

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

*SUIVI DE LA DECLARATION
POLITIQUE SUR LE VIH/sida
de 2011*

**RAPPORT D'ACTIVITÉ
AU NIVEAU DU PAYS
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**



Table des matières

I. Aperçu de la situation.....	4
1.2. Situation actuelle de l'épidémie.....	6
1.3. Riposte au plan politique et programmatique	6
1.4. Récapitulatif des indicateurs sous forme de tableau.....	7
II. Aperçu de l'épidémie de sida	14
2.1. Résultats de l'enquête MICS IV	15
2.2. Résultats de la sérosurveillance par poste sentinelle	18
III. Riposte nationale à l'épidémie du sida	19
3.1. Au niveau du Cadre légal et institutionnel de la réponse	19
3.2. Dans le cadre des efforts de prévention	20
IV. Meilleures pratiques	33
V. Principaux obstacles et mesures correctives	36
VI. Soutien des partenaires du développement.....	37
VII. Suivi et évaluation.....	38
ANNEXES.....	41
ANNEXE 1 : Liste des membres du groupe restreint de travail	41
ANNEXE 2 : Engagements nationaux et moyens d'action (NCPI).....	42

ACRONYMES

ACABEF	Association Centrafricaine pour le Bien être familial
ACAMS	Association Centrafricaine pour le Marketing Social
ARV	Anti rétroviraux
CAP	Connaissance Attitude Pratique
CCM	Conseil national de Coordination du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (CCFM)
CDT	Centre de Traitement
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CIDS	Centre d'Information et de Documentation sur le Sida
CISJEU	Centre d'Information, d'Education et Communication pour la Santé Sexuelle des Jeunes
CMLS	Comité Militaire de Lutte contre le SIDA
CN/CNLS	Coordination Nationale du CNLS
CNRISTAR	Centre National des IST et de la Thérapie ARV
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPLS	Comité Préfectoraux de Lutte contre le SIDA
CPN	Consultation Périnatale
CRIS	Country Response Information System
CSN	Cadre Stratégique National
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
GAT S&E	Groupe d'Appui Suivi et Evaluation
ICASEES	l'Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales
IEC/CCC	Information Education et Communication/ Communication pour le Changement de Comportement
MSF	Médecins Sans Frontière
OEV	Orphelin et autre Enfant Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le Sida
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PPSAC	Projet Prévention du Sida en Afrique Centrale
PSES	Projet Santé Education et lutte contre le Sida
PSI	Population Service International
TME	Transmission Mère Enfant
UCM	Unité de Cession des Médicaments
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Aperçu de la situation

1.1. degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

Le rapport d'activité sur la riposte nationale au sida 2012 a été élaboré avec l'implication de plusieurs acteurs et en suivant d'une part les mêmes démarches que pour les rapports précédents et d'autre part en suivant les orientations qui figurent dans les directives remises au cours l'atelier d'orientation organisé par le Bureau Régional de l'ONUSIDA à Dakar du 15 au 17 février 2012. Les principales étapes suivantes ont conduit à l'élaboration de ce rapport.

➤ Organisation d'une réunion de sensibilisation

Avant l'atelier de Dakar, le Coordonnateur National du CNLS a organisé le 09 février 2012 une réunion d'information qui a regroupé différents acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida. L'ordre du jour a essentiellement porté sur la présentation des nouvelles orientations pour l'élaboration du rapport et la mise en place de deux organes ad hoc chargés du suivi du processus. Il s'agit comme pour les précédents rapports d'une équipe technique restreinte et d'un groupe de travail élargi.

Le groupe de travail élargi mis en place a la même configuration que celle de 2010.

Le groupe restreint de travail est composé de 23 membres représentant les institutions suivantes: 08 personnes ressources relevant de la Coordination Nationale du CNLS, 07 du Ministère de la Santé Publique, de la Population et de lutte contre le SIDA, 01 représentant du Ministère de l'Education Nationale, 01 représentant du Ministère de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales et de la Promotion du Genre, 01 représentant provenant de 04 Agences du Système des Nations Unies (ONUSIDA, OMS, UNFPA et UNICEF et un représentant du Réseau Centrafricain des PVVIH.

➤ Organisation d'une seconde réunion préparatoire

Faisant suite à l'atelier d'orientation de Dakar, une réunion de restitution a été organisée le 24 février 2012 à l'attention des membres des deux organes mis en place. Cette concertation a permis d'une part d'édifier les personnalités invités sur les principales orientations données aux pays pour l'élaboration et l'envoi de cet rapport et d'autre part d'attirer l'attention des acteurs nationaux et les partenaires internationaux sur l'appropriation par la partie nationale de ce processus et le délai très court réservé à cet exercice.

➤ Réunions préparatoire à la collecte des données

Plusieurs réunions ont été organisées pour la mobilisation des ressources, l'élaboration des différents outils de collecte des données nécessaires à l'élaboration du rapport et la compilation des données collectées.

➤ Collecte des données

Plusieurs stratégies ont été développées pour la collecte des données dont les principales sont: i) Responsabilisation des membres de l'équipe technique restreinte en groupe thématique de collecte des données, ii) recrutement de deux coordonnateurs techniques dont un relevant du secteur publique et l'autre de la Société civile pour la collecte des données sur l'indicateur 7.1. sur les politiques gouvernementales pour lutter contre le VIH et le sida (Engagements nationaux et moyens d'action (NCPI), iii) les indicateurs de l'objectif n°1 ont été en majeure partie renseignés à partir des données de l'enquête à Indicateur Multiple couplée avec la sérologie VIH organisée sous la Direction de l'Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales au Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale (ICASEES) en collaboration avec l'UNICEF et la CN/CNLS à travers le PSES, iv) les autres indicateurs (Accès Universel et GARP) ont été renseignés grâce aux données des programmes obtenues dans les rapports de suivi des projets et programme et à travers des missions de collecte active pour les indicateurs ne pouvant être renseignés à l'aide des outils actuels de collecte des données, v) les indicateurs sur les flux de ressources ont été renseignés à l'aide d'un questionnaire conçu à partir de la grille de financement attachée à l'outil en ligne. Il est à noter que la dernière étude REDES a été réalisée pour les années 2007 et 2008.

➤ réunion de validation

Une réunion de validation des données placée sous la présidence du Coordonnateur Nationale du CNLS a été organisée le 30 mars 2012. elle a regroupé les membres des organes mis en place pour le suivi des activités.

➤ Soumission du rapport

Contrairement aux années précédentes, sur les orientations du Comité restreints de suivi, le rapport validé a été immédiatement soumis en ligne avec la contribution non négligeable de tous les autres membres du groupe restreint de travail.

Tableau n°1: répondants aux questionnaires sur les engagements nationaux et moyens d'action

TYPE D'ENGAGEMENTS ET MOYENS D'ACTION	RESPONSABLES CIBLES	NOMBRE DE REpondANTS
Plan stratégique	le Directeur ou le vice-directeur du Programme national de lutte contre le sida ou du Comité national de lutte contre le sida (ou équivalent),	3

	Responsable des programmes de lutte contre le sida au niveau décentralisé	5
Suivi et Evaluation	représentants du Comité national de lutte contre le sida	1
	Ministère de la Santé	1
	Autres Ministères	0
Droit de l'homme	Autorités du Ministère de la Justice et des commissaires des droits de l'homme	2
	Représentants des droits de l'homme et d'autres organisations de la société civile	7
Participation de la Société Civile	Représentants clés des principales organisations de la société civile qui travaillent dans le domaine du VIH	7
Prévention, traitement, soins et accompagnement		35

1.2. Situation actuelle de l'épidémie

Les données disponibles sur la prévalence de l'infection à VIH sont celles de l'enquête MICS IV de 2010. La prévalence nationale du VIH chez les adultes de 15-49 ans est de 4,9% en 2010 contre 6,2% en 2006. Ceci semble traduire une légère baisse de la prévalence dans le pays.

L'épidémie du VIH est donc de type généralisé en République Centrafricaine avec des prévalences du VIH les plus élevées observées dans la Capitale du pays (Bangui) et dans les Préfectures affectées par les conflits armés. Les femmes sont toujours plus infectées (6,3%) que les hommes (3%). Toutefois, la situation des deux sexes reste préoccupante. Chez les jeunes de 15-24 ans, la prévalence est respectivement de 4,2% chez les filles et 0,7% chez les garçons.

La prévalence du VIH chez les patients présentant une IST est nettement plus élevée que dans la population générale (17,8% vs 6,1%).

La transmission du VIH est principalement hétérosexuelle ; toutefois, une enquête faite auprès des HSH au CNRISTAR a révélé une séropositivité de 17% sur la cohorte de HSH suivis en routine.

1.3. Riposte au plan politique et programmatique

Depuis la création du CNLS en janvier 2001 placé sous l’Autorité directe du Président de la République, Chef de l’Etat, l’engagement des Autorités Centrafricaines dans la lutte contre le SIDA se maintient avec la participation du Premier Ministre Chef du Gouvernement à la réunion de haut niveau de juin 2011. Cet engagement s’est matérialisé par la poursuite du financement des activités de lutte contre le VIH/sida sur le budget national, le plaidoyer permanent qui se fait au niveau des plus hautes Autorités pour le poursuite de l’appui des partenaires techniques et financiers en particulier le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme. Les démarches menées par le Gouvernement auprès du Directeur Exécutif du FM pour la levée des mesures suspensives qui planaient sur le round 7 du Fonds Mondial.

Parallèlement aux actions du Gouvernement, l’instance nationale de coordination du Fonds Mondial (CCM) a poursuivi son action de plaidoyer auprès du Fonds Mondial ce qui a d’une part concouru à la levée de la suspension sur ce Round 7 et d’autre part abouti au financement du Round 9 pour la lutte contre la coïnfection Tuberculose et VIH.

la dotation du pays en un nouveau cadre stratégique national de lutte contre le Sida aligné sur le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) constitue un facteur non négligeable d’engagement politique.

Depuis environ deux ans, une partie des ARV est financée sur le budget national. Ces appuis ont permis de faire face à des situations de rupture des ARV survenues lors de la suspension des subventions du Fonds Mondial.

1.4. Récapitulatif des indicateurs sous forme de tableau

Tableau n°2: Indicateurs pour le suivi de la déclaration politique

RECAPITULATIF DES INDICATEURS DE BASE POUR LE SUIVI DE LA DECLARATION POLITIQUE SUR LE VIH/sida de 2011				
Numéro de l'indicateur	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Valeur de l'indicateur
<i>Objectif 1: D’ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle</i>				
Population générale				
1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	1 603	6 679	24%

1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	1 605	6 679	24%
1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	2 073	16 357	13%
1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	679	16 357	4%
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	2 510	16 357	15%
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	113	4 059	3%
Professionnel(les) du sexe				
1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	ND	ND	ND
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	ND	ND	ND
1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	ND	ND
1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	ND	ND	ND
Hommes ayant des rapports avec les hommes				
1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	ND	ND	ND
1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	67	103	65,05%
1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	89	103	86,41%

1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	31	89	34,83%
1.15	Pourcentage (%) établissements de santé qui fournissent le dépistage du VIH et services de conseil	120	585	20,51%
1.16.1	Nombre de femmes et les hommes âgés de 15 ans et plus ayant reçu le dépistage du VIH et de conseil dans les 12 derniers mois et en connaissent le résultat	-	-	60 461
1.16.2	Nombre de femmes et d'enfants âgés de 15 ans et plus bénéficié d'un dépistage et de conseil dans les centres de dépistage dans les 12 derniers mois et en connaissent le résultat	-	-	38 905
1.16.3	Nombre de femmes enceintes âgées de 15 ans et plus qui ont reçu dépistage et de conseil dans les 12 derniers mois et ont reçu leurs résultats	-	-	30 905
1.17.1	Pourcentage (%) Proportion de femmes ayant consulté dans les services dispensant des soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation	44 047	53 356	83%
1.17.2	Pourcentage (%) Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis	1 279	44 047	3%
1.17.3	Pourcentage (%) Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals, séropositives à la syphilis et qui ont reçu un traitement	1 251	1 279	98%
1.17.4	Pourcentage (%) Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui sont affecté(e)s par la syphilis active	ND	ND	ND
1.17.5	Pourcentage (%) Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et qui sont affectés par la syphilis active	ND	ND	ND
Objectif 2:D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables				

2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	NA	NA	NA
2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	NA	NA	NA
2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	NA	NA	NA
2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	NA	NA	NA
2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	NA	NA	NA
2.6.1	Estimation du nombre d'usagers d'opiacés (injecteurs et les non-injecteurs), si disponible	NA	NA	NA
2.6.2	Nombre de personne sous OST dans tous les sites	NA	NA	NA
2.7.1	Nombre de sites aiguille de la seringue programme (y compris les pharmacies qui délivrent des aiguilles et des seringues des coûts)	NA	NA	NA
2.7.2	Nombre de sites de traitement de substitution aux opiacés	NA	NA	NA
Objectif 3: D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida				
3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	2 874	6 030	47,7%
3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	425	1 209	35,15%
3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	-	-	12%

3.4	Pourcentage (%) de femmes enceintes qui ont été testés pour le VIH et ont reçu leurs résultats - pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures), y compris ceux dont le statut VIH précédemment connu	47 067	55 181	85,29%
3.5	Pourcentage de femmes en consultation prénatale dont les partenaires masculins ont été testés pour le VIH au cours des 12 derniers mois	2 332	55 181	4,22%
3.6	Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)	1 540	6 030	25,54%
3.7	Pourcentage d'enfants nés de mère infectée et qui ont reçu une prophylaxie ART pour réduire la transmission mère enfant	1 209	6 030	65,90%
3.8	Pourcentage (%) de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH (nourrissons exposés au VIH) qui sont fournis avec des antirétroviraux (soit mère ou l'enfant) afin de réduire le risque de transmission du VIH au cours de la période d'allaitement.	1 203	5 548	21,70%
3.9	Pourcentage (%) nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance	807	6030	13,40%
3.10	Distribution par des pratiques d'alimentation			
3.10.1	L'allaitement maternel exclusif	1 116	1 209	66,70%
3.10.2	l'allaitement de remplacement	97	1 209	8,00%
3.10.3	L'alimentation mixte / autre	-	1 209	0,00%
3.10.4	Non classé / autre	-	1 209	0,00%
3.11	Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période	-	-	78 066
3.12.1	Nombre d'établissements de santé offrant des services de soins prénatals	-	-	254

3.12.2	Nombre d'établissements de santé offrant des services de soins prénatals qui offrent aussi des CD4 sur le site, ou qui ont un système de collecte et transport des échantillons de sang pour numération des CD4 infectés par le VIH des femmes enceintes	-	-	120
Objectif 4: D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH				
4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	14 405	66 395	21,70%
4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	7574	9840	76,97%
4.2b	Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH toujours en vie et connu pour être sur le traitement 24 mois après le début de la thérapie antirétrovirale (parmi ceux qui ont initié un traitement antirétroviral en 2009)	4 348	6 627	66,00%
4.2c	Pourcentage d'adultes et d'enfants avec le VIH toujours en vie et connu pour être sur le traitement 60 mois après l'initiation du traitement antirétroviral (parmi ceux qui ont initié un traitement antirétroviral en 2006)	1 022	1 736	59,00%
4.3	Nombre de formations sanitaires qui offrent un traitement ARV (Prescrivent et ou assure un suivi clinique)	-	-	92
4.3.1	Publique	-	-	76
4.3.2	Privée	-	-	16
4.3.3	Non spécifiée	-	-	-
4.4	Pourcentage de formation sanitaire dispensant des ARV pour le traitement et qui a connu une rupture d'au moins un ARV au cours des 12 derniers mois	54	92	58,70%
4.6.1	Percentage of adults and children enrolled in HIV care and eligible for co-trimoxazole (CTX) prophylaxis (according to national guidelines) currently receiving CTX prophylaxis	12 229	15 976	77,00%

4.6.2	Number of adults and children enrolled in HIV care, eligible for CTX prophylaxis and receiving it at their last visit recorded during the reporting period Include patients seen at the HIV clinic at least once during the past year. HIV care includes HIV treatment (ART)	-	-	12 229
4.6.3	Number of adults and children enrolled in HIV care and eligible for CTX prophylaxis at their last visit recorded during the reporting period	-	-	15 976
Objectif 5: D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH				
5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	625	726	86,00%
5.2	Nombre d'établissements offrant des services ART pour les personnes vivant avec le VIH ayant des pratiques démontrables de contrôle des infections qui comprennent le contrôle de la tuberculose	-	-	79
5.3	Pourcentage d'adultes et d'enfants suivis dans les services de prise en charge du VIH et qui ont commencé la prophylaxie à l'isoniazide	NA	NA	NA
5.4	Pourcentage d'adultes et d'enfants suivis dans les services de prise en charge du VIH dépisté pour la tuberculose durant leur dernière visite	625	8 934	7%
Objectif 6: Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire				
6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement (FCFA)	5398224057	7375082283	7389752054
Objectif 7: Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement				
7.1	Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)	Voir Annexe		

7.2	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	467	1 180	39,6%
7.3	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	0,698	0,793	0,88
7.4	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	ND	ND	ND

II. Aperçu de l'épidémie de sida

En 2010 et 2011, le pays a bénéficié d'un important appui des partenaires techniques et financiers qui a permis le financement d'une étude de sérosurveillance par poste sentinelle en 2010 (Financement de la Banque Mondiale et de l'OMS) et en 2011 d'une autre étude de sérosurveillance par poste sentinelle chez les femmes en consultation prénatale (ONUSIDA et Banque Mondiale) et d'une enquête MICS IV couplée avec la sérologie. Les deux dernières études ont permis au pays de disposer des données les plus récentes sur le VIH en République Centrafricaine. Les données décrites ci dessous résument la situation.

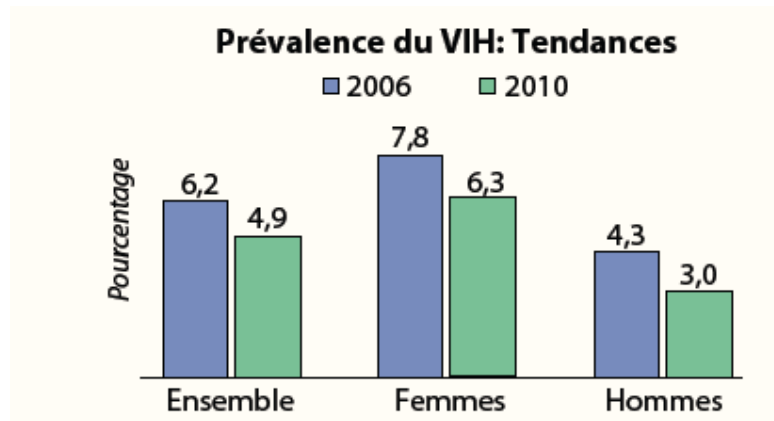
Tableau n°3 : Partenaires financiers de l'enquête MICSIV et de la sérosurveillance 2011

Type de surveillance	Partenaires mis à contribution
Enquête à indicateurs multiples couplée avec la sérologie VIH et l'anémie (2010)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ UNFPA ▪ Banque Mondiale ▪ UNICEF ▪ PNUD ▪ Union européenne ▪ ONUSIDA ▪ OMS
Sérosurveillance par poste sentinelle de 2011	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ONUSIDA ▪ Banque Mondiale

2.1. Résultats de l'enquête MICS IV

a) Prévalence du VIH au niveau national

La prévalence nationale du VIH chez les adultes de 15-49 ans est de 4,9% en 2010 contre 6,2% en 2006. Ceci semble traduire une légère baisse de la prévalence dans le pays.



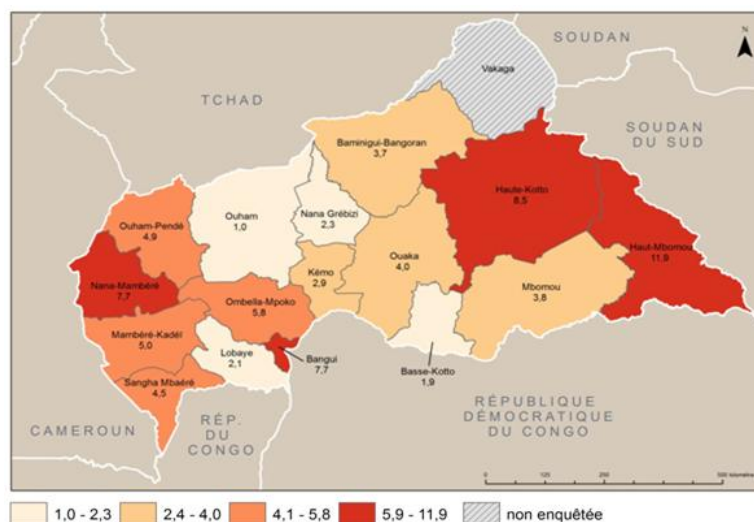
Graphique 1 : Prévalence du VIH : tendance en 2006 et 2010 (MICS 4)

Les résultats montrent que 4,9 % des adultes âgés de 15-49 ans sont séropositifs. Les taux de séroprévalence chez les femmes et chez les hommes de 15-49 ans, estimés respectivement à 6,3% et 3% ont également connu une diminution sensible.

b) Prévalence par Préfecture

La prévalence du VIH chez les 15-49 ans varie de 1,0% (Ouham) à 11,9% (Haut Mbomou). L'épidémie du VIH est donc de type généralisé (voir carte ci-après).

En plus de Bangui (7,7%) les préfectures du Haut Mbomou (11,9%), de la Haute Kotto (8,5%), de la Nana-Mambéré (7,7%) et de l'Ombella Mpoko (5,8%) ont une prévalence supérieure à la moyenne nationale qui est de 4,9%.

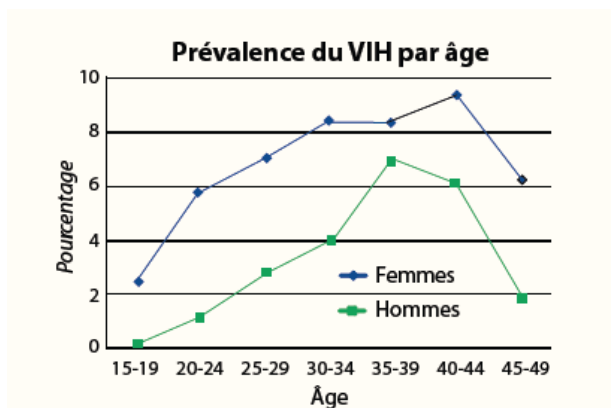


Source : MICS 4 (2010)

Graphique 2 : Carte de Prévalence du VIH par préfecture (MICS 4)

c) Prévalence du VIH selon le groupe d'âge et le sexe

➤ **Prévalence globale du VIH dans les deux sexes**



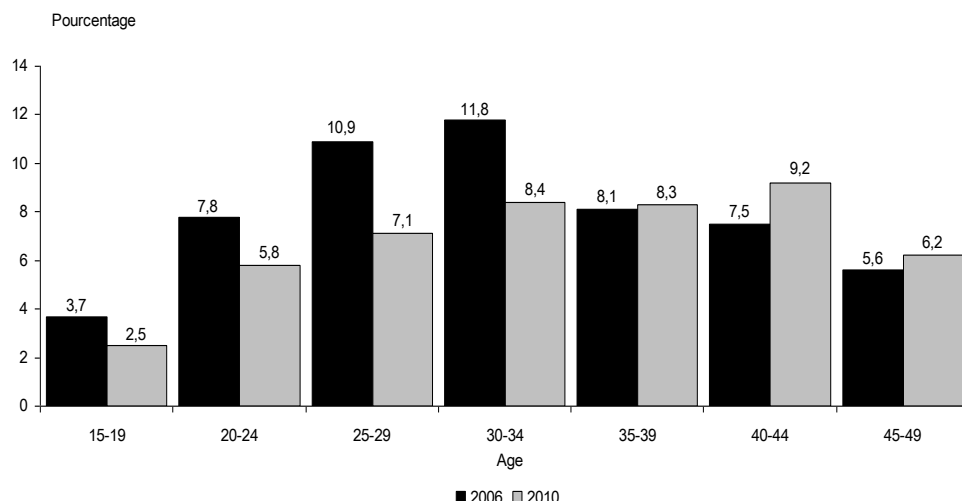
Graphique 3 : Prévalence du VIH selon le groupe d'âge et le sexe en 2010 (MICS 4)

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

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est de 2,8% : 4,2% chez les femmes et 0,7% chez les hommes, correspondant à un ratio femme/homme de 6. Ce qui signifie que, dans ce groupe d'âges, 600 femmes sont infectées pour 100 hommes.

a) Prévalence du VIH chez les femmes

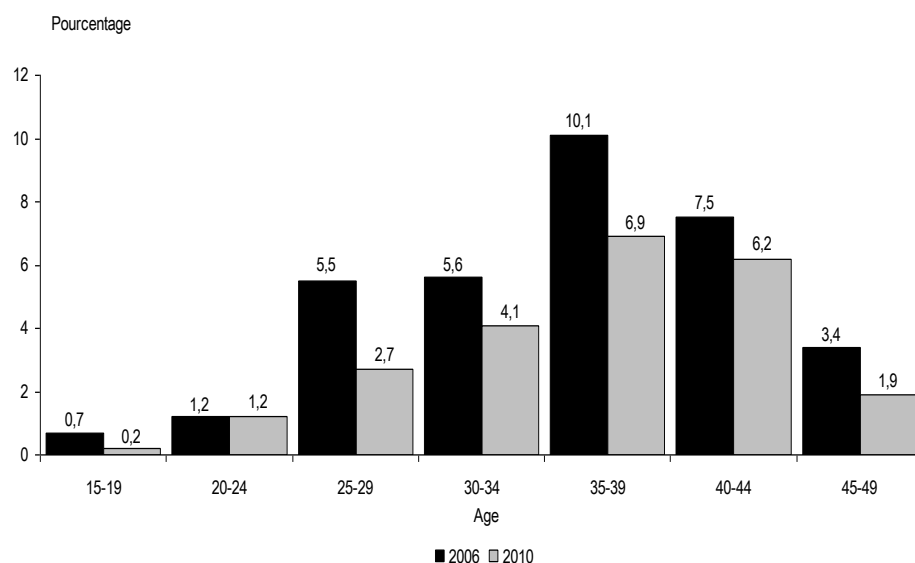
La prévalence a connu une légère baisse en 2010 comparativement à celle de 2006, sauf dans les tranches d'âge 40-44 et 45-49 où cette tendance est inversée. Par ailleurs en 2010, on note une stabilité de la prévalence dans les tranches d'âge 30-34 et 35-39 ans.



Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les femmes selon le groupe d'âge en 2010 (MICS 4)

b) Prévalence du VIH chez les hommes

En considérant les hommes, la prévalence a également une tendance baissière ou quasi stable en 2010 comparativement aux niveaux atteints en 2006 quelques soient les tranches d'âge. Le pic est remarqué dans la tranche d'âge 35-39 ans.

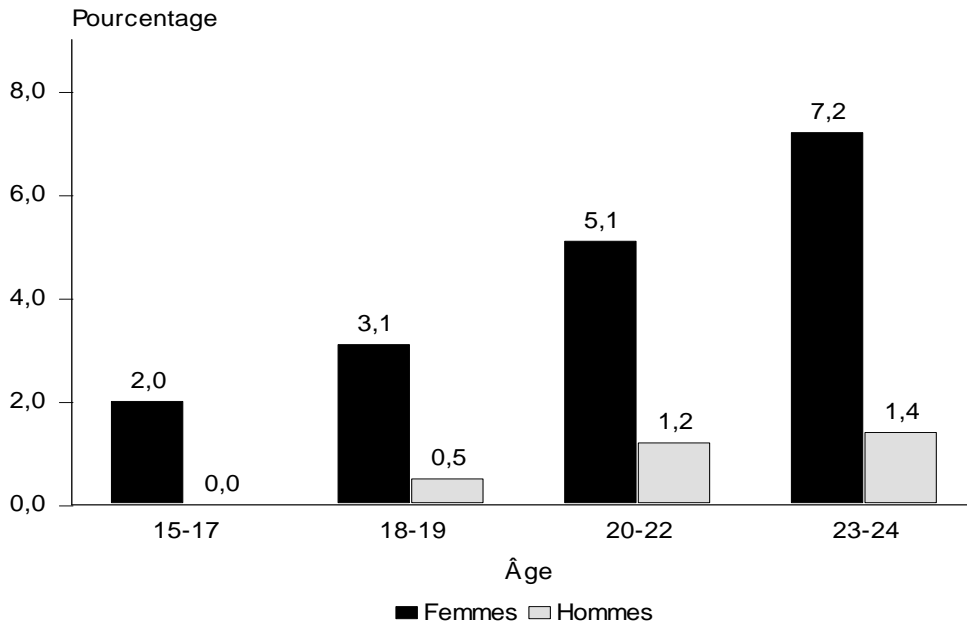


Graphique5 : Prévalence du VIH chez les hommes selon le groupe d'âge en 2010 (MICS 4)

La prévalence augmente selon l'âge chez les femmes jusqu'à 30-34 ans et chez les hommes jusqu'à 35-39 ans. Après ces tranches d'âge, les tendances deviennent irrégulières.

c) Prévalence du VIH chez les jeunes 15-24 ans

Le graphique ci-dessous présente la répartition de la prévalence du VIH chez les 15-24 ans selon le sexe. La prévalence est plus élevée chez les femmes et augmente avec l'âge.



MICS-4 2010

Graphique 6 : Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans en 2010

2.2. Résultats de la sérosurveillance par poste sentinelle

Cette enquête a permis de collecter les sérums auprès de 4.469 femmes enceintes réparties dans 24 sites sentinelles dont 13 en milieu urbain, 11 en milieu rural. Les tableaux ci-dessous résument les résultats obtenus.

Tableau 4 : Données selon les sites

N°	Site	Prélevés	Test+	Test-	%
1	Berbérati	298	23	275	7,72
2	Bossangoa	132	15	117	11,36
3	Bossembélé	150	8	142	5,33
4	Gamboula	140	5	135	3,57
5	Pétévo	298	12	286	4,03
6	Bouar	74	8	66	10,81
7	Mambéré	149	12	137	8,05
8	Hop.comm	293	22	271	7,51
9	Bimbo	273	9	264	3,30
10	Boda	132	3	129	2,27
11	Mbaiki	160	3	157	1,88
12	Castors	162	12	150	7,41
13	Ngaoundaye	77	1	76	1,30
14	Bozoum	202	6	196	2,97
15	Batangafo	141	6	135	4,26
16	Mala	148	2	146	1,35

17	Bambari	296	14	282	4,73
18	Bria	282	27	255	9,57
19	Séko	162	5	157	3,09
20	Alindao	146	10	136	6,85
21	Elim-Kongbo	149	2	147	1,34
22	Mobaye	341	1	340	0,29
23	Bangassou	118	7	111	5,93
24	Niem	146	3	147	2,05

Source : Sérosurveillance 2011

Le taux de séropositivité le plus bas est observé à Mobaye (0,29%) et le plus élevé à Bossangoa (11,36%).

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des femmes en consultation prénatale

Milieu	Taux de séropositivité
National	4,83%
Urbain	5,42%
Rural	3,70%

Source : Sérosurveillance 2011

Le taux national de séropositivité est estimé à 4,83%. ce taux est identique à celui observé dans l'enquête MICS IV.

III. Riposte nationale à l'épidémie du sida

L'année 2010 correspond à la dernière année de mise en œuvre du CSN 2006-2010. A l'instar des années précédentes, aucune table ronde de mobilisation des ressources n'a été organisée durant ces deux dernières années. Toutefois des ressources ont été mobilisées entre 2009 et 2011 auprès des Institutions partenaires telles la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, la BAD, la coopération Française, les Agences du système des Nations Unies en appuie aux efforts du Gouvernement.

Sur la base des efforts consentis par le Gouvernement en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, Les changements apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme au cours de la période allant de janvier 2010 à décembre 2011 sont les suivants :

3.1. Au niveau du Cadre légal et institutionnel de la réponse

La Coordination de la Réponse Nationale au VIH et au Sida est toujours assurée par le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) créé par Décret n° 01.032 du 26 janvier 2001, modifié par le Décret 02.274 du 29 Novembre 2002. Un second Décret et complétant certaines dispositions du Décret du 01.032 du janvier 2001 a été promulgué le 31 décembre 2010 avec la création d'un poste de Coordonnateur Adjoint de la CN/CNLS et de Conseiller chargé du suivi des Equipes Techniques Préfectorales.

3.2. Dans le cadre des efforts de prévention

a) Promotion des comportements à moindre risque par l'IEC/CCC

Des initiatives de CCC au profit de groupes les plus vulnérables ont été prises par certains intervenants de la société civile et du secteur public. Il s'agit notamment de :

- Le Ministère en charge de l'Education Nationale, à travers son service IST-Sida-Population, qui a initié le processus d'intégration du VIH dans les curricula de formation à tous les niveaux (primaire secondaire et enseignement technique). Le Ministère a également initié des activités extracurriculaires utilisant l'approche d'éducation par les pairs. A cet effet, le Ministère dispose d'un guide d'éducation par les pairs élaboré avec l'appui de l'UNICEF et axé sur les compétences de vie courante. Un total de 4.000 élèves pairs-éducateurs au cours de la période couverte par le CSN ont été formés. A l'Université, les actions d'éducation par les pairs ont été organisées par le Centre d'Information, d'Education et d'Ecoute qui a formé 144 étudiants pairs-éducateurs. Ces derniers animent 14 points info Sida au niveau des différents établissements de l'Université de Bangui. Le CCU/CIE organise depuis deux ans des journées d'incitation au dépistage au profit des étudiants de l'université de Bangui. Cette approche a permis d'offrir le test du VIH à plus de 75% des étudiants des différents facultés et Instituts.
- Le Ministère en charge de la Jeunesse a initié des actions d'éducation des jeunes en milieu non scolaire sur le VIH, le Sida et les IST. L'approche d'éducation par les pairs est également utilisée à l'aide d'un guide d'éducation par les pairs avec l'appui de l'UNFPA. Encore fortement concentrées au niveau de la ville de Bangui, ces activités sont organisées autour des Centres d'Information et d'Education.
- Le Ministère en charge de la Défense nationale qui, par le biais du Comité Militaire de Lutte contre le Sida (CMLS), a également engagé des actions de communication pour le changement de comportements à l'endroit des militaires, des gendarmes et leurs familles. Les policiers n'ont que faiblement été pris en compte.
- Le Ministère en charge de la santé qui a intégré l'éducation sur le VIH et le Sida parmi les thématiques d'éducation pour la santé dans les formations sanitaires. Mais ces activités ne sont pas documentées. Un plan intégré de communication pour la

Prévention de la Transmission du VIH Parents-Enfants a aussi été élaboré mais il n'a pas été opérationnalisé.

- Le Ministère des Affaires sociales, de la Solidarité Nationale et de la Promotion du Genre organise tous les mercredis à la radio Centrafrique des émissions sur des thématiques transversales en rapport avec le VIH/sida animée par des ONG intervenants dans la lutte contre le Sida.
- Plusieurs organisations de la société civile organisent des activités de communication pour le changement de comportements. Mais ces activités sont faiblement documentées, au point où aucune information n'est disponible sur les volumes d'activités organisées et la couverture des groupes concernés.

b) Renforcement de la prévention et de la prise en charge des IST

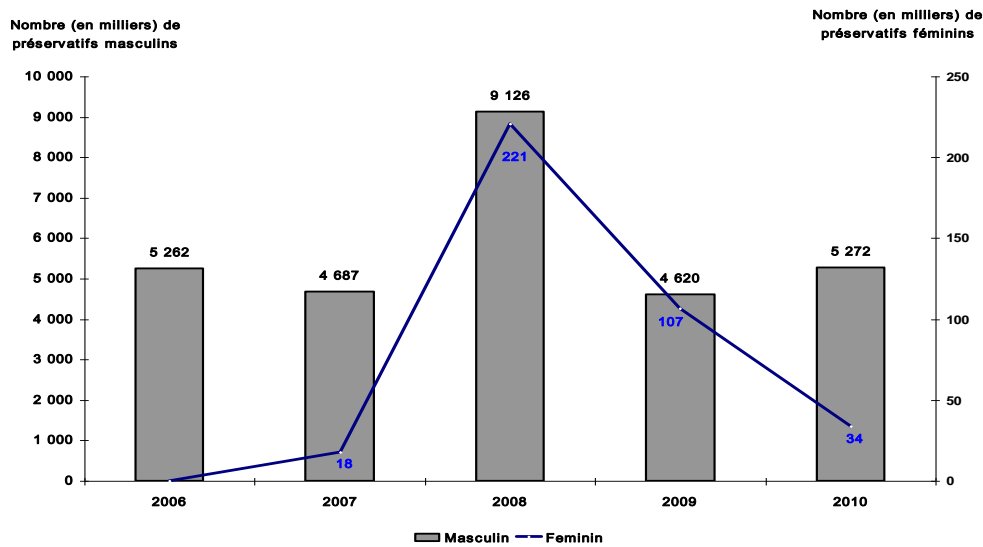
Jusqu'en fin 2011, les actions tendant à renforcer la prévention et la prise en charge des IST n'ont pas connu d'importantes améliorations : (i) la prise en charge des IST a été réalisée dans le cadre de la consultation curative classique (avec recouvrement des coûts), (ii) il n'y a pas eu d'actions visant à favoriser l'accès aux services de prise en charge syndromique des IST aux groupes les plus à risque (travailleuses du sexe et camionneurs) et certains groupes les plus vulnérables, notamment les jeunes, (iii) Toutefois des initiatives sont en cours pour le ciblage des hommes ayant des rapports avec des hommes avec l'appui du programme ESTHER. Les directives sur la prise en charge syndromique des IST sont appliquées au niveau de 211 formations sanitaires sur 786, soit 26,8%. Parmi les FOSA assurant la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles figurent celles appartenant à des organisations de la société civile (ACABEF ; CISJEU). Les deux (2) Centres de Santé Scolaires existant dans le pays ont intégré la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles mais n'ont pas mis en place de stratégies visant à promouvoir ce service auprès des élèves et des étudiants.

c) Promotion et extension de la disponibilité sur le territoire national des préservatifs masculins et féminins

la RCA a consolidé son programme de marketing social du préservatif avec comme principale agence de marketing sociale, l'organisation non gouvernementale Association Centrafricaine pour le Marketing Social (ACAMS). Cette ONG, appuyée par Population Services International (PSI), le Projet de Prévention du Sida en Afrique Centrale (PPSAC), et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), a mis en place un réseau de distribution et vente à coût subventionné de préservatifs sous le label « LoversPlus » dans treize (13) Préfectures sur seize (16) et dans la ville de Bangui. ACAMS associe la distribution des préservatifs à travers le réseau commercial à une distribution à base communautaire en utilisant une association comme intermédiaire dans chaque sous-préfecture. Au total, soixante douze (72) sous-préfectures disposent d'une association assurant la distribution à base communautaire des préservatifs. L'ACABEF assure également la distribution vente des préservatifs à un moindre coût.

Les préservatifs sont également distribués au niveau des FOSA dans le cadre des activités de conseil et dépistage volontaire, de prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles, et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Le graphique ci

dessous présente l'évolution de la distribution des préservatifs masculins et féminins de 2006 à 2010.



Graphique 10 : Distribution annuelle des préservatifs en RCA (ACAMS, 2011)

La KFW à travers le PPSAC, le PSI, l'UNFPA et l'IPPF sont les principaux partenaires qui appuient le pays dans l'acquisition de préservatifs.

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

La stratégie nationale en matière de recrutement de donneurs repose sur trois types de dons : don familial, don de collecte, dons réguliers (bénévoles). On note une prédominance des dons familiaux de remplacement de l'ordre de 90,0% par rapport aux dons bénévoles. L'offre de produits sanguins sécurisés est, par conséquent, encore soutenue par les dons familiaux de remplacement. Il n'y a pas de programme de promotion des comportements sexuels à moindre risque dans le petit groupe des donneurs de sang bénévole existant dans le pays. La production moyenne annuelle du CNTS est de 6 000 poches de sang sécurisées. Cette production représente seulement 19,6% des besoins du pays en sang et se situe même en deçà des besoins de la ville de Bangui.

En 2010 et 2011, les poches de sang, les réactifs et consommables pour la sécurité transfusionnelles ont été acquis sur financement du Gouvernement et de la Banque Mondiale à travers le PSES.

e) Renforcement et extension sur le territoire national de la prévention de la transmission parents - enfants du VIH

Les directives nationales prenant en compte les recommandations de l'OMS de 2009 ont été révisées en 2010. La mise en œuvre du plan de passage à l'échelle a permis d'étendre le nombre de sites à 62 en 2006 et à 107 en fin 2010 (soit 89% de la cible). Un total 710 anciennes bénéficiaires de la PTPE ont été formées pour animer les groupes de soutien autour des sites PTPE. En 2010, le plan de passage à l'échelle a été actualisé, accompagné d'une feuille de route pour l'accélération de sa mise en œuvre au cours de la période 2010-2013. Les directives PTPE ont également été révisé en vue de prendre en compte les nouvelles recommandations de l'OMS de 2009.

En termes de résultats concrets de la PTPE :

- Le dépistage du VIH au cours de la consultation prénatale (CPN) et les services de prophylaxie transmission mère à l'enfant (TME) sont intégrés dans 105 formations sanitaires, soit 19,7 % des 534 FOSA pratiquant la CPN et/ou les accouchements, dans un contexte marqué par un taux de couverture de la CPN1 qui est de 65,0% ;
- De janvier à décembre 2010, le nombre total de femmes enceintes ayant accepté le dépistage du VIH a été de 59.776, soit 37,4% du total de 160.000 grossesses attendues ;
- La proportion des femmes enceintes dépistées et qui ont retiré leurs résultats est demeurée inférieure à 60% pendant toute la période couverte par le CSN : 9 065 sur 15 480 (59,0%) en 2006 et 34 138 sur 59 776 (57,1%) en 2010. Ce faible taux peut être soit : i) la traduction logique de la plus faible couverture de la CPN 2 par rapport à la CPN 1 ; les résultats étant retiré à l'occasion de la CPN 2 ; ii) soit la traduction de faiblesses dans la qualité du counselling.

La proportion des femmes enceintes séropositives qui ont reçu des ARV dans le cadre de la PTPE parmi celle dépistée séropositives a été de 16,0% en 2006 (318 sur 1986), 28% (739 sur 2685) en 2007, 35% (608 sur 1748) en 2008, 38% (958 sur 2503) en 2009 et un taux en nette augmentation 77,13 % (2013 sur 2604) en 2010. Si la performance concernant le nombre total des femmes ayant reçu des ARV est satisfaisante, la proportion de ces femmes comparées à celles qui ont été dépistées séropositives est faible malgré une évolution progressive. Cette faible proportion appelle à une amélioration de la qualité du suivi des femmes enceintes séropositive et de l'implication des groupes de soutien PTPE.

f) Promotion et renforcement du conseil dépistage volontaire au niveau des structures sanitaires et dans les communautés

Le nombre total de sites de CDV fonctionnels à fin 2010 était de quarante sept (47) sur une prévision de soixante dix (70), soit un taux de réalisation de 67,0%. Cette relative faible performance est la conséquence de difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du programme VIH financé par le Fonds Mondial au titre du 7^e round marquée par un gel des décaissements à partir de la fin de l'année 2009. La réhabilitation de vingt et un (21) unités de CDV prévue dans ce programme n'a pu être réalisée, en raison, en partie, de ce gel. Tous

les districts sanitaires disposent d'au moins un centre de CDV. Mais l'objectif visant à rendre disponible les services de CDV dans toutes les sous-préfectures n'a pas été atteint.

En 2010, le pays a adopté des directives nationales sur le dépistage conseil à l'initiative du prestataire. Il reste à élaborer une feuille de route pour la mise en œuvre effective de cette approche dans le pays.

Pour accroître l'utilisation des services de CDV, la CN/CNLS a appuyé, dans le cadre du programme VIH du Fonds Mondial au titre du 7^e round, les activités de promotion du dépistage autour des sites de quarante neuf (49) ONG. Le PSES financé par la Banque Mondiale a par contre, financé, des opérations de CDV mobiles dans les administrations publiques, les entreprises privées et dans les établissements de l'Université de Bangui.

Le nombre de personne ayant fait le dépistage et retiré leurs résultats a été de 86 149 en fin septembre 2010. Le taux de réalisation annuel par rapport aux prévisions du plan de suivi évaluation a dépassé les 100% pendant toute la période concernée par le CSN, ce malgré le fait que les objectifs concernant l'offre de services n'ont pas été atteint. Cette situation pourrait traduire une sous-estimation des cibles annuelles. En effet, en prenant en compte la population sexuellement active dans le pays, le nombre des personnes ayant fait la démarche du dépistage volontaire représentent 3,8% des besoins nationaux.

➤ Analyse des résultats obtenus

Le tableau suivant fait le point du niveau d'atteinte des cibles des indicateurs d'impact et d'effets relatifs à l'axe I du CSN 2006-2010, sur la base des informations disponibles.

Tableau 7 : Indicateurs d'impact de la mise en œuvre de l'axe I du CSN 2006-2010

Indicateurs	Cibles (2010)	Réalisations (2010)	Observations
Impacts			
Prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans	6,2%	4,9%	MICS IV, 2010 ;
Prévalence du VIH chez les FE de 15-24 ans	6,0%	4,1%	MICS IV, 2010 ;
Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectées par le VIH	30,0%	Non disponible	Les données de la modélisation donnent un taux de transmission de 12% à 6 semaines en 2011
Effets			
Pourcentage de jeunes de 15-24 ans qui identifient correctement les manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH	45,0%	19,5%	Données de l'enquête MICSIV

Pourcentage de personnes dépistées pour le VIH et qui connaissent les résultats	30,0%	15,3%	Données de l'enquête MICSIV
---	-------	-------	-----------------------------

3.2. Efforts dans le cadre des soins, du traitement et du soutien aux personnes infectées et ou affectées et pour l'atténuation de l'impact du VIH

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

En fin 2010, le nombre total de médecins accrédités comme prescripteurs d'ARV était de 101 sur l'ensemble du territoire national. Le ratio "prescripteur par malade" est de 7 prescripteurs pour 1 000 malades en 2010.

En dehors du gouvernement, le Fonds Mondial et la Banque Mondiale ont été les principaux partenaires ayant appuyé le pays dans l'acquisition des ARV. La Croix Rouge Française (CRF) fournit des antirétroviraux au Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) pour pallier à d'éventuelles ruptures. L'UNITAID a contribué à l'acquisition des ARV pédiatriques. Aussi, Médecins Sans Frontière (MSF) acquière également des antirétroviraux destinés à la prise en charge des populations locales dans les zones de conflits.

En fin 2010, le MSPPLS a procédé à la révision de ces directives en matière de traitement ARV afin de prendre en compte les nouvelles recommandations de l'OMS.

Le programme assure la gratuité du suivi biologique des patients sous antirétroviraux. Le nombre d'appareils de comptage des CD 4 est passé de 2 en 2006 à 11 en 2010 et dont 5 à Bangui. En raison de la disponibilité limitée en appareils de comptage des CD4, les sites de l'intérieur du pays sont organisés en réseaux autour des hôpitaux régionaux disposant d'appareils de comptage des CD4.

Le ratio "compteur CD4 par centre de traitements antirétroviraux" est de 100 compteurs CD4 pour 827 sites de traitement antirétroviraux. Chaque compteur CD4 devient donc hyper sollicité, soit un compteur CD4 pour environ 1314 malades en moyenne en 2010. Une telle situation impose des investissements importants dans la maintenance.

Concernant les enfants vivant avec le VIH, le complexe pédiatrique de Bangui est un site dédié à la prise en charge pédiatrique. Dans les localités de l'intérieur du pays, les enfants sont pris en charge par l'équipe assurant la prise en charge des adultes.

Le tableau ci-dessous donne l'évolution de la file active des personnes vivant avec le VIH sous antirétroviraux. Par ailleurs, le ratio "site de TARV par patients sous traitements antirétroviraux" est relativement élevé. Ce ration est quasiment de 6 sites pour 1 000 personnes vivant avec le VIH sous traitements antirétroviraux. Ce qui traduit une sur-

sollicitation des centres traitements antirétroviraux, particulièrement au niveau de la ville de Bangui.

Tableau 8 : Evolution de la couverture nationale TARV chez l'adulte et l'enfant en fin 2010

Groupe d'âge	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Adultes (Personnes de 15 ans et plus)	-	-	-	-	14 462	13703
Enfants (Personnes de 0 à 14 ans)	-	-	-	-	825	702
Total	2 860	6 054	11 864	13 234	15 287	14 405

La diminution du nombre des PVVIH sous ARV en 2011 résulte d'une sous notification du à la faiblesse du système de données tant au niveau central que dans les provinces.

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

La prise en charge médicale des PVVIH intègre également la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes les plus courantes. Le cotrimoxazole est fourni gratuitement aux patients dans tous les sites sur la base des directives nationales en la matière. Le nombre de PVVIH recevant du cotrimoxazole au titre de la prophylaxie des infections opportunistes a évolué de la manière suivante : 2 826 en 2006, 6 311 en 2007, 14 270 en 2008, 17 527 en 2009 ,19 136 en fin juin 2010 et 12 222 en fin 2011. Cette chute du nombre des personnes est probablement liée à un problème de reporting.

Les infections opportunistes actives sont également prises en charge gratuitement au niveau des sites. Cependant, les ruptures des stocks de médicaments pour le traitement des principales infections opportunistes ne sont pas rares. Les informations sur la fréquence des différentes infections opportunistes ne sont pas disponibles en raison d'insuffisances dans la documentation de cette activité.

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

En 2010, les données collectées en routine dans les CDT font état de 862 tuberculeux testés VIH+ sur 2 638 qui ont accepté et fait le test VIH, ce qui donne une prévalence de co-infection VIH/TB de 33 %.

On note de manière générale une insuffisance dans la mise en œuvre des activités de collaboration TB/VIH dans les structures à différents niveaux. Il n'y a pas encore de

mécanisme formel de coordination entre les programmes de lutte contre le Sida et la Tuberculose au sein du Ministère de la Santé.

h) Renforcement de la prise en charge psychosociale, nutritionnelle et communautaire des PVVIH

Certains centres de prise en charge (les 3 CTA, le centre de l'ONG Amis d'Afrique) disposent d'une équipe chargée du soutien psychologique et social des PVVIH.

Au niveau communautaire, les activités de soutien psychologique et social (groupes de paroles, visites à domicile) sont organisées par les associations de PVVIH regroupées au sein du RECAPEV. La visibilité de ces actions est limitée par la faiblesse des financements alloués à cette activité ainsi que par un déficit d'encadrement. Par ailleurs, le lien avec les sites de prise en charge, dans une perspective de continuum de soins, n'est pas formellement établi.

Les directives de prise en charge nutritionnelle des PVVIH n'ont été élaborées et validées qu'en fin 2010 sur financement de l'OMS. Ce guide n'était pas encore vulgarisé pendant la période de mise en œuvre du CSN 2006-2010. Entretemps, l'essentiel de la prise en charge nutritionnelle était assurée avec l'appui du PAM, de l'UNICEF et de l'IPHD.

i) Renforcement de la protection et du soutien aux personnes infectées et/ou affectées y compris les OEV

La protection sociale et juridique vise à réduire la stigmatisation et la discrimination des PVVIH et de leurs familles à tous les niveaux (familial, communautaire, milieu de soins, milieu de travail). A cet effet, le pays s'est doté d'une loi fixant les droits et obligations des PVVIH (loi N°06.030 du 12 septembre 2006). Cette loi contient des dispositions interdisant la stigmatisation et la discrimination des PVVIH.

Les associations de PVVIH, les organisations de défense de droits de l'homme ont participé à la vulgarisation de cette loi au niveau des communautés. Les membres de ces organisations, ainsi que les magistrats et juristes, ont été formés sur l'éthique, les droits et devoirs des personnes infectées et affectées par le VIH. Un Réseau Centrafricain pour l'Éthique et les Droits des PVVIH (RCED) a été mis en place. Mais l'efficacité de l'action de ce réseau est limitée par l'insuffisance de moyens mis à sa disposition.

Le programme appuyé par le Fonds Mondial a offert aux OEV sélectionnés à partir d'une enquête de ménage, un paquet de services incluant l'appui à la scolarisation, soins de santé de base, insertion professionnelle et familiale, protection juridique. Le nombre d'OEV ayant d'un appui pour l'accès aux soins de santé de base a été de 17 847 en 2006, 5670 en 2007, 393 en 2008 et 4762 en 2009/2010. Cette variation irrégulière du nombre d'OEV bénéficiaires était consécutive aux rythmes des décaissements en faveur du programme. Il en est de même du nombre d'OEV qui ont bénéficié d'un appui à la scolarisation ou la formation professionnelle, qui a été de 12 297 en 2006, 5 347 en 2007 et 9691 entre 2008 et 2010, Le nombre total d'OEV réinsérés dans les familles de 2006 à 2010 a été de 14 273.

Le nombre total d'OEV ayant bénéficié du paquet de services sociaux fournis par le programme n'a pas été évalué. Il en est de même de la proportion des enfants vivant avec le

VIH et de ceux rendus orphelins par le Sida parmi les OEV bénéficiaires des différents services.

Par ailleurs, les contributions effectives des autres secteurs (santé, éducation) à la prise en charge des OEV (en dehors des services payés par le programme) n'ont pas été suffisamment documentées.

Le programme appuyé par le Fonds Mondial a permis la construction de 19 centres d'accueil et d'écoute des OEV à travers le pays. Mais, il se pose le problème de financement du fonctionnement de ces centres. Le programme a également permis de créer un environnement favorable à la protection juridique des OEV. Ainsi, au terme d'une étude du cadre juridique de protection des OEV applicable en RCA, des modules de formation des acteurs judiciaires et des leaders communautaires ont été élaborés.

Au total 300 experts judiciaires et travailleurs sociaux, 750 membres d'ONG/OAC et leaders communautaires ont été formés sur la base de ces modules. Le programme a apporté un appui financier au fonctionnement de 3 cours d'appel et 9 tribunaux pour enfants (TPE). Les résultats de cet appui en termes de nombre d'enfants ayant bénéficié d'une protection juridique ne sont pas disponibles. Ce qui n'a pas permis d'avoir une connaissance fine des problèmes juridiques auxquels les OEV sont confrontés.

Le tableau suivant fait le point de la performance du programme sur la base des indicateurs retenus dans le plan de suivi-évaluation.

Tableau 9 : Performance du CSN 2006-2010 relative à la prise en charge des OEV

Indicateur	Cible fin 2010	Réalisation à fin 2010	Observation
Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables qui ont reçu un appui extérieur (nutritionnel, scolaire, socioprofessionnel et juridique)	20%	ND	
Nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables qui ont été pris en charge (médicale)	1 500	4762	Taux de réalisation > 100%
Nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables appuyés sur le plan éducationnel	50 000	27 335	Taux de réalisation : 54,7%
Nombre de familles d'OEV appuyées sur le plan alimentaire	20 000	ND	

j) Développement de stratégies novatrices d'implication des PVVIH/associations

Les associations de personnes vivant avec le VIH ont été impliquées, de manière active, dans les activités de soutien psychologique et social des PVVIH au niveau communautaire (animation de groupes de paroles, visites à domicile, médiation familiale, etc.). Mais il n'y a pas eu de cadre formel

de référence et de contre-référence entre les associations de PVVIH et le système de santé. L'opportunité des réunions des comités thérapeutiques des sites de prise en charge, n'a pas suffisamment été mise à profit dans l'établissement d'un partenariat entre les organisations à base communautaire et les services de santé afin d'assurer le continuum de soins.

Les interventions des associations de PVVIH dans le cadre de la prise en charge psychologique et social ont été faiblement encadrées, et n'ont pas été guidées par une stratégie nationale.

Certaines activités de continuum des soins en collaboration avec les PVVIH ont été menées au sein du secteur santé, mais elles sont demeurées mal documentées, ce qui complique l'analyse sur son envergure réelle.

Il n'y a pas eu de collaboration formelle entre les tradipraticiens et le système de santé dans le système de santé. L'itinéraire des patients n'a pas fait l'objet d'une analyse afin de mieux apprécier la place du tradipraticien.

Le tableau suivant fait le point du niveau d'atteinte des cibles des indicateurs d'impact et d'effets relatifs à l'axe II du CSN 2006-2010, sur la base des informations disponibles.

Tableau 10 : Impact et Effets de la mise en œuvre de l'axe II du CSN 2006-2010

Indicateur	Cible à fin 2010	Réalisations à fin 2010	Observation
Impact			
Pourcentage de décès liés au Sida	10%	ND	Les données sur la mortalité proportionnelle dû au Sida à fin 2010 ne sont pas disponibles, en raison des faiblesses du SNIS.
Pourcentage de PVVIH en vie 12 mois après le début du traitement ARV	95%	76,97%	Données parcellaires
Effet			
Taux d'hospitalisation pour cause de Sida dans les FOSA	20%	ND	Cette donnée n'est pas disponible en raison des faiblesses du SNIS.

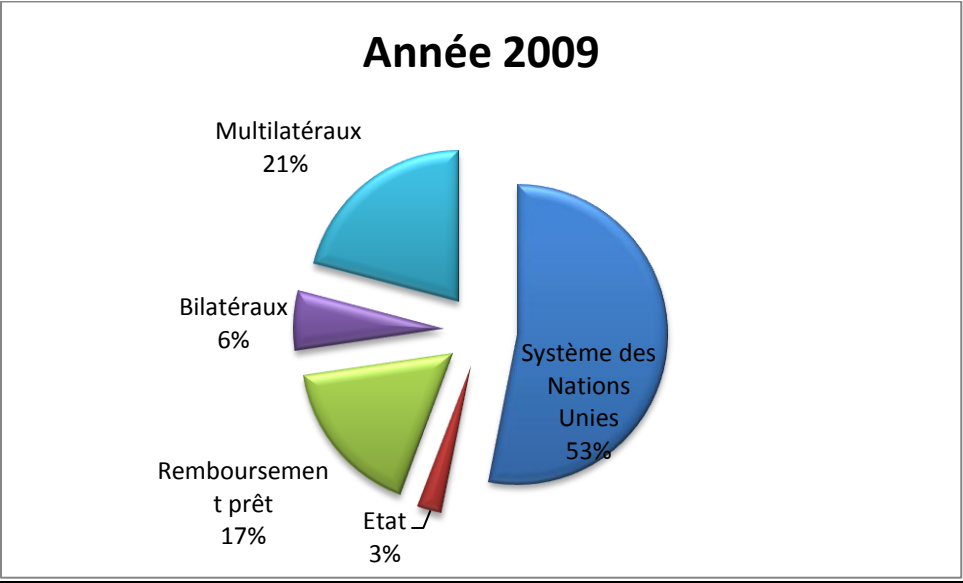
k) Efforts dans le domaine de la coordination, du partenariat, de la mobilisation des ressources et du Suivi et Evaluation

Les actions de plaidoyer en faveur du soutien des partenaires au développement, aux efforts nationaux de lutte contre le Sida, ont été menées aux plus hauts niveaux dans le cadre des Assemblées Générales du CNLS et du CCM. Ces actions de plaidoyer ont abouti à la prise en compte d'une composante VIH et Sida dans le projet PSES financé par la Banque Mondiale, et à la soumission d'une proposition sur le VIH au 7^{ème} round d'appel à proposition du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme qui a été approuvé.

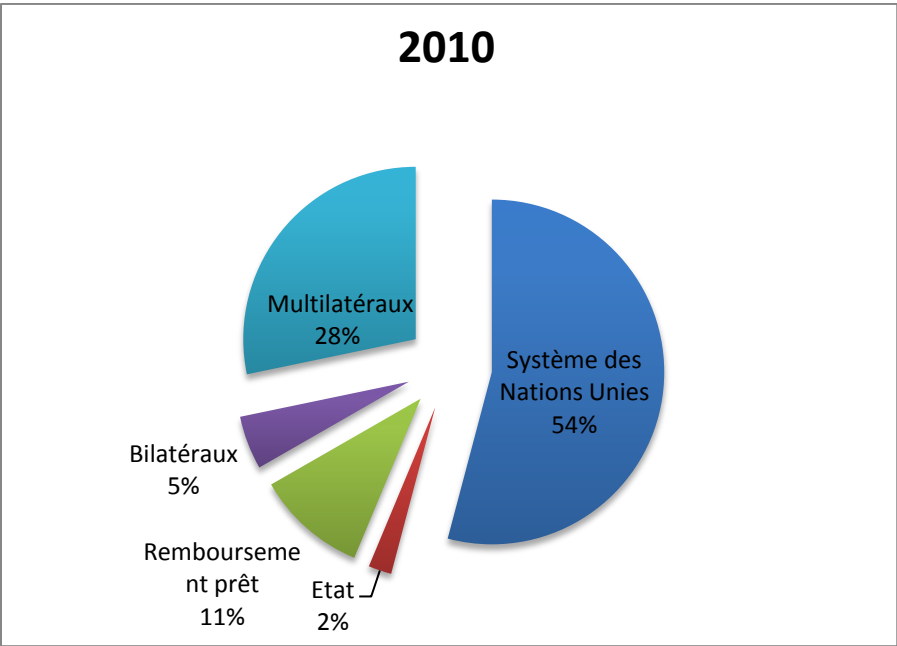
L'étude sur l'estimation des flux de ressources et dépenses nationales de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (19), réalisée en 2009, avec l'appui de l'ONUSIDA, a montré une diversité

des partenaires au développement, en plus de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial, qui soutiennent les efforts de la RCA dans la lutte contre cette maladie.

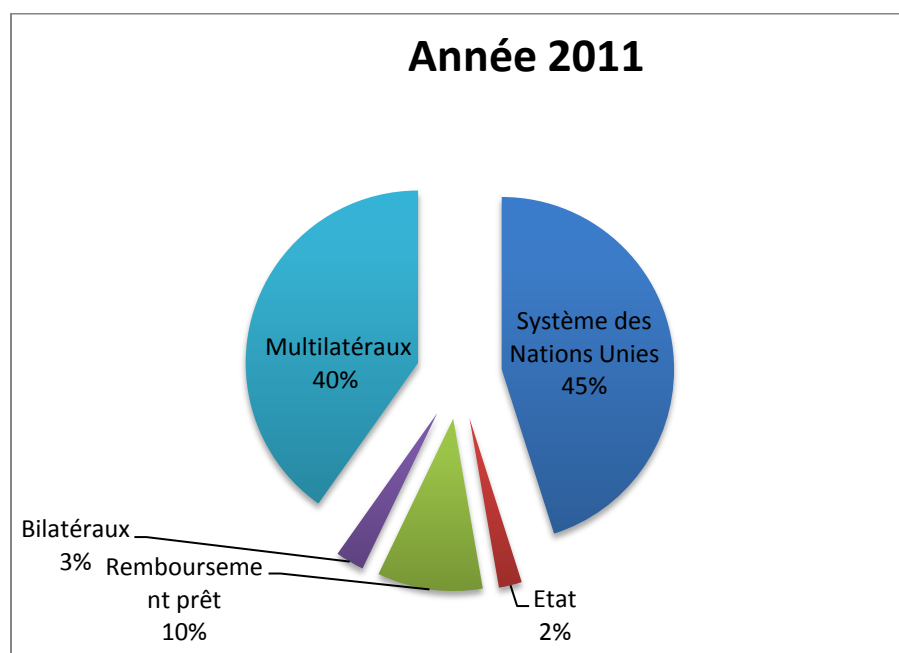
Pour l'exercice 2009, 2010, et 2011, les données non exhaustives obtenues auprès de certains partenaires de la riposte nationale nous montrent que le total des ressources mobilisées par le Gouvernement est de 20 163 058 394 Frs CFA soit 41 992 803 \$ US. Sa répartition par source de financement et catégorie de dépenses est présentée dans les graphiques et tableau ci-dessous.



Graphique n°7: Flux de ressources selon la source de financement en 2009



Graphique n°8: Flux de ressources selon la source de financement en 2010



Graphique n°9: Flux de ressources selon la source de financement en 2011

Ces trois graphiques montrent que l'essentiel des contributions pour la riposte nationale provient de multilatéraux parmi lesquels figurent le Fonds Mondial. La contribution de l'Etat en dehors des prêts est invariablement évaluée à 4% des ressources globales mobilisées.

Tableau n°11 : Répartition des ressources mobilisées selon les catégories de dépense et la source de financement en 2011

Source de financement 2011			
Catégorie des dépenses	Agence des Nations Unies	Fonds Mondial	Etat + Prêt remboursable
ASC.1 Prévention	1 885 705 430	267 189 500	301 336 080
ASC.2 Soins et Traitement	976 836 206	1 607 090 429	231 564 280
ASC.3 Orphelins et enfants vulnérables (OEV)	6 033 256	4 511 000	-
ASC.4 Programme de management et renforcement de l'administration	319 141 297	815 220 635	311 441 226
ASC.5 Recrutement des Ressources humaines et incitation stimulation à la rétention – capital humain	119 986 620	225 423 670	14 875 000
ASC.6 Protection sociale et services sociaux	982 500	-	
ASC. 7 Environnement favorable et développement communautaire	23 142 452	-	31 000 000

ASC.8 Recherche liée au VIH/SIDA (excluant la recherche opérationnelle)	-	-	-
Total	3 331 827 761	2 919 435 234	890 216 586

Le tableau ci dessus montre que les dépenses relatives aux soins et soutiens sont en majeure partie supportées par le Fonds Mondial et le Gouvernement. Sur la base des informations recueillies auprès des partenaires, le volet recherche n'a pas du tout été financé en 2011.

En dépit de la mobilisation importante des ressources, certains programmes n'ont pu être exécuté correctement compte tenu des multiples suspensions de financements notamment ceux de Fond Mondial (Round7 VIH).

La contribution des partenaires aurait été certainement plus importante si le CSN avait fait l'objet d'une opérationnalisation et si une table ronde de mobilisation avait été organisée. Le Gouvernement centrafricain finance le fonctionnement de la Coordination Nationale du CNLS à hauteur de 160 millions de Francs CFA par an, et inscrit une ligne budgétaire de 1 million de Francs CFA dans chaque ministère destiné à la lutte contre le Sida. Cependant ces fonds ne sont pas souvent décaissés à cause des tensions de trésorerie. Le Gouvernement a également financé des commandes d'urgence d'ARV en 2010 (160 000 000 Francs CFA).

Des progrès significatifs ont été réalisés dans le renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des structures impliquées dans la lutte contre le VIH et le Sida. Ce renforcement a concerné, avant tout, la Coordination Nationale du CNLS qui, en plus des conseillers nommés par le Gouvernement, a été renforcé par du personnel supplémentaire pris en charge par les programmes financés par les partenaires au développement (Fonds Mondial, Banque Mondial, IBLT, IFCOG, PNUD). Il s'agit d'experts appuyant la mise en œuvre des composantes de la réponse nationale ou des projets, des experts appuyant le suivi-évaluation ou la gestion financière. Ces experts ont été recrutés par processus compétitif, avec le statut de consultants. Ce renforcement en ressources humaines a permis au CNLS d'assurer la coordination de la mise en œuvre de projets financés par les partenaires au développement. Le personnel de la CN/CNLS a bénéficié de formations dans divers domaines, notamment dans la planification/gestion des projets, le suivi-évaluation, la passation des marchés et la gestion financière. La CN/CNLS a également bénéficié d'appuis techniques pour la mise en place des procédures administratives, financières et comptables. Toutefois ce dispositif de renforcement reste précaire et ne garantit pas le maintien des ressources humaines au sein de la structure après la clôture des projets respectifs, d'où l'implication des fonctionnaires nommés à la CN/CNLS dans la gestion des programmes afin d'assurer la pérennité de services dans l'hypothèse d'une absence de financement.

Au niveau décentralisé, les Comités Préfectoraux de Lutte contre le Sida (CPLS), quoi que peu fonctionnels, ont été renforcés par la mise en place des Equipes Techniques Préfectoraux (ETP). Les ETP sont constituées de 4 membres dont 3 sont des fonctionnaires affectés dans la Préfecture concernée et qui ont été formés sur la coordination et le suivi-évaluation de la

réponse locale au VIH et au Sida. Ce dispositif connaît des limites liées à la faible stabilité des trois membres de l'équipe qui sont des agents impliqués à temps partiel et qui pour des raisons professionnelles peuvent être affectés à tout moment. La mise en œuvre de l'arrêté du 26 décembre 2002 portant organisation et fonctionnement des structures décentralisées du Comité Nationale de Lutte contre le VIH/SIDA qui met à la disposition de la CN/CNLS les fonctionnaires de l'Etat détaché est de nature à les fidéliser à leur poste.

Au niveau de la société civile, les ONG dotées de capacités techniques et de gestion financières suffisantes restent majoritairement implantées au niveau de la ville de Bangui. Il n'a pas été mis en place de programme d'encadrement des ONG/OAC des préfectures. Les Préfectures restent encore dépendantes des ONG implantées à Bangui pour la mise en œuvre de certains volets de la réponse au VIH.

IV. Meilleures pratiques

Les pratiques jugées meilleures sont présentées selon le canevas suggéré dans les directives pour l'élaboration de ce rapport. Toutefois, il est à noter de prime abord que certaines pratiques décrites dans le précédent rapport se sont amplifiées.

4.1. La direction politique

De 2010 à 2011, des actes politiques considérés comme de meilleures pratiques ont été posés par le Président de la République, Chef de l'Etat, Président du CNLS et dont les plus frappants sont les suivants :

Mise en place d'une nouvelle équipe renforcée de la Coordination Nationale par Décret N° 10.359 du 31 décembre 2010 dont la principale mission est de redresser la réponse nationale au VIH et au SIDA et de remettre en confiance tous les partenaires impliqués dans la lutte dont l'un des plus importants est le Fonds Mondial de lutte contre le VH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme qui a finalement accepté grâce entre autre à ces réformes, le passage à la phase 2 du Projet de Renforcement et de Décentralisation de la Prévention et de la Prise en charge (PRDPP).

La mise au normes des dépôts de la centrale d'achat de médicament (UCM) sur les fonds propres de l'Etat d'un montant de 58.000.000 Frs Cfa soit 129.000 \$ US a permis de répondre à l'une des conditions suspensives du Fonds Mondial, mais aussi à organiser tout le mécanisme de chaine de froid et de stockage des médicaments, des réactifs et des anti rétro viraux.

La poursuite de la participation des Hautes Autorités de l'Etat au sommet de haut niveau de New York. Le Premier Ministre Chef du Gouvernement a pris part au dernier sommet au cours duquel un plaidoyer a été fait auprès des responsables du Fonds Mondial pour la levée de la suspension du financement du Round 7.

4.2. Environnement politique propice

Il faut noter que la dimension juridique de la lutte contre le VIH/SIDA, bien qu'elle soit nouvelle, est en plein développement contre la discrimination et la stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH. Le processus de vulgarisation de la Loi N° 06.30 fixant les Droits et obligations des personnes vivant avec le VIH promulguée par le Président de la République, Chef de l'Etat en 2006, a été amorcé grâce à l'appui des différents partenaires au Développement.

Ces appuis ont permis au Réseau Centrafricain sur l'Ethique et le Droit (RCED) et le Réseau Centrafricain des Personnes Vivant avec le VIH (RECAPEV) d'organiser entre autres, des sessions de formations en faveur des Députés, des Magistrats, des Agents de police judiciaire, les Maires et des Chefs de quartiers et des chefs d'Entreprises à Bangui et dans certains chefs lieux de villes de Préfectures.

Les supports de vulgarisation de la Loi ont été conçus et reproduits en format de carnets de poches, d'affiches dans le but d'amorcer le processus de changement de comportement face à la stigmatisation et la discrimination. Ces supports ont été distribués aux responsables des organisations de la société civile (associations, confessions religieuses, syndicat, réseaux etc...), des entreprises et institutions du secteur privé et public.

Le Ministère de la justice a instituée une émission hebdomadaire à la radio nationale pour vulgariser ce texte de Loi.

Les activités d'encadrement des associations des personnes vivant avec le VIH et le Réseau national des personnes vivant avec le VIH (RECAPEV) se sont renforcées par les sessions de formation et le développement des activités génératrices de revenus sous forme de restaurants et motels siège. Ce qui a permis une certaine visibilité des associations des personnes vivant avec le VIH dans une trentaine de localités de la RCA.

Par ailleurs, l'enquête portant sur les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes réalisée depuis 2010 par le Centre National de Référence des IST et de la Thérapie Anti rétro viral a permis de cerner le phénomène et de mettre en place un programme pilote de prévention et de prise en charge en faveur de cette cible.

4.3. Intensification des programmes efficaces de prévention

Dans le cadre de l'intensification des programmes efficaces de prévention, plusieurs actions ont été réalisées et dont les principales sont :

- ✓ Le développement de l'initiative de prévention par la stratégie de pair éducateur en milieu jeune tant du secteur scolaire qu'informel.

Le Projet 100% jeunes : Journal 100% jeunes et émission radio 100% Jeune Live mise en œuvre par l'Association Centrafricaine pour le Marketing Social (ACAMS) en vue d'augmenter les comportements préventifs en santé de la reproduction et en particulier vis-à-vis du VIH/SIDA chez les jeunes de 15-24 ans. Les activités de ce projet sont axées principalement sur la communication de masse à travers la production du journal 100% Jeune, l'émission radio interactive 100 % Jeune Live, et la communication interpersonnelle à travers la pair-éducation ciblée sur les jeunes en milieu scolaire et non scolaire. Les activités sont axées sur des thèmes de la santé de la reproduction, et la lutte contre les IST/ VIH/Sida en milieu jeune. 113 462 exemplaires du journal 100% jeunes ont été distribués de janvier à juin 2009.

Le Ministère en charge de l'Education Nationale, à travers son service IST-Sida-Population, qui a initié le processus d'intégration du VIH dans les curricula de formation à tous les niveaux (primaire secondaire et enseignement technique). A cet effet, il a élaboré des guides

d'enseignement du VIH dans le curricula de formation de l'école primaire secondaire et de formation professionnelle (ENI, ENS). Ces guides proposent l'utilisation de l'approche d'enseignement basé sur les compétences. A fin 2010, un total de 1.540 enseignants sur environ 5000, soit 30,8%, ont été formés à l'enseignement du VIH. Les enseignants formés sont censés dispenser les enseignements sur le VIH et le Sida conformément aux orientations du guide.

Le Ministère en charge de l'Education Nationale a également initié des activités extracurriculaires utilisant l'approche d'éducation par les pairs. A cet effet, le Ministère dispose d'un guide d'éducation par les pairs élaboré avec l'appui de l'UNICEF et axé sur les compétences de vie courante. Un total de 4.000 élèves pairs-éducateurs ont été formés entre 2006 et 2010. Ces pairs-éducateurs ont reçus des exemplaires du guide ainsi que des passeports pairs-éducateurs.

A l'Université, les actions d'éducation par les pairs ont été organisées par le Centre d'Information, d'Education et d'Ecoute qui a formé 144 étudiants pairs-éducateurs. Ces derniers animent 14 points info Sida au niveau des différents établissements de l'Université de Bangui. Une antenne Info Sida a également été mise en place au niveau de la Faculté des Sciences de la Santé avec l'appui du Projet Sida-OEV financé par l'Agence Française de Développement.

Le Ministère en charge de la Jeunesse a initié des actions d'éducation des jeunes en milieu non scolaire sur le VIH, le Sida et les IST. L'approche d'éducation par les pairs est également utilisée. Le Ministère a, pour cela, élaboré un guide d'éducation par les pairs avec l'appui de l'UNFPA. Encore fortement concentrées au niveau de la ville de Bangui, les activités d'éducation par les pairs sont organisées autour des Centres d'Information et d'Education. En plus, des activités de sensibilisation des jeunes et des vendeuses au marché ont été réalisées par l'Antenne Info Sida placée au niveau de la maison des jeunes de Fatima à Bangui, avec l'appui du Projet Sida-OEV financé par l'Agence Française de Développement.

- ✓ Le développement des campagnes de dépistage volontaire du VIH en stratégies mobiles et en stratégies avancées en vue de donner la possibilité à la population migrante des provinces pour des raisons économiques ou des conflits sociaux politiques d'accéder aux tests de dépistage de l'infection à VIH;
- ✓ Le développement d'un réseau des médias pour la lutte contre le VIH et le SIDA en 2010, le REMASTP qui diffuse dans toutes les stations radio des émissions sur les différents domaines de la lutte ; le réseau grâce à l'appui de l'Institut Panos de Paris assure la formation des journalistes d'investigation sur le VIH/SIDA, octroie des allocations pour la réalisation des interviews, des reportages ou des documentaires et en collaboration avec les stations radio les diffuse.

4.3. Suivi et Evaluation

Dans le domaine du Suivi et Evaluation, la pratique qui est à mettre en exergue est la mise en place d'un Groupe d'Appui Technique Suivi et Evaluation (GAT S&E) dont la structuration épouse les douze composantes d'un système de S&E.

L'organisation en 2010 et 2011 d'une enquête CAP ciblant les jeunes de 10 à 24 ans avec l'appui de l'UNICEF.

V. Principaux obstacles et mesures correctives

5.1. Progrès réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles identifiés dans le rapport d'activité au niveau national de 2012

- L'élaboration d'un plan opérationnel comme outil de mise en œuvre du nouveau PSN 2012-2016 fait partie des grandes préoccupations de la coordination Nationale du CNLS et de ses partenaires ;
- La nomination d'un Conseiller en charge des Equipes Techniques Préfectorales permet désormais de mieux suivre les actions développées dans les Préfectures ;
- L'appui de la Banque Mondiale à travers le PSES et de l'UNITAID ont permis de renforcer les capacités des acteurs des provinces et des Formations sanitaires dans le domaine de la prise en charge pédiatrique par les ARV ;
- Le renforcement des capacités de stockage et en moyen logistique de l'UCM a permis de minimiser les risques de rupture des intrants dans les sites de prise en charge;
- La résolution par le Gouvernement de la plupart des problèmes soulevés par le Fonds Mondial et par la mission JURTA a permis la levée du gel des décaissements du Fonds Mondial sur le Round 7;
- La mise en place d'un forum de la société civile dans la perspective d'assurer une meilleure coordination des organisations de la société civile tant au niveau de la capitale que des localités de province.

5.2. obstacles ayant entravé la riposte nationale au cours de la période de collecte des données (2010 et 2011)

- L'insuffisance de ressources permettant le passage à l'échelle de certaines initiatives pouvant produire des meilleurs résultats (intégration de l'enseignement du VIH dans les curricula de formation, promotion des activités d'éducation par les pairs, fonctionnement du CIDS et des CIEE,
- L'absence d'actions visant à favoriser l'accès aux services de prise en charge syndromique des IST aux groupes les plus à risque ;
- L'absence de politique nationale sur la distribution du préservatif avec comme conséquence la faible couverture et l'insuffisance du réseau de distribution/vente des préservatifs masculins et féminins ;
- L'absence d'une stratégie de communication pour le changement de comportements et documents normatifs nationaux pour guider les prestations des relais communautaires ;
- L'absence d'un dispositif de contrôle de qualité des prestations de CCC et de CDV;
- Faible couverture nationale des services de CDV ;
- Les ruptures fréquentes des réactifs et consommables pour le dépistage du VIH dans les sites de CDV;
- La faible capacité institutionnelle des ONG/OAC;
- La faible intégration de la prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer dans la PTPE ;
- L'insuffisance du fonctionnement des groupes de soutien mis en place pour renforcer la PTPE;

- L'insuffisance de la vulgarisation des directives de prévention et de prise en charge des AES dans les formations sanitaires ;
- L'absence de programme structurée de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles;
- La faible implication des PVVIH dans les actions d'éducation thérapeutique et de soutien psychosocial à leurs pairs;
- L'insuffisance de prise en charge nutritionnelle et alimentaire des PVVIH (2100/15000 bénéficiaires en fin 2010)
- L'absence d'un système de surveillance des indicateurs d'alerte précoce de la résistance ;
- La ruptures fréquentes d'ARV et des médicaments destinés au traitement des infections opportunistes actives dans les sites de prise en charge ;
- L'insuffisance de formations sanitaires disposant de capacités pour la numération des CD4 : 11 sur les 88 sites de prise en charge des PVVIH);
- L'insuffisance d'un dispositif de transfert d'échantillons pour la numération des CD4 pour les formations sanitaires de l'intérieur du pays ne disposant de capacités de réalisation de cet examen ;
- La Faiblesse du système de documentation de la prise en charge ;
- La faible appropriation du Ministère de tutelle de toutes les initiatives de PEC des OEV
- L'absence d'un cadre de concertation intersectorielle et d'un forum des partenaires;
- L'absence d'un système de suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH fonctionnel.

VI. Soutien des partenaires du développement

6.1. Soutien le plus important reçu des partenaires du développement afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS

Les actions de plaidoyer en faveur du soutien des partenaires au développement, aux efforts nationaux de lutte contre le Sida, ont été menées aux plus hauts niveaux dans le cadre des Assemblées Générales du CNLS et du CCM. Ces actions de plaidoyer ont abouti à la prise en compte d'une composante VIH et Sida dans le projet PSES financé par la Banque Mondiale, et à la soumission d'une proposition sur le VIH au 7^{ème} round d'appel à proposition du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme qui a été approuvé.

L'étude sur l'estimation des flux de ressources et dépenses nationales de lutte contre le VIH, le Sida et les IST réalisée dans le cadre de ce rapport bien que non exhaustive a montré une diversité des partenaires au développement, en plus de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial, qui soutiennent les efforts de la RCA dans la lutte contre cette maladie.

En dépit de la mobilisation importante des ressources, certains programmes n'ont pu être exécuté correctement compte tenu des multiples suspensions de financements notamment ceux du Fond Mondial (Round7 VIH).

6.2. Actions que doivent entreprendre ces partenaires à cette fin.

- Comme décrit dans les deux précédents rapports, le mécanisme de mobilisation des ressources via le DSRP continue toujours d’être une grande préoccupation par le CNLS. Les propositions faites dans ces deux rapports (2008 et 2010) sont toujours d’actualité. et méritent d’être revues par la partie nationale et les partenaires au Développement;
- L'appui à l'élaboration des outils de mise en œuvre du Cadre Stratégique 2012 -2016 est vivement souhaité (Plans opérationnels, plan de suivi et évaluation, plan d'assistance technique);
- Des efforts importants doivent encore être fournis par le SNU pour aligner leurs différents appuis aux besoins identifiés dans le Cadre stratégique 2012-2016.
- L'ONUSIDA doit continuer à jouer pleinement son rôle à travers un Plaidoyer constant afin de permettre aux différents partenaires techniques et financiers de soutenir les efforts du Gouvernement dans cette lutte contre le VIH et le sida.

VII. Suivi et évaluation

7.1. Système actuel de suivi et évaluation (S&E)

En conformité avec les principes du « Three Ones », la coordination du système national de suivi-évaluation de la réponse nationale au VIH a été assurée par la Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida par la CN/CNLS à travers le Plan National de suivi Evaluation élaboré en 2008.

La mise en place et l’opérationnalisation progressive du groupe technique de travail pour le suivi et l’évaluation constitue un atout important dans l’amélioration progressive du S&E.

Le Plan National de Suivi-Evaluation élaboré dans le cadre du CSN 2006-2010 a été accompagné d’un plan opérationnel au niveau décentralisé et a fait l’objet d’une évaluation selon les 12 composantes de l’ONUSIDA. Cependant, l’organigramme tel que conçu indique que le dispositif est peu intégré. En effet, dans ce dispositif on observe plusieurs canaux de transmission de l’information relativement parallèles.

Les risques inhérents à un tel dispositif sont :

- Une faible complétude des données en raison de la multiplicité des canaux à suivre par le même fournisseur de données ;
- Les difficultés de coordonner et de contrôler notamment au niveau de l’unité de suivi de la CN/CNLS ;
- Les risques de duplication de certaines données mettant ainsi en cause la validité des données collectées ;
- La fragilisation du niveau préfectoral et par conséquent de la décentralisation de la prise de décision. En effet, le dispositif tel que conçu ne responsabilise pas le niveau préfectoral en terme de synthèse, d’analyse des données puisque les mêmes données reçues parviennent directement au niveau de l’unité de suivi de la CN/CNLS,

- L'insuffisance d'études et de recherches sur le VIH notamment l'aspect comportemental lié à l'épidémie.

7.2. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système de S&E complet ;

En plus des problèmes évoqués ci dessus, les principales difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système de S&E complet en République Centrafricaine sont les suivantes:

- L'unité de S&E de la Coordination Nationale du CNLS est restés dans une dimension congrue avec de grandes insuffisances en ressources humaines tant en quantité qu'en qualité pour rendre opérationnel ladite unité;
- La non opérationnalisation du plan national de suivi et évaluation du CSN finissant;
- Les difficultés de mobilisation des ressources pour le financement du Plan national de Suivi et Evaluation finissant;
- La non fonctionnalité du Groupe d'Appui Technique et des sous systèmes de suivi et évaluation des secteurs (Santé et autres);
- La faible capacité des unités de suivi et évaluation des Equipes Techniques Préfectorales et la faible collaboration des responsables avec ceux des autres secteurs;
- L'absence d'un mécanisme informatisé de collecte, d'analyse et de stockage des données comme le CRIS.
- La faiblesse des outils de collecte des données obligeant le niveau central à faire des déplacements sur les sites pour collecter des données.

7.3. Mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés

Toutes les mesures correctrices proposées dans le rapport 2010 restent encore d'actualité. Les autres mesures sont les suivantes:

- Le renforcement des capacités de l'Unité de suivi et évaluation de la CN/CNLS en ressources qualifiées tant en quantité qu'en qualité;
- Recruter si possible un consultant international pour l'appui périodique à l'unité de suivi et évaluation de la CN/CNLS;
- Former toutes les personnes ressources responsables des unités décentralisées de S&E
- Informatiser le circuit de collecte et d'analyse des données du niveau périphérique au niveau central;
- Renforcer la collaboration entre les ETP et les responsables des autres secteurs tant au niveau central que décentralisé;
- Vulgariser le nouveau CSN ainsi que ces outils de mise en oeuvre (Plan de S&E, plan opérationnel).

7.4. Besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités en matières de S&E

Les besoins d'assistance technique sollicités dans le précédent rapport restent aussi d'actualité. En plus de cela, il est extrêmement important que le bureau pays de l'ONUSIDA soit doté d'un

Conseiller en Suivi et Evaluation afin qu'il puisse apporter un appui consistant à l'Unité de S&E de la CN/CNLS.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Liste des membres du groupe restreint de travail

N°	NOM ET PRENOMS	INSTITUTION	FONCTION
01	BANGO Léon	Coordination Nationale Adjoint du CNLS (CN/CNLS)	Coordonnateur National Adjoint
02	MOKOSSO Davy	CN/CNLS	Conseiller en S&E
03	KPANOU Charles	CN/CNLS	Gestionnaire de la base de données du PRDPP
04	PONGUELE Lazare	CN/CNLS	Conseiller Financier
05	NGANA Martial	CN/CNLS	Consultant National REDES
06	Dr. MASSANGA Marcel	CN/CNLS	Point focal
07	Dr LONGO jean De Dieu	Ministère de la Santé Publique, de la Population et de Lutte contre le SIDA	Directeur de la Lutte contre le Sida les IST et la Tuberculose
08	Dr. MONGBAZIAMA Honoré	Ministère de la Santé Publique, de la Population et de Lutte contre le SIDA	Point focal AU
09	Dr NDANGA Octavie	Ministère de la Santé Publique, de la Population et de Lutte contre le SIDA	Programme PTPE
10	Dr. DIEMER Henri	Ministère de la Santé Publique, de la Population et de Lutte contre le SIDA	Programme d'accès aux ARV
11	Dr KOMANGOYA Désiré	MSPPLS	Expert en Tuberculose
12	Dr MBEKO Marcel	MSPPLS	Directeur
13	TENEGBIA Jean Pierre	MSPPLS	Point focal sérosurveillance
14	SEKELA Raymond	Ministère de l'Education Nationale	Point Focal VIH/SIDA
15	DJIMASDE Justin	Ministère du Plan, de l'Economie et de la	Expert

		Coopération Internationale	
16	Mme NALI Monique	Ministère de la Famille, des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale	Directrice Générale Genre
17	MBENDA Jean Vincent	CN/CNLS	Conseiller NTIC
18	Dr MBONYINGINGO Christine	ONUSIDA	Coordonnateur
19	Dr Jeanine NTIBANIHA	OMS	Point focal
20	NDOLI Cécile	UNICEF	Point focal
21	Dr SOBELA Suzanne	UNFPA	Point focal
22	NVENDO Luc	RECAPEV	Coordonnateur

ANNEXE 2 : Engagements nationaux et moyens d'action (NCPI)