ZO KWE ZO

UNITÉ DIGNITÉ TRAVAIL

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Unité – Dignité – Travail

PRÉSIDENCE DE LA RÉPUBLIQUE

Comité National de Lutte contre le VIH et SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (CNLS-TP)

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL INTEGRE

DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES, LES HÉPATITES VIRALES, LA TUBERCULOSE et LE PALUDISME

2027 - 2031

VIH / SIDA | INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES | HÉPATITES VIRALES | TUBERCULOSE | PALUDISME

Table des matières

TABLE DES MATIERES 1
SIGLES ET ABREVIATIONS 6
LISTE DES TABLEAUX 8
LISTE DES GRAPHIQUES 8
PREFACE 0
AVANT-PROPOS 1
RESUME EXECUTIF 3
INTRODUCTION 8
1. CONTEXTE DU PAYS 10
1.1. SITUATION DEMOGRAPHIQUE ET SOCIOECONOMIQUE 10
1.1.1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE 10
1.1.2. CONTEXTE CLIMATIQUE 10
1.1.3. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE 11
1.1.4. SITUATION HUMANITAIRE 11
1.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE 12
1.2.1. PYRAMIDE SANITAIRE 12
1.2.2. SITUATION SANITAIRE 13
2. ANALYSE DE LA SITUATION 16
2.1. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE 16
2.1.1. VIH/SIDA 16
2.1.2. TUBERCULOSE 19
2.1.3. PALUDISME 21
2.1.4. HEPATITES VIRALES ET IST 22
2.1.5. COMORBIDITES 23
2.2. ANALYSE DES PILIERS DU SYSTEME DE SANTE 27
2.2.1. OFFRE DE SERVICE 27
2.2.2. RESSOURCES HUMAINES 27
2.2.3. INFRASTRUCTURES 28
2.2.4. PRODUITS DE SANTE, MEDICAMENTS, CONSOMMABLES MEDICAUX ET VACCINS 28
2.2.5. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE 28
2.2.6. FINANCEMENT DE LA SANTE 29
2.2.7. GOUVERNANCE 29
2.3. ANALYSE DES ASPECTS LIES AU GENRE ET AUX DROITS HUMAINS 31
2.4. ANALYSE DE LA REPONSE 34
2.4.1. REPONSE AU VIH 34
2.4.1.1. PREVENTION 34
2.4.1.2. PRISE EN CHARGE 36
2.4.1.3. LEVEE DE BARRIERES 39
2.4.1.4. GOUVERNANCE 40
2.4.2. REPONSE AUX IST 40

2.4.2.1. PREVENTION DES IST 40
2.4.2.2. PRISE EN CHARGE 40
2.4.2.3. GOUVERNANCE 40
2.4.3. HEPATITES VIRALES 41
2.4.3.1. PREVENTION 41
2.4.3.2. LA PRISE EN CHARGE 41
2.4.3.3. LA GOUVERNANCE 41
2.4.4. REPONSE AU TB 41
2.4.4.1. PREVENTION 41
2.4.4.2. PRISE EN CHARGE 42
2.4.4.3. LEVEE DES BARRIERES LIEES AUX DROITS HUMAINS ET A L'EQUITE 43
2.4.4.4. GOUVERNANCE ET LE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE 44
2.4.5. REPONSE AU PALUDISME 44
2.4.5.1. PREVENTION 44
2.4.5.2. PRISE EN CHARGE 48
2.4.5.3. LEVEE DES BARRIERES 50
2.4.5.4. GOUVERNANCE 50
2.4.6. CONTRIBUTION DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES A LA REPONSE 54
2.4.6.1. PREVENTION 54
2.4.6.2. LEVEE DES BARRIERES LIEES AUX DROITS HUMAINS ET A L'EQUITE 54
2.4.7. ANALYSE FFOM 54
2.4.8. DEFIS 56
2.4.8.1. LIES A LA LUTTE CONTRE LE SIDA OU HEPATITES VIRALES/IST 56
2.4.8.2. LIES A LA LUTTE CONTRE LA TB 56
2.4.8.3. LIES A LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME 56
2.4.8.4. LIES AUX PILIERS TRANSVERSAUX DU SYSTEME DE SANTE 56
2.5. PRIORISATION 59
2.5.1. CIBLES PRIORITAIRES 59
A) CIBLES POUR LE PROGRAMME VIH OU HEPATITES VIRALES/IST 59
B) CIBLES POUR LE PROGRAMME TB 59
C) PALUDISME 59
2.5.2. ZONES PRIORITAIRES 60
2.5.3. INTERVENTIONS PRIORITAIRES 60
2.6. IDENTIFICATION DES DOMAINES D'INTEGRATION (ZONES D'EFFICIENCE) 63
2.6.1. INTEGRATION DES SERVICES DE SANTE 63
2.6.2. INTEGRATION AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE 63
2.6.3. INTEGRATION DES SYSTEMES DE SOUTIEN 63
2.6.4. INTEGRATION PROGRAMMATIQUE ET DE LA GOUVERNANCE 63
2.6.5. INTEGRATION CENTREE SUR LE PATIENT ET LE CYCLE DE VIE 63
3. CADRE STRATÉGIQUE DE LA RÉPONSE 65
3.1. FONDEMENTS DE LA REPONSE 65
3.2. PRINCIPES DIRECTEURS 66
3.2.1. LEADERSHIP NATIONAL ET APPROPRIATION PAR L'ÉTAT 66
3.2.2. INTEGRATION DES SERVICES ET RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE 66
3.2.3. APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE, LES COMMUNAUTES ET LE PARCOURS DE VIE 66

3.2.4. ÉQUITE, GENRE, ETHIQUE ET DROITS HUMAINS 66
3.2.5. APPROCHE MULTISECTORIELLE ET PARTENARIATS STRATEGIQUES 67
3.2.6. DECENTRALISATION ET RENFORCEMENT DE L'ACTION AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE ET DES DISTRICTS SANITAIRES 67
3.2.7. INNOVATION, RECHERCHE OPERATIONNELLE ET UTILISATION DES TECHNOLOGIES 67
3.2.8. APPROCHE FONDEE SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET L'ACCES UNIVERSEL AUX SERVICES 67
3.2.9. GESTION AXEE SUR LES RESULTATS, REDEVABILITE ET BONNE GOUVERNANCE 67
3.3. ORIENTATIONS STRATEGIQUES 68
3.3.1. VISION 68
3.3.2. BUT 68
3.4. THEORIE DE CHANGEMENT 68
3.4.1. LOGIQUE GENERALE DU CHANGEMENT 68
3.4.2. DOMAINES STRATEGIQUES DU CHANGEMENT 68
3.4.2.1. RENFORCEMENT DES INTERVENTIONS DE PREVENTION INTEGREE 69
3.4.2.2. AMELIORATION DE L'ACCES AU DEPISTAGE, AU DIAGNOSTIC ET A LA PRISE EN CHARGE 69
3.4.2.3. REDUCTION DES BARRIERES D'ACCES ET RENFORCEMENT DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE 69
3.4.2.4. RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DU SYSTEME DE SANTE 69
3.4.3. RESULTATS ATTENDUS 70
3.4.4. HYPOTHESES ET CONDITIONS DE REUSSITE 70
3.5. CADRE DE RESULTATS 72
3.5.1. IMPACT 1 : REDUCTION DE L'INCIDENCE DES MALADIES 72
3.5.2. IMPACT 2 : REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE 77
3.5.3. IMPACT 3 TRANSVERSAL : AMELIORATION DE L'EQUITE ET DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE 78
3.5.4. IMPACT 4 TRANSVERSAL : RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DE LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE 80
4. RESILIENCE, HUMANITAIRE, SECURITE SANITAIRE ET CLIMAT 90
4.1. PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN 90
4.1.1. RISQUES SECURITAIRES ET HUMANITAIRES 90
4.1.2. RISQUES FINANCIERS 90
4.1.3. RISQUES LIES AU SYSTEME DE SANTE 90
4.1.4. RISQUES SANITAIRES 90
4.1.5. RISQUES LIES AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX 90
4.2. MESURES DE MITIGATION 92
4.2.1. RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DE LA COORDINATION 92
4.2.2. FINANCEMENT ET DURABILITE 92
4.2.3. RENFORCEMENT DES INFRASTRUCTURES 92
4.2.4. SYSTEMES D'INFORMATION ET SURVEILLANCE 92
4.2.5. RENFORCEMENT DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE 93

4.2.6. RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES 93
4.2.7. ADAPTATION AUX CONTEXTES LOCAUX 93
5. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL 95
5.1. DISPOSITIF DE COORDINATION ET D'EXECUTION 95
5.1.1. STRUCTURES DE COORDINATION 95
5.1.1.1. COORDINATION STRATEGIQUE 95
5.1.1.2. COORDINATION TECHNIQUE 96
5.2. SECTEURS D'INTERVENTION 98
5.2.1. SECTEUR SANTE 98
5.2.2. SECTEUR EN DEHORS DE LA SANTE 98
5.2.2.1. ACTEURS ETATIQUES 98
5.2.2.2. ACTEURS NON ETATIQUES 98
6. MISE EN ŒUVRE ET SUIVI-EVALUATION DU PSNI 100
6.1. MECANISME DE MISE EN ŒUVRE 100
6.1.1. PLANIFICATION OPERATIONNELLE 100
6.1.1.1. PLANIFICATION STRATEGIQUE NATIONALE 100
6.1.1.2. PLANIFICATION OPERATIONNELLE SECTORIELLE 101
6.1.1.3. PLANIFICATION DECENTRALISEE AU NIVEAU DES DISTRICTS SANITAIRES 101
6.1.1.4. OUTILS ET PROCESSUS DE PLANIFICATION 101
6.1.2. MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS SPECIFIQUES 101
6.1.2.1. PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE 101
6.1.2.2. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE 102
6.1.2.2.1. AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES 102
6.1.2.2.2. AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE 102
6.1.2.2.3. DOMAINES PRIORITAIRES 102
6.1.3. MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS TRANSVERSALES 102
6.1.3.1. APPROCHE DE MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS TRANSVERSALES 102
6.1.3.2. VALEUR AJOUTEE DE CE MODELE DE MISE EN ŒUVRE 102
6.2. SUIVI-EVALUATION DU PSNI 105
6.2.1. CADRE DE SUIVI-ÉVALUATION DU PSNI 105
6.2.2. ORGANISATION ET STRUCTURES DE SUIVI ET ÉVALUATION 105
6.2.2. COLLECTE DES DONNEES ET INFORMATIONS NON ROUTINIERES 106
6.2.3. ÉVALUATION DU PSNI 106
6.2.4. CADRE DE PERFORMANCE 106
7. FINANCEMENT DU PSN INTEGRE 110
7.2. CADRE D'ETABLISSEMENT DU BUDGET 110
7.3. BUDGET PAR IMPACT 110
7.4. BUDGET PAR EFFET 110
7.5. RESSOURCES ANNONCEES PAR PARTENAIRE ET PAR ANNEE 0
7.6. STRATEGIES DE MOBILISATION DES RESSOURCES 2
UN PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES SERA ELABORE POUR COMPLETER LE PSNI 2027-2031. 2
8. ANNEXES 0

Sigles et Abréviations

Sigles et Abréviations

ASC	Agent de Santé Communautaire
ASNU	Agences du Système des Nations Unies
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CHUP	Centre Hospitalo-Universitaire Pédiatrique
CHUASC	Centre Hospitalo-Universitaire de l'Amitié Sino-Centrafricaine
CHUC	Centre Hospitalo-Universitaire Communautaire
CHUMED	Centre Hospitalo-Universitaire Mama Domitien
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CNLS-TP	Comité National de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
CNRF	Centre National de Rééducation Fonctionnelle
CNRISTTAR	Centre National de Référence des IST et de la Thérapie Antirétrovirale
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRTD	Centre de Recherche et de Traitement de la Drépanocytose
DGPLM	Direction Générale de la Population et de la Lutte contre les Maladies
DHIS2	District Health Information System 2
DLMT	Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles
DS	District Sanitaire
DSFP	Direction de la Santé Familiale et de la Population
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités Menaces
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
ETP	Equipe Technique Préfectorale
HRU	Hôpital Régional Universitaire
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes
HTA	Hypertension Artérielle
IPB	Institut Pasteur de Bangui
IST	Infection Sexuellement Transmissibles
LNBCSP	Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTN	Maladies Tropicales Négligées
ODD	Objectifs de Développement Durables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PCOS	Plateforme Centrafricaine des Organisation de la Société Civile
PCR	Polymerase Chain Reaction (Réaction de Polymérisation en Chaîne)
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
POS	Procédures Opératoires Standardisées
PrEP	Prophylaxie pré exposition
PS	Professionnelle du Sexe
PSNI	Plan Stratégique National Intégré
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RCA	République Centrafricaine
RHS	Ressource Humaine de Santé
SIGL	Système d'Information et de Gestion Logistique
SLMNT	Service de la Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
SLMT	Service de la Lutte contre les Maladies Transmissibles
SLMTN	Service de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
TB	Tuberculose
TB_MR	Tuberculose Multi-Résistante
TIC	Technique de l'Information et de la Communication
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPT	Traitement Préventif de la Tuberculose
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1 : Structure par âge de la population 11
Tableau 2 : Densité du personnel de santé en 2024 28
Tableau 3 : Résultats de la distribution de MII dans les écoles de la RS1 46
Tableau 4 : Description des produits de l'impact 1 73
Tableau 5 : Description des produits de l'impact 2 77
Tableau 6 : Description des produits de l'impact 3 transversal 78
Tableau 7 : Chaine de résultats de l'impact 4 transversal 80
Tableau 8 : Projection des indicateurs clés d'impact et d'effet des 5 maladies à l'horizon 2031106
Tableau 9 : Répartition du budget par impact 110
Tableau 10 : Répartition du budget par effet 110

Liste des graphiques

Figure 1 : Carte géographique de la RCA 10
Figure 2 : Pyramide sanitaire de la RCA en 2026 13
Figure 3 : Evolution de la prévalence du VIH chez les 15 à 49 ans en RCA de 2014 à 2025 17
Figure 4 : Distribution de la prévalence de l'infection à VIH par district sanitaire en RCA, en 2024 17
Figure 5 : Evolution de l'incidence du VIH pour 1000 personnes non-infectées en RCA de 2014 à 2024 du VIH 18
Figure 6 : Evolution du nombre de décès liés au VIH/sida en RCA de 2014 à 2025. 19
Figure 7 : Evolution de l'incidence de la tuberculose de 2015 à 2024 en RCA 19
Figure 8 : Evolution de la mortalité liée à la tuberculose chez les VIH négatifs en RCA de 2015 à 2024 20
Figure 9 : Evolution de la prévalence de la tuberculose MR/RR parmi les nouveaux cas en RCA de 2015 à 2024 20
Figure 10 : Evolution de la mortalité liée à la tuberculose chez les VIH négatifs en RCA de 2015 à 2024. 21
Figure 11 : Evolution de l'incidence du paludisme (confirmé) de 2021 à 2025, en RCA 21
Figure 12 : Evolution du taux de mortalité liée au paludisme en RCA pour 100 000 habitants de 2015 à 2024, selon les estimations de l'OMS. 22
Figure 13 : Mortalité proportionnelle du paludisme tout âge confondu, chez les moins de 5 ans et les 5 ans et plus de 2021 à 2025 22
Figure 14 : Evolution des cas d'HTA de 2020 à 2025 en RCA 24

Figure 15 : Nombre de dépistage du cancer de l'utérus en 2029 25
Figure 16 : Distribution des FOSA en RCA en 2024 27
Figure 17 : Cascade PTPE chez le nourrisson exposé en 2025 34
Figure 18 : Cascade PTPE chez la femme enceinte en 2025 34
Figure 19 : Cascade des enfants 0-14 ans (3x95%). 35
Figure 20 : Evolution du dépistage chez les adultes de 2023-2025 36
Figure 21: Cascade des enfants 0-14 ans (3x95%). 37
Figure 22 : Cascade globale des 3x95%. 38
Figure 23 : Cascade des Hommes ayant des rapports avec des hommes..... 39
Figure 24 : Cascade des Professionnelles du sexe 39
Figure 25 : Taux de notification des cas TB (nouveaux cas et rechutes) par Préfecture 2025 42
Figure 26 : Taux de succès thérapeutique par DS en 2023 et 2024 43
Figure 27 : Nombre de MII distribuées de 2020 à 2025 44
Figure 28 : Nombre de MII distribuées en SPN 45
Figure 29 : Proportion de femmes enceintes à la SPN ayant reçu TPIg 1 et TPIg 3 de 2023 à 2025..... 47
Figure 30 : Proportion des enfants éligibles ayant reçu le vaccin contre le paludisme par RS et RCA 48
Figure 31: Nombre de cas de paludisme simple enregistré dans les FOSA de 2023 à 2025 49
Figure 32 : Tendances de proportion de prise en charge du paludisme au niveau communautaire de 2023 à 2025. 50

Préface

La réponse à la pandémie du VIH/Sida dure depuis plusieurs décennies. Désormais, le monde dispose des moyens pour mettre fin au SIDA qui constitue une menace pour la santé publique d'ici 2030, un engagement inscrit dans l'objectif du développement durable (ODD). Cette stratégie a permis de réduire le nombre de personnes nouvellement infectées et le nombre de décès en 2024 grâce à l'augmentation du nombre de personnes mis sous traitement antirétroviral dans le monde en général et en République Centrafricaine en particulier. Ce succès obtenu grâce à la conjugaison de plusieurs facteurs à savoir : le leadership des politiques, l'activisme et l'engagement des sociétés civiles et de la communauté, le partenariat et la collaborations multisectorielle, l'innovation et les preuves scientifiques, les instruments juridiques et un système efficace de suivi tant au niveau national qu'international, se heurte à de nombreux défis comme : L'émergence des zoonoses et d'autres maladies à potentiel épidémique, la rareté des ressources au niveau mondial, les changements climatiques. Ces nouveaux défis obligent les nations à intégrer leurs stratégies de lutte. C'est dans ce contexte que mon Gouvernement a initié en 2023, la réforme du Comité National de Lutte contre le SIDA, afin d'intégrer d'autres pathologies à transmission verticale du VIH et autres comorbidités liées à ce fléau comme : le paludisme, la tuberculose, les hépatites virales B et C, la syphilis, les maladies métaboliques et la nutrition. Cette réforme avait pour objectif d'optimiser les ressources, d'intégrer les interventions et d'assurer une meilleure coordination multisectorielle de la réponse aux maladies. L'élaboration de ce plan stratégique national intégré (PSNI) s'inscrit dans ce processus.

La mise en œuvre de ce plan obéi aux principes d'intégration des services, d'approche centrée sur la personne, la communauté, le partenariat stratégique, d'approche multisectorielle, d'innovation, de recherche opérationnelle et surtout d'équité. Le succès de sa mise en œuvre dépendra de l'appropriation et de l'engagement de tous. J'invite instamment et urgemment chaque secteur à en faire sien les orientations proposées.

Pour ma part, en ma double qualité du Président de la République, Chef de l'Etat et du Président CNLS-TP, j'engagerai solennellement mon gouvernement et les institutions de la République dans la mobilisation des ressources, le soutien et l'engagement total dans la mise en œuvre de ce plan.

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

Le Président de la République, Chef de l'Etat,
Président du Comité National de Lutte contre le VIH/Sida,
la Tuberculose et le Paludisme

République Centrafricaine
Le Président

Professeur Faustin Archange TOUADERA

Avant-propos

La réponse à la pandémie du VIH/Sida dure depuis plusieurs décennies. Sur le plan de santé publique, nous avons enregistré de nombreux de succès. Ce qui a permis de réduire à son niveau le plus bas le nombre de décès liés au sida en 2024, de réduire la prévalence générale à 2,4% en 2024 et d'augmenter le nombre de la couverture antirétrovirale à plus de 66% dans le pays. Cependant, la prévalence élevée de certaines maladies à transmission verticale du VIH comme les hépatites virales B et C, certaines comorbidités liées au VIH ont nécessité une intégration des actions de lutte surtout dans un contexte de rareté de ressources. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'élaboration de ce Plan Stratégique National intégré 2027-2031 dont le processus est basé sur l'inclusion et la participation de tous les acteurs. Ce plan intégré adopte une approche de planification basée sur les résultats contrairement aux approches traditionnelles basées principalement sur la définition d'objectifs.

Ainsi, au nom de leurs excellences, **Pr Faustin Archange TOUADERA**, Président de la République, Chef de l'Etat, Président du Comité National de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (CNLS-TP) et **Félix MOLOUA**, Premier Ministre, Chef du Gouvernement, 1er Vice-Président du CNLS-TP, j'adresse mes vifs remerciements aux différents experts techniques tant au niveau national qu'international ainsi qu'aux partenaires techniques et financiers qui n'ont ménagé aucun effort pour conduire à terme ce processus.

Le Ministre Coordonnateur du CNLS-TP

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA
ST - CNLS
LE COORDONNATEUR
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Pr Wilfrid Sylvain NAMBEI

Résumé exécutif

Résumé exécutif

Le présent Plan Stratégique National Intégré adopte une approche de planification basée sur les résultats, qui met l'accent sur les changements mesurables et durables attendus en matière de santé publique et de performance du système de santé. Contrairement aux approches traditionnelles centrées principalement sur la définition d'objectifs, cette démarche privilégie l'identification des résultats et des impacts à atteindre, afin de mieux orienter les interventions et d'en assurer le suivi et l'évaluation. Les interventions prioritaires sont celles qui ont un fort impact démontré. Ce sont :

En matière de prévention :

- Extension du dépistage intégré multi-maladies (VIH, TB, hépatites, IST, paludisme) dans les formations sanitaires et la communauté ;
- Renforcement de la prévention combinée du VIH, notamment auprès des populations clés (PrEP, préservatifs, dépistage différencié) ;
- Renforcement de la PTME intégrée (VIH, syphilis, hépatite B, paludisme) ;
- Introduction de la dose à la naissance du vaccin contre l'hépatite B et l'amélioration de la couverture vaccinale ;
- Intensification de la lutte antivectorielle et de la chimio-prévention du paludisme, notamment dans les zones non couvertes ;
- Renforcement de la prévention de la tuberculose (recherche des cas contacts, TPT).

En matière de prise en charge :

- Amélioration de la cascade de soins VIH ;
- Extension du diagnostic moléculaire et de la prise en charge de la TB-MR ;
- Amélioration de la prise en charge du paludisme grave ;
- Développement progressif de la prise en charge des hépatites virales ;
- Intégration de la prise en charge des comorbidités (HTA, diabète).

En matière de systèmes et approches transversales :

- Renforcement du système d'information sanitaire (DHIS2) ;
- Amélioration de la disponibilité des intrants et médicaments ;
- Développement des ressources humaines en santé ;
- Renforcement de l'engagement communautaire et des interventions de proximité.

Le choix de ces priorités est basé sur l'analyse approfondie de la situation épidémiologique qui a montré une baisse significative de la prévalence du VIH. Cependant, l'épidémie reste généralisée. La tuberculose demeure une urgence de santé publique en RCA. Malgré une baisse lente mais continue de l'incidence, le pays reste encore loin de la cible internationale de réduction de 50 % prévue pour 2025. Le paludisme constitue le principal problème de santé publique en RCA. L'incidence reste alarmante et quasiment inchangée depuis dix ans. La situation est encore plus grave chez les enfants de moins de cinq ans, où l'incidence dépasse les 1 280 cas pour 1 000. La RCA fait face à une hyper-endémicité persistante du virus de l'hépatite B (VHB). La prévalence nationale atteint 11,7 % en 2024, mais le chiffre le plus préoccupant concerne les enfants de moins de 5 ans, chez qui la prévalence est de 5 %, révélatrice d'une transmission périnatale et précoce significative.

L'analyse de la réponse a mis en évidence des progrès notables dans certains domaines, notamment en matière de prise en charge du VIH, de lutte contre la tuberculose et de contrôle du paludisme, mais reste marquée par des insuffisances importantes en termes de couverture, d'intégration des services, de qualité des interventions et de performance opérationnelle.

Dans le domaine du VIH, le taux de suppression virale demeure faible, limitant l'efficacité de la stratégie « Traitement = Prévention ». La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) présente une couverture encore limitée. Dans certaines zones comme le Haut-Mbomou, les taux de transmission mère-enfant atteignent 25 à 28,7 %. En ce qui concerne la prise en charge, environ 66 915 personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement antirétroviral en 2024, correspondant à une couverture estimée à 66 % chez les adultes et 38 % chez les enfants

Dans le domaine des IST, les performances restent globalement faibles. Les approches syndromiques utilisées sont devenues obsolètes. S'agissant des hépatites virales, la prévention repose essentiellement sur la vaccination infantile dans le cadre du Programme élargi de vaccination. Cependant, les couvertures vaccinales restent insuffisantes.

Dans le domaine de la tuberculose, les interventions de prévention reposent principalement sur le dépistage des cas présumés, la recherche active de cas et la prévention ciblée chez les groupes à risque. L'introduction et l'extension de la technologie GeneXpert ont permis d'améliorer significativement les capacités diagnostiques. Les résultats en matière de traitement sont globalement satisfaisants, avec des taux de succès thérapeutique de 90 % en 2023 et 86 % en 2024.

En ce qui concerne le paludisme, les stratégies de prévention comprennent la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPIg) et les interventions communautaires. Des progrès ont été enregistrés, notamment avec une couverture du TPIg3+ dépassant 50 %. La prise en charge s'est améliorée, notamment dans les structures hospitalières.

En plus des interventions, des zones prioritaires ont été identifiées :

- Les districts sanitaires à forte charge de VIH, notamment Haut-Mbomou, Bangui 1 et Bangui 2, où les prévalences sont les plus élevées ;
- Les zones à forte incidence du paludisme, particulièrement dans les zones à forte transmission et chez les enfants ;
- Les zones à forte incidence de tuberculose, où les défis de détection précoce et de continuité des soins persistent ;
- Les zones du Nord du pays, où certaines interventions comme la chimio-prévention saisonnière du paludisme ne sont pas encore mises en œuvre ;
- Les zones affectées par l'insécurité et les crises humanitaires, caractérisées par des difficultés d'accès aux services et des ruptures de continuité des soins ;
- Les zones rurales enclavées, avec faible densité de structures de santé et insuffisance de ressources humaines ;
- Les zones urbaines, notamment Bangui, avec forte concentration des structures mais aussi forte transmission du VIH et des IST.

Les principes directeurs du présent Plan Stratégique National Intégré constituent les fondements qui orientent la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions. Ils s'inspirent des orientations nationales de santé publique ainsi que des cadres stratégiques régionaux et internationaux, notamment ceux de l'OMS. Il s'agit entre autres de :

- Intégration des services et renforcement du système de santé ;

- Approche centrée sur la personne, les communautés et le parcours de vie ;
- Décentralisation et renforcement de l'action au niveau communautaire et des districts sanitaires ;
- Innovation, recherche opérationnelle et utilisation des technologies.

La vision du PSNI est celle d'une RCA où les épidémies de VIH/Sida, d'IST, d'hépatites virales, de tuberculose et de paludisme sont éliminés comme menace pour la santé publique. Pour évoluer vers cette vision, 4 impacts ont été retenus :

Impact 1 : Réduction d'au moins 90% de l'incidence du VIH/Sida, des IST, hépatites virales, de la tuberculose et du paludisme d'ici 2031. Les effets sont :

- 95% des populations à haut risque, les populations les plus exposées, et les populations à faible accès aux services, adoptent et maintiennent des comportements à moindre risque par la prévention combinée du VIH, de la tuberculose, du paludisme, de la syphilis et des hépatites virales B et C.
- La transmission de la mère à l'enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale B est réduite à moins de 2% à l'horizon 2031, en prenant en compte le paquet offert à la femme enceinte et au nouveau-né (traitement préventif intermittent, la distribution des MILD et la recherche de la tuberculose)

Impact 2 : Réduction d'au moins 90% de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/Sida, aux IST, aux hépatites virales, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2031. Cet impact a pour effets :

- 95% des enfants et adultes malades sont correctement pris en charge pour le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales et les IST selon les normes nationales à l'horizon 2031.
- 100% des coinfections et des comorbidités sont prises en charge selon les normes

Impact 3 : Réduction d'au moins 50% des inégalités d'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement et participation effective des communautés dans au moins 90% des cas. Il a pour effets :

- La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH, les patients tuberculeux, les patients souffrant des hépatites virales, du paludisme et des IST ainsi que les populations à haut risque et celles qui sont très exposées sont éliminées (moins de 10%) dans les structures de santé et les milieux communautaires
- La participation communautaire est renforcée dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales et les IST à l'horizon 2031.

Impact 4 : Mise en place d'ici 2031 de mécanisme efficace de gouvernance, de coordination multisectorielle et de système intégrés et digitalisés de gestion des données dans au moins 90% des districts sanitaires. Il a pour effets :

- La pérennité de la réponse au Sida, à la tuberculose, au paludisme, aux hépatites virales et aux IST est assurée à travers une coordination renforcée et un leadership maintenu au plus haut niveau.
- Les ressources financières nécessaires à la riposte sont mobilisées de manière durable, prévisible et croissante, avec un renforcement progressif des financements domestiques

pour assurer une riposte efficace contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales et les IST à l'horizon 2031.

- Le système de santé est renforcé pour une meilleure prise de charge du VIH, de la tuberculose, du paludisme, des hépatites virales et des IST à l'horizon 2031.

Les principaux risques liés à la mise en œuvre du plan sont :

- **Risques sécuritaires et humanitaires** : La persistance de l'insécurité dans certaines régions du pays peut limiter l'accès aux populations et entraver la mise en œuvre des activités de prévention, de dépistage et de prise en charge.
- **Risques financiers** : Le financement des programmes de lutte contre les maladies ciblées dépend largement de l'aide extérieure. Une réduction ou un retard dans les financements internationaux pourrait compromettre la mise en œuvre des interventions prévues.
- **Risques liés au système de santé** : Plusieurs défis structurels du système de santé peuvent affecter la mise en œuvre du plan (insuffisance des ressources humaines qualifiées, faibles capacités de gestion et de coordination et les ruptures d'approvisionnement en médicaments et intrants).
- **Risques liés aux changements climatiques et environnementaux** : Les changements climatiques peuvent influencer la transmission de certaines maladies, notamment le paludisme, en modifiant la distribution géographique des vecteurs.

Afin de réduire l'impact de ces risques, plusieurs mesures de mitigation seront mises en œuvre :

- Renforcement de la planification et de la coordination ;
- Renforcement de la résilience du système de santé ;
- Diversification des sources de financement ;
- Renforcement de l'engagement communautaire ;
- Adaptation aux contextes locaux.

La mise en œuvre de ce plan repose sur une approche multisectorielle. Cette approche vise à mobiliser l'ensemble des secteurs publics, privés et communautaires afin d'agir de manière coordonnée sur les déterminants biomédicaux, sociaux, économiques et environnementaux des maladies.

Les ressources financières nécessaires pour l'atteinte des résultats du PSNI 2027-2031 sont estimées à **482 882 106 816 FCFA**. La mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation accrue de ressources domestiques devrait permettre d'atteindre une proportion de 50% des financements à la fin du plan.

Introduction

Introduction

L'élaboration du Plan Stratégique National Intégré de lutte contre le VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles, les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme marque une nouvelle étape dans le processus de mise en œuvre des réformes du CNLS, enclenchées en 2024. Le principal changement apporté dans la réforme du CNLS est l'intégration de la tuberculose, du paludisme, des comorbidités et des maladies émergentes. Dans un contexte national et international marqué par la rareté des ressources, l'intégration des programmes permet à la République Centrafricaine d'optimiser les ressources nécessaires pour avancer vers la couverture sanitaire universelles (CSU). La RCA a élaboré respectivement en 2022 et 2023 les plans stratégiques nationaux de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. Leur mise en œuvre a produit des résultats tangibles et encourageants en ce qui concerne l'évolution du nombre des personnes ayant reçu le traitement antirétroviral, le nombre de patients dépistés pour la tuberculose et le nombre d'enfants mis sous traitement du paludisme. Cependant, ces résultats sont loin des trajectoires nécessaires pour atteindre les cibles régionales et mondiales fixées à l'horizon 2025 et 2030. Dans ce contexte, l'élaboration de ce PSNI et la mise en œuvre de toutes autres stratégies qui l'accompagnent telles que l'intégration des prestations de services essentiels au niveau des soins de santé primaires, la mise en place d'une approche des services centrés sur le/la patient (e) et l'intégration des ressources permettront au pays d'évoluer rapidement vers l'élimination de ces maladies en vue d'atteindre les cibles des ODD.

Ce PSNI qui est aligné sur le PNDS s'inscrit dans la vision des autorités du pays de faire de la RCA, un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Sa réalisation a mobilisé l'ensemble des acteurs du système de santé publique, des organisations de la société civile, des universités, du secteur privé, des partenaires internationaux, des associations des bénéficiaires, et représentants des autres secteurs ministériels. Elle a également bénéficié d'un appui des experts nationaux et internationaux. Il a été adopté par le Gouvernement en lui conférant son caractère référentiel national. Il est donc l'unique document d'orientation et de référence pour la programmation des activités de lutte contre les trois maladies à tous les niveaux et par tous les acteurs intervenant dans ces domaines. Des plans opérationnels annuels seront conçus afin de faciliter sa mise en œuvre. Enfin, sous le lead du CNLS-TP, des revues périodiques avec l'ensemble des parties prenantes permettront d'évaluer son état de mise en œuvre.

Contexte du pays

1. Contexte du pays

1.1. Situation démographique et socioéconomique

1.1.1. Contexte géographique

La République Centrafricaine est située au cœur du continent africain. Elle couvre une superficie de 623 000 km². C'est un pays enclavé, sans accès direct à la mer. Elle est limitée à l'ouest par le Cameroun, au nord par le Tchad, à l'est par les deux Soudan et enfin au sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo.

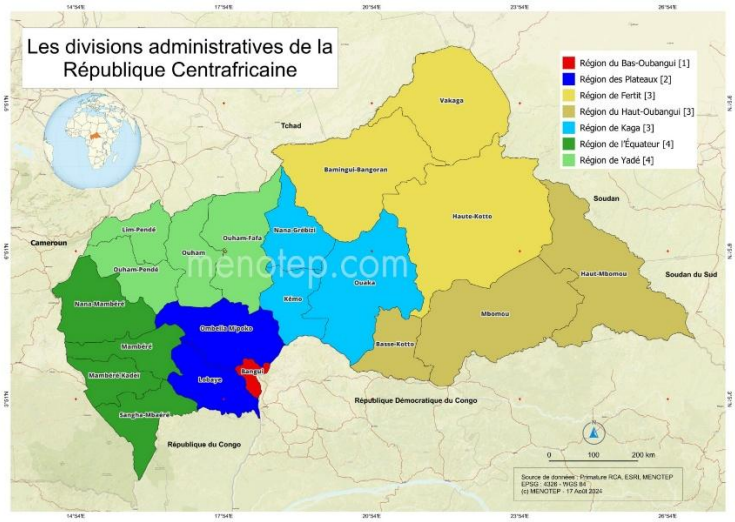


Figure 1 : Carte géographique de la RCA.

1.1.2. Contexte climatique

Le climat centrafricain est caractérisé par deux types de saisons : neuf mois de saison de pluie et trois mois de saison sèche. La saison de pluie correspond à la période de transmission des maladies vectorielles telle que le paludisme.

Depuis les années 1970, la température en RCA a augmenté à un rythme de 0,35˚C par décennie[1]. On prévoit que les températures moyennes dans la région continueront d'augmenter jusqu'en 2050 d'au moins 2,5 à 3°C pour un scénario de concentration élevée de gaz à effet de serre (SSP5–8.5) et de 2 à 2,5°C pour un scénario de concentration faible de gaz à effet de serre (SSP2–4.5)[2]. Le nombre annuel de jours très chauds (jours avec une température maximale quotidienne supérieure à 35°C) devrait augmenter avec une grande certitude[3].

La RCA fait face à des défis considérables à cause du changement climatique. D'après les projections issues d'analyses et de modèles scientifiques récents, la fréquence et la sévérité des événements météorologiques extrêmes affectant la RCA devraient augmenter de façon alarmante. Ces projections indiquent que les sécheresses, les inondations et les précipitations irrégulières gagneront en fréquence, créant de graves risques pour l'agriculture et les villes, exposant les

[1] Groupe de la Banque mondiale. Rapport national sur le climat et le développement, 2021

[2] Gutiérrez et al., 2021. doi:10.1017/9781009157896.020.

[3] Gutiérrez et al., 2021. doi:10.1017/9781009157896.020.

communautés au déplacement, exacerbant les vulnérabilités, et perturbant les écosystèmes[4]. Cette situation affecte les systèmes de santé et la prestation des soins de santé, en raison d'une capacité limitée dans l'approvisionnement en médicaments, dans la résilience des infrastructures des établissements et dans la disponibilité des ressources humaines. Selon certaines sources, les **ruptures de stock de médicaments antipaludiques** peuvent atteindre 60 % dans certaines zones du pays, notamment lors de crises climatiques, et dans certaines zones difficiles d'accès, seulement 50-75 % de la population disposent de soins, avec une vulnérabilité exacerbée lors de déplacements climatiques et humanitaires[5]. **Les sécheresses et l'insécurité alimentaire**, amplifiées par les aléas climatiques, affectent la nutrition des populations. La malnutrition, qui fragilise le système immunitaire, augmente **le risque de développer une TB active** et rend plus difficile la résistance aux infections, notamment **chez les personnes vivant avec le VIH.**

1.1.3. Contexte démographique

La population centrafricaine est estimée à 6.736.501 habitants en 2026[6]. Les hommes représentent 49,1% versus 50,9% des femmes. Le taux de fécondité s'établit à 4,8 enfants par femme. A ce rythme, la taille de cette population atteindra un peu plus de 7 200 000 en 2030. La densité de la population est de 10,4 habitants/km² en 2024. Cette densité varie d'une région à l'autre : elle atteint 15 habitants au km² dans les régions de l'Équateur et Yadé, tandis que les régions de Fertit et Haut Oubangui enregistrent des densités beaucoup plus faibles, avec respectivement 2 et 5 habitants au km². La population centrafricaine est majoritairement jeune. Le tableau ci-dessous présente la structure de la population en 2024.

Tableau 1 : Structure par âge de la population.

Structure par âge de la population	**%**
Moins de 5 ans	16,3
Enfants (5 - 14)	28,9
Adolescents (15 - 19)	11,7
Adultes (20 - 64)	40,3
Personnes agrées (65+)	2,8
Femmes enceintes	0,1
Adolescents and adultes (15 - 64)	52,0
Adolescents and adultes (15 - 49)	45,6
Adultes (50+)	9,2
Tous	**100,0**

Les enfants de moins de 5 ans qui représentent une cible du programme de lutte contre le paludisme représente 16,3% de la population, soit 1.054.660 personnes. La population sexuellement active (15-49 ans) qui sont plus exposées au risque de VIH, hépatite virale B ou C et des IST représentent 45,6% de la population, soit 2.950.460 personnes.

1.1.4. Situation humanitaire

[4] Groupe de la Banque mondiale. Rapport national sur le climat et le développement, 2024

[5] [5]https://www.severemalaria.org/fr/pays/republique-centrafricaine

[6] Cartographie censitaire RCA, 2021

En 2026, on estime à 1.3 millions de personnes vulnérables qui sont sévèrement affectés par des chocs notamment le conflit au Sud du Soudan, les épidémies et catastrophes qui demeurent récurrents en RCA. Les populations les plus exposées, notamment les femmes, les filles et les personnes handicapées, subissent des violences et ont un accès restreint aux services essentiels. L'arrivée des réfugiés soudanais, le retour de réfugiés centrafricains et l'arrivée de nouvelles personnes déplacées exercent une pression supplémentaire sur les communautés locales et les infrastructures disponibles, accentuant les vulnérabilités existantes. Une enquête portant sur 11 100 ménages a montré que l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la nourriture et les soins de santé sont les secteurs prioritaires pour l'assistance des populations affectées[7].

1.2. Organisation du système de santé

1.2.1. Pyramide sanitaire

Le système de soins de la RCA est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

- **Le niveau central** est représenté par le Cabinet et les différentes Directions Générales avec leurs Directions et Services centraux respectifs. Les soins sont assurés par les hôpitaux centraux de référence : Centre National Hospitalo-Universitaire de Bangui (CNHUB), Centre Hospitalo-Universitaire Communautaire (CHUC), Centre National Hospitalo-Universitaire de l'Amitié Sino-Centrafricaine (CHUASC), Centre Hospitalo-Universitaire Pédiatrique (CHUP) et Centre Hospitalo-Universitaire Mama Elisabeth Domitien (CHUMED). En plus des hôpitaux centraux, il y'a les établissements de diagnostic : Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique (LNBCSP), Institut Pasteur de Bangui (IPB), Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Centre National de Référence des IST et de la Thérapie Antirétrovirale (CNRISTTAR), Centre National de Rééducation Fonctionnelle (CNRF), Centre de Recherche et de Traitement de la Drépanocytose (CRTD).
- **Le niveau intermédiaire** correspond aux sept (07) Régions Sanitaires dont chacune suit les délimitations de la Région Administrative. Elles comprennent chacune, la Direction de la Région Sanitaire avec ses différents Services et les 5 Hôpitaux Régionaux Universitaires (HRU Berbérati, HRU Bossangoa, HRU Bambari, HRU Bria et HRU Bangassou).
- **Le niveau périphérique ou opérationnel** est le District Sanitaire. La RCA est subdivisée en 35 Districts Sanitaires (DS). Le DS est lui-même subdivisé en aires de santé constituée par un village ou un groupement de villages. Le système de soins des districts dispose de deux (02) niveaux d'établissements de soins : (i) l'hôpital de district et l'hôpital secondaire de district (1ère référence), (ii) les centres de santé et les postes de santé (PS).

A chacun des trois niveaux du système de santé, il existe des structures de dialogue communautaire.

[7] OCHA. Mise à jour de la situation humanitaire en RCA, janvier 2026

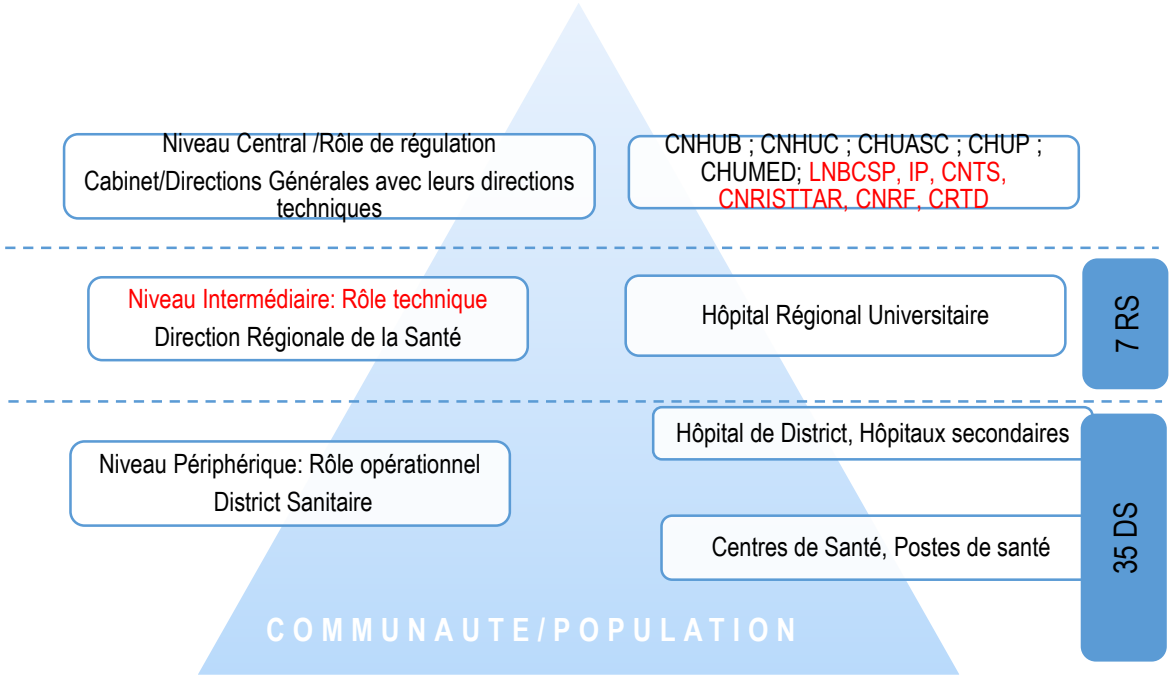


Figure 2 : Pyramide sanitaire de la RCA en 2026.

1.2.2. Situation sanitaire

Le Ministère de la Santé a élaboré un Plan National de Développement de la Santé (PNDS III) couvrant la période de 2022 à 2026. La mise en œuvre de ce plan avec l'appui des partenaires techniques et financiers a produit des résultats encourageant notamment l'amélioration des infrastructures et services de santé.

Malgré les efforts accrus et les financements importants du Gouvernement et de ses partenaires techniques et financiers, l'état de santé général de la population centrafricaine reste encore précaire et se caractérise des taux élevés de morbidité et de mortalité avec une prédominance des maladies transmissibles et une augmentation des maladies non transmissibles.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 58,2 ans en 2025. En 2024, le taux brut de mortalité générale est estimé à 9,4 pour 1000, la mortalité infantile à 64,8 pour 1000, la mortalité infanto-juvénile était de 89,7 décès pour 1000 naissances vivantes et la mortalité maternelle est estimée à 692 décès pour 100.000 naissances vivantes[8].

Selon les données du Rapport d'Information Sanitaire (RIS) 2022, les principales causes de mortalité chez les enfants en République Centrafricaine sont le paludisme, la malnutrition, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, les blessures et les méningites. En 2021, le paludisme représentait 28% des décès infantiles, suivi de la malnutrition à 23,5%, les infections respiratoires aiguës à 13%, et les diarrhées à 8%. Les blessures et les méningites contribuaient respectivement à 3,3% et 3% des décès.

L'enquête SONU réalisée en 2021 et le Global Burden of Disease Study 2019 ont révélé que les cinq principales causes de décès maternels en RCA étaient les dystocies/travail prolongé (31,6%), suivies des complications de l'avortement (29,4%), des infections du post

[8] www.worldometers.info/fr/demographie/republique-centrafricaine-demographie/

partum (28,1%) et des hémorragies du post partum et de l'ante partum (respectivement 12,4% et 7,8%).

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sévissent en mode endémique dans certaines régions de la RCA. Selon les résultats de l'enquête de cartographie intégrée des MTN, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase et les géo-helminthiases sont endémiques dans 20 à 31 districts et elles constituent un problème de santé publique en RCA. La THA sévit dans cinq (5) foyers endémiques qui sont : Sangha-Mbaéré, Ouham, Haut-Mbomou, Lobaye, Ombella-M'Poko avec un taux de prévalence > 1 cas/10000 habitants. La rage sévit pratiquement sur l'ensemble du territoire national.

Analyse de la situation

2. Analyse de la situation

2.1. Situation épidémiologique

La République Centrafricaine (RCA) reste confrontée à une charge élevée de maladies transmissibles dans un contexte de fragilité structurelle, d'insécurité, de déplacements de populations et de forte dépendance à l'aide extérieure. Le VIH/Sida, la tuberculose (TB), le paludisme, les hépatites virales et les IST demeurent des priorités de santé publique avec une mortalité évitable importante, des disparités géographiques marquées et des lacunes de surveillance (co-infections, IST non syphilitiques, populations clés), malgré des plans nationaux et investissements qui ont permis des progrès différenciés selon les maladies. L'examen approfondi des données confirme que, malgré des progrès notables dans certains domaines, la RCA demeure loin des trajectoires nécessaires pour atteindre les cibles régionales et mondiales fixées à l'horizon 2025 et 2030. L'analyse est présentée par maladie et déclinée le long du cycle de vie (femme enceinte et nouveau-né de moins de 28 jours ; nourrisson et enfant de 28 jours à 9 ans ; adolescent et jeune de 10 à 24 ans ; adulte de 25 à 49 ans ; personnes âgées de 50 ans et plus), puis complétée par les comorbidités (HTA, diabète, malnutrition, cancer du col). L'approche du cycle de vie, qui replace l'individu au centre des services de prévention et de prise en charge, permet ici d'éclairer les besoins et vulnérabilités selon les étapes clés de la vie.

2.1.1. VIH/Sida

L'épidémie de VIH en RCA connaît une évolution contrastée. La prévalence nationale est descendue à 2,4 % en 2024, contre 4,0 % en 2014, marquant une baisse significative sur une décennie, mais qui maintient tout de même le pays dans un contexte d'épidémie généralisée. Les femmes demeurent les plus touchées, avec une prévalence de 3,1 %, alors qu'elle est de 1,8 % chez les hommes. Les jeunes femmes de 15 à 24 ans restent particulièrement vulnérables, signe d'inégalités structurelles persistantes. La prévalence chez les populations en situation d'handicap est de 2,8 %[9]. Celle des personnes privées de liberté est de 4,8% dont 2,2% à Bouar, 9,4% à Bossangoa et 5,3% à Bambari[10]. Les données sur les autres populations vulnérables ne sont pas disponibles.

[9] Enquête bio-comportementale liée au VIH, a la syphilis et aux hépatites B et C chez les personnes en situation de handicap à Bouar, Bossangoa et Bambari en République Centrafricaine en 2023

[10] Évaluation de la situation et des besoins en matière de VIH, de la syphilis et de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires de Bouar, Bossangoa et Bambari en 2023

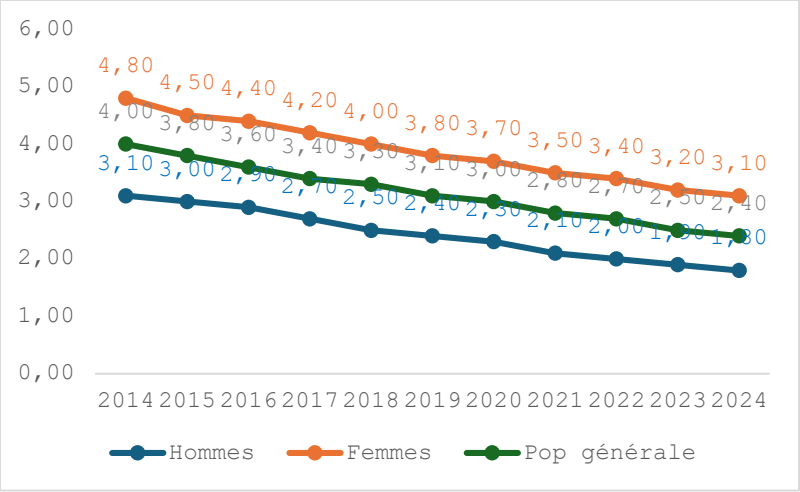


Figure 3 : Evolution de la prévalence du VIH chez les 15 à 49 ans en RCA de 2014 à 2025.
Source : Spectrum ONUSIDA 2025.

L'analyse sous-nationale met en évidence des disparités importantes. Les districts de Haut-Mbomou, de Bangui 1 et Bangui 2 ont les prévalences les plus élevées, tandis que l'Ouham affiche la prévalence la plus basse (0,7 %).

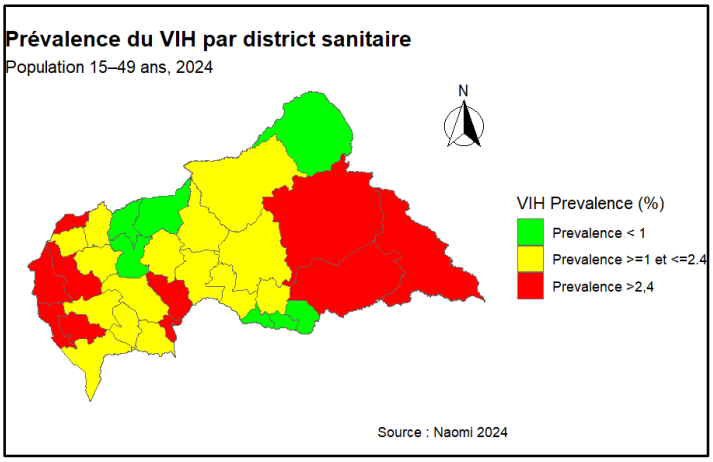


Figure 4 : Distribution de la prévalence de l'infection à VIH par district sanitaire en RCA, en 2024.
Source : Naomi, ONUSIDA 2025.

La situation est plus préoccupante encore au sein des populations clés, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (10,7 %) et les professionnelles du sexe (9,6 %). Ces niveaux, nettement supérieurs à la prévalence générale, montrent combien la stigmatisation et les barrières d'accès continuent d'alimenter une transmission soutenue. Les stratégies d'interventions auprès de ces groupes prioritaires méritent d'être revues pour plus d'efficacité.

Entre 2015 et 2024, l'incidence du VIH est passée de 1,50 à 0,61 pour 1000 personnes non-infectées. En 2024, le nombre de nouvelles infections par le VIH a enregistré une réduction d'environ 70 % par rapport à la valeur de référence de 2015, traduisant des progrès substantiels

dans la riposte nationale. Toutefois, au regard de la cible mondiale fixée à 0,05 nouvelles infections pour 1 000 personnes non infectées à l'horizon 2025, l'incidence du VIH en République centrafricaine demeure très élevée, estimée à 0,46.

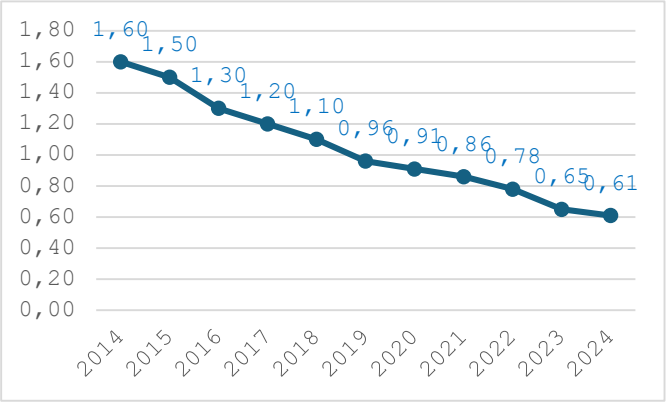


Figure 5 : Evolution de l'incidence du VIH pour 1000 personnes non-infectées en RCA de 2014 à 2024 du VIH.
Source : Spectrum ONUSIDA 2025.

Cette dynamique impose de renforcer la continuité du traitement et de consolider les plateformes de dépistage et de suivi virologique.

La prévalence des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques par catégorie socio-professionnelle en 2023 était de 3,86% pour le personnel médical, 44,20% pour le personnel paramédical et 11,35% pour le personnel d'appui. La prévalence du VIH, de la syphilis, l'hépatite B et l'hépatite C était respectivement de 3,6%, 0,2%, 2,9% et 0,7%[11].

Entre 2014 et 2024, le nombre total de décès liés au VIH est passé de 8 400 à 2 700, soit une réduction d'environ 68 % en dix ans. Cette baisse soutenue et régulière traduit une amélioration notable de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, en particulier grâce à l'augmentation du nombre de site de prise en charge par les ARV et à l'adoption de la stratégie dépister-traiter. Malgré ces progrès, le niveau de mortalité reste élevé. Le principal défi est la prise en charge du VIH au stade avancé. A noter également que des cas de résistance au Dolutégravir qui est la principale molécule du schéma thérapeutique commencent à être observés. Chez les enfants, la baisse de la mortalité est moins rapide que chez les adultes, traduisant une insuffisance persistante dans le diagnostic précoce du VIH chez l'enfant et sa prise en charge.

[11] Enquête bio comportementale liée au VIH, à la syphilis et aux hépatites B et C chez le personnel des services de maternités victime d'accident d'exposition aux liquide biologique à Bangui, bimbo et Bégoua en République Centrafricaine en 2023

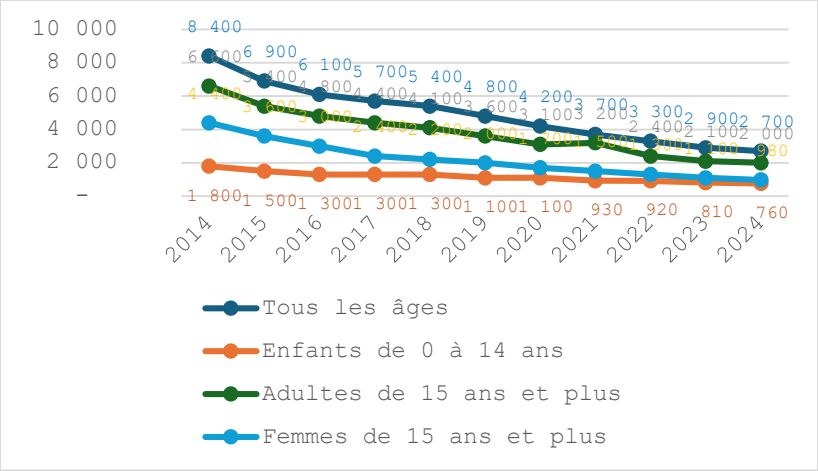


Figure 6 : Evolution du nombre de décès liés au VIH/sida en RCA de 2014 à 2025.
Source : Spectrum 2025.

2.1.2. Tuberculose

La tuberculose demeure une urgence de santé publique en RCA. Malgré une baisse lente mais continue de l'incidence, passée de 503 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 419 en 2024, le pays reste encore loin de la cible internationale de réduction de 50 % prévue pour 2025. Cette tendance témoigne d'un contrôle partiel de la transmission, mais aussi de lacunes persistantes dans la détection précoce, la prévention et la continuité thérapeutique.

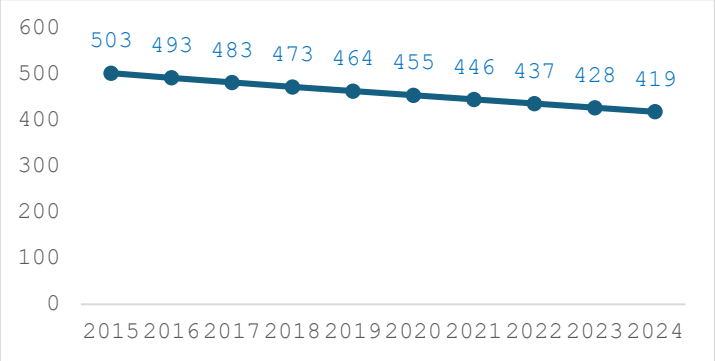


Figure 7 : Evolution de l'incidence de la tuberculose de 2015 à 2024 en RCA.
Source : WHO, Global report tuberculosis.

La mortalité, bien qu'en recul (47 décès pour 100 000 habitants en 2024 contre 82 en 2015), demeure au-dessus des attentes mondiales.

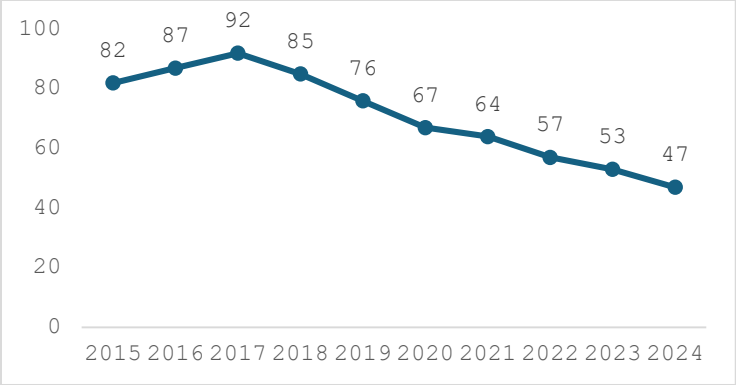


Figure 8 : Evolution de la mortalité liée à la tuberculose chez les VIH négatifs en RCA de 2015 à 2024.
Source : Global report tuberculosis.

Entre 2015 et 2024, la prévalence de la TB-MR/RR parmi les nouveaux cas est passée de 1,1 % à 1,4 %, soit une augmentation absolue de 0,3 point de pourcentage et une augmentation relative d'environ 27,3 % sur la période. Bien que les niveaux absolus demeurent relativement faibles, cette évolution traduit une tendance à la hausse progressive de la proportion de formes résistantes parmi les nouveaux cas de tuberculose

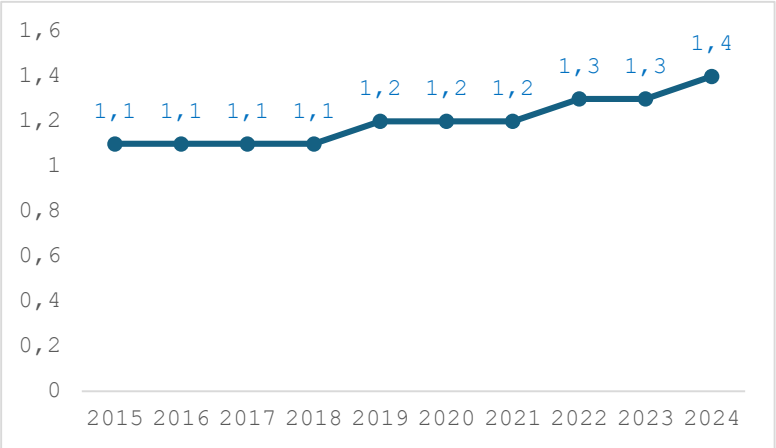


Figure 9 : Evolution de la prévalence de la tuberculose MR/RR parmi les nouveaux cas en RCA de 2015 à 2024.
Source : Global TB report.

Notons aussi qu'entre 2015 et 2024, la prévalence de la tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine (TB-MR/RR) parmi les cas précédemment traités en République Centrafricaine montre une tendance globalement décroissante, passant de 28 % à 23 %, soit une réduction absolue de 5 points en dix ans.

Dans une perspective de cycle de vie, les enfants, souvent exposés dans les ménages comptant des cas index, restent insuffisamment protégés : le traitement préventif de la tuberculose (TPT) demeure peu étendu, tandis que les ressources en diagnostic pédiatrique restent limitées. Chez les

adultes, la co-infection VIH-TB continue d'alimenter la mortalité, soulignant le besoin d'une intégration plus poussée des deux programmes.
Entre 2015 et 2024, le taux de mortalité due à la tuberculose en RCA est passé de 82 à 47 décès pour 100 000 habitants, soit une réduction absolue de 35 décès pour 100 000 habitants et une baisse relative d'environ 43 % sur la période. Cette évolution globale traduit une amélioration notable de la survie des patients tuberculeux, reflétant des progrès réels dans la réponse nationale à la TB.

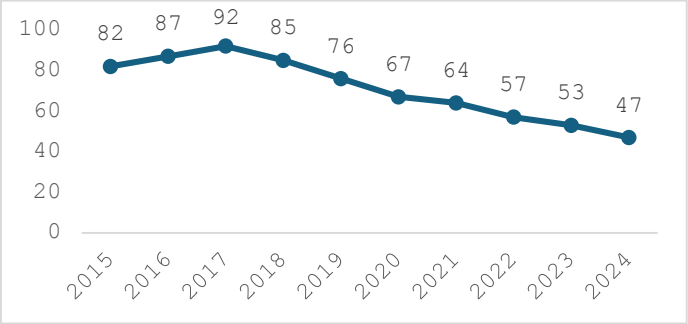


Figure 10 : Evolution de la mortalité liée à la tuberculose chez les VIH négatifs en RCA de 2015 à 2024.
Source : Global report tuberculosis.

2.1.3. Paludisme

Le paludisme constitue le principal problème de santé publique en RCA. L'incidence a baissé très faiblement mais reste alarmante depuis dix ans : 362 cas pour 1 000 habitants en 2024, contre 353 en 2015. La situation est encore plus grave chez les enfants de moins de cinq ans, où l'incidence dépasse les 1 280 cas pour 1 000, signe qu'un enfant peut contracter la maladie plus d'une fois par an.

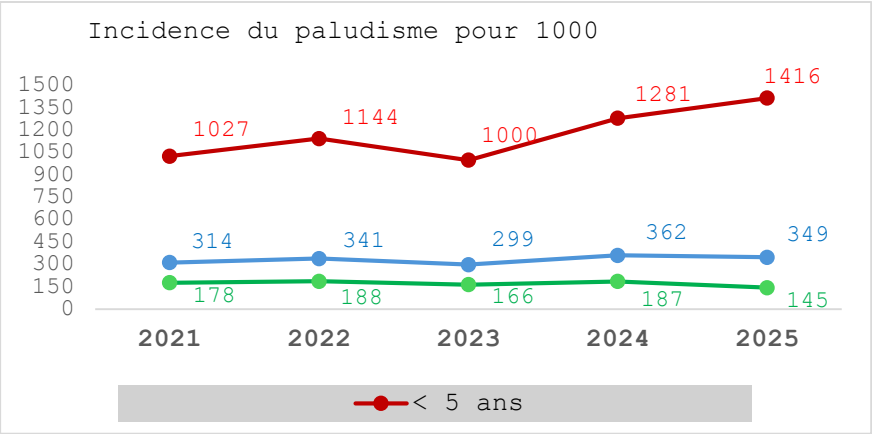


Figure 11 : Evolution de l'incidence du paludisme (confirmé) de 2021 à 2025, en RCA.
Source : DHIS2.

Les indicateurs de mortalité reflètent la même stagnation. Le pays n'a pas enregistré de progrès notable entre 2015 et 2024, avec des niveaux avoisinant systématiquement les 100 décès pour 100 000 habitants.

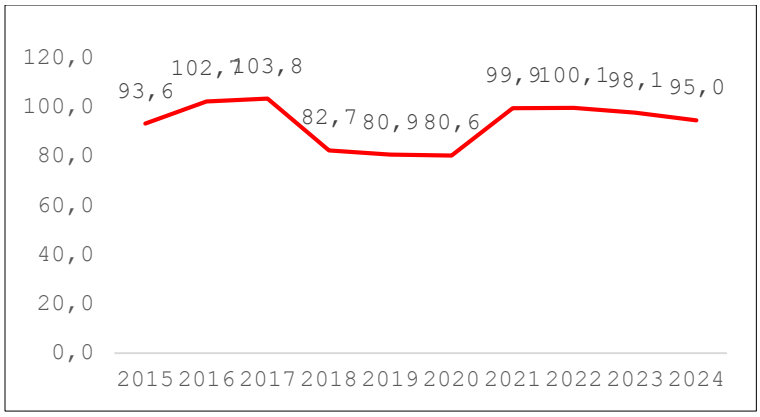


Figure 12 : Evolution du taux de mortalité liée au paludisme en RCA pour 100 000 habitants de 2015 à 2024, selon les estimations de l'OMS.
Source : WMR 2025.

Les hôpitaux rapportent une mortalité proportionnelle du paludisme extrêmement élevée chez les enfants (jusqu'à 51 % des décès hospitaliers en 2024).

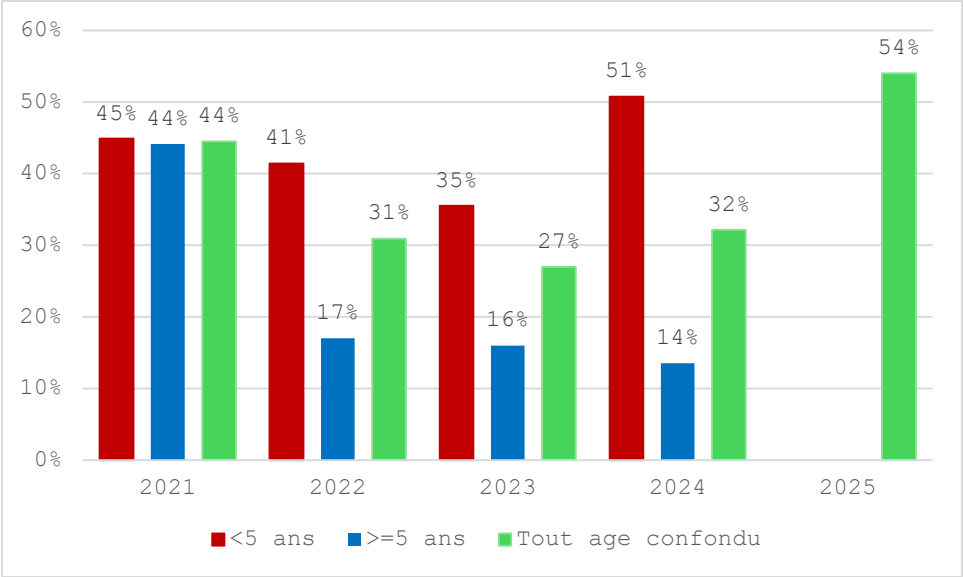


Figure 13 : Mortalité proportionnelle du paludisme tout âge confondu, chez les moins de 5 ans et les 5 ans et plus de 2021 à 2025.
Source : DHIS2.

Si certaines avancées sont à noter, amélioration du diagnostic parasitologique, introduction du vaccin antipaludique, montée progressive de TPIg3+, elles ne suffisent pas à infléchir une transmission soutenue, alimentée par des ruptures d'intrants, un accès limité aux services et l'absence d'enquêtes entomologiques à jour.

2.1.4. Hépatites virales et IST

La RCA n'a pas encore organisé une enquête pour évaluer l'ampleur des hépatites virales B et C. Des études réalisées dans certaines régions ont retrouvé des prévalences atteignant respectivement

10,6% et 2,8%[12]en 2024. Chez l'enfant, certaine étude montre des données mais le chiffre le plus préoccupant concerne les enfants de moins de 5 ans, chez qui la prévalence est de 5 %, révélatrice d'une transmission périnatale et précoce significative. La dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B n'est toujours pas introduite, et les couvertures vaccinales de routine restent particulièrement faibles (Penta3 à 36,1 %).

Le VHC, en revanche, présente une prévalence plus faible (0,2 % en 2024), mais souffre des mêmes lacunes structurelles de surveillance et de prise en charge. Les données manquent totalement sur les co-infections VIH–VHB/VHC, ce qui limite la capacité de planification et d'intégration des interventions.

La prévalence de la syphilis et des hépatites B et C étaient respectivement de 3,9%, 3,4% et de 0,5% chez les personnes en situation d'handicap. Chez les personnes privées de liberté, la prévalence de la syphilis est de 5,5%.

Les données sur les IST en RCA demeurent sous documentées en raison d'une faiblesse du système national de surveillance. Les données ponctuelles révèlent toutefois une circulation importante de plusieurs infections : syphilis (4,7 % chez les femmes enceintes, 9,8 % chez les travailleuses du sexe)[13], gonococcie, chlamydia et trichomonase atteignant des niveaux élevés en milieu urbain.

Ces infections, souvent asymptomatiques, constituent des cofacteurs majeurs de la transmission du VIH. Leur prise en charge est basée sur des approches syndromiques. Les directives nationales n'ont pas été mises à jour depuis plus de 15 ans. Le pays ne dispose pas de vaccin contre le HPV, exposant les adolescentes et jeunes femmes à un risque accru de cancer du col de l'utérus, dont la charge réelle reste mal évaluée.

2.1.5. Comorbidités

2.1.5.1. Hypertension artérielle

En République Centrafricaine, les données issues de l'enquête STEPS 2017 (Bangui et Ombella-M'Poko), portant sur 3 301 adultes de 25 à 64 ans indiquent une prévalence élevée de l'hypertension artérielle estimée à 34,5 % (36,8 % chez les hommes et 32,3 % chez les femmes). On note une très faible couverture thérapeutique, seulement 9,3% des hypertendus sont sous traitement (5,7 % d'hommes contre 13,4% de femmes). Les données de routine du DHIS2 rapportent 80 407 cas de HTA notifiés entre 2021 et 2024, bien que leur interprétation soit limitée.

[12] Basimane-Bisimwa P, Koyaweda GW, Ngajeganam E et al (2024). Séroprévalence et caractérisation moléculaire de l'hépatite virale et de la co-infection par le VIH en République centrafricaine. PLoS ONE 19(5): e0291155. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291155

[13] IBBS RCA, 2024

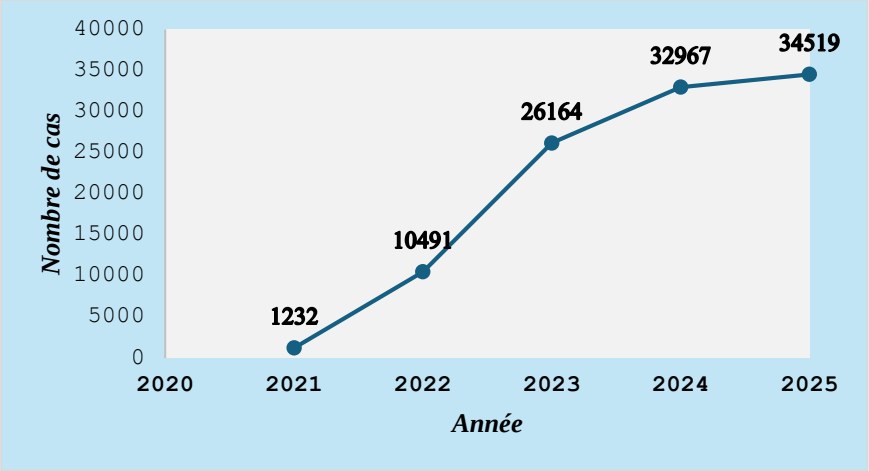


Figure 14 : Evolution des cas d'HTA de 2020 à 2025 en RCA.
Source : DHIS2.

2.1.5.2. Diabète

Selon l'enquête STEPS 2017, la prévalence des troubles de la glycémie à jeun est estimée à 6,5 % (7,1 % chez les hommes et 6,0 % chez les femmes), tandis que la prévalence globale du diabète atteint 9,5 % (11,5 % chez les femmes contre 7,0 % chez les hommes), avec une couverture thérapeutique extrêmement faible, limitée à 1,3 % des personnes atteintes (1,5 % chez les femmes et 1,1 % chez les hommes). Les données du DHIS2 font état de 19 932 cas enregistrés entre 2021 et mai 2024. Le diabète constitue également une comorbidité importante dans le cadre des maladies du présent plan, notamment en aggravant l'évolution de la tuberculose, en augmentant la vulnérabilité aux infections (y compris le VIH et certaines infections opportunistes) et en compliquant la prise en charge globale des patients dans une approche intégrée.

2.1.5.3. Malnutrition

L'analyse de la malnutrition en RCA a estimé à 228 500 enfants âgés de 6 à 59 mois qui souffriront de la malnutrition aiguë au niveau national entre Mars 2025 et février 2026, soit une augmentation de 30% par rapport aux estimations de la dernière analyse de la même période de 2023. Les facteurs contributifs majeurs de la détérioration de la situation nutritionnelle incluent les niveaux élevés des maladies telles que la diarrhée, le paludisme et les infections respiratoires aiguës, avec des tendances à la hausse allant jusqu'à 50% dans la plupart des sous-préfectures en situation d'alerte (Phase 2 de l'IPC MNA) et plus, selon les chiffres qui émanent du dispositif de routine. Il est également à noter que 11 districts sanitaires sont identifiés en épidémie de rougeole selon le suivi épidémiologique d'avril 2025. Par ailleurs, on note de façon généralisée un faible accès à l'eau potable et à des installations sanitaires améliorées[14].

2.1.5.4. Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus constitue l'un des cancers les plus fréquents chez les femmes en République Centrafricaine. En 2020, l'incidence est de 12,2 pour 100.000 femmes[15]. L'accès au

[14] Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire. RCA 2025

[15] https://www.who.int/fr/publications/m/item/cervical-cancer-caf-country-profile-2021

dépistage et au traitement des lésions précancéreuses reste encore limité, ce qui conduit à un diagnostic souvent tardif et à une mortalité élevée. La figure ci-dessous présente la situation du dépistage du cancer de l'utérus en 2019.

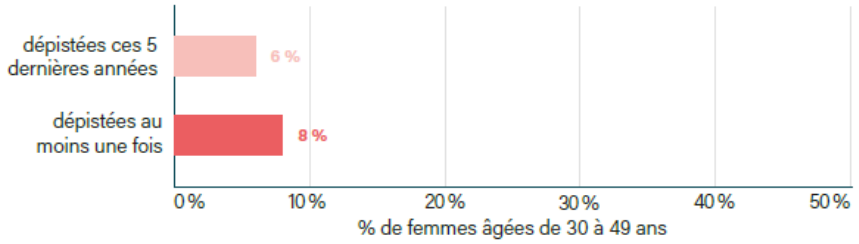


Figure 15 : Nombre de dépistage du cancer de l'utérus en 2029.
Source : Données OMS 2020.

Moins de 1 femme sur 10 âgées de 30 à 49 ans a bénéficié du dépistage de cancer du col de l'utérus au cours de 5 dernières années.

Analyse des piliers du système de santé

2.2. Analyse des piliers du système de santé

2.2.1. Offre de service

En RCA, les services de soins sont offerts majoritairement par le secteur public (84%). Le secteur privé représente 11% suivi du secteur confessionnel (4%). Le pays compte environ 1017 structures de santé fonctionnelles réparties comme suit : 5 CHU, 5 HRU, 27 HD, 21 HS, 478 CS et 482 PS. Ces structures sont inégalement réparties sur le territoire avec forte concentration à Bangui, la Capitale.

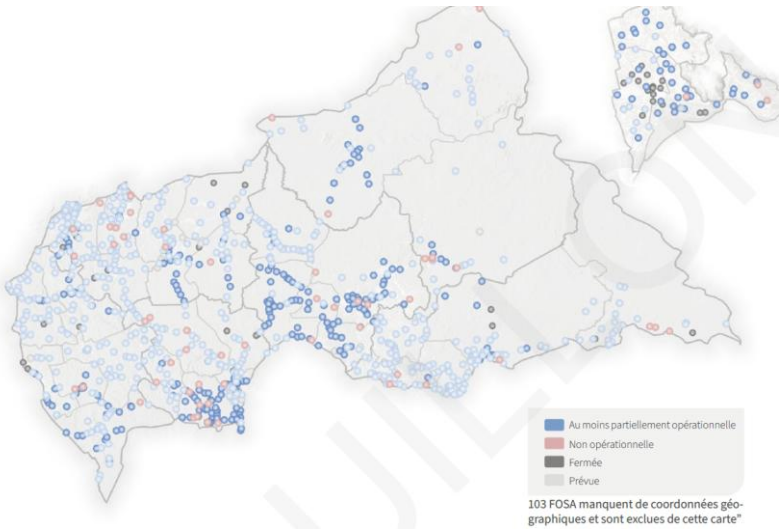


Figure 16 : Distribution des FOSA en RCA en 2024.

Source : HeRAMS, RCA mise à jour 2025[16].

La disponibilité des services de soins présente une disparité géographique. Les Districts Sanitaires de la RS5 (Vakaga, Bamingui-Bangoran et Haute-Kotto) et de la RS6 (Mbomou et Haut-Mbomou) ont une faible densité en structures de soins liée à leur éloignement de la capitale, au mauvais état des infrastructures routières et à l'insécurité persistante.

Les défaillances du système de soins sont multiples : insuffisance de ressources humaines, manque formation du personnel, manque d'intrants et d'équipements, manque de ressources financières pour le fonctionnement des structures de santé.

2.2.2. Ressources humaines

La disponibilité en ressource humaine de qualité constitue un défi pour le système de santé en RCA. Le tableau ci-dessous présente la densité de personnel en 2024.

[16] HeRAMS, RCA mise à jour 2025

Tableau 2 : Densité du personnel de santé en 2024.

Profession	Effectif	Densité
Personnels infirmiers	1835	2,87
Sage-femmes	759	1,19
Médecins généralistes	282	0,44
Médecins spécialistes	100	0,16
Pharmaciens	10	0,02
Dentistes	3	0,00
Total	**2989**	**4,67**

Source : HeRAMS, RCA mise à jour 2025.

Le stock des ressources humaines en santé est estimé à 13182 en 2024 dont 2989 personnels qualifiés et 10 193 agents communautaires de toutes catégories confondues. Les agents de santé communautaire (ASC) constituent 62,19% du total. Le personnel infirmier de niveau intermédiaire arrive en deuxième position avec 23,96%, mais principalement dominé par les infirmiers secouristes (78,84%). Le personnel sage-femme de niveau intermédiaire représente 13,80% des RHS dont la majorité est composée des matrones (72,59%).

Les principales contraintes pour les RH sont une pénurie chronique de personnel qualifié, à une répartition inéquitable des ressources humaines au détriment des zones rurales et à une forte dépendance vis-à-vis du personnel contractuel financé par les partenaires.

2.2.3. Infrastructures

Les capacités opérationnelles des formations sanitaires restent limitées, en raison de l'insuffisance des infrastructures, des équipements et des plateaux techniques, en particulier pour le diagnostic biologique et la prise en charge des cas complexes. Le réseau de laboratoires, bien que renforcé par les investissements des programmes, demeure confronté à des défis liés à la maintenance des équipements, à l'approvisionnement en réactifs et à l'assurance qualité.

2.2.4. Produits de santé, médicaments, consommables médicaux et vaccins

La quantification et l'approvisionnement au niveau national en intrants sont basés sur les besoins nationaux. Les produits sont disponibles au niveau central mais avec un système de stockage et de distribution assuré par les partenaires internationaux. Les perturbations du système de distribution et la faible capacité de quantification au niveau périphérique entrainent les ruptures fréquentes de stocks de médicaments et de consommables. Ces ruptures affectent particulièrement les sites de prise en charge des maladies et constituent un risque récurrent, affectant la continuité des soins.

Le système d'information et gestion logistique (SIGL) en construction avec l'appui des partenaires techniques et financiers est une lueur d'espoir pour l'amélioration de la gestion des approvisionnements et stock.

2.2.5. Système d'information sanitaire

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS), utilisant la plateforme DHIS2, constitue l'outil principal de collecte, d'analyse et de diffusion des données sanitaires qui est interopérable avec diverses plateformes pour l'extension de la digitalisation du système de santé. Les programmes VIH, IST, hépatites virales TB et paludisme ont contribué de manière significative au renforcement du système d'information sanitaire, notamment à travers le renforcement des ressources et des infrastructures dans l'optique de l'amélioration de la qualité des données, la notification des cas et le suivi des indicateurs de performance.
Néanmoins, l'insuffisance dans la capitalisation des informations issues de collecte de données, l'insuffisance de rétro-information et les capacités limitées du personnel au niveau périphérique altère la qualité des données pour une utilisation effective pour la prise de décision.

2.2.6. Financement de la santé

Le financement du système de santé repose essentiellement sur les financements extérieurs, notamment ceux du Fonds mondial et d'autres partenaires, et une contribution limitée et en progression des ressources domestiques. Les programmes VIH, TB et paludisme représentent une part importante des investissements dans le secteur santé, contribuant au fonctionnement des services, à l'approvisionnement en médicaments et intrants.

Toutefois, la forte dépendance à l'aide extérieure, la fragmentation des mécanismes de financement et la faiblesse de la contribution domestique posent des défis majeurs en termes de pérennisation et de résilience du système de santé.

2.2.7. Gouvernance

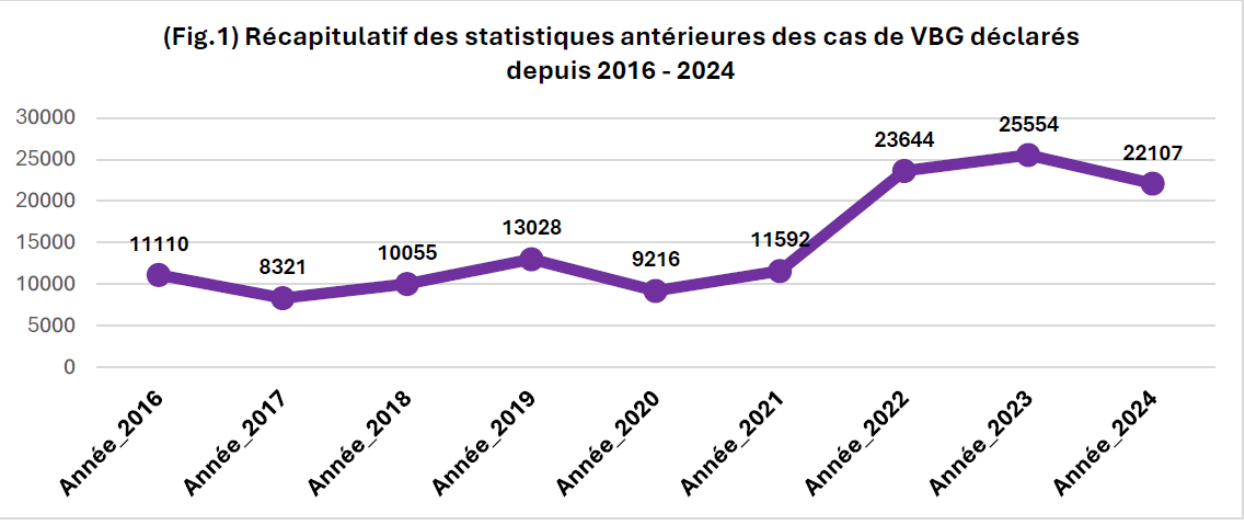
La gouvernance du système de santé est assurée par le Ministre en charge de la Santé et de la Population et son Cabinet. Malgré l'existence de cadres stratégiques clairs, la gouvernance reste marquée par une fragmentation des interventions, une coordination parfois insuffisante entre programmes et une articulation limitée entre les différents niveaux.
Pour les programmes VIH, IST, hépatites virales, TB et paludisme, cette situation se traduit par des approches encore largement verticales, une multiplicité des outils de suivi et de rapportage. Le renforcement de la mise en œuvre intégrée des interventions apparaît ainsi comme un enjeu central pour améliorer l'efficience, la redevabilité et la pérennisation des interventions.

Analyse des aspects liés au genre et aux droits humains

2.3. Analyse des aspects liés au genre et aux droits humains

La RCA a élaboré plusieurs textes pour la protection des droits de la femme et des personnes vulnérables, notamment la Loi N°16.004 du 24 novembre 2016 instituant une parité entre les hommes et les femmes en RCA, la politique nationale de promotion de l'égalité et de l'équité du genre en RCA (2005 ; actualisation en 2019), Stratégie nationale d'autonomisation socio-économique des femmes et des filles en RCA, la stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre et autres pratiques néfastes à l'égard des femmes et des filles. Toutefois, cette disposition reste difficile à appliquer, en raison notamment de l'absence de mécanismes contraignants et de la persistance d'obstacles sociopolitiques et institutionnels

Selon le rapport annuel GBVIMS 2025, 22107 cas de VBG ont été enregistrés en 2024. La figure ci-dessous présente l'évolution des VBG de 2016 à 2024.



Source : Rapport annuel de Gestion des Informations sur les cas de Violences Basées sur le Genre, RCA 2025.

Ces données ne sont que la partie visible de l'iceberg. L'intensification des conflits dans certaines préfectures (notamment dans le Haut-Mbomou ou l'Ouham-Pendé) a restreint la mobilité des équipes de gestion de cas et des survivantes, ainsi certains incidents restent invisibles pour le système.

En RCA, les PVVIH sont encore victime de stigmatisation. Selon l'enquête stigma index, 17% des PVVIH enquêtées ont rapporté avoir déjà été exclus pour raison de leur statut sérologique à des activités ou rencontres sociales et 12,6% exclus ont été des activités religieuses ou des lieux de culte. Les femmes sont les principales victimes[17].

Selon le profil du genre en RCA, les femmes ont très peu d'accès aux biens et aux ressources de développement, ainsi qu'aux sphères de prise de décision, et surtout, elles ont une énorme charge de travail, puisqu'elles doivent travailler la terre de leur mari, celle du groupement, si elles en sont membre. De lourdes responsabilités leur incombent également, suite à l'abandon de famille par les hommes, ou à leur migration, pour des raisons de sécurité ou professionnelle, certaines femmes

[17] Etude Stigma Index, RCA 2024.

deviennent des chefs de ménage de fait[18]. Cette surcharge de travail pourrait constituer un frein à l'utilisation des services de santé.

[18] Ministère de l'Environnement et du Développement Durable. Pour un processus de Plan National d'Adaptation qui répond aux questions genre en République Centrafricaine (RCA), 2022

Analyse de la réponse

2.4. Analyse de la réponse

L'analyse de la réponse nationale face au VIH/Sida, aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux hépatites virales, à la tuberculose et au paludisme en République centrafricaine a été conduite selon une approche intégrée, couvrant quatre domaines stratégiques majeurs : la prévention, la prise en charge, la levée des barrières liées aux droits humains et à l'équité, ainsi que la gouvernance et le renforcement du système de santé.

Cette analyse s'appuie sur l'évaluation des performances des interventions mises en œuvre, sur le niveau de réalisation des activités inscrites dans les différents plans stratégiques nationaux, ainsi que sur l'identification des principaux facteurs internes et externes influençant la réponse nationale à travers une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM).

2.4.1. Réponse au VIH

2.4.1.1. Prévention

Les interventions de prévention mises en œuvre en République Centrafricaine reposent sur une approche combinée intégrant des stratégies biomédicales, comportementales et structurelles, visant à réduire la transmission des maladies prioritaires tout au long du cycle de vie.

a) Femme enceinte, nouveau-né et nourrisson

La prévention du VIH chez la femme enceinte et le nouveau-né repose principalement sur la PTME intégrée aux services de santé maternelle et infantile. Le dépistage du VIH est largement réalisé en CPN, à la maternité et en consultation postnatale. Malgré des efforts consentis par le MSP pour améliorer l'accès à la CPN, la cascade PTME montre des gaps importants. La figure ci-dessous présente la cascade de la PTME en 2025.

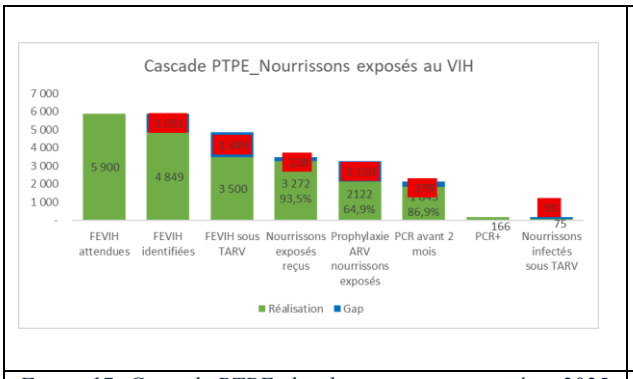


Figure 17: Cascade PTPE chez le nourrisson exposé en 2025

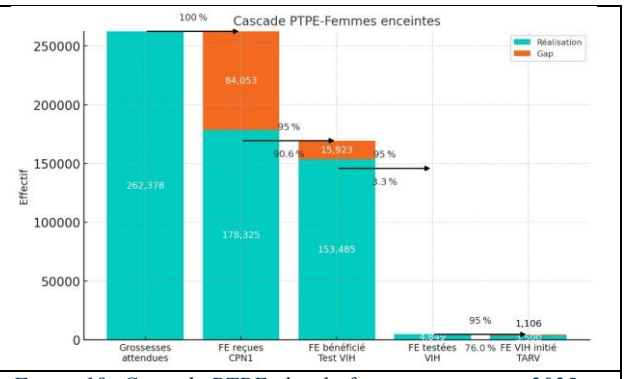


Figure 18: Cascade PTPE chez la femme enceinte en 2025

Source : Rapport de l'étude de la cascade des soins et PTME en RCA.

Malgré une augmentation de la couverture en CPN1 par rapport aux cinq dernières années (de 42 % en 2020 à 68 % en 2024), elle reste loin de l'objectif du plan eTME. Seulement 68 % des femmes enceintes ont bénéficié de la CPN1. Parmi les femmes enceintes reçues en CPN1, 86,1% ont été dépistées. Le principal défi est l'accès et l'utilisation des services de CPN.
Les principales faiblesses observées sont :

- La faible couverture géographique en service de santé : La couverture géographique en intervention de dépistage des femmes enceintes montre des disparités. Les districts avec

une faible couverture sont représentés par Batangafo-Kabo (18,3%), Nangha-Boguila (20,3%) et Bambari (48,7%).

- Les contraintes financières : selon l'étude portant sur les barrières financières d'accès aux soins pour les services de santé, le non-respect des gratuités engendre de nombreux frais pour les patients à cela s'ajoutent aux autres frais non-couverts par la gratuité ciblée comme les frais de transport, certains examens biologiques recommandés aux femmes enceintes[19].
- Les pesanteurs culturelles : dans certaines coutumes, les femmes cachent leur grossesse à leur entourage par peur d'être envoutées.

Le dépistage du nouveau-né et la prophylaxie antirétrovirale restent également faibles. Selon les directives nationales, les nouveau-nés doivent être testés dans les 48 heures après l'accouchement. Fort est de constater que les agents de santé continuent d'appliquer l'ancienne directive c'est à dire le dépistage à 6 semaines, ce qui entraine des occasions manquées de dépistage. Les autres contraintes sont la disponibilité irrégulière des ARV pédiatriques, les difficultés de transports des échantillons et le manque de formation du personnel sur le prélèvement des nouveau-nés.

b) 1.2. Enfants de 28 jours à 9 ans

Chez les enfants, la prévention du VIH repose sur le dépistage ciblé intégré aux services de nutrition et de pédiatrie, ainsi que sur l'administration des ARV pédiatriques. Le graphique suivant montre que seulement 46,8 % des enfants infectés sont diagnostiqués, très loin des 95 %.

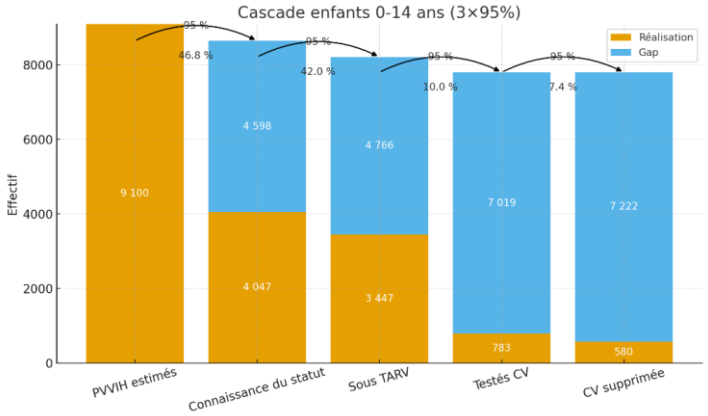


Figure 19 : Cascade des enfants 0-14 ans (3x95%).
Source : Spectrum 2025.

Bien que ces interventions soient prévues et mises en œuvre en routine, elles sont fortement limitées par des ruptures fréquentes d'intrants, une mauvaise traçabilité des données, des problèmes d'observance et la stigmatisation.

c) Adolescents et jeunes de 10 à 24 ans

Les interventions de prévention chez les adolescents et jeunes incluent le dépistage volontaire et confidentiel du VIH, l'Education Sexuelle Complète (ESC), l'accès aux préservatifs, la prévention des IST et des grossesses précoces, ainsi que la réduction des comportements à risque. Entre 2021

[19] Analyse relative aux barrières financières d'accès aux soins pour les services de santé, y compris ceux liés au VIH et à la TB en République Centrafricaine, 2023

à 2024, 80 331 jeunes dont 48% à Bangui et 52% en provinces (Bossangoa et Sibut) ont été touchés par les interventions de l'Education Sexuelle Complète.
L'approvisionnement national en préservatif est fait par deux principaux secteurs. Le secteur public à travers le Gouvernement avec l'appui de l'UNFPA (61%) et le secteur de marketing social par l'Association Centrafricaine pour le Marketing Social (ACAMS) dans le cadre du Projet de Prévention du VIH/SIDA en Afrique Centrale (PPSAC) (39%). Il convient de noter que la proportion de distribution de préservatifs par le secteur commercial reste très faible[20]. Selon les données du DHIS2 et de l'ACAMS, 3.768.000 préservatifs ont été distribués en 2025, soit une couverture de 14,8% (Besoins estimés en 2025 est égal à 25.475.060).

d) Adultes (25–49 ans) et personnes âgées (≥50 ans)

Chez les adultes et les personnes âgées, la prévention repose sur le dépistage régulier et la promotion du préservatif. Le graphique ci-dessous présente l'évolution du dépistage chez les adultes. Ces données sont issues des laboratoires, CPN et des OSC.

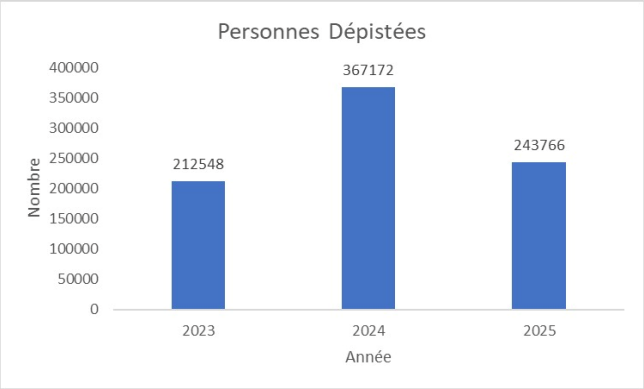


Figure 20 : Evolution du dépistage chez les adultes de 2023-2025.
Source : DHIS2.

Ce graphique montre que très peu d'adulte se font dépister régulièrement.

2.4.1.2. Prise en charge

a) Femmes enceintes

La prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH est intégrée dans le suivi prénatal inscrite dans le cadre de la PTME. En 2024, 72,2 % des femmes enceintes VIH+ identifiées (3

[20] 16 Rapport d'enquête sur l'accès universel aux préservatifs masculins et féminins en République centrafricaine 2020

500/4 849) ont démarré un traitement ARV (en CPN ou en maternité) contre une cible de 95 % (5 324 ; 65,7 %) soit une perte de 28 points. Cette proportion a évolué en dents de scie entre 2017 et 2024 passant de 87% en 2017 à 72% en 2024, la plus haute couverture en 2022 (95%) et la faible couverture en ARV pour les femmes enceintes séropositives étant de 62% en 2018. Il y'a une indisponibilité des données de suppression virale spécifique pour les femmes enceintes due aux manques de données désagrégées.

b) Enfants

Parmi tous les enfants attendus, 46,8% seulement connaissent leur statut vis-à-vis du VIH dont 42% sont sous ARV et 7,4% ont une charge virale supprimée.

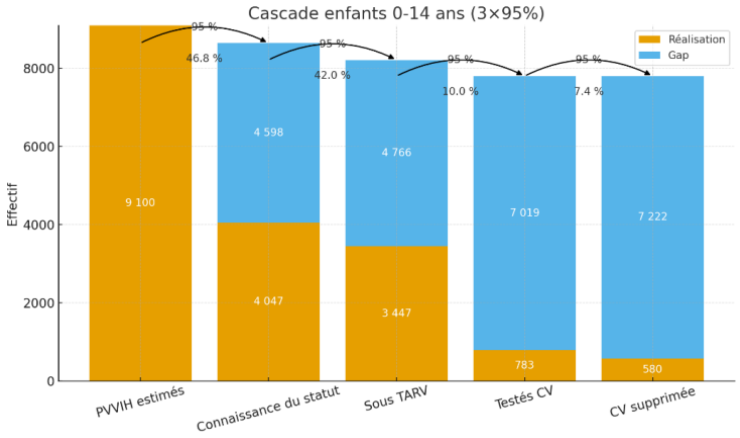


Figure 21 : Cascade des enfants 0-14 ans (3x95%).
Source : Spectrum 2025.

Ces résultats montrent que les interventions mises en place pour dépister les enfants ne sont pas performantes. De même que la faible proportion d'enfants ayant une charge virale supprimée reflète un mauvais suivi de ces enfants.

c) Adultes

En 2024, 66 915 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont été mises sous TARV en République Centrafricaine. La prise en charge reste très majoritairement orientée vers les adolescents et adultes ≥15 ans (94,9 %), tandis que les enfants de 0-14 ans ne représentent que 5,1 %, traduisant des insuffisances persistantes du dépistage et de la prise en charge pédiatriques. La figure ci-dessous montre le niveau d'atteinte des 3X 95 au niveau global du pays.

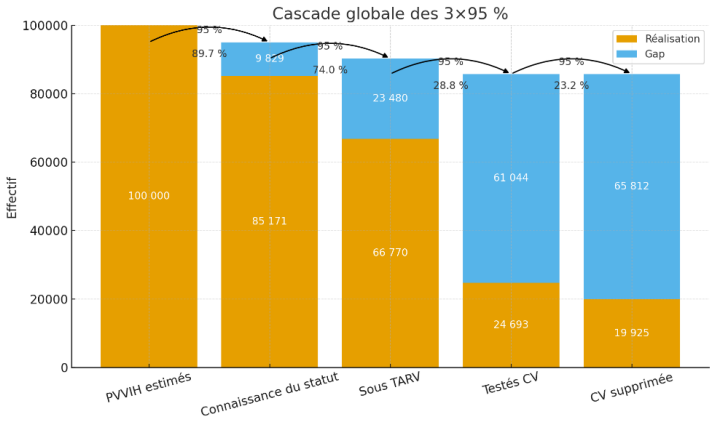


Figure 22 : Cascade globale des 3x95%.
Source : Spectrum 2025.

Sur le plan géographique, Bangui 1, 2 et 3 concentrent environ 42 % des PVVIH sous TARV. Des volumes élevés sont également observés à Bouar-Baoro, Berberati, Carnot-Gadzi, Paoua et Haut-Mbomou. À l'inverse, des districts comme Mobaye-Zangba, Kémo, Kembé-Satéma, Ouango-Gambo et Nana-Gribizi affichent des effectifs très faibles, révélant des contraintes d'accessibilité, de sécurité et d'offre de services.

La prise en charge des PVVIH en hospitalisation (VIH avancé) est confrontée à un problème de disponibilité en médicaments et de personnels formés pour la prise en charge du VIH avancé. Seul l'hôpital communautaire de Bangui, appuyé par les MSF assurent une bonne prise en charge des cas de VIH avancé. Le pays a élaboré un protocole national de prise en charge du VIH avancé, mais le personnel à différents niveaux de la pyramide sanitaire n'a pas été formé et les intrants de prise en charge ne sont pas disponible.

d) Population clés

❖ **HSH**

Le très faible taux de cascade chez les HSH en RCA reflète clairement les obstacles structurels, programmatiques et sociaux que cette population rencontre. Seulement 54 HSH sur 461 estimés ont connaissance de leur statut VIH par rapport à l'objectif des 95%. Parmi les 54 HSH dépistés, 47 sont bien mis sous ARV, ce qui traduit une très bonne mise en lien pour ceux qui "passent le cap" du dépistage. Cependant ce sont seulement 10% de cette cible qui sont mises en traitement traduisant un gap plus important pour l'accès aux soins. Seuls 23 des 47 personnes soit seulement la moitié sont sous ARV et ont eu accès au suivi virologique. Le graphique ci-dessous présente la cascade de traitement chez les HSH.

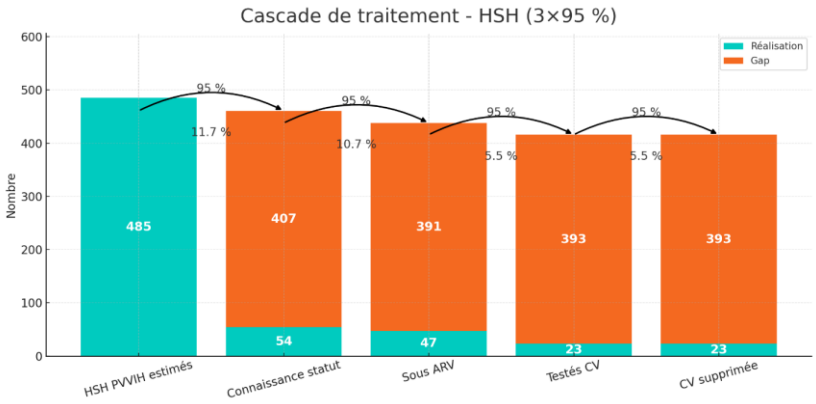


Figure 23 : Cascade des Hommes ayant des rapports avec des hommes.
Source : Spectrum 2025.

❖ **PS**

La cascade de prise en charge des professionnelles du sexe (PS) met en évidence quatre goulots majeurs. Seule 1 PS sur 10 se fait dépister et connaît son statut. Pour celles qui sont dépistées, la quasi-totalité (3/4 PS) est mise sous traitement : un point fort qui traduit le bon relais par les pairs-éducateurs et les ONG spécialisées. Tous les PS ayant accès à la charge virale ont leur CV supprimée. Cependant cela correspond à seulement 4,6% de la population de PS dans le pays. La figure ci-dessous décrit la cascade de traitement chez les PS.

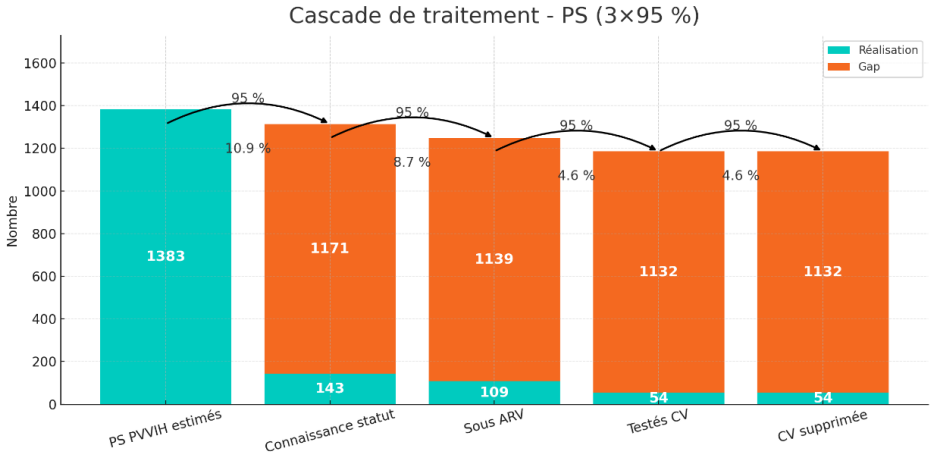


Figure 24 : Cascade des Professionnelles du sexe.
Source : Spectrum 2025.

2.4.1.3. Levée de barrières

La levée des barrières liées aux droits humains, à l'équité et au genre est formellement intégrée dans les politiques et cadres juridiques nationaux, notamment à travers le PSN VIH 2023-2027, la loi n°22-016 relative au VIH (2022), la Charte nationale des patients, le numéro vert 12 12, ainsi que les travaux sur l'Index de stigmatisation et l'évaluation genre VIH-TB. Ces dispositifs garantissent en principe l'accès gratuit à la PTME et la protection contre la discrimination.

La confidentialité du statut VIH est encadrée par les lois et directives, mais demeure insuffisamment respectée en pratique, en raison de la faible application des textes et des contraintes en ressources humaines et financières.

2.4.1.4. Gouvernance

L'organe de coordination des interventions de lutte contre le Sida a été reformé, afin de prendre en compte les autres pathologies. Ainsi, un Décret a été signé en 2026 élargissant le champ d'action du CNLS à la tuberculose, le paludisme, les IST et les comorbidités. Ainsi, la nouvelle appellation du CNLS est le Comité National de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose, le Paludisme et les comorbidités en abrégé « CNLS-TP ».

2.4.2. Réponse aux IST

2.4.2.1. Prévention des IST

a) La femme enceinte

La prévention des IST est intégrée aux services de santé reproductive, maternelle et infantile, ainsi qu'aux services VIH. Les protocoles de soins prénatals intégrant le dépistage et le traitement des IST sont inclus dans le paquet standard de la surveillance prénatale, mais les données correspondantes ne sont pas capturées de manière désagrégée dans le système d'information sanitaire. Chez les femmes enceintes, le dépistage et la prise en charge des IST, en particulier la syphilis, sont intégrés dans les consultations prénatales. Toutefois, la mise en œuvre est marquée par une rupture en intrants, une formation insuffisante du personnel et une couverture limitée.

b) Enfants, adolescents, jeunes et adultes

Chez les enfants, adolescents et jeunes, les interventions reposent sur la détection précoce des IST, l'éducation sexuelle et la distribution de préservatifs. Ces interventions sont mises en œuvre par certaines structures étatiques (Centre National de Référence des IST et de la Thérapie Antirétrovirale), les ONG (CISJEU, ACAMS) avec l'appui des partenaires. Mais la coordination des interventions et la centralisation des données sont insuffisantes.

2.4.2.2. Prise en charge

La prise en charge des IST reste fortement conditionnée par le recouvrement des coûts et aussi impactée négativement par la non-disponibilité des intrants. La prise en charge syndromique n'est pas formalisée, les Directives de prise en charge syndromique des IST est devenu caduque. Chez les femmes enceintes, la couverture du dépistage de la syphilis est très variable (souvent <30 %). Le traitement existe mais n'est pas gratuit, limitant l'impact sur la prévention de la syphilis congénitale. Chez les autres groupes d'âge, le dépistage et les traitements spécifiques restent peu systématiques, et la vaccination HPV n'est pas encore opérationnelle.

Les capacités de diagnostic biologique pour les IST restent limitées et non standardisées, bien que certains laboratoires réalisent déjà des tests confirmatoires comme le TPHA et les tests NAAT pour la chlamydia et le gonocoque.

2.4.2.3. Gouvernance

La structure de gouvernance des interventions IST est le service de lutte contre le Sida, les IST et les hépatites virales du MSP qui intègre les 3 maladies. Les IST sont prises en compte dans les directives nationales à travers l'approche syndromique, le dépistage ciblé et la prise en charge intégrée, notamment chez les femmes enceintes, les jeunes et les populations vulnérables.

2.4.3. Hépatites Virales

2.4.3.1. Prévention

a) Femmes enceintes et nouveau-nés

La prévention du VHB chez la femme enceinte et le nouveau-né repose sur le dépistage et la prise en charge de la femme et la vaccination du nouveau-né dès la naissance. Le dépistage systématique du VHB est recommandé dans les soins prénatals. Seulement, les tests sont payants, limitant ainsi l'accès au dépistage. La vaccination des nouveau-nés est intégrée au PEV, seulement la première dose est administrée à partir de 6 semaines. La dose de naissance n'est pas encore introduite dans le pays.

b) Adolescents, jeunes et adultes

Chez les adolescents, adultes et personnes âgées, le dépistage et la vaccination de rattrapage sont recommandés mais peu accessibles, en l'absence de subventions et de stratégie nationale dédiée.

2.4.3.2. La prise en charge

Les patients souffrants d'hépatite virale sont traités avec les antirétroviraux destinés au VIH. Les médicaments antiviraux contre les hépatites ne sont pas disponibles, faute de financement.

2.4.3.3. La gouvernance

La structure de gouvernance des interventions IST est le service de lutte contre le Sida, les IST et les hépatites virales du MSP qui intègre les 3 maladies. Le plan stratégique de lutte contre les hépatites virales a été élaboré. Les interventions n'ont pas totalement été mises en œuvre faute de financement.

2.4.4. Réponse au TB

2.4.4.1. Prévention

La prévention de la tuberculose repose sur le dépistage systématique des symptômes et la confirmation biologique, y compris chez les femmes enceintes. En 2025, sur 22 000 personnes estimées atteintes de tuberculose toute forme confondue, 15 855 ont été diagnostiquées et notifiées, soit 72%. Ces résultats sont en deçà du seuil mondial. Les principales raisons sont la faible couverture en unité de dépistage de la tuberculose, la disponibilité limitée en GeneXpert, des ruptures d'intrants, des problèmes de maintenance et des faiblesses du système de transport des échantillons.

À l'échelle préfectorale, les préfectures de Bangui, Sangha-Mbaéré, Mambéré-Kadéi et Nana-Mambéré affichent un taux de notification dépassant les 200 cas pour chaque 100 000 habitants. En revanche, les préfectures de Haut-Mbomou, Basse-Kotto, Bamingui-Bangoran et Kémo ont enregistré moins de 100 cas pour 100 000 d'habitants. Il est indispensable de mener une enquête pour comprendre cette notification extrêmement faible.

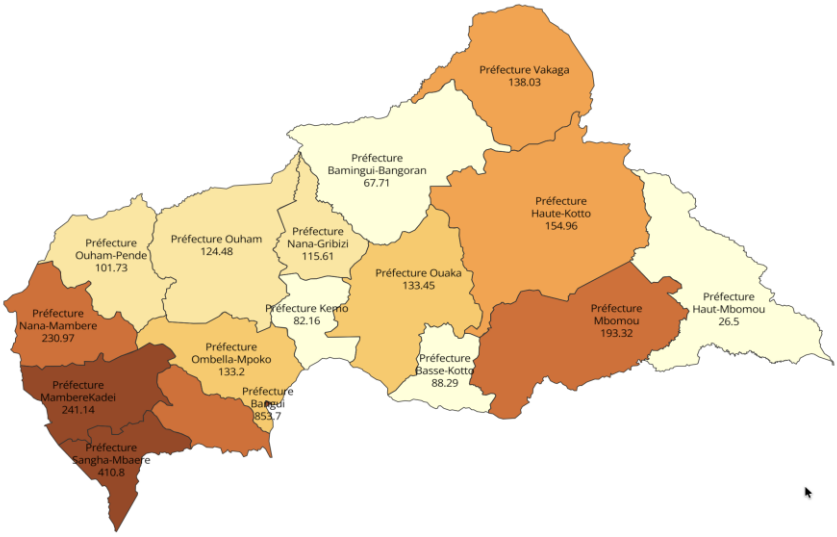


Figure 25 : Taux de notification des cas TB (nouveaux cas et rechutes) par Préfecture 2025.
Source : SNIS.

La couverture en traitement préventif demeure faible chez tous les groupes cibles. Selon les données du programme, on note une diminution de mise sous TPT chez les enfants de moins de 5 ans, contacts des patients TPB+ de 2 503 en 2021 à 1641 en 2024 et chez les PVVIH. Cette diminution peut s'expliquer par la fin du projet CETA et les difficultés du programme à maintenir les acquis du projet.

2.4.4.2. Prise en charge

La prise en charge de la tuberculose est alignée sur les directives nationales à jour. Notons que le nombre de Centres de Dépistage et de Traitement est passé de 84 en 2022 à 95 CDT en 2025. Le nombre de sites de prise en charge de la TBMR est passé de 13 en 2022 à 24 en 2025, 4 Centres de Traitement (CT) et 2 centres réalisant uniquement le diagnostic biologique à savoir le Laboratoire National de Santé Publique et de Biologie Clinique et le Laboratoire National de Reférence logé au sein de l'Institut Pasteur de Bangui. Le recours systématique au GeneXpert pour les cas présumés, y compris chez la femme enceinte est recommandée. Un système de transport d'échantillon pour renforcer le dépistage est mis en place mais peu fonctionnel. Quant à la couverture géographique, celle-ci demeure insatisfaisante pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose. L'extension géographique des services reste un défi. Le taux de succès thérapeutique de la tuberculose sensible est passé de 89% en 2023 à 82% en 2024. Cette diminution traduit les insuffisances dans le suivi des patients à travers la recherche active des patients irréguliers au traitement antituberculeux et le remplissage des outils de collectes des données.

L'objectif du traitement est d'atteindre un taux de succès de 90% et plus. La figue ci-dessous présente le taux de succès par district.

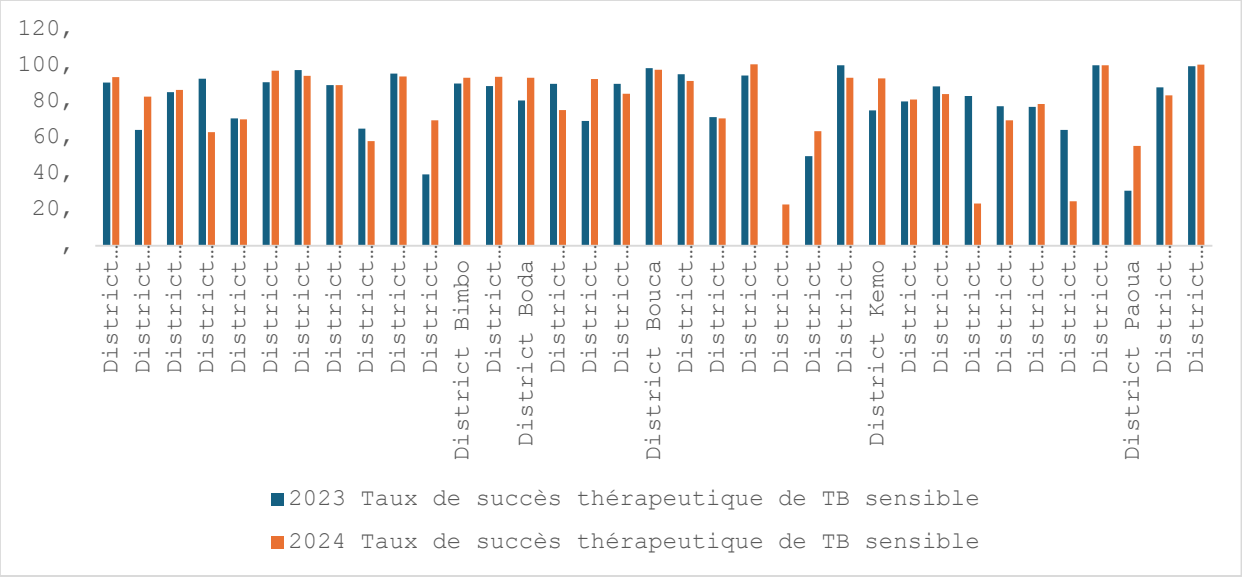


Figure 26 : Taux de succès thérapeutique par DS en 2023 et 2024.
Source : SNIS.

Le taux de succès thérapeutique montre une différence significative pour les Districts Sanitaires de Berbérati, Paoua et Bossembélé où on note une nette amélioration en 2024, par contre les DS de Bamingui-Bangoran, Mobaye et Ngaoundaye ont notifié une contre-performance liée d'une part aux contraintes géographiques et d'autres part les contraintes sécuritaires.

2.4.4.3. Levée des barrières liées aux droits humains et à l'équité

Les Directives nationales reconnaissent plusieurs groupes vulnérables (PVVIH, enfants, détenus, populations mobiles), mais les femmes enceintes et les nouveau-nés ne sont pas explicitement considérés comme groupe spécifique sous l'angle des droits humains. Le dépistage et le traitement de la TB restent accessibles à la population générale, y compris les femmes enceintes au même titre que les autres groupes vulnérables via les CDT et la recherche active de cas.
Aucune disposition spécifique n'existe pour le traitement préventif de la tuberculose (TPT) ou la prise en charge TB pendant la grossesse, constituant une lacune majeure en matière de sécurité thérapeutique et d'équité.
Le soutien social est limité essentiellement aux patients TB/MR (appui nutritionnel et transport), mis en œuvre avec l'appui de l'État et des partenaires (Fonds mondial, PAM, MSF).
Chez les enfants, les algorithmes diagnostiques et thérapeutiques sont bien définis, incluant la recherche des cas contacts et le TPT. Toutefois, la mise en œuvre est freinée par les longues distances (jusqu'à 50 km), le manque de personnels qualifiés et la faible intensité des activités communautaires.
Le Dépistage des Adolescents et jeunes fait partie des cibles identifiées mais jusque-là aucune action de recherche active de la TB dans ce groupe n'est réalisée en milieu scolaire. Il n'existe pas de barrières légales quant à l'accès aux soins de cette catégorie.
Les Organisations de la Société Civile impliqués dans la lutte contre la tuberculose (RNALT, ANAT, SENI NA MAINGO) sensibilisent sur la stigmatisation et la discrimination, la qualité des services de santé à travers le Suivi dirigé par la communauté (CLM).

2.4.4.4. Gouvernance et le renforcement du système de santé

La structure de gouvernance du programme de lutte contre la TB est le service de la lutte contre la TB, logé au sein de la Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles. Il a pour rôle de concevoir, élaborer, planifier, coordonner et suivre la politique nationale de lutte contre la tuberculose. Au niveau décentralisé, la gouvernance est assurée par les districts sanitaires.
Dans le cadre du diagnostic le service repose sur un réseau des laboratoires nationaux coordonnés par le Laboratoire National de Référence (LNR) qui est logé au sein de l'Institut Pasteur de Bangui. Il a pour rôle la formation, la supervision du réseau de laboratoire.
Même si les structures sont définies, plusieurs défis persistent : l'insuffisance de ressources humaines et financières, des difficultés logistiques (approvisionnement en médicaments, diagnostic, accessibilité dans les zones reculées).

2.4.5. Réponse au paludisme

2.4.5.1. Prévention

Les interventions de prévention de la lutte contre le paludisme comportent essentiellement la lutte antivectorielle à travers la distribution de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) dans les ménages, dans les Formations Sanitaires (FOSA), en milieu scolaire et au niveau communautaire et les interventions spécifiques.

a) Distribution de masse dans les ménages

En 2025, pour la période du Plan Stratégique National 2024-2028, lors des phases I et II, trois millions quatre cent quatre-vingt-treize mille cent quatre-vingt-dix-neuf (3 493 199) MII ont été distribuées dans les RS 1, 2, 3, 4 et 7. Pour la période de ce plan stratégique, il reste 685 800 MII à distribuer dans les RS 5 et 6. Un total, depuis 2020, 8.366.499 MII ont été distribuées en masse dans les ménages à travers le pays pour protéger les populations contre le paludisme. La figure ci-dessous présente l'évolution de la distribution des MII en RCA.

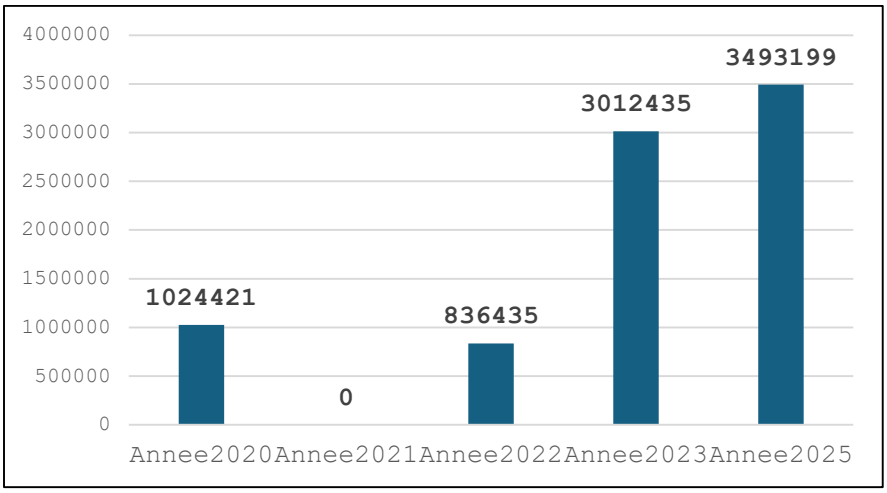


Figure 27 : Nombre de MII distribuées de 2020 à 2025.
Source : Rapport distribution WVI.

La distribution de masse de MII dans les ménages est limitée par les problèmes logistiques, notamment le transport de MII vers les points de distribution, et la situation sécuritaire dans certains régions et districts sanitaires. Les districts des RS 5 et 6 qui sont aux extrêmes Est et Nord du pays sont particulièrement affectés par ces limitations.

b) Distribution dans les FOSA

La distribution de MII dans les FOSA se fait selon une approche continue dans les FOSA avec Services Prénatales (SPN) et les points de vaccination (PEV) et cible, respectivement, les femmes enceintes et les enfants en âge vaccinal. Ces populations cibles de la distribution de MII dans les FOSA représentent 1,75% et 4% de la population générale pour respectivement les enfants de moins d'un (1) an et les femmes enceintes.

Au cours de la période 2024-2025, un total de 19 679 MII ont été distribuées aux femmes enceintes fréquentant les SPN, avec 78 791 MII en 2024 et 118 006 MII en 2025. Ainsi, en 2024 et 2025 seulement, respectivement 21,81% et 31,10% des femmes vues en SPN ont reçu des MII pour les protéger et protéger leurs grossesses. (Figure 28)

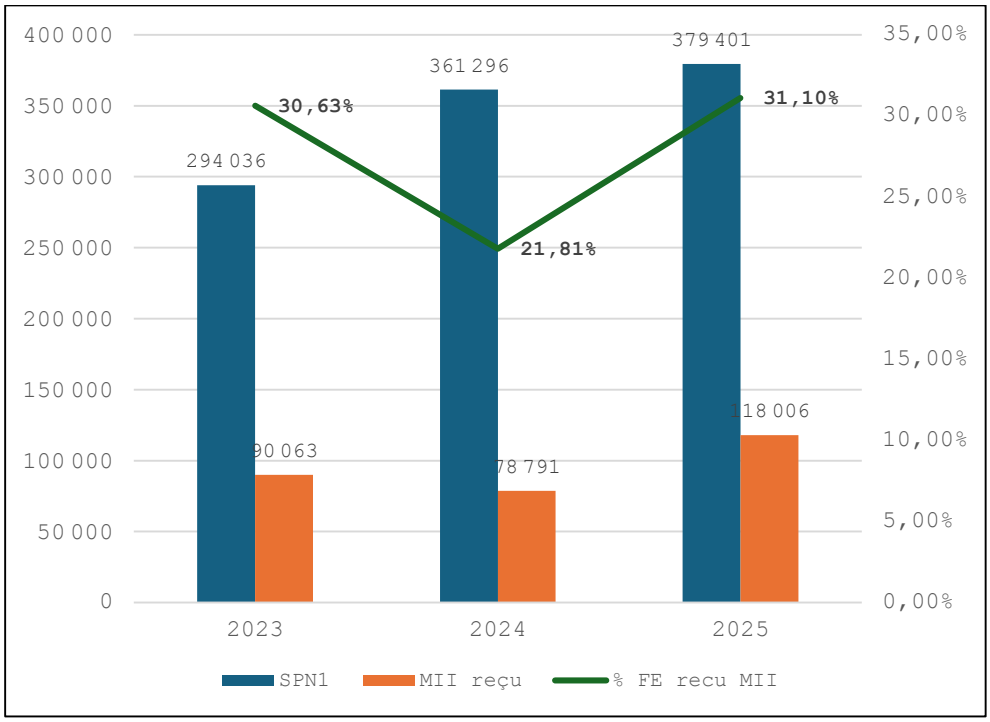


Figure 28 : Nombre de MII distribuées en SPN.
Source : DIHS2.

c) Distribution dans les écoles

Au cours de la période 2024-2025, une expérience pilote de distribution de MII dans les écoles a été mise en œuvre avec succès dans les écoles des Districts de Bégoua, Bimbo, Boda et Mbaïki de la RS 1. La distribution dans les écoles des DS de la RS1 a couvert 449 établissements scolaires et

forme 3 207 acteurs du système éducatif comprenant les enseignants, les directeurs des écoles, les chefs de secteurs et circonscription scolaires, et les inspecteurs académiques (Tableau 3 ci-dessus). Au total, 111 620 élèves des écoles du Fondamental 1 des DS de la RS1 ont reçu des MII, soit 95% des élèves attendus (Tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3 : Résultats de la distribution de MII dans les écoles de la RS1.

Districts Sanitaire	MILD Distribuées	Elèves ayant bénéficé de MILD	% Elèves ayant bénéficé de MILD
Bimbo	33,994	33,994	89%
Bégoua	28,281	28,281	96%
	6,929	6,929	100%
	1,485	1,485	93%
Mbaïki	24,460	24,460	98%
	4,133	4,133	95%
Boda	6,330	6,330	99%
	4,392	4,392	100%
	1,616	1,616	100%
04 DS	**111,620**	**111,620**	**95%**

Source : Rapport de distribution WVI.

Bien que l'approche ait été démontrée d'être très efficient, le non-respect des directives n'a pas permis de faire les économies escomptées.

d) Distribution au niveau communautaire

La distribution communautaire à travers les ASC est une approche démontrée d'être très efficient, mais elle n'a pas pu être mise en œuvre pour des retards procéduraux entre le bailleur, Fonds Mondial, et le partenaire de mise en œuvre.

e) Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse

Le Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse (TPIg) vise essentiellement à prévenir les effets néfastes du paludisme sur la grossesse. Il consiste en l'administration d'une dose de Sulfadoxine-Pyréméthamine a intervalle d'un mois à partir du 2ème trimestre de grossesse ou après l'apparition des mouvements du fœtus. Le TPIg est mis en œuvre exclusivement dans toutes les FOSA avec services de SPN (figure 29).

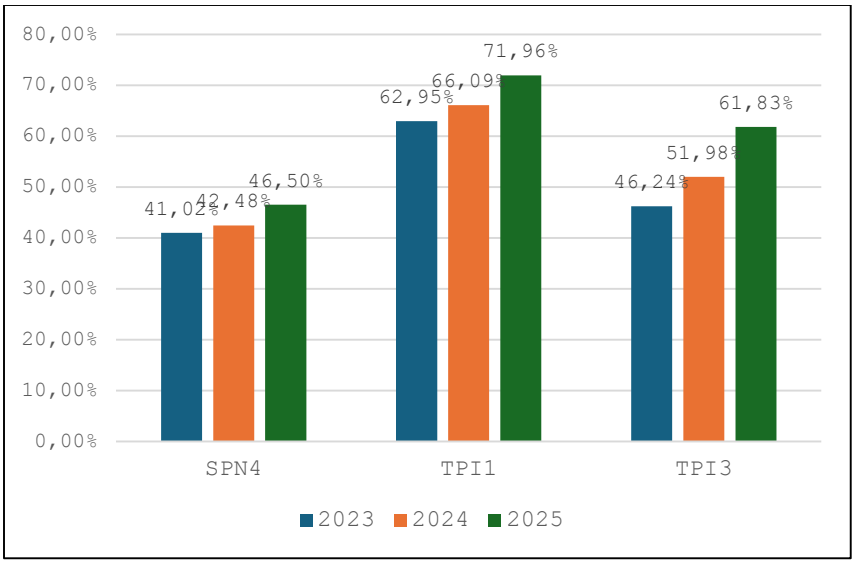


Figure 29 : Proportion de femmes enceintes à la SPN ayant reçu TPIg 1 et TPIg 3 de 2023 à 2025.
Source : SNIS.

La proportion de femmes enceintes vues en SPN et ayant reçu TPIg 1 et TPIg 3 a progressé régulièrement de 2023 à 2025. En particulier TPIg 3 est passe de 46% en en 2023 à 62% en 2025, même si la couverture reste inferieur a l'objectif de 80%.
Pour rattraper ce déficit et surtout couvrir les femmes enceintes qui ne viennent pas au SPN ou n'ont pas accès aux services de santé, le programme a envisagé d'introduire le TPIg au niveau communautaire à travers l'Engagement Communautaire et les ASC mais n'est pas encore mis en œuvre.

f) Vaccination contre le paludisme

La République Centrafricaine a adopté et introduit le vaccin contre le paludisme R21 dans la vaccination de routine en 2024. Le vaccin contre le paludisme couvre les enfants de 6 à 16 mois comporte 4 doses à administrer à 6 mois, 7 mois, 9 mois et 16 mois (Figure 30)

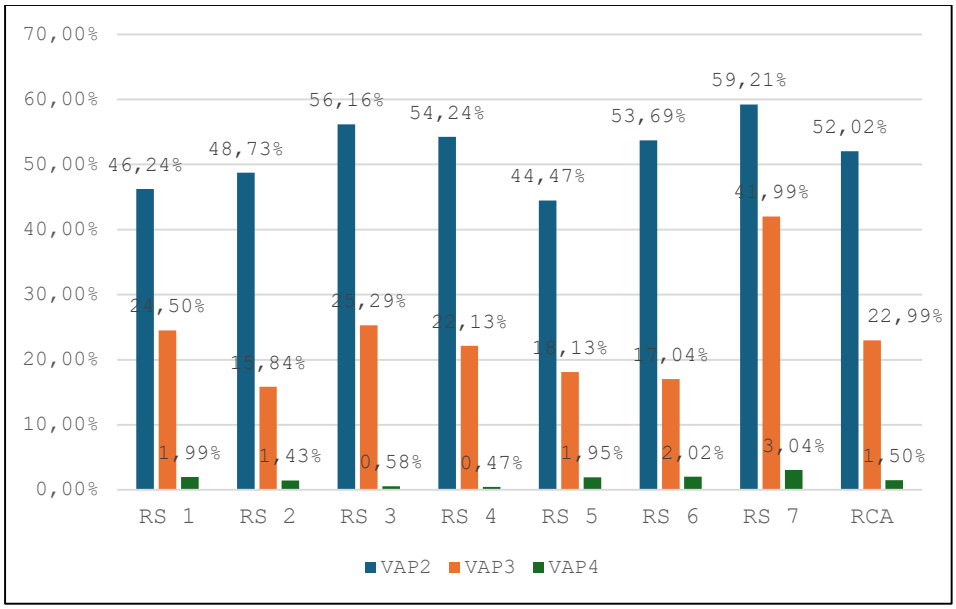


Figure 30 : Proportion des enfants éligibles ayant reçu le vaccin contre le paludisme par RS et RCA.
Source : SNIS.

En moyenne au niveau national, 75 089 sur 105 008 enfants éligibles ont reçu leurs premières doses du vaccin (71,5%), 52% des enfants éligibles ont reçu leurs deuxièmes doses de vaccin contre le paludisme (VAP2), 23% ont reçu VAP3 et 1,5% ont reçu VAP4. Il y a une chute de la proportion des enfants qui ont été vaccinés d'environ 50% entre la première dose (VAP1) et la deuxième dose (VAP2) et plus de 98% entre VAP1 et VAP4.

2.4.5.2. Prise en charge

La gestion des cas est une activité de routine de diagnostic des cas de fièvre et traitement des cas confirmés de paludisme. Elle est mise en œuvre de façon routinière dans les FOSA et par les agents de santé.

a) Gestion des cas dans les FOSA publiques et privées

La gestion des cas de paludisme est effective dans les 1 017 FOSA opérationnelles du pays et les FOSA privées, lucratives et non lucratives. Les directives nationales recommandent que le diagnostic dans les FOSA de premier contact soit fait avec le Test de Diagnostic Rapide. La microscopie est réservée aux hôpitaux. Le traitement des cas simples est fait avec les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémissinine (CTA). Le traitement des cas graves est fait avec l'Artésunate injectable en pré-transfert. Passer aux CTA dès que la voie orale est possible.
De 2024 à 2025, selon des données DHIS2 (Figure 31 ci-dessous), 6 350 471 cas de fièvre ont été vus dans les FOSA, 5 822 912 cas ont été testes pour le paludisme (92%), 4 255 648 cas ont été positifs pour le paludisme (73%) et 3 969 734 cas positifs ont été traites (93%).

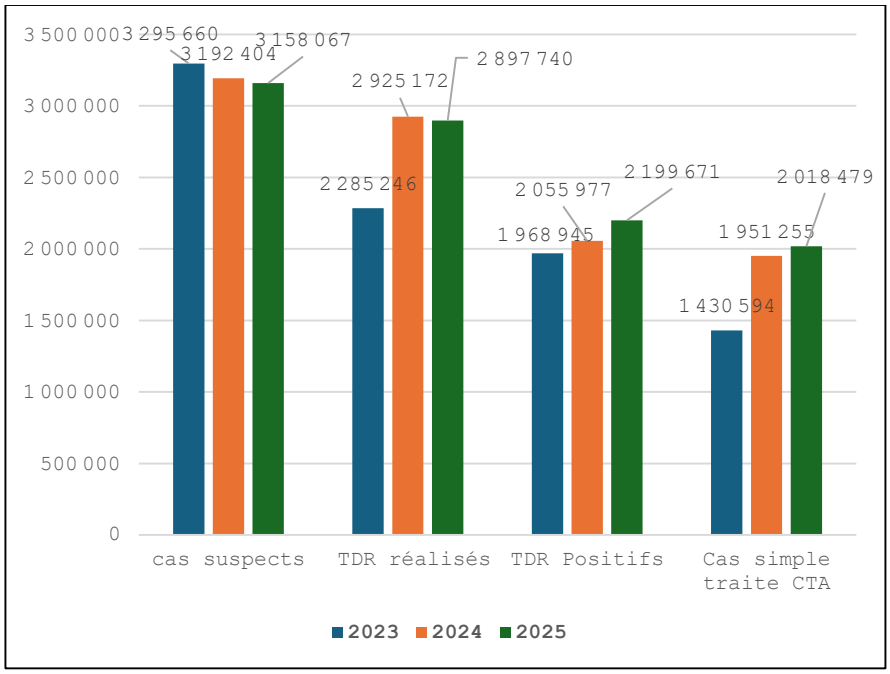


Figure 31 : Nombre de cas de paludisme simple enregistré dans les FOSA de 2023 à 2025.
Source : SNIS.

La gestion des cas de paludisme souffre de ruptures fréquentes d'intrants (médicaments et TDR) dans les FOSA de premier contact. Elle souffre également du non-respect des directives de prise en charge recommandées par la politique nationale par les agents de santé.

b) Gestion des cas au niveau communautaire

La gestion des cas de paludisme au niveau communautaire est effective à travers les districts du pays à différents niveaux de couverture soit dans le cadre de l'Engagement Communautaire dans les RS 7 et 2 ou l'appui d'autres partenaires dans d'autres districts du pays. Les agents au niveau communautaire ne prennent en charge que les cas de paludisme simple. Tous les cas graves de paludisme doivent être référés vers la FOSA la plus proche après un traitement de pré-référence avec l'Artésunate.

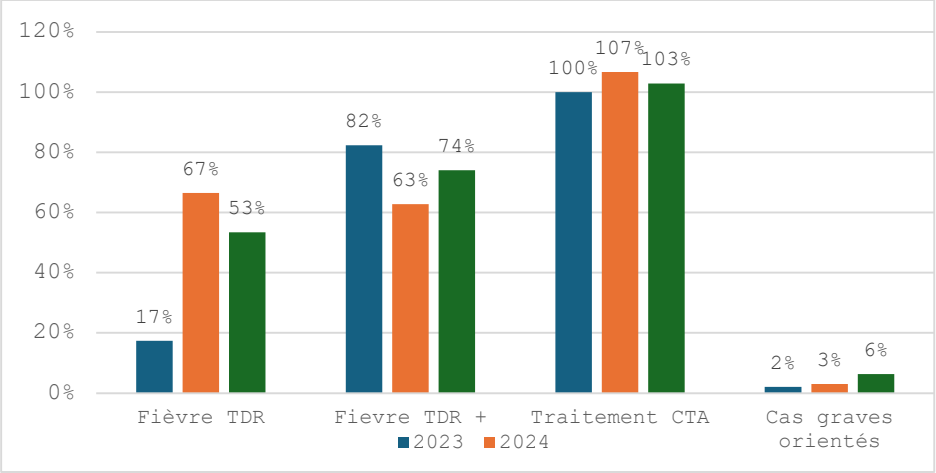


Figure 32 : Tendances de proportion de prise en charge du paludisme au niveau communautaire de 2023 à 2025.
Source : SNIS.

Selon les données de l'Engagement Communautaire, 188 590 enfants de moins de 5 ans ont présenté une fièvre. Seulement 104 270, la moitié de ces enfants fébriles ont été testés pour le paludisme avec des TDR, 55% et 77 208 étaient positifs, soit 74%. Selon ces données, 73 602 des enfants testés positifs, soit 95%, testés positifs ont reçu un traitement par CTA. Les ASC de l'Engagement Communautaire ont référé 10 978 cas de paludisme grave vers les structures de santé. La principale contrainte de la gestion du paludisme au niveau communautaire est la faible couverture nationale de l'Engagement communautaire.

2.4.5.3. Levée des barrières

a) Barrières financières

Les femmes enceintes constituent un groupe prioritaire clairement reconnu. Elles bénéficient de la gratuité du TPIg, des MII et de la prise en charge du paludisme, conformément aux normes nationales. La mise en œuvre reste toutefois limitée par la faible fréquentation des CPN et les coûts indirects. Pour pallier ces contraintes, le Gouvernement a mis en place une politique de gratuité des soins destinés aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans.

b) Barrières liées aux droits humains et genre

Le programme a initié une étude sur les droits humains et le genre (Malaria MatchBox) pour guider les politiques et directives de lutte contre le paludisme. Lors de la révision des documents normatifs du programme (politique, directives, plan stratégique, manuel PCIGA, guide de formation, etc.), les droits humains et les principes d'équité ont été renforcées.

2.4.5.4. Gouvernance

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est la coordination de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme dans le cadre d'un large partenariat avec toutes les parties prenantes de la lutte contre le paludisme à travers différentes structures.

- *Le Comité National de Lutte contre le Paludisme (CNLP)* qui a pour mission d'accompagner le PNLP dans la coordination et de faire des propositions sur les orientations stratégiques pour

la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme. Cependant, ce comité n'est pas fonctionnel. Les attributions du CNLP sont transférées au Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (CNLS-TP) nouvellement mis en place.

- *Un Comité Technique de Coordination des Partenaires Techniques et Financiers (CPTF)* est proposé pour être mis en place. Les partenaires techniques et financiers de la lutte contre le paludisme comprennent les Ministères connexes y compris les écoles de formation et les instituts de recherche, les multilatéraux, et les bilatéraux. La coordination va impliquer la mise en place de groupes techniques de travail couvrant les différents domaines de la lutte contre le paludisme (Suivi/évaluation, Lutte antivectorielle, Prise en charge des cas, Communication, Gestion des Approvisionnement et Stocks GAS)
- *Le Service de Lutte contre le Paludisme (SLP*) fait partie des trois services placés sous la Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles (DLMT). Il assure la coordination du PNLP, coordonne l'élaboration de la politique nationale, des plans stratégique et opérationnel, les documents normatifs. A ce jour, ces différents documents ont été révisés en 2024. Cependant, la performance du SLP est limitée par un déficit quantitatif et qualitatif persistant en ressources humaines, en particulier, un manque de responsable de suivi et évaluation et d'entomologiste. Au niveau décentralisé, la coordination est assurée par les Régions et les Districts Sanitaires.

Partenariat pour la lutte contre le paludisme :

Dans le cadre de la gouvernance du programme, le partenariat pour la lutte contre le paludisme s'est nettement renforcé au cours de la période des Plans Stratégiques 2018-2023 et 2024-2028. Ce renforcement a permis d'améliorer la mobilisation des ressources pour la lutte contre le paludisme auprès des partenaires nationaux étatiques, privés, des collectivités et internationaux même si les ressources mobilisées sont encore très limitées.

- *Le Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme* apporte un appui holistique représentant la majorité des ressources mobilisées qui couvrent tous les domaines d'intervention de lutte contre le paludisme depuis sa mise en place en 2002. L'appui du Fonds Mondial se traduit à travers les Principaux Récipiendaires (PR) qui sont actuellement World Vision International (WVI) et la Croix-Rouge Française (CRF) qui œuvrent avec des Sous-Récipiendaires chargés de la mise en œuvre des interventions. Il s'agit de Catholic Relief Services (CRS), International Medical Corps (IMC) et Mentor Initiative.
- *Roll Back Malaria (RBM), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et l'Alliance for Malaria Prevention (AMP)* apportent essentiellement des appuis techniques par la fourniture d'assistance technique dans différents domaines.
- *L'ONG américaine Amp Health* appuie le renforcement en leadership et gestion de programme. L'appui de Amp Health a permis d'améliorer les éléments de gestion du programme, notamment dans le travail d'équipe, la planification et la gestion des données. Le renforcement des compétences du programme en leadership et la gestion de programme est à l'origine d'une meilleure relation et collaboration avec les partenaires techniques et financiers et les partenaires de mise en œuvre. Il est aussi à l'origine des fortes compétences pour la prise de décision basée sur les évidences.
- *Malaria Contrôle and Élimination Partnership for Africa (MACEPA)*, en s'installant dans le pays pour le long terme, est venu renforcer l'appui en leadership et gestion du programme de lutte contre le paludisme avec un accent particulier sur les compétences techniques. Cet appui a permis la révision des documents normatifs du programme (politique, directives, plan

stratégique, guide de formation, etc.), le renforcement de l'utilisation des données pour prise de décision, les activités pour l'amélioration de la qualité des données, l'organisation d'une formation de formateurs en paludologie et la stratification infranationale pour adapter les interventions aux besoins locaux et amélioration de l'efficience des activités.

- D'autres partenaires apportent des soutiens multiformes dans la lutte contre le paludisme. Il s'agit notamment de la Banque Mondiale qui intervient dans l'approvisionnement en intrants et le Financement Basé sur les Résultats (PBF), l'UNICEF interviennent dans l'approvisionnement en intrants avec un accent particulier sur la protection des enfants contre le paludisme et d'autres maladies. GAVI appuie la fourniture en vaccin contre le paludisme et la mise en œuvre de la vaccination dans le cadre de la vaccination de routine dans les 35 districts du pays. Médecins Sans Frontières assure la mise en œuvre opérationnel, notamment la prise en charge des cas dans certains districts.

Contribution des acteurs communautaires à la réponse

2.4.6. Contribution des acteurs communautaires à la réponse

2.4.6.1. Prévention

Les acteurs communautaires ont participé activement aux interventions de prévention. Notamment :

- Dans la prévention de TB : de 2024-2025, 3 015 personnes suspectes ont été orientées vers les CDT et dépistées pour la TB. Lors des campagnes multi-maladies, les ASC ont permis de dépister et de mettre sous traitement 269 patients TB en 2025. Enfin, 130 tradipraticiens et tenanciers des officines privées ont été sensibilisés sur les signes de la TB dans les 10 Arrondissements de Bangui.
- La sensibilisation sur la prévention des trois maladies dans les FOSA et dans les groupements des femmes.

2.4.6.2. Levée des barrières liées aux droits humains et à l'équité

En 2024 et 2025, le RNALT a formé 180 acteurs intervenant en milieu carcéral (agents psychosociaux, médicaux, judiciaires et communautaires) sur la protection en milieu carcéral (droits humains, VBG) sur 300 acteurs prévus, soit 62%. La charte nationale des patients a été vulgarisée dans 11 établissements pénitentiaires fonctionnels et dans les 35 hôpitaux de district.
Depuis 2024 à ce jour, la vulgarisation de la charte nationale des patients est réalisée à Bangui, dans plusieurs provinces du pays et dans 11 établissements pénitentiaires fonctionnels.
Depuis 2025, le RNALT collabore avec « SENI NA MAÏNGO » (OSC observateur), et a formé 35 observateurs du terrain sur un questionnaire TB intégré dans l'outil KOBO COLLECT, la sensibilisation sur la stigmatisation, la discrimination et la qualité des services de santé dans le cadre du Suivi Dirigé par la Communauté (CLM).
Du 30 Octobre au 2 Novembre 2025, les OSC ont été formées à Boali, sur l'intégration de l'outil ONE IMPACT dans le Suivi Dirigé par la Communauté (CLM) grâce à un appui financier de DRAF- TB.

2.4.7. Analyse FFOM

L'analyse FFOM met en évidence une réponse nationale caractérisée par des acquis importants mais encore fragiles.

- Les principales forces résident dans l'existence de cadres stratégiques nationaux alignés sur les orientations internationales, l'amélioration progressive de l'offre de services, notamment pour le VIH, la tuberculose et le paludisme, ainsi que le développement des approches communautaires et l'introduction d'innovations telles que le diagnostic moléculaire et les interventions multi-maladies.
- Cependant, ces acquis sont contrebalancés par des faiblesses structurelles majeures, notamment la fragmentation des programmes, la faible intégration des services, l'insuffisance des ressources humaines, les ruptures fréquentes d'intrants, la faible couverture des interventions clés et les performances limitées dans la mise en œuvre des activités stratégiques, en particulier pour les hépatites virales et les IST.
- Les opportunités identifiées incluent le développement d'un Plan Stratégique National Intégré, le renforcement des soins de santé primaires, l'engagement des partenaires techniques et financiers, ainsi que les approches innovantes telles que les campagnes multi-maladies et la digitalisation des systèmes d'information.

- En revanche, la réponse nationale reste exposée à des menaces importantes, notamment l'instabilité sécuritaire, la dépendance aux financements extérieurs, les inégalités d'accès aux services, les barrières socioculturelles persistantes et l'émergence de résistances aux traitements.

Défis

2.4.8. Défis

Au regard de l'analyse de la situation, les principaux défis se présentent comme suit :

2.4.8.1. Liés à la lutte contre le Sida ou Hépatites virales/IST

- Utilisation des services de CPN
- Intégration de la PTME dans tous les services qui offrent la CPN
- Intégration de la PTME dans CPON, suivi de croissance et PEV
- Dépistage précoce des enfants exposés (deux jours après la naissance)
- Dépistage des enfants de 0 à 14 ans
- Accès des patients à la charge virale et rendus des résultats
- Transport des échantillons vers les laboratoires de références
- Dépistage et prise en charge du VIH avancé
- Suivi de l'observance et surveillance de la résistance (génotypage, charge virale)
- Prise en charge de la co-infection TB/VIH (dépistage des patients TB dans les services de prise en charge du VIH)
- Augmentation de la couverture géographique d'interventions au profit des populations clés

2.4.8.2. Liés à la lutte contre la TB

- Détection des cas
- Extension des service TB y compris TB-MR
- Chimioprophylaxie chez les enfants de moins de 5 ans

2.4.8.3. Liés à la lutte contre le paludisme

- Augmentation de la couverture en MILD (distribution des MILD chez les femmes enceintes et les enfants en PEV)
- Augmentation de la couverture en traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes
- Utilisation effective des directives de traitement dans les FOSA
- Augmentation de la couverture en dose complète de vaccin contre le paludisme (moins de 4 doses)
- Surveillance de la résistance des parasites aux antipaludiques et des vecteurs aux insecticides
- Surveillance des évènements climatiques

2.4.8.4. Liés aux piliers transversaux du système de santé

- Organisation de l'offre de soins dans un esprit d'intégration (guichet unique)
- Renforcement et extension des équipements de laboratoire pour le diagnostic et le suivi
- Renforcement des ressources humaines au niveau des programmes et des structures de prise en charge
- Approvisionnement régulier des FOSA en intrants pour le dépistage/diagnostic et le traitement et amélioration de la gestion des produits de santé
- Bonne gestion de l'information stratégique
- Mobilisation des ressources domestiques
- Renforcement des structures de coordination technique
- Mise en application effective des textes et lois garantissant les droits et les devoirs des personnes vivant avec les maladies

- Intégration effective du genre dans la planification des interventions à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Priorisation

2.5. Priorisation

Dans un contexte marqué par une **forte charge de morbidité liée aux maladies transmissibles**, une **progression des comorbidités**, et des **ressources limitées**, la priorisation vise à maximiser l'impact de la riposte nationale en concentrant les efforts sur les populations, les zones et les interventions à plus forte valeur ajoutée. La priorisation repose sur :

- La charge de morbidité et de mortalité ;
- Les inégalités d'accès aux services ;
- Les performances programmatiques (faibles réalisations dans certains programmes, notamment hépatites : 9 % ; VIH : 10 % corrigé) ;
- Le potentiel d'intégration des interventions.

2.5.1. Cibles prioritaires

Les cibles prioritaires sont définies en tenant compte de la structure démographique, des groupes les plus exposés et des populations à faible accès aux services.

a) Cibles pour le programme VIH ou Hépatites virales/IST

- Populations clés (PS et HSH)
- Population vulnérables (Personnes privées de liberté, personne en situation d'handicap, conducteurs de camion et taxi-motos, éléments de force de défense et sécurité, adolescentes et jeunes femmes à risque, partenaires de PVVIH)
- Femmes enceintes/allaitantes et leur conjoint
- Enfants exposés
- Enfants malnutris
- Tuberculeux
- PVVIH enfants et adultes
- Population sexuellement active (15–49 ans
- Victimes de VBG
- Personnel de santé

b) Cibles pour le programme TB

- PVVIH
- Enfants de moins de 5 ans
- Femmes enceintes
- Personnes privées de liberté
- Personnel de santé
- Personnes atteintes de comorbidités (HTA, diabète, malnutrition),
- Populations vulnérables en contexte humanitaire (PDI/Refugiés)
- Commerçants (koli et ouali gara)
- Taxis motos et conducteur de bus
- Minorités ethniques
- Personnes âgées de plus de 60 ans.

c) Paludisme

- Femmes enceintes
- Enfants de moins de 5 ans
- Enfants en âge scolaire

- Populations vulnérables en contexte humanitaire (PDI/Refugiés)
- Personnes en situation d'urgence (inondations)

2.5.2. Zones prioritaires

La priorisation géographique s'appuie sur les disparités épidémiologiques, l'accessibilité des services et les contextes de vulnérabilité.
Les zones prioritaires comprennent :

- Les districts sanitaires à forte charge de VIH, notamment Haut-Mbomou, Bangui 1 et Bangui 2, où les prévalences sont les plus élevées ;
- Les zones à forte incidence du paludisme, particulièrement dans les zones à forte transmission chez les enfants ;
- Les zones à forte incidence de tuberculose, où les défis de détection précoce et de continuité des soins persistent ;
- Les zones du Nord du pays, où certaines interventions comme la chimio-prévention saisonnière du paludisme ne sont pas encore mises en œuvre ;
- Les zones affectées par l'insécurité et les crises humanitaires, caractérisées par des difficultés d'accès aux services et des ruptures de continuité des soins ;
- Les zones rurales enclavées, avec faible densité de structures de santé et insuffisance de ressources humaines ;
- Les zones urbaines, notamment Bangui, avec forte concentration des structures mais aussi forte transmission du VIH et des IST.

Cette priorisation tient compte de la structuration du système de santé en 7 Régions Sanitaires et 35 Districts, permettant une planification décentralisée et adaptée aux réalités locales.

2.5.3. Interventions prioritaires

Au regard des constats issus de cette analyse, plusieurs orientations stratégiques majeures se dégagent pour la période 2027-2031 :

- Il est prioritaire de renforcer l'intégration des services en développant des modèles de prise en charge intégrée au niveau des formations sanitaires et des communautés, permettant d'améliorer l'efficacité et l'accessibilité des interventions.
- L'amélioration de la couverture des interventions à fort impact constitue également un axe majeur, notamment à travers le renforcement de la prévention combinée, du dépistage intégré, de la prise en charge précoce et de la rétention dans les soins.
- Le renforcement du système de santé est indispensable, en particulier à travers le développement des ressources humaines, l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement, le renforcement des capacités diagnostiques et la consolidation de la gouvernance.
- Par ailleurs, il est essentiel de renforcer le système d'information sanitaire afin d'améliorer la qualité des données et leur utilisation pour la prise de décision.
- La promotion de l'équité et des droits humains doit être intensifiée, notamment par la réduction des barrières financières et socioculturelles, ainsi que par le renforcement de l'engagement communautaire et des interventions ciblant les populations clés.
- Enfin, la durabilité de la réponse nécessite un renforcement de la mobilisation des ressources domestiques et une amélioration de l'efficience dans l'allocation des ressources, afin de réduire la dépendance aux financements extérieurs.

Les interventions prioritaires sont celles à fort impact démontré, tenant compte des lacunes identifiées dans l'analyse de la réponse.

a) **En matière de prévention**

- Extension du dépistage intégré multi-maladies (VIH, TB, hépatites, IST, paludisme) dans les formations sanitaires et la communauté ;
- Renforcement de la prévention combinée du VIH, notamment auprès des populations clés (PrEP, préservatifs, dépistage différencié) ;
- Renforcement de la PTME intégrée (VIH, syphilis, hépatite B, paludisme) ;
- Introduction de la dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B et amélioration de la couverture vaccinale ;
- Intensification de la lutte antivectorielle et de la chimio-prévention du paludisme, notamment dans les zones non couvertes ;
- Renforcement de la prévention de la tuberculose (recherche des cas contacts, TPT).

b) En matière de prise en charge

- Amélioration de la cascade de soins VIH, notamment le suivi virologique et l'observance ;
- Extension du diagnostic moléculaire et de la prise en charge de la TB-MR ;
- Amélioration de la prise en charge du paludisme grave ;
- Développement progressif de la prise en charge des hépatites virales ;
- Intégration de la prise en charge des comorbidités (HTA, diabète).

c) En matière de systèmes et approches transversales

- Renforcement du système d'information sanitaire (DHIS2) ;
- Amélioration de la disponibilité des intrants et médicaments ;
- Développement des ressources humaines en santé ;
- Renforcement de l'engagement communautaire et des interventions de proximité.

Identification des domaines d'intégration (zones d'efficience)

2.6. Identification des domaines d'intégration (zones d'efficience)

L'intégration constitue un levier central pour améliorer l'efficience, réduire la fragmentation des programmes et optimiser les ressources. Les principaux domaines d'intégration identifiés sont :

2.6.1. Intégration des services de santé

- Intégration du dépistage VIH, TB, hépatites, IST et paludisme aux différents points d'entrée du système de santé ;
- Intégration des services VIH/TB (dépistage systématique, prise en charge conjointe) ;
- Intégration de la PTME dans les services de santé maternelle et infantile ;
- Intégration du dépistage et de la prise en charge des MNT (HTA, diabète).

2.6.2. Intégration au niveau communautaire

- Dépistage communautaire intégré multi-maladies ;
- Suivi communautaire des patients (observance, référencement, recherche des perdus de vue) ;
- Rôle accru des agents de santé communautaires (62,19 % des ressources humaines).

2.6.3. Intégration des systèmes de soutien

- Système d'information sanitaire intégré (DHIS2) ;
- Chaîne d'approvisionnement intégrée ;
- Formation intégrée du personnel ;
- Supervision et suivi-évaluation intégrés.

2.6.4. Intégration programmatique et de la gouvernance

- Réduction de la fragmentation des programmes, actuellement identifiée comme une faiblesse majeure ;
- Planification conjointe des programmes VIH, TB, paludisme et hépatites ;
- Revues conjointes et coordination multisectorielle.

2.6.5. Intégration centrée sur le patient et le cycle de vie

- Approche intégrée selon le cycle de vie (enfant, adolescent, adulte, femme enceinte, personnes âgées) ;
- Paquets de services intégrés adaptés aux populations clés et vulnérables.

CADRE STRATÉGIQUE DE LA RÉPONSE

3. CADRE STRATÉGIQUE DE LA RÉPONSE

3.1. Fondements de la réponse

Au niveau mondial le PSN intégré s'aligne sur :

- Déclaration des Nations Unies 2021 : Déclaration sur le VIH et le Sida : mettre fin aux inégalités et mettre fin au sida d'ici à 2030.
- La déclaration d'Astana réaffirme l'importance des soins de santé primaires comme fondement d'un système de santé durable et d'une couverture sanitaire universelle.
- Stratégie mondiale contre le sida 2026-2031, ONUSIDA.
- Stratégies mondiales du secteur de la santé 2022-2030 contre, respectivement, le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, OMS.
- Stratégie mondiale de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose.
- Stratégie technique mondiale de l'OMS de lutte contre le paludisme 2016-2030.

Au niveau de l'Afrique :

- Agenda de l'Union Africaine 2063 visant à transformer le continent en une puissance mondiale intégrée, prospère et pacifique.
- Cadre pour une riposte multisectorielle intégrée à la tuberculose, à l'infection à VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite virale dans la région africaine de l'OMS 2021-2030.
- La Déclaration d'Abuja, adoptée en 2001, engage les États africains à allouer au moins 15 % de leurs budgets nationaux à la santé pour lutter contre les crises sanitaires sur le continent.
- L'Initiative de Bamako, lancée en 1987, vise à améliorer l'accès aux soins de santé dans les pays en développement tout en renforçant l'équité et l'efficacité des systèmes de santé.

Au niveau national :

- Dix Domaines d'Impulsion Présidentielle pour l'accélération vers la Couverture Sanitaire Universelle et pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle et infantile qui place la lutte contre le paludisme parmi les priorités du Gouvernement.
- Plan National de Développement (PND) de la République Centrafricaine pour la période 2024-2028.
- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2022-2026.

3.2. Principes directeurs

Les principes directeurs du présent Plan Stratégique National Intégré constituent les fondements qui orientent la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le VIH/sida, les infections sexuellement transmissibles (IST), les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme en République Centrafricaine. Ils s'inspirent des orientations nationales de santé publique ainsi que des cadres stratégiques régionaux et internationaux, notamment ceux de l'Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique. Ces principes visent à promouvoir une riposte intégrée, centrée sur la personne et les communautés, fondée sur les soins de santé primaires, l'équité, les droits humains et le renforcement du système de santé. Ils guident également l'action collective des différents acteurs à savoir les pouvoirs publics, les partenaires techniques et financiers, la société civile, le secteur privé et communautés afin d'assurer une mise en œuvre cohérente, efficace et durable des interventions visant à réduire la transmission, la morbidité et la mortalité liées à ces maladies.

3.2.1. Leadership national et appropriation par l'État

La riposte intégrée contre le VIH/Sida, les IST, les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme est placée sous le leadership du Ministère de la Santé et de la Population. L'État assure l'orientation stratégique, la coordination et la régulation des interventions en veillant à l'alignement du plan stratégique intégré sur les priorités nationales de santé et les engagements internationaux. L'appropriation nationale implique l'implication effective des structures de l'État à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que la mobilisation progressive des ressources domestiques pour assurer la durabilité des interventions.

3.2.2. Intégration des services et renforcement du système de santé

La lutte contre ces maladies repose sur l'intégration des politiques, stratégies et services dans le système national de santé, en particulier au niveau des soins de santé primaires. Cette approche vise à offrir un paquet de services intégrés de prévention, de dépistage, de traitement et de suivi pour plusieurs maladies au sein des mêmes structures et plateformes de prestation, afin d'améliorer l'efficacité, la continuité des soins et l'utilisation optimale des ressources disponibles.

3.2.3. Approche centrée sur la personne, les communautés et le parcours de vie

Le Plan Stratégique adopte une approche centrée sur la personne qui place les bénéficiaires — notamment les populations clés, les populations vulnérables et les personnes vivant avec les maladies ciblées au cœur de la riposte. Les interventions tiennent compte des différentes étapes du parcours de vie et s'appuient sur l'écoute des besoins des individus, des familles et des communautés. L'engagement communautaire constitue un levier essentiel pour améliorer l'accès, l'acceptabilité et l'adhésion aux services.

3.2.4. Équité, genre, éthique et droits humains

Toutes les interventions seront mises en œuvre dans le respect des principes d'équité, d'éthique et de droits humains afin de garantir que personne ne soit laissé de côté. Une attention particulière sera accordée à la réduction des inégalités liées au genre, aux barrières sociales et économiques, ainsi qu'à l'accès des populations difficiles à atteindre aux services de prévention, de dépistage et de soins.

3.2.5. Approche multisectorielle et partenariats stratégiques

La riposte intégrée repose sur une collaboration étroite entre le secteur de la santé, les autres secteurs gouvernementaux, les organisations de la société civile, les communautés, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers. Les partenariats seront fondés sur l'alignement stratégique, la complémentarité des interventions et la valorisation des avantages comparatifs de chaque acteur afin de maximiser l'impact des programmes.

3.2.6. Décentralisation et renforcement de l'action au niveau communautaire et des districts sanitaires

La planification et la mise en œuvre des interventions seront renforcées au niveau des districts sanitaires et des communautés afin de rapprocher les services des populations. Cette décentralisation permettra une meilleure adaptation des stratégies aux contextes locaux, tout en favorisant l'implication des autorités locales, des organisations communautaires et des acteurs de terrain dans la riposte.

3.2.7. Innovation, recherche opérationnelle et utilisation des technologies

Le plan stratégique encourage l'adoption d'approches innovantes pour améliorer la couverture et la qualité des interventions. Cela inclut l'utilisation des nouvelles technologies, le renforcement de la surveillance communautaire, la digitalisation des systèmes d'information sanitaire, la recherche opérationnelle et l'expérimentation de nouvelles stratégies de prestation de services adaptées aux contextes locaux.

3.2.8. Approche fondée sur les soins de santé primaires et l'accès universel aux services

Les interventions seront guidées par les principes des soins de santé primaires afin de garantir un accès équitable à des services essentiels de santé. L'objectif est de permettre à chaque personne d'accéder à des services de prévention, de dépistage et de traitement de qualité sans s'exposer à des difficultés financières.

3.2.9. Gestion axée sur les résultats, redevabilité et bonne gouvernance

La mise en œuvre du plan stratégique reposera sur une gestion axée sur les résultats, fondée sur l'utilisation des données probantes pour orienter la prise de décision. Les mécanismes de gouvernance garantiront la transparence dans la gestion des ressources, la responsabilité des acteurs et la redevabilité envers les populations et les partenaires.

3.3. Orientations stratégiques

3.3.1. Vision

Une République Centrafricaine où les épidémies de VIH/Sida, d'IST, d'hépatites virales, de tuberculose et de paludisme sont éliminées comme menace pour la santé publique, grâce à un accès universel à des services intégrés, équitables et de qualité.

3.3.2. But

Contribuer à l'élimination du VIH/Sida, des IST, des hépatites virales, de la tuberculose et du paludisme comme menaces majeures pour la santé publique en République Centrafricaine, en réduisant fortement leur incidence et leur mortalité et en garantissant l'accès universel à des services intégrés de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins de qualité d'ici 2031.

3.4. Théorie de changement

La théorie de changement du présent Plan Stratégique National Intégré constitue le cadre conceptuel qui explique comment les interventions prévues permettront d'atteindre les impacts visés en matière de réduction de la transmission, de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida, aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux hépatites virales, à la tuberculose et au paludisme en République Centrafricaine.

Elle repose sur l'hypothèse centrale selon laquelle le renforcement simultané de la prévention, du dépistage, de la prise en charge, de la levée des barrières d'accès et de la gouvernance du système de santé, dans une approche intégrée centrée sur les soins de santé primaires et les communautés, permettra d'interrompre progressivement la transmission des maladies, d'améliorer l'accès aux soins et de réduire significativement la mortalité évitable.

3.4.1. Logique générale du changement

La théorie de changement s'appuie sur une chaîne logique reliant les intrants, les activités, les produits, les effets et les impacts attendus.
Elle repose sur les hypothèses suivantes :

- L'accès élargi à des services intégrés de prévention et de dépistage permettra de détecter précocement les infections et d'interrompre les chaînes de transmission ;
- La disponibilité de services de traitement et de suivi de qualité permettra d'améliorer la survie et de réduire la transmission secondaire ;
- L'élimination des barrières liées aux droits humains, au genre et aux inégalités sociales facilitera l'accès équitable aux services de santé ;
- Le renforcement de la gouvernance et du système de santé améliorera l'efficacité, la coordination et la durabilité de la réponse nationale.

Ainsi, si les interventions prioritaires sont mises en œuvre à grande échelle et de manière coordonnée dans l'ensemble des districts sanitaires, la République Centrafricaine pourra progresser vers l'élimination de ces maladies comme menaces pour la santé publique à l'horizon 2030.

3.4.2. Domaines stratégiques du changement

La théorie de changement s'articule autour de quatre domaines stratégiques complémentaires.

3.4.2.1. Renforcement des interventions de prévention intégrée

Le premier levier de transformation repose sur l'intensification des interventions de prévention combinée afin de réduire la transmission des maladies.
Les stratégies clés incluent notamment :

- L'extension du dépistage intégré du VIH, de la tuberculose, de la syphilis, des hépatites et du paludisme aux différents points d'entrée du système de santé ;
- Le renforcement de la prévention combinée du VIH auprès des populations clés et des populations vulnérables ;
- La prévention de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B ;
- L'intensification de la lutte antivectorielle contre le paludisme ;
- La vaccination contre l'hépatite B et l'introduction de la dose de naissance ;
- La prévention des infections associées aux soins et la sécurisation des produits sanguins.

La mise en œuvre de ces interventions devrait conduire à une réduction significative de l'incidence des infections dans la population générale et dans les populations les plus exposées.

3.4.2.2. Amélioration de l'accès au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge

Le deuxième levier repose sur le renforcement des services de diagnostic, de traitement et de suivi des patients.
Les changements attendus comprennent notamment :

- L'extension des services de dépistage et de diagnostic dans les structures de santé et dans la communauté ;
- L'amélioration de la disponibilité des médicaments et des intrants essentiels ;
- Le renforcement du suivi biologique et clinique des patients ;
- L'intégration de la prise en charge des comorbidités et des co-infections ;
- Le développement de modèles de soins différenciés et communautaires.

Ces interventions permettront d'augmenter le nombre de personnes diagnostiquées et traitées précocement, d'améliorer l'observance thérapeutique et d'augmenter les taux de guérison et de suppression virale.

3.4.2.3. Réduction des barrières d'accès et renforcement de l'engagement communautaire

Le troisième levier de la théorie de changement repose sur la réduction des barrières sociales, économiques et structurelles qui limitent l'accès aux services de santé.
Les interventions prévues incluent notamment :

- La lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- La promotion de l'égalité de genre ;
- Le renforcement du rôle des organisations communautaires ;
- Le développement de services adaptés aux adolescents, jeunes et populations clés ;
- La réduction des barrières financières à l'accès aux services de santé.

Ces actions permettront d'améliorer l'acceptabilité et l'utilisation des services de santé, en particulier par les populations les plus vulnérables.

3.4.2.4. Renforcement de la gouvernance et du système de santé

Le quatrième levier concerne le renforcement de la gouvernance, de la coordination multisectorielle et des capacités du système de santé.
Les interventions clés comprennent :

- L'intégration des programmes dans les soins de santé primaires ;
- Le renforcement des systèmes d'information sanitaire ;
- L'amélioration de la gestion logistique et des chaînes d'approvisionnement ;
- Le développement des ressources humaines pour la santé ;
- Le renforcement de la coordination entre les programmes et les partenaires.

Ces interventions permettront d'améliorer l'efficacité de la mise en œuvre des programmes et d'assurer la durabilité de la réponse nationale.

3.4.3. Résultats attendus

La mise en œuvre cohérente de ces quatre domaines d'intervention devrait permettre d'obtenir les résultats suivants :

- Une augmentation significative de la couverture des services de prévention, de dépistage et de traitement ;
- Une amélioration de la qualité et de la continuité des soins ;
- Une réduction des inégalités d'accès aux services de santé ;
- Un renforcement de la performance du système de santé.

Ces résultats contribueront directement à l'atteinte des impacts stratégiques du plan, à savoir :

- La réduction de la transmission des maladies ;
- La réduction de la morbidité et de la mortalité ;
- L'amélioration de l'équité et de l'engagement communautaire ;
- Le renforcement de la gouvernance et de la performance du système de santé.

3.4.4. Hypothèses et conditions de réussite

La réussite de cette théorie de changement repose sur plusieurs conditions essentielles :

- La mobilisation durable des ressources financières nationales et internationales ;
- La stabilité du contexte sécuritaire permettant l'accès aux populations ;
- Le renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles du système de santé ;
- La coordination efficace entre les acteurs gouvernementaux, les partenaires techniques et financiers et les organisations communautaires.

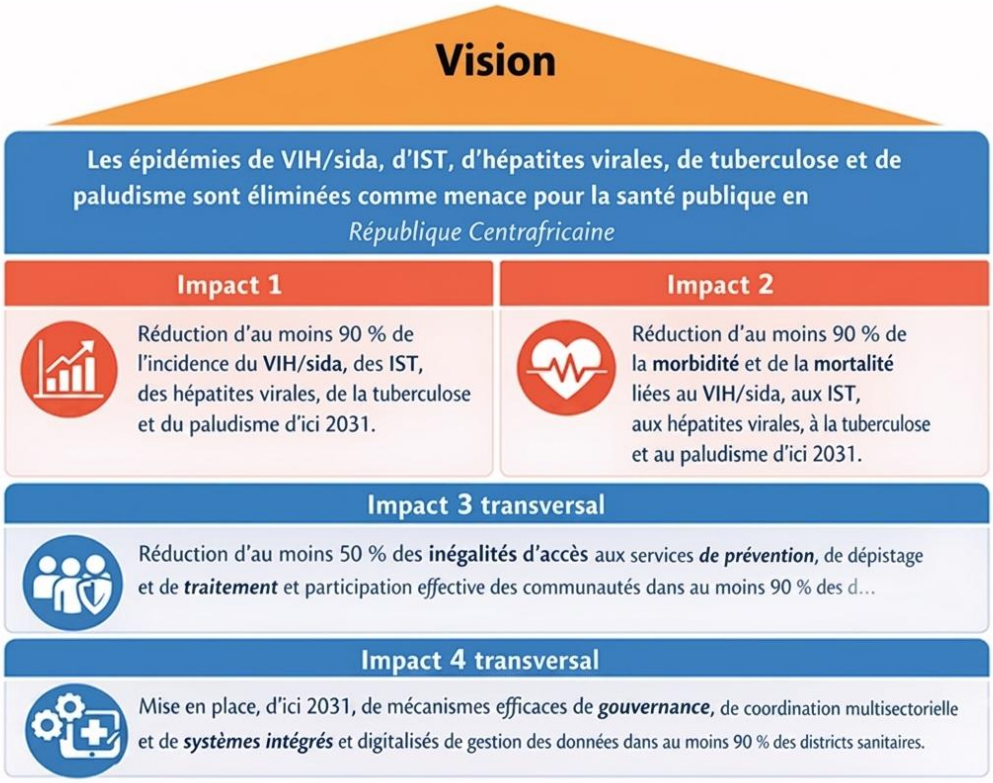
Si ces conditions sont réunies, la République Centrafricaine pourra accélérer les progrès vers l'élimination des principales maladies transmissibles comme menaces pour la santé publique à l'horizon 2030.

Cadre de résultats

3.5. Cadre de résultats

Le présent Plan Stratégique National Intégré adopte une approche de planification basée sur les résultats, qui met l'accent sur les changements mesurables et durables attendus en matière de santé publique et de performance du système de santé. Contrairement aux approches traditionnelles centrées principalement sur la définition d'objectifs, cette démarche privilégie l'identification des résultats et des impacts à atteindre, afin de mieux orienter les interventions et d'en assurer le suivi et l'évaluation. Ainsi, ce plan comprend quatre résultats d'impacts dont deux principaux et deux transversaux.

Cette approche favorise également une meilleure redevabilité, une gestion axée sur la performance et une prise de décision fondée sur les données, tout en facilitant le suivi des progrès accomplis vers l'atteinte des cibles nationales et internationales, notamment celles relatives à l'élimination du VIH/Sida, des IST, des hépatites virales, de la tuberculose et du paludisme comme menaces de santé publique à l'horizon 2031.



3.5.1. Impact 1 : Réduction de l'incidence des maladies

D'ici 2031, l'incidence du VIH/Sida, des IST, des hépatites virales, de la tuberculose et du paludisme est réduite d'au moins 90 % en République Centrafricaine par rapport aux niveaux de 2025, grâce à la mise en œuvre à grande échelle d'interventions intégrées de prévention, à l'adoption de comportements favorables à la santé et au renforcement des stratégies communautaires et multirisques dans l'ensemble des districts sanitaires.

Tableau 4 : Description des produits de l'impact 1.

Effet 1.1 : 95% des populations à haut risque, les populations les plus exposées, et les populations à faible accès aux services, adoptent et maintiennent des comportements à moindre risque par la prévention combinée du VIH, de la tuberculose, du paludisme, de la syphilis et des hépatites virales B et C.		
PRODUIT	**STRATEGIE**	**INTERVENTION**
Produit 1.1.1 : Des paquets de prévention combinée adaptés sont effectivement délivrés à 95% des populations clés.	**Stratégie :1.1.1.1** : Promotion des paquets de prévention combinée intégrés en faveur des HSH/PS	**Intervention 1.1.1.1** Renforcement de la promotion du préservatif et lubrifiant (distribution des préservatifs sur les lieux spécifiques (points chaud), stimulation de la demande par des pairs PS/HSH)
		Intervention 1.1.1.2 Renforcement de la Communication sur la prévention du VIH, information et création de la demande pour les populations clés (CCC par les pairs éducateurs, CCC dans les médias et les réseaux sociaux)
		Intervention 1.1.1.3 Services de santé sexuelle et reproductive, y compris en matière d'IST, d'hépatite et de prise en charge à la suite de violences pour les populations clés (PEP après exposition potentielle au VIH, informations et services sur la contraception / planification familiale, dépistage des cancers du col de l'utérus)
	Stratégie 1.1.1.2 : Promotion du dépistage différencié et intégré du VIH, des IST, des Hépatites virales, du paludisme et de la tuberculose	**Intervention 1.1.1.2.1** Renforcement des services de santé en matière de dépistage d'IST (tests et traitement des IST asymptomatiques), de VIH, d'Hépatites virales, de TB et de diagnostic précoce du paludisme.
		Intervention 1.1.1.2.2 Renforcement du dépistage communautaire différencié d'IST, VIH, Hépatites virale, TB et paludisme avec une référence active pour l'enrôlement dans les soins
Produit 1.1.2 : Des paquets de prévention combinée adaptés sont effectivement délivrés à 95% des populations vulnérables.	**Stratégie 1.1.2.1** Promotion des paquets de prévention combinée intégrés en faveur des adolescent.es et jeunes	**Intervention 1.1.2.1.1:** Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte de préservatif et lubrifiant (stimulation de la demande et distribution des préservatifs par les pairs, marketing social du préservatif).
		Intervention 1.1.2.1.2: Promotion de l'Education sexuelle complète couplée avec la TB et le paludisme en milieu Scolaire et Extrascolaire
		Intervention 1.1.2.1.3 : Promotion du dépistage différencié intégré (DCIP, communautaire et auto-dépistage, stratégie avancée) et de diagnostic précoce du paludisme avec une référence active pour l'enrôlement dans les soins.
	Stratégie 1.1.1.2 Promotion de paquet de prévention combinée intégrés en faveur des Forces de Défense et de Sécurité	**Stratégie 1.1.1.2. 1 :** Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte de préservatif et lubrifiant (stimulation de la demande et distribution des préservatifs par les pairs, marketing social du préservatif).
		Intervention1.1.1.2.2. Promotion de la communication pour le changement de comportements couplé au dépistage différencié intégré et au diagnostic précoce du paludisme

	Stratégie 1.1.1.3 Promotion de paquet de prévention combinée en faveur des autres Populations vulnérables (PDI, Personnes vivant avec Handicap, transporteurs, Conducteurs des taxi moto, Population minoritaire…)	**Intervention 1.1.1.3.1.** Promotion de la communication pour le changement de comportement couplé à la distribution des préservatifs.
		Intervention 1.1.1.3.2. Promotion du dépistage différencié intégré et au diagnostic précoce du paludisme
	Stratégie 1.1.1.4 Promotion des paquets de prévention combinée intégrés en faveur des Personnes Privées de Liberté	**Intervention 1.1.1.4.1:** Renforcement des interventions pour le changement de comportement (sensibilisation sur la prévention des VIH, des IST, des Hépatites, de la Tuberculose et du paludisme) destinés aux détenus et au personnel pénitentiaire incluant les pairs.
		Intervention 1.1.1.4.2: Renforcement du dépistage différentié intégré du VIH, des IST, des Hépatites, de la Tuberculose et de diagnostic précoce du paludisme avec une référence active pour l'enrôlement dans les soins.
	Stratégie 1.1.1.5 : Promotion de paquets de prévention positive en faveur des PVVIH	**Intervention 1.1.1.5.1:** Promotion de la CCC **avec** distribution des préservatifs et lubrifiants et interventions combinées de SR/PF et santé positive (soutien à l'observance, alimentation équilibrée, soutien psychosocial, VAD/RAPDV) chez les PVVIH) au niveau communautaire.
		Intervention 1.1.1.5.2. Promotion du dépistage intégré de la tuberculose, des IST, des hépatites virales et de diagnostic du paludisme
		Intervention 1.1.1.5.3. Promotion de la prophylaxie préexposition pour les couples sérodiscordants.
	Stratégie 1.1.1.6 : Promotion des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques en faveur du personnel de santé.	**Intervention 1.1.1.6.1:** Renforcement des capacités des agents de santé sur la prévention et le contrôle des infections
		Intervention 1.1.1.6.2: prise en charge holistique des victimes d'AESLB (dépistage, prophylaxie post-exposition, déclaration de l'accident)
	Stratégie 1.1.1.7 : Prise en charge holistique des VBG	**Intervention 1.1.1.7.1**: Renforcement de la prise en charge médicale des VBG
		Intervention 1.1.1.7.2: Renforcement de la prise en charge psycho-communautaire et juridique des VBG.
Produit 1.1.3: Au moins 80% de la population à risque de paludisme ont reçu une MII lors des campagnes.	**Stratégie 1.1.3.1** : promotion des campagnes de distribution des MII	**Intervention 1.1.3.1.1**: Renforcement de la campagne de distribution des MII
		Intervention 1.1.3.1.2: Renforcement de la distribution en continue des MII dans les écoles
		Intervention 1.1.3.1.3: Renforcement de la communication autour des activités de des campagnes (élaboration de supports de communication, d'éducation et d'information associés aux campagnes de masse et à l'accès équitable).

		Intervention 1.1.3.1.4: surveillance entomologique des vecteurs
Produit 1.1.4: La vaccination est offerte à 80 % des enfants.	**Stratégie 1.1.4.1** : promotion de la vaccination en routine contre le paludisme dans tous les districts	**Intervention 1.1.4.1.1 :** Renforcement des capacités du personnel (formation, dotation en support de collecte des données)
		Intervention 1.1.4.1.2 : approvisionnement régulier en vaccin
Produit 1.1.5: Au moins 80% des personnes suspectes de tuberculose sont dépistées	**Stratégie 1.1.5.1** : extension des services de diagnostic et de prise en charge de la tuberculose	**Intervention 1.1.5.1.1 :** renforcement des capacités du personnel de santé et communautaire.
		Intervention 1.1.5.1.2 : renforcement des capacités des FOSA (laboratoire, services de radiologie, approvisionnement continu en intrants pour le diagnostic de laboratoire et radiologique
		Intervention 1.1.5.1.3 : recherche active de la TB dans la communauté via les ASC
		Intervention 1.1.5.1.4 : promotion de la CCC autour de la TB dans la communauté et dans les médias.
<u>Effet 1.2</u> : La transmission de la mère à l'enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale B est réduite à moins de 2% à l'horizon 2031, en prenant en compte le paquet offert à la femme enceinte et au nouveau-né (traitement préventif intermittent, la distribution des MILD et la recherche de la tuberculose).		
Produit 1.2.1: Les services de diagnostic du paludisme, du dépistage du VIH, des IST, des hépatites virales et de la tuberculose sont offerts à 95% femmes enceintes et allaitantes	**Stratégie 1.2.1.1**: Extension des sites de PTME	**Intervention 1.2.1.1.1 :** Renforcement des capacités du personnel sur la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement
		Intervention 1.2.1.1.2 Renforcement des capacités des laboratoires pour le dépistage intégré des maladies (formation des laborantins, approvisionnement en intrants)
		Intervention 1.2.1.1.3 Mobilisation communautaire autour de la PTME (recrutement, formation et appui financier au ASC pour les activités communautaires dans le cadre de la PTME)
	Stratégie 1.2.1.2: Intensification du dépistage intégré du VIH, IST, Hépatites virales, le paludisme et la tuberculose dans les sites existants chez les femmes enceintes et leurs conjoints)	**Intervention 1.2.1.1.1:** Renforcement du dépistage intégré du VIH, IST, les hépatites virales, la TB, et le diagnostic du paludisme dans les structures de soins (approvisionnement en intrants pour le dépistage des 5 maladies)
		Intervention 1.2.1.1.2: Promotion du dépistage communautaire du VIH, IST, TB, les hépatites virales et du diagnostic du paludisme (approche famille sur cas index, autotest, recherche active des cas contacts de TB et palu-fièvre).
Produit 1.2.2: Les services de prise en charge du VIH, IST, Hépatite B, TB et le paludisme sont offerts à 95% des femmes enceintes ou allaitantes testées positives.	**Stratégie 1.2.2.2** Promotion des paquets d'activités complets pour la prise en charge intégrée des 5 maladies chez les femmes enceintes ou allaitantes.	I**ntervention 1.2.2.2.1 :** Renforcement des capacités du personnel de santé et communautaires pour la prise en charge intégrée des 5 maladies
		I**ntervention 1.2.2.2.2 :** Approvisionnement régulier en intrants pour la prise en charge et le suivi des patients (médicaments, dossiers des patients, registres de traitement)

		I**ntervention 1.2.2.2.3:** Renforcement du suivi biologique des patients (dotation en intrants de laboratoire, transports des échantillons de sang)
		I**ntervention 1.2.2.2.4:** Promotion des activités communautaires (suivi de l'observance au traitement, recherche des perdus de vue)
Produit 1.2.3: Les services de prévention (TPI3, MII et TPT pour les femmes VIH+ sans signes de la Tb) sont offerts à 95% des femmes enceintes ou allaitantes	**Stratégie 1.2.3.1:** intensification de la lutte antivectorielle et la chimio-prévention contre le paludisme et de traitement préventif de la tuberculose	**Intervention 1.2.3.1.1:** Renforcement du TPI3, du TPT et de la distribution des MII aux femmes enceintes (formation du personnel, dotation en médicaments pour TPI et TPT, dotation en MII)
		Intervention 1.2.3.1.2: Mobilisation communautaire pour l'utilisation effective des MII par les femmes enceintes et allaitantes (soutien aux ASC)
Produit 1.2.4: Les services de prophylaxie postnatale (VIH, VHB, Palu, TB, IST) sont à offerts à 100% des nouveau-nés et nourrissons.	**Stratégie 1.2.4.1**: Renforcement de la prophylaxie pour le nouveau-né et nourrisson	**Intervention 1.2.4.1.1** Amélioration de l'accès à la prophylaxie VIH renforcée chez les nouveau-nés (dotation toutes les maternités et CPoN en ARV pédiatrique, formation/sensibilisation du personnel de PEV, suivi de croissance sur la prophylaxie chez le nourrisson)
		Intervention 1.2.4.1.2 : Renforcement de la capacité du pays pour le vaccin contre l'hépatite virale B à la naissance (dotation en vaccin, formation du personnel service PEV)
		Intervention 1.2.4.1.3: Renforcement du TPT chez les nourrissons exposés (formation du personnel, dotation en médicaments pour TPT)
Produit 1.2.5: Les services de dépistage précoce (VIH, TB) sont à offerts à 100% des nouveau-nés et nourrissons.	**Stratégie 1.2.5.1:** Intensification du diagnostic précoce du VIH et de la TB	**Intervention 1.2.5.1.1:** Mise à échelle du dépistage précoce par PCR pour les nouveau-nés et nourrissons (formation du personnel PEV, suivi de croissance, approvisionnement en kit de dépistage, organisation du circuit de détection des nouveau-nés exposés)
		Intervention 1.2.5.1.2: Mise à échelle de la radiographie numérique et du test du dépistage de la TB latente (IGRA)
Produit 1.2.6: L'offre de sang et produits sanguins sécurisés est offerte à 100% des patients sont dans le besoin.	**Stratégie 1.2.6.1:** promotion de la sécurité transfusionnelle	**Intervention 1.2.6.1.1**: Renforcement de capacité de tous les hôpitaux de district pour offrir du sang et produits sanguins sécurisés (formation du personnel de laboratoire, approvisionnement en poche de sang et kits de dépistage du sang et les produits sanguins, dotation en réfrigérateur pour la conservation du sang
		Intervention 1.2.6.1.2: Mise en œuvre de l'assurance qualité et d'hémovigilance
		Intervention 1.2.6.1.3: Mise en œuvre des associations des donneurs bénévoles de sang.

3.5.2. Impact 2 : Réduction de la morbidité et de la mortalité

D'ici 2031, la mortalité et la morbidité liées au VIH/Sida, aux IST, aux hépatites virales, à la tuberculose et au paludisme sont réduites d'au moins 60 % par rapport aux niveaux de 2025, grâce à un accès universel et équitable aux services intégrés de dépistage précoce, de diagnostic, de traitement et de soins de qualité pour au moins 90 % des personnes affectées.

Tableau 5 : Description des produits de l'impact 2.

Effet 2.1 : 95% des enfants et adultes malades sont correctement pris en charge pour le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales B et C et les IST selon les normes nationales à l'horizon 2031.		
Produit 2.1.1 : Au moins 80% des enfants et des adultes suspects pour chacune des maladies sont diagnostiquées.	**Stratégie 2.1.1.1** : Renforcement du diagnostic de chacune des maladies	**Intervention 2.1.1.1.1** : Promotion de l'algorithme de dépistage du VIH chez l'adulte, diagnostic par la PCR chez les nourrissons, organisation de dépistage cas index et communautaire pour les enfants
		Intervention 2.1.1.1.2 : Promotion du diagnostic de la tuberculose chez l'adulte et l'enfant (laboratoire, radiographie, algorithme du dépistage de la TB chez l'enfant)
		Intervention 2.1.1.1.3. Promotion du diagnostic des hépatites virales et des IST (laboratoire et algorithme de dépistage des IST
		Intervention 2.1.1.1.4. Promotion du diagnostic de paludisme (TDR, laboratoire).
Produit 2.1.2. Au moins 95% des patients confirmés positifs à ces maladies sont pris en charge selon les normes nationales	**Stratégie 2.1.2.1** : Renforcement de l'accès aux traitements	**Intervention 2.1.2.1.1**. Renforcement des compétences des prestataires sur la prise en charge des 5 maladies
		Intervention 2.1.2.1.2. Disponibilité des médicaments et autres intrants pour la prise en charge des 5 maladies selon le paquet minimum des FOSA
		Intervention 2.1.2.1.3. Décentralisation des services de prise en charge de la TB, du VIH, du paludisme, des hépatites virales et des IST (extension des sites de traitement, prise en charge communautaire, élaboration/révision des algorithmes de PEC))
		Intervention 2.1.2.1.4. Organisation des interventions de soutien au traitement (observance, soutien psychologique)
	Stratégie 2.1.2.2. Renforcement de l'accès aux bilans de suivi	**Intervention 2.1.2.2.1**. Amélioration du suivi de l'efficacité des traitements (suivi clinique, suivi biologique)
		Intervention 2.1.2.2.2. Surveillance de la toxicité des médicaments (suivi clinique et biologique)
		Intervention 2.1.2.2.3. Surveillance de la résistance aux médicaments (suivi clinique et biologique, recherche opérationnelle)
		Intervention 2.1.2.2.4. Prise en charge correcte des cas de résistance (pharmacorésistance à la TB, VIH, paludisme et IST)

	Stratégie 2.1.2.2. Renforcement du suivi communautaire des patients	**Intervention 2.1.2.2.1** Renforcement de l'engagement communautaire dans l'appui à l'évaluation de la guérison des patients
		Intervention 2.1.2.2.2 Renforcement de la DOTS communautaire
<u>Effet 2.2</u> : 100% des coinfections et des comorbidités (IO, Tb, hépatites virales B et C, cancer du col de l'utérus, cancer du foie, malnutrition, diabète et HTA) sont prises en charge selon les normes.		
Produit 2.2.1. Les services de diagnostic des comorbidités (diabète, HTA, affections rénales, IO, cancer du col de l'utérus, cancer anorectal, malnutrition et troubles mentaux) sont offerts à 100% des patients souffrant du VIH et de la tuberculose	**Stratégie 2.2.1.1 :** Renforcement du dépistage/diagnostic des comorbidités	**Intervention 2.2.1.1.1 :** Renforcement de la capacité du personnel
		Intervention 2.2.1.1.2 : Renforcement des capacités des FOSA (laboratoires, plateau technique, algorithme de dépistage et PEC, TB-LAM)
		Intervention 2.2.1.1.3 : Renforcement des capacités des FOSA en équipement pour les CD4 (diagnostic de l'infection à VIH au stade avancé).
Produit 2.2.2. 100% des patients avec comorbidités confirmées sont pris en charge selon les protocoles nationaux.	**Stratégie 2.2.2.1:** Renforcement de l'offre de service de prise en charge des comorbidités.	**Intervention 2.2.2.1.1:** Disponibilité des médicaments et intrants essentiels pour la prise en charge des comorbidités
		Intervention 2.2.2.1.2: Elaboration/révision des directives nationales de PEC des comorbidités
		Intervention 2.2.2.1.3: Accompagnement et soutien psychologique, à l'observance et nutritionnel aux patients.

3.5.3. Impact 3 transversal : Amélioration de l'équité et de l'engagement communautaire

D'ici 2031, les inégalités d'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH/sida, des IST, des hépatites virales, de la tuberculose et du paludisme liées aux facteurs sociaux, économiques et de genre sont réduites d'au moins 50 %, avec une participation active des communautés et des organisations de la société civile dans au moins 90 % des Districts Sanitaires.

<u>Tableau 6</u> : Description des produits de l'impact 3 transversal.

<u>Effet 3.1</u> : La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH, les patients tuberculeux, les patients souffrant des hépatites virales B et C, de la malaria et des IST ainsi que les populations à haut risque et celles qui sont très exposées sont éliminées (moins de 10%) dans les structures de santé et les milieux communautaires d'ici 2031.		
Produit 3.1.1 : les capacités de 100% des acteurs de la réponse sont renforcées sur les questions de la	**Stratégie 3.1.1.1 :** Amélioration des connaissances et des attitudes de tous les acteurs de la réponse et la famille sur les questions la	**Intervention 3.1.1.1.1** sensibilisation des familles des PVVIH/TB et membres influents de la communauté sur les questions de la discrimination, la stigmatisation, le droit à la santé et le genre.

discrimination, la stigmatisation, le droit à la santé et le genre	discrimination, la stigmatisation, le droit à la santé et le genre.	**Intervention 3.1.1.1.2** Mise en place d'un programme de sensibilisation dans le monde du travail sur les questions de la discrimination, la stigmatisation, le droit à la santé et le genre (avec participation des sectoriels et les médias). **Intervention 3.1.1.1.3** Renforcement des capacités des FOSA pour l'offre des soins de santé non discriminatoire y compris le genre (élaboration des modules de formation, séminaires de formation du personnel et des membres des comités de gestion des FOSA) **Intervention 3.1.1.1.4** Renforcement des capacités des FOSA pour l'offre des soins de santé non discriminatoire y compris le genre (élaboration des modules de formation, séminaires de formation du personnel et des membres des comités de gestion des FOSA, élaboration des chartes des droits des droits des patients et des droits humains)
Produit 3.1.2 : Au moins 100% des cas de violations de droits humains et genre documentés sont pris en charge.	**Stratégie 3.1.2.1 :** Notification des cas de violation des droits humains et genre	**Intervention 3.1.2.1.1** Sensibilisation des patients TB ou PVVIH sur leurs droits, leurs devoirs et les canaux de notification (à travers les pairs et les médias) **Intervention 3.1.2.1.2** Renforcement des capacités des associations des TB et PVVIH sur leurs droits et leurs devoirs, la notification des cas de violation des droits humains et le lien avec les services juridiques **Intervention 3.1.2.1.3** Mise en place d'un système de notification des cas de violation des droits humains par les agents de santé (mise en place des boites de suggestions, enquêtes auprès des patients) **Intervention 3.1.2.1.4** Mise en place d'un programme de sensibilisation des forces de sécurité (police, gendarmerie) sur les questions de la discrimination, la stigmatisation, le droit à la santé et le genre.
	Stratégie 3.1.2.2 : Appui aux cliniques juridiques, aux centres d'écoute pour la prise en charge et le référencement des cas notifiés	**Intervention 3.1.2.2.1**: Extension des centres d'écoute et cliniques juridiques mobiles dans les Régions Sanitaires 1,3, 4,5,6. **Intervention 3.1.2.2.2**: Renforcement des liens entre la surveillance des violations des droits humains dans les FOSA et les conseils et le soutien juridiques (organisation des réunions périodiques entre les associations des TB, PVVIH et les cliniques juridiques ; mise en place d'une ligne d'assistance téléphonique. **Intervention 3.1.3.2.3**: Renforcement des capacités des structures communautaires dans l'accompagnement juridique des personnes vivants avec les maladies et les populations clés (formation sur l'accompagnement juridique, organisation des réunions périodiques avec les cliniques juridiques et mise en place d'une ligne d'assistance téléphonique).

Effet 3.2 : La participation communautaire est renforcée dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales B et C et les IST à l'horizon 2031.		
Produit 3.2.1. Renforcement des capacités des structures communautaires	**Stratégie 3.3.1.1 :** Renforcement des capacités des OSC de lutte contre les trois maladies	**Intervention .3.3.1.1.1** Renforcement de capacité des OSC de lutte contre les trois pathologies en ressources humaines,
Produit 3.2.2: Coordination des structures communautaires (réseaux, ETP) plus efficace	**Stratégie 3.3.2.1:** Renforcer la capacité rapprochée de la PCOS	**Intervention 3.3.2.1.1:** Renforcement de capacité de la PCOS en leadership, gouvernance, redevabilité et la coordination des OSC en collaboration avec le CNLS-TP (ETP), Ministère de la Santé et les autres partenaires
Produit 3.2.3 : Collaboration efficace entre des structures communautaires et des structures de santé et avec toutes les parties prenantes	**Stratégie 3.3.3.1:** Mettre en place un mécanisme stratégique d'une charte, ou un code de bonne conduite de collaboration entre les OSC, les structures de santé et les parties prenantes.	**Intervention 3.3.3.1.1** Proposition de l'élaboration d'un mécanisme stratégique d'une charte et d'un code de bonne conduite entre les OSC, les structures de santé ainsi que les parties prenantes

3.5.4. Impact 4 transversal : Renforcement de la gouvernance et de la performance du système de santé

D'ici 2031, au moins 90 % des Districts Sanitaires disposent de mécanismes fonctionnels de gouvernance, de coordination multisectorielle, de surveillance intégrée et de systèmes digitalisés de gestion des données sanitaires, garantissant la disponibilité continue des médicaments et intrants, une prise de décision fondée sur les données et l'amélioration de la performance des programmes de lutte contre le VIH/sida, les IST, les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme.

Tableau 7 **:** Chaine de résultats de l'impact 4 transversal.

Effet 4.1 : La pérennité de la réponse au Sida, à la tuberculose, au paludisme, aux hépatites virales B et C et aux IST est assurée à travers une coordination renforcée et un leadership maintenu au plus haut niveau.		
PRODUIT	**STRATEGIE**	**INTERVENTION**
Produit 4.1.1 : La coordination multisectorielle de la riposte est renforcée pour faire face aux défis liés à l'intégration et à la soutenabilité de la réponse	**Stratégie 4.1.1.1 :** Mise en place des cadres de coordination et concertation stratégique et technique pour une réponse intégrée à tous les niveaux	**Intervention 4.1.1.1.1:** Révision, élaboration des documents administratifs de la coordination intégrée et des dispositifs opérationnels à tous les niveaux
		Intervention 4.1.1.1.2 : Mise en place d'un mécanisme de coordination des partenaires à tous les niveaux.
	Stratégie 4.1.1.2: Renforcement des capacités des structures identifiées.	**Intervention 4.1.1.2.1:** Renforcement des capacités des membres des cadres de concertation sur l'approche intégrée des maladies.
	Stratégie : 4.1.1.3: Mobilisation des ressources pour la mise en œuvre de la réforme du CNLS-TP et des autres secteurs.	**Intervention 4.1.1.3.1**: Plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes et externes
		Intervention 4.1.1.3.2: Mise en application du nouvel organigramme du CNLS-TP

		Intervention 4.1.1.3.3 : Renforcement du partenariat public, privé et communautaire
		Intervention 4.1.1.3.4: Renforcement des capacités des structures et organes du CNLS-TP et des autres secteurs
Produit 4.1.2: Les systèmes de soutien à la riposte contre ces maladies sont renforcés (Renforcement de la réponse communautaire, Renforcement du secteur privé) pour la délivrance de services de qualité	**Stratégie 4.1.2.1:** Mobilisation des communautés, des organisations de la Société civile à la réponse intégrée à ces maladies.	**Intervention 4.1.2.1.1:** Redynamisation et renforcement des capacités de la plateforme de la société civile pour une gestion intégrée des maladies
		Intervention 4.1.2.1.2: Renforcement et extension de la politique de l'engagement communautaire
	Stratégie 4.1.2.2: Mobilisation des acteurs publics et privé dans la gestion intégrée des maladies	**Intervention 4.1.2.2.1:** Plaidoyer auprès des Chefs d'entreprise et opérateurs économiques
		Intervention 4.1.2.2.2 : Renforcement des capacités des acteurs du secteur public sur la gestion intégrée des maladies
		Intervention 4.1.2.2.3 : Redynamisation des acteurs du secteur privé sur la gestion intégrée des maladies
		Intervention 4.1.2.2.4 : Mobilisation des acteurs pour la promotion de la lutte contre les maladies
<u>Effet 4.2</u> : Les ressources financières nécessaires à la riposte sont mobilisées de manière durable, prévisible et croissante, avec un renforcement progressif des financements domestiques pour assurer une riposte efficace contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales B et C et les IST à l'horizon 2031.		
PRODUIT	**STRATEGIE**	**INTERVENTION**
Produit 4.2.1: Au moins 85% des ressources (internes et externes) sont mobilisées pour la mise en œuvre du PSNI	**Stratégie : 4.2.1.1:** Mobilisation des ressources financières supplémentaires internes	**Intervention 4.2.1.1.1:** Plaidoyer auprès des Institutions de la République, des collectivités locales, des sociétés nationales et privées
		Intervention 4.2.1.1.2: Mise en place de la prévoyance sociale ou mutuelle de la santé
	Stratégie : 4.2.1.2. Mobilisation des ressources financières supplémentaires externes	**Intervention 4.2.1.2.1:** Plaidoyer auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) Bilatéraux et Multilatéraux
Produit 4.2.2: La redevabilité est renforcée à travers des cadres fonctionnels de coordination, reporting et suivi évaluation	**Stratégie : 4.2.2.1:** Mise en place d'un cadre intégré, fonctionnel de redevabilité, suivi et de contrôle aux différents niveaux	**Intervention 4.2.2.1.1:** Révision /Elaboration des textes de mise en place des cadres de redevabilité
		Intervention 4.2.2.1.2: Mise en place d'un mécanisme de rapportage périodique sur le niveau de redevabilité et de mise en œuvre des recommandations prises lors des réunions
	Stratégie : 4.2.3.2: Renforcement des capacités des acteurs et structures en	**Intervention 4.2.3.2.1**: Renforcement des capacités

	charge de la riposte à tous les niveaux pour la gestion adéquate des ressources	institutionnelles et techniques aux différents niveaux
		Intervention 4.2.3.2.2: Mise en place d'un mécanisme intégré de suivi évaluation de la performance des structures
<u>Effet 4.3</u> : Le système de santé est renforcé pour une meilleure prise de charge du VIH, de la tuberculose, du paludisme, des hépatites virales B et C et des IST à l'horizon 2031.		
PRODUIT	**STRATEGIE**	**INTERVENTION**
Produit 4.3.1: le système de suivi et évaluation est renforcé.	**Stratégie 4.3.1.1** : Renforcement des interventions de suivi et évaluation de routine	**Intervention 4.3.1.1.1:** Révision des outils de collecte des données VIH ; TB ; Palu, Hépatite et les normes directives du SNIS
		Intervention 4.3.1.1.2: Révision et harmonisation des outils GAS, VIH, TB, Palu et des Hépatites.
		Intervention 4.3.1.1.3: promotion de la digitalisation des données au niveau des FOSA
		Intervention 4.3.1.1.4: Digitalisation et gestion des données de laboratoire
		Intervention 4.3.1.1.5: Renforcement des capacités techniques des agents de santé
		Intervention 4.3.1.1.6: Mise en place d'un système d'information sur les services climatiques (module climatique du DHIS2)
		Intervention 4.3.1.1.7: Mise en place d'un système d'information sanitaire avec géolocalisation, basé sur le système d'information géographique, pour l'optimisation des services et la résilience face au changement climatique.
		Intervention 4.3.1.1.8: Fonctionnement et maintenance des équipements des TIC (Internet, ordinateurs, téléphones portables, les tablettes etc.)
	Stratégie 4.3.1.2 Promotion des enquêtes	**Intervention 4.3.1.2.1:** Organisation des enquêtes sur le VIH, les IST et les hépatites virales (prévalence, connaissance des maladies, comportement à risque, stigmatisation, obstacles à l'accès aux soins, droit humain et genre, résistance aux ARV)
		Intervention 4.3.1.2.2: Organisation des enquêtes sur la TB (prévalence, résistance aux antituberculeux, obstacles à l'accès aux soins, droit humain et genre)
		Intervention 4.3.1.2.3: Organisation des enquêtes sur le paludisme

		(prévalence, obstacles à l'accès aux soins, droit humain et genre)
	Stratégie 4.3.2.1: Renforcement de la qualité des données	**Intervention 4.3.2.1.1:** Formation et supervision formative sur la collecte, l'assurance qualité et la communication des données et la mise en œuvre de plans d'amélioration de la qualité des données.
		Intervention 4.3.2.1.2: Elaboration et mise en œuvre d'outils de qualité des données pour les systèmes numériques, y compris la surveillance de la qualité des données numériques.
	Stratégie 4.3.3.2 : Surveillance du VIH, TB, Paludisme, Hépatites et IST.	**Intervention 4.3.3.2.1:** Surveillance du VIH, des IST et des hépatites virales (surveillance sentinelle, surveillance de la résistance, surveillance de la toxicité des médicaments)
		Intervention 4.3.3.2.2: Surveillance de la TB (surveillance de la résistance)
		Intervention 4.3.3.2.3: Surveillance du paludisme (surveillance sentinelle, cartographie de la charge de morbidité du paludisme (profils épidémiologiques et entomologiques)
	Stratégie 4.3.4.1: Analyse, **é**valuation, examen et utilisation des données	**Intervention 4.3.4.1.1:** Organisation des revues intégrées des programmes VIH, TB, Palu
		Intervention 4.3.4.1.2: Renforcement des capacités du personnel et mentorat en matière d'analyse et d'utilisation des données.
		Intervention 4.3.4.1.3: Rédaction et diffusion de rapports périodiques et de bulletins analytiques, de sites Web ou de publications.
Produit 4.3.2 : le système de gestion des produits de santé est renforcé	**Stratégie 4.3.6.1 :** Renforcement de la gouvernance du système de gestion des produits de santé	**Intervention 4.3.6.1.1:** Elaboration/révision et dissémination des documents normatifs de gestion des produits de santé (politique nationale en matière de médicaments, stratégie nationale de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement etc.)
		Intervention 4.3.6.1.1: Amélioration de la coordination de tous les partenaires impliqués dans la chaine d''approvisionnement en produits de santé (VIH, TB, Palu, IST et Hépatites)

		Intervention 4.3.6.1.2: Opérationnalisation du Comité national de quantification.
	Stratégie 4.3.6.2 : Amélioration de la **c**apacité de planification et d'achat	**Intervention 4.3.6.2.1:** Renforcement des capacités de planification, de quantification, de projection et d'achat des produits de santé
	Stratégie 4.3.6.3 : Renforcement des capacités de stockage et de distribution**.**	**Intervention 4.3.6.3.1 :** Renforcement des capacités de gestion des entrepôts.
		Intervention 4.3.6.3.2: Mise à niveau de l'infrastructure au niveau central ou périphérique (niveau des entrepôts physiques ou augmentation de la capacité de stockage, augmentation de la capacité de distribution).
		Intervention 4.3.6.3.2: Élaboration de procédures opérationnelles normalisées pour la gestion des produits de santé, afin d'éviter une exposition à une chaleur extrême, y compris les exigences en matière de température ou de chaîne du froid, et de mesures de surveillance des produits de santé sensibles à la température, de déplacement d'urgence des stocks, etc.
	Stratégie :4.3.6.4 : Soutien en matière de réglementation ou d'assurance qualité	**Intervention 4.3.6.4.1:** Soutien en matière de réglementation ou d'assurance qualité
		Intervention 4.3.6.4.2: Contrôle qualité des produits de santé (soutien de l'accréditation ou de la préqualification des laboratoires de contrôle qualité)
		Intervention 4.3.6.4.3: Opérationnalisation du système pharmacovigilance
	Stratégie :4.3.6.5 : Prévention, réduction et gestion des déchets médicaux	**Intervention 4.3.6.5.1:** Gestion des déchets, y compris les évaluations des risques, la conception et le fonctionnement de la logistique de retour à l'expéditeur des déchets médicaux.
		Intervention 4.3.6.5.2: Formation des ressources humaines à tous les niveaux des secteurs public et privé les pratiques de gestion des déchets, y compris la chaîne d'approvisionnement retour.
		Intervention 4.3.6.5.3: Mise en place des infrastructure et équipement nécessaires à la collecte,

		au transport, au traitement et à l'élimination des déchets médicaux, conformément aux normes environnementales et de santé au travail.
	Stratégie :4.3.6.6 : Systèmes d'information de la chaîne d'approvisionnement	**Intervention 4.3.6.6.1:** Mise en place d'un système d'information électronique pour la gestion logistique (SIGL)
		Intervention 4.3.6.6.2: Renforcement des capacités du personnel à l'utilisation des tableaux de bord afin d'élaborer des rapports de suivi des stocks et diffusion de rapports d'informations aux fins de prise de décisions fondées sur des données probantes
Produit 4.3.3: Les ressources humaines sont disponibles et formées pour prendre en charge les maladies	**Stratégie 4.3.3.1:** Planification, gestion et gouvernance des ressources humaines pour la santé (RHS), y compris des agentes et agents de santé communautaires	**Intervention 4.3.3.1.1:** Elaboration et suivi du plan stratégique de RHS, y compris les efforts de planification à l'appui à l'intégration et au recrutement des RHS /agents de santé communautaires.
		Intervention 4.3.3.1.2: Définition d'un paquet de services intégrés devant être offerts par différents types d'ASC
	Stratégie 4.3.3.2: Éducation et formation des nouveaux agents de santé	**Intervention 4.3.3.2.1.:** Renforcement des capacités des établissements de formation des agents de santé (révision des curricula pour intégrer l'approche centrée sur les patients, intégration des maladies, dimension genre et le climat)
		Intervention 4.3.3.2.2: Élaboration ou révision de programmes de formation axés sur les compétences, en particulier l'intégration de la formation spécifique aux maladies, de l'éthique, de l'égalité des genres, des droits humains et de la prestation de soins de santé résilients face au climat (élaboration des modules de formation, révision des méthodes pédagogiques)
		Intervention 4.3.3.2.3: Soutien à la formation professionnelle continue fondée sur les compétences et dispensée sur les lieux de travail, et associé à un suivi post-formation, au moyen d'une supervision formative intégrée et d'une amélioration collaborative et continue de la qualité

		Intervention 4.3.3.2.4: Mise en place d'un programme de mentorat clinique axés sur des soins intégrés centrés sur le patient.
	Stratégie 4.3.3.3: Supervision formative intégrée y compris les ASC	**Intervention 4.3.3.3.1:** Élaboration de lignes directrices et de plans de supervision formative intégrée qui comprend la résolution de problèmes en groupe, le mentorat, la vérification des données (pour les agents de santé et pour les ASC)
		Intervention 4.3.3.3.2: Formation des superviseurs sur les procédures opérationnelles normalisées pour la supervision formative intégrée, l'utilisation des données et la résolution de problèmes en groupe en vue d'améliorer les résultats et les compétences des agents de santé.
		Intervention 4.3.3.3.3: Organisation des visites de supervision formative intégrée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
		Intervention 4.3.3.3.4: Organisation des visites de supervision formative intégrée des ASC conformément aux procédures opérationnelles normalisées et à l'aide d'outils et de listes de contrôle
		Intervention 4.3.3.3.5: Assistance technique pour l'examen et le renforcement des approches nationales de supervision formative intégrée des ASC et de leurs superviseurs et pour les capacités des institutions nationales chargées de ces fonctions.
Produit 4.3.4: Système des laboratoires est renforcé	**Stratégie 4.3.4.1:** Renforcement des structures nationales de gestion et de gouvernance des laboratoires	**Intervention 4.3.4.1.1:** Élaboration, révision et mise à jour des documents normatifs pour le système de laboratoire (politiques et des plans stratégiques, normes etc.).
	Stratégie 4.3.4.2: Renforcement des Systèmes de gestion de la qualité et accréditation	**Intervention 4.3.4.2.1:** Élaboration et mise en œuvre de politiques ou stratégies nationales en matière de gestion de la qualité à différents niveaux du réseau de laboratoire
		Intervention 4.3.4.2.2: Participation des laboratoires à des programmes d'évaluation externe de la qualité (p. ex. l'évaluation externe de la qualité basée sur des panels de compétences, de comparaison entre laboratoires ou de supervision des sites) pour le diagnostic des maladies.

	Stratégie 4.3.4.3: Renforcement des systèmes d'information de laboratoire	**Intervention 4.3.4.3.1:** Mise en place, maintenance et renforcement des systèmes nationaux intégrés de gestion des informations de laboratoire y compris la communication de l'information aux référentiels de données du SGIS national (DHIS2).
		Intervention 4.3.4.3.2: Élaboration d'outils de collecte et de communication de l'information pour les laboratoires et de méthodes d'évaluation de la qualité des données.
		Intervention 4.3.4.3.3: Développement de compétences en informatique, en science des données et en gestion des données sur la santé pour tout le personnel de laboratoire, par l'intermédiaire de programmes de formation préalable ou continue.
	Stratégie 4.3.4.4: Renforcement des systèmes d'approvisionnement des laboratoires	**Intervention 4.3.4.4.1:** Opérationnalisation de la liste nationale des diagnostics essentiels adaptée à chaque niveau du système de laboratoire et au niveau communautaire.
		Intervention 4.3.4.4.2: Mise en place des systèmes électroniques de prévision et de quantification des besoins en consommables et en diagnostics de laboratoire.
	Stratégie 4.3.4.5: Renforcement des systèmes de transfert et de transport des échantillons	**Intervention 4.3.4.5.1:** Elaboration des plans opérationnels pour le système intégré d'envoi des échantillons à partir des réseaux de transport existants (p. ex. les réseaux pour le VIH, la tuberculose ou autres maladies prioritaires).
		Intervention 4.3.4.5.2: Prélèvement, gestion et transport des échantillons à tous les niveaux du réseau de laboratoires.
		Intervention 4.3.4.5.3: Dotation en ressources pour le transfert des échantillons (motos, carburant, équipements de sécurité et moyens de communication)
	Stratégie 4.3.4.6: Renforcement de la Bio-sûreté et biosécurité, infrastructure et matériel	**Intervention 4.3.4.6.1:** Élaboration, révision ou mise à jour des lois / règlements nationaux relatifs à la bio-sûreté et à la biosécurité dans tous les laboratoires traitant des agents dangereux, y compris les systèmes de notification des incidents.

		Intervention 4.3.4.6.2: Modernisation ou réhabilitation des infrastructures de laboratoire de manière que celle-ci réponde aux normes internationales, atteigne les niveaux de biosécurité requis, et dispose d'une alimentation de secours, de mobilier, d'une connexion Internet, d'électricité, d'eau et d'autres services publics.
		Intervention 4.3.4.6.3: Renforcement du réseau de référence et de contre-référence
		Intervention 4.3.4.6.4 : Formation en biosécurité / biosécurité spécifique au travail pour le personnel de laboratoire. Évaluations locales des risques en matière de biosécurité / biosécurité.
		Intervention 4.3.4.6.5 : Supervision formative, supervision et suivi des pratiques de bio-sûreté et de biosécurité.

Résilience, humanitaire, sécurité sanitaire et climat

4. Résilience, humanitaire, sécurité sanitaire et climat

La mise en œuvre du Plan Stratégique National Intégré 2027-2031 s'inscrit dans un contexte national caractérisé par des contraintes structurelles, sécuritaires et financières susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs stratégiques.
La gestion des risques constitue donc un élément essentiel du plan afin d'anticiper les obstacles potentiels, de réduire leur impact et de garantir la continuité des interventions.

4.1. Principaux risques liés à la mise en œuvre du plan

4.1.1. Risques sécuritaires et humanitaires

La persistance de l'insécurité dans certaines régions du pays peut limiter l'accès aux populations et entraver la mise en œuvre des activités de prévention, de dépistage et de prise en charge.
Les déplacements de populations liés aux crises humanitaires peuvent également perturber la continuité des soins et la surveillance épidémiologique.

4.1.2. Risques financiers

Le financement des programmes de lutte contre les maladies ciblées dépend largement de l'aide extérieure. Une réduction ou un retard dans les financements internationaux pourrait compromettre la mise en œuvre des interventions prévues.
Par ailleurs, la mobilisation des ressources domestiques reste encore limitée.

4.1.3. Risques liés au système de santé

Plusieurs défis structurels du système de santé peuvent affecter la mise en œuvre du plan :

- Insuffisance des ressources humaines qualifiées ;
- Faibles capacités de gestion et de coordination ;
- Ruptures d'approvisionnement en médicaments et intrants ;
- Infrastructures sanitaires insuffisantes dans certaines zones.

Ces facteurs affectent particulièrement les populations clés, les adolescents et les jeunes, ainsi que les femmes dans certaines communautés.

4.1.4. Risques sanitaires

Les principaux risques sanitaires en RCA sont liés aux épidémies récurrentes telles que la rougeole, la fièvre jaune, la variole du singe, la rage canine et le choléra. A Cela s'ajoutent certaines maladies tropicales négligées telles la trypanosomiase humaine, l'onchocercose, les filarioses qui restent encore présentes sur le territoire centrafricain. Ces menaces sont aggravées par la faible couverture vaccinale, les crises humanitaires, les déplacements de populations et les inondations contaminant les points d'eau.

4.1.5. Risques liés aux changements climatiques et environnementaux

Les changements climatiques peuvent influencer la transmission de certaines maladies, notamment le paludisme, en modifiant la distribution géographique des vecteurs.
Les catastrophes naturelles et les crises alimentaires peuvent également aggraver la vulnérabilité sanitaire des populations.

Mesures de mitigation

4.2. Mesures de mitigation

Afin de réduire l'impact de ces risques, plusieurs mesures de mitigation seront mises en œuvre.

4.2.1. Renforcement de la gouvernance et de la coordination

- La coordination entre les programmes et les partenaires sera renforcée afin d'assurer une mise en œuvre cohérente et efficace des interventions.
- Le renforcement du comité multisectoriel One Health (santé humaine, santé animale, environnement, agriculture, partenaires internationaux, ONG).
- Le développement des plans de contingences pour les épidémies, les conflits et les catastrophes naturelles.

4.2.2. Financement et durabilité

- La mise en œuvre effective du plan stratégique national de financement de la santé 2025-2028.
- Le Gouvernement poursuivra également ses efforts pour mobiliser des financements auprès des partenaires techniques et financiers.
- La mise en place effective des mécanismes de financement pérennes (fonds d'urgence sanitaire, consolidation des acquis des différents financements extérieurs, etc).
- La mise en place des mécanismes de redevabilité afin de gagner la confiance des partenaires :
    - Cadre légal et réglementaire : adopter des lois qui obligent les institutions sanitaires à rendre compte de leurs actions et de leurs budgets.
    - Transparence budgétaire : publication régulière des dépenses et des financements reçus (État, bailleurs, ONG).
    - Participation citoyenne : impliquer les communautés et les associations dans le suivi des programmes (suivi dirigé par la communauté).
    - Audit indépendant : confier à des organismes externes la vérification des résultats et des finances.

4.2.3. Renforcement des infrastructures

- La poursuite de la réhabilitation et de l'équipement des structures de santé primaires pour assurer un accès minimal partout.
- Le développement des laboratoires au niveau décentralisé capables de diagnostiquer rapidement VIH, TB, paludisme et zoonoses.
- La mise en place d'une souveraineté sanitaire par le renforcement de la capacité du pays à garantir lui-même la sécurité de son système de santé, en réduisant sa dépendance vis-à-vis des importations et des aides extérieures.
- Le renforcement de la chaîne d'approvisionnements sécurisés : commande et achats groupés, construction des dépôts de stockages au niveau central et décentralisé, achats stratégiques, capacités diagnostiques et technologiques.
- Le développement des capacités de productions locales des médicaments et autres intrants bio-médicaux.
- L'utilisation de la télémédecine pour relier les zones rurales aux hôpitaux de référence.

4.2.4. Systèmes d'information et surveillance

- La mise en place d'un identifiant unique du patient.
- Le déploiement des dossiers médicaux électroniques et des outils numériques interopérables dans les principales structures de santé.

- Le passage à échelle progressif de la numérisation des dossiers patients.
- Le renforcement de la stratégie nationale d'alerte précoce.
- Le renforcement de la surveillance intégrée (humaine, animale, environnementale) dans une approche One Health.
- La surveillance numérique à travers le DHIS2 comme plateforme unique.
- La création des tableaux de bord de performance pour suivre les indicateurs clés.
- L'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux.

4.2.5. Renforcement de l'engagement communautaire

- Les organisations communautaires joueront un rôle central dans la mise en œuvre des interventions, notamment dans les zones difficiles d'accès.
- Le renforcement des approches communautaires permettra d'améliorer la continuité des services et la résilience des programmes.

4.2.6. Renforcement des ressources humaines

- La mise en œuvre effective du plan de développement des ressources humaines.
- La formation et la fidélisation des agents de santé communautaires.
- Le Développement des programmes de formation continue (diagnostic, gestion des données, réponse aux crises).

4.2.7. Adaptation aux contextes locaux

- Le renforcement de la mise en œuvre du plan national multirisque en prenant en compte le Nexus Humanitaire-Développement-Paix au niveau local.
- Les stratégies d'intervention seront adaptées aux réalités locales, en tenant compte des contextes sécuritaires, géographiques et socioculturels.
- La décentralisation de la planification et de la mise en œuvre au niveau des Districts Sanitaires permettront une meilleure réactivité face aux défis opérationnels.

Cadre institutionnel et organisationnel

5. Cadre institutionnel et organisationnel

La mise en œuvre du Plan Stratégique National Intégré (PSNI) repose sur une approche multisectorielle, reconnaissant que la lutte contre le VIH/Sida, les IST, les hépatites virales, la tuberculose et le paludisme dépasse le seul secteur de la santé.

Cette approche vise à mobiliser l'ensemble des secteurs publics, privés et communautaires afin d'agir de manière coordonnée sur les déterminants biomédicaux, sociaux, économiques et environnementaux des maladies.

5.1. Dispositif de coordination et d'exécution

Le dispositif de coordination et d'exécution du PSNI est conçu pour garantir une mise en œuvre efficace, cohérente et harmonisée des interventions, en évitant la fragmentation et en optimisant l'utilisation des ressources.

Le Gouvernement centrafricain a initié depuis 2024, une réforme du Comité National de Lutte contre le SIDA. Cette réforme se justifie par :

- L'engagement politique du Président de la République, Chef de l'État ayant souscrit à la vision de l'élimination des trois maladies conformément aux ODD3 ;
- La lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le Paludisme nécessite une approche multisectorielle d'où la nécessité d'avoir une instance de coordination multisectorielle ;
- L'intégration des trois maladies correspond à la volonté nationale en matière de santé avec une approche intégrée de santé primaire centrée sur les patients et largement basée sur la santé communautaire ;
- Le souci d'efficacité et d'efficience dans la riposte aux trois principales maladies.

Ainsi, la nouvelle appellation du CNLS est : le Comité National de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose, le Paludisme et les comorbidités en abrégé « **CNLS-TP** ».

Dans le cadre de cette réforme, le **CNLS-TP** voit son mandat élargi pour couvrir :

- Le VIH/Sida ;
- La tuberculose ;
- Le paludisme ;
- Les hépatites virales et les IST ;
- Les comorbidités ;
- Les maladies émergentes.

Il assure :

- La coordination multisectorielle ;
- Le plaidoyer et la mobilisation des ressources ;
- L'orientation stratégique ;
- Le suivi global des performances du PSNI.

5.1.1. Structures de coordination

5.1.1.1. Coordination stratégique

Il sera mis en place un cadre de coordination et concertation stratégique pour une réponse intégrée au niveau central. Ce cadre aura des dénombrements au niveau décentralisé à travers

les Comités Régionaux, les Comités Préfectoraux de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Il veillera à :

- La mobilisation des ressources extérieures et intérieures ;
- La mutualisation des ressources par la création d'une synergie entre les différents acteurs de la lutte contre les 5 maladies ;
- L'intégration effective des interventions transversales des programmes VIH/TB/Hépatite virale et le suivi des patients dans le système de santé ;
- La coordination du partenariat avec les Organisations de la Société Civile et les ONG.

Cette coordination regroupera tous les acteurs de la lutte contre les 5 maladies : Coordination Nationale du CNLS-TP, MSP, PCOS, Agence du système des nations unies, ONG internationale et nationale, autres PTF. Les réunions de la coordination stratégique se tiennent semestriellement.

5.1.1.2. Coordination Technique

La coordination technique est assurée par la DLMT (Lutte contre le VIH, la TB et le Paludisme) et la DSFP (santé maternelle et infantile et la PTME) sous le leadership du MSP. Ces deux directions assurent la coordination technique opérationnelle de la mise en œuvre du PSNI au sein du secteur santé. Elles garantissent :

- La cohérence des interventions ;
- L'intégration des services ;
- La supervision des programmes.

La DLMT, la DSFP, les autres directions du MSP et les points focaux des PTF et ASNU impliquées directement dans la lutte contre les 3 maladies vont se réunir régulièrement pour suivre l'état d'avancement de la mise en œuvre des différents projets, identifier et corriger les goulots d'étranglements. Au niveau décentralisé, la coordination est assurée par les équipes cadres des Districts/Régions.

Secteurs d’intervention

5.2. Secteurs d'intervention

5.2.1. Secteur santé

Les structures de mise en œuvre sont les formations sanitaires (hôpitaux, centres de santé, poste de santé, laboratoire) à différents niveaux de la pyramide sanitaire et les structures communautaires attachées à ces structures. La capacité de ces structures de santé doit être renforcée en équipements selon le niveau en ressources humaines dans un cadre intégré afin de répondre aux besoins de la population.

5.2.2. Secteur en dehors de la santé

La réponse aux maladies ciblées par le PSNI nécessite l'implication active des secteurs hors santé, en raison de l'influence des déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux.

5.2.2.1. Acteurs étatiques

Les principaux secteurs impliqués sont :

- Éducation Nationale : intégration de l'éducation à la santé dans les curricula, sensibilisation des jeunes ;
- Affaires sociales et protection sociale : prise en charge des populations vulnérables, appui aux orphelins et enfants vulnérables ;
- Finances et budget : mobilisation et allocation des ressources ;
- Administration territoriale et décentralisation : appui à la mise en œuvre au niveau local ;
- Défense et sécurité : interventions en milieux spécifiques (forces militaires et paramilitaires, zones de défenses militaires, zones d'insécurité) ;
- Justice et droits humains : lutte contre la stigmatisation et les discriminations ;
- Communication et médias : diffusion de messages de prévention et sensibilisation ;
- Travail et emploi : interventions en milieu professionnel ;
- Environnement et eau-assainissement : lutte contre les déterminants environnementaux des maladies.

5.2.2.2. Acteurs non étatiques

Ce sont les Organisations de la Société Civile (OSC). Leurs activités sont coordonnées par la Plateforme Centrafricaine des Organisations de la Société Civile (PCOS). Elles interviennent dans les activités communautaires, notamment : la sensibilisation de la population, le dépistage, les approches différenciées de délivrance des soins et des médicaments, le suivi communautaire des patients, la recherche des perdus de vue. La capacité de ces structures doit également être renforcée afin d'intégrer les deux autres maladies (hépatites, IST et autres comorbidités).

Mise en œuvre et Suivi-Evaluation du PSNI

6. Mise en œuvre et Suivi-Evaluation du PSNI

6.1. Mécanisme de mise en œuvre

La mise en œuvre du Plan Stratégique National Intégré (PSNI) repose sur un dispositif institutionnel renforcé, aligné sur les réformes en cours du système de santé et orienté vers une approche intégrée, multisectorielle et centrée sur les soins de santé primaires.
Dans ce cadre, le Comité National de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (CNLS-TP), en cours de réforme, constitue l'organe central de coordination stratégique de la riposte intégrée. Il assure le leadership national en matière de planification stratégique, de mobilisation des ressources, de coordination multisectorielle et de suivi global de la mise en œuvre du PSNI.
Le CNLS-TP évolue vers une plateforme élargie intégrant, au-delà du VIH, de la tuberculose et du paludisme, les hépatites virales, les IST, les comorbidités et les maladies émergentes, afin de promouvoir une réponse cohérente, intégrée et durable.
Sur le plan opérationnel, la mise en œuvre des interventions relève du Ministère de la Santé et de la Population, à travers la nouvelle Direction Générale de la Population et de la Lutte contre les Maladies (DGPLM), et en particulier de la Direction de la Lutte contre les Maladies (DLM).
La DLM assure :

- La coordination technique de la mise en œuvre du PSNI ;
- L'intégration des interventions dans les soins de santé primaires ;
- La supervision des services techniques (SLMT, SLMNT, SLMTN) ;
- L'harmonisation des approches programmatiques.

Les programmes spécifiques (VIH/IST/Hépatites, tuberculose, paludisme) sont responsables de la mise en œuvre des interventions spécifiques à travers leurs plans opérationnels, tandis que la DLM assure la mise en œuvre et la coordination des interventions intégrées et transversales.
Aux niveaux intermédiaire et périphérique, les Régions Sanitaires et les Districts Sanitaires assurent la planification opérationnelle, la mise en œuvre, la supervision et le suivi des interventions en lien avec les collectivités locales, les organisations communautaires et les partenaires.
Ce mécanisme repose sur :

- Une clarification des rôles et responsabilités à tous les niveaux ;
- Une coordination multisectorielle renforcée ;
- Une décentralisation effective de la mise en œuvre ;
- Une approche centrée sur le patient et le cycle de vie.

6.1.1. Planification opérationnelle

La planification opérationnelle du PSNI est structurée autour d'un processus intégré, participatif et décentralisé, permettant de traduire les orientations stratégiques en plans d'actions concrets, chiffrés et mesurables.
Elle repose sur trois niveaux complémentaires :

6.1.1.1. Planification stratégique nationale

Le CNLS-TP, en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Population, assure la planification stratégique globale, incluant :

- La définition des priorités nationales ;
- L'allocation des ressources ;
- L'élaboration des cadres budgétaires ;

- La coordination des partenaires techniques et financiers.

6.1.1.2. Planification opérationnelle sectorielle

Chaque service technique du Ministère de la Santé (VIH/IST/Hépatites, tuberculose, paludisme) et des autres sectoriels y compris les organisations de la Société Civile élaborent des plans opérationnels annuels alignés sur le PSNI, précisant :

- Les interventions spécifiques à chaque maladie ;
- Les cibles programmatiques ;
- Les activités détaillées ;
- Les besoins en ressources.

Ces plans sont consolidés sous la coordination de la DLM afin de garantir la cohérence, la complémentarité et l'intégration des interventions.

6.1.1.3. Planification décentralisée au niveau des Districts Sanitaires

Les Districts Sanitaires élaborent des micro-plans opérationnels intégrés tenant compte :

- Des priorités locales ;
- Des profils épidémiologiques ;
- Des capacités des formations sanitaires ;
- Des contextes humanitaires et sécuritaires.

Cette planification décentralisée permet :

- Une meilleure adaptation des interventions aux réalités locales ;
- Une utilisation efficiente des ressources ;
- Une responsabilisation accrue des acteurs locaux.

6.1.1.4. Outils et processus de planification

La planification opérationnelle s'appuie sur :

- Le cadre de résultats du PSNI ;
- Les données du DHIS2 et des données validées par le pays et publiées dans les rapports des partenaires tels que OMS, ONUSIDA et autres ;
- Les analyses épidémiologiques et programmatiques ;
- Les revues conjointes des programmes.

Elle est réalisée de manière annuelle avec des révisions périodiques en fonction des performances et du contexte.

6.1.2. Mise en œuvre des interventions spécifiques

Les interventions spécifiques concernent les activités propres à chaque maladie (VIH/Sida, tuberculose, paludisme, hépatites virales et IST), mises en œuvre selon les normes et protocoles nationaux.

Elles sont exécutées par les programmes techniques sous la coordination de la DLM, et intégrées dans les plans opérationnels sectoriels.

6.1.2.1. Principes de mise en œuvre

La mise en œuvre des interventions spécifiques repose sur :

- Le respect des normes et directives nationales ;
- Une approche basée sur le cycle de vie ;
- La priorisation des populations clés et vulnérables ;
- L'utilisation de modèles de soins différenciés.

6.1.2.2. Modalités de mise en œuvre

6.1.2.2.1. Au niveau des formations sanitaires

- Offre de services de dépistage, diagnostic, traitement et suivi ;
- Intégration progressive des services dans les points d'entrée (CPN, consultations curatives, vaccination, etc.) ;
- Prise en charge des cas selon les protocoles.

6.1.2.2.2. Au niveau communautaire

- Dépistage communautaire ciblé ;
- Suivi des patients (observance, recherche des perdus de vue) ;
- Référencement vers les structures de santé ;
- Sensibilisation et communication pour le changement de comportement.
- Approches avancées et mobiles
- Campagnes multi-maladies ;
- Stratégies avancées dans les zones difficiles d'accès ;
- Interventions en contexte humanitaire.

6.1.2.2.3. Domaines prioritaires

- Prévention combinée ;
- Dépistage précoce ;
- Prise en charge des cas ;
- Gestion des co-infections et comorbidités ;
- Continuité des soins.

6.1.3. Mise en œuvre des interventions transversales

Les interventions transversales visent à renforcer les systèmes, améliorer l'efficience et garantir la durabilité de la réponse intégrée. Elles sont coordonnées par la DLM en collaboration avec le CNLS-TP et les autres directions techniques du Ministère de la Santé. Elles concernent :

- Le renforcement du système de santé et la mutualisation des ressources
- Le système d'information sanitaire et la digitalisation
- L'engagement communautaire et droits humains
- La communication et changement de comportement
- La recherche opérationnelle et innovation

6.1.3.1. Approche de mise en œuvre des interventions transversales

La mise en œuvre repose sur :

- Une intégration dans tous les piliers du système de santé ;
- Une coordination inter-programmatique ;
- Une approche multisectorielle ;
- Une décentralisation au niveau des districts.

6.1.3.2. Valeur ajoutée de ce modèle de mise en œuvre

Ce dispositif permet de :

- Réduire la fragmentation des programmes ;
- Optimiser les ressources disponibles ;
- Améliorer l'accès et la continuité des services ;

- Renforcer la performance globale du système de santé ;
- Accélérer l’atteinte des objectifs du PSNI à l’horizon 2031.

Suivi-Evaluation du PSNI

6.2. Suivi-Evaluation du PSNI

6.2.1. Cadre de Suivi-Évaluation du PSNI

L'atteinte des objectifs dans le cadre de la mise en œuvre du PSNI 2027-2031 nécessite la mise en place de mécanismes de suivi et évaluation permettant d'apprécier l'atteinte des résultats et de fournir de l'information à temps opportun, aux différentes parties prenantes, pour guider la prise de décision basée sur des données probantes.

La mesure des résultats du PSNI s'appuie sur les mécanismes du système d'information sanitaire du pays et sur les directives internationales en matière de mise en application des « Trois principes » notamment celui relatif à un seul cadre de suivi et évaluation au niveau national.

Gage de transparence et de redevabilité, les mécanismes de suivi et évaluation permettront à tous les acteurs de la mise en œuvre du PSNI de produire des données régulières, fiables et accessibles permettant à toutes les parties prenantes d'apprécier les résultats et de fonder leurs réflexions sur une base de données factuelles.

Ce cadre pose les grandes lignes du mécanisme d'appréciation des résultats et sera complété par un plan national de suivi et évaluation qui s'aligne au système national d'information sanitaire et détaille le processus de mesure de la chaine de résultats (Produits, Effets et Impacts) ainsi que l'assurance de la qualité des données et la diffusion des données et produits d'information pour la prise de décision.

Pour le suivi des différents résultats du PSNI, un plan de Suivi-Evaluation budgétisé sera élaboré.

6.2.2. Organisation et structures de Suivi et Évaluation

Le cadre de suivi et évaluation du PSNI s'aligne au dispositif du système national d'information sanitaire. Ainsi, il s'appuie essentiellement sur trois niveaux (opérationnel, intermédiaire et central).

Le niveau opérationnel est constitué des ASC, du réseau des postes et centres de santé, des districts sanitaires, des laboratoires, des structures sanitaires du secteur privé, des organisations à assise communautaire et des ministères sectoriels. Quant aux niveaux intermédiaire et central, ils concernent respectivement les régions sanitaires et le SNIS, les unités de suivi évaluation et recherche des programmes et de la CN du CNLS-TP. Ainsi, les acteurs de chaque niveau jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation de ce système de suivi et évaluation. Les données sont collectées à partir d'outils harmonisés puis saisies dans le DHIS2, par les structures de mise en œuvre. Le bureau du district sanitaire constitue le premier niveau d'agrégation, d'analyse et d'interprétation des résultats, avant de les partager avec les niveaux intermédiaires et central à travers le DHIS2 et les rapports de routine. L'approche district qui est développée dans le pays permet une analyse systématique des données au niveau opérationnel pour une prise de décision basée sur des données factuelles. A ce niveau sera organisé régulièrement chaque trimestres une réunion de validation, d'analyse et utilisation des données (RAUD) de l'ensemble des programmes y compris les données des 5 maladies, avec la participation des chefs des structures de santé, les représentants de toutes la partie prenante et la région sanitaire.

Au niveau central, il est prévu l'organisation chaque semestre des revues de validation, d'analyse et interprétation des données avec la pleine participation de toutes les parties prenantes.

Certains partenaires accompagnent déjà ce processus au niveau de certains districts du pays et une mise à l'échelle est envisagée dans le cadre de ce PSNI avec une approche centrée sur le patient et la mise en place du code d'identification unique tout en garantissant la confidentialité et la protection des données personnelles (DPE).

6.2.2. Collecte des données et informations non routinières

Le mécanisme de collecte des données routinières est complété par des enquêtes, d'évaluation et d'études pour apprécier certains indicateurs d'effet, et d'impact et de dresser les profils épidémiologiques des différentes maladies. Pour ce faire, la collaboration avec la Direction Générale de la Recherche des Etudes et de la Planification sera renforcée pour la prise en compte des préoccupations spécifiques des programmes dans les enquêtes et évaluations d'envergure nationale. Un chronogramme intégré de recherche sera également élaboré et mentionné dans le plan de suivi et évaluation du PSNI.

6.2.3. Évaluation du PSNI

L'évaluation de ce PSNI, indispensable pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs, sera réalisée à travers une revue à mi-parcours et une revue finale au terme du plan.

Ces deux évaluations, seront accompagnées par une consultance indépendante internationale. Elles impliqueront les directions nationales, les programmes prioritaires, les DRS/DS, les partenaires techniques et financiers. Elles seront centrées sur les performances accomplies, l'atteinte des résultats, des objectifs visés par le PSNI ainsi que le niveau de réalisation des interventions et des budgets, l'analyse des problèmes, des contraintes et des bonnes pratiques. Elles seront basées sur une revue documentaire et des entretiens structurés des parties prenantes aux différents niveaux du système. Elles permettront de juger de la pertinence des objectifs, de l'efficacité des stratégies, de l'efficience et de la durabilité des actions menées. Elles seront orientées vers un apprentissage à partir de l'expérience, de façon à alimenter la reprogrammation du PSNI (évaluation mi-parcours) et la planification stratégique suivante (évaluation finale).

6.2.4. Cadre de performance

Ce cadre de performance défini dans ce PSNI renseigne sur les résultats d'impact, d'effet et de couverture.

Le tableau 8 présente la synthèse des indicateurs clés d'impact et d'effet des 5 maladies, les situations de référence et les cibles pour l'horizon 2031 du PSNI.

Tableau 8 : Projection des indicateurs clés d'impact et d'effet des 5 maladies à l'horizon 2031.

N°	Indicateurs	Baseline		Source	Cibles				
		Valeur	Année		2027	2028	2029	2030	2031
	Indicateurs d'impact								
1	Prévalence du VIH parmi la population générale âgée de 15-49 ans	2.4%	2025	Spectrum	2.1%	2.0%	1.9%	1.8%	1.7%
2	Nombre de décès liés au sida pour 100 000 habitants.	34.82%	2025	Spectrum	32.3	25.33	20.72	18.83	16.94
3	Prévalence du VIH chez les HSH	10.7%	2024	Enquête IBBS	9.7%	9.1%	8.6%	8.0%	7.5%
4	Prévalence du VIH chez les PS	9.6%	2024	Enquête IBBS	8.5%	8.0%	7.5%	7.0%	6.5%

N°	Indicateurs	Baseline		Source	Cibles				
		Valeur	Année		2027	2028	2029	2030	2031
5	Prévalence du VIH chez les PPL	4.8%	2022	Enquête IBBS	3.0%	2.9%	2.7%	2.6%	2.4%
6	Prévalence du VIH chez les Personnes en situation d'handicap (PSH)	2.8%	2022	Enquête IBBS	2.2	1.8	1.4	1.0	0.6
7	Taux de transmission du VIH de la mère-enfant à 6 semaines	5.65	2025	Spectrum	5.3%	4.6%	3.8%	3.1%	2.4%
8	Incidence de la tuberculose pour 100000 habitants	419	2024	Profil Pays TB	390	361	332	303	274
9	Incidence de la tuberculose chez les PVVIH pour 100000 habitants	95	2024	Profil Pays TB	88	81	74	67	60
10	Incidence de la tuberculose MR/RR pour 100000 habitants	7.7	2024	Profil Pays TB	6.55	5.39	4.24	3.08	1.93
11	Taux de mortalité de la tuberculose/VIH (pour 100 000 habitants)	28	2024	Profil Pays TB	28	23	18	13	8
12	Prévalence des parasites du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	73	2016	MIS	55	50	45	40	35
13	Incidence du paludisme pour 1000 habitants dans la population générale	362	2023	MICS	220	200	180	160	180
14	Incidence du paludisme pour 1000 habitants chez enfants moins de 5 ans	1281	2024	SNIS	140	130	120	110	100
15	Taux de positivité des tests de confirmation du paludisme dans la population générale	73	2025	SNIS	72	71	70	69	68
16	La mortalité liée au paludisme	180	2024	PNLP	140	120	100	80	60
17	Prévalence des hépatites virales B dans la population générale	12.86	2010	MICS	10.50	9.40	8.20	7.10	6.00
18	Prévalence des hépatites virales C dans la population générale	0.65	2010	MICS	0.12	0.10	0.08	0.07	0.05
19	Prévalence des hépatites virales B chez les PS	5.1	2024	Enquête IBBS	4.5	3.9	3.3	2.8	2.2
20	Prévalence des hépatites virales C chez les PS	0.3	2024	Enquête IBBS	0.11	0.09	0.08	0.06	0.04
21	Prévalence des hépatites virales B chez les HSH	11.7	2024	Enquête IBBS	10.1	9.6	9.1	8.6	8.0
22	Prévalence des hépatites virales C chez les HSH	0.2	2024	Enquête IBBS	0.15	0.13	0.11	0.10	0.08
23	Prévalence des hépatites virales B chez les PSH	3.4	2023	Enquête IBBS	2.9	2.8	2.6	2.5	2.3
24	Prévalence des hépatites virales C chez les PSH	0.5	2023	Enquête IBBS Personnes en situation d'handicap (PSH)	0.39	0.34	0.30	0.25	0.20
25	Prévalence de la syphilis (pour les IST)	0.0	2024	Enquêtes IBBS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
26	Incidence de la syphilis dans la Population générale	5.0	2024	Estimation OMS	4.0	3.5	3.0	2.5	2.0
	Indicateurs d'effet								
27	% de PVVIH sous traitement ARV (2e 95)	84%	2025	Spectrum	87%	90%	92%	95%	95%
28	Taux de suppression virale chez les PVVIH	68%	2025	Spectrum	80%	85%	90%	92%	95%

N°	Indicateurs	Baseline		Source	Cibles				
		Valeur	Année		2027	2028	2029	2030	2031
29	Taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque (Population générale, HSH, PS, personnes privées de liberté)	40.8%	2024	IBBS	49.8%	52.7%	55.7%	58.6%	61.5%
30	Nombre des hommes de plus de 15 ans qui connaissent leur statut	31883	2025	Spectrum	32335	31994	31981	31970	31959
31	Taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmaco-sensible	89%	2024	Profil Pays TB 2026	91%	92%	93%	94%	95%
32	Nombre des enfants de moins 5 ans mis sous TPT parmi les sujet contacts	1641	2025	SNIS	21638	23153	24773	26393	28013
33	Proportion de FOSA appliquant les mesures de prévention et contrôle de l'infection tuberculose (PCI TB)	10%	2025	PNLT	20%	30%	40%	50%	60%
34	Proportion des PVVIH ayant bénéficié de TPT	14%	2024	PNLT	14%	23%	32%	41%	50%
35	Proportion de la population qui a dormi sous MII (population générale)	49.9%	2018	MICS	67.9%	71.9%	76.0%	80.0%	76.0%
36	Proportion de la population qui a dormi sous la MII (enfants de moins de 5 ans)	50.5%	2018	MICS	72.0%	74.7%	77.3%	80.0%	82.7%
37	Proportion de la population qui a dormi sous la MII (enfants de 5-9 ans)	42.9%	2018	MICS	70%	73%	77%	81%	85%
38	Proportion de la population qui a dormi sous la MII (Femmes enceintes)	55.1%	2018	MICS6	73%	75%	77%	78%	80%
39	Proportion de la population qui a dormi sous la MII (enfants de 10 à 14 ans)	42.9%	2018	MICS	52.2%	59.1%	66.1%	73.0%	80.0%
40	Proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée	60%	2018	MICS	70%	73%	75%	78%	80%
41	Proportion de femmes enceintes qui ont reçu au moins 3 doses de TPI pendant la grossesse	30.2	2018	MICS6	66%	70%	73%	77%	80%
42	Proportion d'enfants complètement vaccinés contre l'hépatite B	55%	2024	PEV	70%	74%	78%	81%	85%

Financement du PSN Intégré

7. Financement du PSN Intégré

7.2. Cadre d'établissement du budget

Jusqu'alors la budgétisation des PSN s'opérait selon une approche en deux phases ; une première phase d'estimation des besoins financiers des interventions. Cette estimation était généralement faite au moyen de l'outil de planification et de budgétisation « One Heath » développé par les agences du système des nations unies. S'en suit une seconde phase de budgétisation détaillée (plan opérationnel) au cours de laquelle les besoins sont calqués sur des hypothèses détaillées reposant sur les coûts unitaires courants.

Cette année, l'équipe de budgétisation du PSNI a choisi la méthode de budgétisation détaillée. Les coûts unitaires adoptés sont issus des coûts historiques, utilisés pour la budgétisation du GC7. Cependant des mises à jour ont été faites en tenant compte de la dernière loi des finances. Pour la budgétisation des produits de santé, l'équipe a utilisé le modèle de gestion de produits de santé proposé par le fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (HPMT).

7.3. Budget par impact

Tableau 9 : Répartition du budget par impact.

Impact	2027	2028	2029	2030	2031	Total	%
Prévention	38 719 744 100	35 700 882 121	35 072 563 098	30 885 986 669	32 683 726 272	173 062 902 261	36
Prise en charge	31 395 438 132	27 853 525 605	29 925 370 491	25 977 379 366	28 201 998 986	143 353 712 581	30
Levée des barrières	6 290 561 979	7 021 016 132	9 112 912 962	9 757 042 479	11 789 851 275	43 971 384 828	9
Gouvernance	30 985 854 325	17 670 536 431	30 057 317 160	15 802 568 355	27 977 830 874	122 494 107 146	25
Total	**107 391 598 536**	**88 245 960 291**	**104 168 163 710**	**82 422 976 870**	**100 653 407 409**	**482 882 106 816**	**100**

La prévention suivie de la prise en charge des patients, représentent l'essentiel du budget.

7.4. Budget par effet

Tableau 10 : Répartition du budget par effet.

Effets	2026	2027	2028	2029	2030	Total
Impact 1 : Réduction de l'incidence des maladies						
Effet 1.1 : 95% des populations à haut risque, les populations les plus exposées, et les populations à faible accès aux services, adoptent et maintiennent des comportements à moindre risque par la prévention	37 364 160 695	34 475 522 193	34 030 444 799	29 963 157 240	31 718 927 086	167 552 212 012

combinée des 5 maladies						
Effet 1.2 : La transmission de la mère à l'enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B est réduite à moins de 2% à l'horizon 2030, en prenant en compte le paquet offert à la femme enceinte et au nouveau-né	1 355 583 405	1 225 359 929	1 042 118 298	922 829 430	964 799 187	5 510 690 249
Impact 2 : Réduction de la morbidité et de la mortalité						
Effet 2.1 : 95% des enfants et adultes malades sont correctement pris en charge pour le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales et les IST selon les normes nationales à l'horizon 2030	30482618295	27091198945	29109320308	25244475510	27429927729	139 357 540 787
Effet 2.2 : 100% des coinfections et des comorbidités (IO, Tb, hépatites B et C, cancer du col de l'utérus, cancer du foie, malnutrition, diabète et HTA) sont prises en charge selon les normes	912 819 837	762 326 660	816 050 182	732 903 857	772 071 258	3 996 171 794
Impact 3 : Amélioration de l'équité et de l'engagement communautaire						
Effet 3.1 : La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH, les patients tuberculeux, les patients souffrant des hépatites virales, de la malaria et des IST ainsi que les populations à haut risque et celles qui sont très exposées sont éliminées (moins de 10%) dans les structures de santé et les milieux communautaires	3778180744	4114503273	5397675088	5779199840	7143130607	26212689551
Effet 3.2 : La participation communautaire est renforcée dans la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites virales et les IST à l'horizon 2030	2 512 381 235	2 906 512 860	3 715 237 873	3 977 842 640	4 646 720 669	17758695277
Impact 4 : Renforcement de la gouvernance et de la performance du système de santé						

Effet 4.1: La pérennité de la réponse au Sida, à la tuberculose, au paludisme, aux hépatites virales et aux IST est assurée à travers une coordination renforcée et un leadership maintenu au plus haut niveau	1 076 996 104	762 225 338	1 012 334 114	648 115 079	952 849 995	4 432 051 975
Effet 4.2 : Les ressources financières nécessaires à la riposte sont mobilisées de manière durable, prévisible et croissante, avec un renforcement progressif des financements domestiques pour assurer une riposte efficace contre les 5 maladies à l'horizon 2030	219 314 081	141 646 400	110 944 140	99 734 154	107 627 655	670 407 532
Effet 4.3 : Le système de santé est renforcé pour une meilleure prise de charge des 5 maladies à l'horizon 2030	29 689 544 141	16 766 664 693	28 934 038 906	15 054 719 122	26 917 353 224	117 391 647 639
Total	**107 391 598 536**	**88 245 960 291**	**104 168 163 710**	**82 422 976 870**	**100 653 407 409**	**482 882 106 816**

7.5. Ressources annoncées par partenaire et par année

Tableau 12 : Tableau des ressources annoncées par partenaire et par année.

Tableau des ressources annoncées par partenaire et par année															
	2027			2028			2029			2030			2031		
Organisation	Contribution en FCFA	Contribution en USD	%	Contribution en FCFA	Contribution en USD	%	Contribution en FCFA	Contribution en USD	%	Contribution en FCFA	Contribution en USD	%	Contribution en FCFA	Contribution en USD	%
ETAT	9 724 682 661	17 001 193	19%	9 724 682 661	17 001 193	19%	9 724 682 661	17 001 193	19%	9 724 682 661	17 001 193	35%	9 724 682 661	17 001 193	35%
FONDS MONDIAL	23 269 027 449	40 680 118	45%	23 269 027 449	40 680 118	45%	23 269 027 449	40 680 118	45%	-	-	0%	-	-	0%
UNFPA	169 996 374	297 196	0%	151 245 342	264 415	0%	151 245 342	264 415	0%	151 245 342	264 415	1%	151 245 342	264 415	1%
MSF BELGIQUE	1 600 607 004	2 798 264	3%	1 600 607 004	2 798 264	3%	1 600 607 004	2 798 264	3%	1 600 607 004	2 798 264	6%	1 600 607 004	2 798 264	6%
CROIX ROUGE FRANCAISE	2 295 849 500	4 013 723	4%	2 295 849 500	4 013 723	4%	2 295 849 500	4 013 723	4%	2 295 849 500	4 013 723	8%	2 295 849 500	4 013 723	8%
PATH/MACEPA	188 721 180	329 932	0%	188 721 180	329 932	0%	188 721 180	329 932	0%	188 721 180	329 932	1%	188 721 180	329 932	1%
BANQUE MONDIALE / SENI PLUS	6 882 210 579	12 031 837	13%	6 882 210 579	12 031 837	13%	6 882 210 579	12 031 837	13%	6 882 210 579	12 031 837	25%	6 882 210 579	12 031 837	25%
MSF ESPAGNE	861 308 835	1 505 785	2%	861 308 835	1 505 785	2%	861 308 835	1 505 785	2%	861 308 835	1 505 785	3%	861 308 835	1 505 785	3%
MSF HOLLANDE	420 756 546	735 588	1%	420 756 546	735 588	1%	420 756 546	735 588	1%	420 756 546	735 588	2%	420 756 546	735 588	2%
MSF FRANCE	5 969 208 700	10 435 680	12%	5 641 230 200	9 862 291	11%	5 641 230 200	9 862 291	11%	5 641 230 200	9 862 291	20%	5 641 230 200	9 862 291	20%
OMS	139 500 000	243 881	0%	195 300 000	341 434	0%	223 200 000	390 210	0%	251 100 000	438 986	1%	279 000 000	487 762	1%
Total ressources annoncées	**51 521 868 828**	**90 073 197**	**100%**	**51 230 939 296**	**89 564 579**	**100%**	**51 258 839 296**	**89 613 355**	**100%**	**28 017 711 847**	**48 982 014**	**100%**	**28 045 611 847**	**49 030 790**	**100%**

Tableau 13 : Synthèse globale des ressources annoncées par partenaire sur les cinq (05) années.

Tableau synthèse des ressources annoncées par partenaire sur 5 ans			
Organisation	**Cumul contributions en FCFA**	**Cumul contributions en USD**	**%**
ETAT	48 623 413 305	85 005 967	23%
FONDS MONDIAL	69 807 082 347	122 040 354	33%
UNFPA	774 977 742	1 354 856	0%
MSF BELGIQUE	8 003 035 020	13 991 320	4%
CROIX ROUGE FRANCAISE	11 479 247 500	20 068 615	5%
PATH/MACEPA	943 605 900	1 649 661	0%
BANQUE MONDIALE/ SENI PLUS	34 411 052 895	60 159 183	16%
MSF ESPAGNE	4 306 544 174	7 528 923	2%
MSF HOLLANDE	2 103 782 731	3 677 942	1%
MSF FRANCE	28 534 129 500	49 884 842	14%
OMS	1 088 100 000	1 902 273	1%
Total ressources annoncées	**210 074 971 114**	**367 263 936**	**100%**

Le montant total des ressources annoncées par partenaires pour cinq (05) années s'élève à **210 074 971 114 FCFA**. Ce montant représente **43,50 %** du budget total du PSNI.

Tableau 11 : Tableau d'analyse du gap de financement à rechercher.

Tableau d'analyse du gap de financement sur les 5 années	
Organisation	**Total**
Total contributions annoncées par partenaire sur les 5 années	210 074 971 114
Total budget PSNI sur les 5 années	482 882 106 816
Gap à rechercher	**272 807 135 702**

Le gap financier à rechercher s'élève au montant de **272 807 135 702 FCFA** soit **56,50 %** du budget total du PSNI.

Les ressources prévisibles et annoncées représentent **43,50 %** du budget total soit **210 074 971 114 FCFA**. Il reste un gap de **272 807 135 702 FCFA** à rechercher soit **56,50 %.**

Stratégies de mobilisation des ressources

7.6. Stratégies de mobilisation des ressources

La structure actuelle du financement de la santé en RCA révèle une forte dépendance aux financements extérieurs et aux paiements directs des ménages, au détriment du financement public à travers le budget de l'état. Cette situation compromet l'équité, la soutenabilité et l'accès universel aux soins. Pour accroitre le financement de la santé, le plan stratégique national de financement de la santé de 2025-2028 prévoit plusieurs interventions :

- Le renforcement de la capacité du Ministère de la Santé à faire le plaidoyer en faveur d'une augmentation des ressources, y compris la nécessité d'accroître l'assiette fiscale du pays.
- L'augmentation de la part du budget de l'Etat alloué à la santé ;
- La mise en place d'un compte spécial pour la souveraineté sanitaire recevant les différentes taxes ;
- L'adoption des mécanismes de financement innovant pour la santé ;
- La transposition des directives de la sous-région en matière de partenariat public-privé (PPP) pour le secteur de la santé sur la base d'une loi afin d'attirer les investissements locaux et étrangers.

En plus des efforts du Gouvernement, le pays peut compter sur la contribution des partenaires internationaux ou bilatéraux, notamment :

- Le Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme : dans le cadre du cycle GC8 couvrant la période 2027-2029, un montant de 106 420 211 euros a été alloué à la RCA pour la prise en charge du VIH, la tuberculose et le paludisme, ce qui représente environ 14,5% du budget de PSNI.
- Le pays peut compter également sur le soutien de la BM dans le cadre du financement du système de santé qui est une composante essentielle de lutte contre les 5 maladies et enfin sur les autres partenaires techniques et financiers.

Un plan de mobilisation des ressources sera élaboré pour compléter le PSNI 2027-2031.

Annexes

8. Annexes

8.1. LISTE DES PARTICIPANTS A L'ELABORATION DU 1er PLAN STRATEGIQUE NATIONAL INTEGRE VIH/IST/HEPATITES VIRALES/TB/PALUDISME 2027-2031 EN RCA

N°	Nom et Prénoms	Institution	Contacts	E-mail
1.	Pr NAMBEI Sylvain Wilfrid	CNLS-TP	75509075/70982411	wilfridnambei@gmail.com
2.	Dr MASSANGA Marcel	CNLS-TP	72505789	mass_marcel@hotmail.com
3.	Dr OUAMBITA–MABO Roch	CNLS-TP	72542835/75809787	rouambitamabo@gmail.com
4.	Dr BALEKOUZOU Augustin	CNLS-TP	72058279	abalekouzou@gmail.com
5.	Mme SEREMANDJI Marcelline	CNLS-TP	72119954	maseremandji@gmail.com
6.	Mr NGAISSONA OUENSE Géric Mercien	CNLS-TP	72070260	gmngaissona@gmail.com
7.	Mr BAGAZA Juvénal	CNLS/TP	72268382	juvenalbagaza@yahoo.fr
8.	Mr DANBOY Ange Florent	CNLS-TP	72099973	danboyange95@gmail.com
9.	Mr DOUBA Clotaire	CNLS-TP	75471206	doubaclotaire@gmail.com
10.	Mlle NGOUALESSO Flora	CNLS-TP	75260030	floraclaudiengoualesso@gmail.com
11.	Mr NGOMBE Théophile	CNLS-TP	72729519	theourbaingombe@gmail.com
12.	Mlle GAMANZA Etoile	CNLS-TP	72507323	etoilebijouxgamanza@gmail.com
13.	Mlle NGWAYA Espérance	CNLS-TP	74130886	
14.	Dr GONDJE Samuel	MSP/CMD	70153912	sgondje@yahoo.fr
15.	Mr LIMA Sylvain	MSP/Conseiller Technique	72737272	limasylvain@gmail.com
16.	Pr GODY Jean Chrysostome	MSP	75503609	jcgodyehotmail.com
17.	Dr BAWA Maurice	MSP	72187022	bawa.maurice@gmail.com
18.	Dr GONESSA Daniel Yvon	MSP	75289026	gonessadaniel@gmal.com
19.	Dr Marcel LAMA	MSP	75090909	lamarcel@gmail.com
20.	Dr TCHOUMATEU Edgar	MSP	72785649	edgartchoumateu @gmail.com
21.	Dr NEBANGA Valentin	MSP	72171982	vnebanga@gmail.com
22.	Dr MBAY Paulette Rose	MSP	72859417	mbay rose68@gmail.com
23.	Dr KANGO Simplice	MSP	72059182	kango.cyriaque@yahoo.fr
24.	Dr KOMAYAN Jean Louis	MSP	72086012	dr_komafa2010@yahoo.fr

25.	Dr LAGO Hugues	MSP/Conseiller Technique	74536417	hugues.lago@kenayaimpact.com
26.	Dr FIKOUMA Valentin	MSP	72509533	vfikouma@yahoo.fr
27.	Dr BAKAMBA Pascal	MSP	75320082	bakambapascal@gmail.com
28.	Dr FIOMONA Eloge	MSP	72029954	mefaraeloge@gmail.com
29.	Dr MGANBA Colette	MSP	75504275	colettengando1@gmail.com
30.	Dr GANDO Hervé	MSP	72430673	gahe_gi@yahoo.fr
31.	Mme GUEDOUKPOU Léa Clarisse	MSP	72331851	leaguedou@gmail.com
32.	Mme NETIN Anne Laurette	MSP	72500583	
33.	Dr MBIA-SOMSE Larissa	MSP	72793742	larib26.msomse@gmail.com
34.	Dr BANTHAS Marie Charlotte	MSP	72631401	mcbanthas@gmail.com
35.	Dr ABEYE Louisa	MSP	72111234	edyneabeye@gmail.com
36	Dr DOUMA Noelly	MSP		Noelly1000@yahoo.fr
37.	Dr PIAMALE Germain	Min. Défense/CMPLS	72068607	germain.piam@yahoo.fr
38.	Pr KOUANDONGUI Franck	Min. Défense/DG Sté Armées	72384400	fkouendo@gmail.com
39.	Mr LOBAKA Thierry	Min. Finances	72090169	lobakagodet@gmail.com
40.	Mr KONGOMBE Nancy	MEPCI	72093514	cynaKongo@yahoo.fr
41.	Mme FALI Flore Florence	Min. Jeunesse	72203449	fali.flore@gmail.com
42.	Mr KOLITI-BEZZO	MPGPFFE	72545874	syvanuscrepinkolitibezzo@gmail.com
43.	Mme IGNAO Olga	Présidence/PF VIH	72335105	Ignaoolga@gmail.com
44.	Mme MOFINI Prisca	Primature/CM Genre	72047116	nuellamofini@gmail.com
45.	Pr KOBANGUE Léon	Université de Bangui	72220691	kobangueléon@gmail.com
46.	Mr DRAPEAU Théodore	RGS-PTPE	72170224	théodoredrapeau@gmail.com
47.	Mme LUGO NOUTONE Elise Jeanine	CCM-RCA	75947788	elisejeaninelugo@gmail.com
48.	Dr MAMADOU BETCHEM Richard	CCM-RCA	72589683	betchemccmrca@gmail.com
49.	Mr JOLY LOKOTI Boris	Institut Pasteur de Bangui	72432562	borisjoly@yahoo.fr
50.	Mr POUMALE Emmanuel	PCOS	72114211	poumaleemmanuel@gmail.com
51.	Mr OUASSONGO Hyacinthe	ACAMS	72767521	hyacintheouass@gmail.com
52.	Mr GAZALIMA Bienvenu	RECAPEV	72078105	bienvenugazalima@gmail.com

53.	Mr INIWOÏLE-NAÏLO Patrick	RCED-VIH	72567092	iniwalenailop@gmail.com
54.	Mr AOUDOU PACCO Ismaila	ADC	72085101	aoudouismaila087@gmail.com
55.	Mr SEGOROYE Guy Alain	CISJEU	72115009	guy.alain@gmail.com
56.	Mlle SOUALAKPE Florina	CEBG	72287372	sflorinaleontine@gmail.com
57.	Mr SABOONY-GBAH Eric	RNALT	72184698	ericsaboony@gmail.com
58.	Mlle BALANGA Sibelle	Séni Na Maïngo	72059253	sibelle.balanga@gmail.com
59.	Mlle SENGUE POPOTIN	RENAFILS	72737321	natacha.senguepopotin@gmail.com
60.	Mme YONGORO Sylvie	ANJFAS	72084800	sylvieyongoro@yahoo.fr
61.	Mme LAKO ZOUMA Christiane	SPALCA	74535953	christiane.Zouma01@gmail.com
62.	Mr NGUETTE WOZA Fabrice Léonel	ONUSIDA	72819958	nguettewozaf@unaidsorg
63.	Dr KOMANGOYA-NZONZO Aristide Désiré	OMS	72126312	komangoyangonzoa@who.int
64.	Dr MBITIKON DOTAR Olivia	OMS	75508522	mbitikono@who.int
65.	Mme MBARAPAS Maryse	PAM	74502413	marysembaras@wfp.org
66.	Mme YONGOWANE Luce	UNFPA	72300561	yongowane@unfpa.org
67.	Dr SOBELA François	UE/PRSS	72890745	fsobela@gmail.com
68.	Dr INIKOUTIYO Jules	CRF	72087140	vihvop-bgi.frc@croix-rouge.fe
69.	Dr MBESSE Thierry	Word Vision International	72747444	thierry_ngoumakale@wvi.org
70.	Mme CAMARA SACIM Isabela	MSF	75404540	car-special-adviser@acc.msf.org
71.	Mr BIZIYAREMYE Floribert	Stop TB Partnership	+250788813668	floribertb@stoptb.org
72.	Dr DIALLO Diadier	MACEPA		ddiallio@path.org
73.	Pr DIEMER Saint-Calvaire Henri	ATN/Lead	75265193	diemerhenri@yahoo.fr
74.	Mr BANATE Maxime	ATN/Budgétisation	74673986	maximebanate@gmail.com
75.	Mr TCHETMI Thomas	ONUSIDA, RST/WCA	+221773445146	tchetmit@unaids.org

8.2. PLAN OPERATIONNEL

8.3. PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

8.4. PLAN DE MOBILISATION DES RESSOURCES