

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE



PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CNLS)

CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA 2012-2016



Mai 2012

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
PREFACE	10
AVANT PROPOS	12
RESUME EXECUTIF.....	13
INTRODUCTION	20
PARTIE 1 : CONTEXTE ET PROCESSUS D'ELABORATION DU CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2012-2016.....	22
1.1 INFORMATIONS GENERALES SUR LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	22
1.1.1 Caractéristiques géographiques et humaines.....	22
1.1.2 Caractéristiques socio-économiques	22
1.1.3. Caractéristiques politiques.....	23
1.1.4. Caractéristiques sanitaires	23
1.2. PROCESSUS D'ELABORATION DU CSN	24
1.2.1 Coordination du processus	24
1.2.2 Difficultés rencontrées lors de la planification stratégique	25
PARTIE 2 : ANALYSE DE LA SITUATION DE L'EPIDEMIE DU VIH.....	25
2.1. ETAT ET DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE DU VIH.....	25
2.1.1. Prévalence du VIH au niveau national	25
2.1.2. Prévalence par préfecture et milieu de résidence	26
2.1.3. Prévalence du VIH selon le groupe d'âge et le sexe	27
2.1.4. Prévalence du VIH selon le niveau d'instruction	28
2.1.5. Prévalence selon certaines caractéristiques socio-économiques	28
2.1.6. Prévalence du VIH dans certains groupes spécifiques	28
2.2. DETERMINANTS DE LA PROPAGATION DE L'EPIDEMIE DU VIH.....	31
2.2.1. Modes de transmission de l'infection à VIH.....	31
2.2.2 Comportements et pratiques sexuels à risque.....	31
2.2.3 Les autres infections sexuellement transmissibles	32
2.2.4 Le niveau de connaissances, attitudes, pratiques et opinions sur les IST/VIH/Sida	32
2.2.5 Pauvreté et insécurité alimentaire.....	33
2.2.6 Facteurs socioculturels	33
2.2.7 Violences liées au genre	34

2.2.8 Déplacements internes de populations	34
2.3. GROUPES DE POPULATIONS LES PLUS EXPOSÉES AU RISQUE D'INFECTION À VIH	34
2.4 FACTEURS ASSOCIÉS À L'ÉVOLUTION DE L'INFECTION À VIH VERS LE STADE SIDA	34
2.4.1 Stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH	34
2.4.2 Faiblesse de l'offre de services de conseil et dépistage.....	35
2.4.3 Faiblesse de l'offre et la qualité de services PTPE.....	35
2.4.4 Faible intégration du conseil et dépistage volontaire dans les activités des centres antituberculeux	35
2.4.5 Faiblesse de l'accès au service de soins et de prise en charge.....	35
2.5 IMPACTS DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH	35
PARTIE 3 : ANALYSE DE LA RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE DU VIH ET AU SIDA	38
3.1 PRÉSENTATION DU CADRE STRATÉGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2006-2010.....	38
3.1.1 Rappel de la Vision, Objectifs stratégiques, résultats et domaines d'intervention par axe stratégique	38
3.1.2 Cadre légal et institutionnel de la réponse.....	38
3.1.3 Liens entre le cadre stratégique national de lutte contre le sida 2006-2010 et le PNDS, le DSRP et les OMD	40
3.2 DESCRIPTION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA RÉPONSE NATIONALE AU VIH DE 2006-2010	41
3.2.1 Axe stratégique 1 : intensification de la prévention	41
3.2.2 Axe stratégique 2 : prise en charge globale des personnes infectées et/ou affectées par le VIH.....	48
3.2.3. Axe stratégique 3 : renforcement de la coordination et du suivi / évaluation de la lutte	52
3.3 PROBLÈMES DE LA RÉPONSE AU VIH EN RCA ET LES FACTEURS QUI LES INFLUENCENT	56
3.4 ANALYSE DES GROUPES DE POPULATIONS PRIORITAIRES ET BESOINS.....	60
PARTIE 4 : FORMULATION PROPREMENT DITE DU NOUVEAU CADRE STRATÉGIQUE 2012-2016.....	64
4.1 RÉSUMÉ DES PROBLÈMES PRIORITAIRES POUR LA FORMULATION DU NOUVEAU CSN	64
4.2 POPULATIONS CIBLES POUR LE NOUVEAU CSN	65
4.3 PRINCIPALES PRIORITÉS NATIONALES	67
4.4 VISION, MISSION, FONDEMENTS ET PRINCIPES DIRECTEURS.....	68
4.5.1 Vision	68
4.5.2 Mission	68
4.5.3 Fondements et principes directeurs	69
4.5 CHAÎNE DES RÉSULTATS DU CADRE STRATÉGIQUE 2012-2016.....	70
4.6.1 Impacts, Effets et Produits.....	70

4.6.2 Architecture globale des résultats stratégiques du CSN 2012-2016.....	71
4.7 MATRICES DU CADRE LOGIQUE DU CSN 2012-2016.....	76
4.8 CADRAGE BUDGETAIRE	103
4.8.1 Objectif du Modèle des Besoins de Ressources (MBR).....	103
4.8.2. Etapes du processus d'estimation des besoins de ressources	103
4.8.3. Méthodologie d'estimation des besoins de ressources	103
4.8.4. Budget prévisionnel du CSN 2012-2016.....	103
4.9. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE NATIONALE 2012 2016 DE LUTTE CONTRE LE SIDA	108
4.9.1 L'organe d'orientation et de décision : <i>Assemblée Générale</i>	108
4.9.2 Les organes de coordination et de suivi	108
4.9.3 Les organes d'exécution.....	110
4.9.4 Structures de concertation et groupes d'appui consultatif.....	110
4.9.5 Schéma de Coordination de la réponse au niveau central et décentralisé	111
4.9.6 Proposition d'organigramme fonctionnelle de la Coordination Nationale.....	113
4.10 PROCESSUS D'ELABORATION DES PLANS OPERATIONNELS	116
4.11. MECANISMES DE FINANCEMENT ET D'AUDIT	118
4.12 ANALYSE ET GESTION DES RISQUES	118
ANNEXES	121
Annexe 1 : Feuille de route du processus d'élaboration du CSN.....	121
Annexe 2 : Tableaux additionnels sur les résultats des estimations.....	127
Annexe 3 : Résumé des indicateurs démographiques	129
Annexe 4 : Tableau récapitulatif élargi des données de projection nationale	131
Annexe 5 : Liste des participants au processus d'élaboration du CSN	132
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	134

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux indicateurs de santé.....	23
Tableau 2 : Tableau récapitulatif des principales données projetées par EPP-Spectrum de 2010 en 2016 (source : CN/CNLS).....	36
Tableau 3: Groupe de populations prioritaires et besoins	60
Tableau 4: Taille des populations clés	66
Tableau 5: Cadre logique du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH et le Sida 2012-2016	76
Tableau 6: Budget brut du CSN 2012-2016 par cible ou domaines	103
Tableau 7: Analyse et gestion des risques.....	119

LISTE DES FIGURES

Graphique 1 :Cycle de planification stratégique	25
Graphique 2: Prévalence du VIH : tendance en 2006 et 2010 (MICS 4)	26
Graphique 3: Carte de Prévalence du VIH par préfecture (MICS 4)	27
Graphique 4 : Prévalence du VIH selon le groupe d'âge et le sexe en 2010 (MICS 4)	27
Graphique 5: Prévalence du VIH selon le niveau d'instruction	28
Graphique 6: Sérologie du VIH et des IST chez les donneurs de sang (CNTS, 2011)	30
Graphique 7 : Distribution annuelle des préservatifs en RCA (ACAMS, 2011)	45
Graphique 8 : Evolution de la couverture nationale TARV de 2006 à 2010 par rapport aux besoins globaux du pays (CD4<200)	49
Graphique 9: Progression annuelle des besoins de ressources (en FCFA) pour la riposte au sida en RCA de 2012 à 2016	106
Graphique 10: Répartition des besoins de ressources par priorité du CSN 2012-2016 de lutte contre le VIH et le sida en RCA.....	107
Graphique 11: Schéma institutionnel d'ensemble de la lutte contre le VIH/Sida en RCA	111

LISTE DES ABREVIATIONS

ACABEF	Association Centrafricaine pour le Bien-être Familial
ACAMS	Association Centrafricaine pour le Marketing Social
AES	Accident d'exposition au sang
AESLB	Accident exposant au sang et aux liquides biologiques
AFA	Agent des Forces Armées
AME	Allaitement maternel exclusif
AMI	Aide Médicale Internationale
ARV	Antirétroviraux
BCR	Bureau Central du Recensement
BM	Banque Mondiale
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	Conseil national de Coordination du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (CCFM)
CDI	Consommateur de Drogues Injectables
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire ou centre de Dépistage Volontaire
CIDS	Centre d'Information et de Documentation sur le Sida
CISJEU	Centre d'Information, d'Education et Communication pour la Santé Sexuelle des Jeunes
CN	Coordination Nationale
CNLS	Comité national de lutte contre le Sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation prénatale
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSN	Cadre Stratégique National (de lutte contre le Sida)
CTM	Cotrimoxazole
DBEPA	Direction du Bureau d'Etudes, de la Planification et des Archives
DGPLISTST	Direction Générale de la Population et de Lutte contre les IST, le Sida et la Tuberculose
DSPCS	Direction des Statistiques, de la Planification et de la Carte Scolaire
ENI	Ecole Normale des Instituteurs
ENS	Ecole Normale Supérieure
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
FACSS	Faculté des Sciences de la Santé
FECADOBS	Fédération Centrafricaine des Donneurs Bénévoles de Sang
FOSA	Formation Sanitaire
FCFA	Franc de la Coopération Financière en Afrique

FIDH	Fédération Internationale des ligues des Droits de l'Homme
GFATM	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme)
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IBLT	Initiative des pays du Bassin du Lac Tchad (pour la lutte contre les IST et le Sida)
IEC	Information, Education et Communication
IFCOC	Initiative des pays des fleuves Congo, Oubangui et Chari
ILO	International Labor Organisation
IO	Infection opportuniste
IST	Infection sexuellement transmissible
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau, meaning Reconstruction Credit Institute
MBR	Modèle des Besoins de Ressources
MICS	Multiple Indicators Clusters Survey
ND	Non Déclaré ou Non Disponible
OAC	Organisation à Assise Communautaire
OEV	Orphelin et Enfant vulnérable au VIH
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le Sida
PAM	Programme Alimentaire Mondiale
PCR	Polymerase Chain Reaction "Réaction de Polymérisation en Chaîne"
PEC	Prise en charge
PECP	Prise en Charge Pédiatrique
PEP	Prophylaxie post-exposition
PF	Planning familial
PNLS	Programme national de lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPSAC	Programme de Prévention du Sida en Afrique Centrale
PRDPP	Programme de Renforcement de la Décentralisation, de la Prévention et de la Prise en charge du Sida
PSES	Projet Santé, Education et Sida
PSF	Professionnelle du sexe féminin
PSI	Population Services International
PSM	Professionnel du sexe masculin
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (du VIH)
PTPE	Prévention de la Transmission Parents-Enfant (du VIH)
PVVIH	Personne vivant avec le VIH

RCA	République Centrafricaine
REMASTP	Réseau des Média Africains pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitation
RNM ou MBR	Ressource Needs Model (modèle pour la budgétisation basée sur les besoins)
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Santé de la Reproduction
TARV	Thérapie antirétrovirale
TBS	Taux Brut de Scolarisation
TS	Travailleurs du Sexe (appelée parfois Travailleurs du Sexe)
UCM	Unité de Cession du Médicament
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations <i>sur le VIH et le Sida</i>)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WPP	World Population Prospects

PREFACE

Le Gouvernement centrafricain a consenti d'énormes efforts dans la lutte contre le Sida. Le résultat de cette lutte s'est matérialisé par un léger fléchissement de la courbe de prévalence nationale du VIH passant de 6,2% en 2006 à 4,9% en 2010. Ces efforts ont été soutenus par les partenaires au développement au rang desquels figurent en bonne place le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, les Agences Co-parrainantes de l'ONUSIDA et la Coopération bi et multilatérale.

Toutefois, de nombreux défis demeurent, notamment: (i) le nombre élevé de centrafricains et centrafricaines, y compris les enfants qui vivent au quotidien avec le VIH, estimé à 116.288 dont 19.688 enfants de moins de 15 ans; (ii) la persistance de la féminisation de l'épidémie, avec 63 365 femmes pour 45 599 hommes selon les derniers résultats de la MICS 2010 ; (iii) la proportion des femmes enceintes couvertes par les services de conseil et dépistage volontaire au cours des consultations prénatales qui ne représentent que 37% des grossesses attendues, la faible proportion des femmes enceintes dépistées séropositives qui ont reçu des antirétroviraux pour réduire la transmission mère-enfant de l'ordre de 40% ; et (iv) 21,7% seulement de personnes vivant avec le VIH ayant besoin de traitement antirétroviral, y ont eu effectivement accès à la fin de l'année 2010.

Face à ces défis, le Gouvernement s'engage à intensifier la lutte contre le VIH/SIDA par la création des conditions favorables à la riposte.

Le Gouvernement fera de la prévention de l'infection à VIH et de l'accès aux soins de santé de qualité des personnes vivant avec le VIH une priorité. Aussi un accent particulier sera mis sur la prévention de la transmission parents-enfant du VIH afin de donner la chance à chaque enfant centrafricain né de mère séropositive de naître sans le VIH.

Ces priorités renforcent les engagements pris par le gouvernement au niveau national et international notamment la vision de « zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès, zéro discrimination liés au VIH/Sida ».

Pour atteindre cet objectif, une ligne conséquente sera inscrite au budget de l'Etat annuellement pour faire face à ces besoins.

Je m'engage personnellement à soutenir la mise en œuvre du présent Cadre Stratégique National 2012-2016 de lutte contre le SIDA.

Je saisis cette opportunité pour renouveler mes sincères remerciements à l'endroit de tous les partenaires au développement pour leurs appuis multiformes et les exhorte à soutenir la mise en œuvre du présent CSN dans la perspective de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement .

**Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Comité
National de Lutte contre le SIDA**

S.E François BOZIZE YANGOUVONDA

AVANT PROPOS

Le Gouvernement de la RCA a marqué son engagement en matière de lutte contre le Sida par la mise en place, dès 1987, d'un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). A cet effet, plusieurs plans stratégiques ont été élaborés et mis en oeuvre dans le but d'infléchir la tendance de l'épidémie.

L'élaboration de ce nouveau Cadre Stratégique National 2012-2016 s'est fondée sur les leçons apprises et les acquis appréciables enregistrés.

Dans le respect des principes de « Three Ones », ce présent document issu des orientations du DSRP II, constitue le seul cadre de référence pour la réponse au VIH et au SIDA d'ici fin 2016.

La mobilisation des ressources nécessaires à la mise en oeuvre effective du CSN 2012-2016 permettra de :

- ✓ Eviter les nouvelles infections
- ✓ Eliminer la transmission mère-enfant du VIH
- ✓ Améliorer l'accès aux traitements ARV et aux soins
- ✓ Renforcer la gouvernance de la réponse au VIH/Sida

Au nom de Son Excellence François BOZIZE YANGOUVONDA, Président du Comité National de lutte contre le Sida, j'adresse mes sincères remerciements aux Experts Nationaux et internationaux qui ont conduit le processus jusqu'à son terme.

Ces remerciements vont également à l'endroit de toutes les parties prenantes qui ont appuyé le processus de manière participative.

Coordonnateur National CN/CNLS

Pr Nestor Mamadou NALI

RESUME EXECUTIF

Le Gouvernement de la RCA a marqué son engagement en matière de lutte contre le Sida par la mise en place, dès 1987, d'un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) au sein du Ministère de la Santé. L'appui de l'ONUSIDA en 2000, a permis au Gouvernement d'initier son premier processus de planification stratégique de la réponse nationale au VIH et au Sida. Ensuite, d'autres plans ont suivi : le Plan Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida (PCSN) 2002-2005 et le Cadre Stratégique National de Lutte contre le Sida (CSN) 2006-2010.

La mise en œuvre du CSN 2006-2010 a permis d'amorcer le passage à l'échelle des actions de prévention, de soins et soutien relatives au VIH dans la perspective de l'accès universel.

Au cours des cinq dernières années, le Gouvernement centrafricain a consenti d'énormes efforts dans la lutte contre le Sida. Le résultat de cette lutte s'est matérialisé par le fléchissement de la courbe de prévalence nationale du VIH passant de 6,2% en 2006 à 4,9% en 2010. Ces efforts ont été soutenus par les partenaires au développement au rang desquels figurent en bonne place le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, les Agences Co-parrainantes de l'ONUSIDA et la Coopération bilatérale.

La Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida (CN/CNLS) a initié le nouveau processus de planification stratégique couvrant la période 2012-2016 à la fin de l'année 2010 ; l'année 2011 étant considérée comme une année charnière consacrée à la conduite du processus de planification stratégique dont les orientations pour sa conduite ont changé en juin 2011 grâce aux directives données par l'ONUSIDA et la Banque Mondiale dans le cadre d'une planification surtout axée sur les résultats. Pour assurer la coordination de ce processus, la CN/CNLS a mis en place un comité de pilotage présidé par le Coordonnateur National du CNLS avec la participation du Ministère de la Santé Publique, de la Population et de la Lutte contre le Sida, des Représentants des autres Ministères, du Réseau National des ONG de Lutte contre le Sida, du Réseau Centrafricain des personnes vivant avec le VIH, des représentants des confessions religieuses, de la Coordination tripartite, des partenaires au Développement (ONUSIDA, OMS, UNICEF, PAM, UNFPA, HCR, etc.) des ONG internationales telles que, MSF France, MERLIN, CRF, etc.

CONTEXTE SOCIO ECONOMIQUE ET SANITAIRE

La RCA figure parmi les pays pauvres les moins avancés avec un indice de développement humain de 0,315 qui le classe au 159ème rang sur 169.

Après trois décennies de crises militaro-politiques, le pays n'a commencé à retrouver la stabilité sociopolitique qu'après le changement intervenu en 2003. Cela a permis de lancer la reconstruction du pays à travers la formulation et la mise en œuvre du premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) avec comme principal résultat l'atteinte en juin 2009 du point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE), plaçant ainsi la RCA sur le sentier de la croissance économique propice à la réduction de la pauvreté.

Le profil sanitaire de la RCA est l'un des plus faibles de l'Afrique centrale avec un taux brut de mortalité de 20 pour 1000 et un taux de mortalité maternelle de 850 pour 100.000 naissances vivantes.

SITUATION DU VIH/Sida ET DE LA REPONSE

A l'issue de l'**analyse de la situation** le faciès de l'épidémie et les déterminants se présentent comme suit : (i) une épidémie de type généralisé avec une prévalence nationale de l'infection à VIH chez les adultes de 15-49 ans de 4,9%; (ii) les prévalences les plus élevées sont observées dans la Capitale du pays (Bangui) et dans les Préfectures affectées par les conflits armés ; (iii) les femmes sont toujours plus infectées (6,3%) que les hommes (3%). Toutefois, la situation des deux sexes reste préoccupante ; (iv) Chez les 15-24 ans, la prévalence est respectivement de 4,2% chez les filles et 0,7% chez les garçons ; (v) La prévalence des autres IST appréciée à partir de la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes (5,9%), semble élevée ; (vi) la prévalence du VIH chez les patients présentant une IST est nettement plus élevée que dans la population générale (17,8%); (vii) La transmission du VIH est principalement hétérosexuelle ; toutefois, une enquête faite auprès des HSH au CNRISTAR a révélé une séropositivité de 34,84% sur la cohorte de HSH suivis en routine ; (viii) la sécurité transfusionnelle n'est pas assurée sur l'ensemble du territoire national ; (ix) la transmission par voie sanguine (nosocomiale, objets tranchants, etc...) est encore une réalité ; (x) les violences basées sur le genre ont été exacerbées avec les conflits armés ces dernières années et restent une préoccupation importante ; (xi) l'entrée dans la vie sexuelle est précoce. L'âge moyen d'entrée dans la vie sexuelle étant de 15 ans chez le garçon et de 14 ans chez la fille. Les rapports sexuels intergénérationnels constituent aussi des comportements susceptibles d'exposer les jeunes à l'infection à VIH.; (xii) La proportion des adultes qui ont une connaissance complète sur la transmission du VIH est encore faible (17,2% chez les femmes et 24,9% chez les hommes) ; (xiii) la faible proportion des femmes enceintes qui font la démarche de dépistage volontaire (9,4% des grossesses attendues) couplée à la faible proportion de celles qui reçoivent des ARV pour réduire la transmission mère-enfant parmi celles dépistées séropositives (56%), permet de conclure à un niveau de transmission verticale du VIH encore important ; (xiv) l'accès aux soins des PVVIH est limité par la persistance de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des PVVIH, la faible couverture des populations par les services de conseil dépistage ainsi que de prise en charge ; (xv) Les principaux groupes de populations les plus exposées au risque d'infection à VIH sont représentés par les travailleurs du sexe, les jeunes, les camionneurs, les détenus, les agents des forces de défense et de sécurité, les déplacé(e)s internes, les populations autochtones (M'bororo et Aka (Pygmées) et les travailleurs du secteur minier. L'ampleur de la situation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes devient une préoccupation avec la forte séropositivité observée sur la cohorte du CNRISTAR.

L'analyse de la réponse s'est basée essentiellement sur les résultats en fin de période de la mise en œuvre du CSN 2006-2010. Cette évaluation a été plus qualitative du fait de l'absence d'un plan d'opérationnalisation de ce cadre. Une analyse supplémentaire de la réponse au VIH est faite en 2011. De manière générale, le Cadre Stratégique 2006-2010 s'était fixé pour but de contenir et réduire la propagation du VIH, et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Il s'était ainsi aligné à l'objectif N° 6 des OMD et au document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2008-2010. Les résultats obtenus par axe stratégique sont les suivants :

Pour l'intensification de la prévention, le plan de communication intégrant la composante santé sexuelle et de reproduction au profit des groupes vulnérables et spécifiques n'a pas été élaboré. Toutefois des initiatives de CCC au profit de groupes les plus vulnérables ont été prises par certains intervenants de la société civile et du secteur public. Les résultats spécifiques obtenus par les principaux secteurs et autres partenaires sont les suivants :

- Dans le domaine de la promotion des comportements à moindre risque, L'intégration du VIH dans les curricula de formation avec environ 1.540 enseignants sur environ 5000 formés, La réalisation des activités extracurriculaires utilisant l'approche d'éducation par les pairs qui a abouti à la formation de 4.000 élèves pairs-éducateurs, les actions de communication pour le changement de comportements ont

été développées à l'endroit des militaires, des gendarmes et leurs familles, un plan intégré de communication pour la Prévention de la Transmission du VIH Parents-Enfants a été élaboré en 2007, un réseau des médias pour la lutte contre le Sida a été mis en place, Différentes parties prenantes à la lutte contre le Sida ont organisé des émissions à la radio nationales et aux stations communautaires pour diffuser des messages sur le VIH/Sida, la presse écrite a été mise à contribution durant la mise en œuvre du PSN finissant. En dépit des efforts consentis pour la promotion des comportements à moindre risque, Il n'y a pas eu d'actions structurées de prévention ciblant spécifiquement les groupes les plus à risque comme les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les camionneurs, les artisans miniers et les prisonniers. De plus, toutes les activités décrites ci dessus ont été très peu documentées.

- Pour le renforcement de la prévention et de la prise en charge des IST, 261 prestataires de soins ont été formés à l'aide d'un guide de formation intégrant les algorithmes révisés en 2007. Il est à noter que la situation de la prise en charge des IST n'a pas connu d'amélioration à cause d'une part de l'absence d'une politique nationale pour la prise en charge adéquate et gratuite des IST et d'autre part de la faiblesse du système de notification des cas.
- La promotion et l'extension de la disponibilité des préservatifs a été possible grâce à la consolidation du programme de marketing social du préservatif avec comme principale agence de marketing sociale, l'organisation non gouvernementale dénommée Association Centrafricaine pour le Marketing Social (ACAMS). Au total 29 millions de préservatifs ont été rendus disponibles de 2006 à 2010 par ACAMS. Le nombre de préservatifs distribués à travers les autres canaux n'est pas documenté.
- Dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH par voie sanguine, des directives nationales sur l'utilisation clinique des produits sanguins et un plan stratégique national de sécurité transfusionnelle 2010-2015 ont été élaborés, des formations en assurance qualité ont été réalisées. La production moyenne annuelle du CNTS est de 6 000 poches de sang sécurisées ce qui représente seulement les 19,6% des besoins du pays. Les principales insuffisances concernant la sécurité transfusionnelle résident dans l'insuffisance de la vulgarisation des outils élaborés, l'insuffisance des ressources et la quasi inexistence des organisations des donneurs bénévoles dans le pays en dehors de Bangui.
- La PTME mise en place en RCA en 2001 a été progressivement étendue sur le territoire selon le plan de passage à échelle établi en 2008. Bien que la proportion des femmes enceintes séropositives qui ont reçu des ARV dans le cadre de la PTPE parmi celles dépistées séropositives, ait augmenté de 16,0% en 2006 à 77,13 % en 2010, il persiste d'importants défis concernant le suivi des enfants nés de mère séropositive et la prise en charge pédiatrique de l'infection par le VIH.
- Des actions très timides ont été développées au profit de certains groupes spécifiques à savoir: les travailleuses du sexe, les camionneurs, les artisans miniers et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.
- Pour la promotion du dépistage de l'infection à VIH, 47 CDV sur les 70 attendus soit 67,0% sont fonctionnels et des opérations de CDV mobiles dans les administrations publiques, les entreprises privées et dans les établissements de l'Université de Bangui ont été réalisés. En dépit des efforts consentis par le Gouvernement pour offrir à la population les services de dépistage, il a été enregistré des ruptures fréquentes de stocks de réactifs et consommables de laboratoire.

Dans le domaine de la prise en charge globale des PVVIH, les principales actions suivantes ont été développées:

- ✓ **Pour le renforcement de la prophylaxie et du traitement des infections opportunistes et de l'accès aux ARV,** Le nombre de sites de prise en charge est passé à 20 en 2006 à 150 en 2010, Les antirétroviraux ont été fournis gratuitement aux patients y compris les infections opportunistes actives et le suivi biologique des patients sous TARV, le nombre d'appareils de comptage des CD4 est passé de 2 en 2006 à 11 en 2010 et dont 5 à Bangui, concernant la co-infection VIH-Tuberculose, des efforts d'intégration du dépistage du VIH dans les activités des centres de CDT ont été amorcés à partir 2008, le dispositif de surveillance des résistances aux ARV a été mis en place depuis 2009 enfin pour le développement des services de traitement ambulatoire et de soins à domicile, 3 centres existent seulement à Bangui. Les principales faiblesses répertoriées dans la prise en charge des PVVIH concernant la quantification, le système d'information sur les consommations et l'absence du dispositif national de contrôle de la conformité des pratiques de prescriptions des antirétroviraux aux directives nationales.
- **La prise en charge psychosociale** est développée dans les centres de prise en charge. au niveau communautaire, ces activités sont organisées par les associations de PVVIH regroupées au sein du

RECAPEV. La visibilité de ces actions est limitée par la faiblesse des financements alloués à cette activité ainsi que par un déficit d'encadrement.

- **Pour la Prise en charge nutritionnelle des PVVIH, les directives de prise en charge nutritionnelle des PVVIH élaborées seulement en fin 2010 n'ont pas été vulgarisées.**
- **Dans le cadre du Renforcement de la protection et du soutien aux personnes infectées et/ou affectées y compris les OEV, le pays s'est dotée d'une loi fixant les droits et obligations des PVVIH dont la vulgarisation a été assurée par Les associations de PVVIH et les organisations de défense des droits de l'homme. 70280 OEV ont été appuyés à travers un programme dont le principal partenaire financier est le Fonds Mondial.**

Renforcement de la coordination et du suivi / évaluation de la lutte

Les actions développées autour de cet axe stratégique ont permis de:

- Faire le plaidoyer qui a permis d'obtenir le soutien de plusieurs partenaires au développement bi ou multilatéraux. ce plaidoyer a aussi permis de mobiliser des ressources auprès du Gouvernement pour le fonctionnement de la CN/CNLS, l'achat d'urgence d'ARV et la création de ligne budgétaire au niveau de chaque département pour la lutte contre le Sida. Cependant, le Forum des partenaires qui devrait permettre l'harmonisation des financements de la réponse nationale au VIH/Sida n'a pas été mis en place;
- Renforcer les capacités organisationnelles et institutionnelles des structures impliquées dans la lutte contre le VIH et le Sida avec l'appui de différents partenaires au développement. Cependant, ce dispositif de renforcement reste précaire et ne garantit pas le maintien des ressources humaines au sein de la structure après la clôture des différents projets;
- Renforcer la coordination multisectorielle des acteurs et partenaires engagés dans la lutte. Cependant l'analyse de la réponse a relevé d'importants défis concernant le fonctionnement du bureau du CNLS, la coordination des partenaires au développement, le fonctionnement des points focaux des Ministères et la nécessité d'avoir une plateforme fonctionnelle des Organisations de la Société civile.
- Renforcer la coopération régionale et internationale: c'est dans ce cadre que le pays a participé à des initiatives sous régionales, notamment : Le Projet de Prévention du Sida en Afrique Centrale (PPSAC) qui regroupe les six pays de la CEMAC, l'Initiative du Bassin du Lac Tchad (IBLT) et l'Initiative des pays des Fleuves Congo, Oubangui et Chari (IFCOC).

L'analyse du volet Suivi et Evaluation du PSN a permis de relever les insuffisances suivantes: l'absence d'outils harmonisés de collecte des données, la non utilisation de la base de données CRIS, l'inefficacité des ETP dans la collecte des données et le faible système de suivi des cohortes.

L'analyse du système financier et des procédures de décaissement faite dans le cadre du processus de planification stratégique a relevé plusieurs insuffisances dont les principales sont: La non harmonisation des procédures de gestion des différents financements et subventions mis en œuvre par la CN/CNLS, La décentralisation insuffisante de la gestion financière du fait de la faiblesse du système bancaire et de la faiblesse des capacités des institutions partenaires du CNLS, La faiblesse du mécanisme de suivi financier des activités mises en œuvre par les institutions partenaires du CNLS, La faiblesse dans la gestion des risques de confidentialité autour de l'information financière et comptable.

Les principaux problèmes prioritaires identifiés à l'issue de cette analyse de la situation et de la réponse sont les suivants:

1. **Les populations continuent de s'infecter;**
2. **La faible performance de la PTPE qui fait que les enfants nés de mères séropositives continuent de s'infecter;**
3. **La qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées reste précaire ;**
4. **La Gouvernance en matière de lutte contre le VIH reste encore faible.**

Pour faire face à ces problèmes, les priorités suivantes sont retenues:

La *première priorité* concerne le **renforcement de la prévention sexuelle et sanguine**, orientée vers les groupes à risque tels que les jeunes, les HSH, les travailleurs du sexe, la prévention et le contrôle des IST, la sécurisation du sang sanguine, la promotion du préservatif, la prévention des violences sexuelles et la réduction de la transmission du virus en milieu de soins.

La seconde priorité est la **PTME** qui a été singularisée afin de permettre la création des liens avec la santé maternelle et infantile pour répondre à l'objectif commun souscrit par le pays qui est **« l'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015 »**.

La *troisième priorité* concerne la **prise en charge globale**, et cible l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH.

La quatrième priorité est la **gouvernance** de la lutte contre le VIH et le Sida. Elle implique une restructuration des différents organes de la coordination à tous les niveaux, l'opérationnalisation du cadre de concertation multisectorielle, un renforcement des capacités des structures centrales et décentralisées en matière de mobilisation et de gestion efficiente des ressources avec le devoir de rendre compte.

Les questions transversales telles que le concept genre et les droits humains seront pris en compte dans les différents axes d'intervention du cadre stratégique 2012-2016. La République Centrafricaine étant un pays post-conflit et limitrophe à certains pays post-conflits, une attention particulière sera mise sur les actions en faveur des réfugiés et personnes déplacées et victimes de violences basées sur le genre. L'équité dans le domaine de l'accès universel aux soins et à la prévention sera privilégiée pour permettre la prise en compte des populations telles que les Aka et les Mbororos.

FORMULATION DU NOUVEAU CADRE STRATEGIQUE

Se fondant sur les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Document de Réduction de la Pauvreté deuxième génération (2011-2015) et les orientations du récent sommet de New York, le Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH et le SIDA (CSN) 2012-2016 a été formulé autour de la vision d'un Pays où il y a : *« zéro nouvelle infection à VIH, zéro nouveau décès, zéro discrimination / stigmatisation liée au VIH »*.

L'impact global du nouveau est que la morbidité, la mortalité ainsi que les effets néfastes liés au VIH et au Sida soient réduits d'au moins 50% au sein de la population d'ici fin 2016.

L'impact global du CSN est décliné en quatre axes stratégiques et quatre résultats d'impact qui sont à leur tour déclinés en résultats d'effet. Des résultats de produits sont identifiés pour chaque effet.

Axe stratégique 1: Prévention sexuelle et sanguine

Résultat d'impact1: D'ici fin 2016, le nombre de nouvelles infections est réduit de moitié

Résultats d'effet: (3 résultats)

Axe stratégique 2: Prévention de la Transmission Parents Enfant du VIH

Résultat d'impact 2: D'ici fin 2016, tous les enfants nés de mères séropositives sont indemnes de VIH

Résultats d'effet: (4 résultats)

Axe stratégique 3: Prise en charge

Résultat d'impact3: D'ici fin 2016, 80 % des personnes infectées par le VIH sous ARV survivent après quatre années de traitement

Résultats d'effet: (4 résultats)

Axe stratégique 4: Gouvernance

Résultat d'impact 4: D'ici fin 2016, la Gouvernance de la lutte contre le VIH est efficace et permet une mobilisation et une utilisation optimale des ressources pour une durabilité des acquis et des résultats

Résultats d'effet: (4 résultats)

Pour atteindre ces résultats ambitieux et réalisables, des produits et stratégies relatifs à chaque effet ont été définis. Des indicateurs ont été formulés avec les différentes cibles selon les échéances des produits.

Pour permettre la mise en œuvre du CSN 2012-2016, une estimation des besoins de ressources de lutte contre le VIH et le sida a été faite. Ces besoins financiers ont été estimés sur le Modèle des Besoins en Ressources (MBR).

Le budget total du CSN à mobiliser est donc de 126.335.825.368 FCFA, ce budget est réparti selon les quatre axes comme suit:

- Prévention: 34.013.373.439 FCFA soit 19,89%
- PTME: 7.832.166.875 FCFA soit 6,20% ;
- Prise en charge globale: 59.362.662.858 FCFA soit 46,99%;
- Gouvernance: 25.127.622.196 FCFA soit 19,89%

CADRE DE MISE EN OEUVRE ET DE COORDINATION DE LA REPONSE

Conformément au principe de three ones, la coordination de la mise en oeuvre du présent CSN sera assurée par la CN/CNLS sur le plan national.

L'exécution des activités retenues dans les plans opérationnels sera assurée par les directions et services des ministères impliqués dans la lutte contre le Sida, les formations sanitaires, les établissements scolaires, les maisons des jeunes, les CIEE, les ONG/OAC, les entreprises, les cellules de lutte contre le Sida dans les ministères etc.

L'opérationnalisation de ce PSN se fera à travers des plans nationaux opérationnels, des plans opérationnels régionaux et sectoriels. Le suivi de la mise en œuvre, l'évaluation des performances et des progrès se feront dans le cadre du plan national multisectoriel de suivi-évaluation.

La revue à mi parcours interviendra à la fin de la deuxième année pour orienter les ajustements nécessaires. La quatrième année intégrera la revue finale et le processus d'élaboration du plan quinquennal suivant.

Le CNLS a approuvé le présent cadre stratégique national comme document de référence de la lutte contre le VIH et le Sida en RCA de 2012 à 2016, au cours de sa 6ème Assemblée Générale tenue le **xxx**, sous l'autorité du Président de la République Chef de l'Etat.

INTRODUCTION

Comme la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la République Centrafricaine (RCA) est touchée par l'épidémie du VIH et du Sida. Après la découverte des premiers cas d'infection à VIH en 1984, le Gouvernement de la RCA a mis en place dès 1987, un Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) au sein du Ministère de la Santé. De 1987 à 2005 quatre plans nationaux de lutte contre le Sida ont été mis en œuvre. Ces plans avaient permis de mettre en place des actions d'information-éducation-communication (IEC) au profit des groupes de population les plus exposés au risque d'infection à VIH, de sécurité transfusionnelle relative au VIH et autres marqueurs de maladies transmissibles, de collecte des données épidémiologiques et de soutien psychologique et social des personnes vivant avec le VIH.

Le Cadre Stratégique National de Lutte contre le Sida (CSN) couvrant la période 2006-2010 a permis d'amorcer le passage à l'échelle des actions de prévention, de soins et soutien relatives au VIH dans la perspective de l'accès universel.

L'évaluation du CSN 2006-2010 a permis de constater que ce document dans sa conception constitue une avancée significative dans l'organisation de la réponse nationale au VIH/SIDA selon une approche multisectorielle et décentralisée.

Toutefois, la principale limite réside dans l'absence d'un plan opérationnel de mise en œuvre. Dans les axes stratégiques d'autres insuffisances ont été reléguées, il s'agit entre autres :

En matière de prévention (i) l'absence d'un plan stratégique national de communication, (ii) la non prise en compte de la composante genre dans la réponse (iii) le non ciblage des groupes à risque et/ou vulnérables .

En matière de prise en charge globale : la précarité de la disponibilité des ARV.

En matière de gouvernance : l'absence de plans de renforcement des capacités des acteurs.

La période couverte par ce CSN arrivant à son terme en décembre 2010, la Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida (CN/CNLS) a initié en septembre 2010 le processus d'élaboration d'un nouveau CSN qui devrait couvrir la période 2012-2016 ;

l'année 2011 étant considérée comme une année charnière consacrée à la conduite du processus de planification stratégique.

Le présent document élaboré au terme de ce processus participatif qui tient compte de l'évaluation du CSN 2006-2010, définit les stratégies de réponse de la RCA face au VIH et au Sida pour les cinq prochaines années en vue l'atteinte des OMD.

PARTIE 1 : CONTEXTE ET PROCESSUS D'ELABORATION DU CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2012-2016

1.1 INFORMATIONS GENERALES SUR LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

1.1.1 Caractéristiques géographiques et humaines

La République Centrafricaine (RCA) est un pays de l'Afrique Centrale, situé au cœur du continent africain, qui a une superficie de 623 000 Km². Enclavée, la RCA est limitée au nord par le Tchad, à l'est par le Soudan et le Soudan du Sud, à l'ouest par le Cameroun, au sud par le Congo et le Congo Démocratique.

Avec un taux de croissance démographique de 2,5% par année (2), la population de la RCA est estimée à 4 479 444 habitants en 2010 (1). Elle est :

- majoritairement jeune (la proportion de jeunes de moins de 25 ans est de 61,3%) ;
- équilibrée entre les hommes et les femmes (les femmes représentent 50,7% de la population) ;
- majoritairement rurale (61,6%).

La RCA est faiblement peuplée avec une population inégalement répartie : la densité de la population au niveau national est de 7,4 habitants au km² ; elle varie de 1 habitant au km² dans la Région 5 (Haute-Kotto, Bamingui-Bangoran et Vakaga), à 9 295 habitants au km² dans la Région 7 (Bangui : 741 008 habitants).

1.1.2 Caractéristiques socio-économiques

La RCA figure parmi les plus pauvres des pays les moins avancés avec un indice de développement humain de 0,315 qui le classe au 159^{ème} rang sur 169 et un Produit Intérieur Brut par habitant de 477 dollars US (RDH 2010).

L'agriculture représente une part importante du PIB. L'activité minière (diamant en particulier) constitue l'autre ressource importante en termes de recettes d'exportation. Le tissu industriel qui reste peu développé, a souffert des troubles politico-militaires successifs que le pays a connus.

Soixante sept pour cent (67%) de la population vit avec moins de 1 dollar par jour et 30,2% des ménages connaissent une insécurité alimentaire (DSRP II). Le taux de sous-emploi est particulièrement élevé (19%) en 2008 (3). Trois quarts des centrafricains travaillant dans les villes touchent une rémunération plus faible que le salaire minimum (35 000 francs

CFA/mois). La proportion des ménages qui ont accès à l'eau potable est passée de 30,0% en 2006 à 67,0% en 2010 (MICS 4). Le taux net de scolarisation est de 63%, dont 55% pour les filles et 71% pour les garçons (DSRP II)

Pour y pallier, le DSRP2 s'appuie sur trois axes stratégiques interdépendants : (i) Consolidation de la paix, gouvernance et État de droit ; (ii) Relance économique et intégration régionale ; et (iii) Développement du capital humain et services sociaux essentiels.

Les différents secteurs de développement retenus pour sa mise en œuvre sont : (i) Sécurité (ii) Infrastructures de base (iii) Education et Enseignement supérieur (iv) Santé et nutrition (v) VIH/Sida (vi) Jeunesse-Sports (vii) Arts et Culture (viii) Eau et Assainissement (ix) Etablissement humain et Habitat (x) Genre.

Les secteurs VIH/Sida et Genre sont considérés comme transversaux.

1.1.3. Caractéristiques politiques

La République centrafricaine (RCA) qui a connu au cours des trois dernières décennies des crises militaropolitiques

à répétition, a retrouvé la stabilité sociopolitique après le changement intervenu en 2003 et l'ordre constitutionnel à la faveur des élections de 2005 ; ce qui a permis de lancer la reconstruction du pays à travers la formulation et la mise en œuvre du premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) qui ont permis d'atteindre le point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) en juin 2009, plaçant la RCA sur le sentier de la croissance économique propice à la réduction de la pauvreté.

1.1.4. Caractéristiques sanitaires

L'organisation du système de santé est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire ou régional, préfectoral ou district. Le profil sanitaire de la RCA est l'un des plus faibles de l'Afrique centrale. Le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé représente 9,0% du budget national selon la loi des finances 2011. Les principaux indicateurs de santé sont renseignés dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Principaux indicateurs de santé

Indicateurs	Valeurs	Sources
Taux brut de mortalité	20 pour 1 000	
Taux de mortalité infanto-juvénile	174 pour 1 000 naissances vivantes	MICS 4 ; 2010
Taux de mortalité infantile	105 pour 1 000 naissances vivantes	MICS 4 ; 2010
Taux de natalité	42 pour 1 000	
Taux de mortalité maternelle	850 pour 100 000 naissances vivantes	

Indicateurs	Valeurs	Sources
Taux d'insuffisance pondérale	23,5 pour 100	MICS 4, 2010
Retard de croissance	40,7%	MICS 4, 2010
Emaciation	7,4%	MICS 4, 2010
Taux de malnutrition globale chez les PVVIH sous TARV à Bangui	44%	PAM, 2006
Taux de couverture vaccinale contre la tuberculose	72,3 pour 100	MICS4 ; 2010
Proportion d'enfants complètement vaccinés	6,8 pour 100	MICS 4 ; 2010
Proportion d'enfants de moins de cinq (5) ans dormant sous moustiquaire imprégnée	36,4 pour 100	MICS 4 ; 2010
Proportion de naissance assistées par du personnel qualifié	53,8 pour 100	MICS 4 ; 2010
Nombre de médecins	8 pour 100 000 habitants	
Espérance de vie à la naissance	47,7 ans	
Prévalence des méthodes contraceptives modernes	15,0 pour 100	MICS 4 ; 2010
Taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois	34,3%	MICS 4 ; 2010
Pourcentage de femmes victimes de violences sexuelles	11,5 pour 100	MICS 4 ; 2010
Accessibilité aux services de santé	65,2%	MICS 2000
Taux de couverture prénatal avec 4 CPN	34%	MSPPLS

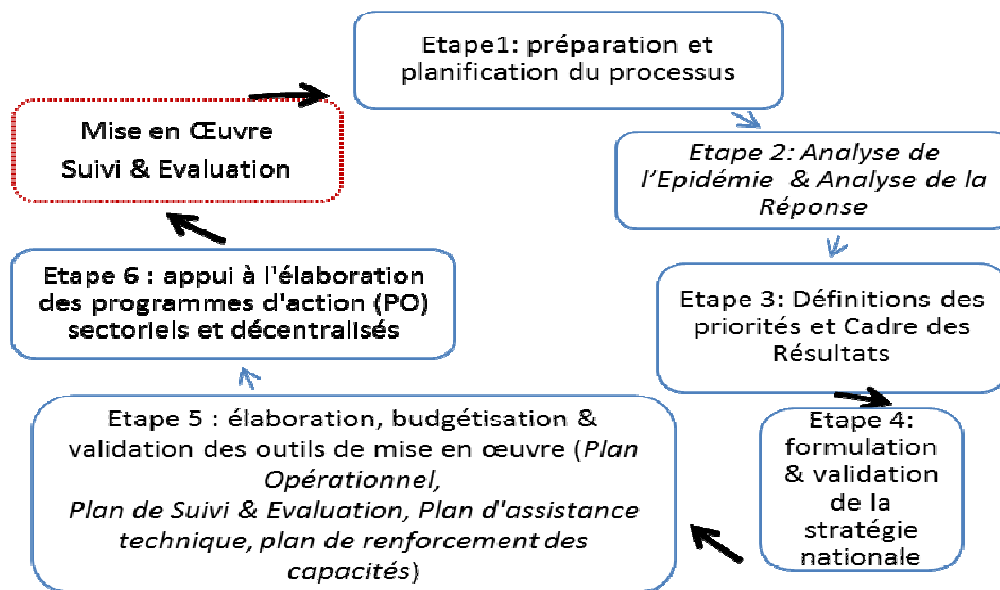
1.2. PROCESSUS D'ELABORATION DU CSN

1.2.1 Coordination du processus

Le Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH et le Sida 2012-2016 a été élaboré par le biais d'un processus participatif incluant l'ensemble des acteurs nationaux et les partenaires présents dans le pays sous la coordination de la CN/CNLS.

Le processus a suivi cinq (5) principales étapes et a bénéficié de l'appui technique des consultants nationaux et internationaux :

- Phase préparatoire et planification du processus ;
- l'analyse de la situation et l'analyse de la réponse ;
- Définitions des priorités et Cadre des Résultats ;
- Formulation de la stratégie ;
- Elaboration et validation des outils de mise en œuvre et des programmes sectoriels et décentralisés.



Graphique 1 :Cycle de planification stratégique

1.2.2 Difficultés rencontrées lors de la planification stratégique

L'analyse de la situation et de la réponse a été faite à partir du CSN 2006-2010. Cependant, l'absence des plans opérationnels du cadre stratégique n'a pas facilité la collecte de données, il en est de même pour l'évaluation finale du CSN qui n'a pas été réalisée. Toutefois, une évaluation qualitative à mi parcours a formulé des recommandations qui ont servi à l'élaboration du présent CSN.

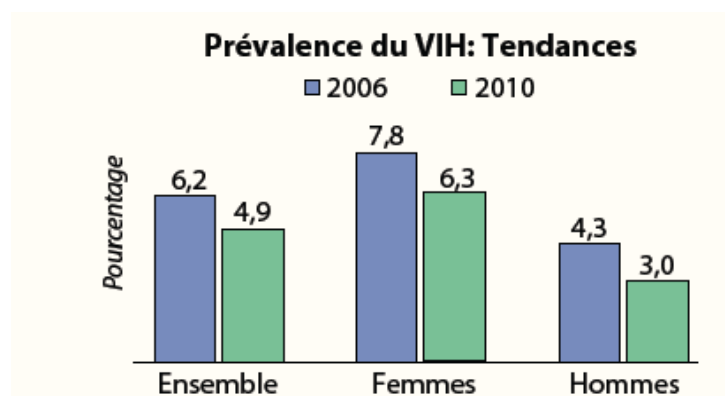
PARTIE 2 : ANALYSE DE LA SITUATION DE L'EPIDEMIE DU VIH

2.1. ETAT ET DYNAMIQUE DE L'EPIDEMIE DU VIH

Les données disponibles sur la prévalence de l'infection à VIH sont celles de l'enquête MICS IV de 2010. Le rapport ONUSIDA sur l'épidémie du Sida en 2010 a été également exploité.

2.1.1. Prévalence du VIH au niveau national

La prévalence nationale du VIH chez les adultes de 15-49 ans est de 4,9% en 2010 (4) contre 6,2% en 2006 (5). L'ONUSIDA a estimé le nombre de nouvelles infections chez les adultes et enfants en 2009 à 5200 (6).

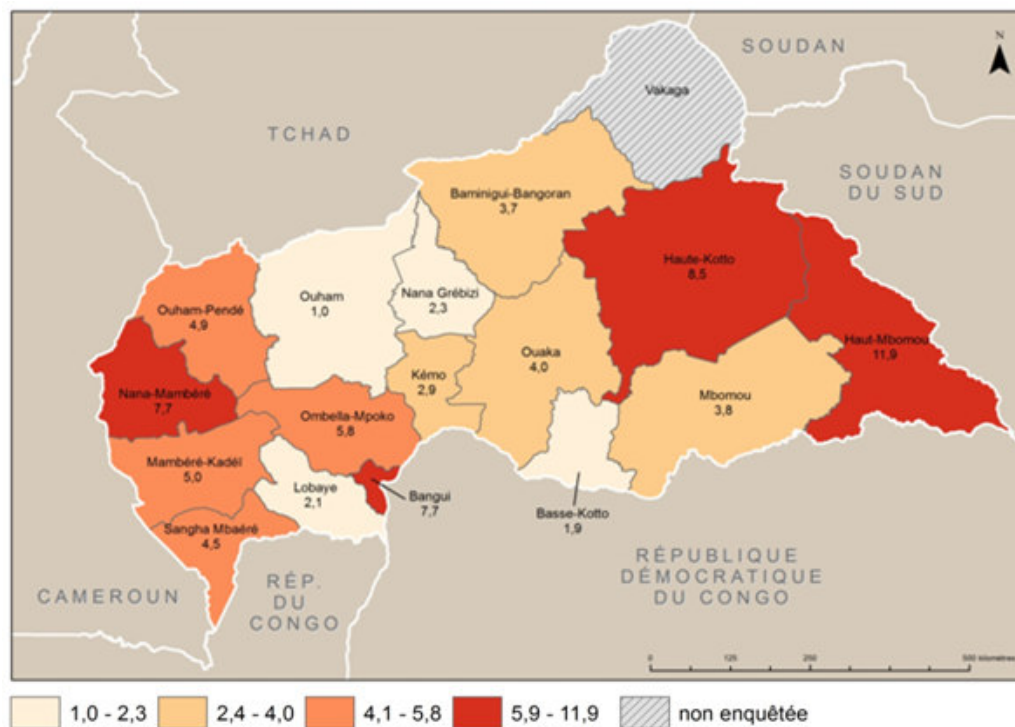


Graphique 2: Prévalence du VIH : tendance en 2006 et 2010 (MICS 4)

2.1.2. Prévalence par préfecture et milieu de résidence

Il existe une grande disparité de la prévalence entre les différentes préfectures du pays comme on peut l'observer dans la carte ci-après. En effet, la prévalence du VIH chez les 15-49 ans varie de 1,0% (Ouham) à 11,9% (Haut Mbomou) (4). L'épidémie du VIH est donc de type généralisé.

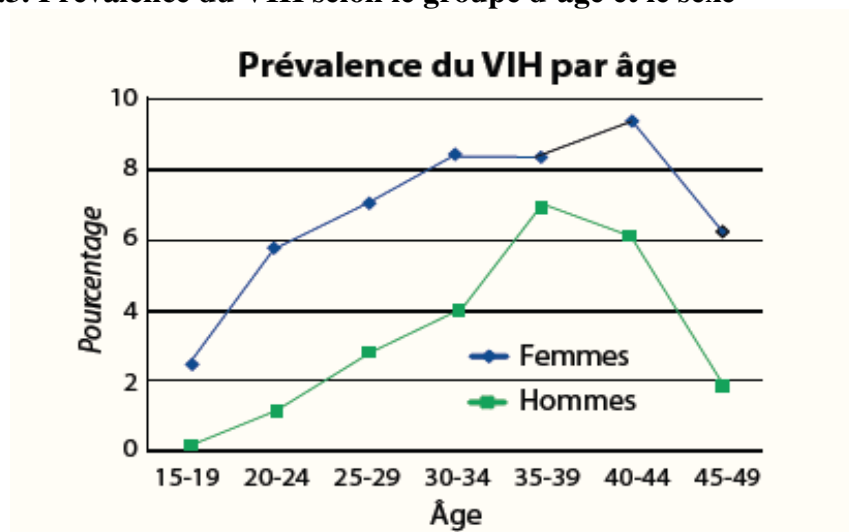
La séroprévalence est plus élevée en milieu urbain (7,9%) qu'en milieu rural (2,9%). Cette tendance est observée aussi bien chez les femmes (10,3 % contre 3,7 %), les hommes (4,8% contre 1,9%) que chez les jeunes (4,4% contre 1,6%)(4).



Source : MICS 4 (2010)

Graphique 3: Carte de Prévalence du VIH par préfecture (MICS 4)

2.1.3. Prévalence du VIH selon le groupe d'âge et le sexe



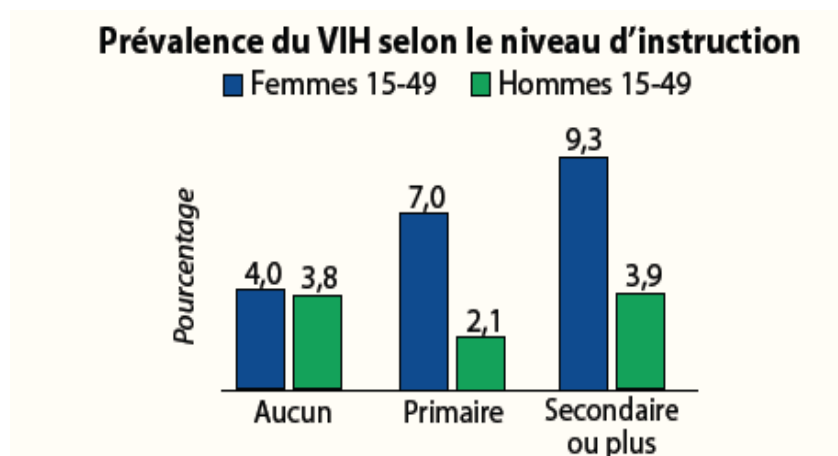
Graphique 4 : Prévalence du VIH selon le groupe d'âge et le sexe en 2010 (MICS 4)

Les femmes sont infectées à un âge plus jeune que les hommes. Quel que soit le sexe, la prévalence augmente avec l'âge pour atteindre 9,2 % à 40-44 ans chez les femmes et 6,9 % à 35-39 ans chez les hommes.

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 2,8% : 4,2% chez les femmes et 0,7% chez les hommes, correspondant à un ratio femme/homme de 6.

2.1.4. Prévalence du VIH selon le niveau d'instruction

Le graphique ci-dessous présente la prévalence selon le niveau d'instruction. Chez les femmes, la prévalence est plus élevée parmi les plus instruites.



Graphique 5: Prévalence du VIH selon le niveau d'instruction

2.1.5. Prévalence selon certaines caractéristiques socio-économiques

La prévalence du VIH est plus élevée parmi les femmes et les hommes des ménages les plus riches. Elle varie respectivement chez les femmes et les hommes entre 4,1% et 1,2 dans le quantile plus pauvre à 8,9% et 4,4% dans le quantile plus riche..

2.1.6. Prévalence du VIH dans certains groupes spécifiques

➤ Femmes enceintes

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 4,5% en 2010 alors qu'elle était de 5,3% en 2006 (5). La prévalence chez les autres femmes¹ est de 6,6% en 2010 alors qu'elle était de 8,2% en 2006. Cette prévalence est de 4,1% parmi les jeunes femmes enceintes de 15-24 ans (4).

De façon générale, une tendance à la baisse de la prévalence est observée chez les femmes mais elle reste toujours élevée.

➤ **Prévalence de l'infection à VIH chez les enfants**

Les données sur la prévalence du VIH chez les enfants² à l'échelon national ne sont pas disponibles.

➤ **Patients présentant une Infection Sexuellement Transmissible**

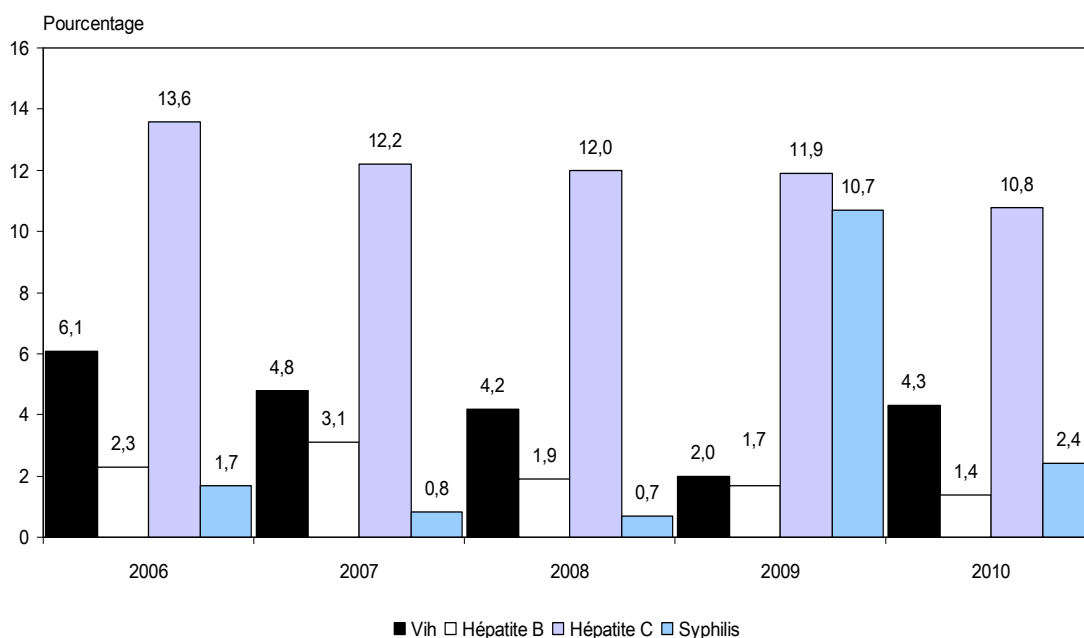
En 2007, la prévalence du VIH chez les patients présentant des symptômes d'IST est de 17,8% (18,6% chez les femmes et 16,7% chez les hommes). La distribution de cette prévalence par tranche d'âge se présente comme suit : 13,7% chez les 15-24 ans et 23,6% chez les personnes âgées de 45 ans ou plus. Toutefois, elle reste concentrée chez les personnes de 25-34 ans et celles de 35-44 ans avec, respectivement, des taux de 20,9% et 20,7%. (7)

➤ **Donneurs de sang**

La prévalence de l'hépatite B est plus élevée chez les donneurs de sang de manière constante de 2006 à 2010. La prévalence du VIH en 2010 est proche de la moyenne nationale. Ceci pose un problème de sélection des donneurs car normalement lorsque les donneurs de sang sont sélectionnés et fidélisés, la prévalence est faible et le risque de séroconversion d'une poche de sang testée préalablement négative est très rare (8).

¹ Il s'agit des femmes qui ne sont pas enceintes ou pas sûre à la question de savoir si elles sont actuellement enceintes.

² Enfants âgées de 0-14 ans



Graphique 6: Sérologie du VIH et des IST chez les donneurs de sang (CNTS, 2011)

➤ Agents des forces armées

Le Comité Militaire de Lutte contre le Sida (CMLS) a réalisé une étude sur la sérologie chez les agents des Forces Armées Centrafricaines (FACA) en 2009. De cette étude, il ressort que la prévalence du VIH est de 7,8% (9). La distribution de cette prévalence selon l'âge et le sexe n'est pas connue.

2.2. DETERMINANTS DE LA PROPAGATION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH

2.2.1. Modes de transmission de l'infection à VIH

Aucune étude n'a été réalisée sur les modes de transmission de l'infection à VIH. Mais tout semble montrer comme dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne, que la transmission sexuelle est vraisemblablement le principal mode de transmission de l'infection à VIH. Cette transmission serait majoritairement hétérosexuelle. En effet, quoi qu'il n'y ait pas d'études permettant d'étayer l'ampleur de la pratique de l'homosexualité en RCA, le rapport de suivi des patients au CNRISTTAR dénombre environ 200 hommes ayant des rapports homosexuels en 2011 parmi lesquels le taux de séropositivité est de 34, 83%.

Des efforts importants ont été accomplis au cours des vingt (20) dernières années dans l'utilisation des seringues à usage unique. Le problème de transmission nosocomiale demeure, du fait de l'insuffisance : i) de la stérilisation du matériel médical dans les formations sanitaires, ii) d'éducation du personnel de santé et des utilisateurs de service de soins sur les précautions universelles et iii) du dispositif de gestion des déchets biomédicaux.

Les services de sécurité transfusionnelle restent limités à Bangui où il existe la seule banque de sang du pays. Des cas de transmission du VIH par transfusion sont encore possibles dans certaines zones du pays.

La transmission du VIH de la mère à l'enfant constitue encore une préoccupation avec un taux de transmission estimé à 12% (EPP spectrum).

2.2.2 Comportements et pratiques sexuels à risque

a) Le multi-partenariat et port du préservatif

Le multipartenariat est un phénomène important au sein de la population enquêtée (MICS IV). En effet, 6,7% des femmes et 25,2% des hommes ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois. Les proportions des femmes et des hommes qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, et ont également déclaré avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels sont de 33,4% et 31,6% respectivement.

b) Précocité des rapports sexuels

L'entrée en vie sexuelle est précoce. En effet, 28,7% de jeunes-femmes et 11,2% de jeunes-hommes âgés de 15-24 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Avant l'âge de 18 ans, la proportion de jeunes sexuellement active atteint les 64,6% de femmes et 36,3% chez les hommes (5). Cette proportion est de 30,0% chez les jeunes femmes et 12,8% chez les jeunes garçons âgés de 20-24 ans. L'enquête MICS ne permet pas de donner la fenêtre qui s'étend entre l'âge du premier rapport sexuel et le mariage ou la vie en union.

c) Rapports sexuels intergénérationnels

Globalement, 21,1% de jeunes femmes âgées de 15-24 ans ont eu, au cours des douze (12) derniers mois, des rapports sexuels avec un homme plus âgé qu'elle de 10 ans ou plus. Chez les jeunes garçons ayant eu des rapports sexuels, au cours des douze (12) derniers mois, avec une femme plus âgée que lui de 10 ans ou plus, cette proportion est de 0,1%.

d) Facteurs de vulnérabilité chez les jeunes

Selon l'analyse des facteurs de vulnérabilité au VIH chez les jeunes réalisées avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) en 2010 (10), outre le niveau socioéconomique du ménage, la précocité des rapports sexuels chez les jeunes est occasionnée:

- ✚ **Pour les jeunes filles**, par : (i) la pression des pairs et des aînés, (ii) la pression des garçons et des hommes adultes ; (iii) le suivisme ; (iv) l'exposition à la littérature pornographique et les violences sexuelles ;
- ✚ **Pour les jeunes garçons**, par : (i) la pression des pairs et la curiosité et ; (ii) le désir d'affirmer la puissance masculine.

2.2.3 Les autres infections sexuellement transmissibles

Avant l'année 2010, aucun système efficace de notification des cas d'IST n'est fonctionnel.

Selon les données de l'enquête de surveillance sentinelle 2006-2007, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes est de 5,9% (12). Par milieu de résidence, le taux de prévalence est de 11,5% en milieu rural et 2,7% en milieu urbain (12).

Les données du SNIS notifient environ 20 500 cas d'IST par an, ce qui semble largement sous estimés. La désagrégation par sexe et par âge n'est pas disponible.

2.2.4 Le niveau de connaissances, attitudes, pratiques et opinions sur les IST/VIH/Sida

- **En ce qui concerne les connaissances et opinions sur l'infection à VIH chez les adultes (4), on note :**
 - au total, 88,7% de femmes âgées de 15-49 ans et 94,7% d'hommes âgés de 15-59 ans ont entendu parler du Sida ;
 - seulement 17,2% de femmes et 24,9% d'hommes avaient une connaissance approfondie sur la transmission du VIH ;
 - en outre, 50,5% de femmes et 53,5% d'hommes savent que le VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse, à l'accouchement et à travers l'allaitement ;

Le faible niveau de connaissance approfondi sur le VIH dans la population générale pourrait être à l'origine de la persistance de la transmission du VIH et probablement des idées erronées sur les modes de transmission.

➤ **Connaissances des structures offrant les services de conseil et dépistage volontaire du VIH**

En ce qui concerne les connaissances des structures offrant les services de conseil et dépistage au total (5) 63,8% de femmes et 70,9% d'hommes connaissant un endroit où se rendre pour effectuer le test de dépistage ; Même si 39,6% de femmes et 32,4% d'hommes ont effectivement effectué le test de dépistage.

➤ **Attitudes vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH**

Selon les données du MICS III 2006 chez les adultes de 15-49 ans (5), 35,2% de femmes et 73,4% d'hommes expriment une attitude discriminatoire envers les PVVIH .

2.2.5 Pauvreté et insécurité alimentaire

Les résultats de l'analyse de la vulnérabilité et de la sécurité alimentaire en 2009 montrent que, 30,2% des ménages au niveau national étaient en insécurité alimentaire en RCA, dont 7,5% en insécurité alimentaire sévère, soit près de 284 502 personnes, et 2,7% en insécurité alimentaire modérée, soit près de 936 506 personnes.

L'insécurité alimentaire et la pauvreté étant étroitement liées, ces deux (2) situations pourraient contribuer à la propagation du VIH.

2.2.6 Facteurs socioculturels

Les résultats des focus groups avec les leaders communautaires ont permis de relever que certaines normes socioculturelles accentuent la vulnérabilité de la femme au VIH par:

- Selon les résultats de l'enquête MICS III (2006), 26,5% des femmes en mariage ou union libre vivent en situation de polygamie ;
- la tendance à la dépendance de la femme vis-à-vis de l'homme dans la prise de décisions ;
- la pratique de l'excision. En effet, 24% des femmes âgées de 15-49 ans ont déclaré, lors de l'enquête, avoir subi une certaine forme de mutilation génitale féminine ou

excision (5)

2.2.7 Violences liées au genre

Le phénomène des violences sexuelles à l'égard des femmes a connu une accentuation à la suite des crises militaro-politiques à répétition que la RCA connaît depuis 1996.

2.2.8 Déplacements internes de populations

Les crises politico-militaires que connaît le pays depuis 1996 se sont accompagnées de déplacements internes de populations. Une étude réalisée en 2008 (14) indique que le nombre de déplacés internes dans le pays est estimé à 124 535 personnes, majoritairement dans les préfectures de l'Ouham-Pendé, l'Ouham, Haute-Kotto, Mbomou et Haut Mbomou où persistent encore des foyers de tension.

Les femmes pourraient représenter 51,0% des déplacés internes ; les enfants de moins de 15 ans représentent 50,0% de cette population. Ces personnes ont perdus leurs biens et vivent dans une certaine précarité et sont vulnérables, exposés à l'infection à VIH.

2.3. GROUPES DE POPULATIONS LES PLUS EXPOSÉES AU RISQUE D'INFECTION À VIH

Il s'agit des groupes de populations qui ont des pratiques sexuelles qui les exposent fortement au risque d'infection à VIH ou qui véhiculent le VIH. Les groupes de population suivants ont été identifiés dans cette catégorie: les travailleuses du sexe, communément appelées filles libres et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (homosexuels).

Il s'agit aussi des groupes de populations qui évoluent dans un environnement qui les soumet à des pressions pouvant conduire à des comportements et pratiques à risque d'infection à VIH : les agents des forces armées, les élèves et étudiant(e)s, les jeunes non scolarisé(e)s et déscolarisé(e)s, les camionneurs, les détenu(e)s, les adolescent(e)s et jeunes filles mères, les déplacé(e)s internes, les populations autochtones (M'Bororo et AKA (ou pygmées)).

2.4 FACTEURS ASSOCIÉS À L'ÉVOLUTION DE L'INFECTION À VIH VERS LE STADE SIDA

2.4.1 Stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH

La peur de la stigmatisation amène les personnes vivant avec le VIH à ne pas parler de leur statut dans leur entourage et à se cacher, voire à renoncer à prendre les médicaments pour éviter de susciter le rejet de la famille et de la communauté. Les cas de discrimination sur le lieu de travail en raison du statut sérologique, dans les familles ou en milieu hospitalier dans la fourniture des soins, n'ont pas suffisamment été documentés.

2.4.2 Faiblesse de l'offre de services de conseil et dépistage

Seulement 16,8 % des femmes et 15,1% des hommes âgés de 15-49 ans ont affirmé avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH et reçu les résultats (4'). Ce qui signifie que les personnes séropositives continuent à être dépistées majoritairement devant des signes présomptifs, donc à un stade tardif.

2.4.3 Faiblesse de l'offre et la qualité de services PTPE

L'offre de services PTPE est encore largement insuffisante. En fin 2010, 120 services de CPN sur 254 ont intégré la PTPE (soit 47%). En 2009 seulement 9,4% des femmes enceintes ont bénéficié de l'offre de service de PTME et 56% de celles qui étaient séropositives et avaient retiré les résultats, ont effectivement reçu des ARV.

A cela, il convient de relever la faible fréquentation des CPN où est implanté le programme PTPE.

Cette situation contribue au retard dans la prise en charge précoce du couple mère-enfant.

2.4.4 Faible intégration du conseil et dépistage volontaire dans les activités des centres antituberculeux

En fin 2010, seulement 20% des centres de diagnostic et traitement de la tuberculose avaient intégré les services de conseil et dépistage volontaire du VIH. Ce qui a pour conséquence de retarder le diagnostic des cas de co-infection Tuberculose-VIH.

2.4.5 Faiblesse de l'accès au service de soins et de prise en charge

La prise en charge des PVVIH en RCA est limitée à Bangui et dans les grandes villes. La décentralisation n'a réellement démarré qu'en 2009 au titre des financements acquis du Fonds mondial au round 7. Cette situation a pour conséquence la faible accessibilité géographique au service de soins et de prise en charge aux PVVIH.

2.5 IMPACTS DE L'EPIDEMIE DU VIH

Il n'y a pas de données actualisées évaluant l'impact socioéconomique du Sida en RCA. Cet impact a été analysé de manière indirecte à partir de l'évolution de certains indicateurs sans que le Sida ne soit le seul facteur ayant influencé ladite évolution

En 2010, les projections de l'EPP Spectrum (CN/CNLS) estime le nombre d'adultes et enfants vivant avec le VIH à 116.288 dont 63868 femmes âgées de 15 ans et Plus et 19.688 enfants de 0 à 14 ans.

Selon cette même source, le nombre d'adultes et enfants ayant besoin d'antirétroviraux était estimé à 43.454.

Le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant besoin d'antirétroviraux pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant était estimé à 6.138 dont 2.392 sous TARV.

En 2011, le nombre de décès dû au Sida chez les adultes et enfants était estimé à 9.106.

L'augmentation du nombre d'orphelins constitue l'une des conséquences dramatiques de l'épidémie du Sida. Selon EPP Spectrum en 2011, le nombre d'orphelins du sida est d'environ 123.800. Le taux de scolarisation des orphelins (65,3%) est légèrement inférieur à celui des autres enfants (67,3%).

D'après l'étude impacts du VIH/Sida sur le développement en Centrafrique publiée par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en 2005, il s'est avéré que le VIH/SIDA a des répercussions considérables sur l'économie. En effet, selon un scénario sans Sida, l'épidémie se traduit, entre autres, par une perte cumulative du Produit Intérieur Brut (PIB) de l'ordre de mille (1000) milliards de francs CFA du début de l'épidémie à 2015, soit une perte de PIB de 12,0% en 2015 par rapport à une situation sans Sida.

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des principales données projetées par EPP-Spectrum de 2010 en 2016 (source : CN/CNLS)

Principaux indicateurs par cible	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Adultes et enfants vivant avec le VIH	116 288	114 024	111 463	108 978	106 414	104 204	102 188
Adultes (15 ans et plus) vivant avec le VIH	106 500	105 660	104 527	103 210	101 951	100 863	99 943
Femmes (15 ans et plus) vivant avec le VIH	63 868	63 365	62 689	61 905	61 161	60 520	59 984
Enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH	19 688	18 866	18 029	17 198	16 365	15 543	14 740
Prévalence adultes	4,84	4,66	4,47	4,29	4,11	3,94	3,79
Prévalence (Hommes âgés de 15 à 24 ans)	1,3	1,26	1,22	1,18	1,14	1,1	1,06
Prévalence (Femmes âgées de 15 à 24 ans)	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5
Prévalence (Enfants âgés de 0 à 14 ans)	1,12	1,06	1,00	0,95	0,89	0,83	0,78

Nouvelles infections (Adultes)	7 221	7 064	6 869	6 715	6 517	6 321	6 129
Nouvelles infections (Enfants)	2 082	1 926	1 830	1 722	1 609	1 500	1 396
Décès annuels dus au sida	9 117	9 106	9 155	9 096	8 756	8 294	7 838
Décès annuels dus au sida (Adultes)	7 516	7 577	7 690	7 725	7 473	7 102	6 735

Décès annuels dus au sida (Enfants)	1 601	1 529	1 465	1 371	1 283	1 193	1 103
Besoin de thérapie ARV (Adultes de 15 ans et plus)	31 966	33 667	51 114	51 555	51 723	51 908	52 235
Besoin de thérapie ARV (Enfants de 0 à 14 ans)	10 226	9 787	10 718	10 239	9 756	9 302	8 852
Mères ayant besoin de PTME	6 325	6 138	5 938	5 733	5 530	5 335	5 150
Orphelins du sida	128 604	123 841	119 418	115 224	110 924	106 428	101 654
Population des PvVIH (Adultes de 15 à 49 ans)	101 953	100 767	99 263	97 555	95 864	94 281	92 792
Nombre de nouvelles infections au VIH	9 303	8 990	8 699	8 437	8 126	7 821	7 525
Incidence (Adultes de 15 à 49 ans)	0,35	0,33	0,32	0,3	0,28	0,27	0,26
Décès annuels dus au sida (Enfants de 1 à 4 ans)	461	412	403	377	348	322	296
Femmes enceintes en besoins de TARV	2 431	2 392	2 336	2 242	2 129	2 024	1 929

PARTIE 3 : ANALYSE DE LA RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE DU VIH ET AU SIDA

Cette analyse de la réponse s'est basée essentiellement sur évaluation qualitative du CSN 2006-2010 en fin de période de la mise en œuvre du fait de l'absence d'un plan d'opérationnalisation de ce cadre.

3.1 PRESENTATION DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2006-2010

3.1.1 Rappel de la Vision, Objectifs stratégiques, résultats et domaines d'intervention par axe stratégique

- **vision**

D'ici 2010, la propagation du VIH est contenue et réduite et la qualité de vie des personnes infectées et ou affectées est améliorée.

- **Objectifs stratégiques, résultats et domaines d'intervention par axe stratégique**

Le CSN 2006-2010 était structuré en trois axes stratégiques dont les objectifs sont rappelés ci-après.

Axe 1 : Intensification de la prévention : Stabiliser à 15% puis réduire la prévalence de l'infection à VIH dans la population générale d'ici à 2010.

Axe 2 : Prise en charge globale des personnes infectées et / ou affectées par le VIH : (i) Assurer une prise en charge globale aux personnes vivant avec le VIH ; (ii) Assurer la protection et soutien à au moins 60% des personnes infectées et ou affectées par le VIH.

Axe 3 : Renforcement de la coordination et du suivi / évaluation de la lutte : (i) Promouvoir un environnement favorable à la multisectorialité, à une meilleure gestion, au suivi évaluation et à la coordination des actions de lutte contre le Sida ; (ii) Renforcer la capacité de gestion et de coordination du CNLS ; (iii) Renforcer la mise en place d'une structure de suivi évaluation ; (iv) Assurer le suivi évaluation de toutes les activités de lutte contre le Sida en RCA.

3.1.2 Cadre légal et institutionnel de la réponse

La Coordination de la Réponse Nationale au VIH et au Sida est assurée par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS). Le CNLS a été créé par Décret du 01.032 du 26 janvier 2001, modifié par le Décret 02.274 du 29 Novembre 2002. Un second Décret modifiant et complétant certaines dispositions du Décret du 01.032 du 26 janvier 2001 a été promulgué le 31 décembre 2010.

Le CNLS est l'organe central de pilotage de la lutte contre le VIH et le Sida en RCA. Il est placé sous l'autorité du Président de la République. Le CNLS dispose des organes suivants : Assemblée Générale, Bureau du CNLS, Coordination Nationale du CNLS et Structures de bases.

La Coordination Nationale est l'organe permanent du CNLS, chargé de la coordination au quotidien, de la gestion et du suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH et Sida.

Sont considérées sous le vocable de Structures de bases, toutes les structures nationales avec les différents secteurs et les structures décentralisées œuvrant dans la lutte contre le VIH et le Sida dans le pays.

Au niveau de la plupart des ministères, des Cellules de lutte contre le Sida ont été créées par Arrêté. Au niveau de Chaque Préfecture, des Equipes Techniques Préfectorales ont été mises en place sous l'autorité du Préfet, Président du Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida. Constituées de Spécialiste en Santé Publique, en Formation et Communication et en Mobilisation sociale, ces équipes sont responsables de la coordination de la réponse au VIH au niveau de la Préfecture.

Le Ministère du Travail a mis en place une Coordination Tripartite rassemblant le Gouvernement, les Syndicats et le Patronat, chargé de la coordination des efforts de lutte contre le Sida en milieu du travail tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Les organisations de la société civile sont regroupées en deux grandes plateformes : le Réseau des ONG nationales de Lutte contre le Sida (RONALSI) et le Réseau Centrafricain des Personnes vivant avec le VIH (RECAPEV). Il n'y a pas de réseau formel constitué des Confessions Religieuses engagées dans la lutte contre le Sida.

Depuis le 12 septembre 2006, la RCA dispose d'une loi fixant les droits et obligations des personnes vivant avec le VIH. Cette loi est malheureusement limitée aux droits et devoirs des personnes vivant avec le VIH, et n'a pas été étendue aux obligations relatives à la lutte contre le VIH et le Sida en général.

Aussi, le CSN 2006-2010 avait prévu pour sa mise en œuvre cinq secteurs clés :

- Secteur des institutions et des ministères avec les sous-secteurs santé et « hors santé » ;
- Secteur communautaire qui regroupe les associations, les communautés coutumières et religieuses, les ONG, les centres d'accueil et les maisons des jeunes ;
- Secteur privé et des entreprises ;
- Secteur des entités territoriales qui comprend les collectivités territoriales et circonscriptions administratives ;
- Secteur de la coordination nationale du CNLS.

Toutefois, ce découpage n'a pas été suffisamment fonctionnel au cours de la période de mise en œuvre du précédent CSN du fait de l'absence du plan opérationnel.

3.1.3 Liens entre le cadre stratégique national de lutte contre le sida 2006-2010 et le PNDS, le DSRP et les OMD

Le Cadre Stratégique 2006-2010 s'était fixé pour but de contenir et réduire la propagation du VIH, et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Il s'était ainsi aligné à l'objectif N° 6 des OMD qui vise à combattre le VIH et le Sida, le Paludisme et autres maladies, en particulier aux deux premières cibles : (i) D'ici 2015, avoir enrayé la propagation du VIH et commencé à inverser la tendance actuelle, (ii) d'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH et le Sida.

Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2008-2010 (15), a intégré les objectifs du CSN 2006-2010 (16) en fixant dans son 4^{ème} pilier (Santé, et VIH et Sida) comme défis à relever : (i) renforcer les programmes de prévention afin de pousser la population à changer de comportement vis-à-vis de la maladie, en mettant sur pied des programmes ciblant prioritairement les populations vulnérables, en particulier les femmes et les jeunes ; (ii) renforcer la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ; et (iii) promouvoir la multisectorialité des actions de lutte contre le VIH/Sida.

Le CSN 2006-2010, dans son volet "santé", était également aligné au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2006-2015 (17). En effet, "Courbe de séroprévalence du VIH infléchie ; la prise en charge globale des PVVIH et des OEV assurée", constitue deux des résultats attendus du PNDS 2006-2015.

3.2 DESCRIPTION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH DE 2006-2010

Les résultats obtenus par axe stratégique du CSN 2006-2010 en fin de période sont ci-après définis :

3.2.1 Axe stratégique 1 : intensification de la prévention

a) Domaine d'intervention 1.1 : Promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC

Au terme de la période couverte par le CSN, le plan de communication intégrant la composante santé de la reproduction/santé sexuelle au profit des groupes vulnérables et spécifiques n'a pas été élaboré. Toutefois des initiatives de CCC au profit de groupes les plus vulnérables ont été prises par certains intervenants de la société civile et du secteur public. Les résultats spécifiques obtenus par les principaux secteurs et autres partenaires sont les suivants :

- 1) **Le Ministère en charge de l'Education Nationale** a développé les principales activités suivantes :
 - d'intégration du VIH dans les curricula de formation à tous les niveaux (primaire, secondaire et enseignement technique) à travers l'élaboration des guides d'enseignement du VIH, la formation des professionnels et l'approche d'enseignement basé sur les compétences. Au total de 1.540 enseignants sur environ 5000, soit 30,8%, ont été formés à l'enseignement sur VIH
 - Des activités extracurriculaires utilisant l'approche d'éducation par les pairs ont été également initié. Un guide d'éducation basé sur les compétences de vie courante par les pairs a été élaboré avec l'appui de l'UNICEF. Au total 4.000 élèves pairs-éducateurs ont été formés

Cependant, aucun mécanisme de suivi des activités n'a été mis en place.

Concernant l'enseignement supérieur, des actions d'éducation par les pairs ont été menées par le Centre d'Information, d'Education et d'Ecoute qui a formé 144 étudiants pairs-éducateurs.

2) **Le Ministère en charge de la Jeunesse** a initié des actions suivantes :

- L'approche d'éducation par les pairs à l'aide d'un guide élaboré avec l'appui de l'UNFPA

- Mise en place d'une antenne Info Sida placée au niveau de la maison des jeunes de Fatima à Bangui financé par l'Agence Française de Développement.

Cependant, les informations sur le nombre total de pairs-éducateurs formés, le volume d'activités et la couverture des jeunes ne sont pas disponibles

- 3) **Le Ministère en charge de la Défense nationale**, par le biais du Comité Militaire de Lutte contre le Sida (CMLS), a également engagé des actions de communication pour le changement de comportements à l'endroit des militaires, des gendarmes et leurs familles.
- 4) **Le Ministère en charge de la santé** qui a intégré l'éducation sur le VIH et le Sida parmi les thématiques d'éducation pour la santé dans les formations sanitaires. Mais ces activités ne sont pas documentées. Le Ministère en charge de la santé, a élaboré, en 2007, un plan intégré de communication pour la Prévention de la Transmission du VIH Parents-Enfants. Mais ce plan n'a pas été opérationnalisé.

Par ailleurs, le Ministère dispose d'un Centre d'Information et de Documentation sur le Sida (CIDS) créé en 2002 avec l'appui de l'UNFPA. Mais, ce centre n'est plus appuyé financièrement et ne développe aucune stratégie visant à encourager sa fréquentation par les populations en général et les groupes les plus à risque en particulier.

- 5) **Le Ministère de la Communication** a mené des actions de CCC à travers les réalisations suivantes :
 - Mise en place d'un réseau des médias pour la lutte contre le Sida
 - Emissions à la radio nationale et dans les stations communautaires
 - Les activités de sensibilisation par les mass-média ont été faiblement documentées. Certaines se sont arrêtées par manque de financement
- 6) **Le Ministère des Affaires Sociales de la Solidarité Nationale et de la Promotion du Genre** a réalisé pendant la période de mise en œuvre du CSN 2006-2010 des émissions radiodiffusées tous les mercredis à la radio Centrafrique sur des thématiques transversales en rapport avec le VIH/sida animée par des ONG intervenants dans la lutte contre le Sida

Plusieurs organisations de la société civile comme ACAMS, ACABEF, CARITAS, ASSOMESCA, RECAPEV, CISJEU organisent des activités de communication pour le changement de comportements. Les tranches d'antennes sur l'IEC : 100% jeunes : Journal 100% jeunes et émission radio 100% Jeune Live mise en œuvre par l'Association Centrafricaine pour le Marketing Social (ACAMS) en vue d'augmenter les comportements préventifs en santé de la reproduction et en particulier vis-à-vis du VIH/SIDA chez les jeunes de 15-24 ans. En ce qui concerne la distribution du journal 100% jeunes, 172 345 exemplaires (janvier à décembre 2007), 213 859 exemplaires (janvier à décembre 2008) et 113 462 autres exemplaires (janvier à juin 2009) ont été distribués.

Les activités menées sur les volumes d'activités organisées et la couverture des groupes concernés les autres ONG sont faiblement documentées.

- 7) Concernant la presse écrite, le quotidien « le confident » a réservé une colonne dédiée à la lutte contre le Sida.

Le REMASTP/CA, réseau des journalistes engagés dans la lutte contre le Sida a été mis en place en 2009 avec l'appui de l'Institut Panos de Paris. Il développe les activités suivantes :

- Elaboration des modules de formation
- Formation des journalistes d'investigation sur les différents aspects de lutte contre le VIH et le Sida
- Production et diffusion des émissions radiophoniques sur les ondes nationales et communautaires
- Insertion des articles sur le VIH dans des journaux

Toutefois, le réseau ne dispose pas d'un plan national de communication en vue d'harmoniser et couvrir l'ensemble des médias.

En dépit des efforts consentis pour la promotion des comportements à moindre risque, les principales insuffisances portent sur les aspects suivants :

- Il n'y a pas eu d'actions structurées de prévention ciblant spécifiquement les groupes les plus à risque comme les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. D'autres groupes comme les camionneurs, les artisans miniers et les prisonniers n'ont pas été particulièrement couverts par des interventions structurées de communication pour le changement de comportements.
- Les interventions de CCC qui ont été réalisées par différents acteurs n'ont pas été guidées par une stratégie nationale, ni même par des documents de référence nationale pour la formation des pairs-éducateurs ou autres prestataires CCC, et pour la prestation des activités de CCC. Chaque acteur a utilisé ses propres modules de formation et sa propre approche d'intervention.
- Les actions de CCC en réponse au VIH n'ont pas suffisamment été concentrées dans les zones à risque (comme les zones minières) et les points à risque (comme les Kermesses et les vidéoclubs). Les informations sur les activités de CCC développées dans les zones de conflits par les ONG humanitaires ne sont pas disponibles.

b) Domaine d'intervention 1.2 : Renforcement de la prévention et de la prise en charge des IST

Au terme de la mise en œuvre du cadre stratégique 2006-2010, la situation de la prise en charge des IST se présente comme suit :

- les Directives et algorithmes de prise en charge syndromique des IST ont été révisés en 2007 avec l'appui de l'OMS. Un guide de formation des prestataires a été élaboré. Un total de 261 prestataires de soins dont 30 agents de santé militaires ont été formés sur la base de ce guide.
- Entre 2006 et 2010, 8 814 cas ont été traités dont 2 676, soit 30% du total des cas traités au niveau du Centre National de Référence, et 6 318 au niveau des autres formations sanitaires (FOSA) dont celles appartenant à des organisations de la société civile (ACABEF ; CISJEU). Il en est de même des deux (2) Centres de Santé Scolaires existant dans le pays.

Toutefois, la situation de la prise en charge des IST n'a pas connu d'amélioration, notamment (i) il n'existe pas une politique nationale pour la prise en charge adéquate et gratuite des IST, (ii) la faiblesse du système de notification des cas.

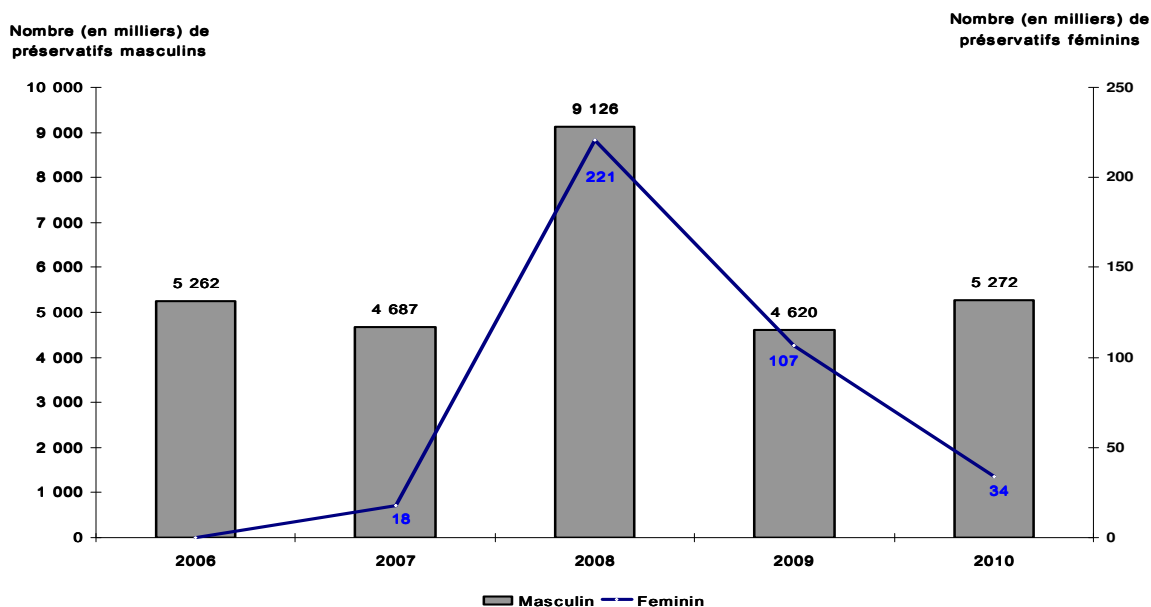
c) Domaine d'intervention 1.3 : Promotion et extension de la disponibilité sur le territoire national des préservatifs masculins et féminins

La politique nationale sur la promotion et la sécurisation des préservatifs n'a pas été élaborée. Toutefois, la RCA a consolidé son programme de marketing social du préservatif avec comme principale agence de marketing sociale, l'organisation non gouvernementale Association Centrafricaine pour le Marketing Social (ACAMS).

Pour la distribution des préservatifs en RCA (3) trois circuits existent à savoir : la distribution des préservatifs par les FOSA à travers les services de CPN et SR, la vente à travers les points de vente d'ACAMS et les dans les officines privées.

Le nombre de préservatifs distribués à travers ces différents canaux n'est pas documenté, toutefois, les résultats de la distribution de préservatifs dans le cadre du marketing social par ACAMS sont présentés dans le graphique ci-après :

.



Graphique 7 : Distribution annuelle des préservatifs en RCA (ACAMS, 2011)

d) Domaine d'intervention 1.4 : Renforcement de la sécurité sanguine dans les structures sanitaires et dans les communautés y compris les précautions universelles et la prise en charge des accidents d'exposition au sang et au sexe

Les activités de sécurité transfusionnelle ont été coordonnées par le CNTS, ce qui a permis d'obtenir les résultats suivants :

- Elaboration des directives nationales sur l'utilisation clinique des produits sanguins et du plan stratégique national de sécurité transfusionnelle 2010-2015 ;
- la formation des personnels de laboratoire de tous les hôpitaux régionaux et préfectoraux et de certains centres de santé en assurance qualité de la transfusion ;
- organisé les donneurs bénévoles en fédération : la « Fédération Centrafricaine des Donneurs Bénévoles de Sang » (FECADOBS) ;
- De 2006 à 2010, 37 990 poches de sang ont été collectées et testées pour le VIH, les hépatites et la syphilis au niveau du CNTS ;
- la proportion d'unités de sang transfusées, testées pour le VIH était de 75,6% en 2006 et de 84,15% en 2009 (rapports UNGASS)
- La production moyenne annuelle du CNTS est de 6 000 poches de sang sécurisées ce qui représente seulement les 19,6% des besoins du pays ;
- des directives sur les mesures de précautions universelles et sur la prophylaxie post exposition au sang et aux liquides biologiques ou aux viols, ont été élaborées et intégrées dans le document de la prise en charge globale des PVVIH.

Cependant, le Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS) de Berberati crée avec l'appui d'un projet financé par l'OPEP n'est plus fonctionnel par défaut de financement ; les deux directives élaborées n'ont pas été suffisamment vulgarisées ; la fédération centrafricaine des donneurs bénévoles de sang est peu fonctionnelle et basée uniquement à Bangui ; les ressources allouées à la sécurité transfusionnelle avec l'appui du gouvernement et de la Banque mondiale restent insuffisantes.

e) Domaine d'intervention 1.5 : Renforcement et extension sur le territoire national de la prévention de la transmission parents - enfants du VIH

La PTPE mise en place en RCA en 2001 a été progressivement étendue sur le territoire selon le plan de passage à échelle établi en 2008.

Dans le but de prendre en compte les nouvelles recommandations de l'OMS en 2009 sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les directives nationales et les guides de formation en la matière, ont été révisées en 2010. A cette occasion, le plan de passage à échelle a été actualisé, accompagné d'une feuille de route pour l'accélération de la mise en œuvre au cours de la période 2010-2013.

Les principaux résultats enregistrés dans le cadre de la PTPE au cours du précédent CSN sont :

- Les services de prévention de la transmission du VIH mère à l'enfant (TME) sont intégrés dans 106 formations sanitaires, soit 41,73 % des 254 FOSA pratiquant la CPN
- La proportion des femmes enceintes dépistées et qui ont retiré leurs résultats demeure inférieure à 60% pendant toute la période couverte par le CSN est de 9 065 sur 15 480 dépistées (59,0%) en 2006 et 34 138 sur 59 776 (57,1%) en 2010.
- La proportion des femmes enceintes séropositives qui ont reçu des ARV dans le cadre de la PTPE parmi celles dépistées séropositives, a augmenté de 16,0% en 2006 (318 sur 1986), à 77,13 % (2013 sur 2604) en 2010.
- D'anciennes bénéficiaires de la PTPE, au nombre de 710, ont été organisées dans les groupes de soutien pour appuyer les sites.

Les problèmes notés pendant la mise en œuvre de cette intervention sont présentés ci-après :

- Les données sur la proportion des enfants nés de mères séropositives qui sont restés séronégatifs à 18 mois ne sont pas disponibles.
- Le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les nouveau-nés et les nourrissons nés de mères séropositives appliqué que pour la ville de Bangui, n'a démarré qu'à la fin de la période du CSN précédent. le système de référence et contre-référence permettant le diagnostic virologique précoce et sérologique au 18^{ème} mois de vie d'un plus grand nombre de nourrissons, devrait être développé et renforcé.
- La prise en charge pédiatrique de l'infection par le VIH n'est réalisée qu'au Complexe pédiatrique de Bangui.

f) Domaine d'intervention 1.6 : Promotion des activités au profit des groupes spécifiques

La mise en œuvre du cadre stratégique 2006-2010 a permis de réaliser des activités de promotion du dépistage et des initiatives de communication pour le changement de comportements en faveur des groupes spécifiques notamment des travailleuses du sexe, des camionneurs, des artisans miniers et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour cette dernière catégorie, le suivi d'une cohorte de 200 personnes a permis un dépistage de la quasi-totalité.

Mais il est à noter que les interventions en faveur de ces cibles ont été timides. Les résultats en volume d'activités réalisées et de couverture des groupes spécifiques concernés, ne sont pas disponibles. La fourniture en préservatifs masculins ou féminins, l'accès au service de dépistage volontaire et de prise en charge des IST n'ont pas été facilités.

g) Domaine d'intervention 1.7 : Promotion et renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et dans les communautés

En fin 2005, la RCA disposait de dix sept (17) centres de dépistage volontaire du VIH dont trois (3) à Bangui et quatorze (14) dans certains chefs-lieux de préfectures.

De l'analyse du CSN 2006 -2010 il est ressorti que :

- 47 CDV sur les 70 attendus soit 67,0% sont fonctionnels et des opérations de CDV mobiles dans les administrations publiques, les entreprises privées et dans les établissements de l'Université de Bangui ont été réalisés ;
- des directives nationales sur le dépistage conseil à l'initiative du prestataire ont été adoptées ;
- les activités de promotion du dépistage autour des sites de quarante neuf (49) ONG développées ;

Mais le programme n'a pas été performant ce qui s'explique par ;

- l'absence d'un pool de formateurs nationaux et de programme de contrôle de qualité des prestations des conseillers formés sur le counselling ;
- des ruptures fréquentes de stocks de réactifs et consommables de laboratoire ;
- Le manque de données permettant d'apprécier les effets de la mise en œuvre de l'axe 1 du CSN 2006-2010.

Cette situation est imputable en partie au fait que le CSN n'a pas été opérationnalisé par l'élaboration de plans opérationnels tant au niveau sectoriel, de district qu'au niveau national.

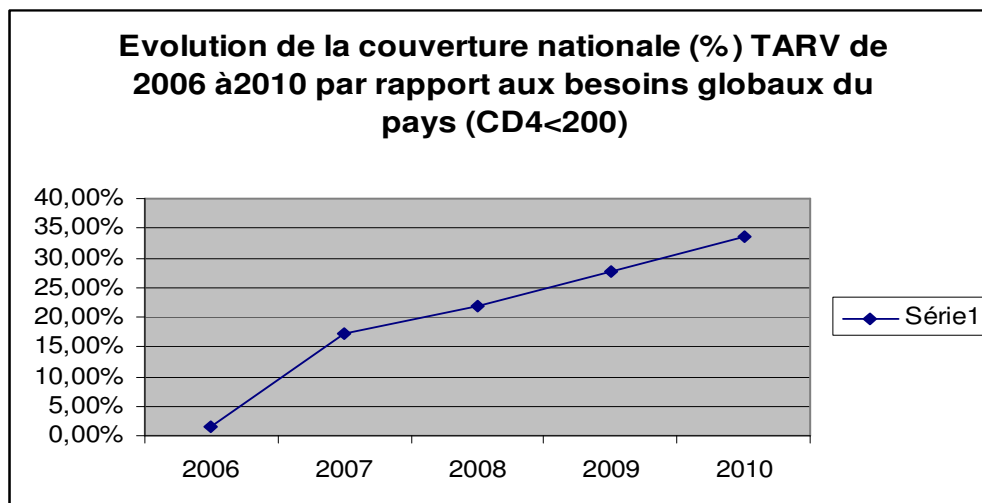
3.2.2 Axe stratégique 2 : prise en charge globale des personnes infectées et/ou affectées par le VIH

a) Domaine d'intervention 2.1: Extension et renforcement de l'accès aux ARV et aux médicaments pour la prévention et la prise en charge des IO dans toutes les sous-préfectures

➤ Extension des services de prise en charge des PVVIH/ Renforcement de la prophylaxie et du traitement des infections opportunistes, de l'accès aux ARV

Le programme national d'accès aux ARV a été mis en place en 2004 et c'est en 2006 que la RCA a amorcé le processus de passage à l'échelle de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Ce processus a permis d'obtenir les principaux résultats suivants:

- ✓ Le nombre de sites de prise en charge est passé à 20 en 2006, 29 en 2007, 39 en 2008, 88 en 2009 et 150 en 2010 avec un ratio "site de TARV par patient sous ARV de 6 sites pour 1 000 PVVIH sous traitements;
- ✓ Un total de 418 prestataires de santé (médecins, pharmaciens, paramédicaux et autres intervenants dont les PVVIH) ont été formés/recyclés à l'utilisation de ces directives nationales;
- ✓ Les antirétroviraux ont été fournis gratuitement aux patients durant toute la période couverte par le Cadre Stratégique National avec l'appui du Gouvernement, du Fonds Mondial, de la Banque Mondiale et de l'UNITAID pour les ARV pédiatriques et Médecins Sans Frontière pour les patients des zones de conflit. L'approvisionnement et la distribution des ARV sont assurés majoritairement par l'Unité de Cession des Médicaments.
- ✓ Le Ministère de la santé a mis en place un comité de quantification; Il a aussi institué à partir de 2008 des comités thérapeutiques au niveau de chaque site;
- ✓ En 2010, les directives en matière de traitement ARV afin de prendre en compte les nouvelles recommandations de l'OMS ont été révisées;
- ✓ Le suivi biologique des patients sous antirétroviraux est gratuit à travers le paiement par le programme des services fournis par les laboratoires agréés;
- ✓ Le nombre d'appareils de comptage des CD4 est passé de 2 en 2006 à 11 en 2010 et dont 5 à Bangui avec des ratios de 1 compteur pour 8,2 sites et 1 compteur pour 1314 malades;
- ✓ Concernant les enfants vivant avec le VIH, le complexe pédiatrique de Bangui est le site dédié à la prise en charge pédiatrique. Dans les localités de l'intérieur du pays, les enfants sont pris en charge par l'équipe assurant la prise en charge des adultes
- ✓ Le nombre des PVVIH sous ARV en fin septembre 2010 représente 33,5% du total estimé des PVVIH ayant besoins d'ARV. La figure suivante présente l'évolution du taux de couverture de la TARV par rapport aux besoins estimés de 2006 à 2010.



Graphique 8 : Evolution de la couverture nationale TARV de 2006 à 2010 par rapport aux besoins globaux du pays (CD4<200)

Les infections opportunistes actives sont également prises en charge gratuitement au niveau des sites.

Concernant la co-infection VIH-Tuberculose, des efforts d'intégration du dépistage du VIH dans les activités des centres de CDT ont été amorcés à partir de 2008. En effet, tous les responsables des CDT ont été formés à la proposition systématique du test VIH aux patients TB. Sur les 76 CDT existants, 37 sont en même temps des sites de prise en charge par les ARV.

Le dispositif de surveillance des résistances aux ARV a été mis en place depuis 2009. Un groupe de travail national (GTN) a élaboré un protocole sur la surveillance des Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) en 2009 ; ce protocole a été actualisé en 2010 et est en cours de mise en œuvre. Il existe aussi un plan national de prévention et d'évaluation de la pharmacorésistance à travers les IAP;

Pour le développement des services de traitement ambulatoire et de soins à domicile, Trois Centres de Traitement Ambulatoire (CTA) ont été mis en place : le CTA du CNR-IST/TAR, le CTA de l'Hôpital Communautaire (Croix Rouge Française) et le complexe pédiatrique de Bangui. Ces trois CTA sont basés à Bangui;

Les services d'aide à l'observance sont développés dans certains sites comme le CTA de l'hôpital communautaire et du CNR-IST/TAR, le centre de l'ONG Amis d'Afrique.

Les principales faiblesses répertoriées dans la prise en charge des PVVIH sont les suivantes:

- ✓ Des périodes de rupture partiels de stocks d'ARV et de réactifs ont été observés dans le pays, en particulier en 2009 et 2010 pour différentes raisons dont les principales sont: les gels de décaissement des fonds du R7 et les faiblesses dans la quantification et dans le système d'information sur les consommations ;
- ✓ La faible fonctionnalité du comité de quantification;
- ✓ L'absence du dispositif national de contrôle de la conformité des pratiques de prescriptions des antirétroviraux aux directives nationales;

- ✓ Le faible taux de couverture de la TARV pédiatrique à cause de la faible capacité de diagnostic au niveau des structures de prise en charge.
- ✓ La faible documentation des activités relatives à la prise en charge des Infections opportunistes;
- ✓ Une insuffisance dans la mise en œuvre des activités de collaboration TB/VIH dans les structures à différents niveaux

b) Domaine d'intervention 2.2: Renforcement de la prise en charge psychosociale, nutritionnelle et communautaire des PVVIH

➤ **Prise en charge psychologique et sociale des PVVIH**

- Quatre centres de prise en charge (les 3 CTA, le centre de l'ONG Amis d'Afrique) disposent d'une équipe chargée du soutien psychologique et social des PVVIH Cette équipe organise ainsi des entretiens psychologiques, des groupes de parole, des visites à domicile de rétablissement du lien avec le centre dans le cadre de la recherche des perdus de vue.
- Au niveau communautaire, les activités de soutien psychologique et social (groupes de paroles, visites à domicile) sont organisées par les associations de PVVIH regroupées au sein du RECAPEV. La visibilité de ces actions est limitée par la faiblesse des financements alloués à cette activité ainsi que par un déficit d'encadrement. Par ailleurs, le lien avec les sites de prise en charge, dans une perspective de continuum de soins, n'est pas formellement établi.
- Cependant la plupart des autres centres de prise en charge ne disposent pas d'une telle équipe.
- 31 associations des PVVIH ont été appuyées pour le développement des activités génératrices de revenus dans le cadre du PSES soutenu par la Banque Mondiale pour la mise en place de mini-auberges ou restaurant.
- Toutefois il n'a pas été développé de stratégie nationale visant à promouvoir la participation active des PVVIH dans la lutte contre le VIH et le Sida.

➤ **Prise en charge nutritionnelle des PVVIH**

- Les directives de prise en charge nutritionnelle des PVVIH ont été élaborées qu'en fin 2010 sur financement de l'OMS et n'ont pas été vulgarisées pendant la période de mise en œuvre du CSN 2006-2010.
- Cependant, l'essentiel de la prise en charge nutritionnelle a été assurée avec l'appui du PAM, de l'UNICEF et de l'IPHD. Ainsi 2100 PVVIH sous ARV, 900 femmes du programme PTPE ont bénéficié d'un appui nutritionnel.
- Les activités d'éducation nutritionnelle et de prise en charge de la malnutrition sévère n'ont pas suffisamment été développées.

c) Domaine d'intervention 2.3: Renforcement de la protection et du soutien aux personnes infectées et/ou affectées y compris les OEV

➤ Protection sociale et juridique des PVVIH et de leurs familles

Dans ce domaine, des réalisations importantes ont été obtenues:

- La RCA s'est dotée d'une loi fixant les droits et obligations des PVVIH (loi N°06.030 du 12 septembre 2006). Cette loi contient dispositions interdisant la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et condamnant la transmission intentionnelle du VIH.
- Les associations de PVVIH, les organisations de défense des droits de l'homme ont participé à la vulgarisation de cette loi au niveau des communautés.
- Les membres de ces organisations ainsi que les magistrats et juristes ont été formés sur l'éthique, les droits et devoirs des personnes infectées et affectées par le VIH.
- Un Réseau Centrafricain pour l'Ethique et les Droits des PVVIH (RCED) a été mis redynamisé.

La loi N°09.004 du 29 janvier 2009 portant code du travail de la République Centrafricaine contient également des dispositions interdisant la discrimination sur le lieu du travail du fait du statut sérologique VIH. Mais ces dispositions réglementaires ne sont pas encore traduites en politique interne de lutte contre le Sida sur le lieu du travail au niveau de la plupart des grandes entreprises du secteur privé.

➤ Prise en charge des Orphelins et autres enfants vulnérables

En 2004, la RCA a soumis et obtenu du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Le financement du Programme d'appui à la prise en charge psychosociale des OEV. Ce programme a offert aux OEV sélectionnés un paquet de services incluant l'appui à la scolarisation, soins de santé de base, insertion professionnelle et familiale, protection juridique. Les résultats obtenus de la mise en œuvre du Programme se présentent ainsi qu'il suit :

- Au total 70 280 OEV ont bénéficié de cet appui ;
- Des guides sur la prise en charge judiciaire ont été élaborés ; 300 experts judiciaires et travailleurs sociaux, 750 membres d'ONG/OAC et leaders communautaires ont été formés sur la base de ces modules. Le programme a apporté un appui financier au fonctionnement de 3 cours d'appel et 9 tribunaux pour enfants (TPE).
- Il a également permis la construction de 15 centres d'accueil et d'écoute des OEV à travers le pays et de créer un environnement favorable à la protection juridique des OEV ;
- L'élaboration d'une cartographie des OEV.

Cependant, il se pose le problème de financement du fonctionnement de ces centres. Par ailleurs, les contributions effectives des autres secteurs (santé, éducation) à la prise en charge des OEV (en dehors des services payés par le programme) n'ont pas été suffisamment documentées

d) Domaine d'intervention 2.4: Développement de stratégies novatrices d'implication des PVVIH/associations

- Dans chaque localité, les associations des PVVIH et d'autres organisations de la société civile ont été impliquées dans les activités de soutien psychologique et social des PVVIH au niveau communautaire (animation de groupes de paroles, visites à domicile, médiation familiale, etc.) et de promotion du dépistage volontaire du VIH.
- Les membres des associations des PVVIH ont été impliqués dans la prise de décision au sein des comités thérapeutiques des sites de PEC.
- Le passage à l'échelle et la gratuité des soins et traitements VIH se sont accompagnés d'une relative réduction de la discrimination. Ce qui a favorisé une augmentation des adhésions des PVVIH dans les associations et du nombre de celles faisant des témoignages à visage découvert

Mais il n'y a pas eu de cadre formel de référence et de contre-référence entre les associations de PVVIH et le système de santé. De plus, il n'y a pas eu de stratégie nationale en la matière ce qui n'a pas permis d'apprécier l'envergure des activités d'appui des associations des PVVIH. Il n'y a pas eu de collaboration formelle entre les tradipraticiens et le système de santé. L'itinéraire des patients n'a pas fait l'objet d'une analyse afin de mieux apprécier la place du tradipraticien.

3.2.3. Axe stratégique 3 : renforcement de la coordination et du suivi / évaluation de la lutte

a) Domaine d'intervention 3.1 : Renforcement de la coordination, du partenariat et de la mobilisation des ressources

Quatre (4) stratégies ont été développées pour renforcer la coordination, le partenariat et la mobilisation des ressources. Elles sont basées sur (i) le plaidoyer (ii) le renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles (iii) Le renforcement de la coordination multisectorielle (iv) le renforcement de la coopération régionale et internationale.

(i) Le plaidoyer en vue d'une plus grande implication des partenaires au développement dans la lutte contre le VIH et le Sida a été organisé. Ce qui a permis d'obtenir le soutien de plusieurs partenaires au développement bi ou multilatéraux. Le Gouvernement centrafricain finance le fonctionnement de la Coordination Nationale du CNLS à hauteur de 160 millions de Francs CFA par an, et inscrit une ligne budgétaire de 1 million de Francs CFA dans chaque ministère destiné à la lutte contre le Sida. Le Gouvernement a également financé des commandes d'urgence d'ARV en 2010 à hauteur 360 000 000 Francs CFA. Sur la période 2007-2008, le Gouvernement a mobilisé 5 222 199 936 F Cfa et 9 264 520 175 F Cfa.

Toutefois, le Forum des partenaires pour une harmonisation des financements de la réponse nationale au VIH/Sida n'a pas été mis en place ; certains programmes n'ont pu être exécutés correctement compte tenu des multiples suspensions de financements; le CSN n'avait pas fait l'objet d'un plan opérationnel ce qui n'a pas favoriser l'organisation d'une table ronde pour la mobilisation de ressources.

(ii) Le renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures impliquées dans la lutte contre le VIH et le Sida a été réalisé. Il a permis à la coordination nationale du CNLS de : (i) renforcer les capacités techniques du personnel (ii) recruter le personnel supplémentaire pris en charge par les programmes financés par les partenaires au développement (Fonds Mondial, Banque Mondiale, IBLT, IFCCOC, PNUD), (iii) mettre en place des manuels de procédures de gestion administratives, financières et comptables (iv) renforcer les capacités des Comités Préfectoraux de Lutte contre le Sida (CPLS) et des Equipes Techniques Préfectoraux (ETP) (v) former le Personnel du Service de Lutte contre le Sida, (vi) renforcer les capacités techniques et de gestion financière des ONG.

Cependant, ce dispositif de renforcement reste précaire et ne garantit pas le maintien des ressources humaines au sein de la structure après la clôture des différents projets actuellement mis en œuvre ; il n'existe pas un plan de renforcement structurel, technique et managérial des capacités des structures impliquées dans la lutte contre le VIH et le Sida ; il existe peu de programme d'encadrement des ONG/AOC dans les préfectures.

(iii) Le renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et partenaires engagés dans la lutte contre le VIH et le Sida a été réalisé. La coordination multisectorielle de la réponse nationale au VIH et au Sida est assurée par le Comité National de Lutte contre le Sida mis en place par Décret N° 01.32 du 26 janvier 2001. Placé sous l'autorité du Président de la République, Chef de l'Etat, le CNLS est l'organe central de pilotage de la lutte contre le VIH et Sida.

Au cours de la mise en œuvre du précédent CSN, trois (3) Assemblées générales ont été organisées qui ont permis de valider entre autres le PNSE, de vulgariser les Directives présidentielles en vue de l'accélération de la prévention et de la prise en charge globale.

En milieu de travail, des actions de sensibilisation et de dépistage en faveur des cadres et agents de l'Etat ont été organisées par la Coordination tripartite.

Certains CPLS qui ont été mis en place ont organisé leurs assemblées générales. La plateforme de la société civile dénommée RONALSI a été renforcée. Il en est de même du RECAPEV qui a poursuivi sa collaboration avec le CNLS.

Les principales faiblesses enregistrées dans la coordination multisectorielle des acteurs et partenaires de la réponse nationale sont les suivantes :

- le bureau du CNLS ne se réunit pas en dehors des sessions de l'assemblée générale ;
- la CN/CNLS n'a pas mis en place un cadre de coordination avec l'ensemble des partenaires pour la canalisation des appuis vers les priorités de la réponse nationale ;
- les réunions de la coordination tripartite n'ont pas été régulières ;
- Il n'y a pas de document d'orientation du CNLS régissant le fonctionnement des points focaux des ministères ;
- Au niveau de la société civile la plateforme n'a pas été fonctionnelle ce qui n'a pas permis de fédérer et de coordonner les initiatives de différentes organisations ;
- Au niveau décentralisé, la plupart des CPLS mis en place n'ont pas été fonctionnels.

(iv) Le renforcement de la coopération régionale et internationale dans la lutte contre le VIH et le Sida a été réalisé. La RCA a renforcé sa coopération avec le Fonds Mondial à travers le CCM-RCA en tant que cadre de partenariat multisectoriel, auquel participent entre autres, les représentants du Gouvernement, de la société civile et des représentants des

partenaires au développement. La coopération avec la Banque Mondiale a abouti à la mise en place du Projet Santé, Education et Sida (PSES).

Aussi, la RCA a participé à des initiatives sous régionales, notamment :

- Le Projet de Prévention du Sida en Afrique Centrale (PPSAC) qui regroupe les six pays de la CEMAC. Cette initiative s'inscrit dans le cadre d'une coopération multilatérale avec le Gouvernement Allemand et est financée par la KFW.
- L'Initiative du Bassin du Lac Tchad (IBLT) qui est un projet d'appui à l'initiative des pays du bassin du lac Tchad qui bénéficie d'un financement de la BAD.
- L'Initiative des pays des Fleuves Congo, Oubangui et Chari (IFCOC) qui est une initiative des pays riverains des fleuves Congo-Oubangui, appuyée financièrement par la BAD et l'ONUSIDA.

Cependant, la mise en œuvre de certaines initiatives a connu des difficultés plus particulièrement avec le Fonds Mondial et IFCOC en raison de dysfonctionnements observés.

Domaine d'intervention 3.2 : Renforcement de la surveillance de l'épidémie, du suivi-évaluation et de la promotion de la recherche

○ Renforcement de la surveillance sentinelle de l'épidémie

Une seule enquête de surveillance sentinelle du VIH a été organisée de 2006-2007. Par contre, la surveillance de deuxième génération prévues pour les groupes les plus à risque n'a pas été réalisée.

○ Organisation du système de suivi-évaluation, de la réponse nationale au VIH et au Sida

Le système de suivi-évaluation de la réponse s'est déroulé de la manière suivante :

- Le CSN 2006-2010 s'est doté d'un plan national de suivi-évaluation en 2007, document qui a défini la liste des indicateurs nationaux, le circuit de collecte, de compilation et d'analyse des données pour chaque secteur ;
- Le personnel du niveau central a été formé sur l'utilisation du CRIS comme système de stockage des données, avec l'appui de l'ONUSIDA et de l'OMS.
- Des outils de collecte journalière des données ont été produits et mis à la disposition des sites de prise en charge ;
- La réalisation de l'enquête MICS IV qui permet de mesurer une bonne partie des indicateurs d'impact et d'effet du CSN avant le terme de la période couverte par ledit CSN.

Il est à relever que : (i) l'adoption du plan de suivi-évaluation n'a pas été suivi de l'élaboration des outils harmonisés de collecte des données et de formation des personnes-ressources chargées de la collecte et de la transmission des données aux différents niveaux (ii) la base de données n'a pas été utilisée ; (iii) le cadre conceptuel n'a pas été opérationnalisé

et les équipes des sites n'ont pas été suffisamment accompagné; (iv) les ETP et les équipes des districts n'ont pas été suffisamment efficaces dans la collecte et la transmission des données ; (v) le faible système de suivi des cohortes.

Cette situation a eu pour conséquence la non production des rapports annuels de suivi-évaluation et l'absence des revues annuelles de la réponse nationale qui devraient favoriser l'élaboration du nouveau cadre.

○ **Documentation et diffusion des meilleures pratiques en matière de lutte contre le VIH et le Sida**

Peu de progrès ont été réalisés dans la documentation et la diffusion des bonnes pratiques de la réponse nationale au VIH et au Sida. Il est suggéré ce qui suit :

- La documentation de certaines expériences comme l'implication des groupes de soutien dans la PTPE, l'expérience du CISJEU ou du CIEE ;
- La diffusion des bonnes pratiques à travers le Centre d'Information et de Documentation sur le Sida (CIDS) ;
- La Dotation du CNLS d'un site web et l'offre des pages aux organisations partenaires pour la diffusion des bonnes pratiques.

b) Analyse du système financier et des procédures de décaissement

Dans le cadre de la gestion des subventions des partenaires notamment le Fonds mondial et la Banque mondiale, des procédures ont été mises en place pour réglementer le mécanisme de décaissement des fonds. De même, les capacités de gestion financière de la CN/CNLS ont été renforcées en ressources humaines ainsi qu'en outils et progiciels de gestion

Conformément au texte organique instituant le CNLS, un responsable financier est affecté par le Ministère des finances pour la coordination des activités de la gestion financière.

Cependant, les missions d'évaluation de la CN/CNLS en tant que Principal Récipiendaire pour la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial ont relevé entre autres, la faiblesse du système financier de la coordination de la réponse au VIH et au Sida, qui est liée à :

- La non harmonisation des procédures de gestion des différents financements et subventions mis en œuvre par la CN/CNLS avec une tendance à la verticalisation de la gestion selon les procédures propres à chaque partenaire,
- La décentralisation insuffisante de la gestion financière du fait de la faiblesse du système bancaire et de la faiblesse des capacités des institutions partenaires du CNLS,
- La faiblesse du mécanisme de suivi financier des activités mises en œuvre par les institutions partenaires du CNLS,
- La faiblesse dans la gestion des risques de confidentialité autour de l'information financière et comptable.

3.3 PROBLÈMES DE LA RÉPONSE AU VIH EN RCA ET LES FACTEURS QUI LES INFLUENCENT

Les problèmes de la réponse au VIH en RCA et les facteurs qui les influencent sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 3: Récapitulatif des principaux problèmes de l'analyse de la situation et de la réponse

Facteurs comportementaux	Facteurs liés à l'offre de services
Problème 1 : Niveau encore élevé des pratiques sexuelles exposant au risque d'infection chez les jeunes et les adultes	
• 29,0% de jeunes-femmes et 11,7% de jeunes-hommes âgés de 15-19 ans sont sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans • 77,1% des jeunes femmes et 57,9% des jeunes garçons âgés de 20-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans ; • Une proportion importante des jeunes et des adultes ont des rapports sexuels avec plusieurs partenaires et n'utilisent pas systématiquement le préservatif ; • Les TS n'utilisent pas systématiquement les préservatifs ; • Les HSH ont des rapports sexuels anaux sans condom • Le préservatif féminin est encore faiblement utilisé ; • 24,0% des femmes de Bangui et de certaines régions ont été victimes de violences sexuelles ; • Certains jeunes et adultes recourent encore à l'automédication pour le traitement des IST ; • Plus de 80% des adultes de 15-49 ans n'ont jamais fait de test de dépistage du VIH ;	• Faible intégration de l'enseignement du VIH dans les curricula de formation ; • Faiblesse des activités extracurriculaires dans les établissements scolaires (formation des pairs-éducateurs sans appui aux activités d'éducation par les pairs) ; • Mise en place de plusieurs CIEE, mais insuffisance de l'appui à leur fonctionnement ; • Mise en place d'un CIDS, mais insuffisance de l'appui à son fonctionnement ; • Faiblesse du partenariat avec les médias dans la lutte contre le Sida ; • L'offre de services de CCC envers les TS et les HSH et autres groupes les plus exposés au risque VIH, est insuffisante ; • Absence d'actions visant à favoriser l'accès aux services de prise en charge syndromique des IST aux groupes les plus à risque ; • Faible couverture et insuffisance du réseau de distribution/vente des préservatifs masculins et féminins ; • Faible couverture nationale des services de CDV ; • Ruptures fréquentes des réactifs et consommables pour le dépistage du VIH dans les sites de CDV.
Problème 2 : Niveau de transmission du VIH de la mère à l'enfant encore élevée	
• Environ 59% des femmes enceintes ne vont pas dans une formation sanitaire pour le suivi de la grossesse ; • Près de 15% des femmes enceintes admises en CPN n'acceptent pas le test de dépistage ; • 43% des femmes enceintes qui font le test de dépistage du VIH ne retirent pas leurs résultats ; • 26% des femmes enceintes séropositives et ayant retiré leurs résultats, ne reçoivent pas les ARV pour réduire la TME ; • Faible participation des hommes aux activités de PTME ;	• Faible intégration de la prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer dans la PTPE ; • Insuffisance de l'intégration du planning familial dans le paquet des activités des sites de prise en charge des PVVIH ; • Seulement 41% des centres assurant la CPN ont intégré le CDV chez les femmes enceintes ; • Insuffisance du fonctionnement des groupes de soutien PTPE ; • Absence d'une organisation permettant le transfert d'échantillons d'enfants des sites de l'intérieur vers les 2

	laboratoires disposant d'équipement pour la PCR ; • Faible suivi de l'application des mesures relatives à l'allaitement maternel exclusif par les femmes allaitantes bénéficiaires de la PTPE ; • Faiblesse du système de référence des femmes bénéficiaire de la PTPE vers les sites de prise en charge des PVVIH ; • Faiblesse du dépistage du VIH dans la fratrie des enfants vivant avec le VIH • Faible décentralisation de la prise en charge pédiatrique.
--	---

Problème 3 : Risques de transmission sanguine du VIH persistant

• Insuffisance des donneurs de sang bénévoles (90% de dons de sang familiaux de remplacement). • non respect des précautions universelles d'hygiène sanitaire par les agents de santé et les communautés	• absence de banque de sang (limitation à Bangui); • Seulement 20% des besoins nationaux en produits sanguins sécurisés sont couverts ; • Absence d'un programme de promotion du don de sang ; • Faiblesse des capacités institutionnelles et opérationnelles de la Fédération des donneurs de sang bénévole ; • Absence d'interventions de CCC auprès des donneurs de sang bénévole ; • Insuffisance de la vulgarisation des directives de prévention et de prise en charge des AES dans les formations sanitaires ; • Absence de programme structurée de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles.
---	---

Problème 4 : Couverture TARV et Survie des patients sous TARV encore insuffisante

• 17% des patients sous ARV non-observant ; • Croyances socioculturelles (jeûne ; pratique de charlatanisme ; etc.) ; • Stigmatisation ;	• Insuffisance d'offres de services de prise en charge par les formations sanitaires avec un système de référence, contre-référence organisé autour des sites de prise en charge existants ; • Faible implication des PVVIH dans les actions d'éducation thérapeutique et de soutien psychosocial à leurs pairs. • 28,5% des patients sous ARV en échec thérapeutique (étude réalisée Hôpital CNHUB), conséquence en partie de la mauvaise observance thérapeutique ; • Insuffisance de conseil, soins et soutien ; • Insuffisance de prise en charge nutritionnelle et alimentaire des PVVIH (2100/15000 bénéficiaires en fin 2010) • Absence d'un système de surveillance des indicateurs d'alerte précoce de la résistance ; • Ruptures fréquentes d'ARV dans les sites de prise en charge ; • Ruptures fréquentes des médicaments destinés au traitement des infections opportunistes actives ; • L'insuffisance de formations sanitaires disposant de
--	--

capacités pour la numération des CD4 : 11 sur les 88 sites de prise en charge des PVVIH).

- Insuffisance d'un dispositif de transfert d'échantillons pour la numération des CD4 pour les formations sanitaires de l'intérieur du pays ne disposant de capacités de réalisation de cet examen ;
- Faible qualité de données pour la quantification de besoins en médicaments.
- Insuffisance de la décentralisation de la prise en charge pédiatrique. le complexe pédiatrique assure l'essentiel de la prise en charge des enfants vivant avec le VIH.
- Le nombre des PVVIH sous ARV ne représentent que 33,5% de ceux qui en ont besoin.
- Faiblesse du système de documentation de la prise en charge ;
- Absence d'un dispositif fonctionnel de suivi des résistances.
- Seulement 37 CDT sur 76 ont intégré le CDV dans leurs activités.
- Seulement 3 sites sur 88 ont développé des services de soutien à l'observance du traitement ARV basé sur l'éducation thérapeutique.
- Faiblesse du partenariat entre les équipes de prise en charge et les associations de PVVIH en vue d'un continuum des soins pour les PVVIH ;
- Insuffisance de l'offre de services relative à la promotion de la participation active des PVVIH ;
- Insuffisance de l'intégration des PVVIH dans les équipes de prise en charge des PVVIH.
- La plupart des sites de dispensation ne sont pas aux normes.

Problème 5 : Accès des enfants rendus orphelins et vulnérables par le Sida aux services sociaux de base encore insuffisant	
	• L'insuffisance d'une offre de services en faveurs de orphelins sous forme de paquet ; chaque service (accès aux soins de santé de base, appui à la scolarisation, formation professionnelle) ayant été fournie de manière autonome ; • La faible appropriation de la prise en charge des OEV par les secteurs de la santé, de l'éducation et de la justice. • Absence de mécanismes d'identification, d'orientation, de prise en charge des OEV en besoin d'assistance • Faiblesse des ressources pour assurer le fonctionnement des centres d'accueil pour les OEV
Problème 6 : Système de suivi-évaluation et mécanismes de coordination encore faible	
	• La faiblesse de la décentralisation de la réponse nationale au VIH ; • L'absence d'une planification et d'une allocation des ressources sur une base décentralisée ; • La faible appropriation de la réponse par les secteurs autres que celui de la santé ; • L'absence d'un cadre de concertation intersectorielle ; • L'absence d'un forum des partenaires ; • La faiblesse institutionnelle des réseaux d'organisations de la société civile engagés dans la lutte contre le Sida ; • L'insuffisance du système de surveillance sentinelle qui est limitée aux femmes enceintes et les patients présentant une IST, et ne prend pas en compte les groupes de populations les plus exposées au risque d'infection à VIH. • L'insuffisance d'un système de suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH fonctionnel. • L'insuffisance de données sur l'état nutritionnel et la prise en charge nutritionnelle des PVVIH ; • L'absence d'un mécanisme de documentation des bonnes pratiques dans la réponse nationale au VIH.

3.4 ANALYSE DES GROUPES DE POPULATIONS PRIORITAIRES ET BESOINS

Le tableau suivant résume l'analyse des besoins des groupes de population prioritaires qui sont soit vulnérables, soit moteur de l'épidémie à VIH en RCA.

Tableau 3: Groupe de populations prioritaires et besoins

Priorités/ Domaines/ Groupes de populations prioritaires	Besoins	Principaux obstacles	Opportunités
1. Intensification des efforts visant à promouvoir les comportements et pratiques sexuelles à moindre risque dans les groupes de populations les plus exposées au risque d'infection à VIH et dans la population générale			
Priorité haute			
1. Travailleurs du sexe	Organes d'encadrement, Formation en CCC, Préservatifs, dépistage, Diagnostic et PEC des IST, PEC globale du VIH, AGR	Stigmatisation, Absence de financement, Absence d'encadrement juridique règlementant la pratique	Plan d'action disponible au Ministère des Affaires Sociales, Existence d'un réseau d'association des Filles Libres (TS)
2. Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes	Organes d'encadrement, Formation en CCC, Préservatifs + lubrifiant, dépistage, Diagnostic et PEC des IST, PEC globale du VIH, AGR	Forte stigmatisation Absence d'encadrement juridique règlementant la pratique, Faiblesse des données sur cette catégorie de population	Financement du projet ESTHER
3. Agent(e)s des forces de défense et de sécurité	CCC, Préservatifs, dépistage, Diagnostic et PEC des IST, PEC globale du VIH	Lourdeur administrative au niveau central	Disponibilité des personnes ressources, Existence d'un CMLS
4. Population en milieu carcéral		Accès difficile au milieu, Faiblesse des données sur ces groupes	Population facile à localiser
5. Enfants de la rue		Accès difficile au milieu, Faiblesse des données sur ces groupes	Population facile à localiser Existence d'organe d'encadrement
6. Consommateurs de drogues		Accès difficile au milieu, Faiblesse des données sur ces groupes	Existence d'organe de l'OCLAD
7. Conducteurs de taxi, bus et camionneurs		Manque de données et de financement	Existence d'organe d'encadrement

Priorités/ Domaines/ Groupes de populations prioritaires	Besoins	Principaux obstacles	Opportunités
8. Déplacé(e)s internes et les réfugié(e)s		Manque de données sur le VIH et insuffisance de financement	Existence d'appui des partenaires tels que le HCR et les ONG internationales, localisation facile
9. Les travailleurs du secteur public et privé		Faiblesse de financement pour le secteur	Prise en compte des secteurs dans le DSRP, engagement de certains responsables d'entreprise
10. Les Adolescents et jeunes de la tranche d'âge de 10 à 24 ans scolarisés ou non	Organes d'encadrement, CCC, Préservatifs, dépistage, Diagnostic et PEC des IST, PEC globale du VIH	Faiblesse de financement	Disponibilité des structures d'encadrement des jeunes et des partenaires qui ciblent cette catégorie de population

11. Adolescentes et jeunes-femmes mères	Organes d'encadrement, CCC, Préservatifs et autres contraceptifs, dépistage, Diagnostic et PEC des IST, PEC globale du VIH, AGR	Faiblesse de financement L'ignorance, insuffisance de structures d'encadrement	Disponibilité de structure de suivi des jeunes femmes mères dans le cadre de la SR
2. L'extension et l'amélioration de la qualité de l'offre de services de conseils et dépistage volontaire			
1. Tous les groupes de populations listés dans les priorités hautes ci-dessus	Besoins de chaque groupe listé ci-dessus	Rupture de stock de réactifs, l'inaccessibilité géographique	Présence des CDV dans les localités et disponibilités des organisations communautaires
3. Extension et l'amélioration de la qualité de l'offre de services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant			
Priorité haute			
1. Les femmes enceintes	IEC/CCC, dépistage, traitement des IST	Faible participation des conjoints, faible qualification du personnel, barrières financières et géographique, faible qualité de service	Groupe de soutien PTPE Intégration CPN/PTPE
2. Les femmes enceintes vivant avec le VIH	CCC, accompagnement communautaire, Planning familiale, préservatifs, ARV et autres médicaments	Stigmatisation, Faible participation des conjoints, faible qualification du personnel, barrières	Groupe de soutien PTPE, engagement des partenaires pour l'élimination

	pour le Traitement des IO et des IST	financières et géographique, faible qualité de service	virtuelle de la TME
3. Les nourrissons nés de mères séropositives	, diagnostic précoce du VIH, Dépistage, ARV, Traitement des IO, accompagnement	Stigmatisation, Faible participation des conjoints, faible performance du système de référence et contre référence	Groupe de soutien PTPE, extension de la PCIME communautaire dans le pays intégrant le paquet d'intervention à haut impact
4. Renforcement des actions visant à assurer la sécurité transfusionnelle, à réduire les risques de transmission lié à l'usage d'objets tranchants à tous les niveaux, et à prévenir et traiter les accidents d'exposition au sang			
Priorité haute			
1. Les personnes en besoin de transfusion	Transfusion avec du sang testé avec tous les marqueurs	Rupture de stock d'intrants (de pochettes, de réactifs, consommables) Faible disponibilité d'unités de transfusion,	Personnel de santé formé
2 Donneurs de sang bénévoles	Organes d'encadrement, CCC, Préservatifs, dépistage, diagnostic et PEC des IST	Absence de politique de motivation Insuffisance du nombre d'associations de donneurs	Présence à Bangui d'une coordination des Associations des DB
3. Victimes de violence sexuelle	Counselling, dépistage, Préservatifs, diagnostic et PEC des IST/VIH, accompagnement ,prophylaxie post exposition	Stigmatisation, , faiblesse des données	Disponibilité de quelques organisations nationales et internationales, existence de directives

5. Extension et l'amélioration de la qualité de l'offre de services de prise en charge en globale des personnes vivant avec le VIH, y compris l'accès au traitement antirétroviral			
Priorité haute			
1. Adultes et enfants vivant avec le VIH	CCC, accompagnement communautaire, préservatifs, ARV et autres médicaments pour le traitement des IO	Faible capacité de mobilisation de ressources, insuffisance de personnel qualifié, mauvaise gestion de stock des médicaments	disponibilité des partenaires à accompagner le programme
6. Soins et soutien aux enfants vulnérables			
1 Enfants rendus vulnérables par le VIH	Appui psychosocial et juridique, Appui aux familles d'accueil, réinsertion sociale	Faible capacité de mobilisation de ressources ; insuffisance de données fiables sur cette catégorie de population,	Disponibilités des organisations communautaires, existence d'une cartographie des

			interventions de prise en charge des OEV et la politique nationale de prise en charge des OEV
--	--	--	---

PARTIE 4 : FORMULATION PROPREMENT DITE DU NOUVEAU CADRE STRATEGIQUE 2012-2016

4.1 RESUME DES PROBLEMES PRIORITAIRES POUR LA FORMULATION DU NOUVEAU CSN

A l'issue de l'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH et au Sida, les principaux problèmes prioritaires qui vont orienter la nouvelle planification sont les suivants :

- **Les populations continuent de s'infecter pour les raisons suivantes :** (i) La pauvreté socio-économique en période post crise ; (ii) Le faible niveau de connaissances sur le VIH ; (iii) La persistance de la stigmatisation et la discrimination ; (iv) Les pratiques sexuelles exposant au risque d'infection chez les jeunes et les adultes reste encore élevé (précocité des rapports sexuelles, multipartenariat, la faible utilisation des préservatifs, etc...) ; (v) L'insuffisance de préservatifs dans le Pays ; (vi) La Faible couverture du réseau de distribution et vente des préservatifs masculins et féminins ; (vii) L'absence d'actions visant à favoriser l'accès aux services de prise en charge des IST ; (viii) L'insuffisance des actions en faveur des populations les plus à risque TS, HSH, etc...) ; (ix) L'exacerbation des violences basées sur le genre, liées aux conflits armés que le Pays a connu ces dernières années ; (x) Une faible couverture nationale des services de dépistage conseil du VIH ; (xi) Les risques de transmission sanguine du VIH persistent (transfusion sanguine, transmission en milieu de soins, à travers les objets tranchants, etc...) ; (xii) L'absence de politique de gestion des AES ;
- **La faible performance de la PTPE** qui fait que les enfants nés de mères séropositives continuent de s'infecter. Les principales raisons sont les suivantes: (i) Le niveau encore élevé du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant; (ii) Le Faible niveau d'information des femmes en âge de procréer et des hommes; (iii) La faible fréquentation des services de CPN+ (faible sensibilisation, coûts élevés de prestations de services, qualité de service, faible couverture géographique) ; (iv) La faible décentralisation de la PEC pédiatrique ; (v) L'insuffisance du dépistage précoce chez les enfants ; (vi) L'insuffisance de centres pratiquant la PCR ; (vii) La non implication des hommes aux activités de PTPE ; (viii) La faiblesse de l'accès financier aux accouchement ; (ix) L'inadéquation des Structures de prise en charge (vétusté, problème de confidentialité) ; (x) Manque d'équipements et de consommables (SONU) ; (xi) La faible intégration des services (SR/PF, IST, Nutrition, Conseil dépistage initié par le prestataire) ; (xii) L'insuffisance dans le comptage de CD4 chez la femme enceinte ; (xiii) L'absence de mécanisme institutionnalisé de recherche de perdus de vue ; (xiv) L'insuffisance de PEC nutritionnelle pédiatrique ; (xv) Absence d'harmonisation et vulgarisation des documents (Politique, Normes, Procédures, Guides, Supports éducatifs etc...) ; (xvi) La faible implication de la communauté en matière de PTPE ; (xvii) Le faible appui/participation des OAC (Groupes de soutien).
- **La qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées reste précaire :** (i) Le niveau encore élevé de morbidité et de mortalité des PVVIH ; (ii) L'insuffisance dans la couverture TARV et de la Survie des patients sous TARV (30% des besoins en ARV sont

couverts) ; (iii) L'insuffisance de la couverture en matière de prise en charge pédiatrique (limitée à Bangui et quelques villes de province) ; (iv) L'insuffisance de la qualité de la prise en charge à tous les niveaux (système santé, communautaire, social, etc...) ; (v) L'insuffisance de l'organisation et du fonctionnement des sites de prise en charge ; (vi) La persistance de certaines pratiques socioculturelles et religieuses néfastes à une prise en charge médicale précoce (jeûnes, prière, stigmatisation, charlatanisme, etc...) ; (vii) Le dépistage VIH tardif ; (viii) La faiblesse du système de suivi-évaluation et des mécanismes de coordination ; (ix) La faible intégration du VIH dans les programmes des différents secteurs ; (x) Les ruptures fréquentes de stocks d'ARV et autres produits médicaux ; (xi) Le faible accès financier des PVVIH aux soins ; (xii) L'insuffisance de l'intégration des services de VIH/SR/TB ; (xiii) L'insuffisance du conseil, soins et soutien nutritionnel des personnes infectés et affectés par le VIH ; (xiv) L'absence de système de référence et contre référence ; (xv) Faible implication des relais communautaires (y compris les PVVIH) dans le continuum des soins ; (xvi) L'accès continu des PVVIH aux soins de qualité n'est pas garanti (absence de mécanisme pérenne de mobilisation de ressources, ..) ; (xvii) L'insuffisance de l'accès des enfants rendus orphelins et vulnérables par le Sida aux services sociaux de base ; (xviii) Les conditions encore précaires du stockage et sécurisation du circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments, réactifs de laboratoires.

- **La Gouvernance en matière de lutte contre le VIH reste encore faible due :** (i) au manque d'adaptation de la structuration de l'organe de coordination à tous les niveaux ; (ii) A la faible décentralisation des ressources ; (iii) A l'insuffisance dans la gestion des ressources ; (iv) A la faiblesse dans la coordination multisectorielle ; (v) A une faiblesse institutionnelle des réseaux des PVVIH et autres organisations de la société civile engagée dans la lutte contre le VIH ; (vi) A l'inadaptation des manuels de procédures de gestion administrative, programmatique et financière ; (vii) A l'absence d'un mécanisme de mobilisation de ressources ; (viii) Au faible leadership institutionnel à tous les niveaux ; A la faiblesse du système de suivi évaluation ; (ix) A l'insuffisance de plaidoyer et de communication autour des actions relatives à la riposte de la lutte ; (x) A la mauvaise qualité de la planification du cadre stratégique 2006-2010 et à l'absence de plans opérationnels y relatifs.

4.2 POPULATIONS CIBLES POUR LE NOUVEAU CSN

Les populations clés présentant un risque plus élevé d'exposition au VIH désignent les populations les plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de le transmettre. Leur mobilisation est indispensable à la réussite d'une riposte au virus, en ce sens qu'elles sont essentielles («clés») aussi bien pour la dynamique de l'épidémie que pour la riposte.

On retient l'hypothèse qu'entre 2012 et 2016, l'outil MBR a été utilisé comme modèle pour calculer directement les effectifs sur la base du taux de croissance démographique (2,5 %).

Selon le *Rapport d'analyse de la situation et de la réponse à l'épidémie du VIH et du sida en RCA 2006-2011*, la taille des populations clés (TS, HSH, CDI) n'a pas encore été évaluée en RCA. En attendant que les études appropriées puissent être réalisées, nous nous sommes

basés sur les hypothèses de l'UNFPA pour estimer le nombre de travailleuses du sexe (TSF) et des HSH³.

Le commerce du sexe étant surtout un phénomène urbain, le nombre de travailleuses du sexe est estimé en considérant l'hypothèse basse selon laquelle les TSF représentent 2 % des femmes âgées de 15-49 ans en zone urbaine⁴. Pareillement, on suppose que les HSH représentent 0,75 % des hommes âgés de 15-49 ans en zone urbaine.

Exceptionnellement pour les déplacés et les réfugiés, on suppose que leur situation est passagère (hypothèse optimiste) et que leur taille évolue en sens opposé de celui de la population totale (-2,5 %).

Tableau 4: Taille des populations clés

Populations clés	Indicateurs cibles	2012	Sources/Hypothèses
Travailleurs du sexe (TS)	Nombre de TSF	8755	2 % des femmes âgées de 15-49 ans en zone urbaine
	Nombre de TSM	ND	
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)	Nombre de HSH	3417	0,75 % des hommes âgés de 15-49 ans en zone urbaine
Consommateurs de drogues injectables (CDI)	Nombre de CDI	ND	
Jeunes scolarisés ou non	Enseignants du primaire	8216	Calculé par le MBR à partir des données du <i>Tableau 3</i>
	Enseignants du secondaire	1517	Calculé par le MBR à partir des données du <i>Tableau 3</i>
	Jeunes non scolarisés	753547	Calculé par le MBR à partir des données du <i>Tableau 3</i>
	Nombre d'étudiants	11128	DBEPA ⁵
Populations vulnérables	Indicateurs cibles	2012	Sources
Agents des forces armées (AFA)	Nombre d'AFA	7000	Ministère de la défense nationale, 2008 ⁶
Population en milieu carcéral	Nombre de détenus	5130	Calculs effectués à partir du taux de détention en 2001 ⁷

³ UNFPA, Futures Group (2004), «Condom requirements, A computer program for projecting condom requirements», 70 pages.

⁴ GTC/CNLS et al. (2010), «Profil des estimations et projections en matière de VIH et sida au Cameroun», 30 pages.

⁵ MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE (2010), «Annuaire statistique de l'Université de Bangui 2008-2009», Bangui, 85 pages.

⁶ MINISTRE DE LA DEFENSE NATIONALE (2008), «Rapport final du comité préparatoire du séminaire national sur la réforme du secteur de sécurité en RCA», Bangui, 151 pages.

Conducteurs de Taxis & Bus	Nombre de Conducteurs de Taxis & Bus	3560	Données du Ministère sur les transports en commun ⁸
Déplacés et Réfugiés (DR)	Nombre de DR	214000	CHF, 2010 ⁹
Mbororos et Pygmées	Nombre de Mbororos et Pygmées	62117	Projections à partir du RGPH03
Travailleurs du public et du privé	Nombre d'employés	338785	Calculé par le MBR à partir des indicateurs du marché du travail du <i>Tableau 1</i>
Travailleurs du secteur minier	Nombre des travailleurs	X	Statistiques du Ministère des mines

Source: Administrations nationales, autres institutions et hypothèses.

4.3 PRINCIPALES PRIORITÉS NATIONALES

Pour faire face à ces problèmes, l'analyse critique autour de la réponse et le cadre institutionnel a permis de définir les priorités qui s'articulent comme suit :

La *première priorité* concerne le **renforcement de la prévention**, plus spécifiquement : la promotion des pratiques sexuelles et autres pratiques culturelles à moindre risque d'infection à VIH, ciblant les jeunes et les groupes à risque ainsi que les populations passerelles ; l'amélioration de la couverture du pays en préservatifs masculins et féminins ; l'amélioration de l'accessibilité aux services de dépistage conseil ; le développement d'actions visant à favoriser l'accès aux services de prise en charge des IST en particulier pour les populations les plus à risque. le renforcement de l'implication des communautés la sécurisation du sang sur toute l'étendue du territoire et la réduction de la transmission du virus en milieu de soins.

Un accent particulier sera mis sur la PTME afin de permettre la création des liens avec la santé maternelle et infantile et permettre ainsi de la rendre performante dans la perspective de « **l'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'horizon 2015** ». Ceci ne sera possible qu'à travers le développement des quatre (4) piliers dans une approche d'intégration du programme dans les Services de Santé de la Reproduction (SSR).

La *troisième priorité* concerne la **prise en charge globale**, et cible l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et/ou affectées par le VIH. Elle sera assurée à travers les actions coût-efficaces suivantes : l'extension et l'amélioration de la qualité de prise en charge des PVVIH y compris la prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH ; la promotion du dépistage précoce ; assurer une intégration des services (SR/TB/VIH) et une meilleure gestion de la co-infection VIH/TB et hépatite ; des conseils, soins et soutien nutritionnel aux personnes infectées et/ou affectées seront fournis dans le cadre du continuum des soins avec l'implication de la communauté ; compte tenu des

⁷ Selon le site http://www.statistiques-mondiales.com/taux_de_detention.htm, le taux de détention en RCA en 2001 est de 110 détenus pour 100.000 habitants. C'est ce taux qui, appliqué aux 4.663.731 habitants en 2012, donne 5130 détenus.

⁸ Cf. *Tableau A 4* en Annexes A.

⁹ CHF/CAR (2010), « *Annual Report* », page 3.

nombreuses ruptures de stocks, en ARV, un accent particulier sera mis sur la surveillance de la pharmaco-résistance aux ARV. Sur la base de *l'approche-droit*, des dispositions seront prises pour garantir la disponibilité en médicaments et autres intrants.

Cette prise en charge globale touchera l'amélioration de l'accès des OEV aux services sociaux de base qui constitue une des priorités du programme.

La **gouvernance** de la lutte contre le VIH et le Sida est une préoccupation importante et constitue *la quatrième priorité nationale de la lutte contre le Sida*. La mise en œuvre efficiente du nouveau cadre stratégique nécessite une réorganisation et le renforcement des différents piliers de « three ones ». Elle implique une restructuration des différents organes de la coordination à tous les niveaux, l'opérationnalisation du cadre de concertation multisectorielle, un renforcement des capacités des structures centrales et décentralisées en matière de mobilisation et de gestion efficiente des ressources avec le devoir de rendre compte.

Les **questions transversales** telles que le concept genre et les droits humains seront pris en compte dans les différents axes d'intervention du cadre stratégique 2012-2016. La République centrafricaine étant un Pays post-conflit et limitrophe à certains pays post-conflits, une attention particulière sera mise sur les actions en faveur des réfugiés et personnes déplacées et victimes de violences basées sur le genre. De même, des actions spécifiques seront développées en faveur des populations flottantes et celles qui sont difficiles d'accès. L'équité dans le domaine de l'accès universel aux soins et à la prévention sera privilégiée pour permettre la prise en compte des populations telles que les AKA et le Mbororos.

4.4 VISION, MISSION, FONDEMENTS ET PRINCIPES DIRECTEURS

4.5.1 Vision

Se fondant sur les objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Document de Réduction de la Pauvreté deuxième génération (2011-2015) et les orientations du récent sommet de New York, le Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH et le SIDA (CSN) 2012-2016 a été formulé autour de la vision d'un Pays où il ya : « **zéro nouvelle infection à VIH, zéro nouveau décès, zéro discrimination / stigmatisation liée au VIH** ».

4.5.2 Mission

La mission dans le cadre de ce CSN est de doter la République Centrafricaine d'un outil de coordination, de plaidoyer et de mobilisation des ressources, d'orientation de toutes les interventions des projets et programmes y compris celles des associations de la société civile et organisations communautaires dans le cadre des principes de « Three One » en vue d'une réduction significative du nombre des nouvelles infections et de l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH au cours de la période 2012-2016.

4.5.3 Fondements et principes directeurs

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

Les nouvelles orientations stratégiques de la réponse nationale au VIH et au Sida s'appuient sur les fondements suivants :

- La Déclaration d'Abuja de Mai 2006 pour une intensification des efforts vers un accès universel aux services de prévention et contrôle du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme ;
- La Déclaration d'engagement de l'Assemblée Extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/Sida en juin 2001 à New-York, ainsi que la déclaration de politique sur le VIH/Sida de 2006 ;
- La Déclaration de politique sur le VIH/Sida de la 65^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations Unies de juin 2011 : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/Sida ;
- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement, notamment l'objectif 6 qui vise à enrayer la propagation du VIH et commencer à inverser la tendance actuelle d'ici 2015 ;
- Le Document de Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté II 2011-2015, qui a pour ambition de promouvoir une croissance forte favorable aux pauvres, aux personnes vulnérables et le développement humain durable. Le DSRP II dans son axe « Développement du capital humain et services sociaux essentiels » prend en compte le secteur VIH/Sida de manière transversale avec des résultats attendus alignés à ceux de la stratégie nationale de lutte contre le VIH et le Sida 2012-2016 ;
- Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2005-2015 qui a, entre autre pour résultats attendus : la courbe de séroprévalence du VIH/Sida infléchie et la prise en charge globale des PVVIH et des OEV assurée.

b) Principes directeurs de la stratégie nationale de lutte contre le VIH et le Sida

Les nouvelles orientations stratégiques de la réponse nationale au VIH au Sida sont guidées par les principes suivants:

- Bonne gouvernance : Elle reposera sur le leadership et l'engagement soutenus des acteurs à tous les niveaux pour une gestion rationnelle des ressources et la reddition des comptes en respectant les cinq principes de la déclaration de Paris.
- Décentralisation: La lutte contre le VIH/SIDA est organisée à travers une approche multisectorielle et décentralisée qui nécessite l'implication de tous les acteurs et secteurs socioéconomiques. Dans un contexte post-crise : Un accord sera signé avec les ONG pour faciliter la mise en œuvre des interventions au niveau des zones d'accès difficile ;
- Implication des PVVIH et des différents bénéficiaires à tous les niveaux : la participation des PVVIH ainsi que celle de tous les autres bénéficiaires des interventions à la réponse nationale face à l'épidémie du VIH et du Sida, devra être renforcée pour un rôle plus efficace dans la lutte, une meilleure prise en compte de leurs préoccupations ;

- Conformité aux normes de qualité : Un accent particulier sera mis sur la qualité de tous les services qui seront fournis afin d'en garantir l'efficacité. Des normes de qualité seront ainsi définies et suivies et un programme de développement des compétences des ressources humaines mis en place ;
- Respect de l'environnement : le traitement des déchets issus des produits médicaux qu'engendrent les soins aux patients sera fait selon les règles en vigueur pour éviter la pollution et éviter d'exposer les populations à d'éventuelles contaminations accidentelles ;
- Respect des aspects liés au Genre, Droits Humains et équité : Dans le cadre du CSN 2012-2016, un accent particulier sera mis sur la réduction des inégalités liées au genre, aux Droits Humains et à l'équité dans l'accès aux services ;
- Respect des « three ones » : il s'agit de renforcer les mécanismes nationaux de coordination et de développer la concertation avec les partenaires en vue de renforcer l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité mutuelle ;
- Priorisation des interventions selon l'approche multisectorielle : Dans le cadre de la mise du CSN 2012-2016, les interventions de l'ensemble des secteurs seront prises en compte et mieux coordonnées pour réaliser la vision;
- Principes spécifiques à la PTPE : décentralisation autour des districts de santé selon le nouveau découpage sanitaire, avec un mécanisme de tutorat, mobilisation communautaire, intégration avec les services de santé materno-infantiles et PTPE. Pour continuer à impliquer les partenaires hommes , l'approche PTPE continuera d'être utilisée eu égard à la prévalence élevée dans certaines tranches d'âges chez les hommes.

4.5 CHAÎNE DES RESULTATS DU CADRE STRATEGIQUE 2012-2016

4.6.1 Impacts, Effets et Produits

Les résultats en terme d'impact et effets suivants sont attendus de la mise en œuvre du cadre stratégique, d'ici à fin 2016.

Vision : Zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès, zéro discrimination / stigmatisation liée au VIH en RCA

Impact global : La morbidité, la mortalité ainsi que les effets néfastes liés au VIH et au Sida sont réduits d'au moins 50% au sein de la population d'ici 2016

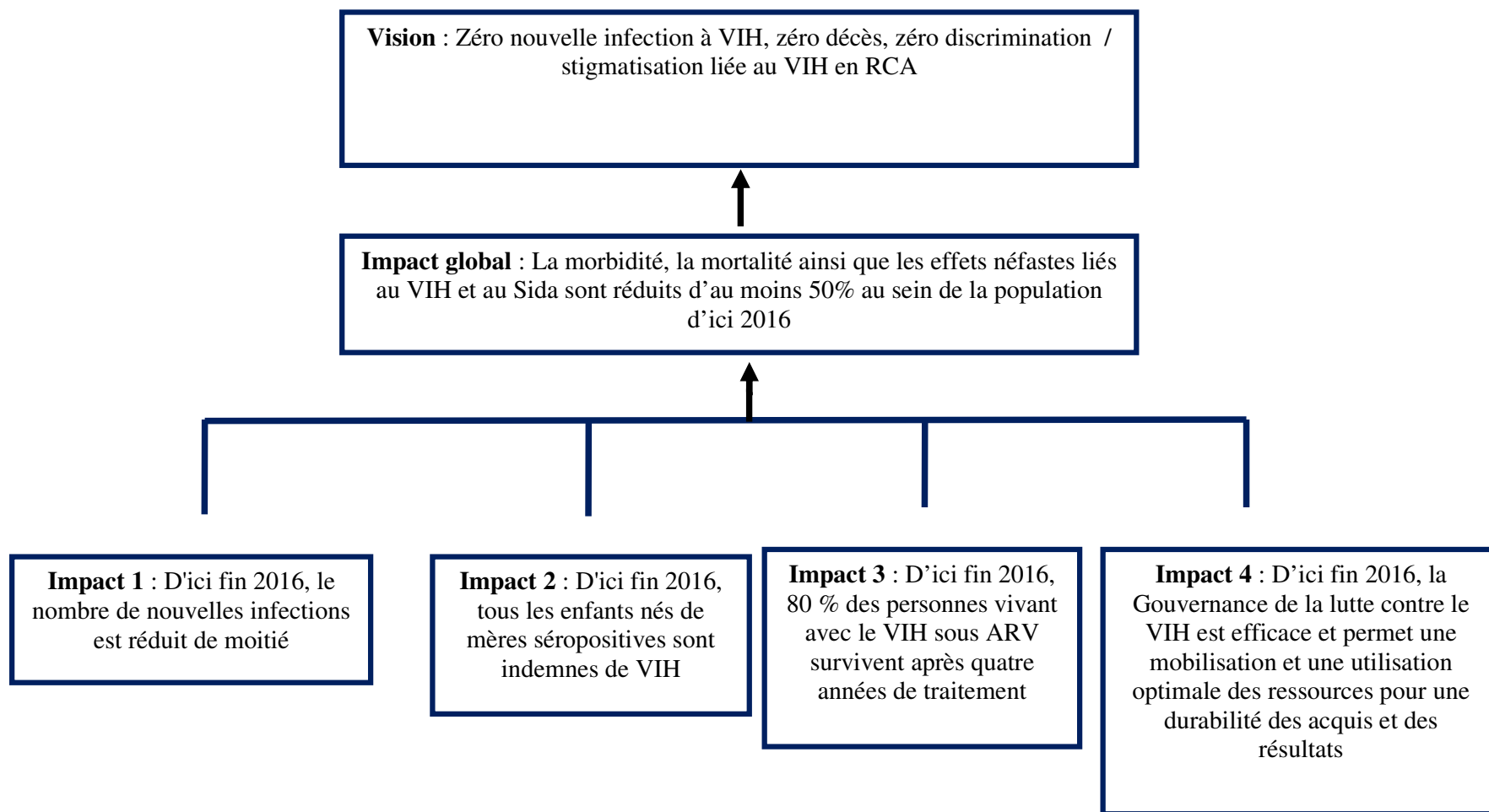
Les axes autour desquels les résultats d'impacts sont formulés sont les suivants :

1. La prévention sexuelle et sanguine
2. La Prévention de la Transmission Parents Enfant du VIH
3. La prise en charge globale et la réduction des impacts
4. La Gouvernance autour de la lutte contre le Sida

La chaîne des résultats attendus est présentée ci dessous

.

4.6.2 Architecture globale des résultats stratégiques du CSN 2012-2016



Impact 1 : D'ici fin 2016, le nombre de nouvelles infections est réduit de moitié

Effet 1.1: Le niveau de connaissances des populations sur le VIH est accru de 50% d'ici 2015

- **Produit 1.1.1** : Une stratégie nationale intégrée de communication pour le changement de comportement est élaborée et mise en œuvre d'ici fin 2013
- **Produit 1.1.2** : Au moins 80 % des établissements scolaires (Primaire et secondaire) ayant inclus un enseignement sur les IST/VIH/Sida dans leur programme au cours de la dernière année scolaire
- **Produit 1.1.3** : D'ici fin 2013, un programme d'information intensive est développé, produit et diffusé à travers divers canaux et sur la base des messages clés développés
- **Produit 1.1.4** : D'ici fin 2016, 90 % des organisations de travailleurs du secteur formel (Ministères et entreprises) et informel réalisent sur le lieu du travail des programmes d'information et de formation relatif à la prévention et la prise en charge du IST/VIH/Sida
- **Produit 1.1.5** : D'ici 2013, 100% des cellules de lutte contre le VIH des départements ministériels sont équipées et approvisionnées en outils de plaidoyer et d'information sur le IST/VIH/Sida
- **Produit 1.1.6** : D'ici 2016, 100% des structures d'encadrement des jeunes existantes sont équipées et fournissent des informations sur les IST/VIH/Sida pour les jeunes de 15 - 24 ans
- **Produit 1.1.7** : Au moins 80% des groupes spécifiques (TS et HSH) ont une connaissance correcte sur le VIH
- **Produit 1.1.8** : D'ici fin 2016, 70% des Agents des FACA, 60% des Conducteurs de taxis et bus, 60% des Déplacés et réfugiés, 60% de la Population en milieu carcéral, 60% des travailleurs miniers et 50% des MBororos et pygmés ont une connaissance correcte sur le VIH

Effet 1.2 : Les comportements et pratiques favorables à la prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST sont augmentés de 50% chez les jeunes et les groupes spécifiques d'ici fin 2015

- **Produit 1.2.1** : Une politique nationale d'approvisionnement, de promotion, de distribution et de contrôle de qualité des préservatifs est élaborée et mise en œuvre
- **Produit 1.2.2** : Les préservatifs (masculin et féminin) sont disponibles en quantité et en qualité dans les points de distribution agréés, et ce de façon continue
- **Produit 1.2.3** : 100 % des FOSA (hôpitaux et centres de santé) administrent des paquets complets de prise en charge des IST selon l'approche syndromique
- **Produit 1.2.4** : Au moins 80 % des structures d'encadrement des jeunes offrent les services de conseils et dépistage et de prise en charge des IST/VII/Sida d'ici fin 2016
- **Produit 1.2.5** : Au moins 80% des groupes spécifiques (TS et HSH) bénéficient d'un paquet minimum d'intervention pour réduire le risque de transmission du VIH
- **Produit 1.2.6** : D'ici fin 2016, 70% des Agents des FACA, 60% des Conducteurs de taxis et bus, 60% des Déplacés et réfugiés, 60% de la Population en milieu carcéral, 60% des travailleurs miniers et 50% des MBororos et pygmés bénéficient d'un paquet minimum d'intervention pour réduire le risque de transmission du VIH

Effet 1.3 : Les structures offrant les services de diagnostic et traitement appliquent les directives nationales en matière de conseil dépistage, de sécurité transfusionnelle et d'accidents d'exposition aux liquides biologiques

- **Produit 1.3.1** : Une stratégie de promotion du don de sang volontaire et bénévole est mis en place et fonctionnel à partir de 2013
- **Produit 1.3.2** : Toutes les formations sanitaires des préfectures et sous-préfectures assurent la prise en charge correcte des cas d'accidents d'exposition aux liquides biologiques y compris les cas de viol
- **Produit 1.3.3** : Au moins 80% de la population de 15-49 ans accèdent au service de Conseil dépistage de l'infection à VIH

Impact 2 : D'ici fin 2016, tous les enfants nés de mères séropositives sont indemnes de VIH

Effet 2.1 : D'ici fin 2016, les femmes en âge de procréer adoptent un comportement sexuel à moindre risque d'infection par le VIH

- **Produit 2.1.1** : D'ici à 2016, au moins 80% des femmes et des jeunes filles accèdent aux services de CCC ;
- **Produit 2.1.2** : D'ici à 2016, au moins 50% des femmes et des jeunes filles accèdent aux services de dépistage du VIH ;
- **Produit 2.1.3** : D'ici à 2016, au moins 80% des femmes et des jeunes filles accèdent aux services de distribution des préservatifs;

Effet 2.2 : 80% des FOSA et des établissements de diagnostic offrent des services de planification familiale aux femmes séropositives dépistées d'ici fin 2016

- **Produit 2.2.1** : Au moins 80% des femmes séropositives reçoivent un conseil en planification familiale
- **Produit 2.2.2** : Au moins 90 % des services de PF offrent le conseil et dépistage du VIH
- **Produit 2.2.3** : 100% des FOSA offrant les services PF disposent de produits PF et ne connaissent pas de rupture de stock en intrants (PF ; VIH)

Effet 2.3 : Au moins 70% des femmes enceintes séropositives connues sont sous régimes ARV efficaces

- **Produit 2.3.1** : D'ici 2016, 200 FOSA offrent les services de PTME
- **Produit 2.3.2** : Au moins 80% des femmes enceintes vues en CPN sont dépistées et connaissent leur statut sérologique d'ici fin 2016
- **Produit 2.3.3** : Toutes les 200 FOSA offrant la PTPE ont un groupe de soutien fonctionnel d'ici fin 2016
- **Produit 2.3.4** : 100% des femmes enceintes séropositives connues non éligibles aux TARV sont mises sous prophylaxie ARV
- **Produit 2.3.5** : Toutes les femmes enceintes séropositives connues font leur numération des CD4 et 100% de celles qui sont éligibles aux TARV sont prises en charge

Effet 2.4 : 100% des FOSA PTPE sont mises en réseau pour la prise en charge des enfants nés de mères séropositives

Produit 2.4.1 : 100% des enfants nés de mères séropositives suivis bénéficient d'un dépistage précoce pour le VIH

Produit 2.4.2 : 100% des enfants nés de mères séropositives dépistés positifs pour le VIH sont pris en charge

• **Produit 2.4.3** : 100 % des FOSA PTPE offrent le conseil en alimentation de l'enfant.

Impact 3 : D'ici fin 2016, 80 % des personnes vivant avec le VIH sous ARV survivent après quatre années de traitement

Effet 3.1 : D'ici fin 2016, les capacités opérationnelles des structures agréées de diagnostic et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (enfants et adultes) se sont améliorées en prenant en compte leur niveau d'intervention

Produit 3.1.1 : D'ici fin 2016, 150 FOSA agréées pour la prise en charge adéquate des PVVIH sont opérationnelles

Produit 3.1.2 : 100% des sites agréés appliquent les mécanismes efficaces de sécurisation des médicaments et autres consommables pour la PEC des PVVIH en appliquant la pharmacovigilance.

Produit 3.1.3 : 100% de sites agréés offrent des services de diagnostic et de suivi biologique aux PVVIH à travers un système de réseautage

Effet 3.2 : D'ici fin 2016, au moins 90% des enfants et 80% des adultes (Hommes et femmes) vivant avec le VIH diagnostiqués, bénéficient d'une prise en charge globale de qualité.

Produit 3.2.1 : 100% des enfants séropositifs éligibles enregistrés dans les FOSA agréées, bénéficient du TARV et de la prophylaxie au CTM.

Produit 3.2.2 : 100 % des PVVIH (adultes) enregistrés dans les FOSA agréées et éligibles bénéficient du traitement ARV et de la prophylaxie au CTM d'ici 2016

Produit 3.2.3 : Au moins 80% des Co-morbidités TB/VIH, paludisme/VIH et hépatite B ou C/VIH, ainsi que les principales infections opportunistes et maladies intercurrentes sont diagnostiquées et 100% traitées selon les protocoles en vigueur

Produit 3.2.4 : 25% des PVVIH sous ARV bénéficient d'un appui alimentaire et nutritionnel

Produit 3.2.5 : Au moins 80% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) diagnostiqués en besoin d'assistance bénéficient des services sociaux de base et des soins à domicile

Effet 3.3 : D'ici 2016, au moins 60% des sites de prise en charge des PVVIH offrent des services de soutien/accompagnement appropriés

Produit 3.3.1 : 100% des PVVIH sous ARV bénéficient des services d'éducation thérapeutique au niveau des sites de PEC

Produit 3.3.2 : Au moins 80 % des structures de PEC bénéficient de l'appui des PVVIH dans l'accompagnement des patients

Produit 3.3.3 : Au moins 60 % des OEV bénéficient d'offre des services et de soutien (scolaire, sanitaire, nutritionnel et psychosocial)

Effet 3.4 : Le niveau de tolérance vis-à-vis des PVVIH et des personnes affectées (PA) chez les hommes et les femmes est passé de 24% à au moins 60% d'ici 2016

Produit 3.4.1 : Au moins 50% de la population sont sensibilisées et 80% des PVVIH militant dans les associations de PVVIH sont formés sur la loi fixant les droits et obligations des PVVIH

Produit 3.4.2 : Au moins 60% des victimes déclarées de discrimination et de stigmatisation basée sur leur statut de PVVIH ou de personnes affectées, ont une prise en charge juridique et psycho sociale d'ici 2016

Produit 3.4.3 : 100% des cas déclarés de violation des droits des PVVIH et personnes affectées sont traités d'ici 2016

Impact 4 : D'ici fin 2016, la Gouvernance de la lutte contre le VIH est efficace et permet une mobilisation et une utilisation optimale des ressources pour une durabilité des acquis et des résultats

Effet 4.1 : D'ici fin 2013, la structure fonctionnelle de la CN/CNLS est opérationnelle au niveau central et décentralisé

- **Produit 4.1.1** : L'organigramme de la CN/CNLS est revu et adapté aux missions des structures fonctionnelles centrales et décentralisées en vue d'un leadership efficace et robuste.
- **Produit 4.1.2** : D'ici 2013, la CN/CNLS et les structures décentralisées sont dotées d'espaces de travail adéquat et de ressources pérennes pour mieux jouer leurs rôles.

Effet 4.2 : D'ici fin 2016, au moins 90% des besoins financiers sont couverts et les ressources utilisées de manière efficace pour la mise en oeuvre du CSN

- **Produit 4.2.1** : D'ici 2016, la contribution de l'Etat dans la lutte contre le VIH/Sida passe de 4% à 8%
- **Produit 4.2.2** : D'ici 2013, un mécanisme de mobilisation de ressources est opérationnel à tous les niveaux
- **Produit 4.2.3** : D'ici fin 2016, 100% des ressources sont utilisées conformément aux normes standard de gestion financière pour la mise en oeuvre du CSN
- **Produit 4.2.4** : Un mécanisme de gestion des achats et des stocks de médicaments et autres produits pour la lutte contre les IST et le VIH/Sida est opérationnel et performant

Effet 4.3 : D'ici 2016, toutes les interventions de lutte contre le VIH/Sida sont coordonnées à tous les niveaux

- **Produit 4.3.1** : D'ici décembre 2012, un cadre de concertation des partenaires intervenants dans la riposte au VIH/Sida est opérationnel à tous les niveaux
- **Produit 4.3.2** : D'ici 2013, tous les secteurs de lutte contre le VIH/Sida disposent d'un plan sectoriel
- **Produit 4.3.3** : D'ici fin 2016, les capacités techniques et opérationnelles des structures du système communautaire sont renforcées

Effet 4.4 : D'ici fin 2016, au moins 90% des besoins en informations stratégiques de qualité sont convertis pour une bonne prise de décision

- **Produit 4.4.1** : D'ici 2013, au moins 80% des secteurs de lutte contre les IST/VIH/Sida disposent d'un Plan Sectoriel de Suivi et Evaluation
- **Produit 4.4.2** : D'ici fin 2016, toutes les données et métadonnées de qualité en matière de recherches sur le VIH/Sida (Prévention, prise en charge médicale, communautaire, etc...) sont centralisées et disponibles
- **Produit 4.4.3** : Tous les deux ans de la mise en oeuvre du CSN, une revue est organisée et le rapport de surveillance épidémiologique de deuxième génération est publié.
- **Produit 4.4.4** : Les données relatives à la lutte contre le VIH/SIDA sont diffusées de manière régulière

4.7 MATRICES DU CADRE LOGIQUE DU CSN 2012-2016

Le tableau suivant présente les indicateurs retenus pour chaque résultat (impact, effet, produit) et stratégies/ interventions prioritaires, les indicateurs et les cibles, et les principaux acteurs.

Tableau 5: Cadre logique du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH et le Sida 2012-2016

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
Impact 1 : D'ici fin 2016, le nombre de nouvelles infections est réduit de moitié	Pourcentage d'homme et de femmes de 15-24 ans infectés par le VIH	NA		CN/CNLS, MSPPLS	ONUSIDA, UNFPA, UNICEF
Effet 1.1 : Le niveau de connaissances des populations sur le VIH est accru de 50% d'ici fin 2015	Pourcentage des hommes et des femmes âgés de 15-49 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	NA		Min Communication REMASTP	ONUSIDA, partenaires
Produit 1.1.1 : Une stratégie nationale intégrée de communication pour le changement de comportement est élaborée et mise en œuvre d'ici fin 2013	Existence du document de stratégie de communication.	1.1.1.1 Révision de la stratégie de communication pour le changement de comportement avec l'élaboration d'un guide national pour son application		Min Com REMASTP	ONUSIDA, partenaires
		1.1.1.2 Renforcement des capacités des structures en charge des groupes cibles et des agents d'exécution chargés de la mise en œuvre des activités de CCC, des prestataires chargés du plaidoyer, et de la mobilisation des membres du groupe concerné et de l'identification des pairs-		Min Com REMASTP	ONUSIDA, partenaires

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
		éducateurs			
		1.1.1.3 Renforcement de la sensibilisation et de l'information dans la population générale		Min Com REMASTP	ONUSIDA, partenaires
Produit 1.1.2 : Au moins 80 % des établissements scolaires (Primaire et secondaire) ont inclus un enseignement sur les IST/VIH/SIDA dans leur programme au cours de la dernière année scolaire	Pourcentage des établissements scolaires (Primaire, secondaire) qui ont inclus un enseignement sur le VIH/SIDA dans leur programme au cours de la dernière année scolaire	1.1.2.1 Passage à l'échelle de l'enseignement sur les IST/VIH/Sida/SR dans les établissements scolaires publics et privés, professionnels, confessionnels et religieux		Min Education Nationale	ONUSIDA, partenaires
		1.1.2.2 Renforcement des capacités des structures d'encadrement, des enseignants et des pairs éducateurs des niveaux primaires, secondaires et de l'enseignement technique et du supérieur		Min Education Nationale	ONUSIDA, partenaires
Produit 1.1.3 : D'ici fin 2013, un programme d'information intensive est développé, produit et diffusé à travers divers canaux et sur la base des messages clés développés	Existence d'un programme d'information intensive développé et diffusé	1.1.3.1 Promotion de l'utilisation des NTIC pour la production et la diffusion des informations sur le VIH (émission interactive radio et télévisions ; blog de discussions, etc....) destinées aux jeunes et aux autres populations cibles.		CN/CNLS, HCC	ONUSIDA, partenaires
	Pourcentage des médias (Radio, télévision) qui diffusent des émissions sur le VIH/SIDA au moins une fois le mois				

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
	Pourcentage des journaux qui publient des articles sur le VIH/SIDA au moins une fois le mois	1.1.3.2 Etablissement d'un partenariat avec les réseaux de média, gestionnaires de Vidéoclubs, des Kermesses en vue de la diffusion de films éducatifs ou autres supports d'information sur le VIH et le SIDA		CN/CNLS, HCC	ONUSIDA, partenaires
	Nombre et pourcentage de personnes ayant bénéficié d'une éducation de proximité et par des pairs éducateurs pour la prévention dans le cadre de la communication pour le changement de comportement	1.1.3.3 Développement d'interventions de prévention dirigées vers les cibles spécifiques : tradi-praticiens, accoucheuses traditionnelles, coiffeurs/coiffeuses. RC des groupes spécifiques pour leur meilleure implication en matière de prévention du VIH		CN/CNLS, HCC	ONUSIDA, partenaires
Produit 1.1.4 : D'ici fin 2016, 90 % des organisations de travailleurs du secteur formel (Ministères et entreprises) et informel élaborent et mettent en œuvre des programmes de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA en milieu de travail	Existence des programmes de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA en milieu de travail	1.1.4.1 Plaidoyer pour l'adhésion des leaders des différents secteurs à la lutte contre le VIH/Sida en milieu du travail		Min Santé, Min Com	ONUSIDA, partenaires
	Nombre et pourcentage d'organisations de travailleurs du secteur formel (Ministères et entreprises) et informel qui réalisent des programmes de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA en milieu de travail	1.1.4.2 Renforcement des capacités des organisations du secteur formel et informel en matière de planification, mise en œuvre et de suivi-évaluation		Min Santé, Min Com	ONUSIDA, partenaires
		1.1.4.3 Appui technique et financier aux organisations en vue de la mise en œuvre de leurs programmes		Min Santé, Min Com	ONUSIDA, partenaires
		1.1.4.4 Education par les pairs		Min Santé, Min Com	ONUSIDA, partenaires
Produit 1.1.5 : D'ici 2013, 100% des cellules de lutte contre le VIH	Nombre et pourcentage des cellules de lutte contre le VIH/IST	1.1.5.1 Renforcement des capacités des cellules des		Min Fonction Publique	ONUSIDA, partenaires

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
des départements ministériels sont équipées et approvisionnées en outils de plaidoyer et d'information sur les IST/VIH/SIDA	des départements ministériels qui sont équipées et approvisionnées en outils de plaidoyers et d'information sur le VIH/IST/SIDA	départements ministériels pour l'élaboration de leurs plans sectoriels			
		1.1.5.2 Appui technique et financier aux cellules des départements ministériels pour la mise en œuvre de leurs plans d'action annuels		Min Fonction Publique	ONUSIDA, partenaires
Produit 1.1.6: D'ici 2013, 100% des structures d'encadrement des jeunes existantes sont équipées et fournissent des informations sur les IST/VIH/SIDA pour les jeunes de 15-24 ans	Nombre de structures d'encadrement des jeunes qui sont équipées et qui fournissent des informations sur les IST/VIH/SIDA pour les jeunes de 15-24 ans	1.1.6.1 Renforcement des capacités des structures d'encadrement et des pairs éducateurs		Min Jeun Sport	ONUSIDA, partenaires
		1.1.6.2 Mise en place d'un système de documentation (fiches de rapport, base de données, circuit de transmission, compilation, élaboration rapport, diffusion)		Min Jeun Sport	ONUSIDA, partenaires
	Pourcentage et nombre de jeunes de 15-24 ans du milieu extrascolaire ayant bénéficié d'une éducation sur les IST/VIH/SIDA	1.1.6.3 Appui technique et financier aux structures d'encadrement des jeunes pour la mise en œuvre de leurs activités		Min Jeun Sport	ONUSIDA, partenaires
Effet 1.2: Les comportements et pratiques favorables à la prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST sont augmentés à plus de 50% chez les jeunes et les groupes spécifiques d'ici fin 2015	% des jeunes de 15-24 ans qui font recours aux FOSA et autres structures agréées de PEC des cas d'IST	NA		ICASES	
	Proportion des jeunes de 15-24 ans qui font le dépistage et connaissent leur statut sérologique	NA			
	La proportion des jeunes qui utilisent les préservatifs lors des derniers rapports sexuels	NA			

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
	avec un partenaire non marié à celui ci ou non cohabitant				
	La proportion de personnes qui utilisent les services d'IST par groupe de population-cibles	NA			
	Pourcentage des travailleuses du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec leur dernier client	NA			
	Proportion des adultes qui font le dépistage et connaissent leur statut sérologique	NA			
Produit 1.2.1 : Une politique nationale d'approvisionnement, de promotion, de distribution et de contrôle de qualité des préservatifs est élaborée et mise en œuvre	Existence d'un document de politique nationale d'approvisionnement, de promotion, de distribution et de contrôle de qualité des préservatifs	1.2.1.1 Mise en place d'un programme de promotion des préservatifs (féminin et masculin)		CN/CNLS, ACAMS, UNFPA, Leader de Secteur	OMS, UNICEF
	Taux de couverture en préservatifs pour la population sexuellement active	1.2.1.2 Renforcement de capacité des acteurs en matière de gestion, approvisionnement stockage et distribution des préservatifs			
		1.2.1.3 Etablissement d'un partenariat entre les structures de marketing social du préservatif, UNFPA et la CN/CNLS pour l'assurance qualité des préservatifs			
Produit 1.2.2 : Les préservatifs (masculin et féminin) sont	Nombre et pourcentage des points de distribution agréés qui disposent	1.2.2.1 Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité		CN/CNLS, ACAMS, UNFPA, Leader de	OMS, UNICEF

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
disponibles en quantité et en qualité dans les points de distribution agréés, et ce de façon continue	des préservatifs (masculin et féminin) au moment de l'enquête	du préservatif masculin et féminin chez les PS et leurs clients		Secteur	
		1.2.2.2 Production d'emballage sous le label adopté pour le marketing social, conformément aux besoins liés à la distribution des préservatifs masculins et féminins			
		1.2.2.3 Extension du réseau de distribution des préservatifs masculins et féminins sur toute l'étendue du territoire national (Bangui, dans les 16 préfectures et 72 Sous-préfectures, communes et quartiers/villages, campements)		CN/CNLS, ACAMS, UNFPA, Leader de Secteur	OMS, UNICEF
		1.2.2.4 Installation de distributeurs de préservatifs (ou dotation) dans les points à risque (Boîtes de nuits, bars, kermesses, motels et auberges, hôtels, etc....)			
Produit 1.2.3 : 100 % des FOSA (hôpitaux et centres de santé) administrent des paquets complets de prise en charge des IST selon l'approche syndromique	La proportion des FOSA (hôpitaux et centres de santé) qui fournissent le paquet complet de prise en charge des IST selon l'approche syndromique	1.2.3.1 Mise à jour des directives nationales et du guide de formation des prestataires sur la prise en charge syndromique des IST		Ministère de la santé	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		1.2.3.2 Renforcement des capacités au niveau des districts (582 agents de santé des 194 hôpitaux préfectoraux et centres de santé des catégories A à E) sur la prise en charge syndromique			

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
		des IST			
		1.2.3.3 Renforcement des capacités du service de lutte contre les IST et le VIH/SIDA pour l'élaboration d'un plan annuel de travail			
		1.2.3.4 Renforcement des capacités des FOSA (équipements, médicaments, préservatifs...) pour une prise en charge correcte des IST cas d'IST		Ministère de la santé	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 1.2.4 : Au moins 80 % des structures d'encadrement des jeunes offrent les services de conseils et dépistage et de prise en charge des IST/VIH/Sida d'ici fin 2016	Nombre et pourcentage des structures d'encadrement des jeunes qui offrent les services de conseils et dépistage et de prise en charge des IST/VIH/Sida	1.2.4.1 Renforcement des capacités des acteurs (y compris des pairs éducateurs) des structures d'encadrement pour l'élaboration de programmes de prévention et de PEC des IST/VIH/SIDA		Ministère de la santé Ministère de la Jeunesse	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
	Nombre et pourcentage des jeunes de 15-24 ans qui bénéficient d'un dépistage du VIH et de conseils et de prise en charge des IST/VIH/Sida lors des 12 derniers mois	1.2.4.2 Renforcement de l'implication des jeunes dans les programmes de prévention parmi les jeunes (développement des compétences de vie courante,...)		Ministère de la santé Ministère de la Jeunesse	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 1.2.5 : Au moins 80% des groupes spécifiques (TS et HSH) bénéficient d'un paquet minimum d'intervention pour réduire le risque de transmission à VIH	Nombre et pourcentage des TS ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et en connaissent les résultats	1.2.5.1 Renforcement des capacités des acteurs pour l'élaboration d'un plan de travail qui intègre le conseil et dépistage volontaire du VIH		Ministère de la santé Ministère des Affaires Sociales	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
	Nombre et pourcentage des HSH ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et en connaissent les résultats	1.2.5.2 Appui technique et financier aux acteurs pour la mise en œuvre de leurs activités			
		1.2.5.3 Renforcement de capacité			

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
		du personnel de santé et des pairs éducateurs (TS et HSH)			
		1.2.5.4 Renforcement des capacités des parties prenantes (gérants d'endroits où officient les TS et HSH)			
Produit 1.2.6 : D'ici fin 2016, 70% des Agents des FACA, 60% des Conducteurs de taxis et bus, 60% des Déplacés et réfugiés, 60% de la Population en milieu carcéral, 60% travailleurs miniers et 50% des M'Bororos et pygmées bénéficient d'un paquet minimum d'intervention pour réduire le risque de transmission à VIH	Nombre et pourcentage des Agents des FACA ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et en connaissent les résultats	1.2.6.1 Promotion de l'utilisation correcte des préservatifs masculins et féminins en faveur des différents groupes		CN/CNLS	ONUSIDA, partenaires
	Nombre et pourcentage des Conducteurs de taxis et bus ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et en connaissent les résultats				
	Nombre et pourcentage des Déplacés et Réfugiés ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et en connaissent les résultats	1.2.6.2 Promotion du conseil et dépistage volontaire du VIH en faveur des différents groupes			
	Nombre et pourcentage des Population du milieu carcéral ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et en connaissent les résultats				
	Nombre et pourcentage des travailleurs miniers ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et en connaissent les résultats	1.2.6.3 Mise en place des services stratégie mobile de dépistage du VIH en direction de ces différents groupes			
	Nombre et pourcentage des M'Bororos et Pygmées ayant effectué leur test de dépistage dans les 12 derniers mois et en				

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>					<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
	connaissent les résultats								
Effet 1.3: Les structures offrant les services de diagnostic et traitement appliquent les directives nationales en matière de conseils et dépistage, de sécurité transfusionnelle et d'accidents d'exposition aux liquides biologiques	Pourcentage des structures de diagnostic et de traitement qui appliquent les directives nationales en matière de conseils et dépistage, sécurité transfusionnelle et d'accidents d'exposition aux liquides biologiques	NA						MSPPLS / CNTS	OMS, partenaires/ESTHER
Produit 1.3.1: Une stratégie de promotion du don de sang volontaire et bénévole est mis en place et fonctionnel à partir de 2013	Nombre et pourcentage des districts sanitaires disposant d'une banque de sang	1.3.1.1 Fidélisation des donneurs de sang par la promotion du don de sang et par la pair-éducation						MSPPLS / CNTS	OMS, partenaires/ESTHER
	Nombre et pourcentage d'unités de sang transfusé au cours des 12 derniers mois ayant fait l'objet d'un test VIH adéquat et des autres marqueurs conformément aux directives nationales	1.3.1.2 Renforcement des capacités du centre national de transfusion sanguine comme structure de référence						MSPPLS / CNTS	OMS, partenaires/ESTHER
		1.3.1.3 Mise en place d'un mécanisme de recrutement de donneurs de sang dépistés séronégatifs VIH dans les CDV vers les centres de transfusion sanguine						Min Santé et CNTS	OMS, partenaires/ESTHER
		1.3.1.4 Création de 6 CRTS dans les 6 régions sanitaires et des structures de transfusion sanguine dans les 16 chefs lieu de préfectures sanitaires et les rendre fonctionnelles							
		1.3.1.5 Mise en place d'un réseau national sur le don de sang							

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
		1.3.2.1 Production des affiches portant sur les mesures de prévention et la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang en milieu de soins à destination des 602 formations sanitaires du pays		Min Santé et CNTS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 1.3.2 : Toutes les formations sanitaires des préfectures et sous-préfectures assurent la prise en charge correcte des cas d'accidents d'exposition aux liquides biologiques et des cas de viol	Nombre et pourcentage des FOSA des préfectures et des sous-préfectures qui assurent la prise en charge correcte des cas d'accidents d'exposition aux liquides biologiques	1.3.2.1 Renforcement de capacités des FOSA pour permettre au personnel de santé d'appliquer les mesures de prévention et de prise en charges des AES et des cas de viol conformément aux directives nationales		Ministère de la santé	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
	Nombre de personnes victimes d'accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques prises en charge conformément aux directives nationales	1.3.2.2 Renforcement des capacités du personnel de santé sur la prise en charge des AES et des cas de viol 1.3.2.3 Promotion de la communication de masse par la production et diffusion de spots radio et télévisé sur le dispositif de prise en charge des personnes victimes des AES et des cas de violences sexuelles		Ministère de la santé Ministère des Affaires Sociales	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
	Nombre de femmes victimes de viol prises en charge conformément aux directives nationales	1.3.2.4 Mobilisation sociale sur la prévention et la prise en charge des accidents d'exposition au sang et des cas de viol			
Produit 1.3.3: Au moins 80% de la population de 15-49 ans accèdent au service de Conseil	Pourcentages de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans qui ont subi un test VIH au cours des douze derniers mois et en	1.3.2.1 Promotion du conseil et dépistage (mobilisation communautaire, CCC, etc.)		Ministère de la santé	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
dépistage de l'infection à VIH	connaissent le résultat				
	Nombre et pourcentage des structures qui offrent des services de conseil et dépistage conformément aux directives nationales	1.3.2.2 Accroissement de l'offre et de la qualité de dépistage (CDV, Passage à l'échelle du Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire : CDIP)		Ministère de la santé	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
Impact 2 D'ici fin 2016, tous les enfants nés de mères séropositives sont indemnes de VIH	Pourcentage d'enfants de 0-24 mois nés de mère séropositives qui sont infectés par le VIH	NA		MSP PLS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Effet 2.1: D'ici fin 2016, les femmes en âge de procréer adoptent un comportement sexuel à moindre risque d'infection par le VIH	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH	NA		MSP PLS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 2.1.1: D'ici à 2016, au moins 80% des femmes et des jeunes filles accèdent aux services de CCC	Nombre et pourcentage de femmes et jeunes filles ayant des connaissances approfondies sur le VIH	2.1.1.1 Renforcement de l'offre de CCC de proximité en faveur de femmes et de jeunes filles à travers les structures publiques, privées et communautaires		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		2.1.1.2 Renforcement de l'offre de CCC de masse en faveur de femmes et de jeunes filles		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 2.1.2: D'ici à 2016, au moins 50% des femmes et des jeunes filles accèdent aux services de dépistage du VIH	Nombre et pourcentage des femmes et des jeunes filles qui ont réalisé leur dépistage du VIH et connaissant le résultat	2.1.2.1 Renforcement de l'offre de dépistage en faveur des femmes et des jeunes filles		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		2.1.2.2 Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans les structures publiques, privées et communautaires		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
Produit 2.1.3 : D'ici à 2016, au moins 80% des femmes et des jeunes filles accèdent aux services de distribution des préservatifs;	Pourcentage des femmes et des jeunes filles qui déclarent avoir utilisé les préservatifs lors du dernier rapport sexuel à risque	2.1.3.1 Renforcement de l'offre des préservatifs masculins et féminins		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		2.1.3.2 Promotion de l'utilisation correcte des préservatifs masculins et féminins		MSP LS CNLS	
Effet 2.2: 80% des FOSA et des établissements de diagnostic offrent des services de planification familiale aux femmes séropositives dépistées d'ici fin 2016	Pourcentage des formations sanitaires (Poste de santé exclu) qui offrent les services de planification familiale aux femmes séropositives de 15-49 ans	NA		MSP PLS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
					OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 2.2.1 Au moins 80 % des femmes séropositives reçoivent un conseil en planification familiale	Nombre et pourcentage des femmes de 15-49 ans dépistées séropositives qui ont bénéficié des conseils en PF	2.2.1.1 Renforcement de l'offre de PF dans les FOSA		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		2.2.1.2 Promotion de l'utilisation des services de PF par les femmes séropositives		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 2.2.2 : Au moins 90 % des services de PF offrent le conseil et dépistage VIH	Nombre et pourcentage des clientes de PF ne connaissant pas leur statut sérologique qui ont été dépistées pour le VIH et qui ont reçu le résultat au niveau du service	2.2.2.1.Renforcement de l'offre de service de dépistage dans les services de PF		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		2.2.2.2 Promotion du dépistage et conseil du VIH dans les services de PF		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 2.2.3 : 100% des FOSA offrant les services PF disposent de produits PF et ne connaissent pas de rupture de stock en intrants (PF ; VIH)	Nombre et pourcentage de formations sanitaires offrant le service de planification familiale qui n'ont pas connu de rupture de stock en intrants (PF ; VIH)	2.2.3.1 Renforcement des capacités opérationnelles des FOSA pour la PF		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		2.2.3.2 Sécurisation des produits SR intégrant la PTPE, la PF et		MSP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
		les préservatifs			
Effet 2.3: Au moins 70% des femmes enceintes séropositives connues sont sous régimes ARV efficaces	Pourcentage des femmes enceintes dépistées séropositives qui ont reçu les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant conformément aux directives nationales au cours des 12 derniers mois	NA		MSP PLS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 2.3.1 : D'ici 2016, 200 FOSA offrent les services de PTME	Nombre des FOSA qui offrent des services PTME	2.3.1.1 Renforcement de l'offre de service de PTME		MSPP LS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		2.3.1.2 Promotion de l'accès aux services PTME		MSPP LS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 2.3.2 : Au moins 80% des femmes enceintes vues en CPN sont dépistées et connaissent leur statut sérologique d'ici fin 2016	Nombre et pourcentage des femmes enceintes vues en CPN qui sont dépistées au VIH et qui connaissent leur statut sérologique	2.3.2.1 Renforcement des capacités des services de CPN pour l'offre de dépistage du VIH des femmes enceintes		MSPP LS	
		2.3.2.2 Promotion de l'utilisation des services de CPN			
Produit 2.3.3 : Toutes les 200 FOSA offrant la PTME ont un groupe de soutien fonctionnel d'ici fin 2016	Nombre et pourcentage des FOSA offrant la PTME qui ont un groupe de soutien fonctionnel	2.3.3.1 Renforcement les capacités institutionnelles et organisationnelles du réseau des GS		MSPP LS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		2.3.3.2 Renforcement des capacités opérationnelles des groupes de soutien		MSPP LS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 2.3.4 : 100% des femmes enceintes séropositives connues non éligibles aux TARV sont mises sous prophylaxie ARV	Nombre et pourcentage des femmes enceintes séropositives vues en CPN non éligibles aux TARV mises sous prophylaxie ARV	2.3.4.1 Renforcement de l'offre de services d'accès aux ARV pour les femmes		MSPP LS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		2.3.4.2 Promotion de l'accès des femmes séropositives enceintes non éligibles à la prophylaxie par		MSPP LS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>				<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
		les ARV						
Produit 2.3.5: Toutes les femmes enceintes séropositives connues font leur numération des CD4 et 100% de celles qui sont éligibles aux TARV sont prises en charge	Nombre et pourcentage des femmes enceintes séropositives vues en CPN qui bénéficient d'un test de numération CD4	2.3.5.1 Renforcement de l'offre de services d'accès aux tests de numération des CDA pour les femmes					MSPP LS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
	Nombre et pourcentage des femmes enceintes séropositives vues en CPN éligibles aux TARV mises sous ARV	2.3.5.2 Promotion de l'accès des femmes séropositives enceintes éligibles au traitement ARV					MSPP LS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Effet 2.4: un réseau couvrant l'ensemble des sites PTPE/PECP agréés est opérationnel	Existence d'un réseau opérationnel	NA					MSP PLS	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 2.4.1 Un texte ministériel portant organisation et fonctionnement du réseau des sites PTPE/PECP agréés est disponible	Existence du texte ministériel portant organisation et fonctionnement du réseau	2.4.1.1 Plaidoyer en faveur de la prise d'un texte portant organisation et fonctionnement du réseau des sites PTPE/PECP des enfants nés de mères séropositives					MSPP LS,	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER/CRF
		2.4.1.2 Vulgarisation du texte sur le réseau des sites de PTPE/PECP auprès des FOSA impliquées					MSPP LS,	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER/CRF
Produit 2.4.2 : 100% des sites PTPE/PECP agréés offrent des services de dépistage et de prise en charge des enfants nés de mère séropositives	Nombre et pourcentage des sites PTPE/PECP qui offrent des services de dépistage et de prise en charge des enfants nés de mère séropositives	2.4.2.1 Renforcement de l'offre de l'offre de dépistage et de prise en charge des enfants nés de mères séropositives					MSPP LS,	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER/CRF
Produit 2.4.3 100% des enfants nés de mères séropositives bénéficient d'un dépistage précoce	Nombre et pourcentage d'enfants nés de mères séropositives qui bénéficient d'un dépistage pour le	2.4.3.1 Promotion de l'accès aux services de dépistage des enfants nés de mères séropositives					MSPP LS,	OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER/CRF

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>				<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
pour le VIH et d'un suivi adéquat	VIH							
	Nombre et pourcentage d'enfants nés de mères séropositives infectés par le VIH qui ont bénéficié d'un suivi adéquat	2.4.3.2 Promotion d'un suivi adéquat des enfants nés de mères séropositives					MSPPLS,	OMS/UNICEF/UNFPA/ESTHER/CRF
Impact 3 : D'ici fin 2016, 80 % des personnes infectées par le VIH sous ARV survivent après quatre années de traitement	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints par le VIH qui sont toujours en vie au moins 24 mois après le démarrage du traitement	NA					Ministère de la santé	FM/OMS/UNICEF/UNFPA/ESTHER
Effet 3.1 : D'ici fin 2016, les capacités opérationnelles des structures agréées de diagnostic et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (enfants et adultes) se sont améliorées en prenant en compte leur niveau d'intervention	Pourcentage des FOSA agréées offrant des services de suivi biologique de qualité aux PVVIH	NA					Ministère de la santé	FM/OMS/UNICEF/UNFPA/ESTHER
Produit 3.1.1 : D'ici fin 2016, 150 FOSA agréées pour la prise en charge adéquate des PVVIH sont opérationnelles	Nombre et pourcentage de formations sanitaires agréées répondant aux normes pour fournir des services de prise en charge médicale	3.1.1.1 Renforcement des capacités et extension des centres de prise en charge selon les normes nationales					MSPPLS	FM/OMS/UNICEF/UNFPA/ESTHER
	Nombre et pourcentage des sites de prise en charge qui n'ont pas connu de rupture de stocks d'antirétroviraux au cours des 12 derniers mois	3.1.1.2 Disponibilité efficiente en ressources pour la prise en charge globale					MSPPLS	FM/OMS/UNICEF/UNFPA/ESTHER

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>				<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
Produit 3.1.2 : 100% des sites agréés appliquent les mécanismes efficaces de sécurisation des médicaments et autres consommables pour la PEC des PVVIH en appliquant la pharmacovigilance	Nombre et pourcentage des sites agréés qui appliquent les mécanismes efficaces de sécurisation des médicaments et autres consommables pour la PEC des PVVIH	3.1.2.1 Renforcement à tous les niveaux du mécanisme d'estimation des besoins, de réception et de suivi de l'utilisation des médicaments, réactifs et consommables					MSP PLS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 3.1.3 : 100% de sites agréés offrent des services de diagnostic et de suivi biologique aux PVVIH à travers un système de réseautage	Nombre et pourcentage des structures qui offrent les services de suivi biologique aux patients (au moins la numération CD4)	3.1.3.1 Renforcement des capacités des personnels de laboratoires et FOSA pour les tests CD4 et autres méthodes de diagnostic					MSP PLS, Institut Pasteur	
		3.1.3.2 Mise en place d'un système de référence et contre référence facilitant le diagnostic et le suivi biologique					MSP PLS, Institut Pasteur	
	Nombre et pourcentage des personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un suivi biologique	3.1.3.3 Renforcement du plateau technique des laboratoires du réseau de prise en charge des PVVIH,					MSP PLS, Institut Pasteur	
		3.1.3.4 Fonctionnalité optimale des laboratoires du réseau de prise en charge des PVVIH					MSP PLS, Institut Pasteur	
Effet 3.2 : D'ici fin 2016, au moins 90% des enfants et 80% des adultes (Hommes et femmes) diagnostiqués bénéficient d'une	Pourcentage d'enfants et d'adultes atteints par le VIH qui sont toujours en vie au moins 12, 24, 60 mois après le démarrage	NA					MSP PLS, CRF	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>				<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
prise en charge globale de qualité	du traitement antirétroviraux							
Produit 3.2.1: 100% des enfants séropositifs éligibles enregistrés dans les FOSA agréées, bénéficient du TARV et de prophylaxie au CTM	Nombre et pourcentage des formations sanitaires agréées qui offrent la prise en charge pédiatrique aux enfants vivant avec le VIH	3.2.1.1 Renforcement et extension des sites de prise en charge pédiatrique dans chaque Préfecture					MSPP LS, CRF	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		3.2.1.2 Renforcement et extension de l'offre du diagnostic précoce de l'infection à VIH des nourrissons dans chaque Préfecture					MSPP LS, CRF	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		3.2.1.3 Amélioration du système d'approvisionnement de qualité des sites périphériques en médicaments dont des ARV pédiatriques					MSPP LS, CRF	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		3.2.1.4 Renforcement des capacités techniques des professionnels de santé et des associations, impliqués dans la prise en charge globale des PVVIH sous TARV, y compris le continuum des soins					MSPP LS, CRF	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
	Nombre et pourcentage d'enfants vivant avec le VIH ayant besoin de TARV et qui bénéficient du TARV	3.2.1.5 Disponibilité constante des ARV pédiatriques					MSPP LS, CRF	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
	Nombre et pourcentage d'enfants suivis pour le VIH éligibles à la prophylaxie au cotrimoxazole et qui le reçoivent	3.2.1.6 Disponibilité constante en cotrimoxazole.					MSPP LS, CRF	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>				<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
Produit 3.2.2: 100 % des PVVIH (adultes) enregistrés dans les FOSA agréées et éligibles bénéficient du traitement ARV et de la prophylaxie au CTM d'ici 2016	Nombre et pourcentage d'adultes vivant avec le VIH ayant besoin de TARV et qui bénéficient du TARV	3.2.2.1 Amélioration de l'accès aux centres agréés de prise en charge globale des PVVIH.					MSPPLS, Institut Pasteur	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
		3.2.2.2 Disponibilité des ressources nécessaires à la prise en charge globale dont les ARV de 1 ^{ère} , 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ligne.						
	Nombre et pourcentage d'adultes suivis pour le VIH éligibles à la prophylaxie au cotrimoxazole et recevant le cotrimoxazole	3.2.2.3 Disponibilité constante en Cotrimoxazole					MSPPLS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 3.2.3: Au moins 80% des Co-morbidités TB/VIH, paludisme/VIH et hépatite B ou C/VIH, ainsi que les principales infections opportunistes et maladies intercurrentes sont diagnostiquées et 100% traitées selon les protocoles en vigueur	Nombre et pourcentage de PVVIH éligibles aux TARV ayant été dépistés pour hépatite B et (ou) hépatite C	3.2.3.1 Renforcement du diagnostic des coinfections hépatite B ou C/VIH à tous les niveaux					MSPPLS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
	Nombre et pourcentage de PVVIH ayant été dépistés pour TB	3.2.3.2 Renforcement du diagnostic des coinfections TB/VIH, paludisme/VIH et des principales Infections Opportunistes à tous les niveaux					MSPPLS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
	Pourcentage de nouveaux cas estimés de TB liée au VIH qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la TB et contre le VIH	3.2.3.3 Amélioration de la disponibilité des antirétroviraux, traitements de la Tuberculose, des principales infections opportunistes et maladies intercurrentes					MSPPLS	FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>				<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
Produit 3.2.4 : 25% des PVVIH sous ARV bénéficient d'un appui alimentaire	Nombre et pourcentage des PVVIH sous ARV qui reçoivent un appui alimentaire	3.2.4.1 Renforcement des capacités des FOSA et des organisations communautaires à assurer la PEC nutritionnelle des PVVIH (aménagement espace, équipement et formation)					MSP LS	PAM/FM/OMS/UNICEF/ UNFPA/ESTHER
Produit 3.2.5 Au moins 80% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) diagnostiqués en besoin d'assistance bénéficient des services sociaux de base et des soins à domicile	Nombre et pourcentage des PVVIH ayant besoin d'assistance qui bénéficient d'un appui psycho-social et de soins à domicile	3.2.5.1 Mobilisation des organisations communautaires à tous les niveaux					MSP LS	ONUSIDA, partenaires
		3.2.5.2 Renforcement des capacités des organisations communautaires et des services sociaux de base à tous les niveaux					MSP LS	ONUSIDA, partenaires
		3.2.5.3 Mise en place d'un mécanisme de recherche active des perdus de vue					MSP LS	ONUSIDA, partenaires
		3.2.5.4 Réglementation des interventions de continuum de soins (documents de politique et des directives...) pour les soins à domicile					MSP LS	ONUSIDA, partenaires
Effet 3.3 : D'ici 2016, au moins 60% des sites de prise en charge des PVVIH offrent des services de soutien/accompagnement appropriés	Nombre et pourcentage des Sites de prise en charge des PVVIH qui offrent des services de prise en charge psychosociale	NA					Minis tère de la santé ; ONG	ONUSIDA, partenaires
Produit 3.3.1 : 100% des PVVIH sous ARV bénéficient des services d'éducation thérapeutique au niveau des sites de PEC	Nombre et pourcentage des sites de PEC qui offrent le service d'éducation thérapeutique selon les normes nationales	3.3.1.1 Intégration des services d'éducation thérapeutique dans les activités de 100 % des sites de prise en charge					MSP LS, CN/C NLS	ONUSIDA, partenaires

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
	Nombre et pourcentage de PVVIH sous ARV ayant participé à au moins une séance d'éducation thérapeutique au cours des 12 derniers mois			Ministère de la santé, ONG	ONUSIDA, partenaires
Produit 3.3.2 : Au moins 80 % des structures de PEC bénéficient de l'appui des PVVIH dans l'accompagnement des patients	Nombre d'ONG/OAC (y compris l'organisation des PVVIH) appuyées pour mener des activités de continuum de soins autour des sites de PEC	3.3.2.1 Appui aux associations de PVVIH à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'action, le suivi et évaluation des activités		CN/C NLS	ONUSIDA, partenaires
	Nombre et pourcentage des sites de PEC ayant intégrés au moins une PVVIH dans l'équipe de suivi des patients	3.3.2.2. Renforcement de la collaboration avec les association des PVVIH		MSPPLS, CN/C NLS	ONUSIDA, partenaires
Produit 3.3.3 : Au moins 60 % des OEV bénéficient d'offre des services et de soutien (scolaire, sanitaire, nutritionnel et psychosocial)	Nombre et pourcentage des OEV ayant bénéficié d'au moins l'un des trois appuis suivants : scolaire, nutritionnel, sanitaire et psychosociale	3.3.3.1 Renforcement des capacités des ONG, OAC, des familles d'accueil et autres personnels impliqués, sur la prise en charge des OEV.		MASS NF	ONUSIDA, partenaires
Effet 3.4 : Le niveau de tolérance vis-à-vis des PVVIH et des personnes affectées (PA) chez les hommes et les femmes est passé de 24% à 100% d'ici 2016	Pourcentage des personnes qui déclarent avoir une attitude de bienveillance envers les personnes vivant avec le VIH	NA		CN/C NLS, RECED	ONUSIDA, partenaires
Produit 3.4.1. Au moins 50% de la population sont sensibilisées et au moins 80% des PVVIH militant dans les associations de PVVIH sont formées sur la loi fixant les droits et obligations des PVVIH	Nombre et pourcentage des personnes qui sont informées sur la loi fixant les droits et obligations des PVVIH	3.4.1.1 Intégration des orientations internationales dans la loi portant sur les droits et obligations des PVVIH		CN/C NLS, RECED	ONUSIDA, partenaires
	Nombre de membres d'associations des PVVIH formés sur la loi fixant les droits et obligations des PVVIH	3.4.1.2 Mobilisation des différents secteurs de la réponse pour la vulgarisation de la loi dans les communautés.		CN/C NLS, RECED	ONUSIDA, partenaires

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>	<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
		3.4.1.3 Renforcement de capacités des acteurs pour la formation sur la loi droits et obligations des PVVIH		RECA PEV RCED	ONUSIDA, partenaires
Produit 3.4.2 : Au moins 60% des victimes déclarées de discrimination et de stigmatisation basée sur leur statut de PVVIH ou de PA, ont une prise en charge juridique et psycho sociale d'ici 2016	Nombre et pourcentage des PVVIH victimes de stigmatisations et de discriminations documentés ayant bénéficié de prise en charge	3.4.2.1 Renforcement des capacités institutionnelles du RECED pour la décentralisation de la prise en charge juridique		RECA PEV RCED	ONUSIDA, partenaires
		3.4.2.2 Mise en place d'un mécanisme de référence des PVVIH et familles ayant besoin d'assistance juridique		RECA PEV RCED	ONUSIDA, partenaires
Produit 3.4.3 : 100% des cas déclarés de violation des droits des PVVIH et PA sont traités d'ici 2016	Nombre et pourcentage de PVVIH ayant bénéficié d'une assistance juridique pour violation de leur droit déclarés	3.4.3.1 Renforcement de capacités des acteurs pour la décentralisation de la prise en charge juridique des PVVIH et l'application de la loi		RECA PEV RCED	ONUSIDA, partenaires
Impact 4 D'ici fin 2016, la Gouvernance de la lutte contre le VIH est efficace et permet une mobilisation et une utilisation optimale des ressources pour une durabilité des acquis et des résultats	Pourcentage des structures de coordination décentralisées impliquées dans la réponse au VIH/SIDA qui planifient, mobilisent des financements et mettent en œuvre des actions de lutte à partir du CNS de façon optimale	NA		CN/C NLS	ONUSIDA, partenaires
Effet 4.1 D'ici fin 2013, la structure fonctionnelle de la CN/CNLS est opérationnelle au niveau central et décentralisé	Existence d'une structure de coordination nationale fonctionnelle	NA		PM	Gouvernement, partenaires

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>			<i>Responsables</i>		<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
Produit 4.1.1: L'organigramme de la CN/CNLS est revu et adapté aux missions des structures fonctionnelles centrales et décentralisées en vue d'un leadership efficace et robuste.	Le texte organique de la CN/CNLS revu et adapté aux missions est appliqué	4.1.1.1. Restructuration de la CN/CNLS : définition, attribution; 4.1.1.2. Organisation des liens fonctionnels entre le CNLS et les autres institutions/partenaires de la lutte contre le VIH; 4.1.1.3 Renforcement du cadre institutionnel/ réglementaire et des mécanismes de coordination; 4.1.1.4 Renforcement des capacités des structures centrales et décentralisées;					PM, CN/CNLS, Chaque Leader de secteur	Gouvernement, partenaires
Produit 4.1.2: D'ici 2013, la CN/CNLS et les structures décentralisées sont dotées d'espaces de travail adéquat et de ressources pérennes pour mieux jouer leurs rôles.	Nombre et pourcentage de structures de coordination de lutte contre le VIH/SIDA disposant d'un espace de travail adéquat et ressources pérennes pour mieux jouer leurs rôles	4.1.2.1 Construction /réhabilitation/équipement des locaux; 4.1.2.2 Recrutement, affectation, formation; 4.1.2.3 Mise en place d'un mécanisme de financement régulier des structures de coordination					CN/CNLS	Gouvernement, partenaires financiers
Effet 4.2 : D'ici fin 2016, au moins 90% des besoins financiers sont couverts et les ressources utilisées de manière efficiente pour la mise en œuvre du CSN	Taux de mobilisation des fonds pour la mise en œuvre du CSN							
Produit 4.2.1: D'ici 2016, la contribution de l'Etat dans la lutte contre le VIH/SIDA passe de 4% à 8%	Contribution de l'Etat dans la lutte contre le VIH/SIDA	4.2.1.1 Plaidoyer pour l'augmentation de l'enveloppe allouée par l'Etat 4.2.1.2 Mise en place d'un mécanisme de mobilisation interne des ressources					CN/CNLS	Gouvernement, partenaires financiers

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>			<i>Responsables</i>		<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
Produit 4.2.2: D'ici 2013, un mécanisme de mobilisation de ressources est opérationnel à tous les niveaux	Nombre de réunions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières et de partage d'information organisées à tous les niveaux	4.2.2.1 développement d'un mécanisme de mobilisation des ressources; 4.2.2.2 Plaidoyer; 4.2.2.3 Renforcement du partenariat public privé et société civile; 4.2.2.4 Mise en place d'un mécanisme consensuel de suivi des flux de financements pour la lutte contre le Sida (incluant une base de données)					CN/C NLS	Gouvernement, partenaires techniques et financiers
Produit 4.2.3: D'ici fin 2016, 100% des ressources sont utilisées conformément aux normes standard de gestion financière pour la mise en œuvre du CSN	Nombre de réunion de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières et de partage d'information organisées à tous les niveaux	4.2.3.1 Réforme du système financier national en matière de lutte contre le Sida pour garantir l'efficacité, la responsabilité et la transparence des systèmes et procédures de gestion des fonds; 4.2.3.2 Mise en place de mécanismes et procédures de financements basés sur la performance; 4.2.3.3 Définition et mise en œuvre à tous les niveaux de procédures consensuelles (comptables, financières et passation de marché) de gestion de ressources					CN/C NLS Leade rs des structu res de coordi nation à tous les niveau x	Gouvernement, partenaires techniques et financiers
Produit 4.2.4: Un mécanisme de gestion des achats et des stocks de médicaments et autres produits pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA est opérationnel et performant	Nombre de rapports de gestion des médicaments et produits médicaux régulièrement validés et partagés avec les parties prenantes	4.2.4.1 Définition et mise en œuvre à tous les niveaux de procédures consensuelles de gestion des achats et des stocks; 4.2.4.2. renforcement des capacités des structures					CN/C NLS MSP LS	Gouvernement, partenaires techniques et financiers, Fournisseurs

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>			<i>Responsables</i>		<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
		impliquées dans la gestion des achats et stocks à tous les niveaux 4.2.4.3. Mise en place d'un mécanisme de suivi régulier du fonctionnement de la chaîne des achats et stocks						
Effet 4.3 : D'ici 2016, toutes les interventions de lutte contre le VIH/SIDA sont coordonnées à tous les niveaux	Pourcentage des structures centrales et décentralisées fonctionnelles							
Produit 4.3.1 : D'ici décembre 2012, un cadre de concertation des partenaires intervenants dans la riposte au VIH/SIDA est opérationnel à tous les niveaux	Nombre et pourcentage de réunions de concertation effectivement organisées Existence d'un cadre de concertation avec les partenaires à tous les niveaux	4.3.1.1 Définition d'une plate forme de concertation; 4.3.1.2 Plaidoyer; Mise en place d'un mécanisme de concertation régulière					CN/C NLS	ONUSIDA
Produit 4.3.2: D'ici 2013, tous les secteurs de lutte contre le VIH/SIDA disposent d'un plan sectoriel	Nombre et pourcentage des secteurs de lutte contre le VIH/SIDA qui disposent d'un plan sectoriel	4.3.2.1. Plaidoyer; 4.3.2.2 Appui à l'élaboration des plans opérationnels 4.3.2.3 Appui à la mise en œuvre des plans opérationnels					CN/C NLS Responsables des différents organismes de coordination	Gouvernement, partenaires techniques et financiers
Produit 4.3.3 : D'ici fin 2016, les capacités techniques et opérationnelles des structures du système communautaire sont renforcées	Nombre d'OAC et d'OSC dont les capacités techniques et opérationnelles sont renforcées et le confessionnel ?	4.3.3.1 Plaidoyer; 4.3.3.2 Mise en place à différents niveaux de cadre de concertation des organisations communautaires					CN/C NLS RON ALSI	Gouvernement, partenaires techniques et financiers

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>			<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
		4.3.3.3 Renforcement des capacités en planification					
Effet 4.4 : D'ici fin 2016, au moins 90% des besoins en informations stratégiques de qualité sont couverts pour une bonne prise de décision	Existence d'une base nationale de données sur le VIH/SIDA						
Produit 4.4.1 : D'ici 2013, au moins 80% des secteurs de lutte contre les IST/VIH/SIDA disposent d'un Plan Sectoriel de Suivi Evaluation	Nombre et pourcentage de secteurs de lutte contre les IST/VIH/SIDA qui disposent d'un Plan Sectoriel de Suivi Evaluation	4.4.1.1 Plaidoyer; 4.4.1.2 Renforcement des capacités des acteurs; 4.4.1.3 Appui à l'élaboration des plans sectoriel de S&E				CN/C NLS Responsable des différents secteurs	Gouvernement, partenaires techniques et financiers
Produit 4.4.2 : D'ici fin 2016, toutes les données et métadonnées de qualité en matière de recherches sur le VIH/SIDA (Prévention, prise en charge médicale, communautaire, etc...) sont centralisées et disponibles	Nombre et pourcentage d'études et recherches prévues et réalisées	4.4.2.1 Plaidoyer; 4.4.2.2; Dynamisation du cadre de concertation sur la recherche 4.4.2.3. mise en place d'un répertoire des thèmes de recherche Mobilisation des ressources pour la réalisation des études planifiées et pour la dissémination des résultats				CN/C NLS GAT S&E	Gouvernement, partenaires techniques et financiers
Produit 4.4.3 : Tous les deux ans de mise en œuvre du CSN, une revue est organisée et le rapport de surveillance épidémiologique de deuxième génération est publié	Existence du rapport de revue du CSN	4.4.3.1 Organisation des revues périodiques				CN/C NLS GAT S&E	Gouvernement, partenaires techniques et financiers
	Existence du rapport de surveillance épidémiologique de	4.4.3.2 Réalisation des enquêtes de surveillance de seconde				CN/C NLS	Gouvernement, partenaires techniques et

<i>Impacts/Effets/Produits</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Stratégies / Interventions prioritaires</i>	<i>Chronogramme (an)</i>				<i>Responsables</i>	<i>Partenaires/ Bailleurs</i>
	deuxième génération	génération planifiées					GAT S&E	financiers
Produit 4.4.4: Les données relatives à la lutte contre le VIH/SIDA sont diffusées de manière régulière	Nombre et pourcentage de bulletins d'information publiés	4.4.4.1. mise en place d'un cadre de concertation pour l'élaboration et la diffusion régulière des données relatives à la lutte contre le SIDA; 4.4.4.2. Mise en place et opérationnalisation de différents canaux de diffusion des informations					CN/C NLS MSPP LS Ministère de l'Information	Gouvernement, partenaires techniques et financiers

**Préalables à une
bonne mise en œuvre
du CSN**

1. Analyse de la situation et enquête spécifique pour renseigner les gaps sur les données de base des indicateurs.
2. Sécurisation de la disponibilité des ARV et autres intrants, des outils de gestion au niveau national
3. Disponibilité des documents de directives nationale;
4. Recrutement et formation du personnel à la PEC psycho-sociale
5. formation du personnel à la PEC nutritionnelle
6. Disponibilité et accessibilité aux examens para cliniques pour les patients
7. Renforcement des capacités et fonctionnement régulier des unités de dispensation des ARV
8. Subvention des test de dépistages des hépatites virales B et C
9. Disponibilité des anti TB, y compris des médicaments contre la TBMR/UR;
10. Subventionner les bilans pré thérapeutiques des patients y compris les patients co-infectés par VIH/VHC
11. Implication effective des OAC/ONG
12. Renforcer la capacité des ONG/OAC à mener des activités de soutien psychologique au niveau communautaire
13. Harmoniser la définition nationale des OEV avec les critères internationaux.
14. Large vulgarisation de la loi portant sur les droits et devoirs des PVVIH
15. Extension de la représentation RCED, Création d'un organe point focal au Ministère de la Justice
16. Plan de mobilisation des ressources élaboré et mise en œuvre
17. Financement disponible, y compris la contrepartie nationale à la hausse
18. Organigramme de la nouvelle structure validée
19. Sécurisation du territoire national
20. Partenariat bien établi et actif

4.8 CADRAGE BUDGETAIRE

Le coût du CSN 2012-2016 a été estimé à l'aide du Modèle des Besoins en Ressources (MBR) mis en place par l'ONUSIDA avec l'appui technique de Future Institute. Ce modèle est recommandé aux différents pays pour la budgétisation des plans stratégiques de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

4.8.1 Objectif du Modèle des Besoins de Ressources (MBR)

Le MBR a pour objectif l'estimation des besoins de ressources nécessaires pour réaliser diverses activités s'inscrivant dans le cadre de la riposte nationale au sida. Il calcule l'ensemble des ressources nécessaires pour:

- les interventions de prévention précises;
- les programmes de soin et de traitement;
- les interventions en faveur des OEV;
- les diverses activités nécessaires à la mise en œuvre du programme national de riposte au sida.

4.8.2. Etapes du processus d'estimation des besoins de ressources

Les travaux d'estimation des besoins de ressources pour la mise en œuvre du CSN 2012-2016 de lutte contre le VIH et le sida en RCA se sont déroulés en cinq principales étapes: i) La collecte des données de base, ii) La vérification de la qualité des données, iii) la saisie des données, iv) La restitution des résultats et v) Le suivi des conclusion de l'atelier de validation des données.

4.8.3. Méthodologie d'estimation des besoins de ressources

- La détermination des besoins financiers pour la période de mise en œuvre repose dans un premier un certain nombre d'hypothèses de base relatives à la configuration de base du MBR, aux groupes démographiques cibles, aux objectifs de couverture et aux coûts unitaires
- Plusieurs types de données de base sont utilisés pour configurer le MBR et estimer la taille de certains groupes démographiques cibles: économiques, sociodémographiques, scolaires, épidémiologiques, sanitaires. Ces données sont issues des sources nationales, internationales et des projections Spectrum réalisées par la CN/CNLS.

4.8.4. Budget prévisionnel du CSN 2012-2016

a) Besoins globaux en ressources pour la mise en œuvre du CSN 2012-2016

Le budget prévisionnel global du CSN (2012-2016 s'élève à **126 335 825 368** (Cent vingt six milliard trois cent trente cinq million huit cent vingt cinq mille trois cent soixante huit), **soit 188 331 619 Euros**. Le tableau ci dessous présente ce budget.

Tableau 6: Budget brut du CSN 2012-2016 par cible ou domaines

Cibles/Domains	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2016
Elèves, Etudiants et Jeunes non scolarisés	254 637 535	1 154 660 634	2 027 126 631	2 848 942 913	3 611 488 634	9 896 856 347
Travailleuses du sexe	84 048 988	125 656 713	179 454 712	247 946 812	333 995 893	971 103 117

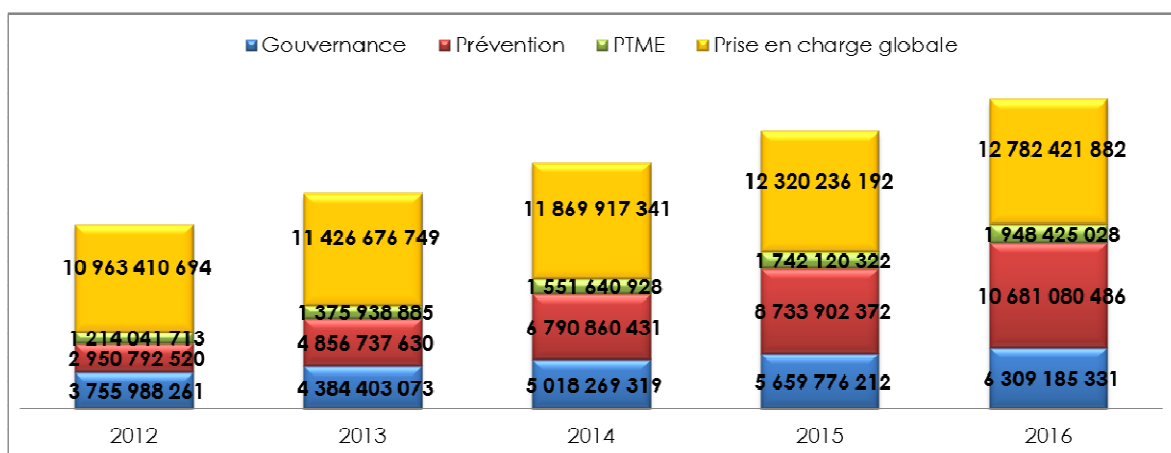
Cibles/Domaines	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2016
(TSF)						
Travailleurs du sexe (TSM)	-	-	-	-	-	-
Travailleurs du public et du privé	41 196 758	121 513 749	201 206 809	280 071 183	357 901 513	1 001 890 012
Consommateurs de drogues injectables (CDI)	-	-	-	-	-	-
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)	7 592 077	13 913 469	20 763 427	28 133 807	36 016 544	106 419 324
Agents des forces armées	1 356 332	2 015 848	2 707 492	3 432 459	4 191 982	13 704 113
Population en milieu carcéral	795 214	1 187 031	1 575 025	1 959 223	2 339 655	7 856 148
Conducteurs de Taxis et Bus	551 833	823 732	1 092 977	1 359 589	1 623 587	5 451 719
Déplacés et Réfugiés	66 343 998	70 651 526	74 309 858	77 376 041	79 902 885	368 584 308
Populations Mbororos et Akas	9 628 656	13 175 133	16 686 951	20 164 363	23 607 621	83 262 724
Fourniture de préservatifs	519 684 361	668 156 818	830 814 545	1 008 351 918	1 201 179 786	4 228 187 428
Traitement des IST	10 677 043	19 804 538	29 551 163	39 937 211	50 982 178	150 952 134
CDV	911 041 938	1 202 577 436	1 522 004 490	1 870 682 055	2 249 884 842	7 756 190 761
Circoncision masculine	-	-	-	-	-	-
PTME	1 214 041 713	1 375 938 885	1 551 640 928	1 742 120 322	1 948 425 028	7 832 166 875
Mobilisation de la communauté	577 406 444	935 826 680	1 291 039 566	1 642 146 708	1 988 230 718	6 434 650 116
Média de masse	72 337 692	74 507 823	76 743 057	79 045 349	81 416 710	384 050 631
Sécurité transfusionnelle	192 779 156	202 595 319	212 902 948	223 721 588	235 080 315	1 067 079 326
Prophylaxie post exposition	146 322	3 127 264	6 286 931	9 633 363	13 174 924	32 368 804
Injection sécuritaire	17 223 225	22 734 988	28 797 241	35 448 554	42 729 064	146 933 072
Précautions universelles	180 730 459	218 423 078	259 475 468	304 121 534	352 620 472	1 315 371 011
Violence contre les femmes	2 614 491	5 385 851	8 321 140	11 427 699	14 713 163	42 462 344
Thérapie antirétrovirale	5 603 760 640	6 294 423 149	6 972 973 290	7 656 670 934	8 345 534 041	34 873 362 054
Soins et prophylaxie en l'absence de TARV	1 121 988 977	1 066 588 634	1 005 907 277	946 659 338	891 359 586	5 032 503 812

Cibles/Domaines	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2016
Soins des orphelins	4 237 661 077	4 065 664 967	3 891 036 774	3 716 905 920	3 545 528 255	19 456 796 992
Gouvernance	3 755 988 261	4 384 403 073	5 018 269 319	5 659 776 212	6 309 185 331	25 127 622 196
Total FCFA	18 884 233 187	22 043 756 338	25 230 688 020	28 456 035 098	31 721 112 726	126 335 825 368
Récapitulatif						
Prévention	2 950 792 520	4 856 737 630	6 790 860 431	8 733 902 372	10 681 080 486	34 013 373 439
Populations clés	387 475 358	1 415 744 565	2 428 551 579	3 405 094 715	4 339 402 584	11 976 268 800
Populations vulnérables	78 676 032	87 853 270	96 372 303	104 291 677	111 665 731	478 859 013
Population générale	649 744 136	1 010 334 503	1 367 782 623	1 721 192 057	2 069 647 428	6 818 700 747
Prestation de services	1 441 403 342	1 890 538 793	2 382 370 198	2 918 971 183	3 502 046 806	12 135 330 323
Soins de santé	390 879 161	446 880 649	507 462 588	572 925 040	643 604 774	2 561 752 213
Violence contre les femmes	2 614 491	5 385 851	8 321 140	11 427 699	14 713 163	42 462 344
PTME	1 214 041 713	1 375 938 885	1 551 640 928	1 742 120 322	1 948 425 028	7 832 166 875
Prise en charge globale	10 963 410 694	11 426 676 749	11 869 917 341	12 320 236 192	12 782 421 882	59 362 662 858
Thérapie antirétrovirale	5 603 760 640	6 294 423 149	6 972 973 290	7 656 670 934	8 345 534 041	34 873 362 054
Soins et prophylaxie en l'absence de TARV	1 121 988 977	1 066 588 634	1 005 907 277	946 659 338	891 359 586	5 032 503 812
Soins des orphelins	4 237 661 077	4 065 664 967	3 891 036 774	3 716 905 920	3 545 528 255	19 456 796 992
Gouvernance	3 755 988 261	4 384 403 073	5 018 269 319	5 659 776 212	6 309 185 331	25 127 622 196
Total FCFA	18 884 233 187	22 043 756 338	25 230 688 020	28 456 035 098	31 721 112 726	126 335 825 368
Total \$US	36 547 926	42 662 764	48 830 647	55 072 878	61 392 003	244 506 219
Total EURO	28 151 145	32 861 117	37 611 947	42 420 043	47 287 367	188 331 619

b) progression annuelle des besoins de ressources suivant les quatre principales priorités

Le *Graphique 15* montre la progression annuelle des besoins de ressources suivant les quatre principales priorités du CSN 2012-2016 de lutte contre le VIH et le sida en RCA.

Graphique9: Progression annuelle des besoins de ressources (en FCFA) pour la riposte au sida en RCA de 2012 à 2016



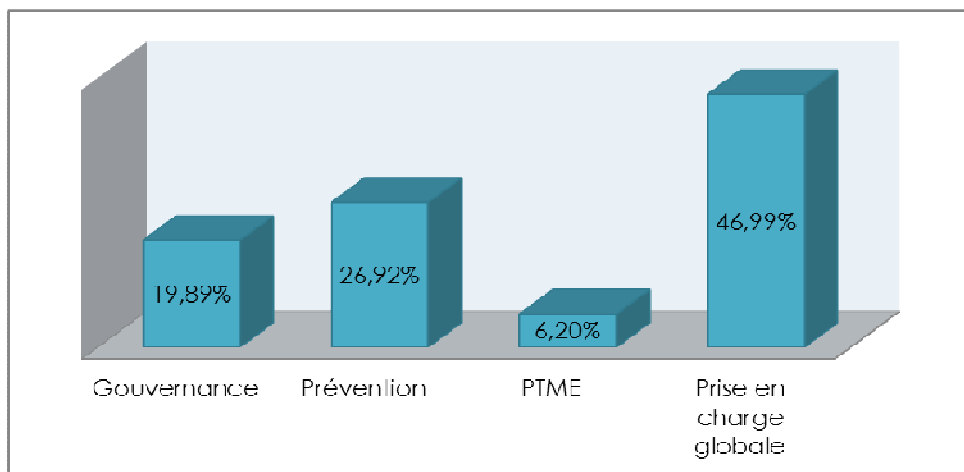
Source: MBR RCA 2012-2016.

La progression globale des besoins de ressources, observée entre 2012 et 2016, résulte du caractère incrémentiel des objectifs de couverture c'est-à-dire qu'ils couvrent ce qui doit être élargi; autrement dit, ils débouchent sur des services au-delà de ceux déjà offerts.

La faible progression des ressources destinées à la PTME se justifie par le fait qu'elles seront consacrées essentiellement aux conseils, au dépistage du VIH, aux examens et autres soins prénatals; le traitement par ARV des femmes enceintes séropositives étant inclus dans la prise en charge globale.

b) Ressources allouées par priorité

Le graphique 16 indique la part des ressources allouées à chacune des quatre priorités du CSN 2012-2016 dans le budget global:



Source: MBR RCA 2012-2016.

Graphique10: Répartition des besoins de ressources par priorité du CSN 2012-2016 de lutte contre le VIH et le sida en RCA

Sur la totalité des investissements nécessaires, 46,99 % est consacré à l'administration du traitement antirétroviral, aux soins et au soutien aux OEV. Ces ressources permettront donc de répondre aux besoins en ARV non satisfaits et de passer de 17.216 patients sous ARV en 2012 à 25.642 PVVIH recevant un traitement antirétroviral en 2016.

Les besoins de ressources pour les interventions de prévention couvrent 26,92 % du budget total. En effet, la RCA étant un pays à épidémie généralisée, il est justifié que le quart environ des ressources totales soit consacré à des activités portant sur le changement de comportements, les moteurs sociaux de l'épidémie et les améliorations sociales.

Les ressources alloués à la gouvernance en matière de VIH permettront donc la restructuration et le renforcement des capacités des différents organes de la Coordination Nationale.

Les 7.832.166.875 FCFA destinés à la PTME permettront de poursuivre l'objectif commun d'«élimination virtuelle de la transmission mère-enfant à l'horizon 2016», en améliorant l'accès aux services de conseils, de soins et de dépistage prénataux à 831.502 femmes enceintes.

4.9. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE NATIONALE 2012 2016 DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Le CNLS a été mis en place par Décret N° 01.32 du 26 janvier 2001. Ce décret a été modifié une première en 2002 (Décret N° 02.274 du 29 novembre 2002) puis en 2010 (Décret N° 10.358 du 31 décembre 2010). Placé sous l'autorité du Président de la République, Chef de l'Etat, le CNLS est composé des représentants du Gouvernement, de la société civile et des partenaires au développement.

La mise en œuvre du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH et le Sida 2012-2016 se fera à travers un cadre institutionnel comportant des structures ou organes de (i) orientation et de décision, (ii) coordination et de suivi au niveau central et décentralisé, (iii) exécution.

4.9.1 L'organe d'orientation et de décision : *Assemblée Générale*

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) est l'organe multisectoriel et pluridisciplinaire de coordination et d'orientation de la lutte contre le VIH et le Sida.

L'Assemblée Générale est l'organe suprême qui définit les grandes orientations de la lutte contre le VIH/SIDA au niveau national et statue sur les programmes qui lui sont soumis par la coordination nationale

Le CNLS se réunit en Assemblée Générale une fois l'an. Le bureau du CNLS a pour mission de s'assurer de la bonne exécution des décisions de l'Assemblée Générale.

A cet effet, le bureau organisera une réunion trimestrielle de suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'Assemblée Générale avec l'implication de la Coordination Nationale.

4.9.2 Les organes de coordination et de suivi

La coordination nationale de la réponse au VIH/Sida est réalisée aussi bien au niveau central que décentralisé. Au niveau central, elle est assurée par la Coordination Nationale du CNLS (CN/CNLS).

Au niveau décentralisé, la CN/CNLS est représentée au par les Comités Préfectoraux de Lutte contre le Sida (CPLS) au niveau préfectoral

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

La Coordination Nationale du CNLS (CN/CNLS) est l'organe technique permanent du CNLS. Elle a pour mission d'assurer la coordination et le suivi-évaluation des programmes relatifs à la lutte contre le VIH et le Sida. Elle est spécifiquement chargée de :

- Coordonner l'élaboration des stratégies et plans opérationnels de lutte contre le VIH et le SIDA ;
- Coordonner l'ensemble des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA et Assurer le Suivi-Evaluation de la réponse nationale au VIH et au SIDA ;
- Rendre compte au Bureau du CNLS des progrès, effets et impacts des programmes développés dans le cadre de la réponse nationale au VIH et au SIDA ;

- Animer le Forum des partenaires de la réponse nationale au VIH ainsi que le cadre de concertation intersectorielle ;
- Apporter un appui technique aux structures d'exécution des programmes de lutte contre le SIDA ;
- Coordonner la gestion des ressources internes et externes allouées à la lutte contre le SIDA, et rendre compte au Bureau du CNLS ;
- S'assurer de la mise en œuvre des programmes de lutte contre le SIDA par l'ensemble des partenaires autour de la seule autorité nationale de coordination (le CNLS), d'un seul cadre stratégique et d'un seul mécanisme de suivi-évaluation.

Pour les besoins de gestion des programmes appuyés par les partenaires au développement, la Coordination Nationale a mis en place des unités spécifiques de gestion fiduciaire. Elle peut en cas de besoin, recourir à une assistance technique nationale ou internationale.

b) Le Comité Préfectoral de Lutte contre le Sida (CPLS) et le Comité de Bangui de Lutte contre le Sida de Bangui (CBLs)

Le CPLS ou le CBLs constituent les démembrements du CNLS au niveau de la ville de Bangui et dans chaque Préfecture. Ils sont mis en place par Arrêté du Premier Ministre, Premier Vice-président du CNLS (Arrêté n°02.042 du 26 décembre 2002).

Le CPLS ou le CLSB a pour mission de :

- assurer la planification, la coordination, et le suivi de la réponse au VIH et au Sida au niveau de la Préfecture ou de la ville de Bangui ;
- assurer la mobilisation des ressources pour le financement des plans d'actions de lutte contre le VIH et le Sida de la Préfecture ou de la ville de Bangui ;
- veiller à l'application des décisions et orientations de l'Assemblée Générale du CNLS ;
- mobiliser les leaders politiques et communautaires locales dans la lutte contre le VIH et le Sida.

Placé sous l'autorité du Préfet ou du Maire pour la ville de Bangui, le CPLS ou CLSB sont composés des responsables locaux des ministères, des représentants locaux des organisations de la société civile y compris les associations des personnes vivant avec le VIH, des partenaires au développement. Le CPLS se réunit une fois par trimestre en session ordinaire.

A l'image de la Coordination Nationale, les CPLS et le CLSB coordonnent les activités de lutte contre le Sida au niveau décentralisé avec l'appui des Equipes Techniques Préfectorales (ETP) ou l'Equipe Technique de la ville de Bangui (ETB) qui assurent le rôle de secrétariat technique.

c) Les autres secteurs et réseaux de coordination de Lutte contre le Sida

En dehors de la CN/CNLS et des CPLS, d'autres secteurs ou réseaux coordonnent les activités de lutte contre le Sida de leurs entités respectives. Il s'agit notamment de :

- Secteur de la santé à travers la Direction Générale de Lutte contre le Sida coordonne les activités des FOSA,

- Secteur social regroupant les Ministères des Affaires sociales et le Ministère de la Jeunesse,
- Secteur de l'Enseignement avec les Ministères de l'Education primaire et secondaire, de l'Enseignement Technique et de l'Enseignement supérieur,
- Secteur de défense et sécurité pour l'ensemble des corps habillés à travers le CMLS,
- Coordination Tripartite Gouvernement-Patronat-Syndicat pour la lutte contre le Sida en milieu du travail dans le public et le privé,
Réseau des organisations de la société civile (RECAPEV, RONALSI, RCED, REMASTP, Réseaux des confessions religieuses) qui existe à travers une plateforme commune. Le réseau des confessions religieuses fortement recommandé n'est pas encore opérationnel.
- Secteur des entités territoriales comprend les collectivités territoriales et circonscriptions administratives.

4.9.3 Les organes d'exécution

Les organes d'exécution sont les directions et services des ministères impliqués dans la lutte contre le Sida, les formations sanitaires, les établissements scolaires, les maisons des jeunes, les CIEE, les ONG/OAC, les entreprises, les cellules de lutte contre le Sida dans les ministères etc.

Ces organes d'exécution planifient, mettent en œuvre et assurent le suivi des actions de lutte contre le Sida en collaboration avec leurs institutions ou réseaux de tutelle selon les orientations de leurs plans sectoriels respectifs.

4.9.4 Structures de concertation et groupes d'appui consultatif

Outre ces structures de coordination, la CN/CNLS bénéficie des appuis techniques multiformes à travers les cadres de concertation et des groupes consultatifs.

Seul le **Groupe d'Appui Technique (GAT)** Suivi-Evaluation est opérationnel à ce jour. Les autres cadres de concertation et groupes consultatifs seront mis en place ou renforcés. C'est le cas du Forum des partenaires, le groupe d'appui technique sur la communication pour le changement de comportements et le groupe d'appui technique sur le marketing social du préservatif.

Le **Forum des partenaires** est un cadre de concertation entre la CN/CNLS, les autres organes nationaux de coordination et les partenaires techniques et financiers de la réponse nationale au VIH. qui a pour mission de favoriser la coordination des actions du Gouvernement et de l'ensemble des partenaires de la réponse nationale au VIH et au SIDA en RCA.

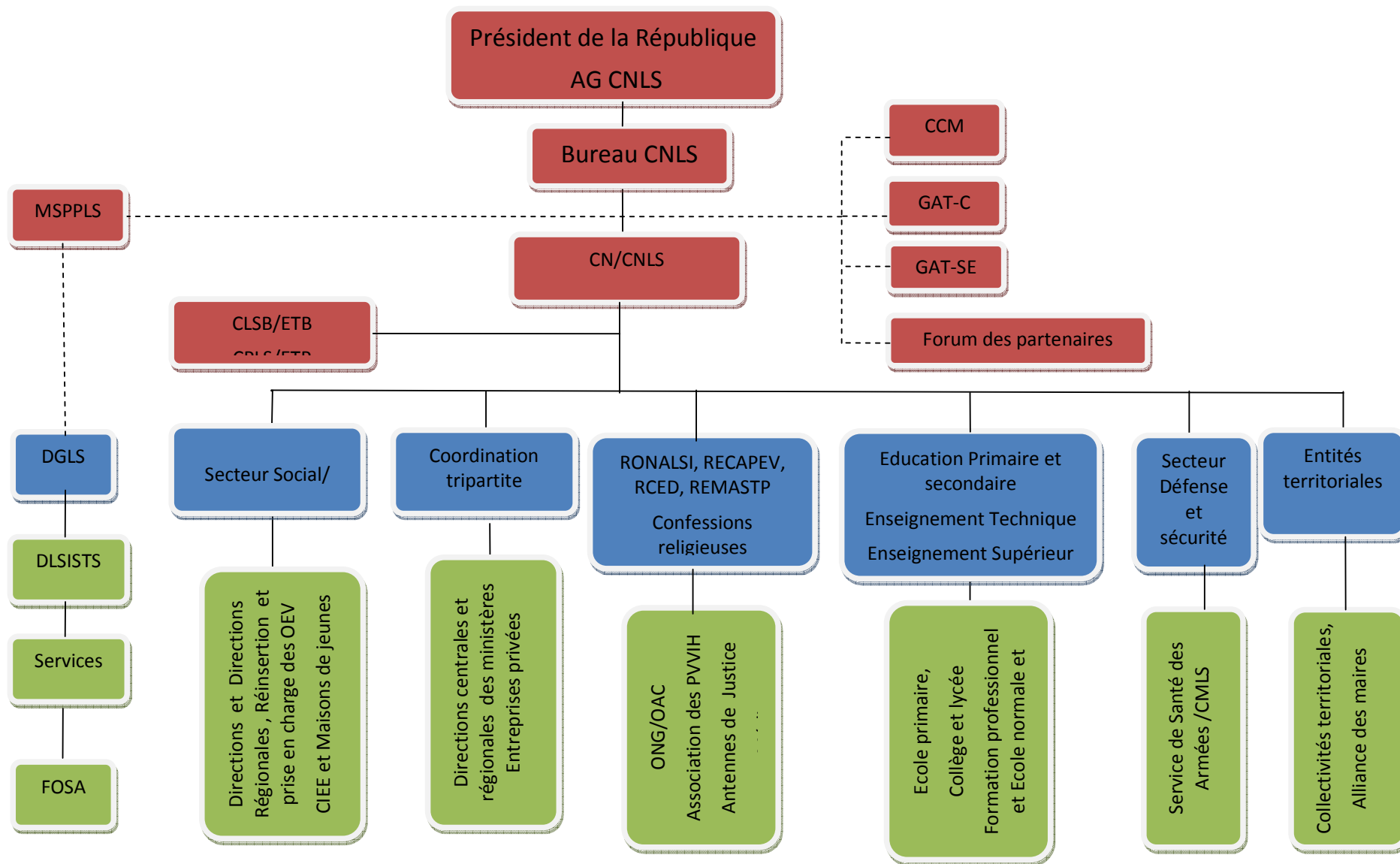
Le CCM ou Instance Nationale de Coordination du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (CCM/RCA), mis en place par Arrêté du Premier Ministre N°014 du 29 mai 2009 est le mécanisme spécifique de coordination des programmes de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme financés par le Fonds Mondial.

Il a pour mission de coordonner l'élaboration des propositions à soumettre au Fonds Mondial et de suivre la mise en œuvre des subventions en vue de contribuer à la réduction de l'impact

du Sida, de la Tuberculose et du Paludisme sur la population dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

4.9.5 Schéma de Coordination de la réponse au niveau central et décentralisé

Graphique 11: Schéma institutionnel d'ensemble de la lutte contre le VIH/Sida en RCA



La coordination de la réponse au VIH et au Sida du CSN 2012-2016 est organisée autour de la CN/CNLS avec ses structures de coordination du niveau central et décentralisé. Les unités fonctionnelles de la CN/CNLS ont pour principale mission le renforcement des capacités des principaux secteurs et réseaux qui seront appuyés dans la formulation des leurs plans sectoriels.

Les secteurs et réseaux à leur tour auront la responsabilité d'appuyer les structures subsidiaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des microplans. De même, il se chargeront d'appuyer la collecte, le traitement et l'acheminement des informations vers l'unité de suivi/évaluation de la CN/CNLS qui a pour rôle de centraliser les données une fois validées avant de les partager avec l'ensemble des parties prenantes.

Les organes d'exécution mettront en œuvre des actions retenues dans leurs plans opérationnels et sectoriels respectifs en considérant les orientations du CSN adaptés à leurs réalités.

Leurs entités de tutelle bénéficieront de l'appui technique et financier de la coordination nationale en vue de la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre planifiées.

De même, ces organes une fois leurs capacités renforcées seront à même de mobiliser des ressources locales et directement auprès d'autres partenaires. Toutefois, les entités de tutelle seront, selon le système de rapportage tenus d'informer régulièrement la Coordination Nationale en vue de la capitalisation des réalisations.

Les capacités d'analyse des organes de mise en œuvre seront renforcées en vue d'une aptitude à utiliser les informations stratégiques pour la prise de décision au niveau locale avec l'appui de leurs entités respectives.

Au niveau décentralisé, le rôle de l'ETP/ETB consiste à apporter un appui technique pour la planification et la mise en œuvre des actions de lutte contre le Sida en soulignant la complémentarité avec les autres secteurs de développement contribuant à l'atteinte des OMD ; ce qui implique l'appui à la mise en place d'espace de concertation au niveau local et préfectoral pour des échanges.

4.9.6 Proposition d'organigramme fonctionnelle de la Coordination Nationale

Au cours du présent CSN 2012-2016, il est prévu la réorganisation de la CN/CNLS en unités fonctionnelles pour mieux jouer à la fois son rôle de coordination de la réponse selon les principes de « Three ones » d'une part, et d'autre part une meilleure coordination des projets de lutte contre le Sida qu'elle fait mettre en œuvre. ,

Niveau 1 Politique : Coordinateur National et Coordinateur adjoint			
2 secrétaires de Direction			
Unité administrative, financière et comptable	Unité Mobilisation sociale	Unité technique et programmatique	Unité de documentation (système d'information, recherche, épidémiologie, S&E, NTIC)
Niveau 2 stratégique : Conseillers			
Chargé de finances et comptabilité	Chargé de la Société civile et secteur privé Chargé de la décentralisation/ETP	Chargé de programme santé publique / gestion de projets Chargé de GAS	Chargé de suivi-évaluation Chargé d'épidémiologie Chargé de communication
Niveau 3 : opérationnel/tactique			
Responsable des ressources humaines ; Auditeur Interne ; Assistant Gestionnaire comptable ; Assistant Passation de marchés ; Logisticien ; LAN/Manager Secrétaire pool	Assistant OEV Assistant mobilisation sociale Assistant de programme (02) Secrétaire pool	Responsable de prise en charge Assistant planificateur Assistants de programme Assistant GAS Secrétaire pool	Gestionnaire de bases de données Statisticien Assistant suivi évaluation Secrétaire pool
Mandat par unité			
Elaboration et mise en œuvre du manuel de procédures	Promotion de la dimension multisectorielle - Elaboration et MEO de la politique de	Planification stratégique et opérationnelle	Coordination de la MEO de la politique de plaidoyer et

financières - Tableau de bord financier - Gestion de la logistique et du parc automobile - Gestion de ressources humaines	communication du CNLS, - Système communautaire (Réseau, ONG/OAC, Groupe de soutien, OEV et AGR) - Equipes décentralisées (CPLS, ETP, Soins de santé primaire) - Secteurs privés et cellules ministérielles - Appui à la coordination tripartite - Soutien aux activités des Jeunes scolarisés et non scolarisés - Prise en charge des OEV et autres aspects juridiques	- Elaboration de manuel de procédures techniques - Relation avec le MSPPLS - Partenariat et mobilisation des ressources - Sécurisation et fiabilité des marchés du médicament - Gestion du plan GAS - Aspects normatifs de prise en charge psychosociale - Prise en charge médicale et nutritionnelle	communication CN/CNLS - Promotion des « Three ones » - Revues de programme (mi-parcours et annuelle) - Contrôle de qualité des informations - Site web du CNLS - Documentation de la MEO des programmes - Etudes/recherche opérationnelle
---	---	---	--

4.10 PROCESSUS D'ELABORATION DES PLANS OPERATIONNELS

Pour faciliter la mise en œuvre de ce cadre stratégique, un processus participatif d'élaboration des plans opérationnels multisectoriels biennaux sera conduit après l'adoption du cadre stratégique pour les deux premières années, et au cours du dernier trimestre de la deuxième année pour les deux années suivantes. La dernière année permettra d'ajuster la mise en œuvre des interventions et de programmer la revue finale afin de planifier le CSN suivant. L'élaboration des plans opérationnels de la deuxième période prendra en compte les résultats de l'évaluation à mi-parcours qui sera organisée au cours de la troisième année.

Les plans opérationnels permettront de détailler des activités devant contribuer à atteindre les résultats, d'indiquer les parties prenantes responsables de la mise en œuvre, les coûts de chaque activité et le chronogramme de leur exécution.

Les deux processus de planification opérationnelle seront conduits en respectant les principes suivants :

- alignement au CSN 2012-2016,
- participation de tous les acteurs et des communautés,
- planification sur une base décentralisée et sectorielle,
- consolidation au niveau national des Plans opérationnels préfectoraux et sectoriels.

Etape 1 : Elaboration et validation du plan opérationnel national biennal budgétisé

Sur la base du plan stratégique, chaque deux ans, un plan opérationnel national biennal budgétisé sera élaboré et validé au cours d'un atelier auquel participeront les délégués de tous les secteurs du niveau national ainsi que les responsables des CPLS et ETP. Un budget détaillé sera élaboré. Ce plan orientera le processus d'élaboration des plans décentralisés et des secteurs.

Etape 2 : Planification opérationnelle au niveau de chaque Préfecture et des secteurs

Cette planification opérationnelle sera réalisée par les parties prenantes de la réponse au VIH au niveau national et pour chaque préfecture, secteurs et réseaux, sous la coordination de la CN/CNLS avec l'appui technique de l'équipe nationale de coordination du processus de planification opérationnelle.

Ce processus se fera chaque deux ans. Les parties prenantes définiront :

- les résultats à atteindre par la Préfecture pour chaque année concernée par les plans opérationnels, ainsi que les données de référence et les cibles par période ;
- les activités nécessaires et suffisantes pour obtenir ces résultats ;
- les institutions ou organisations qui seront responsables de la mise en œuvre de chaque activité ;

- les modalités et le calendrier de mise en œuvre de ces activités ;
- les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires y compris le renforcement des capacités pour la mise en œuvre de ces activités.

Un atelier de validation du plan opérationnel sera organisé au niveau de chaque Préfecture et par secteur.

4.11. MECANISMES DE FINANCEMENT ET D'AUDIT

Le financement des activités en lien avec le CSN 2012-2016 se fera conformément aux principes des « three Ones » et de la déclaration de Paris relative à l'efficacité de l'aide au développement.

Le présent cadre stratégique sera ainsi le document de référence de la lutte contre le Sida pour tous les partenaires opérationnelles et les partenaires techniques et financiers, pendant la période 2012-2016. Pour être financées, les activités doivent préalablement être intégrées dans les plans opérationnels multisectoriels de l'année concernée.

La gestion financière des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN se fera selon un mécanisme qui prend en compte les faiblesses relevées au cours de l'analyse de la réponse. Ce mécanisme sera basé sur les procédures nationales et en accord avec les manuels de procédures des différentes conventions.

La CN/CNLS dispose d'une Unité Administrative et financière qui sera chargée de traiter toutes les informations relatives au financement de la lutte contre le Sida dans le pays et fera un point périodique de la mobilisation des fonds pour le financement du cadre stratégique national de lutte contre le Sida.

La CN/CNLS jouant le rôle d'Agent Financier des fonds mobilisés pour la mise en œuvre du présent PSN devra mettre à la disposition des bénéficiaires de ces fonds, un manuel de gestion administrative, comptable et financière simplifié. Il sera fait obligation à tout bénéficiaire de gérer les fonds conformément aux procédures adoptées.

L'Unité de Gestion Fiduciaire sera dotée d'un auditeur interne qui procèdera aux audits internes périodiques des comptes de toutes les institutions et organisations bénéficiant de financement pour la mise en œuvre des activités du CSN 2012-2016.

La CN/CNLS recrutera chaque année un auditeur financier externe qui sera chargé de réaliser l'audit externe des comptes des projets VIH de toutes les parties prenantes de la réponse nationale au VIH et au Sida. Les rapports des audits internes et externes sont distribués aux partenaires d'exécution concernés, aux partenaires financiers, au Ministère des Finances et au Premier Ministre.

4.12 ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

Les trois risques majeurs suivant pouvant compromettre la mise en œuvre du CSN ont été identifiés :

- Risque de mise en œuvre insuffisante du CSN
- Risque de faible performance dans l'atteinte des résultats du CSN

- Risque de détournement des ressources allouées à la mise en œuvre du CSN

Le tableau suivant présente la synthèse des résultats de l'analyse de ces trois risques.

Tableau 7: Analyse et gestion des risques

Risque	Causes Facteurs de risque	Mesures d'atténuation
Risque de mise en œuvre insuffisante du CSN	Mobilisation insuffisante des ressources pour le financement du CSN	• Elaboration d'un document de mobilisation des ressources ; • Mobilisation permanente des ressources ; • Diversification des partenaires ; • Soumission des propositions aux différents rounds d'appel à propositions du Fonds Mondial ; • Suivi de la prise en compte du VIH dans les CDMT qui seront élaborés dans le cadre de la mise en œuvre du DSRP ; • Accroissement de la contribution de l'Etat au financement de la lutte contre le Sida. • Elaboration de plans opérationnels et mobilisation des ressources sur la base des plans élaborés
	Contexte local en matière de gouvernance ne favorisant pas l'engagement des bailleurs de fonds internationaux	Amélioration du contexte spécifique de gouvernance dans le cadre de la lutte contre le Sida en : • instaurant en principe le devoir de rendre compte et de veiller au respect strict des règles de passation des marchés. • systématisant les audits internes et externes des comptes de toutes les parties prenantes à la lutte contre le Sida ; • Prenant des sanctions contre les « mauvais élèves » en matière de gestion des fonds alloués à la lutte contre le Sida.
Risque de faible performance dans l'atteinte des résultats du CSN	Faibles capacités des parties prenantes dans l'orientation, la coordination et la mise en œuvre des interventions du CSN	• Renforcement des instances de coordination à tous les niveaux en ressources humaines qualifiés ; • Mise en place d'un plan d'assistance technique visant à améliorer les capacités nationales de mise en œuvre.
	Qualité insuffisante des prestations	• Elaboration d'un document de référence nationale pour tous les domaines de prestations ; • Constitution pour tous les domaines de prestations d'un pool national de formateurs agréés par l'autorité nationale, afin de garantir la qualité des formations ; • Développement des protocoles de contrôle de qualité de chaque prestation, et mise en place d'un dispositif de contrôle et d'amélioration progressive de la qualité des prestations.

Risque	Causes Facteurs de risque	Mesures d'atténuation
	Mauvaise qualité de la documentation des activités.	• Elaboration d'un document d'orientation sur la documentation des activités pour tous les domaines de prestations ; • Accompagnement dans la mise en place du système de documentation au niveau de chaque point de prestation ; • Contrôle systématique de la fiabilité des données avant leur transmission au niveau supérieur du circuit de collecte.
	Difficulté d'atteindre certaines zones du pays touchées par des conflits armés	• Contractualisation avec les ONG humanitaires pour les prestations des services VIH dans les zones touchées par les conflits armés
Risque de détournement des ressources allouées à la mise en œuvre du CSN	Absence de procédures pour la gestion des fonds au niveau des parties prenantes	• Evaluation systématique des capacités institutionnelles et managériales de chaque institution ou organisation recevant des fonds pour exécuter des activités de lutte contre le Sida ; • Développement et mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités pour chaque institution ou organisation assurant la mise en œuvre des activités de lutte contre le Sida. • Développement d'un guide d'orientation pour la gestion des fonds alloués à la lutte contre le Sida, à l'attention des agences d'exécution.
	Insuffisance du système de suivi financier des parties prenantes	Intégration dans l'Unité de Gestion Fiduciaire de la CN/CNLS d'une équipe chargée du suivi financier de toutes les institutions et organisations assurant la mise en œuvre des activités de lutte contre le Sida.
	Non application des recommandations de l'audit interne et des audits externes.	• Obligation pour chaque partenaire d'exécution d'établir un plan de mise en œuvre des recommandations des missions d'audit ; • Réalisation d'un point périodique de la mise en œuvre des recommandations des missions d'audit précédente par l'Auditeur Interne de la CN/CNLS. • Suspension de la collaboration avec les partenaires d'exécution qui ne mettent pas en œuvre les recommandations pertinentes des missions d'audit.

ANNEXES

Annexe 1 : Feuille de route du processus d'élaboration du CSN

N°	RESULTATS ATTENDUS	ETAPES & ACTIVITES	PERIODE	BESOINS EN APPUI TECHNIQUE	RESPONSABLE	OBSERVATIONS (PTF, ...)
ETAPE 1 : PREPARATION DU PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATEGIQUE						
1.1	Comité de pilotage mise en place et fonctionnel Arrêté du PM mettant en place le Comité de pilotage	Mettre en place un Comité de Pilotage du processus de planification et un comité restreint de coordination	Novembre 2010	Non	CNLS	Le Comité de pilotage est chargé de la gestion du processus, Présidé par le Coordonateur du CNLS
1.2	TDR de consultants disponibles	Elaborer les TDR pour les consultants nationaux et du consultant international	Novembre 2010	NA	CNLS	
1.3	2 Consultants nationaux et un international recrutés	Recruter les consultants nationaux et un consultant international	Novembre 2010	NA	CNLS	
1.4	Drafts disponibles	Elaborer & valider les TDR du processus y compris la méthodologie et la feuille de route	Novembre 2010	Consultants nationaux et international	CT de la CN/CNLS	
1.5	Membres du comité de pilotage formé	Mettre à niveau les membres du Comité de pilotage sur la planification axée sur les résultats (Formation de 3 jours)	Juillet 2011	Consultant international, CT CN/CNLS 4 experts nationaux	CNLS	Inclure les consultants et personnes ressources dans la formation
1.6	TDR disponible Méthodologie disponible Feuille de route disponible Budget du	Valider la méthodologie et la feuille de route pour tout le processus par le comité de pilotage	Novembre 2010	Consultant national et international	Comité de pilotage	

N°	RESULTATS ATTENDUS	ETAPES & ACTIVITES	PERIODE	BESOINS EN APPUI TECHNIQUE	RESPONSABLE	OBSERVATIONS (PTF, ...)
	processus disponible					
1.7	Adhésion des partenaires au processus Engagement de financement des différents partenaires Gap de financement dégagé	Organiser une réunion de plaidoyer et de mobilisation des ressources (technique et financier) et la désignation de représentants de haut niveau dans le processus	2010	NA	Comité de pilotage	Sous le parrainage du PM Partenaires au développement et les autres parties prenantes Suivi des engagements des partenaires
1.8	Liste nationale de revue planification disponible	Dresser une liste élargie des membres du comité de pilotage	Décembre 2010 Juin 2011	NA	Comité de pilotage	Toutes les parties prenantes et les niveaux décentralisés doivent être représentés
1.9	3 groupes de travail mis en place TDR des différents groupes disponibles Sous groupes établis	Organiser l'équipe en Groupes de travail thématiques (établir des TDR pour chaque groupe de travail thématique)	Décembre 2010 Juin 2011	NA	Président Comité National	
		ETAPE 2 : ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE - Connaître son épidémie -				
2.1	Documentation pour la revue disponible	Compilation des rapports d'évaluation, analyse, revue, études, activités et autres documents normatifs et directives au niveau national	Décembre 2010	NA	Comité de pilotage	
2.2	Rapports sectoriels disponibles	Exploitation des données nationales (santé et autres secteurs)	Décembre 2010	AT	Consultants Comité de pilotage	
2.3	Draft 0 analyse de la	Rédaction du rapport d'analyse de la	Décembre	AT	Consultants	

N°	RESULTATS ATTENDUS	ETAPES & ACTIVITES	PERIODE	BESOINS EN APPUI TECHNIQUE	RESPONSABLE	OBSERVATIONS (PTF, ...)
	situation disponible	situation	2010		Comité de pilotage	
2.4	Rapport analyse de la situation disponible	Atelier de validation des données au sein des différents groupes thématiques	Décembre 2010	AT	Consultants Comité de pilotage	
		ETAPE 2 : REVUE FINALE DU PSN EN COURS (ANALYSE DE LA SITUATION ET DE LA REPONSE) - connaître sa réponse -				
2.5	Réalisations, Forces et faiblesses, opportunité et menaces de la mise en œuvre identifiées	Analyse des thématiques : Prévention (incluant PTPE) ; prise en charge globale ; Coordination (CSN 2006-2010)	Nov 10- Mars 11	AT	Consultants Comité de pilotage	
2.6	Informations disponibles	Analyser les rapports institutionnels dans le Pays (CNLS, CCM, Ministère de la santé)	Nov 10- Mars 11	NA	Consultants Comité de pilotage	Lors des missions du FM/ LFA /JURTA
2.7	Fonctionnalité, Forces et faiblesses, opportunité et menaces identifiées	Analyser le système communautaire (GS, ONG) ; système de suivi/évaluation/ système de santé	Déc 2010	NA	Consultants Comité de pilotage	
2.8	Réalisation, Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces identifiées	Analyser la réponse des autres secteurs	Nov 10- Juin 11	NA	Consultants Comité de pilotage	
2.9	Rapports disponibles	Analyser les questions de Gouvernance, cadre institutionnel, capacités, gestion financière	Janv-Avril 2011	AT	Consultants Comité de pilotage	
2.10	Rapport intégré disponible	Valider le rapport d'analyse de la situation et de la réponse	Mars 2011	AT	Consultants Comité de pilotage	
		ETAPE 3 : Définition du cadre des résultats / choix des priorités				

N°	RESULTATS ATTENDUS	ETAPES & ACTIVITES	PERIODE	BESOINS EN APPUI TECHNIQUE	RESPONSABLE	OBSERVATIONS (PTF, ...)
3.1	Problèmes et priorités identifiées Cadre de résultats élaboré Indicateurs définis	Atelier national d'identification des priorités nationales et d'élaboration du cadre des résultats	Juin 2011	AT	CNLS Comité de pilotage	
3.2	Principaux axes stratégiques et modalités de mise en œuvre dégagées, y compris le cadre global de coordination et de suivi évaluation	Atelier de définition des stratégies nationales	Juin 2011	AT	CNLS Comité de pilotage	
		ETAPE 4 : Elaboration du plan Stratégique et du plan de suivi et évaluation (Formulation & validation de la stratégie nationale)				
4.1	Draft CSN et plan de suivi évaluation y compris le cadre de performance disponible	Elaborer le draft. du document	Juin-Juillet	AT	CNLS Consultants GAT S&E	
4.2	Rapport disponible	Atelier national de validation de la stratégie nationale de lutte contre le VIH et le Sida retenue pour les cinq prochaines années	Août 2011	NA	CNLS	
4.3	Drafts disponibles	Elaborer le draft. des plans sectoriels	Sept 2011	NA	CNLS SECTEURS	
4.4	Plans sectoriels disponibles	Atelier national d'élaboration et de validation des plans sectoriels (ministère, société civile, secteur privé, lancement, diffuser le plan	Octobre 2011	NA	CNLS SECTEURS	

N°	RESULTATS ATTENDUS	ETAPES & ACTIVITES	PERIODE	BESOINS EN APPUI TECHNIQUE	RESPONSABLE	OBSERVATIONS (PTF, ...)
		stratégique national)				
		ETAPE 5 : Elaboration & validation des outils de mise en œuvre et budgétisation				
5.1	Drafts disponibles	PO, PNS&E, PAT,	Septembre-décembre 2011	NA	CNLS, GAT S&E	
5.2	Draft disponible	Elaborer le plan de développement des capacités à partir des besoins des acteurs selon les thématiques et inclure l'estimation des coûts	Octobre-décembre 2011	AT	Comité de pilotage Consultants	
5.3	Draft disponible	Elaborer le plan de mobilisation des ressources avec une estimation des coûts	Octobre 2011	NA	CNLS Consultants	
5.4	Plans disponibles	Atelier de validation de PO et de plan de S&E, plan de développement des capacités et d'AT, et plan de mobilisation des ressources	Octobre-décembre 2011	NA	CNLS Comité de pilotage Consultants	
5.5	Adhésion et ressources mobilisées	Visite de plaidoyer auprès des Ministres clé et partenaires clé pour appropriation et mobilisation des ressources	Mars 2011-Janv 2012	NA	CNLS ONUSIDA	
		ETAPE 6 : Appui à l'élaboration des programmes d'action sectoriels et décentralisés sur base du plan d'action de référence et du plan de suivi & évaluation				
6.1	Plans disponibles	Organiser un atelier national pour l'élaboration des Plans d'action sectoriels	Octobre-décembre 2011	NA	CNLS SECTEURS	
6.2	Plans disponibles	organiser, au niveau de chaque région un atelier pour la vulgarisation du PSN et l'élaboration des programmes d'action décentralisés des préfectures/districts	Octobre-décembre 2011	NA	CNLS CPLS/ ETP	

N°	RESULTATS ATTENDUS	ETAPES & ACTIVITES	PERIODE	BESOINS EN APPUI TECHNIQUE	RESPONSABLE	OBSERVATIONS (PTF, ...)
6.3	Plans disponibles	organiser un atelier pour la vulgarisation du PSN et l'élaboration des programmes d'action des organisations de la société civile	Octobre-décembre 2011	NA	CNLS ONG	
6.4	Plans diffusés aux principaux partenaires et niveau décentralisé	Diffuser largement le document de PSN, le Plan d'action et le Plan de S&E	Octobre-décembre 2011	NA	CNLS PARTENAIRES	

Annexe 2 : Tableaux additionnels sur les résultats des estimations

Tableau a (réf MBR : B1): Besoins globaux de ressources en FCFA par axe prioritaire du CSN 2012-2016 de lutte contre le VIH et le sida en RCA

Axe prioritaire	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
Gouvernance	3755988261	4384403073	5018269319	5659776212	6309185331	25127622196	19,89
Prévention	2950792520	4856737630	6790860431	8733902372	10681080486	34013373439	26,92
PTME	1214041713	1375938885	1551640928	1742120322	1948425028	7832166875	6,20
Prise en charge globale	10963410694	11426676749	11869917341	12320236192	12782421882	59362662858	46,99
Total	18884233187	22043756338	25230688020	28456035098	31721112726	126335825368	100,00
%	14,95	17,45	19,97	22,52	25,11	100,00	

Source: MBR RCA 2012-2016.

Tableau b (réf MBR : B2): Besoins de ressources en FCFA pour les activités de gouvernance en matière de VIH

Gouvernance du VIH	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
Environnement favorable	75641225	88296766	101062094	113981294	127059637	506041016	2,01
Gestion du programme	1210259594	1412748261	1616993496	1823700711	2032954192	8096656254	32,22
Recherche	226923674	264890299	303186281	341943883	381178911	1518123048	6,04
Suivi et évaluation	1210259594	1412748261	1616993496	1823700711	2032954192	8096656254	32,22
Achats et Magasins	181538939	211912239	242549024	273555107	304943129	1214498438	4,83
Ressources Humaines	548800336	640620181	733236554	826969328	921856724	3671483124	14,61
Équipement de laboratoire	302564899	353187065	404248374	455925178	508238548	2024164063	8,06
Total	3755988261	4384403073	5018269319	5659776212	6309185331	25127622196	100,00
%	14,95	17,45	19,97	22,52	25,11	100,00	

Source: MBR RCA 2012-2016.

Tableau c (réf MBR : B3): Besoins de ressources en FCFA pour les activités de prévention du VIH

Prévention du VIH	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
Populations clés	387475358	1415744565	2428551579	3405094715	4339402584	11976268800	28,62
Populations vulnérables	78676032	87853270	96372303	104291677	111665731	478859013	1,14
Population générale	649744136	1010334503	1367782623	1721192057	2069647428	6818700747	16,29
Prestation de services	1441403342	1890538793	2382370198	2918971183	3502046806	12135330323	29,00
Soins de santé	390879161	446880649	507462588	572925040	643604774	2561752213	6,12
Violence contre les femmes	2614491	5385851	8321140	11427699	14713163	42462344	0,10
PTME	1214041713	1375938885	1551640928	1742120322	1948425028	7832166875	18,72
Total	4164834233	6232676515	8342501359	10476022694	12629505513	41845540315	100,00
%	9,95	14,89	19,94	25,03	30,18	100,00	

Source: MBR RCA 2012-2016.

Tableau d (réf MBR : B4): Besoins de ressources en FCFA pour la prise en charge globale

Prise en charge globale	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
Thérapie antirétrovirale	5603760640	6294423149	6972973290	7656670934	8345534041	34873362054	58,75
Soins et prophylaxie en l'absence de TARV	1121988977	1066588634	1005907277	9466593384	891359586	5032503812	8,48
Soins des orphelins	4237661077	4065664967	3891036774	3716905920	3545528255	19456796992	32,78
Total	10963410694	11426676749	11869917341	12320236192	12782421882	59362662858	100,00
%	18,47	19,25	20,00	20,75	21,53	100,00	

Source: MBR RCA 2012-2016.

Annexe 3 : Résumé des indicateurs démographiques

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fécondité						
ISF	4,55	4,46	4,38	4,3	4,22	4,14
TBR	2,24	2,2	2,16	2,12	2,08	2,04
TNR	1,72	1,7	1,68	1,66	1,63	1,61
Age moyen de procréation	30	29,9	29,7	29,6	29,5	29,4
Rapport enfants-femmes	0,6	0,59	0,59	0,58	0,57	0,57
Mortalité						
EV hommes	46,4	47,1	47,8	48,5	49,1	49,7
EV femmes	50,2	51	51,8	52,6	53,4	54,2
EV totale	48,3	49,1	49,9	50,6	51,3	52
TMI	98,4	96,7	95	93,5	92	90,5
TM-5	162,1	158,7	155,5	152,6	149,7	146,9
Immigration						
Hommes	849	949	899	699	499	300
Femmes	849	949	899	699	500	300
Total	1 698	1 898	1 798	1 398	999	599
Taux vitaux						
TBN pour 1000	34,5	34,2	34	33,7	33,4	33,1
TBM pour 1000	15,8	15,4	14,9	14,5	14,1	13,7
Naissances et décès annuels						
Naissances	154 904	156 688	158 520	160 359	162 063	163 582
Décès	71 095	70 337	69 629	68 986	68 381	67 880
Population						
Total	4 488 010	4 575 587	4 665 569	4 757 618	4 851 571	4 947 153
Hommes	2 205 232	2 248 554	2 293 012	2 338 433	2 384 729	2 431 763
Femmes	2 282 778	2 327 033	2 372 557	2 419 185	2 466 842	2 515 390
Proportion des personnes de 0 à 4 ans	14,73	14,65	14,58	14,51	14,42	14,33
Proportion des personnes de 5 à 14 ans	25,39	25,17	24,93	24,71	24,49	24,29
Proportion des personnes de 15 à 24 ans	20,64	20,61	20,57	20,53	20,48	20,42
Proportion des personnes de 15 à 49 ans	48,7	49,01	49,33	49,63	49,91	50,16
Proportion des personnes de 15 à 64 ans	55,99	56,32	56,64	56,96	57,27	57,57

Proportion des personnes de 65 ans et plus	3,89	3,87	3,85	3,83	3,81	3,8
Proportion des femmes de 15 à 49 ans	48,32	48,61	48,91	49,19	49,47	49,71
Rapport de masculinité	96,6	96,63	96,65	96,66	96,67	96,68
Rapport de dépendance	0,79	0,78	0,77	0,76	0,75	0,74
Age moyen	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0

Annexe 4 : Tableau récapitulatif élargi des données de projection nationale

Indicateurs/cibles	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Adultes et enfants vivant avec le VIH	116 288	114 024	111 463	108 978	106 414	104 204	102 188
Adultes (15 ans et plus) vivant avec le VIH	106 500	105 660	104 527	103 210	101 951	100 863	99 943
Femmes (15 ans et plus) vivant avec le VIH	63 868	63 365	62 689	61 905	61 161	60 520	59 984
Enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH	19 688	18 866	18 029	17 198	16 365	15 543	14 740
Prévalence adultes	4,84	4,66	4,47	4,29	4,11	3,94	3,79
Prévalence (Hommes âgés de 15 à 24 ans)	1,3	1,26	1,22	1,18	1,14	1,1	1,06
Prévalence (Femmes âgées de 15 à 24 ans)	3,1	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5
Prévalence (Enfants âgés de 0 à 14 ans)	1,12	1,06	1,00	0,95	0,89	0,83	0,78
Nouvelles infections (Adultes)	7 221	7 064	6 869	6 715	6 517	6 321	6 129
Nouvelles infections (Enfants)	2 082	1 926	1 830	1 722	1 609	1 500	1 396
Décès annuels dus au sida	9 117	9 106	9 155	9 096	8 756	8 294	7 838
Décès annuels dus au sida (Adultes)	7 516	7 577	7 690	7 725	7 473	7 102	6 735
Décès annuels dus au sida (Enfants)	1 601	1 529	1 465	1 371	1 283	1 193	1 103
Besoin de thérapie ARV (Adultes de 15 ans et plus)	31 966	33 667	51 114	51 555	51 723	51 908	52 235
Besoin de thérapie ARV (Enfants de 0 à 14 ans)	10 226	9 787	10 718	10 239	9 756	9 302	8 852
Mères ayant besoin de PTME	6 325	6 138	5 938	5 733	5 530	5 335	5 150
Orphelins du sida	128 604	123 841	119 418	115 224	110 924	106 428	101 654
Population des PVVIH (Adultes de 15 à 49 ans)	101 953	100 767	99 263	97 555	95 864	94 281	92 792
Nombre de nouvelles infections au VIH	9 303	8 990	8 699	8 437	8 126	7 821	7 525
Incidence (Adultes de 15 à 49 ans)	0,35	0,33	0,32	0,3	0,28	0,27	0,26
Décès annuels dus au sida (Enfants de 1 à 4 ans)	461	412	403	377	348	322	296
Femmes enceintes en besoins de TARV	2 431	2 392	2 336	2 242	2 129	2 024	1 929

Annexe 5 : Liste des participants au processus d'élaboration du CSN

N°	Nom et Prénoms	Institution/Responsabilité
CN/CNLS		
1.	Pr Nestor Mamadou NALI	Coordonnateur national,
2.	Mr Léon BANGO	Coordonnateur national Adjoint
3.	Dr Antoinette GODY BOKA	Conseiller en Santé Publique
4.	Mr Davy MOKOSSO	Conseiller suivi évaluation
5.	Dr FIOMONA Ludovic	Expert Three Ones
6.	Dr MBOUSSOU Franck	Consultant ONUSIDA, C T du Coordonnateur National
7.	Mr Alfred PONGUELE	Conseiller Financier
8.	Dr MASSANGA Marcel	Conseiller en Epidémiologie
9.	Dr BATE Lucien	Responsable du S-E programmes financés par le Fonds Mondial,
10.	Dr NDANGA Séraphin	Expert National VIH
11.	Mr MBENDA Jean Vincent	Conseiller en NTIC
12.	Mme TANGA Valérie	Conseiller chargé des ETP
13.	Mme NGUELEBE Edwige	Conseiller chargée des ONG/OAC
14.	Dr YETE Marie Laure	Expert GAS
15.	Mr Ducor M.	Consultant MBR
16.	Dr Kouaboussou André	Point focal IBLT
17.	NIAKAMATCHI Bertin Gustave	Point focal IFCOC
SECTEUR DE LA SANTÉ		
18.	Dr LONGO Jean de Dieu	Directeur lutte contre IST/SIDA/TB
19.	Dr DIEMER St Calvaire Henri	Coordonnateur du Programme National d'Accès aux Antirétroviraux
20.	Dr MONGBAZIAMA Honoré	Chef du Service de Lutte contre les IST et le VIH/Sida
21.	Dr GUIFARA Gilbert	Coordonnateur de la PEC du VIH/Sida pédiatrique
22.	Dr NDANGA Octavie	Chef du Service de la Prévention Parents-Enfant du VIH
23.	Dr FIKOUMA Valentin	Médecin chef du CTA Hôpital Communautaire
24.	Dr NGBALI Joseph	Chef du Service National de Lutte contre la Tuberculose
25.	Dr Désiré KOMANGOYA	Adjoint au Chef du Service National de Lutte contre la Tuberculose
26.	Dr BANGAMINGO Jean Pierre	Chargé de Mission responsable du PNDS 2
27.	NGAHOUNOU Hippolyte	Chargé des Centres de Conseil Dépistage Volontaire du VIH
28.	Dr KOZEMAKA Abdoulaye	Directeur du CNTS
29.	Dr MBEKO SIMALEKO Marcel	Directeur du Centre de Référence des IST et de la TARV
30.	Dr BOSSOKPI Igor	Directeur ai de l'UCM
31.	Dr AGUIDE SOUMOUK	Médecin à la DSFP

N°	Nom et Prénoms	Institution/Responsabilité
32	Dr YAZIPO Dieudonné Eucher	Médecin, MSPPLS
	SECTEURS HORS SANTÉ	
33	Dr GBAGBANGAI Eudes	Coordonnateur du Comité Militaire de Lutte contre le Sida
34	Dr DOUMA Noelly	Directrice de la Médecine du Travail , Ministère Fonction Publique
35	SEKELA Raymond	Point focal VIH/Sida du Ministère de l'Education Nationale
36	NGAYA Alfred le Grand	Directeur Général de la Jeunesse
37	LAOUNDAY Jean Michel	Point focal de la Cellule de lutte contre le Sida du MJSAC
38	MOZIALO NVENDO Luc	Président du RECAPEV
39	SODEA Freddy Stephan	Coordonnateur du CIEE du Centre Catholique Universitaire de Bangui
40	NGUEMA Parfait Odilon	Animateur du CIEE du CCUB
41	TERE Bosco Charlemagne	Animateur du CIEE du CCUB
42	NAMDENGANANA Martial	Animateur du CIEE du CCUB
43	MOKPIE Bernard	Administrateur du RECAJELS
44	Mme GOUNINDJI Marie Claude	Directrice Générale des Affaires Sociales
45	Mme SEREMANDJI Marcelline	Chef du Service de Prévention et de Prise en Charge Psychosociale du VIH et du Sida
46	NGUEREFA Paul Bernard	Coordonnateur Adjoint du RONALSI
47	NDOTIGA Alphonse-	Directeur National des Programmes de l'ACABEF
48	Mlle ONISSE Laure	Chargée d'IEC à l'ACABEF
49	ALI Mouhamadou SANI	Coordonnateur du CISJEU
50	SEGOROYE Guy Alain	Conseiller pour le CDV au CISJEU
51	Mlle SENGUE Popotin Natacha	Présidente de l'Association des Filles Libres de Centrafrique pour la lutte contre le Sida
52	HAMADJIDA Bernard	Chargé d'IEC au M J SAC
53	SENDE Arsène	Coordonnateur du RCED
54	OUASSONGO Hyacinthe	Coordonnateur de PSI/ACAMS Centrafrique
	PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	
55	Dr MBONYINGINGO Christine	Coordonnatrice Pays ONUSIDA
56	Dr NTIBANYIHA Jeanine	Chargée de Programme VIH, OMS
57	Mme NDOLI Cécile	chargée de Programme, UNICEF
58	NTAKIRUMANA Juvénal	Chargé du programme Sida, PAM
59	Mr BIAPENG Maxime	Chargé du programme ;UNHCR
60	Dr SOBELA Suzanne	Chargée de Programme VIH, UNFPA
61	Dr Awa Sepou Marie Christine	OMS
62	Dr CHAUMENTIN Jules	Conseiller Technique du Ministre de la Santé
63	Dr KUVULA José	Expert OMS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)**, 2003 RCA ;
2. **Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale** : Rapport synthèse des résultats du troisième recensement général de la population et de l'habitat 2003. Bangui, 2000 ;
3. **Programme Alimentaire Mondial** : Analyse globale de la vulnérabilité et de la sécurité alimentaire (AGVSA). Rapport final, mai-juin 2009 (x1).
4. **Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales** : Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples couplée à la sérologie VIH et anémie en Centrafrique 2010. Bangui, 2011 (publication en cours).
5. **Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales** : Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples couplée à la sérologie VIH et anémie en Centrafrique 2006. Bangui, 2009.
6. **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)** : Rapport sur l'épidémie du Sida 2010, Feuilles de résultats. Genève, 2010.
7. **Direction Générale de la Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles** : Rapport sur les IST . Bangui, 2007.
8. **CNTS** : Statistiques du centre national de transfusion sanguine
9. **Comité Militaire de Lutte contre le Sida** : Etude Comportements, Attitudes et Pratiques couplée à la sérologie VIH chez les agents des Forces Armées Centrafricaines. Bangui, 2009.
10. **Comité National de Lutte contre le Sida** : Etude CAP chez les adolescents et les jeunes, Bangui 2010.
11. **Ministère de la santé publique, de la population et de la lutte contre le Sida** : Rapport SNIS 2008 et 2009
12. **Direction Générale de la Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles ; Comité National de Lutte contre le Sida** : Rapport de surveillance sentinelle du VIH 2006-2007. Bangui, 2007.
13. **Comité National de Lutte contre le Sida** : Etude sur la vulnérabilité au VIH liée au genre. Bangui, 2009.
14. **OCHA** : Conditions de vie et de retour des personnes déplacées internes et familles d'accueil en RCA. Bangui, 2008.
15. **Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale**. DSRP 2008-2010. Bangui , 2007.
16. **Comité National de Lutte contre le Sida** : Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida 2006-2010. Bangui, 2005.
17. **Ministère de la Santé Publique, de la Population et de Lutte contre le Sida** : Plan National de Développement Sanitaire 2006-2015. Bangui , 2006.
18. **World Food Program, United Nations Children's Fund** : Evaluation de la sécurité alimentaire en situation d'urgence des ménages ruraux du nord, des personnes vivant avec le VIH et des réfugiés soudanais. Bangui, 2007.

19. **Comité National de Lutte contre le Sida** : Estimation des flux des ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH/Sida et les IST. Bangui, 2009.
20. **Comité National de Lutte contre le Sida** : Rapport de l'étude sur la vulnérabilité des jeunes au VIH/Sida. Bangui, 2009.
21. **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)** : Le VIH et le commerce du sexe. Genève, 2003.

Liens internet

- ➡ <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>.
- ➡ <http://www.izf.net/pages/loi-de-finances-2009-de-la-republique-centrafricaine/16137/>.