

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION



REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
Unité – Dignité – Travail

RAPPORT D’EVALUATION RAPIDE ET STRATEGIQUE DES PROGRAMMES VIH/TB/PALU DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

Aout 2019

**RAPPORT D’EVALUATION RAPIDE ET STRATEGIQUE DES PROGRAMMES VIH/TB/PALU DU
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)
Aout 2019**

DRAFT RAPPORT DE REVUE DES PROGRAMMES VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME

SOMMAIRE	Pages
Abréviations et acronymes	
RESUME EXECUTIF	
1 CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS	
3 RESULTATS ATTENDUS	
4 CADRE CONCEPTUEL DE LA REVUE	
5 METHODOLOGIE	
6 SITUATION DES TROIS MALADIES	
6.1 VIH.SIDA	
6.2 TUBERCULOSE	
6.3 PALUDISME	
7 REPONSE AUX TROIS MALADIES	
7.1 Gouvernance des programmes VIH, Tuberculose et Paludisme	
7.1.1 Forces	
7.1.2 Faiblesses et menaces	
7.1.3 Défis et opportunités	
7.1.4 Besoins et priorités d’intégration	
7.1.5 Recommandations	
7.1.6 Risques	
7.2 Financements et gestion des fonds	
7.3 Planification, mise en œuvre, suivi et système d’information	
7.4 Systèmes d’approvisionnement et de gestion des stocks de produits pharmaceutiques (GAS)	
7.5 Prise en charge des malades	
7.6 Prévention et participation communautaire	
8 ELEMENTS POUR UN PLAN INTEGRE D’ACTION 2020	
Situation actuelle des maladies	
Synthèse des réponses	
Principaux défis	
Cadre conceptuel	
Principes directeurs	
Cibles de la réponse 2019-2020 et les indicateurs de résultats	
Domaines prioritaires d’intervention et budget	
Cadre de mise en œuvre	
Risques	
Bibliographie	
ANNEXES	

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AOC : Afrique de l'ouest et du centre	OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ARV : Antiretroviraux	ONG : Organisme Non Gouvernementale
ASC : Agents de Santé Communautaire	ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ARV : Antiretroviraux	
ASC : Agents de Santé Communautaire	
CCM : Country Coordination Mechanism	PCR : Polymerase Chain Reactase
CDV : Conseil et Dépistage Volontaire	PEC : Prise En Charge
CN/CNLS : Coordination Nationale/Comité National de Lutte contre le SIDA	PEV : Programme Elargi de Vaccination
CNRISTAR : Centre National de Reference pour les Infections Sexuellement Transmissibles et du Traitement Antiretroviral	PF : Planning Familial
COGES : Comité de Gestion	PMAP : Paquet Minimum d'Activités de Prévention
COSA : Comité de Santé	PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
CPLS : Comité Préfectoral de Lutte contre le SIDA	PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida
CPN : Consultation Périnatale	PS : Professionnels du Sexe
CTA : Centres de Traitement Ambulatoire	PTME : Prévention de la transmission Mère-Enfant
CTM : Cotrimoxazole	PTPE : Prévention Transmission Parent Enfant
CV : Charge virale	PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
DBS : Dry Blood Spot	
DGS : Direction Générale de la Santé	RCA : République Centrafricaine
DGSF : Directeur Général de la Santé de la Famille	RC : Relais Communautaire
e-TME : Elimination de la Transmission Mère-Enfant	
ETP : Education Thérapeutique	SDV : Services de Dépistage du VIH
FDS : Force de Défense et de Sécurité	TARV : Traitement Antiretroviral
FOSA : Formation Sanitaire	TB : Tuberculose
HSH : Homme(s) ayant des rapports Sexuels avec un (des) autre(s) Homme(s).	UCM : Unité de Cession du Médicament
	UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
	UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
IST : Infection Sexuellement Transmissible	UPEC : Unité de Prise En Charge
	VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
LNBCSP : Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique	
MICS : Multiple Indicator Cluster Survey	
MOT : Modes de Transmission	
MSF : Médecins Sans Frontière	
MSM : Men having Sex with Men	

RESUME EXECUTIF

Le Ministère de la Santé Publique et de la population a organisé du 19 au 30 Aout une revue des trois maladies avec le soutien de l'ONUSIDA, de l'OMS, des récipiendaires principaux du Fonds Mondial. Aux termes de la revue, il était attendu que le Ministère de la Santé et de la Population et l'ensemble des acteurs de la réponse dispose :

- d'une vue d'ensemble claire et précise des défis/principaux goulots d'étranglements liés à la mise en œuvre, à la gestion et à la coordination des programmes relatifs aux trois maladies ;
- d'un plan d'action budgétisé avec des mesures à court et moyen termes pour répondre aux défis identifiés avec des responsabilités bien précises ;
- des cibles pour l'accélération des interventions et plus spécifiquement du traitement d'ici à 2020 avec comme base les résultats de l'évaluation du plan de rattrapage et de l'évaluation à mi-parcours ou finale des différents plans stratégiques.

Plusieurs actions ont été prises avant la revue :

- Elaborer et faire valider les TDR de la revue et des consultants par les parties prenantes et s'accorder sur la période de revue ;
- Mobiliser les ressources technique (équipe de 5 consultants en fonction des domaines de la revue) et financières pour la revue ;
- Mettre en place Comité de pilotage sous l'autorité du Cabinet du Ministre de la Santé et de la Population (Annexe).

Pendant la revue 6 groupes de travaux de Groupes de travail dans les domaines couverts par la revue par maladie ont été constitués et encadrés par un consultant international principal (ONUSIDA) un consultant international (ONUSIDA) pour la révision des cibles 2019-2020 du VIH et trois consultants internationaux (OMS) pour les trois maladies et (Annexe Composition des Groupes):

1. Gouvernance
2. Financement et gestion
3. Prise en charge
4. Gestion des approvisionnements, et des stocks
5. Suivi, évaluation et système d'information
6. Prévention et participation communautaire

La revue proprement dite s'est déroulée (Annexe : Agenda de la revue) selon les étapes ci-après :

1. Organisation de trois réunions d'orientation générale et d'une réunion par groupe de travail pour expliquer la méthodologie de travail et le système de rapportage
2. Une revue documentaire des domaines couverts par la revue selon les canevas élaborés à cet effet et les orientations du Cabinet du MSP en plus des termes de référence de la revue (Annexe) :
3. Des entretiens et consultations avec les acteurs concernées y compris sur le terrain (cadres du ministère, partenaires, la société civile et les populations bénéficiaires pour recueillir leurs perceptions et trianguler avec la revue documentaire) ;
4. Consultation des partenaires clés nationaux et internationaux pour l'identification des cibles pour le traitement d'ici à 2020 ;
5. Conférence téléphonique avec le responsable du portefeuille RCA au Fonds Mondial.
6. Tenue de deux séances de mise en commun du travail des groupes animées par le Comité de pilotage et la modération des consultants
7. Elaboration du rapport de la revue assorti d'actions pour remédier aux faiblesses identifiées et un plan d'action budgétisé pour le suivi de la mise en œuvre des actions prioritaires et recommandations à court et moyen termes tout en précisant les responsables et les partenaires d'exécutions de chaque action ;
8. Organiser la validation du rapport et la restitution du rapport.

Après la revue le draft0 du rapport de la revue des programmes VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme a été envoyé à toute l'équipe et restitué en session présidée par le Ministre de la Santé et de la Population. Le Draft 1 du rapport prenant en compte les amendements a été produit avec à l'annexe la synthèse des résultats des travaux des différents groupes de travail. La version finalisée sera transmise aux plus hautes autorités du Ministère de la Santé.

Principaux constats

Pour relever les défis mis en exergue lors de l'évaluation de ses programmes à la fin de l'année 2016, la RCA s'était doté d'une série de documents normatifs comprenant le plan stratégique national de lutte contre le VIH 2016-2020, un plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2017-2021, un plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2018-2022 et plus récemment, un plan de rattrapage pour accélérer la réponse au VIH afin d'atteindre les cibles 90-90-90 fixées pour 2020. La mise en œuvre de ces plans s'est faite, presque exclusivement, grâce aux subventions du Fonds Mondial pour la période 2017-2019.

La revue des interventions de 2017 à ce jour montre qu'en dépit d'une prévalence et d'une incidence élevées des trois maladies, la RCA enregistre des améliorations moins importantes au regard des cibles 90-90-90. Le nombre de personnes dépistées est faible et les PVVIH qui ont accès à la prise en charge standard est moindre, les perdus de vue et la mortalité sont élevés. Le nombre de cas manquants et de décès de tuberculose est important. Les efforts importants de distribution des MILD n'ont pas permis à ce jour d'infléchir la courbe d'incidence et de mortalité du Paludisme.

Ces insuffisances s'expliquent en partie par un certain nombre de pratiques, de comportements et de situations qu'il convient d'adresser :

Au niveau opérationnel

1. Bien que la politique de gratuité soit en figure sur les produits de santé contre ces maladies, leur traitement reste une charge très importante pour les patients ;
2. Le personnel de santé ne semble pas être assez engagé et redevable des résultats donné ses (attributions diversement définies, effectifs réduits et conditions précaires de travail et de vie).
3. L'application de la stratégie de délégation des tâches dans les formations sanitaires urbaines mieux dotées en personnel ne suit pas les directives et son application semble optionnelle.
4. Avec des infrastructures de santé peu fonctionnelles en zone rurale et les distances à parcourir les populations n'ont pas l'accès facile à un paquet complet de soins conseil et de soutien communautaire.
5. Les bonnes pratiques d'offre de services y compris par les ONG internationales et les Organisations confessionnelles sont peu valorisées et mises à échelle.
6. Le partenariat public et privé bien enclenché il y a quelques années n'a pas connu de suite ce qui constitue un grand manque à gagner pour la réponse aux trois maladies.
7. La participation communautaire qui avait connu un bon démarrage il y a quelques années, est pénalisée par des problèmes capacité, de compétence et de financement discontinu.
8. La qualité des interventions n'a pas fait l'objet d'une attention au cours de ce travail. Il ressort néanmoins que les directives, les procédures et les normes ne sont pas pour la plupart actualisées et sont inégalement appliquées.
9. Les activités communautaires sont cloisonnées, faiblement intégrées, discontinues et de faible couverture tant géographique que populationnelle.
10. La stigmatisation et la discrimination des malades et des populations clés restent fortes et semble aggravée par le non respect du code d'éthique et de déontologie de nombre de personnel de santé

11. Les besoins vitaux nutritionnels et alimentaires de beaucoup malades et leurs familles ne sont pas couverts ce qui contribue à la non observance des traitements et l'irrégularité dans la fréquentation des FOSA

Au niveau programmatique

1. Les efforts intenses de planification conjointe ont été enregistrés et ont permis un dialogue certain entre les programmes nationaux et leurs partenaires. Mais plusieurs obstacles persistent notamment ;
 - Le mandat et la structuration des programmes ne favorisent pas l'intégration ;
 - Les ressources humaines semblent insuffisantes et affectées à des tâches hors des attributions d'un programme.
 - La mise en œuvre des plans n'est ni intégrée, ni même conjointe
 - Les autorités sanitaires régionales et préfectorales ont peu de rôle à faire valoir,
 - Le système d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits de santé continue de générer des ruptures de stocks et des péremptions qui pénalisent la continuité de soins
2. Le mécanisme de financement du Fonds Mondial excluant les prestataires de la gestion ne motive pas les agents de mise en œuvre
3. Les modalités cloisonnées de gestion des trois maladies au niveau des programmes alourdissent la charge de travail des prestataires de services aux niveaux régional, des districts et des centres de santé, en raison des demandes non coordonnées de données financières et de rapports financiers, et des multiples activités de supervision et de suivi.
4. Les ONG internationales récipiendaires principaux, tout en étant efficaces du point de vue gestion financière, sont onéreuses et leurs frais de gestion sont matière à décourager les sous récipiendaires nationaux.
5. La mise en œuvre des subventions par des récipiendaires principaux peu habilités à fournir des services de santé et sans relation hiérarchique, fonctionnelle ou financière avec les entités chargées de la prestation de services limitent les performances. Toute fois la mise en œuvre verticale et le manque d'intégration des trois maladies ne favorisent pas non plus l'efficacité au niveau central et alourdissent encore la charge de travail des prestataires de services en bout de chaîne.
6. La très faible visibilité des services ou centres de référence qui devraient apporter un appui technique aux prestataires et contribuer à l'amélioration de la qualité des interventions et la capacité des intervenants. Les programmes nationaux ne peuvent pas pallier à cette insuffisance en augmentant leurs effectifs pour des activités qui ne sont pas de leur ressort.

Au niveau stratégique

1. Les services centraux, haut lieu de l'intégration (mainstreaming), sont structurés de manière verticale ce qui limite la capacité de coordination des Programmes nationaux et génère une importante demande de ressources humaines hautement qualifiées aux dépens du terrain.
2. Très faible engagement et redevabilité des directions et services centraux parce qu'impliqués certes mais non responsabilisés sur les questions liées aux trois maladies (cela est du ressort des bénéficiaires principaux et des Programmes nationaux)
3. Faible visibilité du partenariat avec les instances et organisations multisectorielles (CNLS, CCIS, CCM...)
4. Faible intégration de la gestion des données sur les trois maladies au niveau central (pas de traçabilité des ressources, système d'information et de suivi évaluation parallèle...)
5. Absence de politique d'utilisation optimale de l'assistance technique nationale et internationale

Principales recommandation pour les actions à prendre

Au niveau stratégique

Corriger les insuffisances relatives par la revue en insistant les domaines critiques ci-dessous :

1. Maintien du rôle central du ministère de la Santé dans la mise en œuvre et renforcement de la responsabilité en début de chaîne :
 - Division du travail entre les directions (médicaments, laboratoires, planification, suivi, personnel, formation, recherche, financement, suivi de gestion, système d'information.....)
 - Coordination stratégique par la Direction chargée des maladies et les Directions régionales de la santé au niveau central et par les DRS au niveau régional
2. Elaboration d'une politique de planification de mise en œuvre et de suivi conjoint
3. Elaboration d'une politique d'informatisation du système de santé en commençant par le système d'information, suivi et évaluation et l'administration
4. Etablissement d'un Cadre de partenariat national et international fonctionnel y compris avec le privé
5. Mise à jour des politiques et stratégies de gratuité, de délégation de tâches, et d'intégration des prestations contre les trois maladies à tous les niveaux de soins conseil et de soutien communautaire
6. Mise en œuvre une stratégie de désignation des services de référence y compris communautaire et de renforcement de leur capacité y compris pour système communautaire
7. Révision des documents relatifs aux programmes nationaux et les restructurer selon une approche intégrative et tenant compte des attributions des services centraux et des services de référence :
 - Programme national de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et les Hépatites
 - Programme national de lutte contre le Paludisme
8. Continuation à titre de solution provisoire du rôle de récipiendaire principal aux ONG internationales sans les charger de la mise en œuvre des activités, et s'assurer que des plans de renforcement des capacités spécifiques, soumis à des échéances, visent les entités nationales ; et, des services en faveur des populations-clés, des systèmes de santé communautaires et de la chaîne d'approvisionnement.
9. Allocation de financement de contrepartie au renforcement de capacité du personnel y compris sa motivation et au soutien à la gratuité de l'offre de tous les services aux différents niveaux
10. Renforcement du mécanisme de contrôle de l'utilisation des financements de contreparties afin de garantir la visibilité de l'utilisation des fonds nationaux.

Au niveau programmatique

Corriger les insuffisances relatives par la revue en insistant les domaines critiques ci-dessous :

Les programmes nationaux et le CNLS en tant que sous récipiendaires ne sont pas mandatés pour mettre en œuvre les services de soins de santé. Ils sont chargés d'établir les politiques, d'adopter les directives mondiales, d'élaborer des normes et procédures en matière de traitement, du suivi et de l'évaluation. Ils doivent aussi mobiliser les fonds suivre leur gestion et établir des partenariats nationaux et internationaux pour la fourniture de l'appui technique.

1. Restructuration du système d'approvisionnement de stockage et de gestion des intrants de santé pour les trois maladies
2. Harmonisation des calendriers pour la planification, le suivi et les revues conjointes des Programmes
3. Evaluation des besoins d'assistance technique et coordonner l'assistance technique selon une feuille de route commune aux trois programmes.

Au niveau opérationnel

Corriger les insuffisances relatives par la revue en insistant les domaines critiques ci-dessous :

1. Intégration de la planification des trois maladies avec indication des rôles des DRS et des DPS ou Equipe cadre de district (plan de district s'il y en a)

2. Cadre de concertation : Plateforme des partenaires
3. Extension de la couverture, en terme de population et beaucoup moins en terme géographique et utilisation du potentiel des services médicaux de l'armée et du privé
4. Continuum de soins conseil, biologie, soutien nutritionnel et communautaire selon des PMA et procédures standards définis
5. Délégation des tâches au sein des FOSA et au sein des organisations communautaires
6. Utilisation rationnelle des ressources humaines disponibles de manière intégrée
7. Intégrer les activités communautaires liées aux trois maladies, afin de garantir la mise en œuvre d'un paquet commun de services
8. Mise à échelle les bonnes pratiques nationales

1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La RCA demeure parmi les pays les plus touchés par l'épidémie du VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre. En effet sur une population estimée à 5 154 080 habitants en 2017, la prévalence du VIH était de 4% (femmes 4,7% ; hommes 3,3%) chez les 15 à 49 ans¹. L'épidémie est de type généralisé, avec 110 000 personnes estimées vivre avec le VIH. Pour la même année, les nouvelles infections ont été estimées à 7 700 ; les décès à 5 200 et les personnes sous ARV à 36 700 (soit 32% de couverture) dont 2 200 enfants de moins de 15 ans. 5 100 femmes en besoins d'ARV pour la PTME dont 2 900 sous traitement soit 56%.

Répartie de façon très inégale à travers le territoire, la prévalence oscille entre 1% dans l'Ouham au Nord-Ouest et 11,9% dans le Haut-Mbomou au Sud-Est². La prévalence est plus élevée en milieu urbain (7,9%) qu'en milieu rurale (2,9%). Les Professionnelles de Sexe (PS) et les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH) ont une prévalence plus élevée que celle au sein de la population générale, respectivement 9.2% chez les PS³ et 28.6% chez les HSH⁴.

Le paludisme est une préoccupation majeure de santé publique en RCA. On estime à 1,4 million le nombre de cas annuels de paludisme. Les enfants de moins de cinq ans sont particulièrement affectés et représentent un cas sur deux de paludisme. De même, la tuberculose représente un défi majeur avec 20 000 cas incidents estimés par l'OMS en 2017⁵ et 150 cas de tuberculose multirésistante. La performance du programme de lutte contre la tuberculose reste faible avec une réalisation de couverture en traitement de 49% et un succès thérapeutique de 78% contre une cible de 90% en 2017. La proportion des tuberculeux co-infectés par le VIH reste très élevée à 28% dans la même année.

Pour répondre à ces défis, la RCA s'est doté d'une série de documents normatifs comprenant le plan stratégique national de lutte contre le VIH 2016-2020, un plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2017-2021, un plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2018-2022 et plus récemment, un plan de rattrapage pour accélérer la réponse au VIH afin d'atteindre les cibles 90-90-90 fixées pour 2020. Ce plan lancé en 2017 avait pour objectif de mettre sous traitement antirétroviral 76 760 personnes vivant avec le VIH dont 6 395 enfants en 3 ans, avec un point d'étape pour juin 2018. Il couvre six (6) villes à haut impact représentant à elles seules près de 80% du fardeau de l'épidémie.

¹ Estimations d'EPP/Spectrum ONUSIDA 2017

² MICS 2010

³ Enquête séro-comportementale auprès des professionnels de sexe réalisée en 2013 dans 4 villes (Bangui, Bégoua ; Boali et Bimbo).

⁴ Données du programme du Centre National de Référence des IST et de la thérapie antirétrovirale (CNRISTAR) de 2013 qui donne une prévalence de 28,6%.

⁵ WHO, Global tuberculosis report 2018.

La réponse au VIH, à la tuberculose et au paludisme en RCA est principalement financée par le Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la Tuberculose et le Paludisme. Le Ministère de la Santé est un acteur clé de la mise en œuvre des programmes de traitement et de soins pour les trois maladies.

En août 2018, un atelier a été organisé pour évaluer avec précision les progrès et les difficultés dans la mise en œuvre du plan de rattrapage de 2017 à Juillet 2018 et déterminer un cadre d'interventions urgentes de juillet 2018 à Décembre 2018 avec de cibles précises. Cette évaluation a montré des résultats probants de l'accélération de la réponse mais aussi des défis à relever en urgence pour garder le Momentum et atteindre les cibles fixées pour 2020.

En décembre 2018, la cascade du traitement vis-à-vis des cibles 90-90-90 montrait que 61% (67545/110000) des PVVIH connaissent leur statut sérologique ; 39% (42728/110000) étaient sous ARV et seulement 8% (8884/110000) avaient une charge virale indétectable⁶. Ces chiffres montrent que le pays, malgré les progrès réalisés avec le plan de rattrapage, est encore loin des cibles 90-90-90 fixées pour 2020. Pour maintenir l'accélération vers l'atteintes des cibles fixées pour 2020, la définition de nouvelles cibles pour le traitement avec comme base les résultats du plan de rattrapage s'avèrent nécessaire. Les réunions hebdomadaires de coordination sous l'égide du Ministre de la Santé et de la Population, initiées au mois de mars 2019, ont également révélées des défis systémiques dans la mise en œuvre, la gestion et la coordination des programmes relatifs au trois maladies. Une mission conjointe MSP, CNLS, ONUSIDA, OMS, HCR conduite à Obo et Zémio en Avril 2019 a documenté au niveau périphérique, des défis énormes dans l'approvisionnement, l'accès aux services des PVVIH et la qualité des soins. Un atelier de réflexion a été organisé sur la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et des patients tuberculeux. Plusieurs insuffisances et des défis ont été mis en exergue dont ceux liés à l'accès aux examens de laboratoires. C'est pourquoi le Ministère de la Santé et de la Population, en commun accord avec le CCM RCA et les partenaires de la réponse aux trois maladies, ont jugé urgent d'organiser une revue des programmes VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme pour endiguer les faiblesses, maintenir les résultats obtenus, accélérer la prise en charge par la définition de nouvelles cibles pour le traitement d'ici à 2020 prenant pour référence les résultats obtenus à l'évaluation du plan de rattrapage et améliorer la qualité des soins.

Le contexte est marqué aussi par la coexistence de quatre zones d'intervention d'inégale importance et difficiles d'accès. La gouvernance et les stratégies d'intervention devront s'adapter à ces réalités.

3 RESULTATS ATTENDUS DE LA REVUE

Aux termes de la revue, il est attendu que le Ministère de la Santé et de la Population et l'ensemble des acteurs de la réponse dispose :

- d'une vue d'ensemble claire et précise des défis/principaux goulots d'étranglements liés à la mise en œuvre, à la gestion et à la coordination des programmes relatifs aux trois maladies ;
- d'un plan d'action budgétisé avec des mesures à court et moyen termes pour répondre aux défis identifiés avec des responsabilités bien précises ;
- des cibles pour l'accélération des interventions et plus spécifiquement du traitement d'ici à 2020 avec comme base les résultats de l'évaluation du plan de rattrapage et de l'évaluation à mi-parcours ou finale des différents plan stratégiques.

⁶ Les données de la Direction de lutte contre les maladies transmissibles (DLMT)

4 CADRE CONCEPTUEL DE LA REVUE

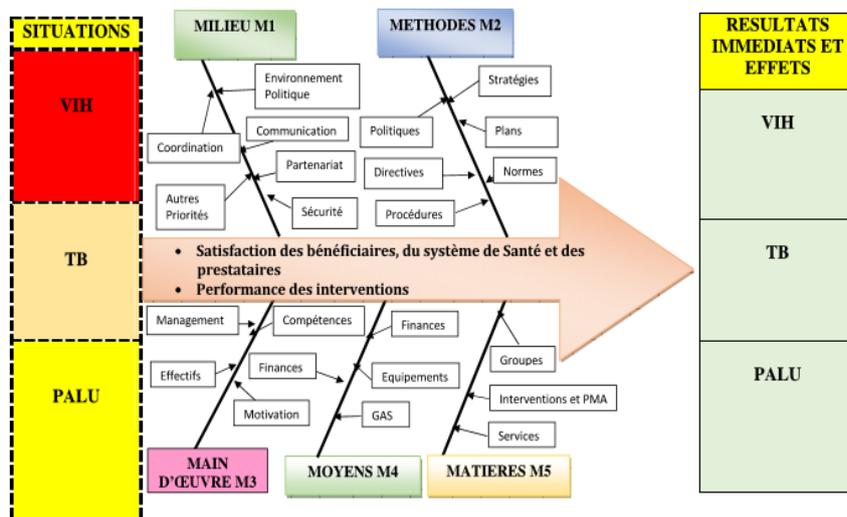


Figure : Cadre conceptuel de réponse adaptée à la situation des trois maladies (VIH, TB, Palu)

1. M1. Environnement, partenariats, coordination, politique, sécuritaire, autres problèmes de santé etc.
2. M2. Politiques, Plans stratégiques, stratégies sectorielles et thématiques, directives normes et procédures.
3. M3. Ressources humaines (médicale, paramédicale, communautaire, assistance technique) : Management, compétences, effectifs motivation,
4. M4. Divers moyens : Gestion des approvisionnements et stocks (GAS), Equipements et matériels et moyens financiers internes et externes.
5. M5. Groupes de populations, Services, interventions et Paquets minimum d'activités –PMA).

5 METHODOLOGIE

Avant la revue

- Elaborer et faire valider les TDR de la revue et des consultants par les parties prenantes et s'accorder sur la période de revue ;
- Mobiliser les ressources technique (équipe de consultants en fonction des domaines de la revue) et financières pour la revue ;
- Mettre en place Comité de pilotage sous l'autorité du Cabinet du Ministre de la Santé et de la Population (Annexe).

Pendant la revue

Constituer les Groupes de travail dans les domaines couverts par la revue par maladie (Annexe Composition des Groupes):

7. Gouvernance
8. Financement et gestion
9. Prise en charge
10. Gestion des approvisionnements, et des stocks
11. Suivi, évaluation et système d'information
12. Prévention et participation communautaire

Revue proprement dite

La revue proprement dite s'est déroulée du 19 au 30 Août 2019 (Annexe : Agenda de la revue) selon les étapes ci-après :

9. Organisation de trois réunions d'orientation générale et d'une réunion par groupe de travail pour expliquer la méthodologie de travail et le système de rapportage
10. Une revue documentaire des domaines couverts par la revue selon les canevas élaborés à cet effet et les orientations du Cabinet du MSP en plus des termes de référence de la revue (Annexe) :
11. Des entretiens et consultations avec les acteurs concernés y compris sur le terrain (cadres du ministère, partenaires, la société civile et les populations bénéficiaires pour recueillir leurs perceptions et trianguler avec la revue documentaire) ;
12. Consultation des partenaires clés nationaux et internationaux pour l'identification des cibles pour le traitement d'ici à 2020 ;
13. Conférence téléphonique avec le responsable du portefeuille RCA au Fonds Mondial.
14. Tenue de deux séances de mise en commun du travail des groupes animées par le Comité de pilotage et la modération des consultants
15. Elaboration du rapport de la revue assorti d'actions pour remédier aux faiblesses identifiées et un plan d'action budgétisé pour le suivi de la mise en œuvre des actions prioritaires et recommandations à court et moyen termes tout en précisant les responsables et les partenaires d'exécutions de chaque action ;
16. Organiser la validation du rapport et la restitution du rapport.

Après la revue

- Partager les résultats de la revue des programmes VIH/Sida, Tuberculose et Paludisme ;
- Finaliser le rapport en prenant en compte les amendements
- Organiser le plaidoyer et la mobilisation pour la réalisation des activités et des recommandations

Participants (annexe)

1. Comité de pilotage
2. Groupes de travail
3. Consultants
 - Consultant principal chargé de la revue global des programmes (ONUSIDA)
 - Consultants appui à la définition des cibles 2020 (ONUSIDA)
 - 3 Consultants Appui technique à chaque programme (OMS)

Tableau II : Récapitulatif des principaux indicateurs de lutte contre le sida

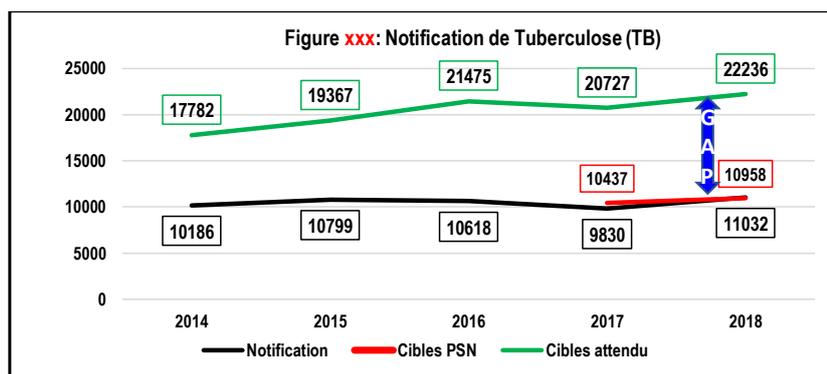
Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Population (Adultes et enfants)	134519	134967	135615	136731	138212	140200
Adultes de 15 ans et plus	120777	121878	123381	125301	127650	130395
dont : Femmes	70214	70783	71691	72922	74465	76287
Enfants de moins de 15 ans	13742	13089	12234	11430	10562	9805
Prévalence (%) chez les adultes de 15-49 ans	4,12	4,02	3,93	3,86	3,79	3,74
Prévalence (%) chez les jeunes de 15-24 ans	1,69	1,68	1,65	1,6	1,56	1,5
Nouveaux cas (Adultes et enfants)	7407	6397	6290	6158	6049	5944
Adultes de 15 ans et plus	6366	6183	6076	5944	5835	5728
dont : Femmes	3675	3571	3511	3436	3375	3315
Enfants de moins de 15 ans	1041	214	214	214	214	216
Décès dus sida (Adultes et enfants)	7037	5628	4907	4210	3554	2936
Adultes de 15 ans et plus	6203	5124	4542	3913	3291	2701
dont : Femmes	3745	3020	2586	2148	1731	1347
Enfants de moins de 15 ans	834	504	365	297	263	235
dont : Enfants (1-4 ans)	329	193	81	39	28	26
Besoins en thérapie antirétrovirale (Adultes et enfants)	107149	108822	111327	114105	117307	120849
Adultes de 15 ans et plus	102551	104323	106485	109073	112107	115568
Enfants de moins de 15 ans	4598	4499	4842	5032	5200	5281
Besoins en PTME : mères ayant besoin de thérapie	5377	5402	5398	5406	5424	5454
Orphelins dus au sida	87014	80818	74785	68707	62759	56887

Source : Service statistique CNLS

6.2 TUBERCULOSE

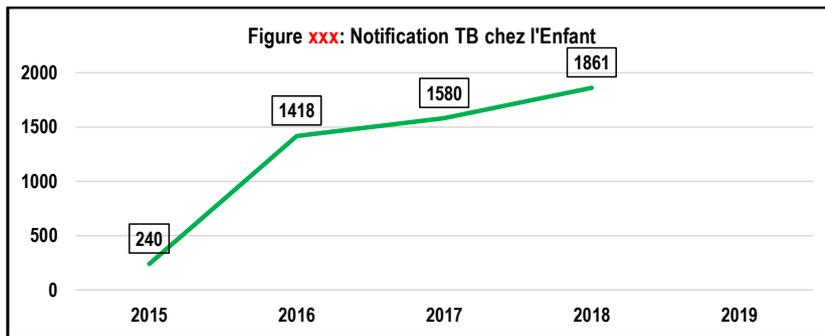
Détection des cas de TB sensible

La figure xxx montre notification qui a permis d'atteindre les cibles du PSN 2017-2021. On observe une très légère augmentation des cas passant de 10186 en 2014 à 11038 en 2018. Le constat est que les cibles n'étaient pas ambitieuses étant donné le contexte d'insécurité et de manque d'une visibilité de ressources d'alors. Ces cibles ne représentent que 51% des malades attendus selon les estimations de l'OMS (TB Global Report 2018). Le gap est donc très grand.



Détection de cas de TB chez l'enfant

Comme on le constate, la détection de la tuberculose chez l'enfant a connu une grande amélioration passant de 240 cas (2%) en 2015 pour atteindre 1861 cas (soit 17%) en 2017. Bien que cette croissance s'approche de normes acceptables de 20% (775% de 2015 à 2018), il est à noter que cela se justifie à la suite de la faible détection de la tuberculose chez l'adulte qui a connu une stagnation durant cette période (2,1% de 2015 à 2018). Malgré cette croissance, il y a un dépistage insuffisant des cas.



Cas manquants TB par région sanitaire

En se référant aux données de notification de 2018 et de l'incidence TB de la RCA (423 pour 100.000 habitants), on remarque que la RCA a un déficit de 50% soit près de 11241 malades non dépistés. Le **Tableau n° xxx** montre qu'à l'exception de la Région 7, les autres régions ont un grand gap de détection de TB sensible. La Région 7 ou la capitale Bangui est la seule qui a atteint et a dépassé sa notification pour des raisons de concentration de moyens de diagnostic, sécurité, accessibilité facile...). La Région 1, bien que proche de la capitale et qui n'a pas connu beaucoup d'instabilité sécuritaire, présente une notification avec un déficit de 56% des malades attendus

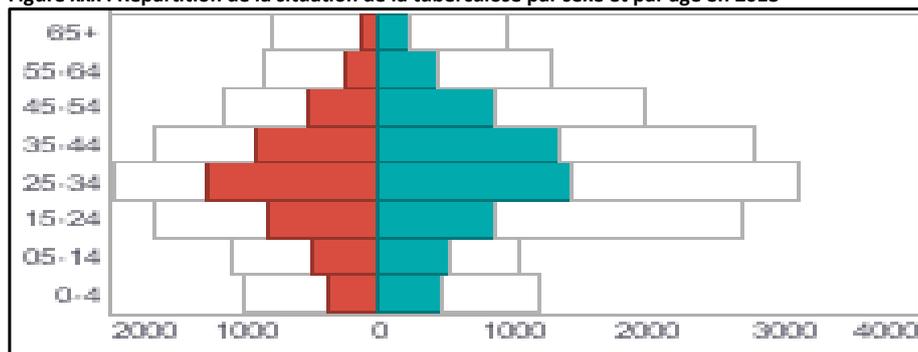
Tableau n° xxx : Répartition des TB détectés et des cas manquants par Région sanitaire de 2015 à 2028

Régions	Population	2015	2016	2017	2018	Attendus 2018	Cas manquant 2018	%
RS1	802989	1335	1486	1417	1481	3397	1916	56%
RS2	930619	2025	1600	1455	1511	3937	2426	62%
RS3	1072857	1073	1117	1086	1120	4538	3418	75%
RS4	682392	653	586	634	892	2887	1995	69%
RS5	247177	182	333	288	296	1046	750	72%
RS6	626267	563	506	395	418	2649	2231	84%
RS7	903268	4968	4986	4555	5314	3821	-1493	-39%
	5265569	10799	10618	9830	11032	22273	11241	50%

Situation de la tuberculose par sexe et par âge en 2018

La figure xxx montre que le sexe masculin est plus touché que le sexe féminin avec un sexe ratio de 1,3. On constate aussi un gap élevé à chaque tranche d'âge tout sexe confondu. Bien que la proportion des cas TB chez les enfants s'approche de la norme (17%), le graphique montre un gap sensible de la détection de la TB chez l'enfant aussi bien chez les enfants de 0-4 ans que ceux de 5-14 ans..

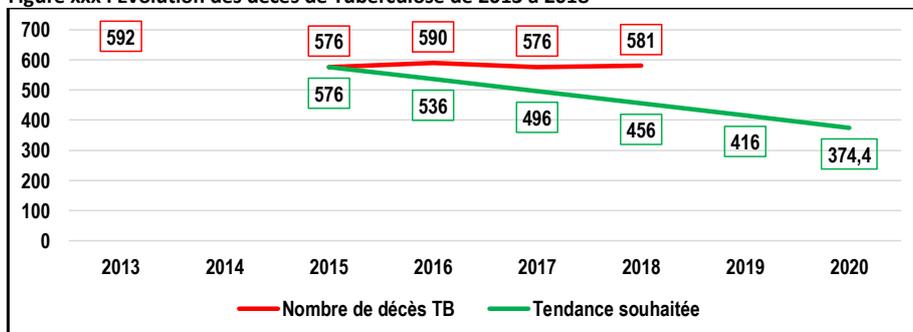
Figure xxx : Répartition de la situation de la tuberculose par sexe et par âge en 2018



Evolution des décès TB

La figure xxx montre qu'il n'y a pas eu de régression des décès de 2013 à 2018. Il est important de suivre cette tendance pour mesurer l'atteinte de premier maillon en 2020 qui requiert une réduction de 35% partant de valeurs de 2015 (soit 576 décès). Cet indicateur d'impact, bien que difficile à maîtriser, nécessite des actions d'envergure en matière de dépistage précoce des cas, des soins de qualité, de la gestion de comorbidité en particulier TB-VIH(4% vs 12%) ainsi que la prise en compte des aspects multi sectoriels.

Figure xxx : Evolution des décès de Tuberculose de 2013 à 2018

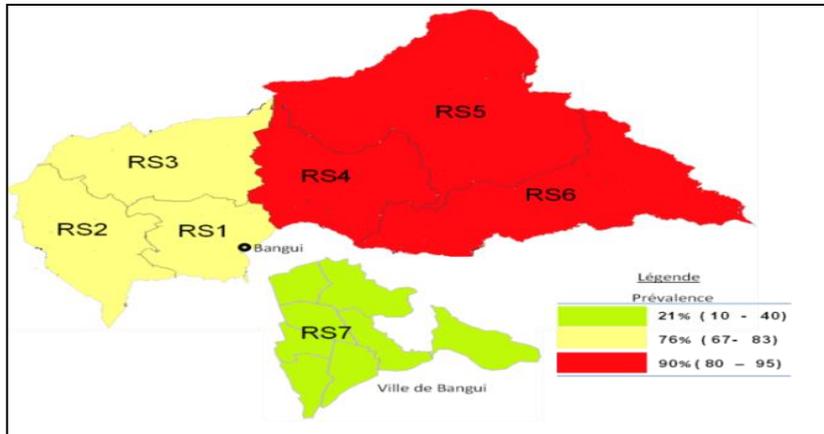


12.3 PALUDISME

Prévalence et incidence du paludisme

Le Plan Stratégique National (PSN) 2018-2022 de lutte contre le paludisme en RCA, a été élaboré en 2017. Depuis, aucune enquête sur les indicateurs du paludisme n'a été réalisée. Les données disponibles sur les indicateurs d'impacts (Prévalence, incidence) sont celles de l'enquête MIS de 2016 qui indiquait une prévalence parasitaire de 73% avec des extrêmes de 21% pour la RS7 et 90% pour les

RS4, RS5 et RS6 (Cf. carte ci-dessous) et une incidence de 572,17 pour 1000, chez les enfants de moins de 5 ans.

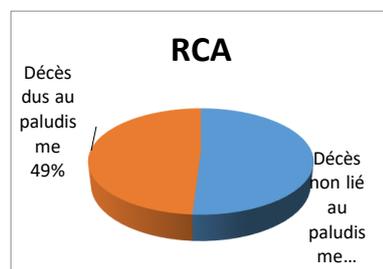


Décès dus au paludisme

En ce qui concerne les décès, les indicateurs de l'enquête MIS n'ont pas été considérés, parce que la période couverte par l'enquête s'étend de 2014 à 2016. Seuls les décès de 2018 ont été comptabilisés. Il ressort des données de mortalité rapportées en routine par le système d'information sanitaire en 2018 comparés aux autres causes, que le paludisme représente près de 50% des décès toutes causes confondues en RCA, avec les régions sanitaires RS1, RS3, RS5 et RS6 qui enregistrent des taux de décès les plus élevés allant de 50 à 94%.

Tableau VII : Nombre et proportion de décès dus au paludisme des patients hospitalisés par région sanitaire

	Décès toutes causes confondues	Décès dus au paludisme	Proportion de décès dus au paludisme
RS1	196	147	75%
RS2	468	140	30%
RS3	308	226	73%
RS4	382	123	32%
RS5	22	11	50%
RS6	54	51	94%
RS7	103	46	45%
Pays	1533	744	49%



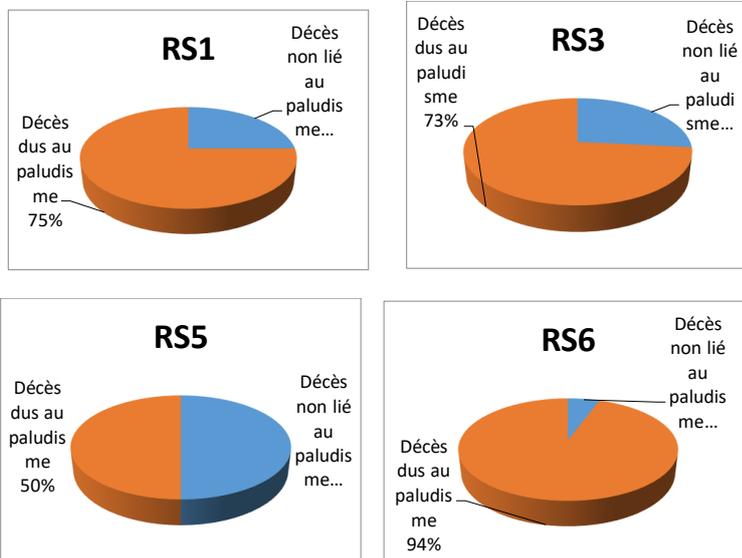


Figure xxx : Proportion de décès dus au paludisme des patients hospitalisés

Les camemberts de la figure xxx montrent le niveau de la mortalité liés au paludisme par région. Les RS1, RS3 et RS6 enregistrent le maximum de décès liés au paludisme.

7 REPONSE AUX TROIS MALADIES

7.1 LA GOUVERNANCE DES PROGRAMMES VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME

7.1.1 FORCES

LEADERSHIP

- Volonté politique affichée des plus hautes autorités de résoudre les problèmes que rencontre le secteur santé : Lutte contre les trois maladies fait partie des 10 domaines prioritaires du gouvernement
- Lancement du PSN et du mouvement national de lutte contre le paludisme à PISSA par le Président de la République
- Lancement de la distribution de masse de MILDA par le Premier Ministre

CADRE LEGAL ET REGLEMENTAIRE

- Le Décret N° 18 – 214 du 17 août 2018 ; 18-367 du 29 décembre 2018 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Population et intégration des trois programmes
- Décret instituant le CNLS et les CPLS ;
- Décret de mise en place des districts sanitaires ;
- Document-Cadre du Fonds Mondial instituant le CCM ;
- Arrêté organisant le découpage des préfectures en district sanitaire et leur fonctionnement ; l'Arrêté nommant les membres de l'ECD...
- Mise en place d'une plateforme de coordination multisectorielle (Comité de pilotage) placée sous la présidence du Ministère de la santé ;
- Politiques thématiques variées : VIH, TB, Paludisme
- Plan Stratégique National de lutte contre le VIH (2016_2020) ;
- Plan Stratégique National de lutte contre la TB (2017_2021) ;
- Plan Stratégique National de lutte contre le Paludisme (2018_2021) ;
- Plan de rattrapage du VIH ;
- Plan d'accélération de la prise en charge pédiatrique du VIH ;
- Plan de recherches actives des cas de Tuberculose ;
- Plan Intérimaire Secteur Santé (PISS) ;
- Plan de RCPCA (relèvement et consolidation de la paix en Centrafrique) ;
- Adoption de la stratégie "dépister et traiter",
- Développement de l'approche différenciée,
- Mise en place d'un système de coaching pour la PEC pédiatrique/PTME
- Mise en œuvre de la stratégie de dépistage familial, démedicalisé et ciblé dans les centres nutritionnel, TB
- Directives et Manuels de lutte contre le paludisme actualisés en 2017 et 2018 ;
- Normes de l'OMS et de l'ONUSIDA prises en compte dans l'ensemble des programmes
- Alignement sur les documents nationaux et les engagements régionaux
 - PISS ;
 - Pilier 2 du RCPCA ;
 - Objectif N°3 de l'agenda 2030 des ODD et
 - Aspiration 1 de l'agenda 2063 de l'Union Africaine.

Les politiques ainsi que les stratégies et les interventions nationales contre les trois maladies se fondent sur :

- Les recommandations et directives de l'OMS de l'ONSIDA et des différents organismes de normalisation

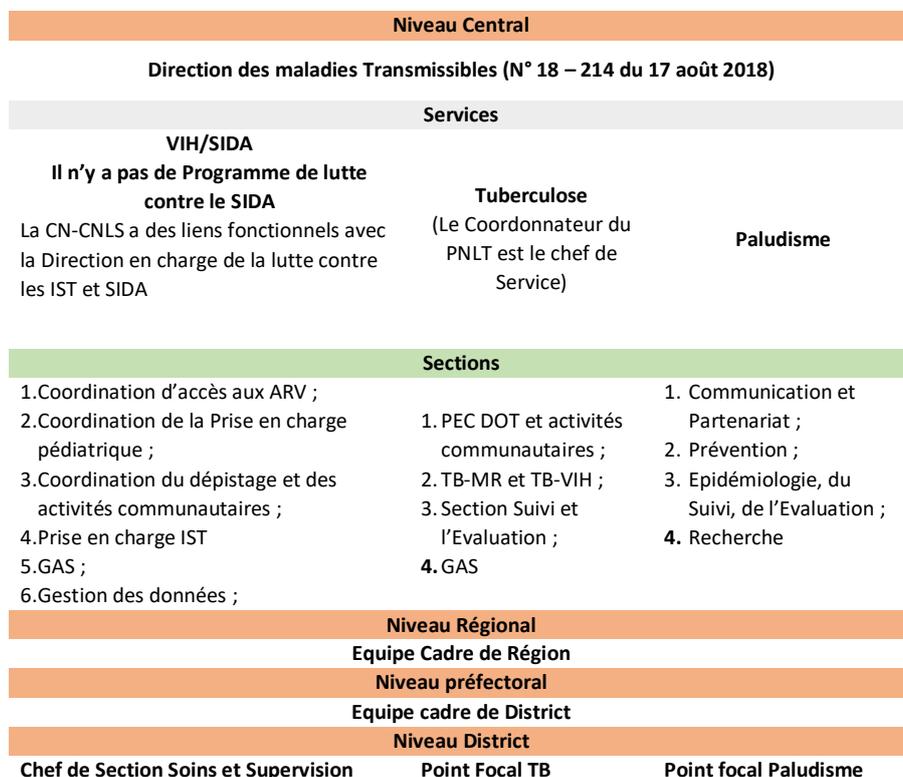
- les Objectifs pour le Développement Durable
- Les engagements sous-régionaux, régionaux et internationaux souscrits par le pays
- PNDS
- PISS
- le Plan National de transition secteur santé 2014-2016

CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL

- MSP : DGLEM, DLMT, Service de lutte contre les IST, le VIH et les Hépatites, Service de lutte contre la Tuberculose, Service de lutte contre le paludisme (SLP), Service de la Santé Maternelle et Infantile et de Prévention de la Transmission du VIH des Parents à l'Enfant (PTPE)
- Organisation des Régions et Districts sanitaires
- CNLS : coordination des activités de lutte contre le VIH des sectoriels
- COPIL (secteur Santé)
- CCIA (PEV)
- CCM (SIDA, Tuberculose et Paludisme)
- Programmes de lutte contre le Paludisme,
- Programme de lutte contre la Tuberculose
- Déconcentration de la gestion du programme au niveau des régions et districts Points Focaux Paludisme ;
- Organigramme du service Palu et de TB;
- Intégration du niveau communautaire dans la lutte contre le Paludisme
- Réseaux communautaires

La figure xxx schématise l'organisation actuelle des programmes de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

Figure xxx : Organisation de la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et la Paludisme



RESSOURCES HUMAINES

- Il existe un organigramme actualisé du MSP ;
- Existence d’une Direction des Ressources qui coordonne les Ressources Humaines du Ministère de la santé et de la Population à tous les niveaux de la Pyramide sanitaire ;
- Existence du personnel au niveau des directions et des 03 services ;
- Personnel des programmes SIDA, Tuberculose et Paludisme
- Equipe cadre de régions et districts sanitaires ;
- Personnel des Bénéficiaires principaux et des sous-bénéficiaires des subventions VIH/TB et Palu du Fonds Mondial ;
- Personnel des structures techniques d’appui (labo national, ACAMS, UCM, Institut Pasteur...)
- Personnel de toutes les formations sanitaires couvertes
- Conseillers de l’Assistance technique international

PROJETS ET PARTENAIRES

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, plusieurs partenaires interviennent à travers plusieurs projets et appuient le service de lutte le paludisme dans la mise en œuvre de son plan stratégique, (Cf. tableau I) :

Tableau I : Projets et partenaires impliqués dans la lutte contre les trois maladies en RCA

N°	Projets	Partenaires	Période couverte
1.	Subvention pour le programme de continuité de la lutte contre le paludisme « Projet CAF-M-WVi » ;	Fonds Mondial ; WVi ; PAM	la période 2018-2020
2.	Subvention pour la lutte contre le VIH	Fonds Mondial CRF DGELM Cordaid PAM	2018-2020
3.	Subvention pour la lutte contre la Tuberculose	Idem	2018-2020
4.	Financement du bureau régional de l'UNICEF pour la poursuite de la prise en charge communautaire intégrée ;	UNICEF (Financement du bureau régional)	2019-2020
5.	Projet EVA appuyé par UNICEF sur la décentralisation de la PECP du VIH à travers le coaching des prestataires de soins et sur l'accompagnement psychologique des enfants et ados VIH+.	UNICEF	
6.	Projet SENI pour la gratuité des soins ciblés en faveur des femmes enceintes, allaitante et des enfants de moins de 5 ans	Banque Mondiale	2019-2020
7.	Projet BEKOU pour le renforcement du système de santé et la gratuité ciblée ;	Union Européenne	2019
8.	Renforcement du système de santé avec accent sur le PEV et lutte contre le Paludisme	GAVI	2017-2020
9.	Projet TITI pour l'amélioration de la détection et la prévention de la tuberculose chez l'enfant	UICTMR (UNION)	2016-2017
10.	Plan conjoint du système des Nations Unies <ul style="list-style-type: none"> • UNICEF : PTME, Prise en charge du VIH chez les enfants et les adolescents, Dépistage familiale du VIH • PAM : Distribuion des intrants médicaux et biologiques y compris les médicaments • OMS : Supervisions stratégiques, qualité de la prise en charge, suivi des indicateurs d'alertes précoce de résistance aux ARV • UNFPA : : volet prévention du VIH, couple mère-enfant... • ONUSIDA : coordination de la lutte contre le VIH/Sida, plaidoyer 		

7.1.2 FAIBLESSES ET MENACES

1. On note une insuffisance du **cadre légal et réglementaire** d'où la faiblesse de la régulation et du contrôle des actions à tous les niveaux.
 - Non actualisation des textes réorganisant les programmes dans une optique d'intégration.
 - Manque ou non application d'une politique sanitaire nationale tandis que les politiques sectorielles et thématiques sont diversement appliquées.
 - L'Absence de liens logiques entre les projets et les programmes et les services des Directions centrales et régionales ainsi que les projets débouchant sur une verticalisation persistante ne permettant pas la régulation et la gestion décentralisée

- Concernant la coordination sectorielle et intersectorielle (y compris l'action humanitaire) il y a une forte dépendance de l'aide extérieure du fait de l'insuffisance de l'appropriation du MSP et d'un mécanisme de coordination non complètement opérationnel.
 - Absence de textes d'application du décret n°18-214 du 17 Août 2018 réorganisant le MSP.
2. L'examen du **cadre institutionnel et organisationnel** met en exergue un certain nombre d'insuffisances :
- Directions et Services pléthoriques très demandeurs de ressources humaines qualifiées au niveau central et absence de répondant de ces structures au niveau périphérique ;
 - Risques de chevauchement et de duplication de certaines attributions entre plusieurs directions centrales ;
 - L'approche maladie dans la désignation de certains services peut constituer un frein à l'intégration des thématiques et révèle un gap de personnel qui ne pourra pas être comblé (Services chargés de la PTME, du SIDA, de la Tuberculose, du Paludisme.....).
 - De même la non-discrimination des fonctions entre le niveau central et les niveaux périphériques amène le personnel du niveau stratégique à effectuer des tâches du niveau opérationnel (descentes sur le terrain, collecte de données, formation.....) d'où le risque de verticalisation des programmes de lutte contre le VIH et la Tuberculose
 - Présence insuffisante du ministère de la Santé au niveau décentralisé (région et particulièrement préfecture), nuit à sa capacité d'exercer ses fonctions de gouvernance (régulation, coordination, planification et Suivi) et de partenariat local.
 - La coordination et le dialogue insuffisants entre les récipiendaires principaux, le Ministère de la Santé, le CNLS, le CCM, le Fonds Mondial et les autres acteurs (cadres de coordination/concertation peu fonctionnels);
 - L'implication insuffisante des acteurs communautaires ;
 - Faible redevabilité des Services centraux (Planification, finance, personnel, médicaments, laboratoires, famille, et les centres de référence (CNTS, Labo national, Centrale d'achats, Université....)
 - Faible collaboration entre les programmes, les directions et les bénéficiaires principaux
 - L'absence d'un cadre formel de Partenariat public privé et communauté
3. Les insuffisances au plan des ressources humaines se caractérisent par :
- La pléthore de personnel bien formé que va engendrer le meublement de l'organigramme actuel du Ministère de la Santé et de la Population. Cette hypertrophie des directions et services administratifs au niveau central diminue la disponibilité de personnel qualifié pour les services opérationnels régionaux et préfectoraux ;
 - L'absence de description de postes, de profils du personnel et de cadre de suivi de performance ;
 - L'absence ou de la non application d'une politique et d'un plan de développement des Ressources Humaines en Santé ;
 - La situation des Ressources humaines, outre son insuffisance numérique et sa distribution géographique inéquitable au regard des normes et standards internationaux, accuse une faiblesse de qualifications, tant dans le domaine technique des soins que dans celui de la gestion du système ;
 - La désignation ou le libellé des directions et des services de l'organigramme du MSP risque d'engendrer des conflits d'attribution et de compétence qui ne permettront pas une utilisation rationnelle des ressources humaines disponibles, surtout en l'absence d'une formation continue, structurée et adaptée aux besoins à chaque poste ;

- L'absence de textes désignant les services de référence
- L'hypertrophie de personnel des Programmes qui s'attribuent des tâches dévolues aux services de référence et aux directions centrale.

7.1.3 DEFIS ET OPPORTUNITES

- 1 Comment assurer la répartition des attributions et la coordination des services par direction et par niveaux et établir les liens hiérarchiques et fonctionnels avec les organes sous-tutelles ou rattachés ;
- 2 Comment rationaliser les effectifs, qualifier leur travail ; les retenir et les motiver au sein des services centraux et au niveau opérationnel ;
- 3 Comment intégrer une approche transversale des questions liées aux trois maladies de manière à éviter des conflits d'attributions
- 4 Rendre fonctionnels les partenariats entre d'une part le MSP et les autres secteurs et acteurs nationaux et d'autre part entre le MSP et les partenaires techniques et financiers internationaux aux niveaux central et périphérique.

7.1.4 BESOINS ET PRIORITES D'INTEGRATION

Pour répondre aux besoins d'intégration il faudra :

1. Procéder à un audit institutionnel et organisationnel y compris la cartographie qui permettrait : un réarrangement au niveau central pour plus de clarté entre les fonctions et une utilisation judicieuse des ressources humaines. La figure xxx donne un exemple de schéma organisationnel de la lutte contre le VIH/SIDA, les hépatites La tuberculose et le Paludisme dans l'esprit du décret n°18-214 du 17 Août 2018
2. Actualiser et harmoniser les textes d'application du **n°18-214 du 17 Août 2018** relatifs aux directions, services centraux et périphériques, services spécialisés, programmes, projets et structures de mise en œuvre des plans stratégiques (**description de postes et de profils de postes de ces structures**) ainsi que le manuel de procédures administratives qui permettraient de limiter les chevauchements et de maximiser l'implication de tous les acteurs dans la résolution des problèmes liés aux trois maladies. Ces textes devront préciser les mécanismes de collaboration et de concertation avec :

<ul style="list-style-type: none"> • COPIL • CNLS • CCM • CCIA • Cluster Santé • Equipe pays des nations Unies • OCEAC/CEMAC • Organismes humanitaires et sécuritaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministères clés • Organes consultatifs • Services rattachés • Services de référence • Organisations patronales et syndicales
--	--
3. **Elaborer les textes portant organisation des services techniques centraux, des services rattachés** pouvant faire fonction de centres de référence sur une approche plus intégrative, non substitutive et limitant les conflits d'attribution entre eux et avec les directions régionales et préfectorales de Santé (Centres Hospitaliers Universitaires, CNTS, Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé publique, Centre National de référence des Infections Sexuellement Transmissibles et de la Thérapie anti-rétrovirale). Ces textes devront permettre :

- Le transfert de certaines attributions des directions et des services centraux ainsi que des programmes aux services et centres techniques de référence dont la vocation est la régulation normative, l'appui technique, la formation et la recherche.
 - D'établir le partenariat régional ou local avec les secteurs de défense et de sécurité, des secteurs humanitaires et des secteurs économiques, notamment miniers pour leur implication dans l'offre de soins et de services aux populations et groupes exposés et les moins accessibles par les services de santé
 - D'harmoniser les normes, les processus et les processus de GAS, S&E et de gestion des fonds aux besoins d'intégration et de bonne gestion.
 - De rationaliser la répartition des ressources humaines par une division plus fine des attributions et des tâches pour plus de redevabilité et d'allègement du niveau central en faveur du niveau opérationnel ;
 - D'Elaborer et appliquer un plan d'assistance technique de 1 à 3 ans aux services de référence (UCM, ACAMS, GAS, Unité de gestion, informatisation du système d'information, laboratoires) dans la perspective que le MSP ou le CNLS redevienne Bénéficiaire principal à l'horizon 2021.
4. Organiser la division du travail entre les entités concernées par la lutte transversale contre les trois maladies, notamment :
- Les chargés de mission,
 - l'inspection centrale ;
 - les directions générales et techniques dont les attributions sur les trois maladies se chevauchent ou ne sont pas explicites (Exemples :
 - chargé de mission en matière de médicament et de laboratoires,
 - Inspecteur central des Services pharmaceutiques, et des laboratoires,
 - service des ressources humaines et de la formation,
 - Direction de la Santé familiale et de la Population,
 - Le Service de la Santé Maternelle, Infantile et PTME,
 - la Direction et les services de la lutte contre les maladies transmissibles,
 - la direction de la surveillance épidémiologique et de la gestion des urgences de santé Publique,
 - la Direction générale de la recherche, des études et de la planification,
 - la direction du suivi-évaluation des projets et programmes de santé,
 - la direction de la coordination du financement de la santé,
 - la direction générale de la pharmacie et de l'organisation des soins.
 - Les programmes nationaux VIH, Tuberculose, Paludisme
 - Organisme chargé du marketing social des produits de santé.
 - Les projets et subventions
5. **Actualiser les directives sur les besoins d'élargissement de la réponse médicale et communautaire aux trois maladies selon bonnes pratiques en matière de :**
- Délégation des tâches au sein des formations sanitaires et dans les ONG.
 - missions et visites de terrain conjointes par les services centraux et les programmes
 - coaching rapproché par des experts des services de référence et des programmes selon des cahiers de charge à définir
 - mentoring du personnel aux différents niveaux par des cadres compétents retraités
6. **Elaborer un texte légal pour l'offre de services cliniques et biologiques gratuits aux malades.** Ceci serait une grande contribution à la couverture sanitaire universelle. Le financement complémentaire par l'Etat pourrait se faire à travers divers mécanismes de taxations.

7. **Renforcer la multisectorialité** de la lutte contre les trois maladies en définissant un protocole de collaboration et de concertation entre le ministère de la Santé et de la Population et les ministères clés tels que

- Ministère de la Justice
- Ministère de la défense et de la sécurité
- Ministère des finances et du budget
- Ministère de la famille
- Ministère de l'intérieur et de la décentralisation
- Maires
- Réseaux des Associations de populations affectées par les maladies
- Organisations professionnelles (Ordres, Associations, Observatoires, sociétés savantes.....)
- Organisations patronales et syndicales
- Organisations confessionnelles et communautaires

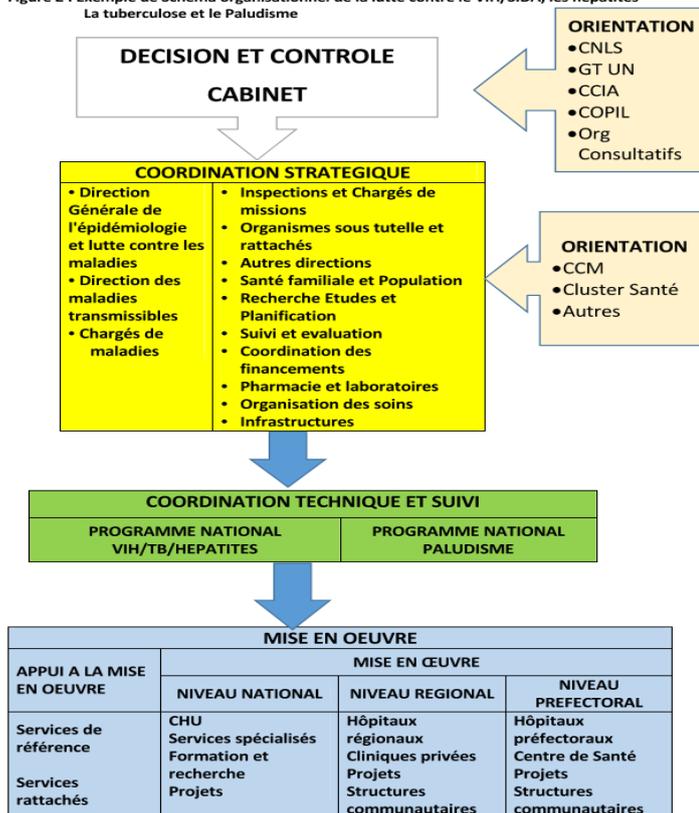
8 Mettre en place **un système informatique** mettant en réseau les différents niveaux du système de santé qui permettrait de :

- Servir de base de données sur les services et le personnel à tous les niveaux
- Répertoire les textes organiques, les politiques, les plans, les directives, les normes dans tous les domaines
- Répertoire les outils administratifs et de gestion
- Faciliter les procédures administratives et gestionnaires
- Servir de relais d'information sur la situation des maladies et les performances du système de santé à tous les niveaux.

9 **Actualiser les attributions et l'organisation des services administratifs et techniques du niveau intermédiaire et du niveau local pour l'adapter aux restructurations du niveau central en prenant en compte des besoins de :**

- Formaliser le partenariat public, privé et communautés
- Intégrer les ressources humaines et aligner les ressources financières
- Simplifier les procédures et les outils
- Adapter les besoins énergétiques aux besoins d'informatisation y compris des modes de transferts de fonds
- Responsabiliser le service administratif local dans l'analyse des données collectées plutôt que de continuer d'envoyer le vrac au niveau central.
- Respecter les échéances pour les rapports et les justificatifs
- Apporter une assistance technique de 3 à 6 mois par an
- Intégrer les projets et plans des projets au plan régional de développement sanitaire et définir les modalités de collaboration entre les DRS et les programmes dans l'esprit du dernier décret
- Mettre en place au sein de chaque Formation sanitaire un système standardisé et informatisé de gestion des médicaments et d'intrants qui permette d'avoir une meilleure appréciation de la délivrance et de l'état des stocks. Ce système peut ainsi faciliter l'estimation des besoins et le lancement des commandes avec des gains énormes de temps. Il permet enfin de prévenir les péremptions.

Figure 2 : Exemple de Schéma organisationnel de la lutte contre le VIH/SIDA, les hépatites La tuberculose et le Paludisme



7.1.5 RECOMMANDATIONS

1. Sortir le niveau stratégique des activités opérationnelles (formations, collectes de données, supervisions) ;
2. Appliquer la rigueur dans la mise en œuvre de plans de travail ou de feuilles de route (canevas selon les tâches à produire) ;
3. Appliquer le principe de compte rendu rédigé selon la périodicité convenue (canevas des comptes rendus et des rapports à produire) ;
4. Tenir régulièrement les réunions statutaires par direction et faire une ampliation au niveau central et périphérique des comptes rendus et du suivi des recommandations (canevas à produire) ;
5. Etablir un mécanisme de communication y compris informatique entre les services les programmes, projets et les directions ;

6. Mettre à contribution les institutions de formation et de recherche pour diminuer la charge de travail sur les services centraux ;
7. Mettre en place un processus de renforcement de compétence du personnel des services administratifs et techniques en poste comprenant la formation sur :
 - ✓ L'administration informatisée
 - ✓ La gestion du personnel
 - ✓ Le système de santé
8. Elaborer un agenda trimestriel informatisé du ministère comprenant les activités, les réunions et les missions du cabinet, des directions, des organismes rattachés et des organes consultatifs.
9. Exiger des projets leur contribution aux besoins de fonctionnement et de logistique des services locaux (ces mesures doivent être inscrites dans les documents cadre de coopération, conventions et autres)
10. Organiser la concertation périodique entre le MSP et les partenaires sur une base semestrielle pour le niveau stratégique et sur une base trimestrielle voire bimestrielle selon les besoins pour le niveau opérationnel.

7.1.6 RISQUES LIES A LA GOUVERNANCE

- Faiblesse de l'engagement des cadres, l'absence de proactivité et de redevabilité
- Mise en place des dispositions organisationnelles contraires au Cadre organique de l'Administration Centrafricaine ;
- Retard dans la mise en place des réformes
- Persistance du poids de la tradition de continuer les pratiques anciennes : cloisonnement, administration centrée sur le chef de service ou le directeur; seuls quelques individus travaillent selon les affinités du chef, absence de délégation, perpétuation de l'amnésie administrative (absence de traces de certains dossiers ou de certains documents, absence de suivi.....) ; utilisation du bon sens en lieu et place des procédures.....)
- Mobilité intempestive du personnel expérimenté.

7.2 FINANCEMENTS ET GESTION DES FONDS

Financement des subventions du Fonds Mondial

Tableau n° xxx : Vue d'ensemble des subventions accordées par le Fonds Mondial

Country	Number of Grants	Signed Amount (USD)	Committed Amount (USD)	Disbursed Amount (USD)
Central African Republic	14	238 311 412,83	214 376 869,02	193 956 743,64
Total	14	238 311 412,83	214 376 869,02	193 956 743,64

Tableau n° xxx : Vue d'ensemble des subventions par le Fonds Mondial par maladie

Component	Number of Grants	Signed Amount (USD)	Committed Amount (USD)	Disbursed Amount (USD)
HIV	4	54 175 259,52	54 175 259,52	54 174 817,82
Malaria	5	88 868 091,23	83 315 973,17	76 948 842,52
TB/HIV	2	88 086 492,37	69 704 066,62	55 665 210,78
Tuberculosis	3	7 181 569,71	7 181 569,71	7 167 872,52
Total	14	238 311 412,83	214 376 869,02	193 956 743,64

Projets du Fonds Mondial (subvention de Janvier 2018 à Décembre 2020) :

Tableau n° xxx : Vue d'ensemble des subventions en cours par le Fonds Mondial par maladie

Component	Number of Grants	Signed Amount (USD)	Committed Amount (USD)	Disbursed Amount (USD)
Malaria	1	32 675 317,06	27 123 199,00	20 628 571,07
TB/HIV	1	45 939 580,59	31 648 437,90	17 945 494,15
Total	2	78 614 897,65	58 771 636,90	38 574 065,22

Principaux Récipiendaires (PR) et Sous Récipiendaires (SR) :

- Croix Rouge Française : volets TB et VIH ; 38 097 702 euros dont 65% GAS
- World Vision : volet Paludisme ;
- Le Ministère de la Santé et de la Population (MSP) est le sous récipiendaire de la mise en œuvre des activités PTME, la prise en charge par les ARV dans les unités de prise en charge du VIH et des activités de prise en charge de la tuberculose sensible et multi résistante.
- CORDAID est responsable de la mise en œuvre des activités de sensibilisation des populations clés (HSH, PS, adolescentes et jeunes femmes scolarisées ou non) dans les 6 villes retenues pour le rattrapage de la prévention et de la prise en charge VIH.
- CTA UNIV (Mairie de Paris et Centre de Crise et de soutien) : gestion des subventions en lien avec les partenaires CTA – UNIV (CRCA) 300 000 euros
- UNICEF : PTME, Prise en charge du VIH chez les enfants et les adolescents, Dépistage familiale du VIH ;
- MSF : PEC VIH, groupe thérapeutique communautaire, points palu... ;

- UNION : Appui technique / Formation / Recherche opérationnelle dans le cadre de la Tuberculose ;

Accords de prestation :

- WV&SLP (service de Lutte contre le Paludisme)
- WV&PAM (Programme Alimentaire Mondial)
- WV& Institut Pasteur

Dépense publiques de Santé

Pays	Dépenses à la charge du patient en % des dépenses de santé actuelles (2010/2015)	Moyenne des dépenses de santé publiques par habitant (2010/2015) - USD
République démocratique du Congo	38,5	2,20
République centrafricaine	42,9	2,72
Guinée	60,9	3,48

Résultats financiers

Absorption 2014-2017

	Absorption par les pays 2014/2017
Côte d'Ivoire	97 %
Sénégal	94 %
Burkina Faso	93 %
Ghana	92 %
Sao Tomé-et-Principe	92 %
Congo (République démocratique)	87 %
République centrafricaine	85 %

Réциpiendaires principaux et sous réциpiendaires	Taux d'absorption 2018-Juin 2019	
Subvention VIH/SIDA		
• Croix Rouge Française (RP)	80,4%	75,5%
• Ministère de la Santé Publique et la Population (SR)	64,9%	
• Cordaid (SR)	34,6%	
Subvention Paludisme		
• World Vision (RP)	88,7%	88,0%
• Service de lutte contre le Paludisme (SLP)	46,8% ???	

Autres partenaires de financement

- ONUSIDA : coordination de la lutte contre le VIH/Sida, plaidoyer...
- OMS : Supervisions stratégiques, qualité de la prise en charge, suivi des indicateurs d'alertes précoce de résistance aux ARV ;
- Projets Banque Mondial : SENI (PBF avec achat des indicateurs des 03 programmes dans 15 districts/35)
- Fonds Békou (Union Européenne dans 13 districts/35) ;

Fonds de contrepartie nationale

- 15% (cofinancement) : 8 377 435,8 Euros, soit 5 495 597 884,8 FCFA
- Stratégies de cofinancement au niveau national : = **3. 608640 000 FCFA**
- Location de 5 dépôts de l'UCM
- Location de 02 camions
- Crédit de l'État en faveur du VIH

Procédures de gestion

Le mécanisme d'allocation des fonds basé sur Plan de travail annuel conjoint (MSP/PTF)

La Croix-Rouge Française a soumis un plan de gestion des actifs inclus dans son manuel de Procédures transmis au FM le 15 Novembre 2018.

Les échéances et mécanismes connus d'avance, les décaissements se font à la demande en respectant la procédure.

Toutes les commandes des intrants ont été lancées dans wambo (MILDA pour 2019 et médicaments pour 2019). Décaissement sont périodiques et sont basés sur les performances

Un reporting est fait trimestriellement avec revu tous les 3 mois et audit externe annuelle, et enfin un reporting en fin de projet

Afin de limiter les risques liés au transport de cash, le PR explore les différentes alternatives y compris la contractualisation avec les agences spécialisées dans le transfert de fonds entre autres Orange Money et la société BURVAL. la Croix-Rouge française a opté pour:

- Une limitation du transport du cash
- Assurer les paiements via la base de la CRF à Berberati
- La mutualisation avec les autres partenaires pour le paiement en dehors de Bangui (World Vision, TGH)
- Le paiement par virement bancaire et par chèque pour les salaires, les primes et les prestataires externes. La collaboration avec les structures comme Caritas qui a beaucoup aidé pendant la distribution de masse de MILDs en 2018 n'est pas aussi exclue.

Résumé du budget de la subvention CRF

ÉLÉMENT DE COÛTS	BUDGET TOTAL
1.0 Ressources humaines (RH)	5 531 370
2.0 Coûts liés au déplacements (Voyages)	1 358 834
3.0 Services professionnels externes (SPE)	5 629 198
4.0 Produits de santé - produits pharmaceutiques	14 102 524
5.0 Produits de santé - produits non pharmaceutiques	703 307
6.0 Produits de santé - équipement	158 295
7.0 Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)	5 472 179
8.0 Infrastructures (INF)	471 680
9.0 Équipement non sanitaire	322 006
9.1 Matériel informatique , ordinateurs, logiciel et applications	54 136
9.2 Véhicules	139 056
9.3 Autre équipement non sanitaire	128 814
10.0 Support de communication et publications	232 624
11.0 Coûts liés à la gestion du programme	3 665 523
12.0 Aide à la subsistance apportée aux Malades/population cible	450 162
13.0 Financement axé sur les résultats (FAR)	0
TOTAL	38 097 702
Un financement additionnel de la subvention CAF-C-CRF a été obtenu pour l'achat des ARV et le renforcement de la PTPE	9 356 550 €

Budget de la subvention Paludisme du Fonds Mondial (World Vision)					
By Module - Intervention	Année 1	Année 2	Année 3	Total	%
Lutte antivectorielle - Autres mesures de lutte antivectorielle	4 182	34 672	4 182	43 036	0,16%
Lutte antivectorielle - IEC/CCC	62 887	54 043	54 043	170 973	0,63%
Prise en charge - Traitement en milieu hospitalier	861 169	1 761 810	1 877 019	4 499 997	16,61%
Prise en charge - Prise en charge intégrée des cas au niveau communautaire	442 120	423 966	451 547	1 317 633	4,86%
Prise en charge - Paludisme grave	777 319	860 911	867 140	2 505 369	9,25%
Lutte antivectorielle - Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action : campagne de masse	2 606 860	8 226 511	47 861	10 881 232	40,16%
Lutte antivectorielle - Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action : distribution continue	12 450	531 341	816 745	1 360 536	5,02%
Systèmes de santé résilients et pérennes : ressources humaines pour la santé, y compris agents de santé communautaires - Rétention et renforcement des effectifs du secteur de la santé, y compris des agents de santé communautaires	98 766	76 813	60 349	235 927	0,87%
Systèmes de santé résilients et pérennes : système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation - Rapportage des données de routine	292 079	286 959	281 044	860 082	3,17%
Systèmes de santé résilients et pérennes : système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation - Analyse, évaluations, revues et transparence	131 798	52 798	52 798	237 393	0,88%
Gestion des subventions - Gestion des subventions	1 681 053	1 695 167	1 403 159	4 779 380	17,64%
Systèmes de santé résilients et pérennes : système de gestion de l'information sanitaire et suivi et évaluation - Qualité du programme et des données	72 181	67 999	65 908	206 088	0,76%
Total	7 042 862	14 072 990	5 981 794	27 097 646	100%

Subvention VIH du Fonds Mondial : Évolution de l'exécution budgétaire (CRF)						
Budget de référence	Consommation à date	consommation prévisionnelle totale				
Ligne budgétaire	Sorties de trésoreries totales a1 à a4	Conso à date (saga + es)	% conso	Conso à fin de projet	Écart	% conso
Coûts directs	36 571 450	11 167 895	31%	37 235 263	-663 814	102%
Frais de gestion	1 526 252	549 564	36%	1 564 913	-38 661	103%
TOTAL	38 097 702	11 717 459	31%	38 800 176	-702 474	102%

7.2.1 FORCES :

- La gratuité des produits et intrants de santé pour les bénéficiaires
- Disponibilité des fonds (FM) pour une durée de 3 ans de début 2018 à fin 2020
- Mécanisme d'allocation basé sur Plan de travail annuel conjoint (MSP/PTF)
- État : Gouvernement : Achat des ARV supplémentaire pour 400 millions CFA pour 5 000 PVVIH et salaire du personnel ;
- Un préfinancement peut être autorisé par le bailleur
- Les outils de gestion (suivi budgétaire, etc.) sont régulièrement mis à jour
- Outils de contrôle des engagements (autorisation de paiement, budget par activités) de dépenses sont en place
- Compétences disponibles pour mener à bien les activités
- Bonne relation avec le BDF
- Mise e en place de stratégies de sauvegarde
 - Décaissement périodiques et sont basés sur les performances
 - Variation du montant de la subvention en cas de faible performance enregistrée
 - Le zero cash policy
- Mise en place d'un Système de contrôle
 - Soumission du Rapport de progrès (financier et suivant les indicateurs) tous les 6 mois
 - Audit financier externes chaque fin d'année
 - Visite du LFA chaque 6 mois après la soumission du Rapport de progrès
 - Visite LFA et BDF
 - L'audit externe/revue des LFA/FM

7.2.2 FAIBLESSES ET MENACES

Procédures du Fonds Mondial

L'efficacité de la mise en œuvre des programmes relève d'un équilibre délicat entre l'application de mesures d'atténuation des risques et l'établissement de procédures simples et souples pouvant être adaptées au contexte de chaque pays. Plusieurs obstacles affectent les résultats du Fonds mondial dans le pays :

Les mesures de sauvegarde supplémentaire ont entraîné un déséquilibre entre les mesures d'atténuation des risques fiduciaires et financiers et la mise en œuvre des subventions :

- rôle contradictoire de l'agent financier ;
- politique de trésorerie zéro non différenciée ; et
- manque d'évaluations régulières et de plans de sortie.

Les subventions du Fonds mondial ont été touchées par des fraudes et des détournements de fonds de médicaments

ILLUSTRATION 4 :
Paysage des mesures de sauvegarde dans les contextes d'intervention difficiles (CID)



Pays	CID (2018)	Agent financier (2017)	Pol. de sauvegarde suppl (2018)	Trésorerie zéro (2018)
Bénin		OUI		
Burkina Faso		OUI		
Congo	CID	OUI		
Congo (République démocratique)	CID	OUI	OUI	
Côte d'Ivoire		OUI		
Guinée	CID	OUI	OUI	OUI
Guinée-Bissau	CID	OUI	OUI	OUI
Libéria	CID	OUI		
Mali	CID		OUI	OUI
Mauritanie	CID		OUI	OUI
Niger	CID	OUI	OUI	OUI
République centrafricaine	CID		OUI	OUI
Sierra Leone	CID	OUI		OUI
Tchad	CID	OUI	OUI	OUI

Plusieurs mesures ont été être appliquées sous cette politique :

- La désignation des bénéficiaires principaux (maîtres d'œuvre) par le Fonds mondial,
- La nomination d'intermédiaires de gestion financière tels que des agents financiers ou fiduciaires,
- La politique de trésorerie zéro ou l'imposition de modalités d'achat spécifiques.

Politique de trésorerie zéro

En raison des risques élevés inhérents aux transactions en espèces, cette politique vise à limiter l'utilisation d'espèces au niveau des sous-récepteurs et à renforcer la responsabilité des utilisateurs des subventions. Elle impose notamment au pays de justifier l'utilisation de 80 % des fonds avant de pouvoir demander un nouveau décaissement.

Même si cette politique atténue sensiblement les risques financiers, elle peut fortement perturber la mise en œuvre des activités. Les pays de la région africaine visés par la politique de trésorerie zéro représentent 9,1 % de la charge de morbidité du paludisme. La lutte anti-vectorielle (distribution de moustiquaires) et la prise en charge des cas étant gérées au niveau communautaire, les activités de prise en charge et de prévention sont généralement mises en œuvre par les centres de prestation de service, en bout de chaîne sanitaire. Cependant, ceux-ci utilisent peu les systèmes de paiement mobile et bancaire, si bien que les bénéficiaires principaux ne possèdent pas de structure décentralisée pour effectuer les paiements au nom des sous-récepteurs. Cela complique fortement le respect des dispositions de la politique de trésorerie zéro.

Autres faiblesses

- Retard dans la signature des accords de partenariat avec le FM
- Les ressources ne couvrent pas tous les besoins du pays
- Faible marge de manœuvre ou pouvoir de négociation avec les bailleurs
- Faible appropriation du manuel de procédure financière par toutes les parties prenantes
- Retard dans le décaissement des Fonds pour la mise en œuvre des activités
- Retard dans les paiements dus à ce que plusieurs acteurs sont impliqués (justification, validation et transfert et blocage au niveau des banques)
 - Inexistence de structures bancaires dans certaines zones
 - Changement fréquent des Organismes de mise en œuvre (PR)

- La fréquence de dépenses inéligibles à rembourser.
- Le cout élevé des frais de gestion des ONG internationales en charge de la gestion des fonds
- Les dépenses totales de santé du Gouvernement représentent environ 10 % des dépenses totales de santé (DTS), ce qui implique la très forte dépendance du secteur de la santé vis-à-vis du financement extérieur.
- Insuffisance de la coordination des différents financements ;
- Insuffisance du financement extérieure ;

7.2.3 DEFIS :

- Appropriation nationale
- Transfert de compétences
- Durabilité

7.2.4 OPPORTUNITES :

- Des fonds additionnels peuvent être octroyés en cours de projet
- Un préfinancement peut être autorisé par le bailleur
- Réunions hebdomadaires avec le MSP de toutes les parties prenantes
- Mobilisation de ressources additionnelles nationales et fonds de contrepartie

7.2.5 BESOINS/PRIORITES

- Simplifier les interventions dans les contextes d'intervention difficiles, définir des souplesses éventuelles dans la mise en œuvre et garantir un équilibre approprié entre les mesures de sauvegarde financière et la mise en œuvre des activités.
- Appliquer une démarche différenciée de mise en œuvre de la politique de trésorerie zéro/restreinte/limitée.
- Renforcer les capacités managériales et gestionnaires des services nationaux publics, privés et communautaires
- Diversifier les mécanismes de transfert d'argent vers l'intérieur du pays.
- Elaborer un manuel de procédure adapté au contexte pays
- Harmoniser le cycle des subventions du Fonds Mondial et le calendrier budgétaire national.

7.2.6 RISQUES :

- Contexte sécuritaire très volatiles limitant les transactions financières
- Forte dépendance de l'extérieur
- Persistance de l'utilisation frauduleuse des fonds et des produits de santé

7.3 PLANIFICATION, MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET SYSTEME D'INFORMATION DES TROIS PROGRAMMES

FORCES

ORGANISATION

Au niveau central

Une unité M&E établie au sein du ministère de la Santé avec du personnel technique et des responsables de la gestion des données

- Un budget pour M&E qui se situe entre 5 et 10% des budgets VIH/SIDA, tuberculose et paludisme nationaux cumulés provenant de toutes les sources
- Une contribution nationale significative au budget M&E national (pas de dépendance totale de sources de financement extérieurs)
- Un lien (M&E) formel, en particulier avec les ministères concernés, les ONG, les bailleurs de fonds et les institutions de recherche nationale en vue d'améliorer la recherche opérationnelle
- Un groupe de travail multisectoriel qui apporte ses réflexions et atteint un consensus sur le choix des indicateurs et les divers aspects de la conception et la mise en place du M&E

Existence des Unités de Suivi et évaluation au niveau des 02 récipiendaires principaux des subventions du Fonds Mondial;

Dans les programmes nationaux

Au sein des Programmes Palu et TB il existe une UNITE M&E

- Une expertise en Epidémiologie au sein ou affiliée à l'unité M&E
- Une expertise dans le domaine des sciences comportementales ou sociales au sein ou affiliée à l'unité M&E
- Une expertise dans le domaine de la gestion des données et des statistiques au sein ou affiliée à l'unité M&E
- Une expertise dans la diffusion des données au sein ou affiliée à l'unité M&E

Au niveau communautaire

Les observatoires communautaires (TAW) présents dans 14 sites assurent le suivi du travail des Relais communautaires (RECO) et vérifient la gratuite des services.

PLANIFICATION

Dans les trois programmes il y a un processus de :

- Elaboration des plans stratégiques selon une approche participative
- Elaboration et soumission des subventions du Fonds mondial par un comité de pilotage multi disciplinaire et l'approbation par le CCM

Les plans d'interventions budgétisés sont élaborés selon le format du Fonds Mondial avec un cadre de performance dont les indicateurs découlent de ceux des Plans stratégiques

Les subventions du Fonds Mondial constituent un modèle de conformité des indicateurs des trois maladies à ceux recommandés par l'OMS et l'ONUSIDA ce qui facilite tout le reste du processus de Suivi et évaluation

MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre est effectuée par les Récipiendaires principaux qui recrutent des sous-récipiendaires et des prestataires de services avec lesquels il existe des contrats

Le suivi de la mise en œuvre des plans se fait sur une base trimestrielle et semestrielle selon les procédures du Fonds Mondial

SUPERVISION/SUIVI

Des missions périodiques dites de supervision sont organisées par les Programmes nationaux

Des rapports périodiques semestriels sont produits transmis au Fonds Mondial qui fait une rétro-information à travers les lettres de performance aux récipiendaires principaux.

- **Performance programmatique de la subvention du Paludisme au cours du deuxième semestre de 2018** : Le suivi programmatique concerne les indicateurs de processus et de résultats immédiats (effets) du cadre de performance des subventions du Fonds Mondial. La performance programmatique est adéquate avec un taux moyen de réalisation de 91%, résultant en une note quantitative de B1. Sur un total de quatorze (14) indicateurs, cinq (5) ont obtenu un score entre 30% et 80%, un (1) affiche un taux de réalisation de 99% et huit (8) indicateurs au-dessus de 100%. Une certaine amélioration a été remarquée sur les indicateurs liés à la prise en charge communautaire qui pourrait s'expliquer par la formation de 30 Agents de Santé Communautaire (ASC) sur la prise en charge du paludisme au niveau communautaire. Selon le Fonds Mondial, la mise en œuvre des mesures de suivi du plan de travail à être finalisée dans la période de travail est considérée comme étant avancée, montrant un taux de réalisation de 67% et une note de B1 qui a été maintenue par l'Equipe Pays.
- **Performance financière : Système de gestion et Suivi financier**
Les subventions du Fonds Mondial font l'objet d'un suivi semestriel de gestion d'une liste périodique d'Actions de gestion requérant une action du Récipiendaire Principal dans les délais indiqués. Une vérification du statut de ces actions est effectuée lors de la revue du prochain rapport de progrès. Ce suivi porte sur :
 - Le taux d'absorption
 - La situation des fonds décaissés
 - La liste des dépenses validées par le Fonds Mondial
 - La liste des dépenses non éligibles qui doivent être justifiées sinon remboursées.

MESURES DE SAUVEGARDE ADDITIONNELLE

Pour des raisons liées aux risques financiers dans le pays, le Fonds Mondial prend des mesures de sauvegarde dans les domaines ci-après :

- Le choix des Récipiendaires principaux revient au Fonds Mondial
- Ces récipiendaires principaux doivent être des organisations internationales susceptibles de se conformer au système de gestion du Fonds Mondial
- Les achats groupés sont effectués par le Fonds Mondial. Le pays n'est que bénéficiaire des produits (pool Mécanisme de passation des marchés («PPM») du Fonds mondial, ou wambo.org.)
- Le Fonds Mondial peut autoriser des Prestataires de services, généralement des organisations Internationales, proposés par les récipiendaires principaux.
- Les sous-bénéficiaires sont soumis à la Politique de zéro trésorerie (tous les paiements sont effectués par le récipiendaire principal.
- Approbation du Fonds Mondial: Au cours des six premiers mois de la période de mise en œuvre, l'utilisation des fonds de subvention pour financer l'achat d'infrastructures et d'équipements non sanitaires, y compris, mais pas uniquement, des véhicules, les meubles, les ordinateurs, le matériel informatique, les microstations et les téléphones sont soumis à un préavis écrit soumis à l'approbation du Fonds mondial à la suite d'un inventaire des actifs de la subvention précédente.
- L'accord des Conditions de force majeure s'applique aux pays où la situation sécuritaire peut se dégrader d'un moment à l'autre.

NOTATION DE LA SUBVENTION

Sur la base des rapports programmatiques et financiers envoyés par le bénéficiaire principal, le Fonds Mondial procède à des notations de chaque subvention : Exemple de notation de la subvention Paludisme pour le deuxième semestre 2018 :

- Indicateurs de couverture/Cibles (N/D%)/réalisations(N/D/%) taux de réalisation
- Taux moyen de réalisation – tous les indicateurs 92%
- Notation quantitative (liée aux indicateurs) B1

Taux de réalisation des mesures de suivi du plan de travail

- Activités/Cible/Etat/Score/Taux de réalisation
- Taux de réalisation moyen des Mesures du Suivi du Plan de Travail 67%
- Notation quantitative des Mesures de Suivi du Plan de Travail B1

AUDIT

Selon les besoins un audit peut être entrepris pour vérifier des informations relatives à la mauvaise gestion ou aux mauvaises pratiques de mise en œuvre des subventions.

SYSTEME D'INFORMATION

Monitorage

Système de collecte des données :

- Existence des bases de données fonctionnelles pour les 03 programmes ;
- Disponibilité des supports de collecte des données pour les 03 programmes ;
- Prime de rapportage aux agents impliqués dans le rapportage ;
- Plan de renforcement du SNIS avec la mise en oeuvre du DHIS2 ;

Un niveau national il y a un système de collecte de données et un plan d'analyse, dont l'assurance qualité des données

- Un plan de collecte de données et des indicateurs d'analyse périodique à différents niveaux du Système de Suivi et Evaluation (dont le niveau géographique)
- Une surveillance de deuxième génération pour les sites sentinelles du VIH pour les femmes enceintes
- les données comportementales sont reliées aux données de surveillance VIH et SIDA pour les enquêtes nationales (IDDS,...)
- Il existe un plan général de diffusion nationale des données
- Un rapport annuel informatif et bien diffusé de l'unité Suivi et évaluation
- Une base de données ou une bibliothèque centralisée de toutes les données sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et notamment des recherches en cours
- Une coordination des besoins nationaux et des bailleurs de fonds en matière de diffusion du Suivi et évaluation

Recherches et études

- Diverses études ont été entreprises dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des malades, et du suivi des traitements.
- D'autres études sont attendues sur le contrôle de qualité des produits de santé.

FAIBLESSES ET MENACES

Organisation

- Absence de visibilité de l'organisation du système de Suivi et évaluation du Programme VIH/SIDA
- Les structures chargées de suivi évaluation des programmes sont peu fonctionnelles
- Faiblesse de la performance du Comité de Suivi de la mise en œuvre des plans stratégiques
- Absence d'une approche de gestion de projet dans la coordination et la mise en œuvre du plan de rattrapage
- Manque de priorisation des activités de supervision du plan de rattrapage par les partenaires
- Manque de mutualisation des activités et des ressources de supervision des acteurs (MSP, CCM, CNLS, CRF, NU)
- Irrégularité des réunions statutaires

Performance programmatique de la subvention Paludisme du Fonds Mondial

- Faible promptitude du rapportage par les formations sanitaires de la mise en œuvre de la subvention sur le Paludisme : Seules 248 des 753 FOSA appuyées par le Fonds mondial ont soumis un rapport complet dans les délais impartis pendant la période sous revue. Il est à noter que le taux de promptitude varie d'un mois à l'autre avec la plus basse performance notée en Novembre 2018 avec seulement 167 FOSA ayant soumis des rapports complets à temps. En outre 138 FOSA n'ont soumis aucun rapport entre Juillet et Décembre 2018.

Performance financière de la subvention Paludisme du Fonds Mondial

Le bénéficiaire principal fait face à de vrais défis pour le transfert de fonds dans certaines parties du pays, notamment les régions 4, 5 et 6 (secteur bancaire restreint, faible couverture du réseau téléphonique). En projet, la signature d'un contrat de transport des fonds par des tiers.

Surveillance

1. Systèmes parallèles en voie d'intégration
2. La fiabilité limitée des données et l'absence de stratégie commune et nationale au cours terme pour améliorer les données.

Système d'information déficient (

- Faible complétude et promptitude
- faible compétence du personnel
- les données du SNIS sont peu fiables
- La faible qualité des données est peu propice à une orientation stratégique; l'absence de données désagrégées ne permet pas d'orienter la planification vers les enfants et les adolescents qui paient un lourd tribut à l'épidémie de VIH.
- Les données existantes tant en ce qui concerne le nombre de personnes sous TAR que le nombre de personnes en pré-TAR varient selon les sources..

Suivi communautaire

- L'observatoire communautaire (TAW) n'est opérationnel que dans 14 sites; en outre, ses rapports sont peu disséminés et ne donnent pas lieu à des actions correctives systématiques.

DEFIS

1. Comment capitaliser les acquis du système de Suivi et évaluation des subventions du Fonds Mondial pour les trois maladies dans le système national au sein du Ministère de la Santé et de la Population ?
2. Mettre en œuvre un cadre d'organisation décentralisé et performant du système intégré de Suivi et évaluation des trois maladies ;

3. Intégrer le système d'information sur les trois maladies dans le DIHS2 de manière à prendre en compte les données communautaires et assurer la rétro-information à tous les niveaux

BESOINS ET PRIORITES D' ACTIONS

1. Développer un Système Planification Suivi et Evaluation intégré et commun

Un système Suivi et Evaluation commun, complet et cohérent présente plusieurs avantages. Il contribue à une utilisation plus efficace des données et des ressources en garantissant, par exemple, que les indicateurs et les méthodologies d'Echantillonnage sont comparables dans le temps et en réduisant la multiplication des efforts. Lorsque les ressources sont rares, c'est un atout important. Les données générées par un système Suivi et Evaluation complet doivent répondre aux besoins de nombreux acteurs, notamment les gestionnaires de programme ou de projet, les chercheurs ou les bailleurs de fonds, et éliminer le besoin pour chacun de recommencer les études de base ou d'évaluation alors qu'ils peuvent utiliser des données existantes.

Du point de vue du programme national, un système Suivi et Evaluation cohérent veille à garantir que les efforts Suivi et Evaluation financés par des bailleurs de fonds contribuent aux besoins nationaux plutôt qu'aux obligations de rapport pour des bailleurs de fonds ou des organisations internationales spécifiques. Par ailleurs, il encourage la coordination et la communication entre différents groupes intéressés par la réaction nationale aux maladies. Le consensus entre les principaux bailleurs de fonds, les agences techniques et de mise en oeuvre sur un cadre Suivi et Evaluation de base réduira la charge des demandes de données de la part de différentes agences. Une planification commune, une exécution, une analyse ou une dissémination d'une collection de données peut réduire le double emploi dans la programmation et favoriser la coopération entre différents groupes, dont beaucoup pourront travailler de manière plus efficace que s'ils étaient isolés. L'encadré 1 donne les éléments d'un Système intégré Suivi et Evaluation efficace.

2. Restructurer le cadre organisationnel de manière satisfaisante le critère de redevabilité à tous les niveaux

- Mettre en place et renforcer un comité de suivi et évaluation commun aux trois maladies
- Mettre en place un sous-comité de validation des données programmatiques et GAS dans les 35 districts de santé. Ceci pourrait garantir une meilleure qualité des données primaires avant les différentes agrégations des données au niveau central.
- Planifier **des réunions trimestrielles d'analyse et de validation des données** regroupant les programmes nationaux, les médecins chefs de districts, les partenaires de mise en oeuvre avant la diffusion de leurs rapports respectifs aux fins de vérifier la qualité des données fournies et procéder à un contrôle de cohérence et une harmonisation des données. Le Comité technique de pilotage sera l'unique source de référence pour valider et certifier les données en rapport avec les Plans d'action
- Assurer **la fonctionnalité des partenariats** en place et le partage des coûts de mise en oeuvre des programmes (partenariat stratégique autour des districts de santé, plans de districts, émulation,...)
- Elaborer un plan d'assistance technique à court et moyen termes
- Mutualiser les ressources existantes (CCM, CRF; UNICEF, MSP, CNLS) pour une meilleure approche de supervision ;
- Actualiser le **plan de contingence**.

Liste de contrôle des caractéristiques d'un système intégré Suivi et Evaluation (S&E)

UNITE S&E

- Une unité S&E Établie au sein du ministère de la Santé avec du personnel technique et des responsables de la gestion des données
- Un budget pour S&E qui se situe entre 5 et 10% des budgets VIH/SIDA, tuberculose et paludisme nationaux cumulés provenant de toutes les sources
- Une contribution nationale significative au budget S&E national (pas de dépendance totale de sources de financement extérieures)
- Un lien (S&E) formel, en particulier avec les ministères concernés, les ONG, les bailleurs de fonds et les institutions de recherche nationale en vue d'améliorer la recherche opérationnelle
- Un groupe de travail multisectoriel qui apporte ses réflexions et atteint un consensus sur le choix de l'indicateur et les divers aspects de la conception et la mise en place du S&E
- Une expertise en épidémiologie au sein ou affiliée à l'unité S&E
- Une expertise dans le domaine des sciences comportementales ou sociales au sein ou affiliée à l'unité S&E
- Une expertise dans le domaine de la gestion des données et des statistiques au sein ou affiliée à l'unité S&E
- Une expertise dans la diffusion des données au sein ou affiliée à l'unité S&E

OBJECTIFS PRECIS

- Un programme national bien défini ou des projets avec des buts clairs, des objectifs et des plans opérationnels
- Des révisions/évaluations régulières des progrès réalisés dans la mise en oeuvre du programme national ou des projets
- Directives et accompagnement aux districts et régions ou provinces en matière de S&E
- Des directives pour lier S&E à d'autres secteurs
- – Une coordination des besoins S&E nationaux et de ceux des bailleurs de fonds

INDICATEURS

Un ensemble d'indicateurs prioritaires et d'indicateurs supplémentaires à différents niveaux de S&E
Des indicateurs qui permettent la comparaison dans le temps – Certains indicateurs de base qui sont comparables avec ceux d'autres pays

COLLECTE ET ANALYSE DE DONNEES

- Un niveau national de collecte de données et un plan d'analyse, dont l'assurance qualité des données
- Un plan de collecte de données et des indicateurs d'analyse périodique à différents niveaux légaux du S&E (dont le niveau géographique)
- Une surveillance de deuxième génération dont les données comportementales sont reliées aux données de surveillance VIH/IST

DIFFUSION DES DONNEES

- Un plan général de diffusion nationale des données
- Un rapport annuel informatif et bien diffusé de l'unité S&E
- Des réunions annuelles en vue de diffuser et de discuter le S&E et le résultat des recherches avec des décideurs politiques, des planificateurs et des responsables de la mise en oeuvre
- Une centralisation de la production et de la diffusion des innovations
- Une base de données ou une bibliothèque centralisée de toutes les données sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et notamment des recherches en cours
- Une coordination des besoins nationaux et des bailleurs de fonds en matière de diffusion du S&E

3. Affiner cibles des interventions en prenant des indicateurs dont les dénominateurs sont ajustés et assez proches de la réalité .

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FM) définit généralement le processus comme une combinaison d'apports et de résultats et la couverture comme une combinaison de résultats et d'effets. Selon le niveau de développement du programme, il peut y avoir un certain chevauchement des indicateurs qui mesurent les apports, les processus et les résultats. Quand un personnel formé est disponible pour le programme, par exemple, il représente un apport. En revanche, quand les ressources humaines font défaut, le personnel qualifié devient un résultat du programme.

Les indicateurs d'apport et de processus sont généralement communs aux domaines des trois maladies, ce qui facilite l'élaboration d'un **plan intégré de suivi et évaluation**. Bien qu'il existe des différences pour les trois maladies, ces indicateurs prennent en règle générale les formes d'existence ou de disponibilité et le cas échéant des comptages. Les résultats et effets sont suivis et signalés comme des "comptages" de la capacité accrue fournie par rapport à un besoin qui a été estimé comme une condition préalable à un changement; ils peuvent être quantifiés par l'observation directe ou un inventaire annoté.

Par ailleurs on remarque pour les populations difficile d'accès (populations-clés par exemple) il peut s'avérer difficile de déterminer les dénominateurs des indicateurs, ce qui amène à se concentrer sur les numérateurs, ou sur la partie de la population qui est concernée ou bénéficie des interventions. En règle générale un effort doit être fait pour estimer la taille de la population dans le besoin pour avoir une bonne appréciation de la couverture, minimisant ainsi des atteintes de résultats supérieures à 100% comme souvent présenté.

4. Mettre en œuvre une planification et de suivi et évaluation ascendante des subventions pour accroître l'appropriation aux différents niveaux (Liste de contrôle)

Mettre en place un mécanisme qui garantisse que la planification et la mise en œuvre des activités ainsi que le rapportage sur celles-ci sont clairement documentées de la périphérie au niveau central. Particulièrement, des plans de travail doivent être développés détaillant les produits attendus de chaque activité à mettre en place, les ressources humaines impliquées et les coûts liés, ainsi que d'autres coûts liés et indicateurs aux activités.

5. Améliorer disponibilité et la qualité des données primaires dans les FOSA

Le projet d'amélioration des données se fera à travers le GATSE avec l'appui de MSF

- Définir de nouveaux outils simples de collecte des données.
- Développer un **outil de suivi des budgets**, en s'inspirant de la présentation du PUDR, et le mettre à jour mensuellement dans le but que les variations entre les dépenses budgétées et celles faites puissent être documentées et expliquées.

6. Améliorer la promptitude et la complétude des rapports périodiques

Réaliser les actions en cours :

- (i) la mise en place de rapport électronique à partir du logiciel Magpi (ODK);
- (ii) la révision des RMA des FOSA permettant de renseigner les indicateurs du PUDR ;
- (iii) la 15 dotation de smartphone aux 35 Point Focaux des DDS pour la saisie et la transmission des données des FOSA;
- (iv) la motivation financière des PF qui ont une bonne promptitude et
- (v) le partage de la promptitude mensuelle avec les points focaux des districts.

7. Recadrer le suivi et la supervision selon une approche de division du travail sur des critères de valeur comparée.

- Mettre en place une approche de supervision formative intégrée et régulière ainsi qu'un coaching rapproché en vue d'accélérer la délégation des tâches.
- Conduire des missions et des revues conjointes selon un plan commun.

8. Améliorer le système d'information et de retro-information de suivi intégré des trois maladies

- Elaborer les rapports de mise en œuvre et les diffuser aux partenaires
- Faire une retro-information sur la complétude et promptitude des rapports soumis par les districts et les formations sanitaires et prendre les dispositions nécessaires (par exemple formation des prestataires de services) en vue d'améliorer le renseignement et le rapportage des données.
- Informatiser le système de suivi des patients à tous les niveaux. Cela permettra de s'assurer que les supports et les registres de traitement produisent des données fiables y compris des données sur la résistance aux ARVs et la surveillance épidémiologique du VIH.

9. Renforcer les observatoires communautaires

- Sur la base des analyses de capacité, renforcer les réseaux communautaires et étendre leur couverture
- Prendre en compte les données communautaires dans le système d'information

10. Recherches et études

- Développer et intégrer dans les plans d'action un mécanisme d'assurance qualité des données sur les patients et leurs traitements ainsi que les examens biologiques et les produits de santé.
- Mener une enquête intégrée de surveillance comportementale et de séroprévalence (IBBS) et une enquête d'estimation de taille des populations-clés afin d'obtenir des données de base à jour.

Risques

- Troubles militaro-politiques et destruction des infrastructures de santé
- Diminution des financements y compris ceux de l'Etat
- Persistance de la gestion verticale des programmes

7.4 SYSTEMES D'APPROVISIONNEMENT ET DE GESTION DES STOCKS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES (GAS)

Système du Fonds Mondial (Voir figure)

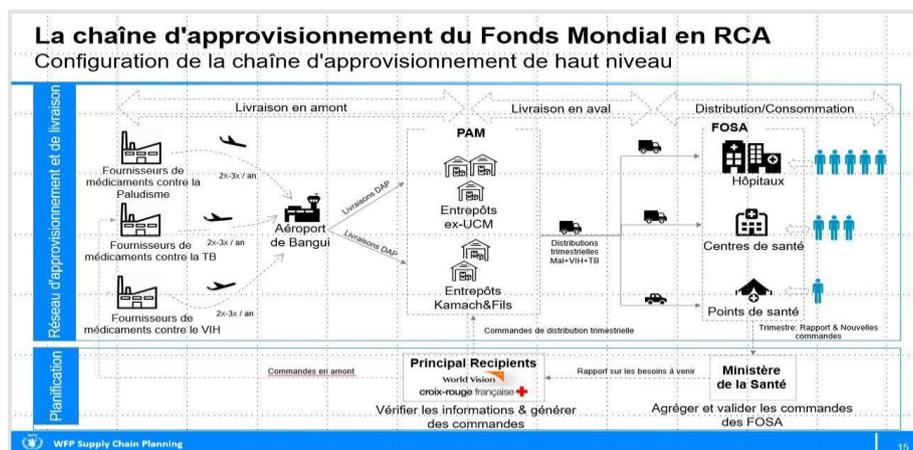
1. Le système Wambo pour les médicaments et intrants de biologie médicale des subventions VIH/SIDA, Tuberculose et paludisme financées par le Fonds Mondial. La distribution à travers le pays se fait suivant les circuits établis, en fonction des axes et proximité des fosas les uns des autres. Ainsi nous avons 5 circuits terrestres et un circuit aérien (UNHAS)
2. L'Association des œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en Centrafrique (ASSOMESCA), dispose d'un dépôt central à Bangui et 14 dépôts périphériques répartis dans les 6 régions.
3. Le réseau des ONG humanitaires où chaque ONG a mis en place son propre circuit d'approvisionnement et de distribution organisé selon son propre fonctionnement, ses procédures internes et sa spécificité en appui au système de santé dans le pays.
4. Les agences du système des Nations Unies (UN) qui gèrent les circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et importent aussi des médicaments à travers leurs propres systèmes d'approvisionnements. Il s'agit notamment de l'UNICEF, l'OMS et UNFPA.
5. Les grossistes répartiteurs (CENTRAPHARM) et dépositaires des firmes privées dont SHALINA .
6. L'UCM, central d'achat des médicaments essentiels, chargée de l'approvisionnement, de la réception, de stockage et de la distribution des médicaments est en état de faillite à ce jour.
7. Mise en place d'un comité de quantification des intrants pour les 3 maladies

Organismes de mise en œuvre :

- Bénéficiaires principaux du Fonds Mondial (Croix Rouge Française, World Vision)
- ASSOMESCA

Partenaires financiers

- Fonds Mondial : Subventions VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme 2018-2020
- SNU (UNICEF, UNFPA, OMS....)
- Union Européenne : Projet Bekou



Principaux produits de Santé

Produits de Santé par Programme		
VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
<ol style="list-style-type: none">1. Médicaments antiviraux2. Médicaments contre les infections opportunistes3. Intrants pour :<ul style="list-style-type: none">• Tests dépistage VIH• Tests de CD4• Test de charge virale	<ol style="list-style-type: none">1. Médicaments anti-tuberculeux sensibles et TBMR2. Intrants pour :<ul style="list-style-type: none">• Test GenExpert• Examens microscopiques	<ol style="list-style-type: none">1. Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA)2. Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP)3. Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée (MILD)4. Test de Diagnostic Rapide (TDR)

7.4.1 FORCES

VIH/TB/Palu

- Le pays est doté d'une politique pharmaceutique nationale. En matière d'importation des médicaments, la RCA dispose de la réglementation régissant l'importation des médicaments
- Pour les 3 programmes les produits sont sélectionnés à partir des protocoles de PEC validés dans les directives nationales, et de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels
- L'approvisionnement des produits des 3 programmes se fait via un achat groupé (PPM) du FM à partir des fournisseurs pré qualifiés
- La visibilité sur l'évolution des commandes sur la plateforme PPM WAMBO par les PR
- Appui en approvisionnement en intrants VIH Palu par d'autres partenaires comme UNICEF, MSF ...
- Partenariat de PAM en matière de logistiques pour les produits des 3 programmes
- Les médicaments et produits de santé sont réceptionnés au niveau central par le PAM en présence des PR et celui-ci assure le stockage dans 6 entrepôts (3 de l'UCM et 3 en locations privés.).
- Analyse et Validation des rapports/commandes des FOSAS au niveau de l'unité GAS de la Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles
- Tenue de la réunion bi hebdomadaire de coordination technique autour d'un tableau de bord sur la visibilité sur l'état des stocks *et commandes internationales*
- Liste nationale des Médicaments Essentiels et AAM du Ministère de la Santé pour ces produits

Prestataires (personnel de santé et communautés)

- Existence des agents de santé communautaire pour la PEC du Palu et les relais communautaires pour le VIH/TB
- Existence du personnel de santé dans les FOSAS pour la gestion des médicaments

Accès

- Gratuité des intrants pour les 3 maladies
- Approche différenciée pour le programme VIH et usage des agents de santé communautaire pour la PEC du paludisme au niveau de la communauté
- Application du guichet unique dans le cadre de la co-infection VIH/TB

Qualité

- Achat des médicaments pré-qualifiés
- Les conditions de stockage des médicaments sont respectées au niveau central

Utilisation /Suivi

- Disponibilité des outils de gestion

7.4.2 FAIBLESSES

Systeme :

- L'insuffisance de coordination de toutes ces structures
- la mauvaise gestion sur le terrain
- Non fonctionnalité de plus de 25% des FOSA du pays
- Insuffisance des données de qualité
- Certains ARV(Dolutégravir, Darunavir,Etravirine)qui sont retenus dans les Directives Nationales ne figurent pas dans la LNME
- Le comité de quantification pas encore opérationnel
- Pas de visibilité sur WAMBO par l'unité GAS et autres personnes clés au niveau de la DLMT
- Changement fréquent de responsable GAS au niveau du PR
- Les prévisions des quantités couvrant la période 2018 en niveaux des stocks ont été sous estimées
- Il n'existe pas un manuel d'estimation des besoins et quantification (avec l'approche ascendante: **fosas=>Districts sanitaires=>Niveau Central**) des médicaments
- Il n'y a pas de mécanisme d'évaluation des performances des fournisseurs (indicateur d'achat non calculé)
- L'Unité de Cession des Médicaments (UCM) non fonctionnelle. Cette unité dépend du Cabinet du Ministre et non de la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle. Cette dépendance fait de l'UCM une unité qui n'est pas sous le contrôle de l'autorité de réglementation incarnée par la DPM à l'instar des autres pays membres de la CEMAC.
- Le MSP(DPM) ne dispose pas d'un mécanisme de contrôle des importations et donc ne peut pas savoir si les médicaments qui entrent ont tous le visa
- Pas de rapport de réception technique permettant d'évaluer la conformité de la commande à la réception au niveau des PR et du dépôt central
- Les Districts sanitaires n'ont pas encore été formés sur la validation des données des fosas
- Périodicité de rapportage diffère pour les 3 programme(mensuel pour le paludisme et trimestriel pour le VIH et TB)

Couverture

- Toutes les FOSAS ne sont pas couvertes par l'appui en intrants du FM pour les 3 programmes
- Récurrence des ruptures de stock de médicaments et d'intrants biologiques qui peuvent être dûes à :
 - ✓ Irrégularités dans les quantités commandées et celles livrées dans les FOSAS
 - ✓ Irrégularités dans la distribution des intrants dans les zones inaccessibles, par les ONG sollicitées par PAM
 - ✓ Retards de livraisons liés aux conditions de sécurité dans certaines régions du pays et aussi de mauvaises conditions de routes surtout pendant la saison pluvieuse.
 - ✓ capacité limitée d'UNHAS pour répondre au besoin de livraison par voie aérienne
 - ✓ Insuffisance du système d'estimation de besoins et de quantification d'où la péremption de médicaments par endroits
 - ✓ non maîtrise de la file active et des données de consommation (VIH)
 - ✓ Disparité de points de dispensation des médicaments dans une même structure sanitaire alors qu'il y'a pénurie de personnel

Accès :

- Le faible accès des patients aux examens de laboratoires pour le suivi de l'efficacité des traitements
- Absence de soutien nutritionnel aux PVVIH sous ARV ce qui compromet la continuité de prise de médicaments chez certains patients

Qualité

1. Absence de système de pré-qualification et de contrôle de qualité des médicaments d'où la qualité douteuse de certains médicaments et produits importés
2. Insuffisance des interventions pour surveiller le niveau des résistances aux médicaments dans les trois programmes
3. Absence de contrôle de qualité des antipaludiques et TDR
4. Absence de système de pharmacovigilance

Utilisation des services

- L'éloignement des points de dispensation des médicaments ne permet pas à certains malades d'aller régulièrement chercher leurs doses.

Prestataires (personnel de santé et communautés)

- Insuffisance de formation des prestataires et des bénéficiaires sur la gestion des médicaments
- Faible implication de la communauté
- Insuffisances de supervision

7.4.3 MENACES

1. La persistance des ruptures de stocks de médicaments et d'intrants biologiques pourraient compromettre à terme les acquis de la prise en charge des maladies (achats de médicaments hors du système de santé, développement des résistances, coût élevé du traitement tardif des patients)
2. L'utilisation des médicaments et produits de santé à d'autres fins
3. Détournement et trafic possibles des produits
4. La longueur des procédures administrative de réception (douanes)
5. Le non-respect de la gratuité par certains prestataires

7.4.4 DEFIS/OPPORTUNITES

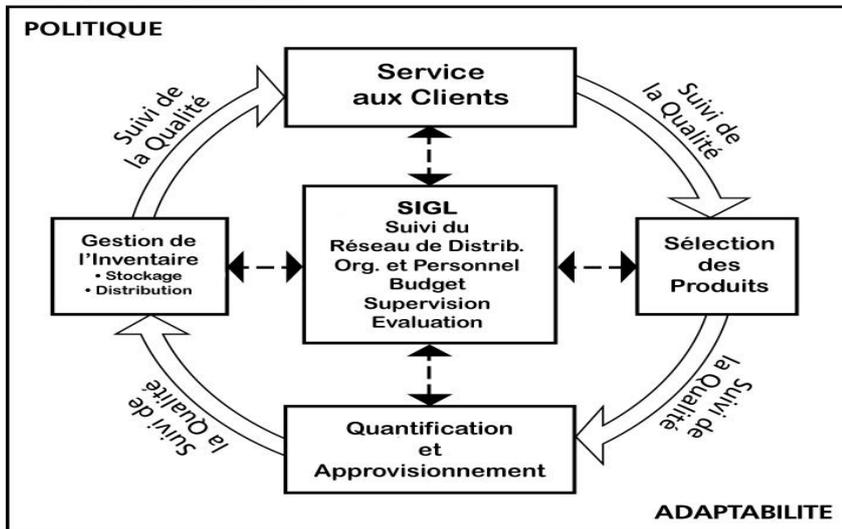
1. L'engagement du MSP d'aller vers une appropriation et une mise à échelle des acquis (Implication de façon effective de la DPM dans coordination de la chaîne d'approvisionnement des intrants de 3 maladies). La perspective d'une adaptation des services et organes du MSP pour concrétiser cet engagement
2. La volonté des partenaires d'appuyer les efforts du gouvernement
3. La perspective de mise en place d'une **Commission Nationale d'approvisionnement en Produit de Santé Essentiel (CNPSE)**, qui est un cadre de concertation, de planification et de décision incluant la partie nationale, les PTF et les structures du terrain et son organe d'exécution, **Unité de Gestion des approvisionnement en Produits de Santé (UGAPS)** qui est une structure opérationnelle en charge de gestion des différentes étapes de l'approvisionnement en lien avec les services techniques du Ministère et les opérateurs du terrain (ONG, réseau confessionnel....) et **une agence fiduciaire**: structure de vérification et de paiement.
4. L'implication des districts dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour une maîtrise de la consommation dans les Fosa
5. Le respect de la gratuité des médicaments dans les FOSAS

6. L'implication effective de la communauté dans la chaîne d'approvisionnement des intrants

7.4.5 BESOINS ET PRIORITES INTEGRANT LES TROIS PROGRAMMES

- 1 **Réorganiser le cadre institutionnel et opérationnel du sous-secteur pharmaceutique et de Biologie Médicale afin de** réduire de manière significative les ruptures de stocks, et des péremptions de médicaments et autres intrants biomédicaux nécessite le recours à un appui urgent de l'OMS pour fait l'état des lieux du sous-secteur pharmaceutique et proposer un partage des responsabilités entre les différents intervenants, notamment :
 - Le chargé de mission en matière de médicaments et de laboratoires
 - La Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle.
 - L'Inspection des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires
 - Le laboratoire national de contrôle des médicaments
 - l'Unité de Cession des Médicaments
 - Les organisations internationales importatrices de médicaments et d'intrants médicaux
 - Les Sociétés privées de production et d'importation des médicaments
 - Les Directions et les Programmes concernées par les trois maladies
 - Equipes cadres de régions et de districts
 - Comité national de quantification
- 2 Renforcer les capacités selon les besoins et les mandats aux différents niveaux du cycle d'approvisionnement et de stocks.
- 3 Elaborer un plan de renforcement des capacités de dépistage, de confirmation des examens biologiques des trois maladies y compris le laboratoire de référence et l'implication communautaire.
- 4 Etablir un partenariat avec les pays voisins pour la gestion mutualisée des achats d'urgence des prêts
- 5 **Rendre opérationnel à tous les niveaux un système pharmaceutique national intégré**
 - Mettre à jour le système d'enregistrement et de pré-qualification et la liste des médicaments et des produits biopharmaceutiques ;
 - Développer le système de marketing des produits de santé
 - Mettre en œuvre un plan de renforcement de l'Inspection dans le sous-secteur pharmaceutique ;

Le Cycle Logistique



- 6 Elaborer et valider **une stratégie nationale GAS intégrée** selon les indications du cycle logistique de la figure xxx et prenant en compte les systèmes actuels des partenaires techniques et financiers y compris l'élaboration d'un plan de relance de l'UCM et de renforcement de capacité de toutes structures et organes impliqués dans la mise en œuvre de la politique pharmaceutique à tous les niveaux du cycle logistique.

- 7 **Assurer la qualité et l'innocuité des médicaments et intrants biomédicaux des trois maladies**
 - Développer un système d'assurance qualité (médicaments, MILDA et examens biologiques)
 - Renforcer les capacités nationales de contrôle de qualité (labo de contrôle des médicaments)
 - Renforcer les capacités nationales de contrôle de qualité et d'accréditation des laboratoires pour les examens biologiques selon le programme SLIPTA de l'OMS (Réseau de laboratoires de biologie médicale intégrant les trois maladies)
 - Développer un partenariat international pour le contrôle externe de la qualité et de renforcement de capacité des structures nationales de référence.
 - Mettre en place un système de pharmacovigilance et de réactovigilance.

- 8 **Assurer la disponibilité des médicaments et autres intrants antipaludiques dans les FOSA et communautés ciblées, y compris d'un stock de contingence pour les situations d'urgence**
 - Réviser la politique et la réglementation pharmaceutiques
 - Elaborer un Plan GAS national intégré informatisé et adapté aux situations d'insécurité
 - Renforcer la coordination et la concertation des parties prenantes aux différents niveaux
 - Renforcer la capacité des responsables à tous les niveaux pour la gestion des intrants du VIH de la Tuberculose et du Paludisme
 - Rationaliser la dispensation et la gestion des intrants dans les FOSA
 - Mettre en place un mécanisme d'évaluation des fournisseurs

- Renforcer le partenariat entre les Programmes, la MINUSCA, le PAM et les agences humanitaires pour le transport, le stockage et la distribution des intrants des trois maladies dans les zones d'insécurité ou d'accès difficile.

7.4.6 RISQUES

1. La persistance de l'insécurité
2. La dégradation continue des voies de communication
3. Le maintien de mécanismes parallèles d'importation de produits pharmaceutiques
4. La récurrence des détournements de produits de santé

Approche innovante : Expérience de l'Association œcuménique des Œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en République centrafricaine (ASSOMESCA)

L'ASSOMESCA regroupe 107 institutions sanitaires, catholiques et protestantes, présentes sur tout le territoire de la RCA. Depuis 1989, l'ASSOMESCA s'est engagée pour l'acquisition des produits pharmaceutiques. Elle dispose d'une unité d'appui à l'approvisionnement en médicaments, et d'un protocole d'accord du gouvernement, permettant l'obtention d'une exonération auprès de la Douane pour l'importation des médicaments au bénéfice de ses membres. Le mode d'achat actuel est relativement simple et géré par le "Bureau d'achat et de transit". Les institutions sanitaires envoient leurs commandes à l'ASSOMESCA qui fait la synthèse et la fait parvenir par courrier électronique au fournisseur IDA, aux Pays-Bas. Les colis de médicaments préparés selon leur destination, sont envoyés par bateau dans un conteneur de 20 ou 40 pieds. Le dédouanement est fait à Douala en Cameroun à l'entrée de la zone CEMAC (Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale).

L'avantage de l'importation est que les médicaments sont de bonne qualité (contrôle qualité faite par IDA) et les prix de revient des médicaments sont nettement en dessous des prix pratiqués par les grossistes de la capitale de la RCA.

L'ASSOMESCA organise le transport des produits de Douala à la RCA ayant signé un contrat de prestation de service avec un transporteur. Selon les marchandises, une partie peut être directement déchargée à Bouar; les autres colis sont transportés jusqu'à Bangui ou Bambari. A partir de ces trois dépôts, les autres petits dépôts ou centres de santé peuvent récupérer leurs colis.

En 2003, une expérience pilote a été lancée par une initiative communautaire dans la sous-préfecture de Ngaoundaye. Vingt trois postes de santé à base communautaire ont été créés autour d'un centre de santé public qui fonctionne comme hôpital de référence. La condition indispensable pour leur fonctionnement étant la disponibilité de médicaments essentiels, les vingt trois postes se sont réunis dans une association qui s'appelle Pharmacie Rurale Communautaire (PRC), ayant obtenu la reconnaissance juridique d'ONG en 2004. La PRC organise, deux fois par an, une assemblée générale et est gérée par un Conseil d'administration et un bureau exécutif, constitué d'un gestionnaire comptable, un gérant et un infirmier superviseur qui fait le tour des postes de santé pour garantir la qualité des soins et appuyer les Comités dans le domaine de la gestion. La PRC s'approvisionne en médicaments essentiels auprès d'un dépôt diocésain.

Ce système fonctionne bien depuis 8 années et à la fin de l'année, la PRC bénéficie d'une ristourne de 10% sur ses achats des médicaments auprès du dépôt diocésain.

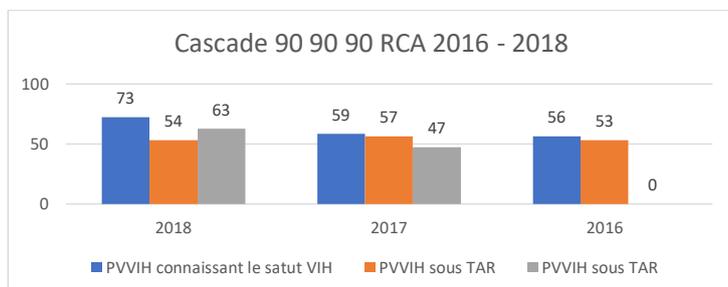
Avec l'aide de ses partenaires, l'ASSOMESCA voudrait améliorer encore la situation en transformant le bureau d'achat de transit des médicaments en une Centrale d'achat. Ceci signifierait avoir en permanence un stock tampon de médicaments essentiels capable de répondre aux besoins de ses dépôts périphériques, diversifier les sources des fournisseurs et favoriser une concurrence au niveau des fabricants et fournisseurs, et organiser un réseau de distribution efficace dans les zones rurales pour améliorer l'accessibilité aux médicaments essentiels de qualité et à un prix raisonnable. Cela pourrait permettre à l'ASSOMESCA d'améliorer le partenariat public – privé et de jouer un rôle plus dynamique dans le secteur pharmaceutique

7.3 RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS STRATEGIQUES : PRISE EN CHARGE DES TROIS MALADIES

7.3.1 VIH/SIDA

RESULTATS PAR ANNEE	2016		2017		2018	
	Cibles	Réalisation %	Cibles	Réalisation %	Cibles	Réalisation %
1. % de personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié de service de conseil et de dépistage du VIH et qui connaissent leurs résultats	110000	62008 56%	110000	64378 59%	110000	79812 73%
2. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral	110000	33096 30%	110000	36499 33%	110000	42728 39%
3. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé la thérapie antirétrovirale, qui ont une charge virale supprimée à 12 mois (< 1000 copies/ml)	33096 (S/TAR) 257 (CV réalisée)	ND	36499 (S/TAR) 5245 (CV réalisée)	2448 47%	42728	8755
4. Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	202116	81584 40%	206163	71569 35%	210265	86118 41%
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux durant leur grossesse	5100	3497 69%	5100	2956 58%	5100	3189 63%
6. Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance	5100	737 14%	5100	1156 23%	5100	1243 24%
7. Pourcentage des établissements de santé n'ayant pas signalé une rupture de stock des médicaments essentiels	?	?	?	?	?	?

Figure xxx : Evolution de la cascade 90/90/90 de 2016 à 2018



En 2018, la cascade 90 – 90 – 90 est respectivement de 73% de PVVIH qui connaissent leur statut vis-à-vis du VIH, parmi celles-ci 54% étaient sous ARV, et parmi ces dernières, 63% ont eu une charge virale supprimée. Cette cascade s’est améliorée de 2016 à 2018.

Sa grande faiblesse est le deuxième 90 qui indique que la stratégie « tester traiter et retenir » n’est pas appliquée en RCA du moins pas de manière efficace car 46% des PVVIH dépistées ne sont pas sous traitement. Le troisième 90 en souffre également comme on le voit 37% des PVVIH sous traitement n’ont pas une charge virale supprimée, c’est-à-dire ne répondent pas bien à leur traitement.

DEPISTAGE DU VIH

En 2016, le nombre estimé de PVVIH pour les 6 villes était 85289. Le nombre de personnes dépistées séropositives et connaissant leur séropositivité était 43703. Le gap était donc de 41586 PVVIH. Pour les 18 mois, le programme avait prévu dépister la moitié du gap, c’est-à-dire 20792 PVVIH.

En 2018, 42115 personnes ont bénéficié d’un test VIH parmi lesquelles 3454 étaient positives (8%). La région 7 a effectué le plus test soit 10133 (24%) de personnes testées. C’est également dans cette région que la positivité est la plus élevée (11%). La disponibilité des tests de dépistage au niveau des CPN a permis à contribuer au dépistage de plus de femmes. En dépit de la stratégie de dépistage ciblé (familial et enfant malnutris), l’identification des enfants de 0-14 ans reste faible. La positivité est plus élevée dans les tranches d’âge de 5-9 ans (10%) et de 25-49ans (12%). Chez les jeunes la positivité est de 5%. Elle est plus élevée chez les filles et dans les régions sanitaires 2 et 7. Ces régions sont parmi celles qui ont des villes prioritaires (3 villes/6 villes prioritaires)

Tableau : nombre de personnes enfants et adultes testées en 2018

Régions sanitaires	18 mois à 14 ans			15 ans et plus			Total		
	Testés	VHI+	%	Testés	VHI+	%	Testés	VHI+	%
Région 1	581	27	5	3130	299	10	3711	326	9
Région 2	333	25	8	7767	697	9	8100	722	9
Région 3	357	13	4	4891	230	5	5248	243	5
Région 4	560	28	5	6020	506	8	6580	534	8
Région 5	60	10	17	3176	242	8	3236	252	8
Région 6	229	10	4	4878	214	4	5107	224	4
Région 7	2020	142	7	8113	1011	12	10133	1153	11
Total RCA	4140	255	6	37975	3199	8	42115	3454	8

Au total 7100PVVIH ont été dépistées positif pendant cette période de janvier 2017 au 30 juin 2018 soit 34% de la cible fixée pour fin 2018. Le taux de réalisation varie d'une ville à une autre, le taux le plus élevé est à Carnot (59%) suivi de Bangui (50%). De tous les cas positifs, 34% proviennent d'un dépistage volontaire, 23% de la PTME, 31% des CDT et 3% du dépistage familial des enfants. Les CDT ont un grand potentiel de fournir les PVVIH et le dépistage volontaire qui a fourni près de la moitié de PVVIH doit faire l'objet d'un bon ciblage et d'un élargissement.

Tableau xxx: Répartition des PVVIH dépistées de 1^{er} janvier 2017 au 30 juin 2018 selon la porte d'entrée							
Groupes et domaines	Bambari	Berbérati	Carnot	Paoua	Bimbo	Bangui	Total
Groupes à dépister							
≤ 15 ans	78	218	82	309	106	1067	1 860
> 15 ans	1658	2604	890	1441	4206	8133	18 932
Total	1736	2822	912	1750	4312	9200	20 792
Dépistage volontaire Réalisé	311	444	369	12	432	1500	3068
PTME	40	86	37	39	242	1164	1608
CDT	63	29	135	169	85	1699	2180
Dépistage familiale des enfants	0	0	0	0	10	234	244
Total	414	559	541	136	853	4597	7100
Taux réalisation	24%	20%	59%	8%	20%	50%	34%

PRISE EN CHARGE

Le traitement antirétroviral chez l'adulte et l'enfant

Le nombre de personnes vivant avec VIH connaissant leur statut VIH a connu une progression de 28% de 2016 à 2018, et tous ces patients ont été inscrits aux soins. Le pourcentage des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique est passé de 48% en 2016 à 73% en 2018. Cette progression rapide est due en grande partie à la campagne de dépistage familial ciblé à partir des cas index, la couverture des malades tuberculeux et malnutris ainsi que le dépistage systématique des femmes enceintes à la CPN dans les districts couverts.

La progression de patients mis sous ARV est par contre de 23% sur la même période. Par ailleurs les enfants de moins de 15 ans représentent dans la file active en 2018 une proportion de 6% alors qu'ils représentent 10% des PVVIH en RCA.

La région sanitaire 7 à elle seule couvre 47% des patients sous traitement, ensemble avec les Régions 1 et 2, elles représentent 74 % des patients sous traitement.

Dans la tranche de 15 ans et plus, on note plus de femmes sous traitement (70%). Cette situation serait consécutive au faible dépistage des hommes, bien qu'il y ait plus de femmes infectées (60%).

On a observé une augmentation rapide de l'accès à la charge virale (5245 en 2017 à 13942 en 2018 (33%). Toutefois la proportion des patients sous TAR dont la charge virale est supprimée était de 47% en 2017 et 63% en 2018. Si l'on considère que les patients dont les résultats de la charge virale sont rapportés sont représentatifs de l'ensemble des PVVIH sous ARV en RCA, on pourra dire que près de 40% de PVVIH sous ARV ont une charge virale non supprimée, c'est-à-dire qu'elles reçoivent un traitement inefficace ou qu'elles le prennent de manière inadéquate.

En 2018 il n'y a eu que 18974 personnes sous prophylaxie au cotrimoxazole.
Le nombre estimé des personnes à mettre sous TARV dans les sites retenus était de 76 760 dont 6 395 enfants. Le nombre de personnes sous TARV en fin 2016 était de 22 006 dont 20 564 adultes et 1 442 enfants, soit une couverture de 28,7%. Le tableau n° xxx présente la répartition des PVVIH à mettre sous TAR pour les 18 mois et les PVVIH sous TAR en juin 2018.

Tableau xxx : Répartition des PVVIH sous traitement/Besoins en juin 2018 selon l'âge et la ville							
Groupes ARV/Besoins	Bambari	Berbérati	Carnot	Paoua	Bimbo	Bangui	Total
≤ 15 ans	20/56	101/158	113/139	188/421	33/102	1229/1998	1684/2874
> 15 ans	642/1229	1270/1625	1588/1831	1363/2296	1834/4068	17086/18170	23783/29219
Total	662/1285	1371/1783	1701/1970	1551/2717	1867/4170	18315/29168	25467/32093

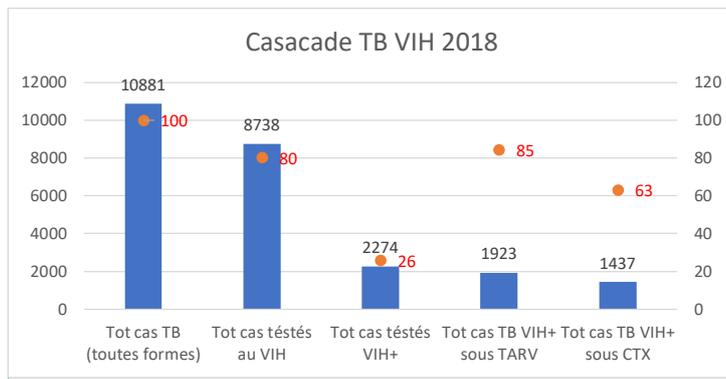
- En 2016, 22 006 PVVIH dont 20 564 adultes et 1 442 enfants étaient sous traitement. En juin 2018, 23 783 adultes et 1 684 enfants sont sous traitement soit une augmentation de 3 219 pour les adultes (12% de la cible) et une augmentation de 242 pour les enfants (14% de la cible). Les écarts constatés et leurs causes sont :
 - 46% des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique ne sont pas sous traitement, soit qu'elles ne l'ont pas encore commencé, soit qu'elles ont initié le traitement et sont perdus de vue.
 - Seulement 25% des enfants VIH+ sont sous traitement ARV
 - Cette situation indique que la stratégie de « tester traiter et retenir » n'est pas correctement appliquée (2 à 3 semaines d'éducation thérapeutique pour démarrer un traitement et pas d'appui suffisant aux communautaires, PDV).
 - Insuffisance de médicaments pour prendre en charge tous les patients, d'où la perte des patients qui étaient en attente de traitement
 - Le faible accès au dépistage précoce serait l'une des causes particulièrement chez les enfants, comme on le verra à la section sur la PTME.
 - Malgré la stratégie de dépistage ciblé (familial et enfant malnutris), l'identification des enfants de 0-14 ans reste faible.
 - La mise en œuvre insuffisante du plan d'accélération de la prise en charge pédiatrique n'a pas contribué au passage à l'échelle de traitement des enfants.
 - la recherche des perdus de vue est insuffisante, faible implication des communautaires dans cette activité
 - le non-respect de l'algorithme de la CV (les patients avec CV supérieure à 1000 copies ne bénéficient pas des séances de renforcement de l'adhérence au traitement).
 - Nombreuses ruptures de stock ayant entraîné des changements intempestifs de régime thérapeutique des malades
 - Pas de prévention de la tuberculose chez les PVVIH

LA PRISE EN CHARGE DE LA CO-INFECTION TB/VIH

En 2016 dans les six (06) villes, sur 6 571 cas de TB toutes formes, 4 030 ont été dépistés au VIH dont 1 476 positifs, soit 36,6%. 26% des 80% de patients TB qui ont été testés pour le VIH en 2018 ont été trouvés séropositifs 15% des patients TB dépistés pour le VIH n'ont pas été mis sous traitement ARV et 37% n'ont pas bénéficié de la prophylaxie au Cotrimoxazole en 2018.

En 2018, 869 PVVIH ont été diagnostiqués TB et parmi eux 522 ont été mis sous traitement antituberculeux en 2018.

Cascade TB en 2018



Mis en forme : Police :12 pt

- Pour ce qui est de la porte VIH, en 2018, 869 PVVIH ont été diagnostiqués TB et parmi elles 522 ont été mises sous traitement antituberculeux.
- Ces différences seraient dues essentiellement à un problème de notification dans les registres VIH.
- La recherche TB chez les PVVIH n'est pas systématique.
- Il n'y a pas d'outils pour le screening et pour le suivi et le rapportage des personnes screenées, suspectée de TB ou chez qui la TB active a été exclue.
- Lors de visite de sites, un centre utilisait un local de 9 mètres carrés pour la dispensation des médicaments ARV et anti TB, ce qui pose un problème de contrôle de l'infection TB

Tableau n°xxx: Répétition des patients TB à dépister pour le VIH et résultats obtenus en juin 2018 selon la ville

	Bambari	Berbérati	Carnot	Paoua	Bimbo	Bangui	Total
Patients TB	230	297	341	279	438	4986	6571
Patients dépistés	135	184	296	237	179	2999	4030
VIH/Prévu	67	251	259	177	137	1944	2885
TB/VIH+	33	70	130	78	34	1131	1476
Sous CTM	24	51	62	33	27	720	917
Sous TAR	27	59	120	56	23	838	1123
Résultats	201,5%	73,3%	114,3%	133,9%	130,7%	150,4%	139,7%

Au vu de ces résultats, les cibles n'ont pas été bien estimées et l'indicateur devrait concerner les patients co-infectés. On constate que

- La séropositivité du test VIH chez les patients tuberculeux est de 26% et 80% des tuberculeux étaient dépistés en 2018.
- Pas de screening TB des patients VIH+
- 15% des patients dépistés non mis sous traitement
- Manque de mesures de contrôle de l'infection TB

- 37% des co infectés non mis sous cotrimoxazole, probablement à cause de la conditionnalité de CD4< 500 comme on l'a vu dans certaines FOSA.
- Pas de prévention de la tuberculose chez les PVVIH alors que c'est prévu dans le guide

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

La prise en charge des patients infectés par le VIH est gratuite en RCA, mais cette gratuité concerne surtout les ARV et le cotrimoxazole. Les autres soins sont généralement à la charge du patient.

La gratuité de la prise en charge des autres infections opportunistes avec un taux de létalité élevé (cryptococcose neuro-méningée, toxoplasmose cérébrale, candidose œsophagienne) n'est pas prise en compte en pratique. Pour l'étayer, les médicaments proposés en ligne de traitement de la cryptococcose neuro-méningée par l'OMS ne font pas partie de la liste des médicaments essentiels de la RCA.

LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT

Sur un nombre de 3 002 femmes enceintes séropositives qui ont besoin d'ARV pour la PTME en 2016, 1991 ont pu bénéficier d'un traitement, soit une couverture de 66,3%. L'objectif du plan d'urgence était d'amener la couverture à 100%, soit une cible de 1500 femmes enceintes séropositives à mettre sous TARV pour la PTME en 18 mois. Le tableau n°xxx donne la répartition de la cible pour la PTME selon les villes

En 2018, 88773 (42% des femmes enceintes attendues) femmes ont fréquenté la CPN les sites PTME. Parmi celles-ci, 86118 (97%) ont bénéficié d'un test VIH dont 3% (2571) étaient positifs. Etant donné le nombre de femmes enceintes VIH+ attendues (Spectrum), seuls 3512 (70%) femmes enceintes VIH+ (y compris 941 qui étaient déjà sous ARV) ont pu être identifiées en 2018.

Seulement 44 % (1419) des enfants exposés ont bénéficié d'une prophylaxie ARV en 2018 parmi lesquels 88% ont été testés à 6 semaines. Parmi les enfants non infectés à 18 mois, 47% n'ont pas été testés après cessation d'allaitement. Parmi les enfants testés, 94 % étaient non infectés.

Le faible taux d'enfant exposés mis sous prophylaxie ARV à la naissance serait dû à l'absence de maternité et des ARV dans certains sites CPN-PTME et aussi à l'accouchement à domicile.

- Seulement 42% des femmes enceintes ont fréquenté la CPN dans les sites disposant des services PTME
- 30% des femmes enceintes VIH+ n'ont pas pu être identifiées (testées ou celles sous ARV) pour les interventions PTME
- 37% des femmes enceintes n'ont pas pu avoir les ARV pour réduire la TME

Tableau n°xxx : Situation de la mise en œuvre de la Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) en 2018	
Données	Nombre
1. Nombre de grossesses attendues	210265
2. Nombre Femmes enceintes CPN1	88773
3. Nb de femmes testées pour VIH (289 sites CPN sur 354 offrent la PTME)	86118
4. Besoins en PTME (Spectrum)	5100
5. Femmes enceintes VIH+ dépistées CPN	2571
6. Femmes enceintes sous ARV au cours de la grossesse en cours	2257
7. Femmes enceintes VIH+ dépistées CPN et statut VIH connu	3512
8. Femmes enceintes sous ARV y compris celles déjà sous ARV	3198 (63-90%)

Le tableau n°xxx montre que les résultats escomptés ont été obtenus, cependant il y'a une disparité entre les villes. Les villes de Bambari, Berbérati, Carnot et Paoua n'ont pas atteint 50% de leurs cibles qui ont par ailleurs été sous-estimées.

	Bambari	Berbérati	Carnot	Paoua	Bimbo	Bangui	Total
Cible prévue	158	182	122	135	269	635	1500
Résultats atteints	40	86	37	39	242	1164	1608
Gap	25%	47%	30%	29%	90%	183%	107%

RESEAU DE PRISE EN CHARGE BIOLOGIQUE (Laboratoires)

En 2015, 263 charges virales ont été réalisées par le LBNBC. L'objectif du plan était de réaliser au moins 32 490 (29 536 plus 5% de majoration pour les résistances), soit 90% des patients sous TARV. Pour atteindre ces résultats, la capacité des laboratoires (LNBCSP, St Michel à Bouar, Bambari, Carnot et Bimbo) devrait être renforcée en termes de formation et équipement, notamment l'achat de 4 GeneXperts (action 4.1.2). Le programme devrait acquérir des intrants (action 3.1.4) pour la charge virale et assurer le transport des prélèvements vers les laboratoires de référence (action 3.1.5).

De 2017 à juin 2018, 4992 charges virales ont été réalisées par les 2 laboratoires de référence de Bangui. Le programme n'a pas les données de Carnot, Berbérati et Paoua qui disposent des appareils GeneXpert. Quatre appareils GeneXpert ont été achetés pour être installés à Bangui (MSF), Berbérati (Fonds mondial), Bossangoa (MSF) et Bambari (Fonds mondial).

7.5.2 TUBERCULOSE

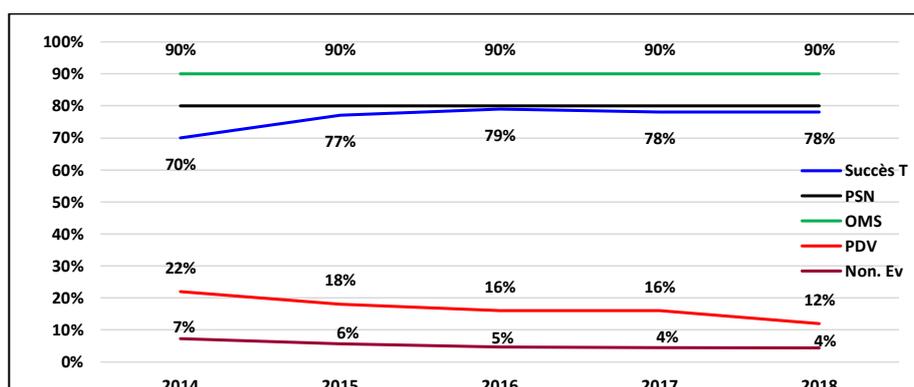
Le tableau xx donne l'évolution des indicateurs de performance de la prise en charge des cas de Tuberculose vers l'objectif de 2020

Tableau xxx: Evolution des indicateurs de performance du système de prise en charge de la Tuberculose de 2017 à S1 2019 par rapport à l'objectif de 2020				
Indicateurs	Cibles par année			
	2017	20018	2019 S1	2020
1. Nombre de cas déclarés de tuberculose, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués, nouveaux cas et récidives			Gap 50% en 2018	
Cibles PSN	9830	11032		
Cibles attendus	10437	10958		
Proportion d'enfant	20727	22236		
2. Taux de succès thérapeutique- toutes formes confondues: Pourcentage de cas de TB, toutes formes confondues, bactériologiquement confirmés et diagnostiqués cliniquement, traités avec succès (guéris et traitement terminé) parmi tous les cas de TB ayant commencé le traitement pendant une période déterminée, nouveaux cas et récidives			12% de PDV	
OMS	90%	90%		
PSN	80%	80%		
Succès Thérapeutique	78%	78%		
PDV	16%	12%		
Non. Evalués	4%	4%		
3. Nombre de cas de tuberculose, résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multirésistante confirmés			Gap important de détection	
Nb TBMR estimés OMS	140	150		
Nb TBMR dépisté	92	60		
Nb TBMR mis en T3	81	53		
4. Nombre de cas de tuberculose résistante à la rifampicine et/ou tuberculose multirésistante qui ont commencé un traitement de deuxième intention			Gap de 10% depuis 5 ans	
Nomes OMS	90%	90%		
Succès thérapeutique	80%	80%		
Décès chez les tuberculeux VIH plus et couverture en ARV et Cotrimoxazole				
Nombre de décès	576	581	?	?
Tendance souhaitée	496	456	416	374.4
5. Pourcentage de nouveaux patients tuberculeux et de rechutes, séropositifs au				

VIH, sous traitement antirétroviral au cours du traitement de la tuberculose				
Tot. cas TB (ttes. Formes)	9830	11032		
Tot. cas testés au VIH	7520	8738 (79%)		
Séropositivité VIH	2099	2274 (25%)		
Tot. cas TB VIH+ sous TARV	1542	1923 (84%)		
Tot. cas TB VIH+ sous CTX	1320	1437 (75%)		
6. Pourcentage des établissements de santé n'ayant pas signalé une rupture de stock des médicaments essentiels				

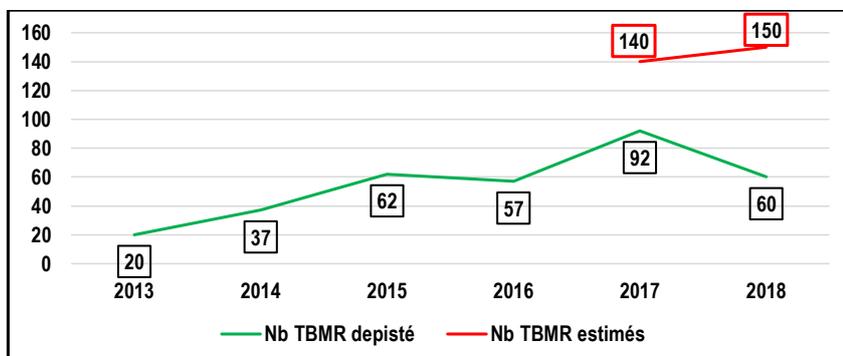
Succès thérapeutique TB sensible

Le succès thérapeutique connu une croissance de 2014 à 2015 et est resté stationnaire jusqu'en 2018 autour de 78%. Ce succès thérapeutique n'a jamais atteint la barre de 80% tel planifié dans le PSN ni la norme de l'OMS qui est d'au moins 90%. Il est à noter que la proportion de perdue de vue a significativement régressé pour atteindre 50% de réduction de 2014 (22%) à 2018 (12%). Mais cette proportion de 12% en 2018 demeure encore très élevée et inacceptable. La proportion de Malades non évalué a connu aussi une régression passant de 7% en 2014 à 4% en 2018. Cette proportion reste aussi trop élevée. Ces deux issues thérapeutiques défavorables (Perdus de vue et Non évalué) expliquent la contreperformance du succès thérapeutique et méritent des actions correctrices efficaces.



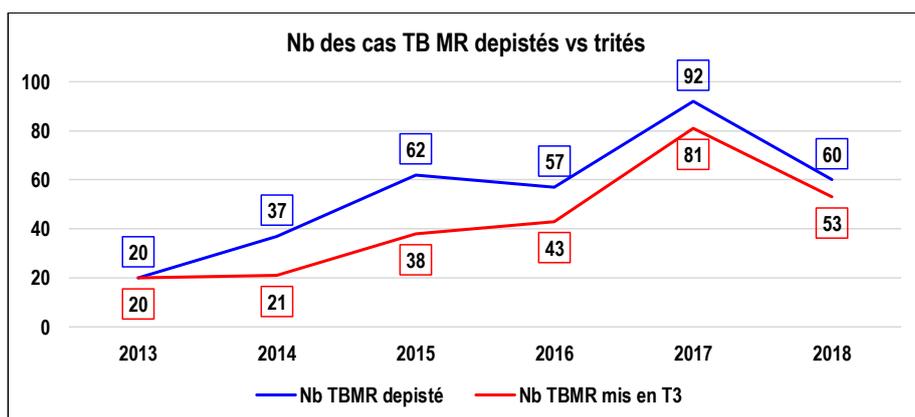
Détection TBMR

La notification de cas de tuberculose à bacilles pharmaco résistants a connu une ascension de 2013 avec 20 à 2017 avec 92 cas puis une régression très sensible en 2018 avec 60 cas. Malgré cette ascension, il a toujours existé un grand gap entre l'incidence estimée par l'OMS et l'incidence notifiée. En 2018, le gap de détection est de 90 malades soit 150 contre 60 notifiés. Il est important de rappeler que tous ces malades proviennent de de la Région sanitaire 7



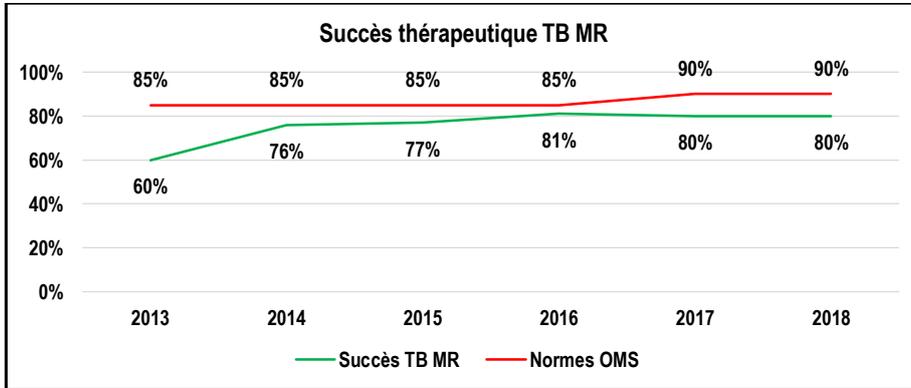
Couverture en traitement TBMR

La mise en traitement des malades tuberculeux à bacilles pharmaco résistants n'a été totale qu'en 2013 où les 20 malades dépistés ont été tous mis en traitement. Depuis lors, la mise en traitement des malades dépistés n'a jamais été totale et l'écart est passé de 24 malades en 2015 à 7 malades en 2018. Il sied de rappeler que le pays dispose de cures pour tous les malades TB pharmaco résistants dépistés.



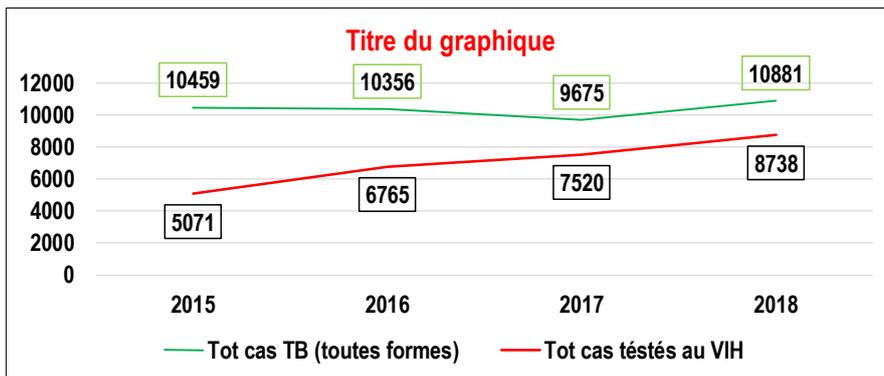
Succès thérapeutique TBMR

Le succès thérapeutique des malades tuberculeux à bacilles pharmaco résistants a connu une augmentation notable passant de 60% en 2013 pour atteindre 81 en 2016 puis il est resté stationnaire depuis lors jusqu'en 2018. Les malades sont suivis en ambulatoire et certains sont hospitalisés au CHU selon leur état de santé



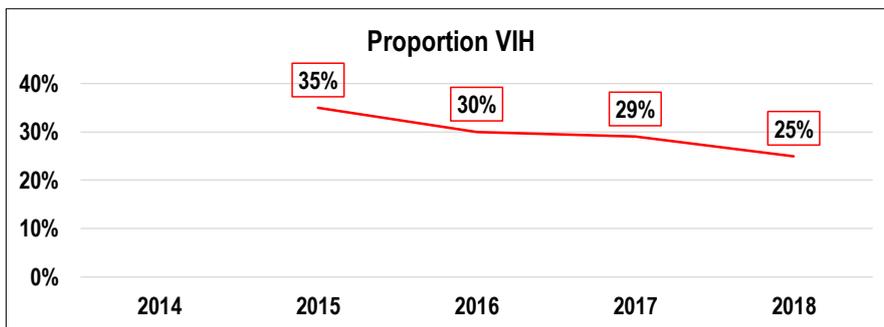
Dépistage VIH chez les TB (Voir VIH pour harmonie)

Le dépistage de VIH chez les malades tuberculeux a connu une amélioration passant de 50% (5071 sur 10779) à 80% (8738 sur 11038) (Figure xxx).



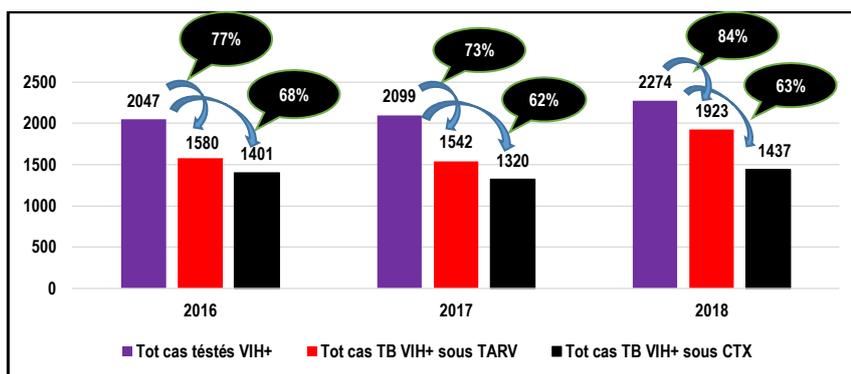
Tendance annuelle de la séroprévalence chez les TB testés

On note une meilleure précision de la séroprévalence suite à l'augmentation de l'échantillon des malades TB testés au VIH chaque année. Cette proportion est passée de 35% en 2015 pour se situer à 25% en 2018.



Couverture TARV et prophylaxie cotrimoxazole chez TB-VIH

La proportion des malades tuberculeux coïnfectés au VIH ayant bénéficié des ARV a connu une baisse de 77% en 2016 à 73% en 2017 pour connaître une ascension à 84% en 2018 tandis que la proportion de tuberculeux bénéficiant de la prophylaxie au cotrimoxazole a connu régression totale passant de 68% en 2016 pour atteindre 63% en 2018. Le pays ainsi que les partenaires ont mis en œuvre un plan de rattrapage qui a permis d'atteindre ces résultats concernant le TARV. Cependant avec les différentes ruptures en 2019, il y a lieu de craindre une régression significative de ces indicateurs dans les années qui viennent.



Disponibilité des médicaments anti TB

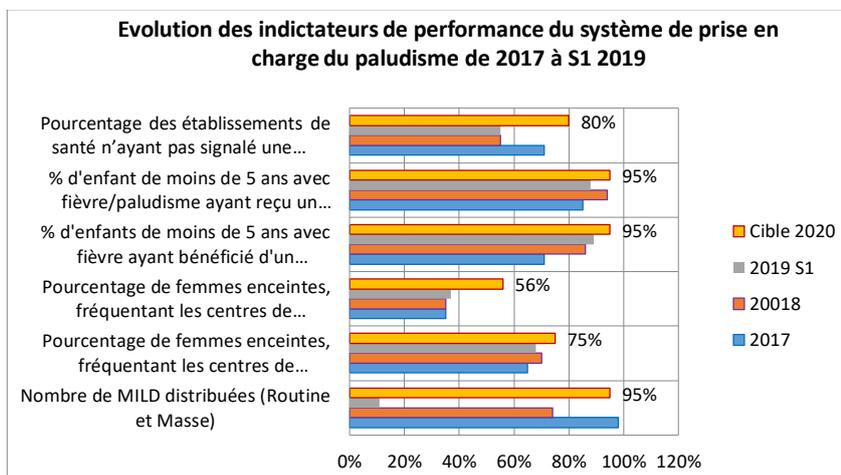
Avec les données de service pharmaceutique des antituberculeux, les 80 CDT ont connu une disponibilité des médicaments antiTB à 100% pour la TB sensible ainsi que la TBMR. Cependant le programme TB ne dispose pas des médicaments adjuvants contre les effets secondaires indésirables survenant chez les malades TBMR conformément aux Directives de prise en charge TBMR. En outre le pays n'avait la cure prévisionnelle en stock pour les malades TB à bacilles ultrarésistante. Les 2 cas pré-XDR sont mort sans bénéficiés d'un traitement adéquat.

7.5.3 PALUDISME

GENERALITES SUR L'EVOLUTION DES INDICATEURS DU PALUDISME

Après une année de mise en œuvre du PSN 2018-2022, les principaux indicateurs se présentent comme indiqué dans le tableau xx qui donne l'évolution des indicateurs de performance de lutte contre le paludisme

Tableau xxx: Evolution des indicateurs de performance du système de prise en charge du paludisme de 2017 à S1 2019 (Rapport d'activités 2018 et PSN 2018-2022)				
Indicateurs	Cibles par année			
	2017	20018	2019 S1	2020
1. Nombre de MILD distribuées (Routine et Masse)	98%	74%	11%	95%
2. Pourcentage de femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu une dose de TPI	65%	70%	68%	75%
3. Pourcentage de femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu trois doses ou plus de TPI	35%	35%	37%	56%
4. % d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre ayant bénéficié d'un diagnostic biologique du Paludisme	71%	86%	89%	95%
5. % d'enfant de moins de 5 ans avec fièvre/paludisme ayant reçu un traitement selon les directives nationales) dans une FOSA	85%	94%	88%	95%
6. Pourcentage des établissements de santé n'ayant pas signalé une rupture de stock des médicaments essentiels	71%	55%	55%	80%



Figurexxx: Evolution des indicateurs de performance du système de prise en charge du paludisme de 2017 à S1 2019

De façon générale, on observe une bonne progression des indicateurs vers l'atteinte des cibles de 2020. Spécifiquement les indicateurs mesurant la distribution de MILDA, la gestion des stocks des intrants de lutte contre le paludisme et de l'administration de la 3^{ème} dose du traitement préventif chez la femme enceinte, présentent des gaps importants par rapports à 2020, allant de 20 à 25 points. En revanche, les écarts des indicateurs de TPI1, le traitement des cas de paludisme de confirmation systématique des cas suspects de paludisme et traitement par CTA sont inférieurs à 10 points. Toutefois, la qualité des données méritent d'être auditées.

PREVENTION DU PALUDISME

L'ensemble des interventions de base recommandées par l'OMS pour prévenir l'infection palustre comprend entre autres la lutte anti vectorielle et la chimio prévention.

Lutte anti vectorielle

Distribution de moustiquaires imprégnée de longue durable d'action en campagne de masse

La stratégie en vigueur en RCA, est la distribution massive et gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action à raison d'une MILDA pour 02 personnes lors des campagnes de masse tous les 03 ans. Mais en raison de la situation d'insécurité, la distribution de masse de MILDA, qui a démarré en 2015 s'est poursuivie jusqu'en 2019. Cette campagne ne s'est pas étendue à tout le pays, elle a été réalisée de façon parcellaire c'est-à-dire par groupe de sous-préfectures, par conséquent les progrès sont appréciés, non par rapport à la couverture des ménages et populations, mais à travers le nombre de sous-préfectures couvertes au cours des années successives. Ainsi le taux de couverture en MILDA de 1% des sous-préfectures en 2016, à 11% en 2017 précisément dans la région sanitaires⁷ où se trouve la ville de Bangui, pour atteindre 29% de sous-préfectures en 2018. Quant à la couverture en MILDA de la population des zones couvertes, elle est de plus de 85%. La figure xxx montre les résultats et les progrès de la mise en œuvre

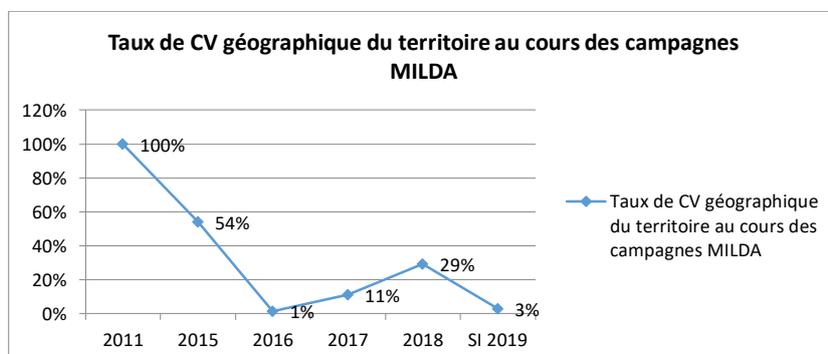


Figure xxx : Graphique de la distribution de MILDA en campagne de masse de 2011 à 2018 ans 14 sous-préfectures en 2019

Distribution de moustiquaires à imprégnée de longue durée d'action en routine

Le PSN 2018-2022 a consacré la distribution régulière et gratuite de MILDA dans les FOSA de façon routinière aux femmes enceintes lors des CPN 1, aux enfants de moins d'un an lors de la vaccination en Penta 3 et aux groupes spéciaux (Camps des déplacés internes, Réfugiés, Ecoles, Internats, Hôpitaux, Prisons, Campements Peulhs et Pygmées, Colonies de pêches, Casernes militaires). Le

tableau xxx montre le nombre MILDA distribué en routine aux groupes vulnérables et par région sanitaire en 2018

Tableau xxx : Distribution de MILDA en routine aux groupes vulnérables par région sanitaire en 2018 (Rapport d'activités 2018)

Régions sanitaires	MILDA en CPN	MILDA au PEV	MILDA au PDI
RS1	8938	5159	445
RS2	9397	4297	847
RS3	12287	5868	1075
RS4	5288	2491	3111
RS5	97	74	316
RS6	593	197	671
RS7	3460	2523	23
RCA	40060	20609	6488

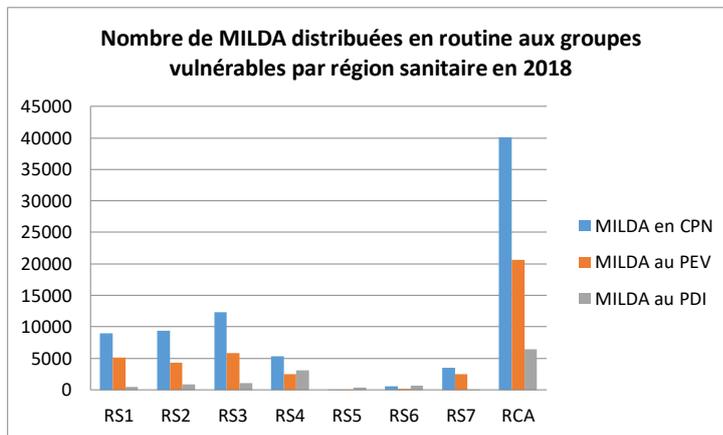


Figure xxx : Nombre de MILDA distribuées en routine aux groupes vulnérables par région sanitaire en 2018 (Rapport d'activités 2018)

Le tableau xxx montre un nombre élevé, plus de 10 000 MILDA distribuées en routine dans les régions sanitaires RS1, RS2, RS3 et RS4. En revanche dans les districts des RS5, RS6, RS7 à peine 5000 MILDA ont été distribuées. Cette situation s'explique par le fait que les MILDA de la routine ont été utilisées pour la campagne de masse, ce qui a créé une rupture dans les FOSA ayant enregistré une faible performance.

Evolution de la distribution des MILDA en routine et lors des campagnes de masse

La somme des MILDA distribuées en routine et lors des campagnes de masse a enregistré un écart de 6 points en 2018. Ce gap risque de s'accroître en 2019 puisque jusqu'au troisième trimestre la couverture en MILDA est de 11% (Cf. Figurexxx).

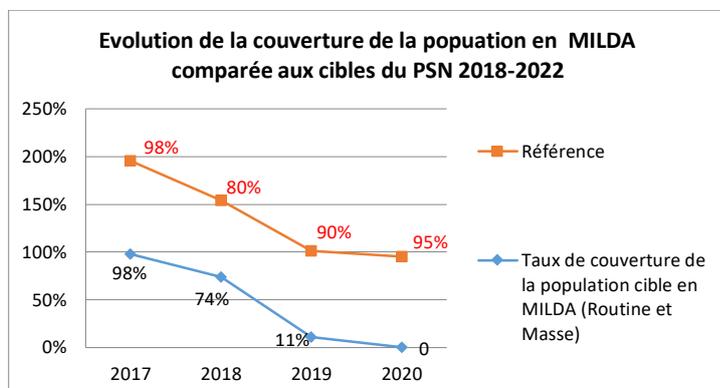


Figure xxx : Evolution de la couverture de la population cible en MILDA

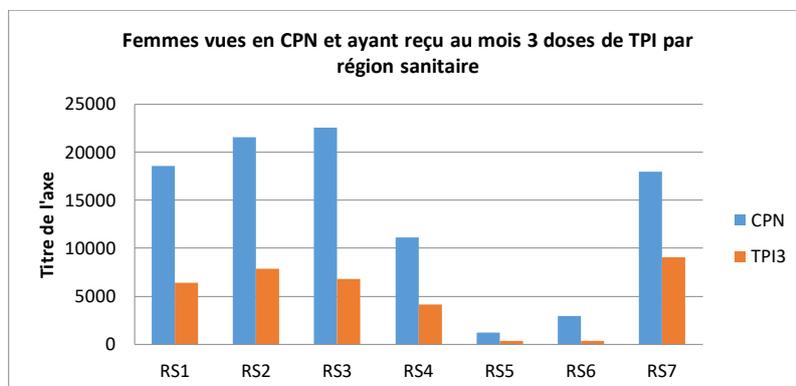
NB : la pulvérisation intradomiciliaire (PID), l'assainissement du milieu et la gestion de l'environnement ont été identifiés comme des interventions de la lutte antivectorielle dans le PSN 2018-2022, mais ne sont pas encore mis en œuvre.

Chimioprévention Résultats et progrès de la mise en œuvre

Dans la prévention du paludisme, la chimioprévention recommandée par l'OMS comprend actuellement le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPIg) et chez le nourrisson (TPI n), et la chimioprévention saisonnière chez les enfants de moins de 5 ans. En RCA, seul le TPIg avec administration gratuite de la Sulfadoxine-Pyriméthamine, selon la stratégie « DOT » pendant les CPN à partir du 2ème mois de grossesse à intervalle d'1 mois jusqu'à l'accouchement, est pratiqué. Le TPI n qui pourrait contribuer à réduire le fardeau de la maladie chez les enfants de moins de 5 ans est encore à l'étude. Le tableaux présente les femmes vues en CPN ayant reçue au moins trois doses de TPI.

Tableauxxx : Femmes vues en CPN ayant reçu au moins trois doses de TPI par région sanitaire (Rapport d'activités 2018)

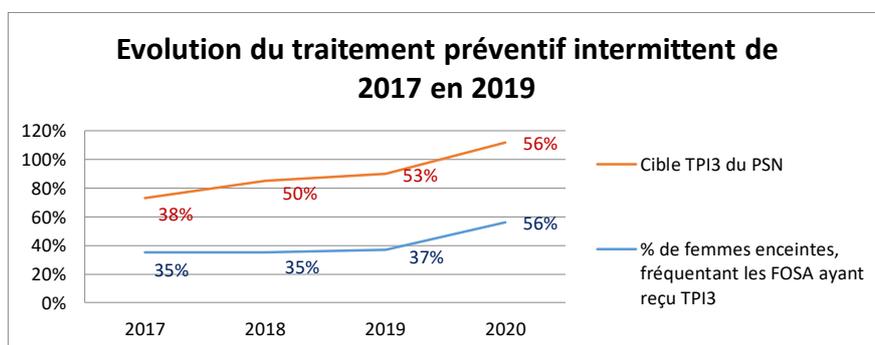
Femmes ayant été vues en CPN et ayant reçu au moins 3 doses de TPI	CPN	TPI3
RS1	18553	6439
RS2	21561	7865
RS3	22551	6790
RS4	11127	4139
RS5	1201	344
RS6	2984	380
RS7	17944	9095
Total	95921	35052



Figurexxx : Graphique des femmes vues en CPN ayant reçu au moins trois doses de TPI par région sanitaire (Rapport d'activités 2018),

Le graphique de la figure xxx montre un écart significatif d'environ 67 points entre les CPN1 et les femmes qui ont bénéficié de 3 doses de TPI au cours de la grossesse. Les régions sanitaires (RS) 2, 4 et 7 sont les plus performantes avec une couverture en TPI3 qui varie de 35 à 51% contre des valeurs allant de 13% à 30% pour les RS3, 5, 6. Les barrières culturelles, l'accessibilité géographique et financière, la faible qualité des services, associée aux problèmes de disponibilité des services (rupture d'intrants), peuvent expliquer ces écarts.

Evolution du traitement préventif intermittent de 2017 en 2019



Figurexxx : courbe montrant l'évolution des TPI3 par rapport aux cibles du PSN 2018-2022

La figure xxx montre une courbe de TPI3 avec une faible ascendance et loin des objectifs du PSN 2018-2022. Lorsque qu'on compare le pourcentage de femmes qui utilisent les services de CPN et celles qui reçoivent 3 doses de TPI, on remarque une très grande différence avec un taux d'abandon, entre les CPN1 et les TPI3 qui avoisine les 43%. Cela traduit une relative bonne utilisation de nos services, mais faute de communication interpersonnelle renforcée et soutenue, ajoutées aux barrières précédemment mentionnées, la fréquentation de nos services reste faible.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME

L'éventail des structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles répertoriées, et capables d'offrir des services de soins est de 1008 FOSA (Rapport Herams), Seules 842 de ces FOSA sont fonctionnelles dont 736 appuyées par les subventions du Fonds Mondial soit 75%. Les 25% des FOSA fonctionnelles qui sont privées d'appui du Fonds Mondial s'approvisionnent par des circuits non conventionnels.

Diagnostic parasitologique et traitement des cas confirmés ;

Pour le diagnostic du paludisme, la confirmation biologique systématique des cas suspects de paludisme dans toutes les FOSA publiques, privées et confessionnelles a été retenue comme stratégie, avant tout traitement du paludisme simple. Les TDR sont conséquemment utilisés dans toutes les FOSA, y compris les structures de référence (Hôpitaux et Etablissements de diagnostic centraux, régionaux, de district). La microscopie est réservée exclusivement aux structures de référence et aux centres de santé.

Quand bien même cette stratégie répond aux recommandations de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS, les ruptures fréquentes d'ILP tels que les TDR, l'insuffisance d'équipement approprié et de réactifs pour la microscopie, mais aussi l'insuffisance de ressources humaines compétentes, constituent un frein à une offre de service de qualité. Entre autres conséquences, nous pouvons signaler la classification des cas en paludisme simple et grave qui est peu maîtrisée dans les FOSA visitées et le traitement institué qui est inadapté (Cf. annexes).

Toutefois, nous notons avec satisfaction une utilisation quasi systématique des tests de diagnostic rapide et de microscope, ce qui réduit la consommation excessive des CTA et améliore le diagnostic et la prise en charge correcte des maladies fébriles non palustres. Le Tableau xxx nous montre le nombre de cas de paludisme confirmé qui ont reçu un traitement par région

Tableau xxx: Nombre de cas de paludisme confirmé qui ont reçu un traitement par région

Régions sanitaires	Cas confirmés	Cas confirmés traités
RS1	126019	118205
RS2	102583	99352
RS3	152209	142415
RS4	37370	35996
RS5	20575	20398
RS6	18740	18740
RS7	164003	158206

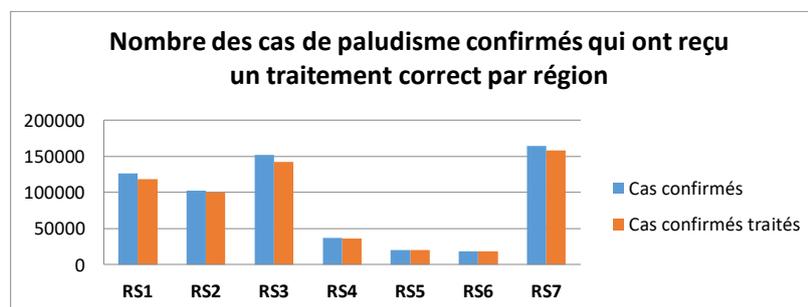


Figure xxx : Nombre des cas de paludisme confirmés qui ont reçu un traitement correct par région

La figurexxx montre des barres quasiment identique attestant que la plupart des cas confirmés par un test parasitologique sont traités. L'écart le plus élevé est de 6% et concerne les RS1 et RS3. La performance de l'ensemble des régions sanitaires par rapport à cet indicateur est supérieure à 90%. Nous recommandons cependant un audit de la qualité des données, des tests biologiques et du traitement pour une meilleure appréciation de la situation de prise ne charge, compte tenu du niveau des prestataires.

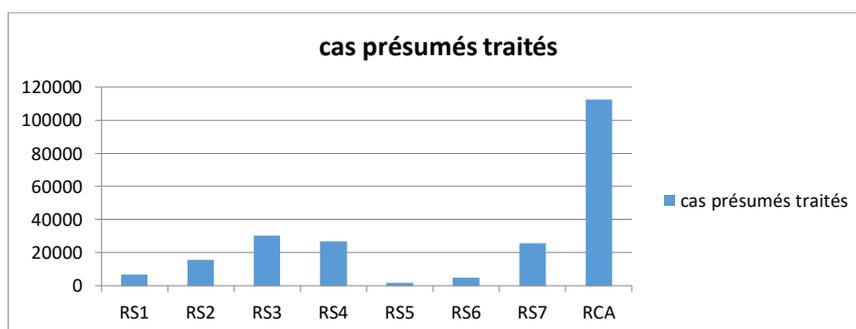
Tous les cas de paludisme simple colligés dans les registres de consultation des FOSA visitées ont reçu des CTA, toutefois, les posologies administrées ne respectaient pas toujours le poids des patients. Par ailleurs plusieurs cas de paludisme qualifiés de grave ont été traité par Arthéméter en ambulatoire.

Diagnostic et traitement de cas présumés

En dépit de la confirmation systématique avant traitement, recommandée par le PSN 2018-2022 et mise en œuvre quasi systématiquement, on dénombre encore un nombre important de cas présumés dans les FOSA. Il s'agit des cas suspects traités de façon présomptive par les prestataires des FOSA en l'absence de confirmation. Les ruptures fréquentes d'ILP et la persistance du paradigme selon lequel toute fièvre correspond au paludisme, peuvent expliquer cette situation. Le tableauxx montre les cas présumés traités dans les FOSA et par région.

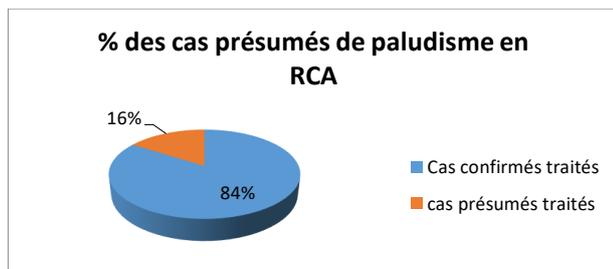
Tableau xxx : nombre de cas présumés dans les FOSA et par région

cas présumés traités	
RS1	6899
RS2	15650
RS3	30322
RS4	26895
RS5	1910
RS6	4844
RS7	25731
RCA	112251



Figurexxx : Nombre de cas présumés ayant reçu une CTA par région

La proportion des cas présumés est 16% soit 112 251 cas traités sans confirmation avec des CTA, ce qui est énorme et augmente les cas de paludisme notifié chaque année par la RCA. La figure xxx indique graphiquement cette tendance.



Figurexxx : Camembert indiquant la proportion des cas présumés de paludisme

Prise en charge du paludisme dans la communauté

La prise en charge communautaire intégrée des cas de paludisme est encore balbutiante et ne couvre que 29% des besoins du pays. Elle est appuyée par les partenaires que sont l'UNICEF, le Fonds Mondial à travers le principal bénéficiaire World Vision et enfin par Mentor Initiative. Son extension est progressive et est passée de 29 sites en 2016 à 280 sites en 2019, correspondant à 21 sous-préfectures sur 72 que compte le pays. Elle utilise les agents de santé communautaires (ASC) dont 280 ont été formés sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (identification de la fièvre, réalisation de TDR, traitement des cas simples et référencement des cas graves après avoir instauré un traitement de pré-transfert). Si les intrants du paludisme sont disponibles, ce n'est pas toujours le cas pour les intrants pour la prise en charge des IRA et des diarrhées.

4 ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES TROIS MALADIES

FORCES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE		
VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
Couverture/Offre de Service (Appui à la prise en charge médicale, Services de référence Diagnostic biologique, Diagnostic et traitement)		
<p>Hôpital du jour Unité de Pédiatrie ?? 13 labo de CDV Labo CV Génotypage à l'IP 99 UPEC dont 10 privé et confessionnels Les CTA étant considéré comme des centre de références y compris pour le coaching des agents des UPEC ; 72% des FOSA CPN ont été formés pour l'intégration de la PTME La séropositivité dans la région sanitaire 4 est de 8% mais très peu de personne ont été dépistées. Le dépistage a été faible dans les tranches d'âges des pré-adolescents et adolescents. Le taux de dépistage des conjoints reste faible (moins de 20%) Persistance de la médicalisation du dépistage Fréquence et durée de la rupture de stock des intrants biologiques</p>	<p>Centre TB-MR Centre Pédiatrique LNR (I Pasteur) 8 Sites GenXpert 1 CD 84 CDT 4 CT</p>	<p>Hôpitaux et Centres de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à échelle des TDR pour confirmation du diagnostic • 842 FOSA fonctionnelles/1009 dont 736 appuyées par les subventions du Fonds Mondial • Mise à échelle des CTA pour traitement du paludisme simple • Disponibilité des médicaments et autres intrants ; • Distribution de MILDA selon les deux méthodes : Campagnes de distribution de masse et en routine des MILDA au service PEV et en CPN ; • Traitement Préventif Intermittent du paludisme chez la femme enceinte (TPIg) avec l'utilisation de la SP à partir du 2ème trimestre de la grossesse ; • Le passage de TPI2 à TPI3 en 2017 ;
Accès aux services et aux produits de santé (Soins et conseils, Bilan Biologique et Imagerie, Médicaments spécifiques ; Médicaments IO, Appui nutritionnel)		
<p>Long délai du rendu des résultats de PCR du dépistage précoce. Pratiques de recouvrement de couts des dépistages dans certaines FOSA (kits achetés sur fonds propres à cause des ruptures d'intrants).</p>	<p>Gratuits</p>	<p>Gratuité des TDR et des ACT Augmentation des FOSA ravitaillés gratuitement en TDR et en ACT (le nombre de FOSA ravitaillés est passé de à 634 en 2016 à xxx 2018 sur xxx FOSA fonctionnelle.</p>
Qualité		

FORCES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE		
VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
(Respect des Normes et procédures, Outils actualisés, Compétence des prestataires, Contrôle de qualité, collecte de données et rapportage, surveillance des résistances)		
<p>1. Respect des Normes et procédures</p> <p>2. Outils actualisés</p> <p>3. Compétence des prestataires</p> <p>4. Contrôle de qualité</p> <p>5. Système de rapportage</p> <p>Surveillance des résistances et études</p> <p>Directives non actualisées</p> <p>Faiblesse de la coordination et de la collaboration entre le CN-CNLS, les directions et services concernés du MSP</p>	<p>Partiel</p> <p>Oui</p> <p>Oui</p> <p>90% pour la Microscopie disponible</p> <p>Oui</p>	<p>Existence de directive de prise en charge des cas à jour</p> <p>Existence d'une stratégie de prise en charge communautaire et intégrée dans la PCIME</p> <p>Formations à la PEC des cas</p> <p>Mis à échelle du TDR pour la confirmation du diagnostic</p> <p>Quatre (04) Supervisions formatives annuelles programmées par FOSA</p> <p>Existence des supports de collecte et transmission des données (papiers et électronique (MAGPI))</p> <p>Formations de tous les agents de santé à l'utilisation des outils de collecte</p> <p>un rapportage mensuel des activités avec une complétude de 79% au premier semestre 2019 ;</p> <p>Réalisation d'Etudes pour évaluer l'efficacité thérapeutique des CTA et de la résistance des vecteurs aux insecticides (TET, tests de sensibilité aux insecticides, MIS...)</p>
Directives de prise en charge disponible pour chaque programme ;		
Utilisation des Services et des produits de Santé		
(Notification, Fréquentation et Traitements, Observance du TRT, Satisfaction des bénéficiaires)		
<p>Insuffisance d'information et de sensibilisation de la population sur le VIH et le dépistage au niveau national,</p> <p>Insuffisance d'implication des communautaires dans les activités de sensibilisation et de mobilisation sociale</p>	<p>11032 cas de TB dont 1861 enfants 2018</p> <p>60 cas TBMR en 2018</p> <p>Non appréciée</p>	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'utilisation des services de santé 65% ; Taux de fréquentation des services de santé 70% ; Taux élevé de TPI1 68% ;

FAIBLESSES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE		
VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
Couverture/Offre de Service (Appui à la prise en charge médicale, Services de référence Diagnostic biologique, Diagnostic et traitement)		
<ul style="list-style-type: none"> • absence d'un système d'acheminement des échantillons pour la CV vers les labos de référence • insuffisance de supervision • Certains sites PTME (56%) n'offrent pas le paquet complet des activités PTME • Absence d'intégration du dépistage des femmes dans le continuum SMNI, • Rupture fréquente en kits de dépistage, en ARV et en médicaments IO. • Pas de programme ciblant les populations clés • Faible niveau d'identification et de prise en charge des enfants infectés : • Sous dépistage des enfants malgré l'énorme besoin (PCR<12%) • Difficultés des sites à l'exception de Bangui pour acheminer les prélèvements aux labos de référence, malgré la disponibilité des primes de motivation pour l'acheminement des prélèvements ; • Manque d'intégration de la PECP par les ARV dans les FOSA CPN ; • Approche verticale (Faible intégration des activités des trois maladies y compris le personnel) • Absence d'outils pour le screening et pour le suivi et le rapportage des personnes 	<p>Genexpert insuffisants et peu fonctionnels Absent dans RS1 et RS5 Un CDT pour 60.000 en lieu et place de la couverture universelle (CSU) en soins TB de qualité Insuff de CT pour appliquer le TDO</p> <p>L'offre de test VIH aux malades TB n'est pas optimale (79%) ainsi que la couverture en ARV (84%). La séropositivité VIH chez les TB est très élevée à 25%.</p>	<p>Persistance du nombre élevé de cas présumés de paludisme</p> <p>Faible couverture des femmes en TPI3 qui est de 37% du fait des barrières culturelles, l'accessibilité géographique et financières et la faible qualité des services).</p> <p>Rupture fréquente des intrants biologiques</p> <p>Faible couverture du pays en FOSA tenues par des personnels qualifiés soit environ 30% des 842 FOSA fonctionnelles et des 1008 FOSA que compte le pays ;</p> <p>Campagne de masse s'est étendue sur 5 ans pour raison sécuritaire ;</p> <p>Un quart (1/4) des FOSA non prises par la subvention du Fonds Mondial par non soutenues en médicaments et autres intrants de lutte contre le paludisme</p>

FAIBLESSES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE		
VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
<p>suspectées de TB ou chez qui la TB active a été exclue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de données sur la prise en charge des populations clés sur fond de stigmatisation • La faible disponibilité des tests de dépistage VIH au niveau des CDT, • La faible intégration des services TB/VIH (guichet unique) • Très faible participation communautaire et des agents psychosociaux dans la prise en charge. • La faible couverture de l'offre de la PTME surtout pour les villes de province (insuffisance d'intégration de la PTME dans la CPN) • L'insuffisance de la mise en œuvre de l'approche famille, • Le manque d'implication des hommes dans la PTME, • Directives non actualisées • Indisponibilité des services dans 18% des sites qui offrent la CPN et faible taux de fréquentation de la CPN • Tous les sites PTME n'offrent pas la dispensation des ARV ce qui pourrait expliquer le fait que 10% des femmes dépistées positives n'aient pas eu les ARV pour la réduction de la TME. • La recherche TB chez les PVVIH n'est pas systématique. 		

FAIBLESSES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE		
VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
Accès aux services et aux produits de santé (Soins et conseils, Bilan Biologique et Imagerie, Médicaments spécifiques ; Médicaments IO, Appui nutritionnel)		
<ul style="list-style-type: none"> • 47% des PVVIH connaissant leur statut n'étaient pas mis sous traitement en 2018 • Parmi les PVVIH sous ARV en 2018, 77% n'ont pas eu accès à la CV. • Diminution du nombre des femmes enceintes VIH+ sous ARV : 69% en 2016 à 63% en 2018 ; • Faible proportion (24% en 2018) de nouveaux nés exposés ayant bénéficié du dépistage précoce ; • La PECP reste encore faible (seulement 25% des enfants sont sous TAR). • Protocole de traitement ne prend pas en compte dépister et traiter • Insuffisance de recherche de perdus de vue • Mauvaise exploitation des résultats de la charge virale. • Lourd bilan pré-thérapeutique • Absence de soutien nutritionnel et alimentaire • Insuffisance du réseau de laboratoires • Les directives de prise en charge des ARV n'intègre pas la prise en charge des infections opportunistes • Absence dans la liste des médicaments essentiels des ARV actifs sur le couple VIH/Hépatite C et des médicaments contre les infections opportunistes à forte létalité • Le faible taux de dépistage précoce et à 18 mois est liée 	<p>Insuffisance de prise en compte de la population clé (services différenciés)</p> <p>Seulement 9% des FOSA offrent des soins en matière de tuberculose sur l'ensemble du pays,</p> <p>Offres limitées des soins pour des pop. clés (prisonniers, Contacts, PVVIH, déplacés, miniers</p> <p>Gap de détection des cas TB sensibles à 50% soit 11241 cas manquants en 2018,</p> <p>Gap de détection 90 malades TB MR en 2018,</p> <p>Succès thérapeutique faible des malades mis sous traitement à 78%</p> <p>Insuffisance de Radiographie et autres intrants pour faciliter le diagnostic TB des enfants,</p> <p>Déficit de dépistage de TB sensible à 50%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Succès thérapeutique TB MR insuffisant avec un gap de 10% depuis plus de 5 ans. 	<p>Faiblesse de la distribution des MILD en routine</p> <p>Le faible accès des patients aux examens de laboratoires</p> <p>Etudes d'efficacité thérapeutique des antipaludiques irrégulières</p> <p>Insuffisance des capacités du personnel de labo en microscopie</p> <p>Insuffisance des autres stratégies de LAV (PID, lutte antilarvaire);</p> <p>Insuffisance dans la sensibilisation/information sur le paludisme et l'assainissement (Activités programmées/Réalisées) ;</p> <p>insuffisance de production des supports de communication pour la sensibilisation (Affiches, posters, kakemonos, vidéos...</p>

FAIBLESSES DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE		
VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
<p>aux difficultés de transport des DBS et à la perte des vue des enfants après la naissance et la faible intégration des services CPN/PEV/PTME.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le non suivi des activités des laboratoires effectuant la CV par le programme en dehors de l'IPB et le laboratoire national ; • Difficultés des sites à l'exception de Bangui pour acheminer les prélèvements aux labos de référence, malgré la disponibilité des primes de motivation pour l'acheminement des prélèvements ; • La stratégie de transport de plasma vers les laboratoires pour la charge virale n'est pas efficace • Rupture de réactifs (St Michel et Berberati), St Miche- insuffisance de personnel. Le FM ne couvre pas les frais de CV pour St Michel en 2018. • le non-respect de l'algorithme de la CV (les patients avec CV supérieure à 1000 copies ne bénéficient pas de séances de renforcement de l'adhérence au traitement). • Le pourcentage de PVVIH qui ont une charge virale supprimée (24% au des 73% recommandés par l'OMS et l'ONUSIDA) est trop faible pour avoir un impact sur la prévention du VIH. 		

Qualité (Respect des Normes et procédures, Outils actualisés, Compétence des prestataires, Contrôle de qualité, collecte de données et rapportage, surveillance des résistances)		
<p>Paquet incomplet de soins fournis au PVVIH :</p> <p>Absence d'un dispositif pour la recherche des perdus de vue (insuffisance des ressources pour appuyer les communautaires)</p> <p>Absence de l'Education thérapeutique des patients dans le circuit de la PEC pour améliorer l'adhésion et l'observance au traitement ARV (personnel non formé)</p> <p>Insuffisance de suivi biologique pour le suivi de l'efficacité du traitement (pas de ressources, service non disponible dans certains sites)</p> <p>Absence d'accompagnement psychologique des PVVIH (insuffisance de RECOs formes)</p> <p>Insuffisance d'intervention pour surveiller la résistance au traitement ARV</p> <p>Absence de prévention de la tuberculose chez les PVVIH (pas d'application de directives)</p> <p>Très peu d'enfants exposés ont reçu à la naissance une prophylaxie ARV (44%) (insuffisance d'ARV et problème organisationnel)</p> <p>Seulement 63% des PVVIH sous ARV ont une CV supprimée (rupture de stock intempestive, changement de régime de traitement intempestif, prestataire n'appliquant pas correctement l'algorithme de la CV)</p> <p>Faible demande en CV et en dépistage précoce</p>	<p>Non prise en compte de certaines recommandations de l'OMS dans les directives en cours d'application : Le nombre de décès chez les tuberculeux VIH+ sous ARV et Cotriloxaole est resté stationnaire depuis 5 ans, sans régression.</p> <p>Application insuffisante des « Traitement Directement Observé » hebdomadaire vs quotidien,</p> <p>Retard de mise à jour des supports d'information dans les structures de prise en charge (registre de traitement TB)</p> <p>Recherche passive des cas vs recherche active des cas, Personnel non qualifié dans la majorité des structures dispensant les soins, Ancien schéma thérapeutique TBMR vs nouveau compris avec les nouvelles molécules (bedaquiline, delamnaide).</p>	<p>Doute sur la bonne application des directives de Prise en charge</p> <p>Insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines aussi bien au niveau central (SLP) qu'au niveau déconcentré (5 personnes pour tout le service.)</p> <p>Insuffisance des interventions pour surveiller le niveau des résistances aux médicaments dans les trois programmes et le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides</p> <p>Absence d'Etude sur les Déterminants liés au Paludisme (MILDA, TPI, comportementaux...);</p> <p>Absence de système de pharmacovigilance ;</p> <p>Absence des activités de contrôle qualité de la microscopie ;</p> <p>Insuffisance de spécialistes en entomologie ;</p> <p>Insuffisance dans la qualité de la prise en charge dans les FOSA ;</p> <p>Insuffisance en personnels qualifiés ;</p> <p>Insuffisance d'interaction entre les différentes parties (DLMT et partenaires) : certains rapports ne sont pas partagés, certaines activités ne sont pas capitalisées</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de l'éducation thérapeutique • Mauvaise gestion des ARV : rupture ou surstock d'ARV dans certains sites entraînant des péremptions • Faiblesse de la supervision formative et absence de coaching • La stratégie de délégation de tâches n'est pas appliquée • Insuffisance de la prise en charge pédiatrique <ul style="list-style-type: none"> • Faible collaboration et concertation entre le CN-CNLS, les directions et services concernés du MSP et les FOSA • Personnel des FOSA peu qualifié et numériquement insuffisant 		
Utilisation des Services et des produits de Santé (notification, examens biologiques et traitement, observance du TRT, satisfaction des bénéficiaires)		
<p>Organisation inadéquate des transports des échantillons des FOSAS vers les labos de référence, ce qui entraîne une sous-utilisation des laboratoires.</p> <p>Absence de traçabilité des patients sous ARV (mauvaise tenue des registres, forte auto-mobilité et perdus de vue)</p>	Irrégularité de traitement des malades TB MR au CHUB de suite de retard de de paiement des frais de transport Difficulté de paiement des frais de support nutritionnel pour les TB MR en ambulatoire, Absence des supports nutritionnels pour les TB MR en ambulatoire Insuffisance des mesures de rétention des malades en cours de traitement 12% des malades TB sensibles en traitement sont perdus de vue en 2018,	Faible taux de CPN4 31% ; Faible taux de TPI3 qui est de 37% ;
Bonnes pratiques à promouvoir		
L'engagement de la première dame en faveur du VIH chez les enfants et les adolescents : à l'occasion de la célébration de JMS, la première Dame accompagnée des épouses des membres du Gouvernement a procédé au lancement de la	La mise en place des clubs d'adolescents Pairs-éducateurs dans les 10 arrondissements de Bangui, Bimbo et Begoua et du 'club E Batta Guigui' pour l'appui des pairs et le maintien dans le continuum de soins et	

<p>campagne de dépistage familial à Boali ;</p> <p>L'organisation de la campagne de dépistage de la fratrie des familles PVVIH à Bangui et environs, et certaines villes de province.</p> <p>Le maintien dans le continuum de soins (mise en place des RV harmonisés des femmes de la PTPE pour renforcer l'appui des pairs)</p> <p>la formation des conjoints des femmes PTPE des FOSA de Bangui avec le démarrage du club des hommes PTPE</p> <p>Utilisation du GeneXpert pour le diagnostic de la TB-MR, la numération de la charge virale et la PCR chez l'enfant.</p>	<p>l'engagement des adolescents VIH + comme agent de changement ;</p> <p>La formation des PVVIH enfants, adolescents, femmes PTPE qui a permis de les engager comme pairs éducateurs</p> <p>Intégration de la réalisation des tests de dépistage du VIH dans les CDT</p>	
--	--	--

Qualité (Respect des Normes et procédures, Outils actualisés, Compétence des prestataires, Contrôle de qualité, collecte de données et rapportage, surveillance des résistances)		
<p>Paquet incomplet de soins fournis au PVVIH :</p> <p>Absence d'un dispositif pour la recherche des perdus de vue (insuffisance des ressources pour appuyer les communautaires)</p> <p>Absence de l'Education thérapeutique des patients dans le circuit de la PEC pour améliorer l'adhésion et l'observance au traitement ARV (personnel non formé)</p> <p>Insuffisance de suivi biologique pour le suivi de l'efficacité du traitement (pas de ressources, service non disponible dans certains sites)</p> <p>Absence d'accompagnement psychologique des PVVIH (insuffisance de RECOs formes)</p>	<p>Non prise en compte de certaines recommandations de l'OMS dans les directives en cours d'application : Le nombre de décès chez les tuberculeux VIH+ sous ARV et Cotriloxaole est resté stationnaire depuis 5 ans, sans régression.</p> <p>Application insuffisante des « Traitement Directement Observé » hebdomadaire vs quotidien,</p> <p>Retard de mise à jour des supports d'information dans les structures de prise en charge (registre de traitement TB)</p> <p>Recherche passive des cas vs recherche active des cas,</p>	<p>Doute sur la bonne application des directives de Prise en charge</p> <p>Insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines aussi bien au niveau central (SLP) qu'au niveau déconcentré (5 personnes pour tout le service.)</p> <p>Insuffisance des interventions pour surveiller le niveau des résistances aux médicaments dans les trois programmes et le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides</p> <p>Absence d'Etude sur les Déterminants liés au Paludisme (MILDA, TPI, comportementaux...);</p>

<p>Insuffisance d'intervention pour surveiller la résistance au traitement ARV</p> <p>Absence de prévention de la tuberculose chez les PVVIH (pas d'application de directives)</p> <p>Très peu d'enfants exposés ont reçu à la naissance une prophylaxie ARV (44%) (insuffisance d'ARV et problème organisationnel)</p> <p>Seulement 63% des PVVIH sous ARV ont une CV supprimée (rupture de stock intempestive, changement de régime de traitement intempestif, prestataire n'appliquant pas correctement l'algorithme de la CV)</p> <p>Faible demande en CV et en dépistage précoce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de l'éducation thérapeutique • Mauvaise gestion des ARV : rupture ou surstock d'ARV dans certains sites entraînant des péremptions • Faiblesse de la supervision formative et absence de coaching • La stratégie de délégation de tâches n'est pas appliquée • Insuffisance de la prise en charge pédiatrique <p>Faible collaboration et concertation entre le CN-CNLS, les directions et services concernés du MSP et les FOSA</p> <p>Personnel des FOSA peu qualifié et numériquement insuffisant</p>	<p>Personnel non qualifié dans la majorité des structures dispensant les soins, Ancien schéma thérapeutique TBMR vs nouveau compris avec les nouvelles molécules (bedaquiline, delamanide).</p>	<p>Absence de système de pharmacovigilance ;</p> <p>Absence des activités de contrôle qualité de la microscopie ;</p> <p>Insuffisance de spécialistes en entomologie ;</p> <p>Insuffisance dans la qualité la prise en charge dans les SA ;</p> <p>Insuffisance en personnels qualifiés ;</p> <p>Insuffisance d'interaction entre les différentes parties (DLMT et partenaires) : certains rapports ne sont pas partagés, certaines activités ne sont pas capitalisées</p>
--	---	--

Utilisation des Services et des produits de Santé (notification, examens biologiques et traitement, observance du TRT, satisfaction des bénéficiaires)		
<p>Organisation inadéquate des transports des échantillons des FOSAS vers les labos de référence, ce qui entraîne une sous-utilisation des laboratoires.</p> <p>Absence de traçabilité des patients sous ARV (mauvaise tenue des registres, forte auto-mobilité et perdus de vue)</p>	<p>Irrégularité de traitement des malades TB MR au CHUB de suite de retard de de paiement des frais de transport</p> <p>Difficulté de paiement des frais de support nutritionnel pour les TB MR en ambulatoire,</p> <p>Absence des supports nutritionnels pour les TB MR en ambulatoire</p> <p>Insuffisance des mesures de rétention des malades en cours de traitement</p> <p>12% des malades TB sensibles en traitement sont perdus de vue en 2018,</p>	<p>Faible taux de CPN4 31% ;</p> <p>Faible taux de TPI3 qui est de 37% ;</p>
Bonnes pratiques à promouvoir		
<p>L'engagement de la première dame en faveur du VIH chez les enfants et les adolescents : à l'occasion de la célébration de JMS, la première Dame accompagnée des épouses des membres du Gouvernement a procédé au lancement de la campagne de dépistage familial à Boali ;</p> <p>L'organisation de la campagne de dépistage de la fratrie des familles PVVIH à Bangui et environs, et certaines villes de province.</p> <p>Le maintien dans le continuum de soins (mise en place des RV harmonisés des femmes de la PTPE pour renforcer l'appui des pairs)</p> <p>la formation des conjoints des femmes PTPE des FOSA de Bangui avec le démarrage du club des hommes PTPE</p> <p>Utilisation du GeneXpert pour le diagnostic de la TB-MR, la numération de la charge virale et la PCR chez l'enfant.</p>	<p>La mise en place des clubs d'adolescents Pairs-éducateurs dans les 10 arrondissements de Bangui, Bimbo et Begoua et du 'club E Batta Guigui' pour l'appui des pairs et le maintien dans le continuum de soins et l'engagement des adolescents VIH + comme agent de changement ;</p> <p>La formation des PVVIH enfants, adolescents, femmes PTPE qui a permis de les engager comme pairs éducateurs</p> <p>Intégration de la réalisation des tests de dépistage du VIH dans les CDT</p>	

3 BESOINS ET PRIORITES D'ACTION

BESOINS ET PRIORITES D' ACTIONS DE PRISE EN CHARGE		
VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
COURT TERME (2019-2020)		
<ul style="list-style-type: none"> Mise en place effective des approches de soins différenciés, (élaboration des outils, formation des prestataires, disponibilité des ARV) Mobiliser plus de tests pour le dépistage , Disponibilité des médicaments ARV et IO Application d'une stratégie intégrée de transport des échantillons pour la charge virale y compris de facilité de déplacement des patients Mise en place d'un dispositif communautaire fiable pour la recherche des perdus de vue Programme d'étalonnage et de maintenance des équipements de laboratoire Mise en place d'un système d'assurance qualité des examens biologiques Révision de la liste des examens biologiques en fonction des recommandations de l'OMS et des bonnes pratiques Elargissement de la gratuité aux examens biologiques Déconcentration de la PEC par les ARV auprès de la population (FOSA plus fonctionnelles , délégation des tâches, relais communautaires et Distribution communautaire), Extension de l'approche famille et des modèles différenciés de soins dans toutes les UPEC, Extension de la mise en place des clubs des adolescents dans les villes de l'intérieur ; 	<ul style="list-style-type: none"> Obtenir l'Arrêté ministériel et l'affectation des ressources humaines au niveau central, Obtenir l'approbation du ministère pour l'extension de l'offre de soins tuberculeuse (20 CDT additionnels, 2 CT satellites par CDT, 2 sites Genexpert supplémentaires) Augmenter la ligne budgétaire pour l'achat d'au moins 5000 cartouches Genexpert/an Mobiliser les ressources additionnelles domestiques et internationales pour le démarrage effectif des activités de la recherche active des cas manquants de TB Mobiliser les frais pour la réalisation des supervisions formatives et la recherche des patients perdus de vue. Démarrer la prophylaxie à l'INH chez les PVVIH et les enfants de moins de 5ans, Doter les CDT en kits de dépistage du VIH Faire un état des lieux dans les CDT et les UPEC pour la mise en place des guichets uniques VIH TUB <p>Elaborer les outils de screening TB et former les</p>	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement en 2020 des capacités techniques des prestataires de soins et des laborantins des RS1, RS2, RS3, RS6 et RS7 ; Mise à échelle de la prise en charge communautaire intégrée (Passage de 29 sous-préfectures actuellement offrant des services communautaires à 50 en 2020) ; Intégration du TPI dans le PEV de routine (Formation des acteurs en 2019 et mise en œuvre en 2020) ; Elaboration du plan intégré de communication en collaboration avec la Direction des soins de santé primaire (Recrutement d'un consultant international en 2020 avec l'appui de RBM) ; ; Renforcement de la collaboration sous régionale dans le cadre de l'accélération de l'élimination du paludisme dans les pays de la zone CEMAC (Le document s'étend de 2019 à 2023. La mise en route en RCA débute en 2020) ;

<ul style="list-style-type: none"> • Extension de la différenciation du dépistage ; • La sensibilisation/formation des acteurs de la santé sur les nouvelles orientations sur le dépistage (enfants mal nourris, fratrie PVVIH et patient TB, pop clés, femmes PTPE) ; • L'actualisation des directives de dépistage prenant en compte les dernières recommandations de l'OMS • L'extension de la pratique du dépistage par les communautaires dans les groupes les plus vulnérables. • Extension du <i>ciblage aux populations clés et autres populations vulnérables du pays</i> • <i>Mise en œuvre de l'autotest</i> • Mise en œuvre d'une stratégie de lutte contre la stigmatisation et la discrimination 	<p>prestataires à la recherche de la Tuberculose chez les PVVIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage pour le VIH ; • Ne plus conditionner la mise sous prophylaxie au cotrimoxazole par les résultats des CD4 et l'initier chez tous les co-infectés • Mettre à jour les directives de traitement pour tenir compte de nouvelles directives de l'OMS en rapport avec la prévention de la tuberculose chez les PVVIH • Elaborer les outils de gestion et renforcer les capacités des prestataires pour l'offre de la prévention de la tuberculose chez les PVVIH 	
---	---	--

BESOINS ET PRIORITES D' ACTIONS DE PRISE EN CHARGE		
VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
MOYEN TERME (2021-2023)		
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de l'implication communautaire dans la Prise en Charge, • Mobilisation des ressources pour la mise en application de la stratégie d'autotest, • Mobilisation des ressources pour la mise en réseau des laboratoires et des FOSA selon une approche intégrative • Achat des réactifs pour la réalisation de la CV avec les appareils GeneXpert utilisées dans le cadre du diagnostic de la TB-MR et de l'Ebola selon les besoins • Disponibilités des examens de génotypage pour le démarrage des traitements de 3^e ligne • Régularité de la supervision formative et de la formation continue. • Application de la stratégie du coaching par du personnel expérimenté • Extension de la délégation des tâches selon les 3 niveaux préconisés par l'OMS • Réorganiser les liens entre services CPN, accouchement et CPON pour permettre à l'enfant de bénéficier de tous les services PTME • Privilégier le dépistage précoce à 4 à 6 semaines au lieu du dépistage à la naissance • l'intégration de la PTME dans la PECP, le SMI/CPN y compris les postes de santé (plus proche de la communauté) ; • Extension de l'initiative de l'engagement des hommes PTPE en cours à travers les clubs des hommes • Renforcer les capacités des prestataires à l'application des modèles des soins différenciés • Impliquer les communautaires notamment les PVVIH dans 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre le plan d'extension de l'offre de soins tuberculeuse (40 CDT, 5 sites GenXpert dans les grandes villes notamment Paoua, Carnot, Kaga-Bandoro, Sibut, Biraou, 2 CT satellites/CDT) • Obtenir les financements pour le renforcement de système communautaire en faveur des activités de lutte contre la tuberculose, • Former les personnels sur le DOT, la TBMR et la TB pédiatrique • Mobiliser les ressources additionnelles domestiques et internationales pour la continuité des activités de la recherche active des cas manquants de TB et la sensibilisation, • Augmenter la ligne budgétaire pour l'achat d'au moins 10.000 cartouches Genexpert/an, <p>Organisation de la prise en charge par les ARV dans les CDT (Mettre à disposition des outils : Registre, dossiers patient ordonnanciers.....)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de la campagne de masse sur le plan nationale en un seul passage ; • Erection du service de lutte contre le paludisme en PNLP ; • Réhabiliter/Equiper un local pour le PNLP ; • Introduire la pulvérisation intra domiciliaire dans l'arsenal de prévention et réaliser des études entomologiques ; • Audit des données et contrôle qualité des tests parasitologique du paludisme • Revue à mi-parcours du PSN 2018-2020

<p>l'autosupport et la recherche des perdus de vue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les ressources pour la mise en œuvre du plan opérationnel national pour la prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent en RCA (2017 – 2020) • Renforcer les capacités des prestataires notamment par des supervisions pour une bonne utilisation des résultats de la charge virale • Etendre l'offre de la charge virale en recourant au Gen Expert et à l'utilisation du papier buvard pour réaliser la CV • Instruire les prestataires à ne pas conditionner le démarrage du traitement par la réalisation des examens biologiques et réduire le nombre de charge virale après la première année, à 1 (sauf pour les patients dont la CV n'est pas supprimée) • Mettre à jour les directives nationales et des modules de formation en rapport avec la charge virale, la prophylaxie au cotrimoxazole, la prévention de la tuberculose chez les PVVIH, l'utilisation du Dolutegravir chez les femmes en âge de procréer, le régime de la PreEp et de la PEP 		
---	--	--

RISQUES

Contexte :

- Insécurité
- insuffisances de ressources financières
- Stigmatisation,
- barrières socio-culturelles,
- Troubles socio-politiques et destruction et pillage subséquent des infrastructures sanitaires ;

Systeme de Santé

- Dépendance du financement extérieure pour la lutte contre la tuberculose et désengagement de certains partenaires de la lutte,
- Non affectation continue des Ressources humaines formées
- Mobilité et faible motivation du personnel des FOSA

Organisation de la prise en charge

- Mauvaise quantification de la file active,

- détournement des produits de santé,
- Non application des directives nationales dans la prise en charge des cas dans les fosa
- Accroissement de l'émergence des souches multi résistantes et ultrarésistantes de TB

Approche innovante

Expérience Zemio / MSF de Modèles différenciés de traitement du VIH en zone de conflit et d'instabilité

MSF a démarré un programme VIH en 2011 en adaptant des modèles d'offre de traitement ARV de la communauté pour assurer le traitement pendant la période de grande insécurité. A cet effet, deux systèmes ont été adoptés pour répondre aux besoins des patients sous ARV dans cette zone de conflit:

- (i) **des groupes communautaires de traitement ARV (GCT) et**
- (ii) **un circuit rapide avec espacement des rendez vous (PFT) en vue de réduire les interruptions du traitement et, par conséquent, le risque de développement de résistance.**

Grâce à cette approche testée à Zemio, MSF a permis de démontrer la faisabilité et l'efficacité des GCT et PFT dans une situation de conflit. MSF a pu documenter les avantages d'une tel modèle, les critères d'inclusion / d'exclusion, les facteurs susceptibles d'influencer négativement sa mise en œuvre, ainsi que les possibilités d'adaptation en fonction des contextes

6 PREVENTION ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE A LA LUTTE CONTRE LES TROIS MALADIES

RESULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS STRATEGIQUES

Engagement politique

Le Plan de Transition du secteur santé 2014 -2016 (fondé sur les soins de santé primaires (SSP) est basé sur les principes d'équité, d'accessibilité, d'égalité ou de la justice sociale), en soulignant la faible performance de l'administration sanitaire a reconnu officiellement l'importance du rôle des partenaires des Organisations Non Gouvernementales (ONG) et des Organisations de la Société Civile (OSC). Les lois nationales en RCA offrent les facilités requises pour la légalisation des ONG et OSC.

- Environ 60% des jeunes âgés de 10-15 ans ont moins d'informations correctes sur le VIH/Sida.
- **Premier 90** : 72.110 personnes dépistées en 2018 sur les 99.000 populations cibles estimées (72,8%) (ONUSIDA 2018)
- Nombre de dépistage communautaire en 2018 (ANJFAS) envers les conducteurs de taxi-moto, les PS, les HSH, les consommateurs de drogues, les hommes en tenue et aussi la population générale :
 - 359 personnes dépistées dont 170 femmes (47%) et 189 hommes (53%).
 - Parmi les 389 personnes dépistées, on note 07 cas positifs (1,94%) et 02 cas invalides.
 - Parmi les 07 cas positifs, on note 02 hommes (29%) et 05 femmes (71%).
- Dépistage communautaire avec agents communautaires PVVIH à BANGUI en 2018 (UNICEF) : 7947 enfants adolescents dépistés dont 182 positifs (2,29%).
- Résultats préliminaires REDES 2016, 2017, 2018 montrent que la prévention du VIH est financée à hauteur de 5% ainsi que le dépistage (environ 5%).
- Reconnaissance des OSC, OAC et les ONG par le PTSS, dans le Plan de Transition du Secteur Santé 2014/2016
- Nombre des perdus de vue retrouvés pendant la mise en œuvre du plan de contingence dans l'enclave du PK5 en 2016, est de 106, 39 déclarés positifs en 1^{er} trimestre, 47 en 2^{ème} trimestre et 10 patients coïnfectés, sans compté le mois de juin avec 18 nouveaux cas, (Rapport d'activité du RNALT dans l'enclave de PK5 pendant la mise en œuvre du plan de contingence du 2016, lors de la crise qu'a connue cette partie de la ville de Bangui).
- Activités de sensibilisation et formation sur le VIH/IST en milieu scolaire et au sein des mouvements religieux scolaire à Bangui et en province
- Séance de sensibilisation des Leaders communautaires, F.E. sur les MILDE, le TPI, etc

FORCES

Textes organiques :

Lois

- Existence de Loi N°06.005 du 20 Juin 2006 Relative à la Santé de Reproduction (Loi Bangayassi).
- Existence de Loi N°06.032 du 15 Décembre 2006 Portant Protection de la Femme contre les Violences en RCA.
- Existence de la Loi N°06.030 du 12 Septembre 2006 fixant les Droits et Obligations des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en RCA (Consentement éclairé des parents pour le dépistage des mineurs).
- Existence des textes officiels (Lois) garantissant des axes stratégiques et des domaines d'interventions sur la prévention du VIH

Politiques/Stratégies

- Existence des documents garantissant des axes stratégiques et des domaines d'interventions sur la prévention du VIH, la Tuberculose et le Paludisme.

Droits humains, genre

- Existence de la Loi N°06.030 du 12 Septembre 2006 fixant les Droits et Obligations des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en RCA (Consentement éclairé des parents pour le dépistage des mineurs).
- Existence de Loi N°06.005 du 20 Juin 2006 Relative à la Santé de Reproduction (Loi Bangayassi).
- Existence de Loi N°06.032 du 15 Décembre 2006 Portant Protection de la Femme contre les Violences en RCA.

Directives, normes

- Supports
- Existence de Directives et Normes/Standards de Prévention
- Existence des Supports de communication (assainissement, MILDE, gratuité ciblée)

Canaux de communication

Existence des Canaux de Communication sur le VIH (Radio, Panneaux d'images, Affiches, U-report, etc...)

- PMA
- Existence d'un guide d'intervention TB en faveur des déplacés internes
- Existence des canaux de communication sur le Palu (Spots, émissions radio, affiches, etc...)

Projets et partenariats

- Collaboration contractuelle directe entre les Agences du Système des Nations Unies avec les ONG/OAC pour les trois maladies affaiblissant les structures officielles de gestion.
- Partenaires de mise en œuvre campagne de MILD : MAHADED, REMOD, JUPEDEC, MDA, COHEB
- Existence des Projets en vers les Jeunes/Adolescents (Projet Jeunes S3) et envers les F.E. (PTME).
- Marketing Social de ACAMS envers les Jeunes et les Adultes (15 à 49 ans).
- Existence d'un Mouvement National en faveur de lutte contre le Paludisme (Mobilisation Communautaire pour un changement de mode de vie)
- Appui des ONG (Mentor dans RS3 ; MSF dans leurs zones d'intervention, ALIMA, UNICEF, OMS)
- Projet en cours pour la Mise en œuvre de la chimio-prévention saisonnière

Système communautaire

En RCA les interventions communautaires s'appliquent aux principaux Programmes de santé suivant:

- Le VIH/SIDA ;
- La Tuberculose ;
- Le PEV;
- Le Paludisme.

Existence et implication des ONG/OAC environ une soixantaine (PCOS, ACAMS, RECAPEV, RENAFIL, Alternative, ...). Constitué globalement des volontaires communautaires, encadrés par des Associations, les ONG et des structures confessionnelles. Pour les deux maladies ils participent à la recherche des perdus de vue, l'orientation des patients, la sensibilisation, le suivi à domicile le TDO

Communautaire (traitement directement observer), orientation des cas suspects, l'accompagnement psycho-social des patients, le counseling, l'IEC et le CCC.

Les activités des Organisations de la société civile se font de manière disparate malgré l'existence de deux principaux Réseaux qui travaillent pour les deux maladies TB/VIH à savoir :

- **Le RNALT**, Réseau National des Associations de lutte contre la Tuberculose et la Coïnfection TB/VIH; (environ une soixantaine d'associations membres du RNALT).
- **Le RECAPEV**, Réseau Centrafricain des Personnes Vivants avec le VIH.

Cette situation persiste, malgré la mise en place grâce au concours de l'ONUSIDA d'une **plate-forme des Organisations de la Société Civile de lutte contre le SIDA (PCOS) en décembre 2016**, qui constitue un cadre formel de concertation entre les Réseaux, les ONG, et les différents acteurs de la société civile de lutte contre le VIH/SIDA en Centrafrique.

Le RNALT mène aussi des activités de sensibilisation dans les sites des déplacés, dans les prisons de Bangui, de référence des cas et d'organisation du ravitaillement en antituberculeux et le transport de crachats depuis 2013 dans l'enclave musulmane du PK5 lors des troubles successifs qu'a connue cette partie de la ville de Bangui en synergie avec le Programme National de Lutte contre la Tuberculose et la Croix-Rouge Centrafricaine

Recrutement des Médiateurs communautaires, RECO, OAC (Communauté Islamique et l'Association des Filles Déplacées Internes de lutte contre la TB/VIH membres du RNALT dans la lutte contre la tuberculose et la coïnfection TB/VIH par le MSP

Réalisation de dépistage communautaire par ANJFAS et les relais communautaires PVVIH

Bonne collaboration avec les ONG tels que MADED, JUPEDEC, REMOD, CRADEC, COHEB, MSF,

Formation et recherche opérationnelle

- Paludisme : Sur 13 D.S. planifiés pour le renforcement des capacités des prestataires de services de Paludisme en 2019, seulement 05 D.S. sont couverts (38%) et 08 DS non couverts. (Programme
- Formation 332 prestataires de services dans RS4 et RS5 en 2019.
- Evaluation de la résistance des vecteurs aux insecticides par l'IPB et résultats en cours.
- formation 100 GCT (groupe communautaire de TARV) à Zemio, formation de 12 pairs éducateurs a Boguila et 25 CAG à former à Boguila, formation 11 GCT (groupe communautaire de TARV) dans les zones périphériques de Kabo et Batangafo, recrutement de 26 éducateurs de sante par MSF. Il n'existe aucun contrat jusque-là avec les autres réseaux au niveau central.

Planification/Mise en œuvre/Suivi

Plans stratégiques

- Existence d'un Plan de Transition de secteur santé 2014/2016
- Engagement politique pour la lutte contre ces trois maladies par l'élaboration des Plans Stratégiques Nationaux (Existence d'un PSN VIH 2016-2020 ; PSN TB 2017-2021 et PSN Palu 2018-2022).
- Existence d'un Plan d'Accélération de la Prévention du VIH 2019-2020
- Existence d'un Plan d'Accélération de la prise en charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent 2017-2020
- Existence d'un plan d'activité conjointe TB/VIH 2017/2020
- Existence d'un plan de contingence TB

Paquets minimum d'activités

Groupes

Population cible pour le VIH :

- Jeunes/Adolescents (milieu scolarisé et non scolarisé à travers les maisons des jeunes, etc) ;
- Populations Clés (PS et HSH) ;
- Femmes Enceintes ;
- Enfants nés de mères séropositives ;
- Porteurs de tenue (militaires, Policiers, Gendarmes, Auxiliaires, etc) ;
- Prisonniers ;
- Camionneurs (Transporteurs...) ;
- Taxi-motos ;
- Miniers ;
- Survivant (es) de viol.

Populations cibles pour la prévention du paludisme :

- o F.E. (4%).
- o Enfants moins de 0-11 mois (3,5%) au TPI et aux MILDE de routine.
- o Population Générale pour la campagne de masse : Totale divisée par 2.

Population cible pour la Tuberculose : Les déplacés internes, les prisonniers, les conducteurs de taxi moto, les minorités ethniques.

Domaines d'intervention

- Intervention sur le plan comportemental ;
- Intervention sur le plan bio-médical ;
- Intervention sur le plan structurel.

Système de gestion des données et d'information/

Gestion des Données sur MAGPI par Unité de S/E et Word Vision

Observatoires communautaires

Existence d'un Observatoire Communautaire (ANJFAS).

FAIBLESSES/MENACES

Manque de compilation et d'intégration dans le SNIS des données issues des activités réalisées au niveau communautaire pour les trois maladies.

Les mécanismes de participation communautaire sont fragiles et perturbés par l'instabilité, la chute d'activités dans les FOSA et les tensions intercommunautaires.

- Implication communautaire
 - o Faible capacité des ONG Nationales ;
 - o Insuffisance en logistique et équipements ;
 - o Insuffisance de politique de motivation des ASC ;
 - o Insuffisance de coordination au niveau national des différentes activités communautaires ;
 - o Insuffisance de couverture de service par les RECO par manque de financement ;
 - o Insuffisance dans la capitalisation des activités communautaires (les activités communautaires s'arrêtent en l'absence de financement) ;

- Absence de coordination et cohérence dans la mise en œuvre des approches communautaires existantes sur les 3 maladies ;
- Manque de compilation et d'intégration dans le SNIS des données issues des activités réalisées au niveau communautaire pour les trois maladies.

Insuffisances liées à chaque Programme :

VIH/SIDA

1. Dépistage avec consentement des parents pour les jeunes/adolescents de moins de 18 ans.
2. Peu de recherche opérationnelle dans le domaine de la prévention.
3. Stigmatisation (voir rapport index stigma)
4. Absence de loi punitive sur la stigmatisation
5. Absence de plaidoyer sur la prévention.
6. Manque de support et de nouvelles directives et de documentation en matière d'activités communautaires
7. Faible implication et participation des bénéficiaires à Bangui et en province.
8. Faible Couverture géographique en préservatifs (ACAMS).
9. Insuffisance en RH (Quantité et Qualité)
10. Très faible contractualisation formelle avec les ONG/OAC
11. Absence de dispositif de recherche des PDV.
12. seuls 17% des patients qui ont initié une thérapie antirétrovirale (TARV) 12 mois plus tôt (705/3,999) ont atteint le seuil de suppression virale défini par l'OMS
13. Des stratégies ont été mise en place par les RECO dans le cadre de la stratégie avancée communautaire de la PTME (Lien et Orientation, accompagnement Psychosocial, appui aux structures de santé
14. Absence de délégation formelle des tâches au niveau communautaire.
15. Faible capacité managériale, institutionnelle, organisationnelle financière et de renforcement de capacité des OSC dans la lutte contre la tuberculose le RNALT
16. Absence d'un cadre permanent de suivi des activités sur terrain,.
17. La remonté des données erronées de la communauté et des patients coïnfectés dans le SNIS

Tuberculose

1. Faible couverture géographique des OSC dans la lutte contre la TB/VIH
2. Inexistence d'un plan d'activités conjointes TB/VIH entre les deux principaux Réseaux RNALT/RECAPEV
3. Insuffisance de coordination des interventions des acteurs communautaires dans le cadre de la lutte contre les trois maladies en RCA
4. Absence de stratégie communautaire dans la mise en œuvre de la politique de santé
5. Non application de délégation des tâches
6. Insuffisance de supervision intégrée,
7. Inexistence d'un guide communautaire et d'un cahier de charge pour les Médiateurs communautaires
8. Inexistence d'une fiche de rapportage communautaire
9. Absence des données communautaires dans le SNIS

Paludisme

Problème Logistique pour le transport des MILD routine jusqu'au D.S.

47% de Couverture Géographique

Opportunités

- Projet JS3 avec activités de formation sur l'éducation sexuelle complète en milieu scolaire
- Utilisation de la plateforme communautaire WASH, Nutrition et Protection pour une intégration des messages de prévention sur le VIH/IST

- Collaboration effective avec le Programme PNLT
- Projet pour l'élaboration Plan Intégré de Communication (Enquête CAP)

DEFIS

- La pertinence des cibles 90/90/90 au regard des performances actuelles
- Adaptation de la stratégie de prévention au contexte d'insécurité et d'instabilité politique pour répondre aux besoins spécifiques des régions sanitaires
- Amélioration de l'utilisation des services disponibles par la population
- Approche conjointe VIH/TB/Palu dans la prévention et la participation communautaire
- Capacité des organisations de la Société Civile à amener la réponse communautaire à échelle
- Mobilisation des ressources domestiques y compris du privé pour la couverture des besoins non satisfaits par le financement international

BESOINS/PRIORITES

VIH/SIDA

1. Augmenter les ressources nécessaires
2. Réviser la Loi en vigueur sur les Droits et Obligations des PVVIH en RCA.
3. Doter le pays d'une Politique Nationale en préservatifs pour la prévention du VIH pour des perceptions positives et la fiabilité de la chaîne de distribution.
4. Redynamiser les potentiels et les doter en intrants pour le dépistage communautaire du VIH.
5. Redynamiser et équiper les Antennes et Associations du RECAPEV à l'intérieur du pays.
6. Intensifier les campagnes de sensibilisation à l'intérieur du pays sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH
7. Mobiliser les Ressources humaines (Prestataires de services), matérielles (Tests de dépistage et autres intrants) et financières (Mobilisation du gap financier).
8. Lancer des activités de traitement préventif à l'Isoniazide .
9. Renforcer le diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons exposés (renforcer le suivi du couple mère séropositive-enfant exposé en mettant à contribution les relais communautaires, ii) renforcer le système de transport des échantillons vers Bangui et iii) s'assurer de la disponibilité continue de papiers buvards (DBS) au niveau des sites PTPE).
10. Renforcer la stratégie de suppression virale et suivi des patients
11. Augmenter l'offre de dépistage au niveau communautaire des enfants nés de mères séropositives, les enfants de la fratrie, les conjoints des femmes PTME, les populations clés et les populations vulnérables (jeunes/adolescents, camionneurs, taxi-moto, Hommes en tenue, miniers, etc...).
12. Développer une Politique Nationale de disponibilité en préservatifs pour la prévention du VIH (féminin et masculin).
13. Renforcer la documentation des interventions communautaires permettant d'apprécier l'ampleur et la performance du programme de prévention du VIH/IST.
14. Combattre la persistance de stigmatisation et discrimination des PVVIH surtout à l'intérieur du pays.
15. Redynamiser les Antennes et Associations du RECAPEV à l'intérieur du pays.
16. Organiser la Table Ronde des bailleurs de fonds
17. Offrir le dépistage aux groupes vulnérables, les populations clés et autres cibles spécifiques sur les Jeunes/Adolescents..
18. Mettre en place une Politique Nationale de disponibilité des préservatifs pour la prévention (Chaîne d'approvisionnement et de distribution jusqu'au niveau communautaire).
19. Intensifier le dépistage au niveau communautaire des enfants nés de mères séropositives, les enfants de la fratrie, les conjoints des femmes (PTME), etc...
20. Accélérer la Délégation des tâches au niveau communautaire.

Tuberculose

1. Renforcement de capacité, restructuration de la Plateforme de Coordination des OSC PCOS en intégrant la TB/Palu.
2. Renforcer les Ressources Humaines qualifiées au niveau communautaire et une assistance technique et financière
3. Définir une ligne budgétaire communautaire dans la subvention du Fonds Mondial, et les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la célébration de la JMT
4. Assistance technique et financière
5. Améliorer la couverture géographique des OSC dans la lutte et les ressources humaines qualifiée, membres du RNALT
6. Implication du niveau communautaire dans la recherche active de la tuberculose (RNALT) et la contractualisation avec les ONG Internationales et autres acteurs de la lutte contre la tuberculose
7. Mobilisation des ressources et la prise en compte de la Journée Mondiale de lutte contre la Tuberculose dans la subvention du Fonds Mondial
8. Elaboration d'un plan d'activité conjointe TB/VIH communautaire en coinfection (RNALT/RECAPEV), et d'une fiche de rapportage des données communautaires
9. Améliorer la capacité institutionnelle, organisationnelle et financière du RNALT.
10. Accélérer la Délégation des tâches au niveau communautaire et le transfert de compétence.
11. Décentraliser la mise en œuvre de la recherche active de la tuberculose et le (transport de crachats au niveau communautaire)
12. Elaborer un guide communautaire dans le cadre de la coinfection RNALT/RECAPEV, intégration des communautaires dans le SNIS

Paludisme

1. Augmenter les ressources nécessaires (MILDE, transport, etc...)
2. Doter le pays en Intrants de chimio-prévention saisonnière
3. Augmenter la disponibilité des MILDE de routine et en campagne de masse.
4. Planifier à moyen terme le Coût de la Logistique pour les MILDE
5. Augmenter la contribution domestique
6. Poursuivre la distribution des MILDE au niveau national (100%).
7. Interventions transfrontalières ;
8. Intensifier la LAV

Tableau n°xxx: Récapitulatif des besoins et priorités d'actions à court terme (2019-2020) pour la prévention et la participation communautaire des trois maladies

VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
<ul style="list-style-type: none"> • Réviser la Loi N°06.030 du 12 Septembre 2006 fixant les Droits et Obligations des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en RCA pour intégrer le dépistage volontaire des Jeunes/Adolescents ; • Doter le pays d'une Politique Nationale en préservatifs pour la prévention du VIH pour des perceptions positives et la 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la capacité, la restructuration de la Plateforme de Coordination des OSC (PCOS) en intégrant la TB/Palu. • Renforcer les Ressources Humaines qualifiées au niveau communautaire et une assistance technique et financière. • Définir une ligne budgétaire communautaire dans la subvention du Fonds Mondial, et les ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la contribution domestique pour le Paludisme. • Intensifier les interventions transfrontalières. • Intensifier la sensibilisation et la participation communautaire sur le paludisme.

Tableau n°xxx: Récapitulatif des besoins et priorités d'actions à court terme (2019-2020) pour la prévention et la participation communautaire des trois maladies

VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
<p>fiabilité de la chaîne de distribution ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redynamiser les organisations potentielles et les doter en intrants pour le dépistage communautaire du VIH ; • Redynamiser les Comités Préfectoraux de Lutte contre le Sida (CPLS) ; • Assurer la contractualisation avec les ONG/OAC et les OSC pour le dépistage communautaire des 3 maladies ; • Renforcer la Délégation Officielle des tâches pour l'implication du niveau communautaire concernant les 3 maladies ; • Assurer la mobilisation des ressources pour la mise en application de la stratégie d'autotest, • Elaborer (Harmoniser) les outils de collecte des données intégrés des 3 maladies. • Renforcer le diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons exposés (Renforcer le suivi du couple mère séropositive-enfant exposé en mettant à contribution les relais communautaires, ii) Renforcer le système de transport des échantillons vers Bangui et iii) S'assurer de la disponibilité continue de papiers buvards (DBS) au niveau des sites PTPE). • Augmenter l'offre de dépistage au niveau communautaire des enfants nés de mères séropositives, les enfants de la fratrie, les conjoints des femmes 	<p>nécessaires pour la mise en œuvre de la célébration de la JMT.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'implication du niveau communautaire dans la recherche active de la tuberculose (RNALT) et la contractualisation avec les ONG/OSC Nationales et autres acteurs de la lutte contre la tuberculose. • Assurer l'implication du niveau communautaire dans la recherche active de la tuberculose (RNALT) et la contractualisation avec les ONG/OSC Nationales et autres acteurs de la lutte contre la tuberculose. • Elaborer un plan d'activité conjointe TB/VIH communautaire en co-infection (RNALT/ RECAPEV), et d'une fiche de rapportage des données communautaires. • Améliorer la capacité institutionnelle, organisationnelle et financière du RNALT. • Accélérer la Délégation Officielle des tâches au niveau communautaire et le transfert de compétence. • Décentraliser la mise en œuvre de la recherche active de la tuberculose et le transport de crachats au niveau communautaire. • Elaborer un guide communautaire dans le cadre de la co-infection RNALT/ RECAPEV, intégration des communautaires dans le SNIS. 	

Tableau n°xxx: Récapitulatif des besoins et priorités d'actions à court terme (2019-2020) pour la prévention et la participation communautaire des trois maladies

VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
<p>PTME, les populations clés et les populations vulnérables (jeunes/adolescents, camionneurs, taxi-moto, Hommes en tenue, miniers, etc...).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combattre la persistance de stigmatisation et discrimination des PVVIH surtout à l'intérieur du pays. • Organiser la Table Ronde des bailleurs de fonds sur le Plan de Prévention VIH. • Offrir le dépistage aux groupes vulnérables, les populations clés et autres cibles spécifiques sur les Jeunes/Adolescents. • Intensifier le dépistage au niveau communautaire des enfants nés de mères séropositives, les enfants de la fratrie, les conjoints des femmes (PTME), etc... • Accélérer la Délégation Officielle des tâches au niveau communautaire. 		

Tableau n°xxx: Récapitulatif des besoins et priorités d'actions à moyen terme (2021-2023) pour la prévention et la participation communautaire des trois maladies

VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les ressources nécessaires. • Redynamiser et équiper les Antennes et Associations du RECAPEV à l'intérieur du pays. • Intensifier les campagnes de sensibilisation à l'intérieur du pays sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. • Mobiliser les RH (Prestataires de services), RM (Tests de dépistage et autres intrants), RF (Mobilisation du gap financier). 	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une Assistance technique et financière. • Améliorer la couverture géographique des OSC dans la lutte et les Ressources Humaines qualifiées, membres du RNALT. • Mobiliser les ressources et la prise en compte de la Journée Mondiale de lutte contre la Tuberculose dans la subvention du Fonds Mondial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les ressources nécessaires (MILDE, transport, etc...). • Doter le pays en Intrants de chimio-prévention saisonnière. • Augmenter la disponibilité des MILDE de routine et en campagne de masse. • Planifier à moyen terme le coût de la Logistique pour les MILDE.

Tableau n°xxx: Récapitulatif des besoins et priorités d'actions à moyen terme (2021-2023) pour la prévention et la participation communautaire des trois maladies

VIH/SIDA	TUBERCULOSE	PALUDISME
<ul style="list-style-type: none"> • Lancer des activités de traitement préventif à l'Isoniazide. • Renforcer la stratégie de suppression virale et suivi des patients. • Développer une Politique Nationale de disponibilité en préservatifs pour la prévention du VIH (féminin et masculin). • Renforcer la documentation des interventions communautaires permettant d'apprécier l'ampleur et la performance du programme de prévention du VIH/IST. • Redynamiser les Antennes et Associations du RECAPEV à l'intérieur du pays. • Mettre en place une Politique Nationale de disponibilité des préservatifs pour la prévention (Chaîne d'approvisionnement et de distribution jusqu'au niveau communautaire). 		<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la distribution des MILDE au niveau national (100%). • Intensifier la Lutte Anti Vectorielle (LAV) incluant la PID. • Mettre à échelle la PECCi dans la lutte contre le paludisme.

RISQUES

VIH/SIDA

- Diminution de financements
- Mauvais ciblage des interventions
- Insécurité
- Absence de continuum des soins ;

Tuberculose

- Faible contribution Fonds Mondial
- Manque d'Appui Technique et Financier par les autres partenaires
- Insécurité

Paludisme

- Insécurité
- Manque de financement pour couvrir le reste des R.S. N°1 en 2019 (Report en 2021).
- Report en report de la planification des D.S. à former en 2021.

RECOMMANDATIONS

1. Réviser la Loi sur les Droits et Obligations des PVVIH après une consultation populaire sur le consentement des parents pour le dépistage des mineurs.
2. Elaborer un Plan d'activité conjointe TB/VIH communautaire
3. Réviser le Plan de contingence TB
4. Restructurer le PCOS en intégrant la TB et le Paludisme dans sa mission
5. Elaborer un cahier de charge pour les Médiateurs communautaires
6. Renforcer la capacité institutionnelle, organisationnelle, managériale et financière du RNALT
7. Définir une ligne budgétaire pour la mise en œuvre de la célébration de la Journée Mondiale de la Tuberculose
8. Définir une stratégie communautaire dans la politique de la mise en œuvre de santé

ELEMENTS POUR UN PLAN INTEGRE D'ACTION 2020 DU VIH,DE LA TUBERCULOSE ET DU PALUDISME

SITUATION ACTUELLE DES MALADIES (Voir rapport revue)

SYNTHESE DE LA REPONSE – (Voir rapport revue)

PRINCIPAUX DEFIS DE L'INTEGRATION DES PROGRAMMES

La revue des programmes a permis de dégager les défis liés à six domaines clés de l'intégration (Figure 3)

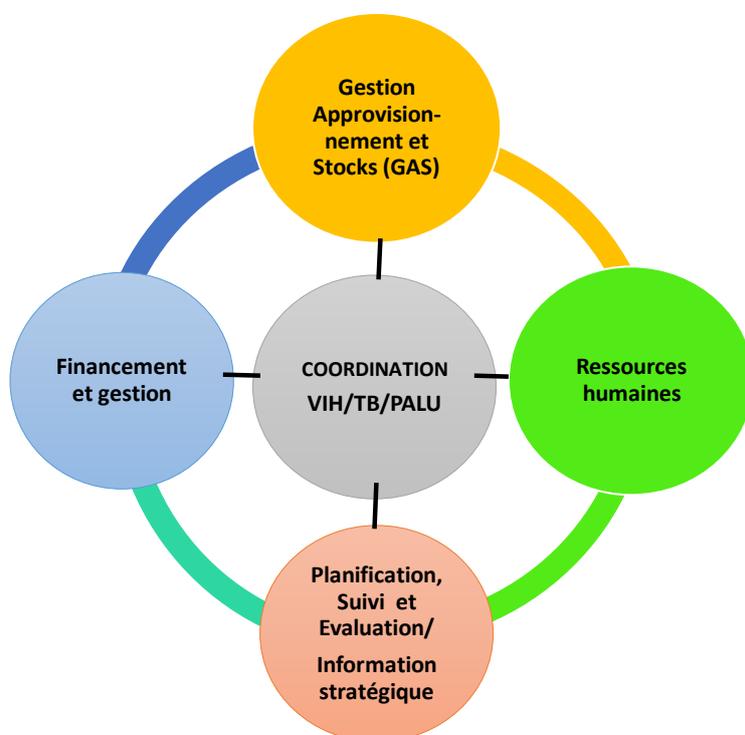


Figure 3 : Principaux défis communs à l'intégration des programmes VIH, TB et Paludisme

Il s'agit d'adapter les éléments ci-après aux besoins de la réponse aux trois maladies

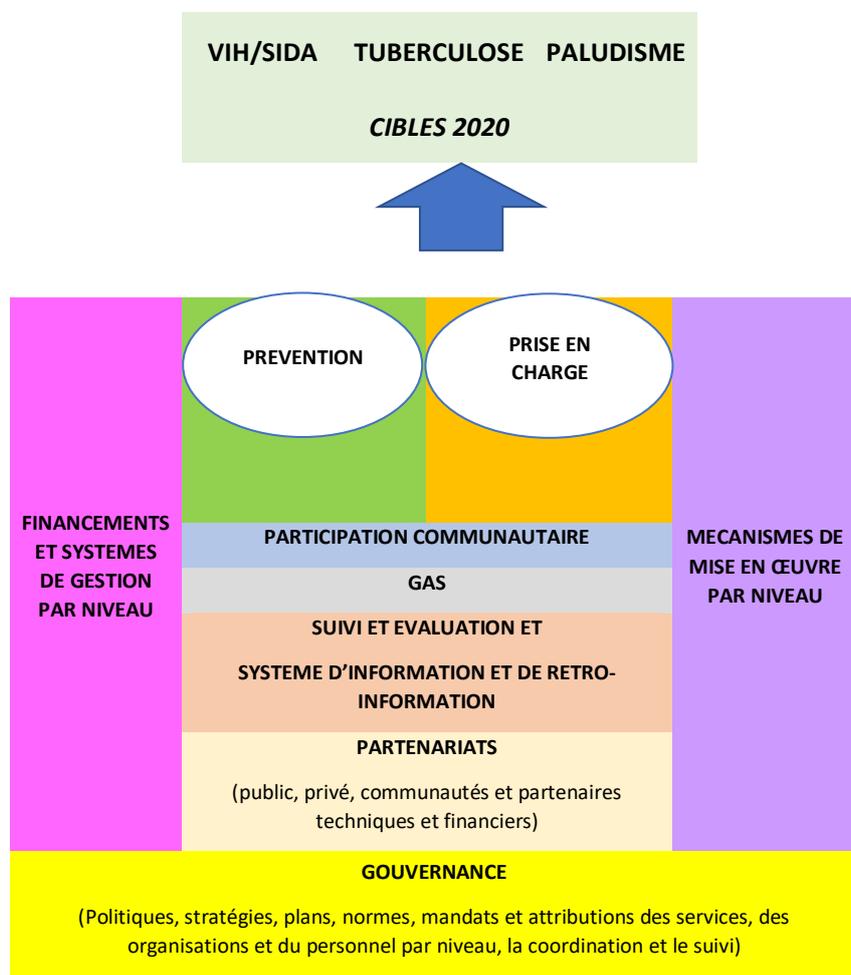
1. Coordination et de concertation à tous les niveaux
2. Financement régulier et suffisant avec un décaissement optimal et une gestion rationnelle des fonds
3. Disponibilité différenciée de ressources humaines en nombre suffisant, compétentes et motivées ;
4. Mise en œuvre décentralisée des plans stratégiques adaptés au contexte régional et préfectoral selon les critères de bonnes pratiques et un circuit intégré de collecte et d'analyse de données stratégiques pour la décision.

5. Système régulier d'approvisionnement de stockage, et de distribution en produits de santé de qualité à tous les niveaux et dans tous les secteurs

CADRE CONCEPTUEL

La figure 4 présente schématiquement les domaines d'intervention prioritaires à mettre en œuvre pour l'atteinte des cibles des trois maladies à l'horizon 2020

Figure 4 : Domaines prioritaires d'interventions qui conditionnent l'atteinte des cibles



PRINCIPES DIRECTEURS

1. Mettre le bénéficiaire/le patient au centre des préoccupations vu dans les formations sanitaires à la base dans le District.
2. Privilégier une approche stratégique basée sur la cartographie (priorité géographique), le contexte et les besoins prioritaires des populations et des groupes (approche différenciée selon le niveau de sécurité et l'accuité des problèmes dans les différentes zones)
3. Appliquer une approche intégrée selon le principe des avantages comparés : le Programme en pointe devient le vecteur ou support des interventions des autres programmes (planification, formation, suivi et partage d'information) et le recours au service du même personnel
4. Appliquer le principe de la division du travail pour désengorger les services avec une répartition plus rationnelle des compétences.
5. Appliquer le principe de continuum de services avec un paquet complet d'interventions selon les normes et les bonnes pratiques selon une approche évolutive de l'urgence à la routine;
6. Fournir une masse critique de personnel qualifié pour la mise en œuvre de tous les types d'intervention. Cela suppose une rationalisation des effectifs selon la charge de travail et la délégation des tâches.
7. Renforcer la participation communautaire pour élargir la couverture des services et améliorer leur utilisation.
8. Organiser la concertation périodique de tous les partenaires pour le suivi des indicateurs, le partage des bonnes pratiques et la résolution des problèmes plutôt que de se réunir pour écouter ce que chacun fait.

CIBLES 2019-2020 ET LES INDICATEURS DE RESULTATS

VIH/SIDA

Questions de principe pour les cibles 2020

Il n'est pas éthiquement concevable de:

- Accepter que la population vivant avec le VIH ait « peur » de se faire dépister, ait « peur » du traitement ARV, ait « peur » de fréquenter les services de santé
- Continuer à perdre les gens au fur et à mesure qu'on les met sous traitement ARV

Il est éthiquement concevable de:

- Renforcer la qualité du continuum de soins
- Proposer des services qui permettront à ses utilisateurs de trouver que le bénéfice est supérieur à la contrainte

On pourrait considérer que :

- Les cibles déjà adoptées par la subvention du Fonds Mondial = cibles quantitatives
- On pourrait définir des cibles complémentaires = cibles qualitatives

Pour les cibles 2021

Il faut dès maintenant réfléchir sur les éléments à considérer pour les cibles pour 2021 à formaliser lors de la rédaction de la note conceptuelle courant 2020

Cibles du Dépistage du VIH:

1. Engagement du pays envers le FM: 98370 Femmes enceintes vivant avec le VIH dépistées (# 50303 aujourd'hui)
2. Cibles additionnelles pour la qualité:
 - Amélioration du ratio nombre de dépistages effectués / nombre de PVVIH dépistés
 - Diminution du nombre de PVVIH initiant un traitement à un stade clinique avancé

Cibles de Prise en charge VIH/SIDA

1. Engagement du pays envers le FM 52569 PVVIH sous ARV (# 42069 aujourd'hui)
2. Cibles additionnelles pour la qualité:
 - Réduction du nombre de PVVIH qui refusent d'initier un traitement ou de reprendre leur traitement en cas d'arrêt (PDV retrouvés)
 - Réduction du nombre de PVVIH qui arrêtent de venir dans les soins (PDV et arrêts volontaires)
 - Augmentation du nombre de PVVIH sous ARV rapportant vivre en bonne santé

Cibles de Suivi de la charge virale:

1. Engagement du pays envers le FM: 2571 charges virales avec 80% de CV indétectables
2. Cibles additionnelles pour la qualité:
 - Refus des PVVIH pour l'examen CD4 et augmentation de la demande pour la CV
 - Augmentation du nombre de PVVIH recevant les résultats de la CV

Financer par la qualité

Le 1er financement domestique innovant est le gain d'efficacité : Une meilleure efficacité permet de créer de la marge budgétaire:

- Protocoles « allégés » (notamment analyses de biologie) et respect des directives thérapeutiques
- Délégation des tâches et implication des acteurs communautaires
- Mesures correctives mises en évidence par la revue des programmes
- Suivi stratégique de la subvention du FM et réallocation des lignes budgétaires sous utilisées
- Contribution importante du gouvernement déjà versée
- Appui technique coordonné et intégré

Prochaines étapes

1. A partir de la revue des programmes, affiner les cibles pour le dépistage du VIH, la PTME, la thérapie antirétrovirale (y compris la coinfection TB/VIH) et le suivi de la charge virale
2. Triangulation des données et de l'informations stratégique pour établir des scénarii devant conduire à des résultats crédibles et ambitieux – résultats devant permettre l'atteinte des cibles qualitatives
3. Rédaction d'un document avec proposition de cibles basées sur la qualité
4. Validation nationale
5. Opérationnalisation visant à renforcer les fondations pour le développement de la future note conceptuelle du FM

TUBERCULOSE

Tableau n°xxx : Cibles prévisionnelles en détection TB sensible

Régions sanitaires	Données de Base	Nombre par Région sanitaire		
	R1= Accroissement de 12% par rapport en 2017	R1	R2=R1 +5%	R3=R2+5%
	2018	2019	2020	2021
RS1	1481	1659	1941	2024
RS2	1511	1692	1980	2065
RS3	1120	1254	1468	1530
RS4	892	999	1169	1219
RS5	296	332	388	404
RS6	418	468	548	571
RS7	5314	5952	6963	7261
Pays	11032	12356	14456	15074

PALUDISME

DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTIONS A BUDGETISER

I GOUVERNANCE

Renforcer les mécanismes de coordination entre les trois programmes, les directions et services centraux du MSP et les parties prenantes

1. Auditer le Système et élaborer les textes d'application du décret portant organisation et fonctionnement du MSP en se fondant sur les principes énoncés ci-dessus (organisation et fonctionnement des Services de lutte contre les trois maladies) autour de trois fonctions clé :
 - La coordination et le suivi au sein des structures de coordination et de concertation avec les parties prenantes du ministère, des secteurs et des partenaires internationaux et ainsi que la réglementation et la régulation (politiques et les normes) ;
 - La coordination et le suivi de la planification, de la mise en œuvre, de l'évaluation et du contrôle
 - La coordination et le suivi de la mobilisation, de l'allocation et des la gestion des ressources humaines et financières.Au niveau régional et au niveau préfectoral : Assurer une représentation unique des trois maladies par un seul chargé des trois Services
2. Etablir et entretenir la collaboration avec les organes de coordination et de concertation des partenaires (CNLS, CCM, Equipe Pays, Cluster Santé,) et des observatoires communautaires.
3. Mettre en place un mécanisme de collaboration avec les directions et services ayant en partage les questions du SIDA de la tuberculose et du Paludisme, et dont les effectifs devront être renforcés pour prendre en charge ces questions par des points focaux permanents.
4. Renforcer les capacités managériales du personnel affecté ou redéployé dans les différents services à tous les niveaux.

Renforcer les capacités nationales et locales de coordination et de suivi des interventions dans tous les secteurs et à tous les niveaux

1. Evaluer les performances actuelles du CNLS et ses démembrements, du CCM et des réseaux des organisations des PVVIH, TB et Paludisme
2. Adapter l'organisation et le fonctionnement du CNLS, du CCM et des organisations des PVVIH, TB et Paludisme aux besoins d'un alignement, d'harmonisation et de partage des responsabilités avec les structures de coordination du MSP

Adapter les ressources humaines aux besoins administratifs et opérationnels de management des trois programmes à tous les niveaux

1. Rationaliser le nombre et les besoins de personnels de l'ensemble des organes, structures et services impliqués dans la lutte contre les trois maladies ;
2. Elaborer des outils évolutifs pour déterminer la situation des organigrammes rationalisés et les besoins de personnels pour les compléter.
3. Elaborer une feuille de route redéploiement du personnel en adéquation avec la division du travail entre les services les besoins de déconcentration du personnel vers les services opérationnels périphériques ;
4. Développer une politique d'évaluation des performances et de formation continue et de motivation du personnel tant administratif que technique (Transfert rapide de salaire, indemnités d'éloignement, rotation, moyens de déplacement.....)

2 RESSOURCES FINANCIERES ET SYSTEME DE GESTION.

Améliorer la capacité de mobilisation des ressources nationales et internationales

1. Développer et mettre en œuvre annuellement une cartographie de l'ensemble des mécanismes ou système de financement et de gestion de fonds qui permettrait d'avoir des informations factuelles sur :
 - Le flux de financement
 - Les partenaires de financement et les organismes ou services bénéficiaires et les services de mise en œuvre des projets ou interventions.
 - Les mécanismes de décaissement et taux d'absorption et les outils de gestion
 - Le taux de couverture des domaines et les zones d'intervention ;
 - Les capacités de gestion
2. Elaborer une stratégie et une feuille de route pour mobiliser ressources additionnelles tant pas l'Etat que par les partenaires financiers internationaux (fonds de contre-partie, gaps de financement pour la mise à échelles des interventions, remboursements de fonds pour des dépenses non éligibles....)

Rationaliser la gestion des fonds mobilisés

Sur la base des résultats de la cartographie et d'un audit ,

1. Renforcer les capacités de gestion des fonds par les services nationaux centraux et périphériques
2. Créer un panier commun des ressources mobilisés pour la mise en œuvre de plans d'actions intégrés et ou harmonisés
3. Mettre en place et renforcer les capacités d'une unité de gestion des fonds des subventions du Fonds Mondial dans la perspective de faire du MSP ou du CNLS ou de toute autre entité nationale bénéficiaire principal de ces fonds pour une partie des subventions à l'horizon 2021.
4. Recruter un organisme d'assistance technique pour accompagner le processus de transfert de la gestion des fonds des subventions du Fonds Mondial aux nationaux ou d'appui à la direction de la coordination du financement de la santé sur les aspects liés au VIH/SIDA, à la Tuberculose et au Paludisme)
5. Mettre en place un mécanisme itinérant de coaching rémunéré du personnel en poste par des agents compétents retraités selon une approche trimestrielle.

3 GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DES STOCKS (GAS)

Auditer l'ensemble du système d'approvisionnement selon une approche qui permettrait :

1. La division du travail entre les entités concernées et leur réseautage:
 - Inspection des Services pharmaceutiques et des laboratoires
 - Direction de la lutte contre les maladies transmissibles et ses services
 - Direction de la coordination du financement de la santé
 - Direction Générale de la pharmacie et de l'organisation des soins
 - Programmes nationaux (VIH/TB/Palu/Hépatites)
 - Laboratoires de référence (Labo national et l'Institut Pasteur)
 - UCM
 - ACAMS
 - Autres
2. La définition d'un politique et une stratégie de gestion des médicaments et des intrants biologiques
3. L'élaboration d'un plan d'assistance technique pour le renforcement des capacités des structures et du personnel aux différents niveaux

4. L'élaboration d'un plan GAS intégré et informatisé répondant aux besoins de la situation de chaque région.

Définir un mécanisme de partenariat avec les organisations de financement et de mise en œuvre (PAM, UNICEF, ONUSIDA, OMS, UE, BM, GAVI, Fonds Mondial....)

4 PLANIFICATION, MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET SYSTEME D'INFORMATION

Adapter les capacités de réponse aux besoins d'atteintes de cibles de lutte contre les trois maladies par secteur, par domaine aux différents niveaux et par zone du pays.

1. Faire la Cartographie (situation des maladies, infrastructures sanitaires, personnel, situation sécuritaire, projets, partenaires techniques et financiers y compris humanitaires, niveau de la participation communautaire, contexte administratif ...)
2. Evaluer la capacité de planification et de suivi (plan aligné sur le plan national et intégré au plan local et respectant le calendrier de celui-ci) y compris du Système d'information intégré et informatisé (SNIS/DHIS2)
3. Renforcer les capacités de planification, de mise en œuvre et de suivi des interventions sur la base des données des études de situations et de réponse
4. Intégrer les plans de suivi et évaluation des trois programmes et développer un plan d'appui conjoint aux formations sanitaires périphériques.
5. Renforcer les capacités de l'équipe de suivi et évaluation des trois maladies au niveau central et ses démembrements
6. Mettre en place un processus d'identification, de renforcement de capacité et d'accréditation des services ou centres de référence dans les domaines prioritaires (Laboratoire, PEC médicale et communautaire, ...),
7. Mettre en place des plateformes d'archivage et d'échange de documents (Dropbox, Google drive, site web...)

Intégrer les systèmes de suivi évaluation des trois maladies dans le système national d'information sanitaire et ou DHIS2 en tant que sous-système générant des données à partager selon les engagements du pays

1. Evaluer l'ensemble des systèmes existants
2. Développer ou harmoniser les outils d'intégration
3. Intégrer le système national d'information sanitaire.
4. Adapter les effectifs aux besoins de collecte et d'analyse des données et Former le personnel
5. Collecter et analyser les données à tous les niveaux et fournir les rapports périodiques.
6. Produire et diffuser les rapports dans les délais
7. Renforcer la participation communautaire et intégrer les données communautaires

5 PRISE EN CHARGE

1. Adapter les stratégies intégrées de dépistage et de prise en charge aux besoins de chaque région et si besoin actualiser les procédures, les outils et les pratiques à cette fin.
2. Adapter les formations sanitaires aux besoins d'intégration des paquets d'activités de prise en charge VIH, Hépatites, TB et Palu
3. Selon l'approche de continuum de soins et délégation des tâches, intégrer la prise en charge VIH, Hépatites, TB et Palu selon les besoins des différents niveaux ;
4. Mettre en place un réseau de prise en charge intégrée comprenant des services de référence biologiques et cliniques et prenant en compte les besoins spécifiques des enfants, des jeunes filles et femmes et des adultes par région.
5. Intégrer les services médicaux des forces armées et de sécurité, des établissements pénitentiaires et autres dans le réseau de prise en charge

6. Définir une stratégie d'implication du secteur privé dans la prise en charge
7. Mettre les organisations de la société civile dans un réseau de prise en charge communautaire selon les besoins de chaque région.
8. Informatiser le système d'enregistrement des malades pour améliorer la traçabilité de l'offre de service
9. Développer et appliquer une stratégie de prise en charge nutritionnelle et ou alimentaires aux malades dans le besoin.
10. Adapter le paquet de bilan biologique aux recommandations de l'OMS
11. Initier les études de la situation de la résistance aux médicaments afin de définir une stratégie adaptée de prise en charge.
12. Etablir un mécanisme de collaboration entre les services centraux, régionaux et préfectoraux d'appui à la prise en charge (définir le rôle des programmes, des équipes cadres de région, les équipes cadre de district et les services de référence).

6 PREVENTION ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

1. Adapter les politiques et les stratégies aux besoins d'intégration de la lutte contre les trois maladies
2. Actualiser les guides, modules, directives et outils de formation et de vulgarisation aux trois maladies
3. Former le personnel à l'utilisation de ces outils
4. Faire la cartographie des groupes ayant des comportements à risques ainsi que les populations clés, leurs pratiques et comportements, leur localisation et les programmes en cours en leur faveur.
5. Elaborer des plans d'intervention intégrant les trois maladies en faveur des groupes prioritaires selon les principes de bonnes pratiques.
6. Elaborer un plan de renforcement de capacités des relais communautaires par région et financer leurs plans de travail.
7. Elaborer un plan d'assistance technique d'au moins trois ans aux réseaux et relais communautaires collaborant avec les structures de prise en charge et de prévention
8. Renforcer les capacités des observatoires des organisations de la Société Civile pour le partage des informations et le suivi des recommandations.

CADRE DE MISE EN ŒUVRE

1. Décision et Contrôle : Cabinet du Ministère de la Santé Publique et de la population
2. Organes consultatifs : Groupe Thématique du Système des Nations Unies, Cluster Santé,
3. Coordination stratégique : Directions du niveau central, COPIL, CNLS et Services centraux
4. Coordination technique : Programmes nationaux VIH/TB/Hépatites et paludisme, CCM Fonds Mondial
5. Appui à la mise en œuvre : Bénéficiaires principaux et sous-bénéficiaires, Projets et Centres ou services de référence. Consultants nationaux et internationaux , Comités techniques et groupes de travail.
6. Mise en œuvre : Formations sanitaires publiques et privées à tous les niveaux et Groupes communautaires

RISQUES

Il conviendra d'analyser les risques qui s'attachent à la mise en œuvre des plans de travail à tous les niveaux et dans chaque région pour prendre en compte .

1. Le contexte sécuritaire qui peut s'altérer à tout moment d'où le besoin de définir un plan de contingence ;
2. Les facteurs pouvant entraîner un retour probable de l'instabilité politique
3. La persistance de la faible fonctionnalité des structures sanitaires (infrastructure, personnel, énergie, eau, personnel, approvisionnements...)
4. L'irrégularité du financement et la persistance des difficultés d'acheminement des fonds et des produits de santé ainsi que les mauvaises pratiques de gestion.
5. La non coopération possible de la population et les conditionalités posées par certains groupes concernant leurs besoins non santé
6. L'émergence d'une épidémie entraînant une concurrence sur les ressources humaines et financières disponibles

BIBLIOGRAPHIE	
Auteurs	Documents consultés
Présidence RCA	1. Décret N°94.196 du 4 juin 1994 portant réglementation de l'entrée des produits pharmaceutiques en République Centrafricaine; ce décret rend obligatoire l'enregistrement de tout médicament avant l'entrée en RCA
	2. Décret présidentiel N° 18-214 du 17 Aout 2016 portant organisation et fonctionnement du ministère de la santé et de la population et fixant les attributions du Ministre. Ces attributions sont stipulées dans section 2, sous-section 1, article 47
Ministère de la Santé et de la Population	3. L'arrêté 005/MSPP/CAB/IGSS/ISPH du 7 Janvier 1995 fixant les conditions d'octroi des visas d'entrée des médicaments en RCA
	4. L'arrêté 048/MSP/ CAB/ISSAS/ISPH du 19 Mars 1993 portant réglementation de l'importation des dons des matériels chirurgicaux et des produits pharmaceutiques en RCA
	5. Politique Nationale pharmaceutique
	6. Liste nationale des Médicaments Essentiels
	7. Directives de PEC de la tuberculose chez les adultes en RCA 2016
	8. Directives de PEC de la tuberculose chez les enfants en RCA 2016
	9. Directives de PEC des tuberculeux chez les TB MR en RCA 20
	10. Directives de PEC VIH.SIDA
	11. Directives de PEC de la co-infection TBVIH en RCA 2016
	12. Directives sur la prévention en INH
	13. Directives sur les remplissages des outils TB
	14. Document des politiques national de santé dans les établissements pénitentiaires
	15. PSN TB 2017-2021
	16. PSN Paludisme 2016-2020
	17. Plan d'Accélération de la Prévention du VIH 2019-2020 en RCA.
	18. Plan Stratégique National de Laboratoire 2018-2021
	19. Plan de transition du secteur santé en République Centrafricaine 2015-2016
	20. Plan recherche actives de TB chez des populations clés
	21. Plan opérationnel des transports des crachats
	22. Plan National de Renforcement de la Stratégie Halte à la Tuberculose 2014-2018
	23. Plan de Rattrapage d'urgence pour accélérer l'accès au traitement ARV en République Centrafricaine
	24. Plan National de Collaboration des activités de lutte contre la Coïnfection Tuberculose /VIH, Août 2012.
	25. Plan Opérationnel National pour l'Accélération de la Prise en Charge du VIH chez l'Enfant et l'Adolescent en RCA 2017 – 2020
	26. Evaluation des principaux obstacles à l'offre et à l'utilisation des services VIH en République Centrafricaine Mars 2019
	27. Rapport annuel des activités TB 2018
	28. Rapport de control de qualité de la microscopie 2019
	29. Rapport de control de qualité de la microscopie 2019
	30. Rapports PNLs 2017 et 2018.
	31. Rapports programmatiques PTME, prévention, prise en charge médicale.
	32. Rapport des missions r-GLC,

BIBLIOGRAPHIE	
Auteurs	Documents consultés
	33. Situation RH PNLT Juin 2019 34. Rapport MICS 2010
PAM	35. Procédures standard en matière de la gestion de la chaîne d'approvisionnements
CNLS	36. Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida 2016 – 2020 ; CNLS, Décembre 2015.
OMS	37. Global TB report 2018
Fonds Mondial	38. Cadre des performances de FM-PNLT RCA 39. Lettre de Gestion FM-TB 2 ^{ème} Semestre 2018
	40. Rapport PUDR Dec 2018
	41. Guide sur la politique du FM en matière de gestion des achats et des stocks des produits de santé
ONUSIDA Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA	42. L'éducation des filles : une arme sûre contre le sida
ONUSIDA	43. Rapports 2017 et 2018
ONUSIDA	44. Feuille de Route de la Prévention du VIH pour 2020.
Croix Rouge Française	45. Plan de travail des subventions VIH du Fonds mondial
CAF-C-CRF	46. Tableau de bord sur la visibilité de la chaîne d'approvisionnement Août 2019
	47. PUDR
	48. Progress Report_30Jun2019 49. Budget FM_CRF_20190814
CAF-M-WVI	50. Progress Report_1 Jan-30Jun2019
Fonds Mondial	51. Lettres de performances de CRF Jul-Déc 2018
OMS	52. Guide pour le suivi et l'évaluation des programmes de contrôle du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme projet 14/01/2004
Système des Nations Unies	53. Plan de travail conjoint sur le VIH des Agences du système des Nations Unies 2018-2019.
	54. Enquête « Index de stigmatisation et de discrimination des Personnes Vivant avec le VIH » en République Centrafricaine, 2015
Brochure ALL IN	55. EndAdolescentAIDS
Médecin d'Afrique Noire, 2013, Vol.60, N°10, P410-414.	56. Caractéristiques sociodémographiques et pratiques sexuelles à risque chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à Bangui, République Centrafricaine,

ANNEXES (Documents séparés)

1. Termes de référence de la mission de consultation
2. Note d'orientations fournies par le ministère de la Santé Publique et de la Population
3. Résultats des groupes de travail
 - 1) Gouvernance
 - 2) Financement et gestion
 - 3) GAS
 - 4) Prise en charge
 - 5) Planification, mise en œuvre suivi et système d'information
 - 6) Prévention et participation communautaire
4. Présentations des consultants :
 - Cibles VIH/SIDA 2020 et 2021
 - Paludisme
 - Tuberculose
 - VIH/SIDA