presses écrites), les associations des femmes, des jeunes,

		des commerçants, des conducteurs (taxis et motos) etc.
	2.6. Pulvérisation intra-domiciliaire dans la RS7	
3. Interventions spécifiques	3.1. TPI pour les femmes enceintes avec implication des ASC dans les régions RS1 et RS2, RS3	3.1. TPI pour les femmes enceintes avec implication des ASC
	3.2. TPI pour les nourrissons avec implication des ASC dans les régions RS1 et RS2, RS3	3.1. TPI pour les nourrissons avec implication des ASC
4. Suivi/évaluation	4.1. Supervision des FOSA par les districts	4.1. Supervision des FOSA par les districts avec implication du personnel qualifié des FOSA gérées par les ONG telles que MSF
	4.2. Coaching par les médecins des hôpitaux centraux et des districts avec utilisation des téléphones	4.2. Coaching par les médecins des hôpitaux des districts et des FOSA gérées par les ONG avec utilisation des téléphones
	4.3. Rapportage des données communautaire par les ASC	4.4. Rapportage des données communautaire par les ASC

Système de coordination des partenaires

Ce plan sera mis en œuvre dans le cadre d'un large partenariat avec toutes les parties prenantes de la lutte contre le paludisme à travers différentes structures :

- Le Comité National de Lutte contre le Paludisme (Voire attributions plus haut)
- Le Comité Technique de Coordination des Partenaires Techniques et Financiers (CPTF)

Le Comité Technique de Coordination des Partenaires Technique et Financier sera placé sous l'autorité du Chef de Service du SLP. Il réunira mensuellement tous les partenaires techniques, financiers et les parties prenantes de la lutte contre le paludisme pour le partage des informations, la coordination et le suivi des activités. Le Chef de Service du SLP mobilisera les ressources pour le bon fonctionnement du Comité Technique (CPTF). Le Chef de Service informe le COOPIL en cas de nécessité.

Les partenaires techniques et financiers de la lutte contre le paludisme comprennent les Ministères connexes y compris les écoles de formation et les instituts de recherche, les multilatéraux, bilatéraux, et les ONG nationales et internationales impliquées dans la lutte contre le paludisme, les organisations de la société civile et communautaires ainsi que le secteur privé.

Partenaires	Rôle
Communautés locales et Organisations à Base Communautaire	Participer à la planification, à la mise en œuvre, et au suivi évaluation pour une appropriation et pérennisation des acquis
Société civile et ONG nationales	Participer à la planification, la mobilisation sociale, à la mise en œuvre, et au suivi évaluation pour une appropriation et pérennisation des acquis
Partenaires techniques et financiers	Participer à la mobilisation des ressources pour la lutte contre le paludisme

	Apporter un appui technique et financier pour la mise en œuvre des interventions
ONG Humanitaires	Apporter un appui opérationnel à la mise en œuvre des interventions Participer à la mise en oeuvre des activités
Secteur privé	Participer à la mobilisation des ressources pour la lutte contre le paludisme Participer à la planification, à la mise en œuvre, et au suivi évaluation
Institutions de formation et de recherche	Contribuer au renforcement des capacités nationales en matière de lutte contre le paludisme. Contribuer à la réalisation avec le SLP la Recherche opérationnelle et des études
Autres ministères	Apporter leurs appuis, chacun dans son domaine de compétence.

Système de gestion des achats et des approvisionnements

O.1 : Renforcement de la disponibilité des médicaments et autres intrants antipaludiques dans les FOSA et communautés ciblées, y compris d'un stock de contingence pour les situations d'urgence complexe et le traitement de masse en cas d'épidémie ou d'autres épidémies telle que Ebola.

Tout produit pharmaceutique doit répondre aux exigences nationales. Il doit avant importation, obtenir une autorisation d'utilisation selon les pratiques d'homologation. L'approvisionnement doit respecter la stratégie nationale. De cela découle les interventions suivantes :

1. Améliorer les réglementations de gestion des achats et des approvisionnements (AMM, directives, procédures, ...)

- Elaborer les directives, les manuels et les procédures pour la gestion des approvisionnements et des stocks
- Former le personnel du niveau central sur la quantification et gestion de stocks
- Elaborer les manuels de procédures d'entreposage et de gestion des produits de sante
- Former les gestionnaires des produits de santé au niveau des FOSA sur les manuels de procédures de gestion
- Former le personnel du niveau central sur l'utilisation des outils d'analyse et présentation des données
- Renforcer les réglementations pour le niveau communautaire.

2. La déconcentration des points de ravitaillement

- Doter le pays un entrepôt central respectant les normes d'une centrale d'achat
- Mettre en place des entrepôts décentralisés au niveau des districts
- Mettre à niveau les conditions de stockage dans les hôpitaux et centre de sante
- Doter les agents de santé communautaire le matériel de conservation des produits de pec du paludisme au niveau communautaire

3. Renforcer les capacités des responsables de la gestion des intrants antipaludiques (Inspection, réglementation, comité et coordination) au cours de la mise en œuvre des activités ainsi que le Suivi Evaluation.

- Former le personnel du niveau central sur la quantification et gestion de stocks
- Former le personnel du niveau central sur l'utilisation des outils de gestion du programme
- Continuer à organiser des réunions mensuelles de suivi de stock et gestion des distributions aux FOSA au niveau central
- Organiser des réunions de coordination trimestrielle regroupant tous les acteurs autour des données programmatiques et logistiques
- Redynamiser le comité de quantification national
- Tenir les réunions semestrielles de revue des quantifications des besoins en produits de prise en charge du paludisme
- Organiser des supervisions intégrées sur la gestion et l'utilisation des produits de prise en charge du paludisme au niveau régional
- Organiser des réunions semestrielles de revue des rapports de supervision

4. Renforcer l'implication des équipes Cadres de Régions (ECR), et des Districts (ECD) dans le suivi de la gestion des intrants

- Organiser des supervisions intégrées sur la gestion et l'utilisation des produits de prise en charge du paludisme au niveau des FOSA
- Organiser des réunions trimestrielles de revue des rapports de supervision

5. Améliorer le partenariat entre le Programme, la MINUSCA, le PAM et les agences humanitaires pour le transport, le stockage et la distribution des intrants de lutte contre le paludisme dans les zones d'insécurité ou d'accès difficile

6. Elaborer le plan de contingence pour assurer le transport, le stockage et la distribution des intrants en cas d'arrêt du partenariat entre le Programme, la MINUSCA, le PAM et les agences humanitaires

7. Promouvoir la construction/ réhabilitation des entrepôts régionaux et de district.

- Mettre en place des entrepôts décentralisés au niveau des districts
- Mettre à niveau les conditions de stockage dans les hôpitaux et centre de sante

O.2 : Développement de l'assurance et du contrôle qualité des médicaments et intrants de lutte contre le paludisme et de la pharmacovigilance.

1. Renforcer le fonctionnement du Comité de Pharmacovigilance et appuyer ses activités (élaboration outils de collecte, sensibilisation agents de santé et population)

- Procéder à l'enregistrement des produits de prise en charge du paludisme
- Assurer la pharmacovigilance des antipaludiques

2. Renforcer le contrôle qualité local des intrants antipaludiques y compris des MILD

- Procéder à l'échantillonnage aléatoire et le contrôle de qualité des médicaments, TDR et MILD

3. Elaborer les documents normatifs en assurance qualité (Plan, directives, POS)

4. Instaurer un système de CQ des lames de GE et de TDR.

- Mobiliser les fonds suffisants pour acheter les produits de prise en charge du paludisme
- Mobiliser les fonds pour équiper les FOSA en microscopes

5. Instaurer un système de gestion informatisé de gestion de l'approvisionnement et de stock

- Harmoniser les outils de gestion et de rapportage des données pour tous les programmes
- Disponibiliser les outils de gestion et de rapportage des données au niveau des FOSA
- Former le personnel sur l'utilisation des outils de gestion et de rapportage
- Mettre en place un mécanisme de validation des données logistiques au niveau de district et national

- **Gestion des ressources financières**

- **Gestion et atténuation des risques**

5.3 : Budget du PSN

- Résumé du budget par intervention et catégories de coûts
- Plan de mobilisation des ressources (3 ans, business plan) : doit contenir l'analyse des écarts ; et un plan pour combler les écarts.

IX. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

9.1. Système de gestion des données

Supports primaires dans les FOSA (à décrire)

Dans le cadre de la mise en œuvre des interventions du PSN de la lutte contre le paludisme 2024-2028, les outils primaires de collecte de données dans les structures de santé sont : les fiches (dossier patient) en consultation, en CPN, les fiches de stock, seront utilisées pour le suivi individuel des cas. Les registres de consultations curatives, de consultations générales, de consultations prénatales, de laboratoires et d'hospitalisation, de gestion de stock seront utilisés pour la compilation journalière.

Support des rapports et stockage des données dans MAGPI, ODK, DHIS2 etc.) (à décrire)

Les données sont collectées au niveau communautaire et des structures de santé. Les données sont transmises à l'échelon supérieur, soit sous format papier dans un Rapport Mensuel d'Activité (RMA), soit sous forme de fichier informatisé. Le RMA joue deux rôles : i) il sert de synthèse sur place et permet la comparaison avec les rapports précédents et ensuite ii) il sert à la transmission, depuis les structures de santé, vers les Districts et les régions sanitaires dont elles dépendent, pour la saisie dans le DHIS2 comme l'indique le schéma ci-dessous.

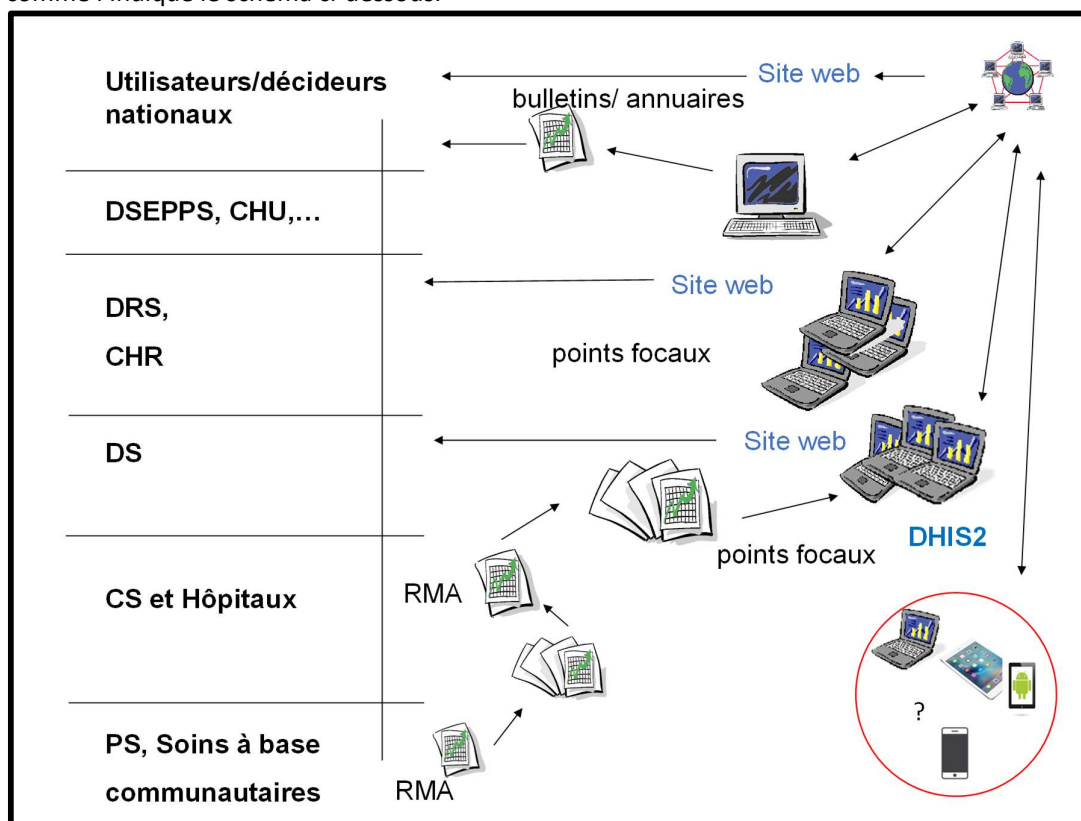


Figure XX : Circuit d'information sanitaire

Analyse des données (à décrire)

A partir des données collectées dans le rapport d'activité mensuel, élaborer la courbe de suivi des cas. L'analyse des données peut/doit se faire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette analyse doit permettre de procéder à des comparaisons entre les groupes, dans le temps, dans l'espace, par rapport à un objectif ou par rapport à une valeur de référence et par rapport à différentes activités.

Dissémination et utilisation des informations sur le paludisme

Les informations générées par le suivi/évaluation seront diffusées régulièrement aux acteurs, décideurs et partenaires. Les supports de diffusion retenus sont :

- Le DHIS2 du Ministère de la santé et de la Population ;
- Les présentations semestrielles de la synthèse des données de routine ;
- Les bulletins hebdomadaires de surveillance sentinelle ;
- Le bulletin annuel épidémiologique du MSP ;
- Le Rapport information sanitaire (RIS) du MSP ;
- Le site web du Ministère de la Santé et de la Population ;
- Le site Web des partenaires l'OMS, FM, Unicef ; etc...
- Les rapports d'évaluation ;
- Les réunions des soins de santé primaires ;
- Les conférences et rencontres internationales.

9.2. Mécanisme de coordination et de suivi et évaluation

Pour le suivi et l'évaluation du Plan Stratégique 2024-2028, les instruments ci-après seront utilisés :

a) Pour le suivi :

Le Système National information Sanitaire (SNIS)

Les données de routine collectées dans le cadre de la mise en œuvre des activités du Plan Stratégique 2024-2028 vont suivre le circuit du Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Les informations provenant du niveau communautaire sont transmises au niveau de la FOSA responsable de l'aire de Santé. Elles sont alors compilées et analysées au niveau des CS. Les données des CS, des hôpitaux de districts sont compilées dans les canevas de RMA appropriés, et transmises au bureau de district. A ce niveau les rapports sont saisis dans la base de données MAPI. La surveillance épidémiologique du paludisme par le SLP suit le même circuit de façon hebdomadaire.

Dans le cadre de la mise en place d'un système d'information sanitaire unique et intégré et sa digitalisation dans le DHIS2, les données collectées de la mise en œuvre des activités de la lutte contre le paludisme seront compilées ensembles dans le canevas du RMA du SNIS et la base de données MAPI sera progressivement remplacée par le DHIS2.

Le tableau ci-dessous schématise le circuit de rapportage du SNIS qui inclut les données du paludisme. Ce système comprend le système communautaire, le système de la surveillance et de riposte aux maladies (SIMR)

Tableau : XXXXX Circuit de rapportage du SNIS

	District sanitaire	Région sanitaire	Niveau central
M+8j	Rapports des ASC, PS, CS et des hôpitaux réceptionnés et Rapport de District élaboré (fonctions managériales)	Rapport de la région élaboré (fonctions managériales)	Rapport des directions et programmes réceptionnés (fonctions managériales)
M+15j	Rapports des ACS, PS, CS et des hôpitaux saisis dans le DHIS2 ou autre base des données Réunion de validation, d'analyse et d'utilisation des données	Rapports de la région saisis	Rapports saisis
M+20j	Données analysées et contrôlées		
		Données des ASC, PS, CS, Hôpitaux et district exploitées dans le DHIS2	
		Approbation des données des ASC, PS, CS, Hôpitaux et district dans le DHIS2	
M+30j			Analyse des données du SNIS et production d'un rapport sur la qualité des données et la tendance des indicateurs
			Approbation des données
M+45j			Utilisation des données pour prise des décisions

b) Supervision :

Le système de supervision et de monitoring sera renforcé à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Il sera élaboré par niveau un plan régulier de suivi des activités du Plan Stratégique 2024-2028,

Le SLP supervisera trimestriellement les activités des régions sanitaires. Les districts sanitaires seront supervisés tous les deux mois par les Régions et assureront mensuellement à leur tour une supervision rapprochée des formations sanitaires ainsi que le niveau communautaire de leurs zones respectives.

c) Réunion de validation, d'analyse (revue) et d'utilisation des données

Les réunions de validation d'analyse et d'utilisation des données seront organisées régulièrement dans les FOSA et dans les districts sanitaires pour analyser les données de l'ensemble des activités y compris celles **de la lutte contre le paludisme afin d'identifier des problèmes et décider de solutions à mettre en place.**

d) Revues

I. Revue annuelle du plan de travail du programme de lutte contre le paludisme

Elle permet une évaluation de l'état d'avancement de la mise en œuvre de Plan de Travail Annuel (PTA) du programme. Les recommandations issues de cette revue serviront de base pour le développement d'un nouveau PTA pour l'année suivante. La situation ressortie de cette revue annuelle permet aussi d'élaborer le Rapport annuel du programme.

II. Revue annuelle des trois subventions du Fonds mondial

Elle permet de faire le point de l'état d'avancement de la mise en œuvre des subventions. Ceci permettra de vérifier le niveau de consommation de la subvention et des indicateurs de performances. Les subventions étant devenues la source principale de financement des programmes, il est crucial de veiller à leurs bonnes utilisations.

III. Les revues à mi-parcours et finale

Visent une meilleure planification et la mobilisation des ressources nécessaires adaptées au contexte épidémiologique national. Le but de la revue du Programme Paludisme (RPP ou MPR) est d'évaluer les stratégies d'intervention et la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme en Centrafrique en vue de dégager la vision stratégique pour 2024-2028 conformément aux orientations techniques de l'OMS et aux stratégies recommandées dans le « Plan Mondial de Lutte contre le Paludisme 2016-2030 » et de renforcer la performance du programme en vue d'une meilleure efficacité des interventions.

Revue à mi-parcours du Plan Stratégies : Elle sera réalisée en T3 de 2026 et se fera suivant une double approche Revue Interne et Revue externe selon les recommandations et les outils de l'OMS.

Revue finale du plan stratégique : Elle sera réalisée en T1 de 2028. Il s'agira d'une évaluation globale de l'impact, sur l'ensemble des 4 années de mise en œuvre. L'évaluation portera sur l'atteinte des objectifs du plan stratégique, et servira à fixer le prochain plan. La revue finale de 2028 va constituer une étape indispensable à la formulation du nouveau Plan Stratégique National 2029-2033.

e) Pour évaluation

Evaluation des effets et impact des interventions

Le SPL s'est engagé avec ses partenaires à mener des évaluations périodiques complètes des progrès vers les objectifs du programme paludisme. Ces évaluations comprennent au moins une enquête de base et une enquête finale. Progrès

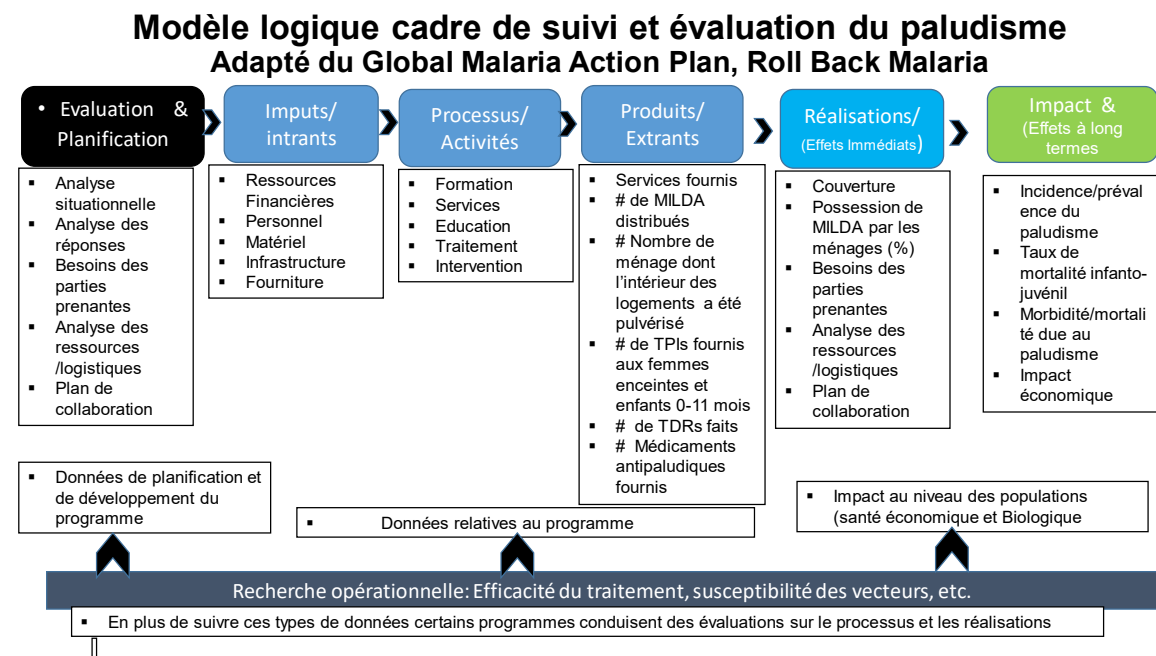
Il s'agit notamment des enquêtes de ménage telles que : Malaria Indicateur Survey (MIS), Multiple Indicators Cluster Survey (MICS) et Enquête Démographique et de Santé (EDS).

Des enquêtes spécifiques seront menées en fonction de l'épidémiologie et du contexte :

1-L'Enquête sur l'efficacité thérapeutique des combinaisons à base d'artésunate (ACT) ;

- 2- Health Facility Survey (Enquête des Formations Sanitaires)
- 3- Distributions des vecteurs de Plasmodium en RCA ;
- 4- Sensibilité aux insecticides ;
- 5- Typologies des Gîtes Larvaires
- 6- Comportements endophagiques et exophagiques des Anophèles.

Cadre conceptuel de suivi évaluation du PSLP 2024-2028



9.3. Cadre de performance

Le tableau XXX ci-dessous présente les objectifs, les cibles et quelques indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation du PSLP 2024-2028.

N°	Indicateurs	Baseline		Cibles					Source	Méthode	Fréquence	Responsable
		Valeur	Année	2024	2025	2026	2027	2028				
	Indicateurs d'impact											
1	Taux de mortalité toutes causes infanto-juvénile chez les enfants de moins de 5 ans	99	2018-2019						MICS/MIS	Enquête	3ans	SLP/ICASEES
2	Incidence de cas confirmés du paludisme pour 1000 habitants	334,7	2021						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS
3	Incidence confirmée du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans pour 1000	164	2021						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS
4	Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans due au paludisme pour 100 000	39,6	2021						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS
5	Prévalence de la parasitémie : pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois avec une infection palustre	73	2016						MIS/MICS	Enquête	2 ans	SLP/ICASEES
	Indicateurs d'effet et de résultats											
6	% de personnes ayant dormi sous MILD la nuit précédant l'enquête	49,9	2018-2019						MICS/MIS	Enquête	3/2ans	SLP/ICASEES
7	% d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédente l'enquête	50,6	2018-2019						MICS/MIS	Enquête	3/2ans	SLP/ICASEES
8	% des femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédente l'enquête	55,1	2018-2019						MICS/MIS	Enquête	3/2ans	SLP/ICASEES

9	Pourcentage de la population à risque potentielle couverte par les MILD distribuées (???)	44,8	2018-2019						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS
10	Pourcentage de ménages ayant au moins une MILD	60,7	2018-2019						MICS/MIS	Enquête	3/2ans	SLP/ICASEES
11	Pourcentage de ménages ayant au moins une MILD pour deux personnes	26,5	2018-2019						MICS/MIS	Enquête	3/2ans	SLP/ICASEES
12	Pourcentage de femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu trois doses ou plus de TPI	32,5	2021						SNIS	Routine	Annuel	SLP/ICASEES
13	Pourcentage de nourrissons, fréquentant les centres de PEV, ayant reçu trois doses de TPI	ND	2022						SNIS	Routine	Annuel	SLP/ICASEES
14	Proportion de cas suspects de paludisme qui ont bénéficié d'un test parasitologie	89	2021						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS
15	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont présenté la fièvre au cours des 2 dernières semaines et fait l'objet d'un prélèvement au doigt au talon (Bénéficié d'un test de diagnostic ???)	89	21						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS
16	Proportion d'établissements de santé sans ruptures de stock de matériel de test diagnostique	ND	2022						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS
17	Proportion d'établissements de santé sans ruptures de stock de traitements de première intention	ND	2022						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS

18	% d'enfant de moins de 5 ans avec fièvre/paludisme ayant reçu un traitement selon les directives nationales) dans une FOSA	97,2	2021						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS
19	% d'enfant de moins de 5 ans avec fièvre/paludisme ayant reçu un traitement correct dans les 24 heures qui suit l'apparition des symptômes dans les communautés ciblées (PEC-ci)	5,8	2016						MIS	Enquête	2 ans	SLP/ICASEES
20	% de la population protégée par la PID dans les zones ciblées les 12 derniers mois	ND	2022						SNIS	Enquête	3 ans	SLP/ICASEES
21	% des gîtes larvaires productifs traités dans les zones ciblées.	ND	2022						Entomologique	Enquête		SLP/IPB
22	Taux d'infection des vecteurs du paludisme (% de femelles infectées)		2021						Entomologique	Enquête		SLP/IPB
23	% des personnes qui ont reçu des informations sur le paludisme	85	2022						MIS/CAP	Enquête	3/2ans	SLP/ICASEES
24	% de personnes qui connaissent les principaux signes/symptômes du paludisme	69	2022						MIS/CAP	Enquête	3/2ans	SLP/ICASEES
25	% de personnes qui connaissent les MILD efficace comme moyen de prévention contre le paludisme	46	2016						MIS	Enquête	2 ans	SLP/ICASEES
26	% de personnes qui connaissent la cause du paludisme	78	2016						MIS/CAP	Enquête	3/2ans	SLP/ICASEES
27	Taux de disponibilité des rapports d'activités	82	2021						SNIS	Routine	Annuel	DSEPPS
28	Taux d'absorption des ressources mobilisées		2022						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS

29	Taux de réalisation des d'activités	32	2022						SNIS	Routine	Annuel	SLP/DSEPPS
----	-------------------------------------	----	------	--	--	--	--	--	------	---------	--------	------------

X. BIBLIOGRAPHIE :

1. Les Dix Domaines d'Impulsions Présidentielles pour la couverture santé universelle en République centrafricaine, Septembre 2019
2. Lignes directrices de l'OMS sur le paludisme, 16 février 2021 [WHO Guidelines for malaria, 16 February 2021]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (WHO/UCN/GMP/2021.01). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Malaria Annual Review and Planning Manual: WHO Regional Office for Africa; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Manuel pratique pour l'examen des programmes de lutte contre le paludisme et l'examen à mi-parcours du plan stratégique de lutte contre le paludisme. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; 2019. Permis :CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Practical manual for malaria programme review and malaria strategic plan midterm review. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Manual for developing national malaria strategic plans. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
7. Lutte contre le paludisme : surveillance, suivi et évaluation. Un manuel de référence [Malaria surveillance, monitoring & evaluation : a reference manual]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. Practical manual for malaria programme review and malaria strategic plan midterm review. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Terminologie OMS du paludisme, mise à jour 2021 [WHO malaria terminology, 2021 update]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. User guide for the malaria strategic and operational plan costing tool. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. World malaria report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

XI. ANNEXES

1. Listes des partenaires et participants PSN 2024-2028

Noms et prénoms	Qualification	Institution	Contact	Adresse email
Dr. Marcel MBEKO	Charge de Mission	MSP	75 05 41 16	Smaleko@yahoo.fr
Dr Raphael MBAILAO	DGLM	MSP	72 22 20 45	mbailaoraphael@yahoo.fr
Dr Jean Louis KOMANGNA FANGBILLETTE	Directeur SNIS	MSP	72 05 60 22	dr_komafa2010@yahoo.fr
Dr. KALTHAN Ernest	Médecin de la Santé Publique	MSP	75 23 33 90	kalhanernest@yahoo.fr
Dr. Joas BALIZOU	Médecin de Santé Publique	MSP	75 16 84 02	joasbalizou@gmail.com
Dr. Pascal BAKAMBA	Médecin de la Santé Publique	CSLP	72 03 44 84	betchemccmrca@gmail.com
Dr Marie-Charlotte BANTHAS BATA	Directrice de la DLMT	MSP		mariecharlottesana@yahoo.fr
Dr. TAPKANDO Le Grand	Médecin	SLP	75 64 99 93	
Dr. MAMADOU BETCHEM Richard Benjamin	Médecin	CCM	72 58 96 83	Fali1970@yayoo.fr
Dr. KOMANGOYA NZONZO Aristide Désiré	NPO Paludisme	OMS	75 05 63 12	Komangoyanzonzoa@who.int
Dr. TCHOKOUNDE Guy André	Médecin	MSP	2 50 50 76	Ag.tchoko@gmail.com
DENISSIO MORISSI Mireille	Médecin	CSDL/DPLMT	75 05 20 60	denissiomir@yahoo.fr
Dr Lucien BATE		Coordonnateur CCM		batelucien@gmail.com
Dr Larissa SOMSE				lsomse@yahoo.fr
Dr Hervé Gildas GANDO	Coordonnateur PNLT			gahe_gi@yahoo.fr
Dr Marcel LAMA	Management Partner	AMP Health	75090909	marcel.lama@amphealth.org
Dr Vedaste MUNYANKINDI	Responsable GAS	WVI		vedaste_munyankindi@wvi.org
DJAMINE MONTENA	WVI		75 67 73 32	Montena_djamine@zvi.org
Suzanne PREIRA				suzanne_preira@wvi.org
Olivia MBITIKON				oliviambitikon@yahoo.fr
Dr KOMAFA				dr_komafa2010@yahoo.fr
Dr ABEYE Louisa	Pharmacienne	Coordonnatrice GAS	72 11 12 34	edyneabeye@gmail.com
Stephane MUZINDUSI BIKORO				smbikoro@unicef.org

Mauricette Hortense Deballe				mdeballe@unicef.org
Dr Pierre Prince LUNJWIRE MULEMANGABO	Coordinateur VIH/TB du Global Fund	CRF		pierreprince.lunjwiremulema@croix-rouge.fr
Christiane ZOUMA-LAKO	Directrice Exécutive	SPALCA	75374070	Christiane.zouma01@gmail.com
Cyriaque NGOMBE	Directeur Exécutif	PCOS	72123810	cyriaquejuvenilengombe@gmail.com
Eric SABOONY-GBAH	Directeur Exécutif	RNALT	72184698	ericsaboony@gmail.com
Bienvenu GAZALIMA	Directeur Exécutif	RECAPEV	72602358	Bienvenugazalima4@gmail.com
Théodore DRAPEAU	Directeur Exécutif	RGS PTPE	75744499	theodoredrapeau@gmail.com
Elise Jeanine LUGO	Vice-Présidente	CCM/RCA	75947788	luginoutone@yahoo.fr
Michael GUERET	Chargé de Programme	CISJEU	72071486	gueretmichael@yahoo.fr
Ismaël Lalo AOUDOU PACO	Président du Conseil d'Administration	ADC	72085101	Aoudounismaila087@gmail.com
Dr. Léocadie FINDIRO	Médecin de Santé Publique	CSPC/SLP	2 44 61 94	Leocadie.f@yahoo.com
Dr. MOBOYE Synthia	Pharmacienne	C/SGAS/SLP	72 75 05 17	synthiamoboye@gamail.com
Dr. NGANDA BANGUE Colette	Pédiatre		75 50 42 75	Colettenganda1@yahoo.com
Mr. PIAMALE Jean Faustin	DGPR	MEPCI	72 27 80 83	Piamalejf@gmail.com
Lcl MOYENZO Paul Amédée	Directeur UMIR		75 01 51 51	Paulamdemoyenzo42@gmail.com
Mr. BAMBOU Bernard	MEDD		72 23 16 66	
NGOUAGOUMI Carine	IPB		72 28 35 89	carinengouagoumi@paqteur.banguai.cf
Léon MODOMALE	CSIEC	SLP	75 20 40 11	leonmodomale@gmail.com
Eric FIBALA	CSLAV	SLP	75 08 37 81	Eric_fib@yahoo.com
Mme DANZI Claudine	CSIS	SLP	75 44 94 01	Claudinedanzi@gmail.com
Consultant National				
Dr. DIEMER Henri	Professeur d'Université	MSP	75 26 51 93	diemerhenri@yahoo.fr
Dr Jean Méthode Moyen	Directeur du COUSP	MSP	72 24 87 22	jmethodemoyen@gmail.com; jmethodemoyen@gmail.com
Consultants Internationals				
Susie Villeneuve	Consultant RSS			susienvilleneuve@gmail.com

Tiemtore Ousseni				
Madiarra Offia Coulibaly				moffia@allianceciv.org

2. Données populationnelle

Liste des partenaires

Désignation	Domaine d'intervention	Couverture géographique
Partenaires locaux		
Ministère de la santé et de la population	Renforcements de capacités des acteurs de terrain, supervision, dotation en RH, mobilisation de ressources, plaidoyer	Annuel
Assemblée nationale	vote de loi en faveur du financement de paludisme	Annuel
Mairie de Bangui	Assainissement du milieu	Hebdomadaire
Ministère de l'Hydraulique	Drainage et canalisation des eaux	Annuel
Ministère de l'Environnement et de développement durable	Lutte contre les gîtes larvaires	Annuel
ICASEES	Etude CAP sur le paludisme	Annuel et tous les 3 ans
OFCA	Sensibilisation des mères et gardiens d'enfants	Hebdomadaire
Ministère de télécommunication	Sensibilisation de la population sur le paludisme	Hebdomadaire
IPB	Etudes sur la résistance aux insecticides	Annuel
Partenaires techniques et financiers internationaux		
Fonds Mondial de lutte contre le TB/VIH et le paludisme	Mise à disposition des intrants (ACT, TdR, MILDA, insecticides)	Annuel
Organisation mondiale de la Santé	Renforcements de capacités des acteurs de lutte contre le paludisme,	Annuel

	appui aux rédactions des documents normatifs, appui en médicaments et intrants complémentaires	
Roll Back Malaria	Appui technique et financier	Annuel
Fonds des Nations Unis pour l'Enfance	Appui dans le cadre de distribution de MILD en routine	Annuel
FNUAP	Santé de reproduction	Annuel
PAM	Appui nutritionnel dans le cadre de la lutte contre la malnutrition	Annuel
Banque Mondiale	Appui à la prise en charge du paludisme à travers l'achat de performance	Mensuel
Haut Commissariat aux réfugiés	Appui à la prise en charge sanitaire des réfugiés	En cas d'épidémie
Office International de Migration	Appui à l'assistance sanitaire aux migrants	En cas d'épidémie