



REPUBLIQUE DU CONGO

Unité Travail Progrès

-----000-----

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE



**CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
SIDA**

SECRETARIAT EXECUTIF PERMANENT

-----000-----

**CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST
2014-2018**

DRAFT

Août 2014

PREFACE

La République du Congo a su, dès l'apparition des premiers cas de Sida en 1983, prendre des mesures concrètes et adaptées pour cette époque, afin de contrôler la propagation du VIH. Ayant consciencieusement pris la mesure des effets dévastateurs que l'épidémie du VIH pourrait causer sur le développement économique, la sécurité, voire sur l'équilibre social de notre Nation, et au regard des enjeux de ce 21^{ème} siècle, j'avais engagé mon pays sur la lutte en adoptant une approche multisectorielle.

Le Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS) que je préside personnellement depuis sa création en 2002, a permis à mon pays de récolter progressivement des résultats positifs dans la lutte contre le VIH et le Sida. C'est grâce aux Congolaises et aux Congolais que notre pays a droit de cité dans le concert des nations ayant fait des progrès substantiels dans la lutte contre la pandémie. Ensemble, nous contribuons ainsi à l'inversion de la courbe de propagation du virus à l'échelle mondiale.

Le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida et les IST (CSN) 2014 – 2018, troisième du genre élaboré par le Congo, est l'indispensable instrument d'orientation qui nous permettra de consolider les acquis obtenus ces dix dernières années de notre riposte nationale. Aussi, nous aidera-t-il à progresser significativement par des stratégies de prévention plus efficaces, des services de prise en charge plus accessibles et de meilleure qualité, sans omettre l'appui aux personnes infectées et affectées, ainsi que les organes de coordination de la réponse qui bénéficieront d'un soutien sans faille du gouvernement.

Au moment où j'ai engagé le gouvernement dans une réforme en profondeur et sans précédent de notre système sanitaire par une nouvelle organisation, la formation en ressources humaines et l'acquisition des infrastructures et équipements modernes, dans le cadre de mon programme de société « le Chemin d'Avenir », la mise en œuvre de ce Cadre Stratégique National de troisième génération jouira d'un meilleur accompagnement de nos services de santé.

C'est ici l'occasion de remercier tous les partenaires du Congo, pour l'accompagnement dont nous avons bénéficié ces dernières années. J'ose croire que cette collaboration fructueuse dans la lutte contre la pandémie du VIH se poursuivra pour les cinq prochaines années, afin d'aider le Congo à atteindre les objectifs fixés dans ce nouveau Cadre Stratégique.

La lutte contre le VIH et le Sida étant bien inscrite dans le Plan National de Développement du Congo (PND) 2012 – 2016, j'invite le Gouvernement à ne ménager aucun effort pour que des ressources humaines et financières suffisantes et adéquates soient allouées à la lutte contre ce fléau.

Un avenir sans VIH est possible. Que toutes les forces vives de la Nation s'approprient ce Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2014-2018 et que celles-ci veillent, aux côtés du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), du Gouvernement et des partenaires du Congo, à l'atteinte des objectifs fixés pour le bien de toutes et de tous. Notre devoir est de protéger les générations futures.

Son Excellence Monsieur Denis SASSOU NGUESSO
Président de la République
Président du Conseil National de Lutte contre le Sida

DRAFT

AVANT-PROPOS

Pour la troisième fois de son histoire, le Congo s'est livré à l'exercice d'élaboration d'un Cadre Stratégique National de Lutte contre le Sida et les IST (CSN). Le processus qui a conduit à ce Cadre a été une occasion ayant permis à tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH et le Sida d'avoir un regard rétrospectif et de définir de manière consensuelle les orientations sur la riposte nationale à l'épidémie au cours des cinq prochaines années.

Le CSN 2014-2018 de troisième génération n'aurait pas vu le jour sans l'engagement personnel de Son Excellence Monsieur Denis SASSOU N'GUESSO, Président de la République, Président du Conseil National de Lutte contre le Sida. Il devra aider le Congo à renforcer sa réponse à l'épidémie du VIH, en se basant sur les atouts incontestables que représentent les programmes de gratuité de dépistage, de la prise en charge et du suivi biologique du VIH, personnellement voulus par le Président de la République qui a renouvelé sa volonté de soutenir la lutte contre le VIH et le sida lors de la 3^e session du CNLS du 27 décembre 2012.

J'exprime notre gratitude aux techniciens et experts du Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA (SEP/CNLS), du Ministère de la santé et de la population, ainsi qu'à tous les partenaires techniques nationaux et internationaux pour leur abnégation et l'excellente qualité du travail réalisé. Je n'oublierai pas tous les acteurs de lutte contre le Sida tant du secteur public, du secteur privé que de la société civile pour leur implication, à divers degrés, dans le processus d'élaboration du présent Cadre Stratégique National.

Œuvrons pour matérialiser la vision du Président de la République, Président du Conseil National de Lutte contre le SIDA qui consiste à faire du Congo, un pays où il y a moins de nouvelles infections et où les personnes infectées et affectées par le VIH ont accès à tous les services disponibles.

François IBOVI

Ministre de la Santé et de la Population

Président du Comité de Pilotage du Conseil National de Lutte contre le Sida

REMERCIEMENTS

Le présent Cadre Stratégique National (CSN) de lutte contre le sida et les IST 2014-2018 est le résultat d'un long processus et d'une large participation notamment des populations clés. Depuis plusieurs mois, les acteurs de tout horizon, sur la base des évidences et du contexte national ont jeté les bases de la réponse nationale au VIH et au sida pour les cinq prochaines années. Bien que le sida reste la sixième cause de décès dans le monde, les progrès scientifiques sont si importants que, désormais, il n'est plus utopique d'imaginer un monde sans VIH. C'est cette vision qui a servi de pierre angulaire pour l'élaboration de ce CSN 2014-2018.

Au terme de ce processus, je tiens à exprimer mes sentiments de gratitude à toutes les personnes physiques et morales qui ont contribué à son élaboration.

J'exprime également mes sentiments de gratitude à l'ensemble des membres du comité de pilotage du CNLS, au Réseau National des Positifs du Congo (RENAPC), aux ONG et Organisations de la Société Civile, aux experts et consultants, au personnel du SEP/CNLS et du Ministère de la Santé et de la Population, pour la qualité du travail réalisé et pour les sacrifices consentis pour l'élaboration du CSN.

Je remercie le Ministre de la santé et de la Population, Président du Comité de Pilotage du CNLS ainsi que tous les membres du Comité de Pilotage pour leur soutien constant et leur disponibilité.

Je rends un hommage tout particulier au Chef de l'Etat, Son Excellence Denis SASSOU NGUESSO, Président du CNLS, pour son engagement dans la lutte contre le VIH et pour son leadership qui a permis au Congo de conduire à terme ce processus de planification stratégique.

Dr Marie Francke PURUEHNCE
Conseillère du Président de la République
Secrétaire Exécutive du CNLS

RESUME EXECUTIF

Après la notification des premiers cas de sida en 1986, le Congo a mis en place une réponse adaptée et multidisciplinaire à l'épidémie de VIH/ sida. Ainsi, le gouvernement de la République du Congo, à travers le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), a adopté un Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST (CSN), successivement pour les périodes 2003-2007 et 2009-2013.

Le CSN 2009-2013, structuré en cinq (5) grands axes stratégiques, a été mis en œuvre grâce à l'implication de plusieurs secteurs d'activités (santé, autres secteurs ministériels, société civile, confessions religieuses, secteur privé, etc.). Le financement des activités relevant du CSN 2009 – 2013 a été assuré d'une part par les ressources gouvernementales, la Banque Mondiale et le Fonds Mondial, à travers trois (3) grands projets d'envergure nationale, et d'autre part par les autres partenaires bilatéraux et multilatéraux et les fonds PPTE.

Si la mise en œuvre du CSN 2009-2013 a permis de réaliser des progrès notables, en matière de prévention auprès des populations vulnérables, du dépistage du VIH, de traitement par ARV des adultes et des enfants, de la sécurisation des produits sanguins, ainsi qu'en termes de renforcement des capacités nationales dans la conception et la coordination des interventions de lutte contre le sida, d'importants défis restent à relever.

Malgré la réduction de la prévalence du VIH qui était de 4,1 % en 2007, l'épidémie à VIH en République du Congo reste généralisée, avec 3,2% de prévalence chez les adultes selon les données de l'enquête de séroprévalence et sur les indicateurs du sida (ESIS) réalisée en 2009. En outre, les prévalences restaient importantes dans les groupes clés et vulnérables en 2012 tels que les femmes enceintes (3,6% [3,0%-4,4%]), les populations carcérales (8,3% [3,7 ; 15,8]), les professionnelles du sexe (7,5 % [5,8 ; 9,7]), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (26,1% [19,4 ; 33,9]). Par ailleurs, les nouvelles infections restent élevées et touchent majoritairement les jeunes avec 78% de nouveaux cas entre 0 et 34 ans.

C'est dans ce contexte que l'élaboration du présent cadre stratégique couvrant la période 2014-2018 a été conduite par le SEP/CNLS entre avril 2013 et Aout 2014, avec l'appui et la participation des partenaires opérationnels, techniques et financiers de la réponse nationale au VIH. Ce processus participatif et inclusif associant les principaux bénéficiaires a été conduit sur la base du cadre d'investissement de l'ONUSIDA qui combine les activités programmatiques de base ayant un effet direct sur le risque VIH, la transmission, la morbidité et la mortalité; les facteurs déterminants essentiels à la réussite des programmes liés au VIH ; et les synergies avec les secteurs du développement.

L'élaboration du CSN 2014- 2018 a pris en compte les résultats obtenus par la réponse au VIH, les faiblesses identifiées lors de la revue du CSN 2009-2013 et les recommandations formulées par l'ensemble des acteurs afin de relever le défi de l'inversion de la tendance de l'épidémie au Congo.

La vision du CSN 2014-2018 est de faire du Congo un pays avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida, et zéro discrimination dans la population générale et en particulier dans les groupes les plus exposés pour un Congo émergent en 2025. Celle-ci s'appuie sur les principes directeurs suivants : (i) la multisectorialité et l'intersectorialité systématiques ; (ii) l'intégration des services ;(iii) l'adaptation de la réponse au type d'épidémie ; (iv) l'implication active des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des populations clés les plus exposées au

VIH ; (v) la conformité aux normes de qualité ; (vi) la prise en compte des aspects liés au Genre ; (vii) les droits Humains et équité ; (viii) la bonne gouvernance.

Les priorités du cadre stratégique s'intègrent dans l'accès universel à la prévention, aux traitements et aux soins des PVVIH. Elles s'articulent autour de :

- la réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe ;
- l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et la réduction de moitié des décès maternels liés au sida ;
- l'amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge médicale des patients sous ARV ;
- le renforcement des interventions orientées vers les populations clés et les groupes vulnérables ;
- la capitalisation des acquis de la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH et le SIDA « 2009-2013 » ;
- le plaidoyer pour le financement efficace de la réponse nationale.

Le Cadre Stratégique 2014-2018 a pour ambition de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et au sida à travers d'une part, la réduction de nouvelles infections dans les populations clés et dans la population générale, et d'autre part la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. De même, il se donne pour but d'améliorer la prise en charge des patients vivant avec le VIH. Pour ce faire, trois axes stratégiques, quatre indicateurs d'impact et treize indicateurs d'effets ont été définis :

- **Axe Stratégique 1** : Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST
- **Axe Stratégique 2** : Intensification de la prise en charge globale
- **Axe Stratégique 3** : Renforcement de la gouvernance

Pour ce faire, les quatre impacts suivants ont été définis dans le CSN 2014 -2018 :

- **Dans le domaine de la prévention de l'infection à VIH et des IST**
 - ✓ **Impact 1** : Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici à fin 2018.
 - ✓ **Impact 2** : Les nouvelles infections de nourrissons nés de mères séropositives sont réduites à moins de 5% d'ici à fin 2018.
- **Dans le domaine de la prise en charge globale des PVVIH**
 - ✓ **Impact 3** : La qualité de vie des patients vivant avec le VIH et de leur entourage est améliorée d'ici à fin 2018
- **Dans le domaine de la gouvernance**
 - ✓ **Impact 4** : La gouvernance de la réponse nationale est performante.

Pour chaque domaine, les effets suivants sont attendus en fin 2018 :

- **Dans le domaine de la prévention de l'infection à VIH et des IST dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale**
 - ✓ au moins 85% des populations clés (PS, PC, HSH) les plus exposés au VIH ont des comportements et des pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018 ;
 - ✓ au moins 50% de la population de 15-49 ans ont des comportements et des pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018 ;
 - ✓ 100% des produits sanguins sont testés aux quatre marqueurs (VIH, HVC, HVB, syphilis) d'ici à fin 2018 ;
 - ✓ au moins 80% des populations clés les plus exposés, atteintes d'IST et se présentant auprès des formations sanitaires bénéficient d'un traitement d'ici à fin 2018 ;
 - ✓ au moins 50% de la population de 15-49 ans atteintes d'IST et se présentant auprès des formations sanitaires bénéficient d'un traitement d'ici à fin 2018.
- **Dans le domaine de l'élimination de la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant**
 - ✓ au moins 60% des femmes vivant avec le VIH utilisent des méthodes contraceptives modernes pour la prévention des grossesses non désirées ;
 - ✓ au moins 85% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un paquet de service (prévention, TAR, soins, soutien) pour réduire la TME et assurer la survie des mères ;
 - ✓ au moins 85% des enfants nés des mères séropositives bénéficient d'un paquet de service (prévention, TAR, soins, soutien) pour réduire la TME.
- **Dans le domaine de la prise en charge globale des PVVIH**
 - ✓ au moins 70% des adultes et 60% d'enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale de qualité d'ici à fin 2018 ;
 - ✓ au moins 70% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale, nutritionnelle et juridique de qualité d'ici à fin 2018 ;
 - ✓ au moins 50% des hommes et 30% des femmes ont des attitudes de tolérance envers les PVVIH ;
 - ✓ au moins 40% d'enfants rendus vulnérables par le sida et enfants des parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, qui vivent dans un ménage ont reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base.
- **Dans le domaine de la gouvernance**
 - ✓ les organes de coordination sont opérationnels et assurent efficacement leur leadership ;

- ✓ le système national de suivi-évaluation est fonctionnel et génère des informations stratégiques fiables ;
 - ✓ le système de gestion des approvisionnements et des stocks est efficace ;
- le financement de la réponse nationale est accru, le suivi financier et le partenariat sont renforcés.

Le suivi de la mise en œuvre du CSN 2014-2018 sera assuré par le CNLS à travers ses instances que sont le comité de pilotage et la coordination nationale placée sous la Haute Autorité du Chef de l'Etat, Président de la République du Congo et Président du CNLS. Le SEP/CNLS, bras technique du CNLS assurera la coordination de la Réponse Nationale au VIH avec l'appui des entités décentralisées, les acteurs opérationnels ainsi que les partenaires techniques et financiers.

Le budget prévisionnel global du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2014-2018 s'élève à **Cent cinq milliards cinq cent soixante quinze millions huit cent quarante sept mille six cent soixante douze (105 575 847 672) francs FCFA**, soit 169 938 792,18 Euros dont **43,88%** % pour la prévention, **38,93%** pour la prise en charge globale et pour **17,20%** le suivi évaluation et le renforcement de la gouvernance. Les financements de la réponse nationale au VIH se feront principalement par les fonds domestiques qui couvriront 80% des besoins en 2018.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	15
1. CONTEXTE.....	19
2. ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE	24
2.1.1. Prévalence	24
2.1.2. Nouvelles infections.....	25
2.2.1. Populations les plus à risque	27
2.3.1. Données sur les connaissances, les attitudes et les pratiques dans la population générale et les sous-populations spécifiques.....	29
2.3.2. Facteurs de risque de l'infection à VIH	29
2.3.3. Facteurs de vulnérabilité au sida	30
3. ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE 2009-2013	32
3.1.1. Renforcement de la prévention en milieu scolaire et universitaire	32
3.1.2. Promotion des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque VIH dans les groupes les plus vulnérables.....	34
3.1.3. Organisation de campagnes multimédias de communication sur le VIH/sida	35
<i>Malgré son succès au cours des trois premières années, la Ligne jaune a connu quelques difficultés en 2012 dues à la réduction de son financement (clôture du financement de l'IDA/BM)....</i>	<i>36</i>
3.1.4. Mobilisation des leaders et des communautés contre le VIH/sida	37
3.1.5. Marketing social du préservatif.....	38
3.1.6. Développement des programmes de compétences de vie courante chez les adolescents de 10-17 ans à l'école primaire et en milieu extrascolaire.	39
3.1.7. Renforcement et élargissement de l'intégration de la prise en charge syndromique des IST dans les activités des centres de santé intégrés.....	41
3.1.8. Renforcement des services de conseil et de dépistage	42
3.1.9. Amélioration de la disponibilité des produits sanguins sécurisés.....	44
3.1.10. Promotion du don de sang bénévole et éducation des donneurs de sang bénévoles	45
3.1.11. Renforcement et élargissement de l'intégration du service de conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale.....	46
<i>Le tableau ci-dessus présente l'évolution des indicateurs du dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes reçues en CPN.</i>	<i>47</i>
3.1.12 Renforcement et élargissement des services de prise en charge de la femme enceinte séropositive	48
3.2.1. Renforcement de la prise en charge médicale de l'infection à VIH chez les adultes	50
3.2.2. Renforcement de la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH	52
3.2.3. Renforcement de la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH en milieu hospitalier et communautaire	54
3.2.4. Renforcement de la prise en charge de la coïnfection VIH/TB.....	55
3.2.5. Intensification de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH	57
3.3.1. Renforcement des programmes de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables	58
3.3.2. Renforcement des capacités économiques des personnes vivant avec le VIH et des personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables	59
3.3.3. Mise en place des programmes d'éducation et d'assistance nutritionnelle aux ménages affectés par le VIH	60
3.3.4. Renforcement de la lutte contre le VIH/sida sur le lieu du travail	61
3.3.5 : Promotion d'un environnement juridique favorable à la protection des droits des PVVIH	62

4. PROBLEMES PRIORITAIRES DE LA REPONSE A L'EPIDEMIE DU VIH ET LEURS CAUSES	74
5. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU CSN 2014-2018	81
5.6.1. Axes stratégiques et impacts attendus.....	85
5.6.2. Effets attendus.....	85
5.8.1. Impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50 % dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici fin 2018	91
5.8.2. Impact 2 : les nouvelles infections de nourrissons nés de mères séropositives sont réduites à moins de 5 % d'ici à fin 2018	94
5.8.3. Impact 3 : la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et de leur entourage est améliorée d'ici à fin 2018	96
5.8.4. Impact 4 : La gouvernance de la réponse est performante	100
5.9.1. Cadre institutionnel	104
5.9.2. Cadre institutionnel de la réponse nationale	104
5.9.3. Le Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CNLS)	104
5.9.4. Le Comité de Pilotage du CNLS	104
5.9.5. Le Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS	104
5.9.6. Les Unités de lutte contre le VIH SIDA et les IST (ULS)	105
5.9.7. Les Unités départementales de lutte contre le VIH /SIDA et les IST (UDLS)	105
5.10.1. Dispositif de suivi et évaluation	106
5.10.2. Mécanisme de suivi et évaluation	107
5.10.3. Cadre de résultats 2014-2018	108
5.11.2. Affectation des ressources	125
5.11.2.1. Budget de l'axe Prévention	125
5.11.2.2. Budget de l'axe Prise en charge globale	127
5.11.2.1. Budget de l'axe Gouvernance	128
5.11.3. Financement du budget du CSN 2014-2018	129

ABREVIATIONS

AAISC	Association d'Appui aux Initiatives de Santé Communautaire
AES	Accident d'Exposition au Sang
AGR	Activités Génératrices de Revenu
ARV	Antirétroviral
ASU	Association Serment Universel
BIT	Bureau International du Travail
CAT	Centre Anti Tuberculeux
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCN	Comité de Coordination Nationale
CD	Conseil et Dépistage
CDLS	Conseil Départemental de Lutte contre le SIDA
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CFDS	Centre de Formation et de Documentation sur le Sida
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNSEE	Centre National des Statistiques et des Études Économiques
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COMEG	Congolaise de Médicaments Essentiels et Génériques
COREC	Coordination des Confessions Religieuses de lutte contre le sida
CPN	Consultation Pré Natale
CREDES	Centre de Recherche et d'Études en Développement et Santé Publique
CRF	Croix Rouge Française
CSI	Centre de Santé Intégré
CSN	Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida et les IST
CSS	Circonscription Socio-Sanitaire
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DGS	Direction Générale de la Santé
DS	District Sanitaire
ECOM	Enquête Congolaise auprès des Ménages
EDSC-I	Enquête Démographique et de Santé du Congo (Première génération)
EEC	Église Évangélique du Congo
ESIS	Enquête de Séroprévalence et des Indicateurs du Sida
ESISCI	Enquête de Séroprévalence et sur les Indicateurs du Sida au Congo (première génération)
EVVIH	Enfant Vivant avec le VIH
FNLS	Fonds National de Lutte contre le Sida
FOSIC	Forum des ONG de lutte contre le SIDA au Congo
HG	Hôpital Général
HSR	Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
HTA	Hypertension artérielle
IDA	International Development Association
IEC	Information Éducation et Communication
IO	Infection Opportuniste
IPPF	International Planned Parenthood Federation

IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MASSAH	Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et de l'Action Humanitaire
MEFB	Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget
MEPSA	Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire chargé de l'Alphabétisation
MOT	Modes de Transmission
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPDAS	Organisation des Premières Dames d'Afrique pour la Lutte contre le SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
PADEPP	Projet d'Appui à la Décentralisation et au Passage à l'Échelle des actions de Prévention et de Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PC	Population Carcérale
PCR	Polymerase Chain Reaction
PCIMAAV	Prise en charge intégrée des Maladies de l'adulte et de l'adolescent dans le contexte du VIH
PEC	Prise En Charge
PECP	Prise En Charge Pédiatrique
PLVSS	Projet de Lutte contre le VIH/SIDA et de Santé
PMA/PCA	Paquet Minimum d'Activités/Paquet Complémentaire d'Activités
PMAE	
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPT	Pays Pauvre Très Endetté
PRAEBASE	Projet d'Appui à l'Education de Base
PS	Professionnelles du Sexe
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PTS	Poste de Transfusion Sanguine
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RENAPC	Réseau National des Associations des Positifs du Congo
S&E	Suivi & Évaluation
SEP/CNLS	Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA
SIDA	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
SNIS	Système National d'Information Sanitaire

TB	Tuberculose
TAR	Thérapie Anti Rétrovirale
TARV	Traitement antirétroviral
UDLS	Unité Départementale de Lutte contre le SIDA
ULS	Unité de Lutte contre le SIDA
UMODEV	Unité Mobile de Dépistage Volontaire
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	Session extra ordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNICONGO	Union patronale et Interprofessionnelle du Congo
UNHCR	Haut commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
USD	Dollars des USA
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine

INTRODUCTION

Le VIH et le sida constituent un problème majeur de développement ainsi que de santé et de sécurité mondiale, tout particulièrement en Afrique sub-saharienne. Cette pandémie réduit les gains d'espérance de vie, hypothèque la productivité, détruit la main-d'œuvre, dissipe les épargnes et annihile une bonne partie des efforts de lutte contre la pauvreté, mettant ainsi en péril l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement en Afrique.

En effet, en fin 2012, l'ONUSIDA estimait le nombre de personnes vivant avec le VIH à travers le monde à 35,3 millions [32,2 millions–38,8 millions] et celui des nouvelles infections à 2,3 millions [1,9 million–2,7 millions]. Le nombre de personnes décédées à cause du sida en 2012 était globalement estimé à 1,6 million [1,4–1,9 million]. L'Afrique sub-saharienne reste l'une des régions les plus gravement touchées avec près d'un adulte sur vingt (4,9 %) vivant avec le VIH, ce qui représente 69% des personnes vivant avec le VIH dans le monde. La prévalence régionale de l'infection à VIH est près de 25 fois plus élevée en Afrique sub-saharienne qu'en Asie.

La République du Congo n'est pas épargnée par la pandémie du VIH, avec 3,2% d'adultes atteints selon les données de l'enquête de séroprévalence et sur les indicateurs du sida (ESIS) réalisée en 2009.

En réponse à cette épidémie, le gouvernement de la République du Congo, à travers le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), a adopté un Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST (CSN), successivement pour les périodes 2003-2007 et 2009-2013. Le CSN 2009-2013, structuré en cinq (5) grands axes stratégiques, a été mis en œuvre grâce à l'implication de plusieurs secteurs d'activités (santé, autres secteurs ministériels, société civile, confessions religieuses, secteur privé, etc.). Le financement des activités relevant du CSN 2009 – 2013 a été assuré d'une part par les ressources gouvernementales, la Banque Mondiale et le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, à travers trois (3) grands projets d'envergure nationale, et d'autre part par les autres partenaires bilatéraux et multilatéraux en l'occurrence les agences du système des Nations Unies, les ambassades de France, des USA, de Grèce, d'Allemagne et du Brésil, le secteur privé, notamment, la Fondation MTN, Airtel Congo, Warid, Total E&P, ENI-Congo, etc.) et les fonds PPTE.

La mise en œuvre du CSN 2009-2013 a permis de réaliser des progrès notables en matière de prévention auprès des populations vulnérables, du dépistage du VIH, de traitement par ARV des adultes et des enfants, de la sécurisation des produits sanguins, ainsi qu'en termes de renforcement des capacités nationales dans la conception et la coordination des interventions de lutte contre le sida.

A côté de ces progrès, l'analyse des performances des interventions mises en œuvre dans le cadre du CSN 2009 – 2013 a permis de mettre en évidence des faiblesses. Ainsi donc, il paraît nécessaire de renforcer les efforts dans certains domaines tels que (i) l'accès à l'information et à l'éducation sur le sida, (ii) l'accès et la disponibilité des médicaments antirétroviraux, en réactifs

et consommables « médicaux », (iii) la qualité de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, (iv) la couverture en PTME, (v) la couverture de certains groupes vulnérables tels que les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les populations carcérales, les orphelins et autres enfants vulnérables, et (v) le renforcement du leadership féminin dans la lutte contre la pandémie.

Tirant les leçons de la mise en œuvre du CSN 2009 – 2013, et dans le but de consolider les acquis de la réponse nationale au VIH et au sida, ainsi que d'en améliorer les performances, le gouvernement de la République du Congo a lancé le processus d'élaboration du présent CSN pour la période allant de janvier 2014 à décembre 2018.

DRAFT

VISION

Le Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH, le sida et les infections sexuellement transmissibles 2014-2018 s'inscrit dans la vision de **Faire du Congo un pays avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida, et zéro discrimination dans la population générale et en particulier dans les groupes les plus exposés pour un Congo émergent à l'horizon 2025.**

CONTEXTE

1. CONTEXTE

1.1. Présentation du pays

Située en Afrique centrale et à cheval sur l'équateur entre les latitudes 3°30' Nord et 5° Sud, et les longitudes 11° et 18° Est, la République du Congo s'étend sur une superficie de 342.000 km². Le pays partage ses frontières avec 5 autres pays que sont : le Gabon à l'Ouest sur 1.903 km ; le Cameroun au Nord-Ouest sur 523 km ; l'Angola et l'enclave du Cabinda au Sud sur 201 km ; la République Centrafricaine au Nord sur 467 km et la République Démocratique du Congo à l'Est sur 2.410 km le long du fleuve Congo. Le Congo a une façade maritime de 170 km sur l'Océan Atlantique à l'Ouest.

Au plan administratif, le pays est subdivisé en départements, communes, arrondissements, districts, communautés urbaines, villages et quartiers. Ainsi, il compte 12 départements, 6 communes, 23 arrondissements et 86 districts.

Selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2007 (RGPH – 2007), la population congolaise est estimée à 3 697 490 d'habitants avec une densité de la population au niveau national de 13 habitants au Km². Elle est concentrée dans les deux principales villes, Brazzaville et Pointe-Noire. Les femmes représentent plus de la moitié de la population (51,7% contre 48,3% d'hommes), tant en zone urbaine que rurale. Dans l'ensemble, la population congolaise reste particulièrement jeune. Le taux de croissance démographique annuel est de 2,7%.

Tableau I : Projection de l'évolution de la population du Congo de 2012 à 2018

Tranches d'âge	Années						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0-4 ans	627 048	636 978	645 958	654 118	662 896	672 536	683 358
5-14 ans	1 043 360	1 062 886	1 082 500	1 102 83	1 121 769	1 141 112	1 160 053
15-24 ans	804 654	820 084	836 798	854 741	873 663	893 414	913 610
25-49 ans	1 216 613	1 245 986	1 275 074	1 303 913	1 330 744	1 358 503	1 387 457
50+	428 817	440 239	452 407	465 07	480 980	496 343	511 528
Total	4 120 492	4 206 173	4 292 737	4 380 362	4 470 052	4 5 61 908	4 656 006

Source : SPECTRUM, 2013

Le Congo est un pays à revenu moyen inférieur, avec un indice de développement humain de 0,534 (IDH faible) le classant au 142^{ème} rang sur 191 avec un produit national brut par tête d'habitant (PNB) de 2310 \$ US en 2012¹.

Selon les résultats de l'ECOM 2010, environ quatre (4) congolais sur dix (10) sont pauvres en 2011, contre cinq (5) sur dix (10) en 2005. En effet, les résultats montrent que près de 39,6% de la population congolaise vit en dessous du seuil de pauvreté.

¹ Rapport mondial sur le développement humain, 2013

1.2. Contexte sanitaire

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2011-2012, les niveaux de mortalité adulte sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes (respectivement 5,4 et 4,4 décès pour 1000). Les résultats de l'EDSC-II mettent en évidence une baisse importante de la mortalité des enfants en particulier au cours des dix dernières années. Elle est passée de 71 pour 1000 en 2002 à 39 pour 1000 en 2012. L'espérance de vie est passée de 51,6 ans en 2007 à 55,6 ans en 2012 (Source Statistiques OMS 2013). Les principales causes de mortalité restent les maladies contagieuses et transmissibles (VIH, Tuberculose,...), parasitaires (Paludisme) et les maladies non transmissibles (HTA, Diabète et ses principales complications), le cancer et la drépanocytose.

Tableau II: Profil sanitaire du Congo

Indicateurs	Données	Sources
Couverture de la vaccination DTCoq3 chez les enfants de moins d'un an (%)	70,7	EDS 2011-2012
Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	426	EDS 2011-2012
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%)	93,6	EDS 2011-2012
Besoins non satisfaits des femmes en union en matière de planification familiale	18	EDS 2011-2012
Prévalence de la contraception (% femmes en union)	44,7	EDS 2011-2012
Couverture par les soins anténatals – au moins une visite- (%)	92,6	EDS 2011-2012
Enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégné d'insecticide (%)	80,7	EDS 2011-2012
Nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de vie (%)	21	EDS 2011-2012
Espérance de vie à la naissance (ans)	56	Statistiques sanitaires mondiales OMS 2013
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 habitants)	68	EDS 2011-2012
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	39	EDS 2011-2012
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	22	EDS 2011-2012
Nombre de médecins (densité pour 10 000 habitants)	1,0	Statistiques Sanitaires mondiales OMS 2013
Nombre d'infirmiers et sages-femmes (densité pour 10 000 habitants)	8,2	Statistiques Sanitaires mondiales OMS 2013
Nombre de personnel de pharmacie (densité pour 10000 habitants)	0,1	Statistiques Sanitaires mondiale OMS 2013
Dépenses totales en santé en % du produit intérieur brut	2,3	Statistiques Sanitaires mondiales OMS 2013
Ressources externes pour la santé en % des dépenses totales en santé	4,6%	Statistiques Sanitaires mondiales OMS 2013

1.2.1. Organisation du système de santé

Le système de santé est administré par le Ministère de la Santé et de la Population. Il est structuré en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique, conformément aux textes en vigueur².

1.2.1.1. Niveau central

Le niveau central a un rôle stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources.

Il comprend : le Cabinet du ministre en charge de la santé, les directions rattachées au cabinet à savoir : la Direction de l'information et de la communication, la Direction des Etudes et de la Planification, la Direction de la Coopération, la Direction des affaires générales, la Direction de l'informatique et des méthodes, l'Inspection Générale de la Santé, les Directions Générales (Direction Générale de l'administration, de la réglementation et des ressources financières, la Direction Générale des hôpitaux et organisation des soins, la Direction Générale du médicament, de la pharmacie et des laboratoires, la Direction Générale des infrastructures, des équipements et de maintenance, la Direction Générale de l'épidémiologie, la Direction Générale de la population), les Organismes sous tutelles (CHU de Brazzaville, LNSP, CNTS et l'Hôpital Général de Loandjili), les services extérieurs (les départements médicaux, les districts sanitaires, les établissements publics de santé, les services médico-sociaux).

1.2.1.2. Niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire joue un rôle d'appui technique aux districts sanitaires dans la transmission des informations, l'adaptation spécifique des normes nationales aux conditions locales, leur application et la supervision des Equipes Cadres des Districts sanitaires (DS). Il comprend les départements médicaux composés chacun des services suivants : actions sanitaires, études, planification et formation, administration, finances, personnel et matériel. Quoiqu'existant dans les départements, les Secteurs Opérationnels des Grandes Endémies (SOGÉ) et les services d'hygiène générale, ne figurent pas dans l'organigramme des directions départementales de la santé tel que défini par l'arrêté n°223 du 5 février 1997.

1.2.1.3. Niveau périphérique et opérationnel

Le niveau périphérique est l'unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre du plan. Il est représenté par les districts sanitaires (DS) lesquels sont subdivisés chacun en aires de santé. Selon les normes établies, chaque DS doit couvrir entre 50 000 et 100 000 habitants en milieu rural, et 100 000 à 300 000 habitants en milieu urbain. Cependant, pour des raisons d'accessibilité géographique, quelques DS du milieu rural pourraient compter moins de 50 000 habitants.

² Décret n° 98 – 256 du 16 Juillet 1998, portant organisation de la direction générale de la santé.

Décret n°2013 – 813 du 30 Décembre 2003, portant organisation du Ministère de la santé et de la population.

Un district sanitaire est composé d'un réseau de formations sanitaires ambulatoires, tant publiques que privées (Centres de Santé Intégrés, cabinets médicaux, Centres Médico-Sociaux soutenues par un hôpital de référence. Le district sanitaire est administré par une équipe cadre chargée de planifier, de mettre en œuvre les activités et de gérer ses ressources.

Les équipes cadres d'un district sanitaire ont chacune un bureau exécutif dont la composition n'est pas standardisée. Ce bureau est généralement constitué du médecin-chef de district sanitaire et de quatre sections qui sont :

- action sanitaire ;
- relation avec les communautés ;
- système d'information sanitaire ;
- section administration et gestion.

Les formations sanitaires d'hospitalisation comptent 5 hôpitaux généraux (dont le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville et l'Hôpital Central des Armées), 16 hôpitaux de référence des DS et 12 cliniques. Le PNDS 2007-2011 avait projeté une couverture nationale de 351 CSI dont 227 à développer au cours de la période de mise en œuvre. A ce jour, on dénombre 306 CSI (y compris les formations sanitaires confessionnelles) dont 84 CSI à PMAE et 222 CSI standards. (Annuaire statistique sanitaire de 2012).

Le réseau public d'approvisionnement en médicament est représenté essentiellement par la Congolaise des Médicaments Essentiels Génériques (COMEG) qui est un établissement public doté d'une autonomie de gestion.



ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

2. ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

2.1. Situation de l'épidémie dans la population générale

2.1.1. Prévalence

Avec une prévalence de 3,2% en 2009 (ESIS-C 2009), la République du Congo a une épidémie de type généralisé et les projections de l'ONUSIDA situe la prévalence à 2,8% en 2012.

Dans l'ensemble du pays, la prévalence du VIH est inégalement répartie comme le montre le tableau suivant :

Tableau III: Répartition de la prévalence du VIH par département au Congo

Départements	Valeur
Lékoumou	4,8%
Pointe Noire	4,6%
Niari	4,4%
Sangha	4,0%
Kouilou	3,9%
Bouenza	3,9%
Plateaux	3,2%
Brazzaville	2,4%
Likouala	1,9%
Pool	1,7%
Cuvette	1,7%
Cuvette Ouest	1,5%

Source : ESISC-2009

Les tendances depuis plusieurs années montrent une féminisation de l'épidémie. En 2009, le ratio d'infection entre la femme et l'homme était de **1,95** (4,1% chez la femme et 2,1% chez l'homme).

Tableau IV : Répartition de la prévalence du VIH selon le sexe de 2005 à 2012 au Congo

Années	Femme	Homme
2005	4,4%	3,1%
2006	4,2%	2,9%
2007	4,0%	2,8%
2008	3,8%	2,7%
2009	4,1%	2,1%
2010	3,5%	2,5%
2011	3,4%	2,4%
2012	3,3%	2,3%

Source et année : Projections Spectrum 2013

2.1.2. Nouvelles infections

Les nouvelles infections semblent plus importantes chez les femmes que chez les hommes avec un ratio d'infection de 1,22 obtenu grâce au logiciel *Spectrum* ® en 2012. Ce ratio est resté quasi constant de 2005 à 2012 (voir tableau 5). Avec respectivement 2,33 et 1,64, les groupes d'âges de 15 -19 ans et 20 - 24 ans présentent les ratios d'infection entre hommes et femmes les plus élevés du pays. Ces données pourraient s'expliquer par la vulnérabilité des jeunes filles, et supposeraient l'existence de rapports sexuels inter générationnels.

Tableau V : Nouvelles infections par sexe de 2005 à 2012

Années	Femmes	Hommes	Ratio
2005	3965	3240	1,22
2006	3792	3098	1,22
2007	3646	2974	1,23
2008	3476	2828	1,23
2009	3372	2743	1,23
2010	3080	2505	1,23
2011	2796	2287	1,22
2012	2577	2113	1,22

Source et année : Projections Spectrum 2013

La répartition des nouvelles infections est présentée dans le tableau suivant :

Tableau VI : Répartition des nouvelles infections par sexe et par âge

Tranches d'âge	Nombre de nouvelles infections chez les femmes	Nombre de nouvelles infections chez les hommes	Total	Pourcentage
0-14 ans	652	668	1320	28%
15-19 ans	228	98	326	7%
20-24 ans	458	280	738	16%
25-29 ans	412	313	725	15%
30-34 ans	300	267	567	12%
35-39 ans	200	192	392	8%
40-44 ans	126	119	245	5%
45-49 ans	83	71	154	3%
49 ans +	117	106	223	5%
Total	2576	2114	4690	100%

Source et année : Projections Spectrum 2013

Ce tableau montre que les nouvelles infections sont plus importantes dans les groupes d'âge de 0-14 ans avec 28% des nouvelles infections, correspondant dans la majorité des cas à la transmission mère-enfant. Les adolescents de 15-19 ans représentent 7% des nouvelles

infections tandis que les jeunes de 20-24 ans et 25-29 ans représentent respectivement 16% et 15% des nouvelles infections. Au total plus de la moitié des nouvelles infections au Congo surviennent entre 0-24 ans et 78% entre 0 et 34 ans.

Selon le rapport d'analyse des modes de transmission (MOT) de 2013, 52,20% des nouvelles infections surviennent lors des relations sexuelles occasionnelles. La figure 2 montre la proportion de différents modes de transmission.

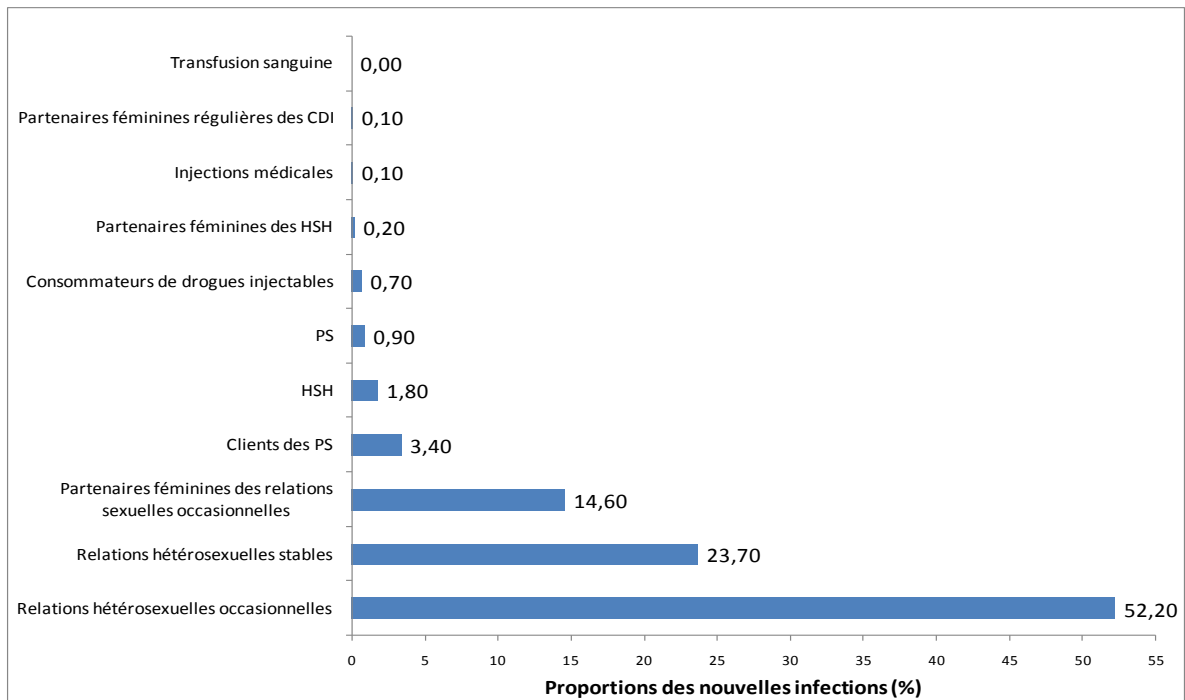


Figure 1: Proportion des nouvelles infections par mode de transmission (Source : MOT 2013)

2.2. Situation de l'épidémie dans les groupes spécifiques

2.2.1. Populations les plus à risque

Selon l'enquête comportementale couplée à la sérologie VIH réalisée en 2012 auprès des Professionnelles du Sexe (PS), des Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH) et des personnes en milieu carcéral (PC), la séroprévalence au sein des populations clés observées est présentée dans la figure 1.

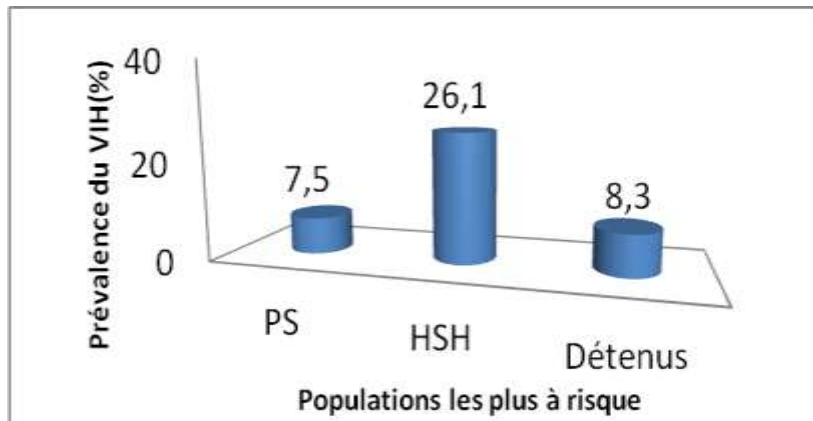


Figure 2 : Prévalence du VIH chez les populations les plus à risque (Source : Etude comportementale couplée à la sérologie auprès des Professionnelles du sexe, des Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, des personnes en milieu carcéral, SEP/CNLS Congo 2012).

2.2.1.1. Les professionnelles de sexe

Une cartographie des sites de prostitution avait permis de dénombrer en 2011 environ 5.420 professionnelles de sexe (PS) dans les cinq (5) principales villes du pays (Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, N'kayi, Ouessou) réparties sur 325 sites dont près de 70% sont mobiles. Leur âge moyen est de 28 ans et près de la moitié d'entre elles sont d'origine étrangère. Plus de 81% avaient admis avoir utilisé le préservatif lors des derniers rapports sexuels payants ; 52% d'entre elles ont reconnu avoir présenté au moins une fois des signes d'IST.

Seulement 24,5% des PS avaient un niveau de connaissances jugé satisfaisant sur le VIH. La séroprévalence du VIH chez les PS était de **7,5 %** [5,8 ; 9,7] avec des valeurs oscillant entre 3,8 et 20,8%, le pic correspondant à la tranche d'âge de plus de 50 ans. Les PS de 25 ans et plus sont significativement plus touchées par le VIH que celles âgées de moins de 25 ans.

2.2.1.2. Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

Les HSH sont essentiellement présents à Brazzaville et à Pointe-Noire. Leur effectif actuel pourrait dépasser les 1000 personnes. Ils sont congolais d'origine dans 74% des cas et l'âge moyen de ceux qui ont participé à l'enquête était d'environ 29 ans. Soixante trois pourcent (63%) sont bisexuels et près de 82% ont eu des rapports anaux payants. Le niveau de connaissance sur le VIH est satisfaisant chez 22% des HSH. La prévalence du VIH est de **26,1%** [19,4 ; 33,9]. La tranche d'âge la plus concernée est de 30 à 34 ans. Par ailleurs,

seulement 2% ont utilisés des lubrifiants adaptés et la plupart des enquêtés ont admis avoir eu recours à des « lubrifiants de fortune », lait de corps pour bébé, huile de cuisine, etc.

2.2.1.3. La population carcérale

Les trois quarts (75%) des personnes enquêtées étaient détenues depuis moins de 12 mois et étaient âgés en moyenne de 36 ans. Leur niveau de connaissance sur le VIH était jugé satisfaisant dans 33% des cas. Six pour cent (6%) ont eu des rapports sexuels en prison, sans utiliser des préservatifs, et 13% ont reconnus avoir utilisé des objets potentiellement contaminant avec d'autres co détenus (lames de rasoir, brosses à dent, etc.). La séroprévalence est de 8,3% [3,7 ; 15,8] et ceux âgés de 35 à 39 ans sont plus touchés à 14,3%.

2.2.1.4. Les femmes enceintes

En 2011, une enquête de sérosurveillance sentinelle du VIH chez 2 979 femmes enceintes en consultations prénatales, âgées de 15 à 49 ans a été conduite dans 12 sites répartis sur l'ensemble du territoire de la République du Congo.

Cette enquête a montré une prévalence globale de 3,6% [3,0%-4,4%] marquée par des disparités importantes entre les départements. En effet, la prévalence la plus élevée est observée dans le département de Pointe-Noire 6,8% [4,7%-9,6%], alors qu'elle est seulement de 0,5% [0,0% - 2,9%] dans le département du pool.

La tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 35 et 39 ans avec une prévalence de 7,2% [4,3% ; 11,1%]. La figure ci-dessous présente les prévalences du VIH par département lors de l'enquête de surveillance sentinelle 2011.

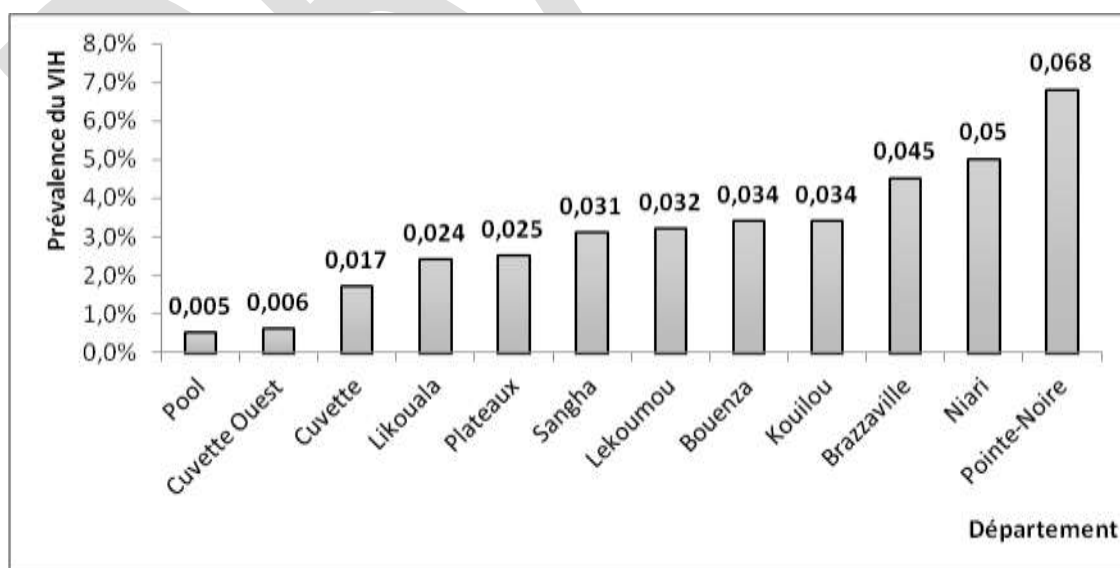


Figure 3 : Prévalences du VIH par département lors de l'enquête de surveillance sentinelle 2011. (Source : Rapport de l'Enquête de surveillance sentinelle 2011).

2.3. Analyse des comportements liés au VIH et au sida.

2.3.1. Données sur les connaissances, les attitudes et les pratiques dans la population générale et les sous-populations spécifiques

Les données de l'EDS 2011-2012 résumées dans le tableau 7 ci-dessous montrent que le niveau de connaissance approfondie du sida est plus faible chez les femmes que chez les hommes.

Tableau VII : Indicateurs sur le niveau de connaissance approfondie du sida

Indicateurs	15-49 ans	
	Femmes	Hommes
Pourcentage ayant une connaissance "approfondie" du sida	15,2	27,5
Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	3,9	18,7
Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé durant les derniers rapports sexuels	38,7	33,3
Pourcentage ayant reçu le résultat du dernier test effectué au cours des 12 derniers mois	12,9	12,4
Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	3,6	34,1

Source et année : EDS 2011- 2012

Les résultats de l'EDS 2011-2012, confirment aussi le multi partenariat dans les rapports sexuels au sein de la population congolaise.

Environ 3,6% des femmes et 34,1% des hommes de 15-49 ans ont déclaré avoir eu au moins 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois

2.3.2. Facteurs de risque de l'infection à VIH

2.3.2.1. Rapports sexuels occasionnels et multipartenariat sexuel

Ce groupe est constitué par les hommes et les femmes dans la population générale qui ont eu plus d'un partenaire sexuel occasionnel au cours des douze derniers mois précédant l'enquête ou des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant. (Rapport EDS 2011-2012).

L'ESISC-I (2009) indique que la prévalence du VIH parmi les personnes ayant effectué le multi partenariat est de 2,8%. Pour ce qui est de la prévalence des IST, on s'aperçoit que 16,7% d'hommes et 46,4% de femmes pratiquant le multi partenariat ont déclaré avoir eu au moins un symptôme d'IST au cours des 12 derniers mois. Ce qui donne un pourcentage global de 23% tous sexes confondus.

Toujours selon l'ESIC-1 (2009), le pourcentage d'actes protégés dans cette population est de 27,9% chez les hommes et de 29% chez les femmes. Ce qui donne un pourcentage global de protection de 28,13%.

S'agissant des comportements sexuels, la moyenne du nombre de partenaires par an est

d'environ 3. En effet, le nombre moyen de partenaires chez les hommes pratiquant le multi partenariat est de 2,9 contre 2,7 chez les femmes. En prenant en compte le nombre moyen d'actes sexuels par semaine, on obtient en moyenne par partenaire 55 actes sexuels par année dans l'ensemble.

2.3.2.2 Précocité des rapports sexuels

Selon les données de l'EDSC-II 2011-2012, la proportion des jeunes de 15-24 ans ayant déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans est de 23,5% chez les filles et de 26,9% chez les garçons. Cette proportion passe à 81,1% chez les filles et de 77,5% chez les garçons avant l'âge de 18 ans.

L'âge moyen des premiers rapports sexuels est de 15,9 ans chez les filles et de 16,7 ans chez les garçons.

2.3.3. Facteurs de vulnérabilité au sida

2.3.3.1 Stigmatisation et discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH

Selon l'EDSC- 2011- 2012, parmi les personnes de 15-49 ans ayant entendu parler du sida, le pourcentage exprimant des attitudes de tolérance, dans des situations déterminées, à l'égard des personnes vivant avec le VIH est de 18,7% chez les hommes contre 3,9% chez les femmes. Cependant, les cas de discrimination sur le lieu de travail en raison du statut sérologique ne sont pas documentés.

La discrimination et la stigmatisation sont particulièrement ressenties par certains groupes tels que les femmes, les jeunes et les enfants. Les données de l'étude de l'impact du VIH et du SIDA sur le système éducatif congolais (2012) montrent que 27,6% d'enseignants auraient un comportement négatif si l'un des leurs est PVVIH, tandis que chez les élèves/étudiants 31,1% auraient un comportement d'évitement, lorsqu'un de leurs camarades est séropositif ou malade du SIDA.

2.3.3.2 Insécurité alimentaire / Mauvaise situation nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH

L'étude menée à Brazzaville en Octobre 2011 par le PAM avec l'appui financier de l'ONUSIDA sur "l'impact du VIH et SIDA sur la vulnérabilité des personnes infectées et affectées par la pandémie" a montré que les personnes infectées et affectées sont confrontées à de nombreuses difficultés pour accéder aux besoins essentiels comme, l'alimentation. Plus de 50% des PVVIH et leurs enfants ne prennent qu'un seul repas par jour alors que parmi les personnes sondées 97% bénéficient d'une prise en charge médicale. Selon l'ONUSIDA, 40% des PVVIH sous ARV abandonnent leur traitement par manque de nourriture.

L'insécurité alimentaire pourrait donc influencer l'observance des patients. Cette enquête a permis de recueillir également des propositions de réduction de l'impact du VIH sur la vulnérabilité des PVVIH et des personnes affectées. Parmi ces propositions figurent l'appui nutritionnel aux PVVIH et aux ménages affectés et la mise en œuvre des activités génératrices de revenu.

ANALYSE DE LA REPONSE

3. ANALYSE DE LA REPONSE NATIONALE 2009-2013

La République du Congo s'est dotée d'un deuxième Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida (CSN) couvrant la période 2009-2013 après celui ayant couvert la période 2003-2007. Ce cadre comprend cinq (5) axes stratégiques : (i) *le renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST*, (ii) *le renforcement des services de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH*, (iii) *la réduction de l'impact du sida et la promotion des droits humains*, (iv) *l'amélioration du système de suivi-évaluation, recherche, surveillance épidémiologique et gestion des informations stratégiques*, (v) *le renforcement de la coordination, du partenariat et de la gouvernance*.

3.1. Renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST

Le renforcement des services de prévention s'est fait à travers : le renforcement de la prévention en milieu scolaire et universitaire, la promotion des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque VIH dans les groupes les plus vulnérables, l'organisation de campagnes multimédias sur le VIH/sida, l'intensification des actions de prévention du VIH/sida dans les zones et points à haut risque, la prévention du sida en milieu de soins, la mobilisation des leaders et des communautés contre le VIH/sida, le marketing social du préservatif, le développement des programmes de compétences de vie courante chez les adolescents de 10-17 ans à l'école primaire et en milieu extrascolaire, le renforcement et élargissement de l'intégration de la prise en charge syndromique des IST dans les centres de santé intégrés, la mise en place d'un programme de traitement des cas d'IST résistant selon l'approche étiologique, le renforcement des services de conseil et de dépistage volontaire.

3.1.1. Renforcement de la prévention en milieu scolaire et universitaire

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectifs : (i) d'assurer l'enseignement du VIH/sida en utilisant l'approche de compétences de vie courante dans toutes les écoles du primaire, du secondaire premier et deuxième degré, (ii) de poursuivre l'intégration du VIH/sida dans les programmes des écoles de formation des enseignants et des professionnels de santé, (iii) de couvrir 160.000 élèves et étudiants et 27.000 enseignants par l'éducation par les pairs conformément aux guides de référence nationale en la matière.

❖ Réalisations

- Production des manuels de référence pour l'organisation des activités de CCC au profit des jeunes et adolescents ;
- Production et distribution des programmes harmonisés sur l'enseignement du VIH, du sida et des compétences de vie courantes ;
- Production des CD et DVD sur l'autoformation des enseignants sur le VIH et sida ;
- Diffusion des émissions radiophoniques sur l'enseignement du VIH et sida et des compétences de vie courante ;

- Acquisition et distribution de 600 000 manuels scolaires de l'élève sur le sida ;
- Existence d'une politique et d'une stratégie de lutte contre le sida 2013-2017 du secteur de l'éducation ;
- Développement des activités de CCC au profit des élèves et étudiants ;
- Mutualisation des efforts entre les projets PLVSS et PRAEBASE œuvrant en milieu scolaire.

Le tableau 8 présente les indicateurs sur le renforcement de la prévention en milieu scolaire et universitaire.

Tableau VIII : Indicateurs sur le renforcement de la prévention en milieu scolaire et universitaire

Indicateurs	2009	2012
Nombre d'écoles du primaire impliquées dans les activités de lutte contre le Sida	24	650
Nombre d'écoles du secondaire impliquées/curriculaires dans les activités de lutte contre le Sida	22	229
Nombre d'écoles du secondaire impliquées/extracurriculaire dans les activités de lutte contre le Sida	145	313
Nombre d'enseignants formés sur l'enseignement du VIH/Sida utilisant l'approche de compétences de vie courante	523	9800
Nombre de guides d'enseignement du VIH/Sida dupliqués et distribués	4500	27 000
Elèves, étudiants couverts par les activités CCC	46 720	214 501
Nombre de manuels scolaires sur le VIH et sida distribués	ND	600 000
Nombre de DVD interactifs et CD des émissions radiophoniques pour l'autoformation des enseignants distribués	ND	397
Nombre des émissions radiophoniques diffusées	ND	78

Source et année : Rapports SEP/CNLS 2009 et 2012

❖ Faiblesses

- Faible appropriation des activités de CCC par les Comités Sida Ecole (COSE);
- Faible couverture des enseignants sur l'enseignement du VIH et du sida ;
- Programme harmonisé sur l'enseignement du VIH et du sida non intégré dans le programme officiel d'enseignement.

❖ Recommandations

- Intégrer les contenus des programmes du VIH et sida dans le programme officiel ;
- Généraliser la stratégie d'autoformation à distance des enseignants afin de couvrir tous les enseignants.

3.1.2. Promotion des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque VIH dans les groupes les plus vulnérables

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectifs de couvrir les groupes vulnérables par un paquet de services de communication sociale et d'éducation par les pairs conformément au contenu des guides de référence. Les groupes vulnérables concernés sont : les hommes en uniformes, les professionnelles du sexe, les filles-mères, les jeunes non scolarisés et déscolarisés, les veuves et autres femmes chef de ménage, les commerçants et commerçantes, les chauffeurs de taxi et autres véhicules de transport, les détenus, les travailleurs du secteur public et privé, les peuples autochtones. Pour mener les activités de CCC, les acteurs de la réponse nationale dispose d'une stratégie nationale de communication élaborée en 2004.

❖ Réalisations

- Mise en place de politiques et de mécanismes de coordination de la stratégie de communication pour le changement de comportement ;
- Développement des activités de CCC au profit des groupes vulnérables ;
- Existence des pools décentralisés en CCC dans tous les départements ;
- Révision des approches stratégiques en CCC en vue d'assurer une large couverture au profit des groupes les plus vulnérables ;
- Forte implication des autorités militaires traduite par la mobilisation des agents de la force publique pendant les activités ;
- Intégration des activités de lutte contre le sida dans les festivités de la fête de l'indépendance ;
- Existence des cartographies pour les populations clés (PS, HSH) ;
- Existence des Groupes d'Action info Sida (GAIS) au sein de la force publique.

Tableau IX: Indicateurs sur la couverture en matière de CCC

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Agents en uniforme couverts par les activités CCC	4 304	1 595	6 267	7 862
Détenus couverts par les activités CCC	641	160	599	-
Professionnelles de sexe (PS) couverts par les activités CCC	587	560	1274	1049
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) couverts par les activités CCC	N/A	200	340	180
Populations autochtones couvertes par les activités CCC	3605	8400	4201	3080
Nombre de sous projets approuvés et réalisés avec succès par la société civile	79	72	71	54
Personnes couvertes par les activités d'éducation par les pairs	20 775	41 239	27 369	1 875
Personnes couvertes par les activités de communication sociale	15 142	54 052	130 072	33 890

Source et année : Rapports SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

Les activités de CCC organisées au profit des groupes vulnérables au cours de la période 2009-2012 ont connu un véritable succès. En effet sur une prévision de 156 000 personnes les acteurs ont couvert au total 372 404 soit un taux de réalisation de 239%.

❖ **Faiblesses**

- Stratégie nationale de communication peu adaptée au contexte actuel de l'épidémie ;
- Couverture en CCC de la population carcérale limitée aux deux grandes villes ;
- Absence de guide stratégique de lutte contre le sida en milieu carcéral;
- Faible intégration des activités de lutte contre le sida et les IST pendant les stages de formation des hommes en uniformes;
- Faible participation des officiers supérieurs dans les activités de lutte contre le VIH et le sida;
- Faible couverture en services de CCC dans les structures de santé ;
- Insuffisance des supervisions pour le contrôle de qualité des activités de CCC.

❖ **Recommandations**

- Réviser la stratégie nationale de communication sur le VIH /sida et les IST ;
- Etendre les activités de CCC dans les prisons de Dolisie, Madingou, Ouesso et Owando ;
- Elaborer un guide stratégique de lutte contre le sida en milieu carcéral ;
- Elaborer un guide stratégique de lutte contre le sida de la force publique ;
- Faire un plaidoyer auprès des autorités militaires dans la mobilisation des officiers supérieurs ;
- Renforcer les compétences des équipes en matière de CCC et d'assurance qualité à tous les niveaux du système de santé ;
- Renforcer le suivi et la supervision des activités de CCC.

3.1.3. Organisation de campagnes multimédias de communication sur le VIH/sida

En appui aux interventions visant les groupes les plus vulnérables, des actions de communication (émissions radiotélévisées, panneaux, prospectus, spots,...) sur le VIH et le sida ont été organisées à l'endroit de la population générale. Ces actions avaient pour but d'une part d'élever le niveau de conscientisation de la population sur la réalité du VIH et du sida et d'autre part de diversifier les opportunités d'information, d'éducation, de conseil et orientation relatif au VIH et au sida.

Les interventions suivantes étaient attendues : (i) organiser chaque année une campagne sur le thème de la journée mondiale de lutte contre le VIH/sida et sur le thème arrêté par l'Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le sida (OPDAS),(ii) intensifier les actions d'information, d'éducation et de communication sur le VIH/sida à l'occasion des journées internationales et des événements de portée nationale, (iii) rendre disponible de manière

permanente les services d'une ligne téléphonique gratuite d'information, conseil et orientation sur le VIH/sida (Ligne jaune), (iv) produire et diffuser dans chaque chaîne de télévision et de radio existant au Congo, au moins une émission interactive d'information et éducation sur le VIH/sida, (v) produire et diffuser dans les chaînes de radio et de télévision, sur une base trimestrielle, un spot d'information et d'éducation sur le VIH/sida, (vi) organiser dans chaque arrondissement des grandes villes et chefs-lieux des départements, deux fois par an, un « Town Meeting » sur la problématique du VIH/SIDA sous le patronage des autorités locales, (vii) mettre en place un programme de représentation théâtrale sur le VIH/sida dans les quartiers et les villages utilisant l'approche de théâtre-forum, (viii) organiser dans tous les chefs lieux de départements des concerts de chants sur le VIH/sida, (ix) renforcer l'implication des confessions religieuses dans l'information et l'éducation des populations sur le VIH/sida.

❖ Réalisations

- Organisation régulière des campagnes multimédias au cours des grands événements : Festival Panafricain de Musique (FESPAM), Saint Valentin, journée internationale de la femme, journée mondiale de lutte contre le sida, fête de l'indépendance du Congo ;
- Forte implication des leaders religieux dans les activités de lutte contre le VIH/sida ;
- Production et diffusion de 4000 CD « Tous contre le sida » ;
- Utilisation des services de la Ligne Jaune par les usagers.

Le tableau 10 présente les résultats de la Ligne jaune.

Tableau X : nombre d'appels reçus et traités au niveau de la Ligne Jaune de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre d'appels de la Ligne Jaune	132 294	147 891	114 699	42 262
Nombre d'appels de la Ligne Jaune traités	90 292	107 758	84 458	33 436
Par sexe (Masculin)	64 030	86 434	51 317	21 295
Par sexe (Féminin)	26 262	21 144	33 141	12 141

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

Malgré son succès au cours des trois premières années, la Ligne jaune a connu quelques difficultés en 2012 dues à la réduction de son financement (clôture du financement de l'IDA/BM)

❖ Faiblesses

- Faible mise en œuvre de certaines activités (Town Meeting, représentation théâtrale en utilisant l'approche de théâtre-forum, concerts de chants sur le VIH/sida) ;
- Faible complétude des données sur les activités menées ;
- Insuffisance de programmes dédiés à la prévention du VIH et sida dans les médias aussi bien publics que privés ;
- Insuffisance des financements dédiés à la Ligne jaune.

❖ Recommandations

- Renforcer les activités de communication multimédias particulièrement le théâtre-forum, le concert de chant et le Town Meeting sur le VIH/sida;
- Améliorer la collecte des données des activités de communication multimédias ;
- Impliquer davantage les médias en vue d'une meilleure intégration du VIH/sida dans les Programmes (plaidoyer, partenariat, formation, accompagnement) ;
- Poursuivre le partenariat avec les leaders religieux;
- Mobiliser les financements domestiques pérennes pour la Ligne Jaune.

3.1.4. Mobilisation des leaders et des communautés contre le VIH/sida

Il était prévu dans le CSN 2009-2013 de mobiliser les leaders communautaires (chefs coutumiers, médiateurs traditionnels, leaders religieux) dans la lutte contre le VIH/sida.

Les interventions suivantes étaient prévues: (i) mettre en place un programme de conversations communautaires sur le VIH/sida dans les petits villages de 10 départements (Brazzaville et Pointe-Noire exclus), (ii) former 1.000 médiateurs traditionnels chargés de diffuser les messages sur le VIH/sida pendant les cérémonies de mariage coutumier, (iii) organiser chaque trimestre une séance foraine avec les leaders communautaires sur « nos coutumes et le VIH/sida », (iv) organiser une conférence annuelle des leaders religieux sur le VIH/sida, (v) soutenir l'organisation des séminaires d'évangélisation sur les thématiques en rapport avec le VIH/sida.

❖ Réalisations

- Appui institutionnel à la Coordination des confessions religieuses contre le sida (COREC/SIDA) ;
- Formation de 80 animateurs parmi les leaders religieux ;
- Organisation de deux (2) grandes campagnes œcuméniques lors des journées mondiales contre le Sida en 2010 et en 2011 sur les thématiques VIH/sida;
- Formation de 268 médiateurs traditionnels sur la sensibilisation sur le VIH/Sida lors des mariages coutumiers ;
- Organisation des activités de CCC pendant 2.772 cérémonies de mariage coutumier à Brazzaville, Pointe-Noire et Dolisie.

Le tableau 11 présente les interventions réalisées avec les médiateurs traditionnels.

Tableau XI : nombre des médiateurs traditionnels formés et des séances d'éducation réalisées par les médiateurs traditionnels de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Nombre de médiateurs formés/recyclés	120	120	148	148		536
Nombre de mariages	317	582	898	305	670	2 772

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

❖ Faiblesses

- Insuffisance des médiateurs traditionnels formés ;
- Insuffisance quantitative des kits à remettre aux jeunes mariés par les médiateurs.

❖ Recommandations

- Renforcer la mise en œuvre des activités de CCC en milieu communautaire par un élargissement à d'autres villes ;
- Former en quantité et en qualité les médiateurs traditionnels.

3.1.5. Marketing social du préservatif

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectifs d'assurer la disponibilité du préservatif sur l'ensemble du territoire national. Les interventions suivantes étaient attendues : (i) acquérir un total de 55.000.000 préservatifs et en assurer la distribution, (ii) assurer la promotion de l'utilisation du préservatif par la production de gadgets et la diffusion de spots publicitaires dans les médias, (iii) acquérir un total de 500 distributeurs automatiques de préservatifs et assurer leur installation dans les stations d'essence et les points à haut risque, (iv) mettre en place un programme spécifique de promotion du préservatif féminin, particulièrement chez les professionnelles du sexe et les filles-mères, les veuves et autres femmes chefs de ménage.

❖ Réalisations :

Les actions suivantes ont été menées :

- 35 940 427 de préservatifs masculins et 1 108 874 féminins ont été acquis et distribués ;
- 200 distributeurs automatiques de préservatifs ont été installés ;
- Intégration du Congo dans la phase II du Projet de Prévention du VIH/Sida en Afrique Centrale (PPSAC) financé par la coopération allemande, rejoignant ainsi le Cameroun, la RCA et le Tchad ;
- Mise sur le marché de nouveaux produits, notamment le préservatif masculin AMI 3 parfumé à la vanille avec l'appui du PPSAC ;
- Mise en place d'un programme de promotion de préservatifs féminins avec l'appui de UNFPA ;
- Un Plan de marketing stratégique des Préservatifs 2012-2013 a été élaboré et adopté.

Le tableau 12 présente le nombre de préservatifs distribués et vendus de 2009 à 2013

Tableau XII : Variation du nombre de préservatifs distribués et vendus de 2009 à 2013

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Nombre de préservatifs masculins vendus	7 105 399	4 541 213	5 916 407	7 021 716	9 059 820	33 644 555
Nombre de préservatifs féminins vendus	11 262	19 706	18 431	7 330	190 605	247 334
Nombre de préservatifs masculins distribués	628 680	1 221 879	776 854	917 717	580 326	4 125 456

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

Dans l'ensemble, un nombre de 38.883.159 préservatifs masculins et féminins ont été cédés en cinq (5) ans sur une prévision de 55.000.000, soit un taux de réalisation de 71%. Cette performance peut s'expliquer par des difficultés d'approvisionnement qui ont occasionné des ruptures de stock en 2009 et en 2012.

Les gratuités sont maintenues à 11,5% pour les préservatifs masculins ; tandis que 78,1% des préservatifs féminins sont distribués gratuitement.

En outre, la République du Congo a mis en place un comité national pour la Programmation Holistique des Préservatifs (Comprehensive Condom Programming en anglais). Le but visé est de faire en sorte que les préservatifs soient disponibles pour toute personne qui en a besoin, où qu'elle se trouve afin de lui permettre d'éviter non seulement le VIH et les autres IST, mais aussi les grossesses non désirées. Le comité a été mis en place en 2011 et a tenu deux sessions ordinaires dont la dernière en mai 2013.

❖ **Faiblesses**

- Faible utilisation du préservatif féminin ;
- Rupture intermittente des approvisionnements en préservatifs masculins au niveau central;
- Insuffisance dans la couverture en points de vente des préservatifs masculins et féminins.

❖ **Recommandations**

- Poursuivre la promotion du préservatif féminin ;
- Améliorer la planification des approvisionnements des préservatifs ;
- Augmenter le nombre de points de vente des préservatifs masculins et féminins dans tous les départements ;
- Réaliser des études de couverture et de la qualité de couverture des points de vente en utilisant le type Measure access Performance (MAP) ;
- Réaliser des études comportementales pour identifier les déterminants de comportement les plus significatifs à adresser en se servant du type Tracking Continuously (TraC).

3.1.6. Développement des programmes de compétences de vie courante chez les adolescents de 10-17 ans à l'école primaire et en milieu extrascolaire.

Les interventions suivantes étaient prévues : (i) assurer l'extension des programmes axés sur les compétences pour les élèves du CM1 et CM2 dans toutes les écoles primaires du pays, (ii) aménager et équiper (postes téléviseurs et jeux éducatifs) les maisons de jeunes sur l'ensemble du territoire national, (iii) dupliquer le guide sur le développement des compétences de gestion du risque VIH chez les adolescents en 1.000 exemplaires, (iv) former 500 personnes parmi les animateurs de jeunesse et les animateurs de la société civile sur l'éducation des adolescents utilisant l'approche de développement des compétences de gestion du risque VIH,

(v) organiser au niveau des maisons de jeunesse et autres espaces communautaires des sessions d'éducation des adolescents sur les compétences de gestion du risque de manière à couvrir 350.000 adolescents sur l'ensemble du territoire national, (vi) élaborer et dupliquer, à partir du guide sur les compétences de gestion du risque VIH, des livrets sur les thèmes prioritaires spécifiques (IST, VIH, Grossesses non désirées et précoces), (vii) organiser chaque année une KERMESSE SIDA VACANCES (KERSIVAC) au profit des jeunes à Brazzaville et Pointe-Noire.

❖ Réalisations

- 4 451 élèves du primaire ont bénéficié du développement des compétences de gestion du risque pour la prévention du VIH/sida, des IST et des grossesses précoces ;
- 24 904 jeunes non scolarisés et déscolarisés ont été couverts par des programmes de prévention VIH ;
- 1 053 pairs éducateurs ont été formés en milieu extra scolaires ;
- 16 espaces vie ont été mis en place et équipés dans les 12 départements du pays au profit des jeunes ;
- 19 KERSIVAC ont été organisées dans 09 départements ;
- 508 540 livres adaptés à l'enseignement du VIH ont été distribués dans tous les départements ;
- Elaboration d'un guide sur les compétences de gestion de risque VIH ;
- Elaboration d'un guide stratégique de mise en œuvre des interventions à base communautaires chez les jeunes non scolarisés et déscolarisés ;
- Elaboration et distribution à 28 organisations de la société civile de 1.120 planches éducatives sur les six (6) principales thématiques du VIH et de la sexualité.

Les KERSIVAC ont été identifiées comme une bonne pratique de la réponse à l'épidémie du VIH au Congo. Devant l'engouement et le succès, les KERSIVAC ont été étendues et organisées au-delà des deux grandes villes. Le tableau 13 présente le nombre et la fréquentation des KERSIVAC de 2009 à 2012.

Tableau XIII : Nombre et fréquentation de KERSIVAC de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre de Kermesse Sida vacances (KERSIVAC) réalisé	2	3	4	10
Nombre de personnes fréquentant les sites de Kermesse Sida vacances (KERSIVAC)	86 199	64 318	61 884	117 799

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

❖ Faiblesses

- Insuffisance des financements alloués à la prévention du VIH en milieu extra scolaire ;
- Faible implantation de maisons de jeunesse à travers le territoire national ;
- Non validation du guide sur les compétences de gestion de risque VIH, IST et grossesse précoce.

❖ Recommandations

- Mobiliser des ressources financières pérennes en faveur de la prévention du VIH en milieu extra scolaire ;
- Construire les maisons de jeunes dans tous les départements ;
- Valider le guide de gestion des risques VIH, IST, grossesses précoces chez les adolescents et jeunes.

3.1.7. Renforcement et élargissement de l'intégration de la prise en charge syndromique des IST dans les activités des centres de santé intégrés

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectifs de poursuivre l'intégration des activités de prise en charge des IST dans les différentes structures de santé de manière à prendre en charge 130 000 cas d'IST. La prise en charge des IST a été appuyée par les projets de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial. Les interventions suivantes étaient prévues: (i)actualiser les algorithmes de traitement ainsi que le guide de formation des prestataires sur la prise en charge syndromique des IST,(ii) dupliquer les documents sur les algorithmes de traitement des IST ainsi que le guide formation en 1.000 exemplaires, (iii) former/recycler 240 agents des CSI/CMS sur la prise en charge des IST, (iv) acquérir les médicaments et les outils d'intégration de la prise en charge des IST dans les activités de 70 CSI/CMS de manière à assurer la prise en charge de 130.000 cas d'IST pendant les cinq prochaines années.

❖ Réalisations

- 136 CSI/CMS ont intégré les activités de prise en charge syndromique des IST dans le paquet de services ;
- 122 705 cas d'IST ont été dépistés et traités gratuitement selon l'approche syndromique;
- Les algorithmes de traitement ainsi que le guide de formation des prestataires sur la prise en charge syndromique des IST ont été actualisés;
- Les documents sur les algorithmes de traitement des IST ainsi que le guide formation en 1.000 exemplaires ont été dupliqués;
- 240 agents des CSI/CMS ont été formés/recyclés sur la prise en charge des IST ;
- Les médicaments de la prise en charge des IST dans les activités de 136 CSI/CMS ont été acquis et distribués.

Le tableau 14 résume l'évolution des indicateurs de la prise en charge des IST de 2009 à 2012.

Tableau XIV: Evolution des indicateurs de la prise en charge des IST de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre de centres de diagnostic/prise en charge des IST	96	103	117	136
Plaintes IST reçues	44 338	39 438	29 505	20 288
Nombre de cas traités selon l'approche syndromique	41 037	36 503	27 077	18 088
Nombre cumulé de cas d'IST traités gratuitement	41 037	77 540	104 617	122 705

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

❖ **Faiblesses**

- Ruptures fréquentes des médicaments pour la prise en charge des IST ;
- Faiblesse dans la mise en œuvre de l'approche étiologique.

❖ **Recommandations**

- Mettre en œuvre l'approche étiologique pour la prise en charge des IST ;
- Mettre en place un comité du médicament pour sécuriser les approvisionnements ;
- Renforcer l'offre de services pour les populations clés et les autres groupes vulnérables.

3.1.8. Renforcement des services de conseil et de dépistage

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectif de poursuivre l'intégration du CDV (Conseil et Dépistage Volontaire) dans de nouveaux centres de manière à atteindre 70 sites de CDV en fin 2013. Les actions suivantes étaient prévues : (i) former/recycler 210 conseillers au niveau de 70 sites de CDV sur l'ensemble du territoire national, (ii) intégrer 105 personnes vivant avec le VIH parmi les conseillers des sites de dépistage à raison d'au moins une personne vivant avec le VIH par site, (iii) aménager et équiper les 58 anciens sites et les 12 nouveaux sites de manière à ce qu'ils répondent aux critères de qualité d'un site de CDV, (iv) acquérir les tests et autres consommables de laboratoire et en assurer la distribution aux sites CDV, (v) assurer un total de 909 757 CDV, (vi) mettre en place un dispositif de contrôle de qualité des services fournis, (vii) organiser dans l'aire de santé une campagne trimestrielle de promotion du dépistage en collaboration avec les comités de santé (viii) mettre en place un dispositif de motivation du personnel des sites de dépistage basée sur la performance.

❖ **Réalisations**

- Intégration du CDV dans 174 centres de santé;
- Acquisition des trois (3) unités de dépistage mobile(UMODEV);
- Acquisition des réactifs et consommables de laboratoire;
- Acquisition des intrants et disponibilité des outils de collecte des données;
- Dépistage de 323 700 personnes y compris les femmes enceintes.

Le dépistage du VIH par la stratégie mobile avec les UMODEV a été identifié comme une bonne pratique de la réponse à l'épidémie du VIH au Congo. Devant l'engouement et le succès, cette stratégie est entrain d'être mise à l'échelle dans tous les départements du pays.

Tableau XV : Réalisations des services de conseil et de dépistage volontaire de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre de centres offrant conseil et dépistage	103	118	144	174
Nombre de clients reçus	59 912	67 451	51 127	62 110
Nombre de clients conseillés	59 344	66 748	48 083	58 084
Nombre de clients dépistés en CDV en stratégie fixe	58 764	65 864	47 753	50 644
Nombre de clients dépistés ayant reçu leur résultat	53 633	61 156	44 993	41 878
Nombre et pourcentage de clients dépistés VIH positif	7 228 (12,3%)	6 926 (10,5%)	4 927 (10,3%)	4 176 (8,2%)
Nombre cumulé de clients dépistés ayant reçu leur résultat (y compris les femmes enceintes vues en CPN)	87 663	184 064	253 098	294 976
Nombre de clients dépistés à travers l'Unité Mobile de Dépistage (UMODEV)	2 549	10 047	6 255	9 873
Nombre et pourcentage de clients dépistés VIH positif en stratégie mobile de dépistage (UMODEV)	59 (2,3%)	201 (2,0%)	87 (1,4%)	170 (1,7%)

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

❖ Faiblesses

- Ruptures fréquentes en intrants pour le dépistage ;
- Stratégie du dépistage mobile disponible que dans deux départements ;
- Absence de guide stratégique sur le dépistage ;
- Insuffisance de locaux adaptés au counseling ;
- Insuffisance des supervisions des activités de dépistage ;
- Insuffisance en personnel formé dans certains départements ;
- Faible implication des districts sanitaires et des acteurs communautaires dans la stratégie du dépistage du VIH.

❖ Recommandations

- Mettre en place un comité du médicament et des intrants pour sécuriser les approvisionnements en intrants CDV ;
- Accélérer la mise à l'échelle de la stratégie mobile du dépistage ;
- Elaborer le guide stratégique sur le dépistage du VIH ;
- Réaménager ou mettre aux normes les infrastructures dédiées au CDV ;
- Renforcer les supervisions des activités de CDV ;
- Former/recycler le personnel en charge du CDV ;
- Impliquer et responsabiliser les districts sanitaires et les acteurs communautaires dans les activités de CDV.

3.1.9. Amélioration de la disponibilité des produits sanguins sécurisés

L'objectif visé par le cadre stratégique 2009-2013 a été : (i) d'appuyer le CNTS de manière à faciliter l'installation des postes de transfusion sanguine et des dépôts de sang dans toutes les formations sanitaires habilitées, (ii) de fournir au CNTS les réactifs et consommables nécessaires pour le dépistage des quatre principaux marqueurs de maladies transmissibles sur toutes les poches de sang transfusé, (iii) aménager et équiper 10 nouveaux postes de transfusion, (iv) former/recycler le personnel des postes ou banques de sang, (v) acquérir les réactifs et consommables de laboratoire permettant de rendre disponibles au moins 40.000 poches de sang sécurisé aux quatre marqueurs de maladies transmissibles par an, (vi) mettre en place et rendre fonctionnel un dispositif d'assurance qualité de la transfusion sanguine, (vii) renforcer les activités de collecte mobile de sang au niveau des sites opérationnels.

❖ Réalisations

- 25 postes de transfusion sanguine et dépôts de sang ont été installés;
- Les réactifs et consommables nécessaires pour le dépistage des quatre principaux marqueurs de maladies transmissibles ont été rendus disponibles pour sécuriser les poches de sang chaque année ;
- Les nouveaux postes de transfusion ont été aménagés et équipés ;
- Le personnel des postes ou banques de sang ont été formés/recyclés ;
- Le dispositif d'assurance qualité de la transfusion sanguine a été mis en place et fonctionnel ;
- Un système informatisé en réseau est fonctionnel pour la gestion des produits sanguins dans les départements de Brazzaville et de Pointe-Noire ;
- Les activités de collectes mobiles de sang ont été réalisées au niveau des sites opérationnels.

Tableau XVI : Réalisations dans le cadre de l'amélioration de la disponibilité des produits sanguins sécurisés de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre de postes ou banques de sang	25	25	25	25
Nombre de dons de sang prélevés	36 178	40 409	52 950	30 172
Effectif total des poches de sang prélevé	36 178	40 409	47 994	26 950
Pourcentage de poches de sang faisant l'objet d'un dépistage du VIH avant transfusion	100%	100%	100%	100%
Pourcentage de poches de sang faisant l'objet d'un dépistage, avant transfusion, pour le VHB	100%	100%	100%	100%
Pourcentage de poches de sang faisant l'objet d'un dépistage, avant transfusion, pour le VHC	100%	100%	100%	100%

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Pourcentage de poches de sang faisant l'objet d'un dépistage, avant transfusion pour la Syphilis	98%	100%	100%	100%

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

❖ **Faiblesses**

- Insuffisance de l'assurance qualité de la transfusion sur le plan national ;
- Faiblesse dans la décentralisation des services de transfusion dans les hôpitaux de base.

❖ **Recommandations :**

- Etendre les services de l'assurance qualité à travers le territoire national ;
- Etendre l'offre en produits sanguins sécurisés à travers toute l'étendue du territoire national;
- Améliorer les prestations concernant les tests ultimes, la recherche des agglutinines irrégulières, produits sanguins labiles séparés.

3.1.10. Promotion du don de sang bénévole et éducation des donneurs de sang bénévoles

L'objectif du CSN 2009-2013 était d'accroître les actions de promotion du don de manière à augmenter à plus de 50% la proportion des dons de sang bénévoles sur le total des dons de sang. Les interventions suivantes étaient prévues: (i) produire et diffuser des supports promotionnels du don de sang bénévole (dépliants, affiches), (ii) produire dans les chaînes de télévision et de radio des émissions régulières ainsi que des coupures de presse sur l'importance du don sang, (iii) produire et diffuser dans les chaînes de télévision et radio des spots publicitaires sur l'importance du don de sang bénévole, (iv) appuyer les associations et clubs des donneurs de sang bénévole en vue du recrutement et de la fidélisation des donneurs de sang bénévoles, (v) former des pairs-éducateurs parmi les donneurs de sang bénévoles, appuyer les activités d'éducation par les pairs chez les donneurs de sang bénévoles.

❖ **Réalisations**

- Les supports promotionnels du don de sang bénévole (dépliants, affiches) ont été produits et diffusés ;
- Les émissions sur le don de sang ont été produites régulièrement dans les chaînes de télévision et de radio ;
- Les articles de presse sur l'importance du don sang ont été produites ;
- Les spots publicitaires sur l'importance du don de sang bénévole ont été produits et diffusés dans les chaînes de télévision et radio ;
- Les associations et clubs des donneurs de sang bénévole ont été appuyés en vue du recrutement et de la fidélisation des donneurs de sang bénévoles ;
- Des pairs-éducateurs ont été formés parmi les donneurs de sang bénévoles ;
- Les sessions d'éducation par les pairs chez les donneurs de sang bénévoles ont été réalisées.

❖ **Faiblesses**

- Insuffisance dans la production des supports promotionnels du don de sang ;
- Faible promotion des activités de don de sang à travers les medias ;
- Insuffisance des ressources financières allouées aux associations de promotion de don de sang et aux clubs de donneurs de sang.

❖ **Recommandations**

- Produire en quantité suffisante les supports promotionnels du don de sang ;
- Assurer la promotion des activités de don de sang à travers les medias ;
- Mobiliser les ressources financières en faveur des associations de promotion de don de sang et des clubs de donneurs de sang.

3.1.11. Renforcement et élargissement de l'intégration du service de conseil et dépistage du VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectifs de (i) poursuivre l'intégration des services de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) dans les formations sanitaires qui assurent les consultations prénatales afin d'atteindre 70 sites d'ici à fin 2013, (ii) améliorer la coordination du programme PTME entre les sites de Consultation Pré Natale (CPN) et les maternités de manière à permettre à toutes les femmes dépistées séropositives de bénéficier de la prophylaxie PTME, (ii) renforcer le lien entre la PTME et les programmes de prise en charge des adultes et enfants vivant avec le VIH. Les interventions suivantes étaient prévues: (i) former /recycler 210 sages-femmes au niveau de 70 sites sur le counselling pour le dépistage volontaire chez les femmes enceintes, (ii) produire et diffuser 50.000 dépliants par an sur la promotion de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, (iii) intégrer la promotion de la PTME au cours des campagnes de promotion du CDV , (iv) fournir les services de CDV en CPN pour 147.000 femmes enceintes, (v) mettre en place un dispositif de motivation du personnel des sites de dépistage chez les femmes enceintes basée sur la performance.

❖ **Réalisations**

- 138 formations sanitaires qui assurent les consultations prénatales ont intégré le CDV ;
- 210 sages-femmes ont été formées ou recyclées sur le CDV chez les femmes enceintes ;
- 1000 dépliants sur la promotion de la PTME ont été produits et diffusés ;
- 103 512 femmes enceintes dépistées lors de la CPN ;
- La motivation basée sur la performance du personnel de santé de dépistage a été réalisée dans six (06) départements (Likouala, Bouenza, Cuvette, Cuvette Ouest, Plateaux, Pool) ;
- Un plan d'Elimination de la transmission mère enfant du VIH (eTME) 2013-2017 a été élaboré.

Le tableau ci-dessus présente l'évolution des indicateurs du dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes reçues en CPN.

Tableau XVII : Evolution des indicateurs du dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes reçues en CPN de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre de centres assurant une série minimale de prestations de la PTME	87	102	124	138
Nombre de femmes enceintes reçues en CPN	34 513	34 843	34 036	31 884
Nombre de femmes enceintes se rendant aux CPN et pré conseillées	32 269	34 859	29 072	29 671
Nombre de femmes enceintes ayant accepté de faire le test	28 899	30 537	21 281	22 805
Pourcentage de femmes enceintes se rendant à des consultations prénatales et acceptant un test volontaire de dépistage du VIH (90 % atteints dans le projet pilote)	83,7%	87,6%	73,2%	71,5%
Nombre de femmes enceintes acceptant de faire le test et qui connaissent leur statut	23 530	28 899	18 120	15 546
Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives	986	932	569	603
Taux de séropositivité	3,4%	3,1%	2,7%	2,6%

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

En matière de disponibilité des services PTME, le nombre de sites offrant le paquet complet ou partiel de PTME a continué d'augmenter passant de 87 sites en 2009 à 138 en 2012.

❖ **Faiblesses :**

- Ruptures fréquentes en intrants pour le dépistage ;
- Faiblesse dans la mise en œuvre du dépistage à l'initiative du soignant ;
- Multiplicité des instances de coordination des programmes PTME ;
- Faiblesse dans la coordination des interventions de la plateforme de SMNI/PTME/PECP ;
- Insuffisance de coordination entre les sites de CPN et les maternités de manière à permettre à toutes les femmes dépistées séropositives de bénéficier de la prophylaxie PTME ;
- Nouvelles recommandations OMS 2013 PTME non prises en compte dans le plan eTME ;
- Faiblesse dans la référence des femmes enceintes dépistées vers les programmes de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

❖ **Recommandations :**

- Mettre en place un comité du médicament et des intrants pour sécuriser les approvisionnements en intrants PTME ;

- Mettre en œuvre la stratégie de dépistage à l'initiative du soignant ;
- Revoir l'ancrage institutionnel de la PTME ;
- Réviser le plan d'eTME ;
- Renforcer la coordination des interventions au niveau central et périphérique.

3.1.12 Renforcement et élargissement des services de prise en charge de la femme enceinte séropositive

Le CSN 2009-2013 avait prévu d'améliorer la coordination du programme PTME entre les sites de CPN et les maternités de manière à permettre à toutes les femmes dépistées séropositives de bénéficier de la prophylaxie PTME et de renforcer le lien entre la PTME et les programmes de prise en charge des adultes et enfants vivant avec le VIH. Les interventions suivantes étaient prévues: (i) mettre en place un dispositif permettant aux sages-femmes d'accompagner les femmes enceintes séropositives chez le médecin de la maternité pour la prophylaxie TME , (ii) doter le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), les Hôpitaux généraux de Dolisie et d'Owando en capacités pour réaliser la PCR, (iii) doter les laboratoires en réactifs et consommables pour le diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposées au VIH, (iv) former/recycler 170 personnels (médecins, sages-femmes, infirmiers) de 17 maternités sur la PTME, (v) fournir les services de PTME à 9.700 femmes enceintes séropositives, (vi) élaborer et dupliquer en 15.000 exemplaires un guide sur l'alimentation des enfants et des femmes séropositives, et en assurer la distribution aux femmes enceintes séropositives, (vii) fournir gratuitement le lait maternisé à toutes les femmes qui auront choisi l'alimentation par les substituts du lait maternel, (viii) mettre en place un dispositif de motivation du personnel des sites de prise en charge basée sur la performance.

❖ Réalisations :

- Trois unités PCR fonctionnelles à Brazzaville et Pointe Noire (LNSP, Hôpital général des Armées, CTA de Pointe Noire) ;
- Un dispositif de transfert des échantillons pour la PCR vers Brazzaville et à Pointe-Noire a été mis en place;
- 136 personnels (médecins, sages-femmes, infirmiers) de 20 maternités formés / recyclés sur la PTME ;
- 3 352 femmes enceintes séropositives ont reçu au moins des ARV conformément au protocole national et 172 femmes séropositives ont bénéficié de substituts du lait maternel pour leurs enfants ;
- La motivation basée sur la performance du personnel de santé assurant la prise en charge médicale des femmes enceintes séropositives a été réalisée dans six (06) départements (Likouala, Bouenza, Cuvette, Cuvette Ouest, Plateaux, Pool).

Tableau XVIII: Disponibilité des services et nombre de femmes ayant bénéficié de prophylaxie ARV pour la PTME de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre de site assurant la PEC des femmes enceintes séropositives dans le cadre de la PTME	30	30	35	42
Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant reçu au moins une dose d'ARV dans le cadre de la PTME conformément aux protocoles nationaux	441	622	855	1 434
Nombre des femmes enceintes nouvellement mises sous ARV	120	181	233	579
Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des ARV pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant	13%	19%	27%	19%

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

❖ Faiblesses

- Ruptures des ARV;
- Disponibilité de la PCR limitée à Brazzaville et Pointe-Noire ;
- Faible performance du dispositif de transfert des échantillons pour la PCR;
- Faiblesses liées au système de santé qui doit repenser la PTME dans une approche intégrée ;
- Guide sur l'alimentation des enfants et des femmes séropositives non élaboré.
- Faiblesse dans la couverture des femmes enceintes dépistées séropositives (seulement 40% ont effectivement bénéficié des services de PTME) ;
- Absence de délégation des tâches ;
- Faiblesse dans la coordination des activités des partenaires au développement;
- Faiblesse dans le renforcement des capacités des acteurs ;
- Faible implication des acteurs communautaires dans la promotion et la mise en œuvre des activités de la santé de la mère et de l'enfant ;
- Faible implication des hommes dans le processus de PTME ;
- Faible couverture géographique des services PTME ;
- Faible implication des acteurs privés, informels et communautaires dans la PTME ;
- Faiblesse dans la mobilisation des fonds.

❖ Recommandations

- Améliorer le dispositif de transfert des échantillons pour la PCR;
- Revoir l'ancrage institutionnel de la PTME;
- Réviser le plan d'eTME;
- Accélérer les efforts de décentralisation, d'intégration et de délégation des tâches ;
- Renforcer l'intégration de la PTME à d'autres services de santé materno-infantile ;
- Renforcer la coordination des interventions au niveau central et périphérique;
- Mettre à l'échelle les services de PTME;
- Renforcer les capacités des acteurs en impliquant le privé, l'informel et le communautaire dans la PTME;
- Renforcer la participation des hommes dans le plan eTME ;
- Faire un plaidoyer pour le financement du plan eTME ;

- Accélérer le recours aux innovations disponibles (téléphones mobiles, diagnostic au point de soins,...);
- Mettre en place le comité du médicament pour la surveillance, d'analyse et d'alerte des approvisionnements (intrants de la PTME).

3.2. Renforcement des services de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH

3.2.1. Renforcement de la prise en charge médicale de l'infection à VIH chez les adultes

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectifs de: (i) étendre la prise en charge médicale en ouvrant des nouveaux sites de manière à ce que l'ensemble des hôpitaux disposant d'au moins un médecin soient en mesure de prendre en charge les PVVIH, (ii) créer, en dehors de Brazzaville et Pointe-Noire, deux pôles capables de mesurer la charge virale dont un à Dolisie pour la zone sud et un à Owando pour la zone nord, (iii) mettre en place un système de gestion et de suivi des patients permettant l'analyse des cohortes (iv) le nombre de sites de prise en charge des PVVIH sera ainsi porté de 31 à 50, (v) le nombre de personnes vivant avec le VIH pris en charge dans les différents sites sera porté de 8.843 à 19.500.

Les principales interventions prévues étaient de : (i) former/recycler 100 médecins sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, (ii) former/recycler 100 techniciens de laboratoire sur la pratique des examens de suivi biologique de l'infection à VIH, (iii) former/recycler 50 pharmaciens/gestionnaires des médicaments sur la gestion des médicaments destinés à la prise en charge des infections opportunistes et des antirétroviraux, (iv) Renforcer 31 sites fonctionnels en équipement de laboratoire, (v) aménager et équiper 19 laboratoires des autres sites, (vi) acquérir les ARV et les médicaments pour la prévention et le traitement des infections opportunistes pour 19.500 PVVIH, et assurer leur distribution progressive au niveau des sites de prise en charge, (vii) acquérir les réactifs et consommables de laboratoires nécessaires au suivi biologique des PVVIH au niveau des sites de prise en charge, (viii) mettre en place un système informatisé de gestion des PVVIH dans 50 sites de prise en charge, (ix) mettre en place un dispositif d'encouragement à la performance des équipes impliquées dans la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, (x) doter le Laboratoire National de Santé Publique ainsi que les laboratoires des Hôpitaux généraux de Dolisie et d'Owando de capacités de mesure de la charge virale.

❖ Réalisations

- La prise en charge médicale a été étendue à 70 formations sanitaires ;
- Un système de gestion et de suivi des patients permettant l'analyse des cohortes a été mis en place ;
- 16 086 personnes vivant avec le VIH ont reçu gratuitement des ARV ;
- 120 médecins ont été formés/recyclés sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH;

- 200 guides thérapeutiques du VIH au Congo prenant en compte les nouvelles recommandations OMS 2010 ont été produits;
- 24 techniciens de laboratoire ont été formés/recyclés sur la pratique des examens de suivi biologique de l'infection à VIH;
- 12 pharmaciens/gestionnaires des médicaments ont été formés/recyclés sur la gestion des médicaments destinés à la prise en charge des infections opportunistes et des antirétroviraux ;
- 30 sites fonctionnels ont été renforcés en équipement de laboratoire;
- Les ARV et les médicaments pour la prévention et le traitement des infections opportunistes ont été acquis pour 21 621 PVVIH;
- Les réactifs et consommables de laboratoires nécessaires au suivi biologique des 21 621 PVVIH ont été acquis,
- La motivation basée sur la performance du personnel de santé assurant la prise en charge médicale des PVVIH a été réalisée dans six (06) départements (Likouala, Bouenza, Cuvette, Cuvette Ouest, Plateaux, Pool) ;
- Le Laboratoire National de Santé Publique, les 2 CTA de Brazzaville et Pointe-Noire et le CHU ont les capacités de mesurer la charge virale.

Le tableau 19 présente la situation de la prise en charge médicale des PVVIH.

Tableau XIX : Situation de la prise en charge médicale des PVVIH de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre de sites de PEC des PVVIH adultes	52	62	65	70
File active suivie adultes (>15ans)	16 011	18 545	21 507	21 621
Nombre de nouveaux inscrits sur la file active adulte (>15ans)	5 487	5 238	4 586	3 652
Nombre de PVVIH bénéficiant du traitement ARV (adultes)	11 525	14 180	15 810	16 086
Nombre cumulé de patients adultes bénéficiant d'une prophylaxie IO	12 233	14 785	14 614	13 889

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

La décentralisation des activités de prise en charge du VIH dans les hôpitaux et la mise en œuvre des recommandations OMS de 2010 ont permis de couvrir 45% des adultes en ARV.

❖ Faiblesses :

- Disponibilité de la charge virale limitée à Brazzaville et à Pointe-Noire ;
- Un système informatisé de gestion des PVVIH (ESOPE et SANTIA) présent dans 15 sites seulement sur 70 ;
- Faible couverture des besoins des adultes en ARV (45%) ;
- Faible couverture des formations sanitaires assurant la Prise en Charge (PEC) par ARV (20%);
- Guide thérapeutique de prise en charge du VIH peu vulgarisé ;

- Absence de Tutorat des équipes formées pour un meilleur suivi ;
- Irrégularité des formations/recyclages des équipes de PEC;
- Non respect des normes et procédures de prescription des ARV par certains prescripteurs ;
- Faible implication des autres agents de santé dans le continuum des soins;
- Absence de délégation des tâches ;
- Ruptures fréquentes des ARV, des médicaments des Infections Opportunistes (I.O), des réactifs et consommables pour les analyses de suivi biologique ;
- Manque de collaboration et de cadre de concertation entre les programmes TB et VIH ;
- Faiblesse dans la gestion des outils de collecte et de suivi des files actives.

❖ **Recommandations**

- Etendre la réalisation de la charge virale dans d'autres départements en utilisant le système de transfert des échantillons existant;
- Etendre le système informatisé de gestion des PVVIH dans les autres sites de PEC ;
- Mettre à l'échelle la PEC des PVVIH ;
- Vulgariser le guide thérapeutique de prise en charge de l'infection à VIH ;
- Instituer un tutorat par département ;
- Organiser des séances de mise à jour des connaissances des acteurs impliqués dans la prise en charge ;
- Impliquer tous les agents des centres de santé dans la PEC ;
- Mettre en œuvre l'approche PCIMA pour la délégation des tâches ;
- Mettre en place un dispositif efficace de gestion des médicaments, des réactifs, des intrants tout au long de la chaîne (mobilisation des fonds, renforcement de la chaîne d'approvisionnement, comité ou sous-comité de quantification des ARV, des médicaments IO, des réactifs et des intrants, réhabilitation/équipements des pharmacies, renforcement des capacités des gestionnaires de pharmacie) ;
- Motiver les agents (émulation, centre d'excellence, voyage d'étude ou de partage d'expérience,...) ;
- Mettre en place un cadre de collaboration et de concertation entre les programmes TB et VIH ;
- Renforcer les missions de suivi et de supervision des activités des centres de PEC.

3.2.2. Renforcement de la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectifs de (i) former au moins un médecin dans chaque site à la prise en charge des enfants vivant avec le VIH, (ii) assurer la disponibilité des formes pédiatriques d'ARV et médicaments pour la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes, (iii) mettre en place un dispositif spécifique de documentation des activités, (iv) avoir au moins 16 sites de prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH (3 sites à Brazzaville, 3 sites à Pointe-Noire et 1 site dans les dix autres départements) , (v) assurer la prise en charge médicale à 650 enfants vivant avec le VIH.

Les principales interventions prévues étaient : (i) former/recycler 16 médecins sur la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH, (ii) acquérir les formes pédiatriques d'ARV et de médicaments pour la prévention et le traitement des infections opportunistes nécessaires pour la prise en charge des 650 enfants vivant avec le VIH, (iii) insérer dans le système informatisé de gestion, un module spécifique pour les enfants vivant avec le VIH au niveau des 16 sites de prise en charge pédiatrique, (iv) mettre en place un dispositif d'encouragement à la performance des équipes impliquées dans la prise en charge médicale des EVVIH.

❖ Réalisations

- 16 médecins ont été formés/recyclés sur la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH,
- Les ARV pédiatriques et les médicaments IO pour la prise en charge de 1274 enfants vivant avec le VIH ont été acquis ;
- Un module spécifique pour les EVVIH au niveau des 16 sites de prise en charge pédiatrique est inséré dans le système informatisée de gestion;
- La motivation basée sur la performance du personnel de santé assurant la prise en charge médicale des EVVIH a été réalisée dans 16 sites ;
- Un renforcement des capacités des ressources humaines impliquées dans la prise en charge pédiatrique des EVVIH a été réalisé ;
- Les documents normatifs pour la prise en charge pédiatrique (Manuel pédiatrique de prise en charge de l'infection à VIH, supports standardisés pour la prise en charge des EVVIH) ont été élaborés et diffusés.

Le tableau 20 présente la situation de la prise en charge médicale des EVVIH.

Tableau XX Situation de la prise en charge médicale des EVVIH de 2009 à 2012.

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre de sites de PEC pédiatrique	23	26	29	34
File active suivie enfants (<15ans)	1 472	1 217	1 320	1 274
Nombre de nouveaux inscrits sur la file active enfants (<15ans)	840	370	103	351
Nombre de PVVIH bénéficiant du traitement ARV (enfants <15ans)	644	972	1 051	1 148
Nombre d'enfants bénéficiant d'une prophylaxie IO	1 325	1 096	1 000	853

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

❖ Faiblesses :

- Ressources humaines insuffisantes pour répondre aux besoins des sites de prise en charge ;
- Faible mise en œuvre du dépistage à l'initiative du prestataire des enfants reçus en milieu de soins (hospitalisation, services de consultation externe, etc.) et dans les

- services de prévention et de promotion de la santé (Vaccination, consultation préscolaire) ;
- Rupture fréquente des formes pédiatriques des ARV et des médicaments de prise en charge des infections opportunistes ;
 - Insuffisance de communication entre la centrale d'achat, les pharmacies départementales et les des formations sanitaires sur la disponibilité des médicaments pédiatriques ;
 - Insuffisance dans la dispensation des ARV et l'observance ;
 - Faiblesse dans le suivi des activités de Prise en Charge Pédiatrique (PECP);
 - Irrégularité dans la mise à jour des documents normatifs.

❖ **Recommandations :**

- Intégrer les services de PEC des Enfants Vivant avec le VIH (EVVIH) dans tous les hôpitaux;
- Renforcer le dépistage à l'initiative du soignant ;
- Mettre en place un comité ou sous-comité de quantification des ARV, des médicaments IO, des réactifs et des intrants ;
- Renforcer la communication entre la structure de stockage/ distribution des médicaments au niveau central/intermédiaire et les formations sanitaires ;
- Renforcer les capacités du personnel en charge du médicament sur la dispensation et l'observance ;
- Mettre en place un système de tutorat au profit des acteurs de la prise en charge pédiatrique du VIH ;
- Organiser tous les 2 ans un atelier d'actualisation des documents normatifs ;
- Renforcer les capacités des acteurs de santé à tous les niveaux sur la prise en charge du sida pédiatrique.

3.2.3. Renforcement de la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH en milieu hospitalier et communautaire

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectifs d'amener l'ensemble des sites de prise en charge à fournir le paquet complet de services de prise en charge psychosociale incluant l'accompagnement psychologique, l'éducation thérapeutique, les groupes d'auto-support et les visites à domicile. Cela suppose la formation du personnel travaillant dans les sites de prise en charge (psychologues, assistantes sociales), et la formation des personnes vivant avec le VIH comme accompagnateurs psychosociaux et leur intégration dans les services de prise en charge. Il s'agissait aussi d'appuyer les activités de prise en charge psychosociale communautaire aussi bien pour les adultes que pour les enfants.

Les principales interventions prévues étaient les suivantes :(i) former/recycler au moins deux agents sociaux sur la prise en charge psychosociale au niveau des 50 sites de prise en charge , (ii) former au moins cinq personnes vivant avec le VIH comme accompagnateurs psychosociaux par site,(iii) fournir le paquet de services de prise en charge psychosociale dans les 50 sites de prise en charge, (iv) appuyer les initiatives des associations de personnes vivant avec le VIH et

des autres organisations de la société civile relative à la prise en charge psychosociale communautaire.

❖ **Réalisations :**

- 10 personnes travaillant dans les sites de prise en charge pédiatrique (psychologues, assistantes sociales) ont été formées;
- 40 PVVIH ont été formées comme accompagnateurs psychosociaux et intégrées dans les services de prise en charge.

Le tableau 21 présente la situation de la PEC psychologique et sociale PVVIH.

Tableau XXI : La situation de la PEC psychologique et sociale PVVIH

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Institutions de PEC psycho-sociale des PVVIH	13	13	13	13
Nombre de PVVIH bénéficiant d'appui psychosocial et nutritionnel	1 748	19 762	22 826	24 107*

*Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, * 1^{er} semestre 2012*

❖ **Faiblesses :**

- Insuffisance des financements pour la prise en charge psychosociale ;
- Faible capacité des ONG de PEC psychosociale ;
- Insuffisance des ressources humaines qualifiées dans le domaine au sein des formations sanitaires ;
- Insuffisance de l'appui psychologique en milieu hospitalier (limité aux CTA).

❖ **Recommandations**

- Renforcer les capacités des ONG de prise en charge psychosociale ;
- Plaidoyer pour une augmentation de ressources allouées à la prise en charge psychosociale ;
- Affecter des psychologues dans les services de santé ;
- Contractualiser avec les ONG et les associations pour le soutien psychosocial.

3.2.4. Renforcement de la prise en charge de la coïnfection VIH/TB

Les principales interventions relatives au renforcement de la prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose étaient les suivantes : (i) mettre en place un cadre institutionnel de collaboration pour la prise en charge de la co-infection VIH/Tuberculose , (ii) renforcer le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale en faveur de la prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose, (iii) renforcer les capacités des agents de santé dans la prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose (diagnostic, traitement, suivi des patients), (iv) doter les formations sanitaires en intrants pour la prise en charge de la co-infection VIH/tuberculose

(tests rapides dans les centres de diagnostic et traitement de la tuberculose) , (v) développer des activités de prise en charge communautaire avec implication des PVVIH (IEC, recherche et relance des perdus de vue et des irréguliers, transport des crachats, etc.).

Le tableau 22 présente la situation des activités de PEC VIH-tuberculose.

Tableau XXII : Situation des activités de PEC VIH-tuberculose de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre de centres de traitement de la tuberculose intégrant le dépistage et les soins du VIH	16	16	24	24
Nombre de patients co-infectés diagnostiqués et traités	2 572	2 930	2 838	1 884

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

❖ Réalisations

- Un cadre de collaboration entre le PNLT et le PNLS a été mis en place pour la prise en charge de la co-infection VIH/TB ;
- Les mécanismes de collaboration, les directives et les outils de gestion de la co-infection VIH/TB ont été élaborés ;
- La prise en charge de la co-infection VIH /TB a été intégrée dans les guides de PEC médicale du VIH des adultes et des enfants et 60 médecins ont été formés sur cette thématique (diagnostic, traitement, suivi des patients);
- Un guide de prise en charge de la co-infection VIH/TB a été élaboré;
- Les centres de diagnostic ont été dotés en tests rapides du VIH.

❖ Faiblesses

- Le cadre de collaboration entre le PNLS et le PNLT n'est pas fonctionnel malgré la disponibilité des directives et des outils;
- Faible intégration dans l'offre des services de prise en charge de la co-infection VIH/TB ;
- Faiblesse du système de référence et contre-référence des cas de co-infection VIH-Tuberculose ;
- Insuffisance des activités de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale en faveur de la prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose ;
- Absence de mise en œuvre des activités de prise en charge communautaire dans le cadre de la co-infection VIH/TB ;
- Ruptures des réactifs et des intrants pour le dépistage.

❖ Recommandations

- Rendre fonctionnel le cadre de collaboration entre le PNLT et le PNLS ;
- Renforcer le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale en faveur de la prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose ;

- Développer des activités de prise en charge communautaire avec implication des PVVIH (IEC, recherche et relance des perdus de vue et des irréguliers, transport des crachats, etc.) ;
- Intégrer les services de dépistage et de prise en charge médicale dans 100% des centres de prise en charges des patients tuberculeux ;
- Renforcer la détection et la prise en charge de la tuberculose dans les structures de PEC médicale du VIH.

3.2.5. Intensification de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH

Les personnes vivant avec le VIH sont victimes de stigmatisation et de discrimination dans les familles, les communautés, le lieu du travail et même dans les formations sanitaires. Dans le cadre de la mise en œuvre du CSN 2009-2013, il était prévu de : (i) assurer l'adoption, la promulgation et la diffusion de la loi protégeant les droits des personnes vivant avec le VIH, (ii) organiser chaque année une campagne de lutte contre la stigmatisation et la discrimination marquée par des discussions dans les quartiers, les entreprises, avec les agents de santé avec la participation des personnes vivant avec le VIH, (iii) promouvoir la participation active des personnes vivant avec le VIH dans les activités de lutte contre le VIH à tous les niveaux.

❖ Réalisations :

- La loi 30- 2011 portant lutte contre le VIH et sida et protection des droits des personnes vivant avec le VIH a été promulguée le du 03 juin 2011 ;
- Le guide d'information et de vulgarisation sur la loi a été élaboré ;
- 13 journées thématiques ont été organisées dans les entreprises sur la discrimination et la stigmatisation et dans les autres lieux de travail ;
- Les personnes vivant avec le VIH ont été impliquées dans les activités de lutte contre le sida au niveau central et au niveau opérationnel (CNLS, CCN, comité de pilotage et coordination nationale, structures de santé, secteur privés, ONG ...) ;
- Organisation de 13 campagnes d'information et vulgarisation de la loi.

❖ Faiblesses :

- Absence des textes d'application de la loi ;
- Faible diffusion et vulgarisation de la loi.

❖ Recommandations :

- Produire les textes d'application de la loi ;
- Organiser des campagnes de vulgarisation de la loi chaque année;
- Organiser des ateliers de formation des magistrats, des inspecteurs de travail, des journalistes des agents de santé, des membres des OSC ;
- Produire et diffuser les livrets sur la loi.

3.3. Réduction de l'impact du sida et promotion des droits humains

3.3.1. Renforcement des programmes de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables

La mise en œuvre du CSN 2003-2007 a permis de mettre en place un programme de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables incluant les enfants rendus orphelins par le SIDA, les enfants vivant avec le VIH, les enfants de parents vivant avec le VIH, les orphelins de toute cause vivant dans des conditions de précarité, les autres enfants de parents extrêmement pauvres. L'approche utilisée consistait à fournir aux enfants et à leur ménage un paquet de services incluant l'accès aux soins de santé de base, le soutien psychologique, l'appui à la scolarisation, l'appui à la formation professionnelle, l'appui nutritionnel, l'appui aux tuteurs en vue du développement ou de la consolidation d'une activité génératrice de revenus. Le CSN 2009- 2013 avait pour but de consolider et d'élargir ce programme. Les interventions suivantes étaient prévues : (i) actualiser le manuel de procédures sur la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables, (ii) assurer l'accès aux services sociaux de base (soins de santé, éducation, formation professionnelle, soutien psychologique, nutrition, protection) à 21.000 orphelins et autres enfants vulnérables d'ici à fin 2013, (iii) former/recycler les prestataires des agences d'exécution sur la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables.

❖ Réalisations :

- 12.193 OEV sur 21 000 prévus ont bénéficié du paquet de services de prise en charge dans 12 départements du pays soit un taux de réalisation de 57,05% avec une proportion de 115 enfants infectés par le VIH et 300 enfants affectés ;
- Le manuel de procédures des interventions de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables en République du Congo a été actualisé;
- Existence d'une base de données des OEV et des EVVIH ;
- 96 prestataires des agences d'exécution dans la prise en charge des OEV ont été formés ;
- Un programme d'appui aux filles mères a été mis en place avec l'appui de l'ambassade de France

Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXIII : Situation de la prise en charge des OEV et des autres groupes vulnérables de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre d'AESO ayant mis en œuvre des projets OEV	17	17	8	8
Nombre d'OEV bénéficiant d'une PEC	8 994	12 193	11 683	5 700
Formation et insertion des filles mères et des femmes vivant avec le VIH		200	200	244
Formation professionnelle gratuite des autres groupes vulnérables		250	300	350
Insertion professionnelle des personnes vulnérables formées		62	62	150

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

❖ **Faiblesses :**

- Les activités de prise en charge des OEV ont été développées uniquement dans les chefs-lieux de département ;
- Budget non consistant dans l'appui aux activités génératrices de revenus et processus d'appui peu réfléchi ;
- Faiblesse des activités de prise en charge nutritionnelle au profit des ménages affectés et des OEV.

❖ **Recommandations :**

- Poursuivre le financement des activités notamment des EVVIH par les fonds du gouvernement ;
- Elaborer une stratégie d'insertion des enfants en fin de formation professionnelle ;
- Etendre la prise en charge dans certaines villes autres que les chefs-lieux des départements (les villes frontalières à forte activités commerciales) ;
- Elaborer une politique d'appui aux AGR.

3.3.2. Renforcement des capacités économiques des personnes vivant avec le VIH et des personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables

La réduction de la vulnérabilité au VIH et au SIDA passe entre autres par l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH et des personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables. Dans le CSN 2009-2013, il était prévu de : (i) de créer les opportunités d'accès aux crédits, de formation/insertion pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables, (ii) promouvoir le recrutement et l'utilisation des personnes vivant avec le VIH dans les structures de coordination et de soins, (iii) mettre en place un dispositif de sensibilisation, de formation et de facilitation de l'accès aux micro-crédits en vue du développement d'AGR pour les PVVIH et les aux groupes vulnérables , (iv) assurer la formation des personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables aux métiers d'auxiliaires de vie (homme/femme de ménage, baby-sitter) et mettre en place un dispositif de recherche/protection de l'emploi pour les personnes formées.

❖ **Réalisations**

- 100 PVVIH et personnes vulnérables ont bénéficié de crédits ;
- Des PVVIH qualifiées ont été recrutées dans les structures de coordination et de soins (CTA, SEP/CNLS, EEC...) ;
- Un dispositif de sensibilisation, de formation et de facilitation de l'accès aux micro-crédits en vue du développement d'AGR pour les PVVIH et les aux groupes vulnérables a été mis place.

❖ **Faiblesses**

- Stratégie des AGR peu performante ;

- Budget non consistant dans l'appui aux activités génératrices de revenus et processus d'appui peu réfléchi ;
- Insuffisance de formation des personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables aux métiers d'auxiliaires de vie (homme/femme de ménage, baby-sitter) ;
- Faiblesse du dispositif de recherche/protection de l'emploi pour les personnes formées.

❖ **Recommandations**

- Mettre en place des méthodes innovantes pour l'autonomisation financière des PVVIH et des groupes vulnérables.

3.3.3. Mise en place des programmes d'éducation et d'assistance nutritionnelle aux ménages affectés par le VIH

Dans le cadre du CSN 2009-2013, il était prévu de: (i) mener une enquête sur la prévalence de la malnutrition modérée chez les PVVIH, (ii) élaborer et mettre en œuvre la stratégie de communication pour le changement de comportement en matière de nutrition dans les formations sanitaires et les centres de prise en charge des PVVIH, (iii) organiser des sessions de formation des prestataires de santé en nutrition et CCC, (iv) mettre en œuvre au niveau des centres de prise en charge des programmes de nutrition aux PVVIH malnutries, (v) dupliquer le recueil de mets faits à base des vivres locaux accessibles, en assurer la duplication en 10.000 exemplaires en vue de sa distribution aux PVVIH, (vi) organiser des sessions d'éducation nutritionnelle au bénéfice des personnes vivant avec le VIH et de leur famille dans les sites de prise en charge, (vii) contracter dans chaque site de prise en charge avec une association de PVVIH en vue d'assurer la distribution des vivres aux personnes vivant avec le VIH malnutries.

❖ **Réalisations**

- La stratégie de communication pour le changement de comportement (CCC) en nutrition est élaborée et mise en œuvre ;
- L'enquête sur la prévalence de la malnutrition chez les PVVIH est réalisée ;
- Le document sur les mets locaux a été dupliqué ;
- Les aspects nutritionnels ont été intégrés dans les guides de PEC des PVVIH;
- Les capacités des partenaires pour la mise en œuvre des programmes de nutrition, la protection sociale, le suivi évaluation des activités de nutrition, les techniques de distribution des vivres et la mise en place d'une base de données ont été renforcées;
- Les centres de prise en charge ont été équipés en outils pour la prise en charge et le suivi nutritionnel des patients;
- Les patients et bénéficiaires ont reçu des vivres.

❖ **Faiblesses**

- Faiblesse des activités de prise en charge nutritionnelle dans le paquet de services offerts aux PPVIH

❖ **Recommandations**

- Renforcer l'intégration de la PEC nutritionnelle dans le paquet de services offerts par niveau de soins;
- Contractualiser avec les ONG et les associations pour le soutien alimentaire et nutritionnel.

3.3.4. Renforcement de la lutte contre le VIH/sida sur le lieu du travail

Dans le cadre de la mise en œuvre du CSN 2009-2013, il a été prévu de : (i) formaliser le partenariat en vue d'assurer les activités de CCC dans le cadre de la lutte contre le VIH et sida sur le lieu de travail, (ii) élaborer le document de politique de lutte contre le VIH sur le lieu de travail avec l'appui du Bureau International du Travail (BIT) et du patronat congolais, (iii) élaborer le document de politique et de stratégie de lutte contre le VIH du secteur de l'éducation, (iv) poursuivre l'appui aux 28 entreprises déjà engagées dans la mise en œuvre de leurs programmes de lutte contre le VIH/sida, (v) appuyer au moins 20 nouvelles entreprises à élaborer et mettre en œuvre des politiques de lutte contre le VIH/sida, (vi) mettre en place un dispositif de concertation et d'échange d'expérience entre entreprises engagées dans la lutte contre le VIH/sida, (vii) renforcer le Secrétariat d'UNICONGO en ressources humaines pour la coordination du programme d'appui à la réponse du secteur privé au VIH/sida, (viii) appuyer le ministère du travail dans l'actualisation de la liste des maladies professionnelles et des accidents de travail en vue de la prise en compte du VIH/sida, (ix) organiser des activités de communication et éducation sur le VIH/sida au bénéfice des travailleurs du secteur informel.

❖ **Réalisations**

- Le partenariat en vue d'assurer les activités de CCC dans le cadre de la lutte contre le VIH et sida sur le lieu de travail a été formalisé ;
- Le document de politique de lutte contre le VIH sur le lieu de travail (avec l'appui du BIT et du patronat congolais) a été élaboré ;
- Les documents de politique et de stratégie de lutte contre le VIH du secteur de l'éducation ont été élaborés ;
- 50 entreprises ont été appuyées dans la mise en œuvre de leurs programmes de lutte contre le VIH/sida ;
- 16 nouvelles entreprises ont été appuyées à élaborer et mettre en œuvre des politiques de lutte contre le VIH/sida ;
- Un dispositif de concertation et d'échange d'expérience entre entreprises engagées dans la lutte contre le VIH/sida a été mis en place ;
- Le Secrétariat d'UNICONGO a été renforcé en ressource humaine (Point focal) pour la coordination du programme d'appui à la réponse du secteur privé au VIH/sida.

❖ **Faiblesses**

- Insuffisance des financements pour la pérennité du programme de prévention et prise en charge sur les lieux de travail.

❖ **Recommandations**

- Mobiliser des ressources pour la pérennité des interventions en milieu de travail

3.3.5 : Promotion d'un environnement juridique favorable à la protection des droits des PVVIH

Le CSN 2009-2013 a prévu de : (i) obtenir la promulgation de cette loi et de mettre en place les instruments de protection des droits des personnes vivant avec le VIH, (ii) organiser un atelier de discussions avec les parlementaires sur l'importance et le contenu de la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des femmes victimes de violences sexuelles, (iii) s'assurer de l'adoption par le Parlement et de la promulgation de la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des femmes victimes de violences sexuelles, (iv) produire en 10.000 exemplaires un livret reprenant les dispositions de la loi après son adoption et en assurer la diffusion auprès des personnes vivant avec le VIH et de leurs familles, (v) mettre en place un dispositif de sensibilisation et de protection des droits des personnes infectées et affectées par le VIH/sida.

❖ **Réalisations**

- Le Parlement a adopté la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des femmes victimes de violences sexuelles ;
- La loi n° 30-2011 portant lutte contre le VIH et le sida et protection des droits des PVVIH a été promulguée par le chef de l'Etat le 03 juin 2011;
- Un atelier avec les parlementaires sur l'importance et le contenu de la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des femmes victimes de violences sexuelles a été organisé en 2012;
- Les textes d'un dispositif de sensibilisation et de protection des droits des personnes infectées et affectées par le VIH/sida ont été élaborés.
- Plaidoyer fait auprès des Chefs des entreprises privées pour l'élaboration des plans de travail de lutte contre le VIH/Sida ;
- Plaidoyer fait auprès du Fonds mondial pour la mise en place du projet de lutte contre le Sida chez les jeunes déscolarisés et non scolarisés;
- Existence d'un partenariat avec le BIT pour un appui au patronat congolais pour l'élaboration d'une politique de lutte contre le Sida en milieu de travail du secteur privé.

❖ **Faiblesses**

- Insuffisance des ressources pour la production des 10.000 exemplaires du livret reprenant les dispositions de la loi après son adoption et en assurer la diffusion auprès des personnes vivant avec le VIH et de leurs familles ;
- Les textes d'application (arrêté ministériel, note de service, circulaire,...) ne sont pas encore pris.

❖ **Recommandations**

- Mobiliser les ressources additionnelles pour la production et la diffusion des livrets ;
- Prendre les textes d'application de la loi ;
- Former le personnel judiciaire sur la loi.

3.4. Amélioration du système de Suivi-Evaluation, Recherche, Surveillance épidémiologique et Gestion des informations stratégiques

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectifs de : (i) actualiser le plan national de suivi et évaluation, (ii) renforcer les capacités de chaque département en ressources humaines et en équipement en vue de la collecte et du traitement des données de la réponse au VIH/SIDA, (iii) assurer la compilation des données issues des départements et publier sur une base trimestrielle un rapport national de suivi-évaluation, (iv) réaliser sur une base semestrielle une mission d'audit des données de suivi-évaluation dans chacun des 12 départements du pays, (v) conduire entre les mois d'octobre et de décembre de chaque année la revue conjointe de la réponse nationale au VIH/SIDA et le processus d'élaboration des plans opérationnels sur une base décentralisée, (vi) organiser en juin 2011 une revue à mi-parcours de la mise en œuvre du CSN 2009-2013, (vii) Organiser les évaluations et audits techniques du CSN 2009-2013.

❖ **Réalisations**

- Le Plan national de suivi et évaluation du CSN a été élaboré et validé en octobre 2010 ;
- les responsables de suivi-évaluation des UDLS, des points focaux du PNLS et les Médecins-chef des CSS ont été formés sur le suivi et évaluation des activités de Lutte contre le VIH/Sida ;
- Les outils de collecte ont été révisés en 2012 et 17 personnes ont été formées ;
- 13 sites de prises en charge ont été dotés en équipement informatique complet pour la collecte et le traitement des données de la réponse au VIH/SIDA ;
- Une base de données départementales et centrale a été mise en place et les données ont été compilées trimestriellement ;
- Les revues conjointes ont été organisées avec la Banque Mondiale de 2009 à 2011 et les plans opérationnels décentralisés ont été appuyés par le niveau central ;
- Les évaluations du PLVSS ont été réalisées ;
- Des missions d'audit des données de suivi-évaluation ont été réalisées dans chacun des 12 départements du pays ;
- Le SEP/CNLS a mobilisé des appuis techniques et financiers pour la réalisation des recherches sur le VIH/sida ;
- L'analyse des déterminants de la vulnérabilité au VIH des populations autochtones réalisée en novembre 2010 ;
- L'étude socio anthropologique sur les déterminants de la vulnérabilité des adolescents et jeunes au VIH et sida a été réalisée en juin 2010 ;
- L'enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes réalisée 2011
- L'enquête comportementale couplée au VIH chez les Professionnelles du Sexe (PS), les Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH) et les détenus en République du Congo a été réalisée en avril 2012 ;

- L'étude de l'impact du VIH et du sida sur l'éducation a été réalisée en 2012;
- L'étude biographique des élèves, étudiants et enseignants vivant avec le VIH 2012;
- L'audit de la file active a été réalisé en 2013 ;
- L'étude sur la structure de l'offre et acceptabilité du dépistage du VIH en lien avec l'accès au traitement dans différents contextes a été réalisée à Pointe-Noire en 2011 ;
- Une bibliothèque virtuelle de principaux documents de recherche est disponible sur le site du SEP/CNLS : www.cnls-congobrazza.org.

❖ **Faiblesses**

- Le rapport national de suivi-évaluation est publié annuellement ;
- Le non-respect de l'utilisation des outils harmonisés, du circuit unique de collecte et remontée des données ;
- Multiplicité des outils ;
- Absence ou faible utilisation des outils nationaux (dossiers patients, registres TARV ou pré TARV) ;
- La non prise en compte de tous les items dans certains outils;
- Insuffisance dans la complétude et la promptitude des rapports ;
- La revue à mi-parcours du CSN 2009-201 n'a pas été faite ;
- Insuffisance dans le remplissage des outils de collecte.
- Irrégularité des études et enquêtes (Surveillance sentinelle, ESIS, etc...).
- Irrégularité des missions d'audit des données ;
- Faiblesse dans l'élaboration des plans décentralisés ;
- Insuffisance des ressources pour la collecte des données au niveau décentralisé ;
- Absence de système de retro- information.

❖ **Recommandations**

- Elaborer des outils de formation des intervenants en Suivi Evaluation ;
- Mettre en place un groupe technique de Suivi Evaluation ;
- Renforcer la production régulière des rapports de la Réponse nationale ;
- Publier régulièrement les résultats de la réponse nationale au VIH ;
- Réaliser régulièrement des enquêtes et études sur la Réponse Nationale au VIH ;
- Mobiliser de ressources additionnelles pour le Suivi Evaluation.

3.5. Renforcement de la coordination, du partenariat et de la gouvernance

Le CSN 2009-2013 s'était fixé comme objectifs de : (i) réviser/adapter les textes réglementaires du CNLS aux nouvelles orientations du cadre institutionnel,(ii) assurer le fonctionnement régulier des différentes instances du CNLS , (iii) mettre en place les conseils départementaux de lutte contre le SIDA (CDLS), (iv)aménager et équiper les sièges des unités départementales de lutte contre le SIDA dans les 12 départements ,(iv) assurer de manière effective la décentralisation de la gestion des ressources allouées à la lutte contre le SIDA, (v) mettre en place et rendre fonctionnel toutes les commissions thématiques spécialisées prévues par le cadre institutionnel, (vi) mettre en place et rendre fonctionnel un système d'évaluation périodique de la performance

du personnel du SEP/CNLS, des UDLS et des Projets, (vii) renforcer les capacités de la COMEG dans l'approvisionnement, la distribution et la gestion des stocks des médicaments destinés au programme de lutte contre le VIH/SIDA.

Dans le renforcement de la coordination, du partenariat et de la gouvernance, les interventions suivantes ont été réalisées et des acquis capitalisés:

- Le plaidoyer a été fait auprès des ministères autres que la Santé pour la mise en place des Unités de Lutte contre le SIDA (ULS), ainsi, 25 ministères ont des ULS fonctionnelles;
- Existence d'un partenariat avec les agences du Système des Nations Unies pour la mobilisation des ressources ;
- Les textes réglementaires du CNLS adaptés aux nouvelles orientations du cadre institutionnel ont été révisés ;
- Les UDLS ont été mises en place, aménagées, équipées dans les 12 départements et sont fonctionnelles ;
- Les plans décentralisés sont financés chaque année;
- Les outils pour l'évaluation annuelle périodique de la performance du personnel du SEP/CNLS, des UDLS et des Projets ont été élaborés ;
- Les ressources financières ont été mobilisées et les capacités de la COMEG renforcées dans le cadre des projets financés par le Fonds Mondial.

Le tableau 24 présente les résultats obtenus dans le cadre du renforcement de la coordination du CNLS de 2009 à 2012.

Tableau XXIV : activités de coordination de 2009 à 2012

Indicateurs	2009	2010	2011	2012
Nombre de réunions du comité de pilotage tenues chaque année	1	1	1	1
Nombre de réunions de la Coordination Nationale du CNLS tenues chaque année	1	1	0	1
Nombre d'UDLS opérationnelles	11	11	11	12
Nombre de plans départementaux élaborés	11	11	11	12
Nombre de ministères disposant d'une ULS	15	18	20	25
Nombre d'ULS (non-santé) mettant en œuvre les plans d'action	15	18	20	25

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

❖ Faiblesses

- Les textes réglementaires du CNLS révisés n'ont pas été présentés pour la validation ;
- Irrégularité dans la tenue des instances du CNLS (coordination nationale et comité de pilotage);
- Les CDLS n'ont pas été mis en place ;
- Faible fonctionnalité des commissions thématiques spécialisées ;
- Les plans de travail du personnel ne sont pas validés rendant l'évaluation difficile ;
- Décaissements souvent tardifs des lignes budgétaires allouées ;
- Faiblesse du système public d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques ;

- Insuffisance des missions de supervision des ULS et des UDLS par le SEP/CNLS ;
- Insuffisance des missions de supervision des agences d'exécution par les UDLS ;
- 13 ministères sur 38 n'ont pas encore d'ULS ;
- Faible mobilisation des ressources financières par les agences du système des Nations Unies.

❖ **Recommandations**

- Valider les nouveaux textes réglementaires du CNLS ;
- Organiser une session de comité de pilotage par année ;
- Organiser une session de Coordination nationale tous les deux (2) ans ;
- Mettre en place les CDLS ;
- Rendre fonctionnel les commissions thématiques ;
- Adopter un plan de travail pour chaque personnel ;
- Tenir compte des plans de travail pour l'évaluation du personnel ;
- Accélérer les décaissements des partenaires (Etat, Bailleurs) pour la mise en œuvre des programmes ;
- Rendre régulière les missions de supervision des ULS et des UDLS ;
- Rendre régulière les missions de supervision des agences d'exécution par les UDLS ;
- Mettre en place une ULS dans chaque ministère ;
- Mobiliser des ressources financières conséquentes auprès des agences du système des Nations Unies.

Le tableau 25 ci-dessous résume le niveau d'atteinte des cibles du cadre de résultats du CSN 2009 – 2013 au 31 décembre 2012.

Tableau XXV : Synthèse des indicateurs de Suivi-Evaluation du CSN 2009-2013 de 2009 à 2012

Indicateurs		Base 2007	Cibles par année				Sources des données
			2009	2010	2011	2012	
1. Indicateurs d'impact	Cibles	4,1%	4,10%				Enquête séroprévalence nationale 2003
Prévalence du VIH	Réalisations		3,2%	3,01	2,89	2,78	ESISC 2009 / Spectrum 2013
Prévalence du VIH chez les donneurs de sang fidélisés	Cibles	ND	<2%	<2%	<1%	<1%	Rapports CNTS
	Réalisations				0,7%	0,5%	Rapports CNTS
Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe	Cibles	ND	<10%		<10%		Rapport des enquêtes de surveillance de deuxième génération
	Réalisations					7,5%	Enquête BSS 2012
Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	Cibles	<4,5%	<4%		< 4%		ESISC 2009
	Réalisations		1,70%	1,13	1,08	1,03	Spectrum 2013
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	Cibles	< 6%	< 6%		< 6%		Rapport de la sérosurveillance chez les femmes enceintes
	Réalisations					3,6%	Rapport de la sérosurveillance chez les femmes enceintes
Pourcentage d'enfants infectés par le VIH parmi ceux nés de mères séropositives	Cibles	ND			<12%		Rapport Etude spécifique
	Réalisations			2,4%	3,2%	1,3%	Rapports CNLS
Pourcentage d'adultes et enfants encore en vie 12 mois après l'initiation du traitement ARV	Cibles	ND	>50%		>60%		Rapport Etude spécifique
	Réalisations				68,1%	77,2%	Rapports CNLS

2. Indicateurs d'effets							
Proportion des adultes de 15-49 ans qui ont effectué au moins une fois un test de dépistage et ont retiré les résultats	Cibles	H= 43% F=21%		H=45%, F=40%			Rapport EDS ou Etudes spécifiques
	Réalisations		H=35%, F=42%			H=29,6%, F=35,9%	EDS 2011 - 2012
Proportion des adultes de 15-49 ans qui ont utilisé le préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel à haut risque	Cibles	H= 43% F=21%		H=50%, F=50%			Rapport EDS ou Etudes spécifiques
	Réalisations		H=28%, F=29%			H=33,3%, F=38,7%	EDS 2011 - 2012
Proportion des adultes de 15-49 ans qui ont des pratiques sexuelles à haut risque	Cibles	H=59,8%, F=38,4%		H=40%, F=35%			Rapport EDS ou Etudes spécifiques
	Réalisations		H=54,2%, F=27,8%			H=34,1%, F=3,6%	EDS 2011 - 2012
Proportion des adolescentes de 10-15 ans qui sont déjà mères ou sont enceintes	Cibles	ND		<15%			Rapport Etudes spécifiques
	Réalisations					12,9%	EDS 2011 - 2012
Pourcentage d'adultes de 15-49 ans qui ont des attitudes favorables vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH	Cibles	<25%		>40%			Rapport EDS ou Etudes spécifiques
	Réalisations		H=20,1%, F=7,7%			H=19,0%, F=3,9%	EDS 2011 - 2012
Proportion des adultes de 15-49 ans présentant une IST bénéficiant d'une prise en charge dans une formation sanitaire	Cibles	55%		65%			Rapport EDS ou Etudes spécifiques
	Réalisations		92%	93%	94%	91,5%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Taux de scolarisation des enfants de moins de 15 ans	Cibles	ND		>70%			Rapport Etudes spécifiques
	Réalisations					95,7%	EDS 2011 - 2012

3. Indicateurs de résultats							
Nombre de formations sanitaires fournissant les services de prise en charge syndromique des IST	Cibles	60	60	65	70	70	
	Réalisations		96	103	117	117	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		160,0%	158,5%	167,1%	167,1%	
Nombre de patients diagnostiqués et traités pour IST conformément aux protocoles nationaux	Cibles	14 228	24 250	25 026	25 827	26 653	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		41 037	36 503	26 576	16 693	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		169,2%	145,9%	102,9%	63%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME conformément aux protocoles nationaux	Cibles	55	65	75	87	87	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		87	126	124	125	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		133,8%	168,0%	142,5%	143,7%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de femmes enceintes acceptant le conseil et dépistage volontaire du VIH	Cibles	28 840	27 650	28 535	29 448	30 390	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		28 889	30 537	21 207	22 805	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		104,5%	107,0%	72,0%	75%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant reçu au moins une dose d'ARV dans le cadre de la PTME conformément aux protocoles nationaux	Cibles	803	1 936	1 997	2 061	2 127	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		441	622	855	855	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		22,8%	31,1%	41,5%	40,2%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS

Nombre de formations sanitaires fournissant les services de conseil et dépistage volontaire conformément aux protocoles nationaux	Cibles	56	60	65	70	70	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		103	124	144	144	Rapports Suivi-Evaluation CNLS

	Taux de réalisation		171,7%	190,8%	205,7%	205,7%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de personnes ayant effectué la démarche de dépistage volontaire et qui connaissent leurs résultats	Cibles	22 339	170 673	176 135	181 771	187 588	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		53 633	61 156	44 809	41 116	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		31,4%	34,7%	24,7%	21,9%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de personnes couvertes par le paquet de services de communication pour le changement de comportements	Cibles		301 689	362 027	429 333	492 254	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations			54 052	130 746	33 890	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		0,0%	14,9%	30,5%	6,9%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Pourcentage des jeunes de 15-24 ans couverts par les activités de CCC qui connaissent les trois moyens de prévention du VIH et rejettent les fausses croyances sur le VIH/SIDA	Cibles		70%	70%	80%	80%	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations					moyens de prévention H : 78,1% F : 68,1% Idées erronées H : 33,1% F : 19,5%	EDS 2011 / 2012
Nombre de préservatifs masculins et féminins distribués gratuitement et à travers le marketing social	Cibles	PM 5 526 193	10 240 389	10 568 081	10 906 260	11 255 260	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		7 105 399	5 923 248	7 114 560	4 424 664	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		69,4%	56,0%	65,2%	39,3%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre d'ONG/OBC mettant en œuvre des projets communautaires et de prise en charge des OEV	Cibles	131	140	150	150	160	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		79	89	88	54	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		56,4%	59,3%	58,7%	33,8%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS

Nombre de donneurs de sang ayant donné volontairement le sang au moins deux fois par an	Cibles		900	990	1 089	1 198	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations			6587	4 540	3 887	Rapports CNLS et rapports CNTS.

	Taux de réalisation		0,0%	665,4%	416,9%	324,5%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de poches de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH	Cibles	35 350	35 139	36 263	37 423	38 621	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		36 178	40 409	47 994	26 950	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		103,0%	111,4%	128,2%	69,8%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de sites de prise en charge des PVVIH et de traitement ARV conformément aux protocoles nationaux	Cibles	31	37	50	50	50	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		52	62	65	65	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		140,5%	124,0%	130,0%	130,0%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de médecins et de techniciens de laboratoire formés pour la prophylaxie et le traitement des IO et des ARV	Cibles	ND	148	200	200	200	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations				236	236	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		0,0%	0,0%	118,0%	118,0%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de PVVIH (adultes et enfants) bénéficiant du traitement ARV	Cibles	4 716	11 957	17 203	22 616	28 203	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		12 156	15 152	16 796	17 234	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		101,7%	88,1%	74,3%	61%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de PVVIH diagnostiqués et traités pour infection opportuniste conformément aux protocoles nationaux	Cibles	7 426	17 081	24 575	32 309	40 290	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations			4 030	3 901	2 905	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		0,0%	16,4%	12,1%	7,2%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de PVVIH dont la Tuberculose a été diagnostiquée et traitée	Cibles	ND	1 708	2 458	3 231	4 029	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations				2 774	1 884	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		0,0%	0,0%	85,9%	46,8%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS

Nombre de PVVIH bénéficiant d'un soutien psychosocial en milieu hospitalier ou communautaire (entretiens psychologiques, éducation thérapeutique, groupes de paroles, visites à domicile)	Cibles	ND	8 541	12 288	16 155	20 145	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		8 235	6 604	6 434	5 901	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		96,4%	53,7%	39,8%	29,3%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de PVVIH bénéficiant d'un appui nutritionnel.							
Nombre d'OEVI bénéficiant d'une prise en charge incluant la scolarisation, la formation professionnelle, l'accès aux soins de santé de base.	Cibles	6 527	18 842	19 445	20 068	20 710	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		8 994	12 193	11 683	5 700	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		47,7%	62,7%	58,2%	27,5%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
Nombre d'entreprises de plus de 30 agents mettant en œuvre une politique de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail	Cibles	28	30	40	40	48	Cibles CSN 2009 / 2013
	Réalisations		34	41	61	50	Rapports Suivi-Evaluation CNLS
	Taux de réalisation		113,3%	102,5%	152,5%	104,2%	Rapports Suivi-Evaluation CNLS

Source et année : Rapport SEP/CNLS 2009, 2010, 2011, 2012

PROBLEMES PRIORITAIRES

4. PROBLEMES PRIORITAIRES DE LA REPONSE A L'EPIDEMIE DU VIH ET LEURS CAUSES

Au terme de l'analyse épidémiologique et de la réponse nationale au VIH réalisée sur des bases factuelles, il ressort que la situation de l'épidémie demeure encore préoccupante malgré les avancées observées dans l'amélioration de la survie de personnes vivant avec le VIH, la réduction des nouvelles infections chez les enfants et chez les jeunes. L'épidémie demeure encore généralisée avec des prévalences dépassant 4% dans certains départements et atteignant 26% dans certaines populations-clé.

Cette situation, qui contribue à la lourde charge de mortalité et de morbidité au sein de la population, découle pour une grande part des faibles performances du système de santé caractérisées notamment par : i) la faiblesse de gouvernance ; ii) l'insuffisance qualitative et quantitative de l'offre ; v) les faibles capacités nationales en matière d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, plans et stratégies vi) l'utilisation non rationnelle des ressources humaines, ne tenant pas compte des profils et des besoins vii) la faible utilisation des services de santé par les populations viii) l'insuffisance de l'information sanitaire pour guider la prise de décisions.

Les problèmes liés spécifiquement à la réponse au VIH sont principalement les suivants :

1. La proportion encore élevée des nouvelles infections ;
2. L'insuffisance qualitative et quantitative de l'offre de prise en charge globale des enfants et des adultes ;
3. La faiblesse de la gouvernance de la réponse au VIH.

4.1. Proportion élevée des nouvelles infections

L'épidémie du VIH au Congo est caractérisée particulièrement par les taux encore élevés des nouvelles infections parmi les enfants, les jeunes et les couples hétérosexuels stables. Cette situation est causée par :

4.1.1 La faible offre du dépistage résultant :

- Des ruptures répétées en intrants qui sont le fait : i) des faibles capacités dans la quantification des intrants ; ii) la non maîtrise de la chaîne d'approvisionnement et de distribution et iii) la mauvaise gestion des stocks dans les formations sanitaires ;
- De la faible intégration du dépistage dans les services sanitaires qui est le fait : i) de l'insuffisance du personnel formé ; ii) la faible appropriation de la lutte contre le sida par les CSS et les DDS et iii) la faible prise en compte du VIH dans les outils du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ;
- De la faible implication de la communauté dans le dépistage qui découle : i) de la forte centralisation du dépistage ; ii) de l'insuffisance des acteurs communautaires formés dans le dépistage et de l'absence des directives nationales pour le dépistage au niveau communautaire.

4.1.2 La faible couverture en service de prévention causée principalement par :

- La Faible couverture du territoire en préservatifs due à : i) l'insuffisance des points de vente et de distribution des préservatifs ; ii) la faible organisation du système de distribution du préservatif ; iii) la rupture fréquente des préservatifs ; et iv) la faible prise en compte des besoins spécifiques des populations clés dans la quantification des besoins en préservatifs ;
- L'insuffisance de l'information stratégique dans la communauté qui est le fait : ii) de l'Insuffisance des interventions de communication ciblant les populations les plus à risques ; ii) l'Insuffisance des prestataires formés en Communication pour le Changement de Comportement ; iii) l'absence d'un Plan de Communication Intégrée et iv) la faible mise en œuvre du Plan de Marketing social du Préservatif.

4.1.3 L'insuffisance de l'offre de la prévention du VIH de la mère à l'enfant provoquée par :

- La rupture répétée en intrants due aux faibles capacités nationales en matière de quantification des besoins en intrants de la PTME et à la mauvaise gestion des stocks des intrants de la PTME dans les formations sanitaires ;
- La faible intégration de la PTME dans le paquet minimum d'activités (PMA) et le paquet complémentaire d'activités (PCA) due : i) à l'insuffisance du personnel formé ; ii) la faible appropriation de la PTME par les équipes cadres des CSS des DDS et les gestionnaires des hôpitaux ; iii) la faible capacité de mise en œuvre du plan national d'élimination de la Transmission Mère Enfant par les acteurs clés de la pyramide sanitaire et iv) l'absence de stratégie nationale pour la mise à échelle du diagnostic précoce du VIH à l'aide du papier buvard ;
- La faible implication de la communauté dans la PTME due : i) à l'insuffisance des acteurs communautaires formés dans la PTME ; ii) à l'absence des directives nationales pour la PTME au niveau communautaire ; iii) la faible implication des conjoints dans la CPN recentrée et iv) la faible sensibilisation de la communauté sur la PTME.

4.1.4 La faible utilisation des services de prévention par les communautés du fait de :

- La faible implication des acteurs communautaires dans les actions de prévention du VIH et sida due : i) à l'absence de stratégie nationale sur les interventions communautaires dans le domaine du VIH et sida ; ii) à l'insuffisance de formation des acteurs communautaires et iii) à l'inorganisation du système communautaire.
- La faible demande des services de prévention par les communautés qui est le fait de l'insuffisance d'information des populations sur le VIH; et de la faible promotion des services.

- 4.1.5 La persistance des fausses croyances sur le sida** soutenue à la base par i) la persistance des Pesanteurs socioculturelles (us et coutumes) ; les fausses croyances sur les services de prévention (préservatifs, et dépistage) et la persistance des attitudes discriminatoires à l'égard des PVVIH.

4.2. Insuffisance de l'offre de prise en charge globale des enfants et des adultes

Malgré l'adoption de la gratuité de la prise en charge et du bilan biologique du VIH, la proportion des enfants et des adultes pris en charge demeure encore faible. Cette situation est consécutive à :

4.2.1 La faible couverture de l'offre de prise en charge globale engendrée par :

- La rupture répétée en intrants due : i) aux faibles capacités de quantification des intrants ; ii) à la non maîtrise de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des intrants de la prise en charge médicale et iii) à la mauvaise gestion des stocks dans les formations sanitaires ;
- La faible intégration de la prise charge globale dans les services sanitaires consécutive : i) à l'insuffisance du personnel formé ; ii) la forte centralisation de la prise en charge, la faible appropriation de la lutte contre le sida par les CSS et les DDS et iii) la faible prise en compte du VIH dans les outils du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ;
- La faible implication de la communauté dans la prise en charge du fait : i) de l'absence d'une stratégie nationale de délégation des tâches ; ii) de la forte médicalisation de la prise en charge ; iii) de l'insuffisance des acteurs communautaires formés dans la prise en charge et iv) l'absence des directives nationales pour la prise en charge au niveau communautaire.

4.2.3 La faible couverture en service de TAR due à:

- La non maîtrise de la file active consécutive à : i) la mauvaise tenue des dossiers et des registres par les soignants ; ii) l'insuffisance informative de la fiche actuelle; et iv) la rupture fréquente en registres et dossiers de malades ;
- L'insuffisance des structures offrant la TAR aux enfants et aux adultes du fait : i) de l'insuffisance du personnel formé ; ii) de la faible décentralisation de la prise en charge ; iii) de la faible intégration de la TAR dans le paquet minimum et complémentaire des formations sanitaires publiques et privées et unité de soins.

- La mauvaise organisation du transfert, de la référence et de la contre référence due à : i) l'absence d'outils harmonisés de gestion des différents programmes ; ii) de l'absence d'outils de transfert entre programmes ; iii) de la faible collaboration entre services offrant la TAR ; iv) de l'insuffisance de formation du personnel en matière de référence, de contre référence et de transfert, et de la faible collaboration interservices et entre les programmes ;
- La persistance de la stigmatisation et de la discrimination en milieu des soins du fait de l'insuffisance de formation du personnel en matière d'éthique et de la non application de la loi n° 30-2011, portant lutte contre le sida et protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

4.2.4 La faible intégration des services VIH avec les co-morbidités consécutive à :

- La mauvaise coordination entre les différents programmes du fait de : i) l'absence de mécanismes de collaboration entre programmes ; ii) l'absence de planification conjointe entre programmes ; et iii) l'absence des outils harmonisés de suivi-évaluation ;
- L'insuffisance de l'offre du paquet de service de co-morbidité provoquée par : i) l'insuffisance du personnel formé dans la prise en charge des co-morbidités ii) l'insuffisance de prise en compte de la thématique de co-morbidité dans les directives nationales ; iii) l'insuffisance des supervisions conjointes; et iv) la rupture fréquente en intrants des co-morbidités.

4. 3. Faiblesse de la gouvernance

La réponse nationale au VIH est caractérisée par l'inefficacité des mécanismes de coordination mis en place, la qualité peu fiable des données, le manque de collaboration entre structures, le sous financement de la lutte contre le VIH et la faible appropriation de la lutte par les différents secteurs. Cette situation est principalement le fait de :

4.3.1 La faiblesse des organes de gouvernance provoqué par :

- i) l'irrégularité dans la tenue des réunions de coordination ; ii) l'inadaptation des textes portant organisation de la réponse au VIH ; iii) la structuration inappropriée des organes de coordination et iv) l'inadaptation des textes portant organisation de la réponse au VIH.

4.3.2 L'insuffisance de planification opérationnelle consécutive à :

- i) l'absence des plans stratégiques sectoriels ; ii) la faible implication des différentes parties prenantes ; iii) l'absence de personnels formés sur la planification décentralisée;

iv) l'absence de guides sur la planification opérationnelle et v) la faible appropriation du cadre stratégique national (CSN) à tous les niveaux.

4.3.3 La faible performance du système de suivi-évaluation du fait de :

- L'irrégularité dans la disponibilité des rapports (promptitude et complétude) ayant pour causes : i) l'insuffisance du personnel formé dans la collecte, l'analyse et la transmission des données ; ii) l'absence des plans de suivi-évaluation sectoriels ; iii) l'absence des unités de suivi-évaluation dans les hôpitaux, les CSS et les DDS; iv) l'absence d'une base des données au niveau des hôpitaux, des CSS, des DDS et des autres structures de mise en œuvre et v) l'insuffisance des missions de suivi ;
- L'irrégularité dans la réalisation des différentes enquêtes du fait des faibles capacités nationale dans l'organisation des enquêtes et la recherche opérationnelle, et de l'insuffisance de ressources financières allouées à la recherche ;
- La qualité peu fiable des données du fait : i) de l'insuffisance des supervisions ; ii) de l'insuffisance dans l'organisation des audits des données et iii) l'irrégularité dans l'organisation des réunions de validation des données à tous les niveaux de la pyramide.

4.3.4 L'insuffisance de financement de la lutte contre le sida qui résulte de :

- La faible mobilisation des ressources pour la lutte contre le VIH et sida due à : i) la faible capacité d'élaboration des propositions de financement ; ii) la faible capacité dans la mobilisation des financements alternatifs ; iii) l'absence d'une stratégie nationale de mobilisation des ressources ;
- Le faible taux de décaissement du budget de l'état qui est provoqué par la lourdeur des procédures de décaissement et les délais d'exécution du budget qui sont très courts.
- La faible maîtrise des financements de la réponse consécutive à l'absence de mécanisme de coordination de financement et l'absence de culture de recevabilité des parties prenantes vis-à-vis de la coordination nationale ;
- La faiblesse dans la gestion des fonds mobilisés du : i) au non-respect des procédures financières par les structures en charges de la mise en œuvre ; ii) l'inefficacité du contrôle financier et iii) l'insuffisance de formation du personnel en gestion financière et comptable.
- La mauvaise répartition des fonds mobilisés due à i) l'absence de mécanismes d'allocation objective des ressources et ii) au non-respect des priorités adoptées dans l'allocation des ressources.

4.3.5 La faiblesse dans le partenariat et la Contractualisation consécutive à : i) l'absence d'espace de concertation entre partenaires et parties prenantes ; ii) la non fonctionnalité des groupes thématiques et du forum des partenaires et iii) le non-respect des clauses des contrats à tous les niveaux.

DRAFT

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

5. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU CSN 2014-2018

5.1. Référentiel

- **Réunion de Haut Niveau en juin 2011**

Dans la Déclaration politique de 2011, les États membres des Nations Unies se sont engagés à fournir un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes d'ici 2015, à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, à réduire de 50 % le taux de nouvelles infections à VIH chez les adultes, à faire baisser de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables et à réduire de moitié également le nombre de décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

- **Cadre d'investissement**

Le cadre d'investissement prend pour point de départ une approche de la riposte au VIH centrée sur les droits de l'homme, afin d'en garantir le caractère universel, équitable, participatif, responsable ainsi que du consentement éclairé des personnes. Le cadre fait une différence entre les activités programmatiques de base qui ont un effet direct sur le risque VIH, la transmission, la morbidité et la mortalité ; les facteurs déterminants qui sont essentiels à la réussite des programmes liés au VIH ; et les synergies avec les secteurs du développement.

- **Déclaration de Politique Nationale**

Dans la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida (2001) et la Déclaration Politique sur le VIH/sida (2006) renforcées par la Déclaration Politique sur le VIH/sida de l'Assemblée Générale des Nations Unies tenue du 8 au 11 juin 2011 à New York, le Congo s'est engagé à éliminer toutes les discriminations à l'encontre des PVVIH et à assurer la jouissance de tous les droits humains, des personnes vivant avec le VIH et des membres de groupes vulnérables.

Le Congo a signé et ratifié toutes les grandes déclarations et conventions internationales visant l'amélioration des libertés civiles et des droits humains au niveau africain et international. On peut citer entre autres : les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les droits des enfants, des femmes, des populations autochtones, des migrants, et la protection de l'environnement.

- **Plan d'élimination de la Transmission Mère Enfant**

Le Congo s'est engagé dans le Plan global d'élimination virtuelle de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, cela constitue également un référentiel en matière de réduction de la TME.

L'objectif du Plan mondial est de faire un pas vers l'élimination des nouvelles infections à VIH parmi les enfants et le maintien de leurs mères en vie. Ce plan cherche à toucher toutes les femmes enceintes qui vivent avec le VIH ainsi que leurs enfants, depuis la grossesse jusqu'à la fin de l'allaitement. Avant la grossesse et après avoir cessé d'allaiter, les besoins des mères et

des enfants en matière de prévention et de traitement liés au VIH seront satisfaits en étendant les programmes et services complets de prévention, de traitement, de soins et d'accompagnement liés au VIH qui existent déjà à tous ceux qui en ont besoin.

5.2. Vision

Faire du Congo un pays avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida, et zéro discrimination dans la population générale et en particulier dans les groupes les plus exposés pour un Congo émergent.

5.3. Principes directeurs

Pour réaliser cette vision, l'Etat, les institutions, les acteurs et les partenaires sont guidés par les principes suivants :

Multisectorialité / intersectoralité systématiques

Les effets néfastes du VIH et du Sida ne se limitent pas qu'au seul secteur santé, mais influent gravement sur l'ensemble des secteurs de développement de la vie nationale. Par conséquent, tous les acteurs nationaux doivent unir leurs efforts, sous la coordination du CSN, pour lutter contre ce fléau.

Intégration des services

Afin de garantir la complémentarité des services et offrir des prestations efficaces et efficaces, le choix des services intégrés, à différent degré, guidera toutes les interventions pour 2014-2018.

Adaptation de la réponse au type d'épidémie

Le Congo étant touché par une épidémie de type généralisé, les interventions du CSN 2014-2018 seront focalisées sur les groupes vulnérables et notamment sur les populations clés les plus exposées au VIH et sur l'objectif d'élimination de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH.

Implication active des PVVIH et des populations clés les plus exposées au VIH

La participation des PVVIH ainsi que celle des populations les plus exposées dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de lutte contre le Sida, constituera un principe à respecter dans l'élaboration des stratégies opérationnelles.

Conformité aux normes de qualité

Un accent particulier sera mis sur la qualité de tous les services qui seront fournis afin d'en garantir l'efficacité. Des normes de qualité seront ainsi définies et suivies, et un programme de développement des compétences des ressources humaines mis en place.

Prise en compte des aspects liés au Genre, Droits Humains et équité

Dans le cadre du CSN 2014-2018, un accent particulier sera mis sur la promotion des Droits Humains, la réduction des inégalités liées au genre, et l'équité pour l'accès aux services.

Respect de principe des « three ones »

Il s'agit de renforcer les mécanismes nationaux de coordination et de développer la concertation avec les partenaires en vue de renforcer l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la gestion axée sur les résultats, la responsabilité mutuelle.

Bonne gouvernance

La bonne gouvernance reposera sur le leadership et l'engagement soutenus des acteurs à tous les niveaux en vue d'une gestion rationnelle et transparente des ressources allouées à la lutte contre le VIH et le Sida.

5.4. Priorités

Les priorités du cadre stratégique national s'intègre dans l'accès universel à la prévention, aux traitements et aux soins des PVVIH. Elles s'articulent autour de :

- la réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe ;
- l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et la réduction de moitié des décès maternels liés au sida ;
- l'amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge médicale des patients sous ARV ;
- le renforcement des interventions orientées vers les populations clé et les groupes vulnérables ;
- la capitalisation des acquis de la mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre le VIH et le SIDA « 2009-2013 » ;
- le plaidoyer pour le financement efficace de la réponse nationale.

5.5. Cibles prioritaires

Les populations cibles prioritaires de la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH / sida et les IST 2014-2018 sont :

Les populations clés

- les professionnel (le)s du sexe et leurs clients ;
- les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ;
- les populations carcérales.

Les autres populations vulnérables

- Les jeunes et les adolescents des deux sexes de 10 à 24 ans ;
- les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes ;
- les agents du secteur public et privé y compris les routiers et leurs apprentis;
- les hommes en uniformes ;
- les personnes vivant avec le VIH (adultes et enfants);
- les Orphelins et autres Enfants Vulnérables;
- les populations autochtones ;
- les populations riveraines des zones à fort potentiel économique ;

Tableau XXVII : Taille des populations cibles

Populations	Valeurs de base	Sources	2014	2018
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	500	Cartographie 2012	467	520
Professionnelles du sexe et leurs clients	5 716	Cartographie 2012	6 716	15 878
Population carcérale	1 094	Statistiques 09/2013	750	1500
Femmes enceintes séropositives	2 928	Spectrum 2013	3319	2 809
Adultes vivant avec le VIH	21621	Spectrum 2013	55 779	50 399
Enfants vivant avec le VIH	1274	Spectrum 2013	12 794	11674
Femmes en âge de procréer	168 247	Spectrum 2013	174 716	189 360
Jeunes scolarisés	ND	Statistiques 2013	477 778	1 071 315
Jeunes non-scolarisés	4 687	Statistiques 2013	42 476	51 632
Patients co-infectés TB/VIH	3 753	Rapport CNLS 2012	4820	6504
Orphelins et autres enfants vulnérables	5700	Rapport CNLS 2012	5 521	4 401
Hommes en uniforme	7 862	Rapport CNLS 2012	7 766	11 280
Donneurs de sang	26 950	Rapport CNLS 2012	85 856	93 134
Agents du secteur public et privé	ND		7 500	15 000
Populations autochtones	ND		149 850	163 039

5.6. Résultats attendus

5.6.1. Axes stratégiques et impacts attendus

Le cadre stratégique 2014-2018 a pour ambition de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH/Sida à travers d'une part, la réduction de nouvelles infections dans les populations clés et dans la population générale, et d'autre part la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. De même, il se donne pour but d'améliorer la prise en charge des patients vivant avec le VIH. Pour ce faire, les axes stratégiques et impacts suivants ont été définis :

- **AXE STRATEGIQUE 1 : Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST**
 - ✓ **Impact 1** : Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici fin 2018.
 - ✓ **Impact 2** : Les nouvelles infections de nourrissons nés de mères séropositives sont réduites à moins de 5% d'ici à fin 2018.
- **AXE STRATEGIQUE 2 : Intensification de la prise en charge globale**
 - ✓ **Impact 3** : La qualité de vie des patients vivant avec le VIH et de leur entourage est améliorée d'ici à fin 2018
- **AXE STRATEGIQUE 3 : Renforcement de la gouvernance**
 - ✓ **Impact 4** : La gouvernance de la réponse nationale est performante.

5.6.2. Effets attendus

Pour atteindre l'impact 1 « Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici fin 2018. », six effets sont attendus :

- au moins 85% des populations clé (PS, PC, HSH) les plus exposés au VIH ont des comportements et des pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018 ;
- au moins 50% de la population de 15-49 ans ont des comportements et des pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018 ;
- 100% des produits sanguins sont testés aux quatre marqueurs (VIH, HVC, HVB, syphilis) d'ici à fin 2018 ;
- au moins 80% des populations clés les plus exposés atteintes d'IST et se présentant auprès des formations sanitaires bénéficient d'un traitement d'ici à fin 2018 ;
- au moins 50% de la population de 15-49 ans atteintes d'IST et se présentant auprès des formations sanitaires bénéficient d'un traitement d'ici à fin 2018.

Pour atteindre l'impact 2 « les nouvelles infections de nourrissons nés de mères séropositives sont réduites à moins de 5% d'ici à fin 2018 », trois effets sont attendus :

- au moins 60% des femmes vivant avec le VIH utilisent des méthodes contraceptives modernes pour la prévention des grossesses non désirées ;
- au moins 85% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un paquet de service (prévention, TAR, soins, soutien) pour réduire la TME et assurer la survie des mères ;
- au moins 85% des enfants nés des mères séropositives bénéficient d'un paquet de service (prévention, TAR, soins, soutien) pour réduire la TME.

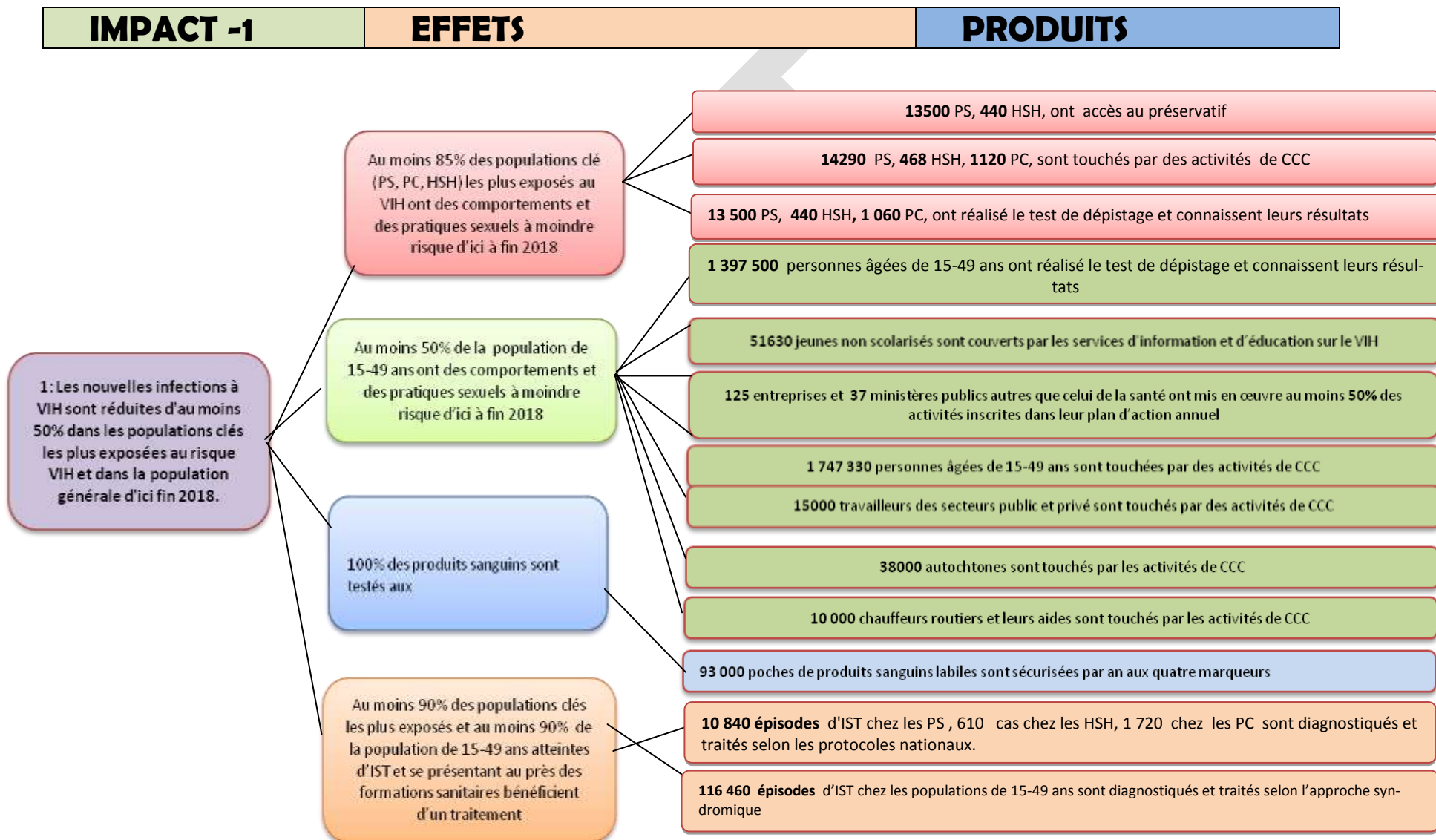
Pour atteindre les résultats de l'impact 3 « La qualité de vie des patients vivant avec le VIH et de leur entourage est améliorée d'ici à fin 2018 », quatre effets sont attendus :

- au moins 70% des Adultes et 60% d'Enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale de qualité d'ici à fin 2018 ;
- au moins 70% des Adultes et Enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale, nutritionnelle et juridique de qualité d'ici à fin 2018 ;
- au moins 50% des hommes et 30% des femmes ont des attitudes de tolérance envers les PVVIH ;
- au moins 40% d'enfants rendus vulnérables par le sida et enfants des parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, qui vivent dans un ménage ayant reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base.

Pour atteindre les résultats de l'impact 4 « La gouvernance de la réponse est performante », quatre effets sont attendus :

- les organes de coordination sont opérationnels et assurent efficacement leur leadership ;
- le système national de suivi-évaluation est fonctionnel et génère des informations stratégiques fiables ;
- le système de gestion des approvisionnements et des stocks est efficace ;
- le financement de la réponse nationale est accru, le suivi financier et le partenariat sont renforcés.

5.7. Chaines de résultats



IMPACT -2

EFFETS

PRODUITS

2: Les nouvelles infections de nourrissons nés de mères séropositives sont réduites à moins de 5% d'ici à fin 2018.

85% des femmes en âge de procréer et leur partenaire adoptent des comportement et pratiques sexuels à moindre risque pour éviter la contamination du VIH

811 840 femmes en âge de procréer et leur partenaire bénéficient des activités de CCC

160 960 femmes enceintes reçues à la CPN ont bénéficié du dépistage et connaissant leur statut sérologique

811 840 femmes en âge de procréer et leur partenaire ont accès aux préservatifs

Au 60% des femmes vivant avec le VIH utilisent des méthodes contraceptives modernes pour la prévention des grossesses non désirées

20 360 femmes séropositives sont informées sur les méthodes contraceptives modernes

20 360 femmes enceintes et leur partenaire ont accès à 658 000 préservatifs

Au moins 85% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un paquet de service (prévention, TAR, soins, soutien) pour réduire la TME et assurer la survie des mères

2 390 femmes enceintes séropositives ont reçu le traitement ARV pour réduire la TME

Au moins 85% des enfants nés des mères séropositives bénéficient d'un paquet de service (prévention, TAR, soins, soutien) pour réduire la TME

1 980 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de la PCR dans les deux premiers mois de vie

1 980 enfants nés de mères séropositives ont reçu le traitement ARV pour réduire la TME

1 980 couple mère-enfant ont bénéficié du soutien psychologique, nutritionnel, juridique et social

IMPACT -3

EFFETS

PRODUITS

3: La qualité de vie des patients vivant avec le VIH (Adultes et enfants) et de leur entourage est améliorée d'ici à fin 2018

Au moins 80% des Adultes et et au moins 50% des Enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale de qualité d'ici à fin 2018

Au moins 80% des Adultes et 70% des Enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale, nutritionnelle et juridique de qualité d'ici à fin 2018

Au moins 40% des hommes et 20% des femmes ont des attitudes de tolérance envers les PVVIH

Au moins 30% des enfants rendus orphelins par le sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, bénéficient du paquet

35 280 adultes et 7 000 enfants bénéficient de traitement ARV

38 030 adultes et 7 950 enfants bénéficient d'un traitement au cotrimoxazole

6500 PVVIH co-infectées TB/VIH prises en charge selon les recommandations nationales

31 750 adultes et 6 300 enfants bénéficient d'un accompagnement pour l'observance au traitement

40 320 PVVIH et 9 340 EVVIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale et nutritionnelle

100% les cas de violation de la loi déclarée sont pris en charge

584 680 hommes et 337 930 femmes âgés de 15-49 ans sensibilisés sur les droits des PVVIH

500 personnes formées sur la lutte contre la stigmatisation

4 400 OEV ont bénéficié des services sociaux de base

Ecrire 100% **de** cas de violation de loi déclarée sont prises en charge ;

IMPACT -4

EFFETS

PRODUITS

4. La gouvernance de la réponse est performante

Les organes de coordination à tous les niveaux (central, décentralisé et sectoriel) sont opérationnels et assurent efficacement leur leadership

Le système national de suivi-évaluation est fonctionnel et génère des informations stratégiques fiables à tous les niveaux pour orienter les interventions

Le financement de la réponse nationale est accru et le suivi financier et partenariat sont renforcés.

Tous les organes de coordination sont opérationnels

Tous les groupes thématiques sont opérationnels

Tous les documents d'opérationnalisation du CSN sont élaborés et mis en œuvre

Les données de routine liées à la gestion du cadre stratégique sont générées régulièrement à tous les niveaux

Les différentes études et enquêtes sont réalisées selon la programmation établie

Les données du système de surveillance et de recherche sont générées régulièrement à tous les niveaux

Les ressources allouées sont gérées de façon efficace et efficiente avec obligation de rendre compte par le FNLS

Le forum des partenaires formalisé et opérationnel

Les prestataires et bénéficiaires des services disposent de ressources adéquates

5.8. Stratégies de mise en œuvre

5.8.1. Impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50 % dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici fin 2018

Dans le cadre de la réalisation de l'impact 1, le CSN renforcera les activités de prévention de nouvelles infections par (i) l'augmentation de l'offre des services de prévention, et (ii) la stimulation de la demande d'utilisation des services.

Effet 1.1 : Au moins 85% des populations clés (PS, HSH, PC) les plus exposés au VIH ont de comportements et des pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018.

Cet effet sera atteint si :

- 85% des PS, HSH et PC connaissent leur statut sérologique;
- 85 % des PS et HSH ont utilisé le préservatif.

Les produits suivants vont concourir à l'atteinte de cet effet :

- 14 290 PS, 470 HSH, 1 120 PC, 38 000 autochtones sont touchés par des activités de CCC;
- 250 000 préservatifs ont été distribués aux PS et aux HSH ;
- 13 500 PS, 440 HSH, 1 060 PC, 32 610 autochtones ont réalisé le test de dépistage.

Les stratégies retenues pour atteindre ces résultats sont : le développement de la CCC orientée vers les PS, les HSH et les PC, l'extension des activités de prévention aux villes moyennes, l'accroissement de l'offre de CDV en stratégies mobile, fixe et avancée ; l'intégration du CDV dans les services de santé en milieu carcéral, la promotion des préservatifs féminins et masculins.

Les actions prioritaires seront:

- l'actualisation/Elaboration de la cartographie nationale pour chaque groupe clé (PS, HSH et PC) ;
- l'élaboration d'un guide d'éducation et d'outils pour la prévention en milieu PS, HSH, et en milieu carcéral ;
- la formation des prestataires pour les interventions dans les groupes clés (PS, HSH, PC) ;
- l'acquisition des outils pour les interventions dans les groupes clé ;
- l'organisation des sessions de communication pour le changement de comportement ciblées pour les groupes clé ;
- l'acquisition des intrants pour le dépistage dans les groupes clés ;
- la formation des prestataires pour le dépistage ;
- l'organisation des campagnes de dépistage au profit des groupes clés ;

- l'intégration du dépistage dans les infirmeries des maisons d'arrêt ;
- l'acquisition des préservatifs masculins et féminins au profit des populations clés ;
- la mise en place d'un réseau de distribution / vente des préservatifs pour les HSH et les PS ;
- la documentation des interventions ciblant les populations clé les plus exposées aux risques et les populations vivant dans un contexte de haute vulnérabilité.

Effet 1.2. Au moins 50% de la population de 15-49 ans ont des comportements et des pratiques sexuelles à moindre risque d'ici à fin 2018.

Cet effet sera atteint si :

- 60% de la population de 15-49 ans connaissent leur statut sérologique;
- 70 % de la population de 15-49 ans ont utilisé le préservatif.

Les produits suivants vont concourir à l'atteinte de cet effet :

- 990 120 personnes âgées de 15-49 ans dont, 10 715 hommes en uniforme et 15 000 agents du secteur public et privés y compris les routiers et leurs apprentis sont touchées par des activités de communication pour le changement de comportement ;
- 1 397 500 personnes âgées de 15-49 ans ont réalisé le test de dépistage;
- 26 316 308 de préservatifs ont été distribués ou vendus aux personnes 15-49 ans.

Ces résultats seront atteints par : (i) la révision de la stratégie nationale de communication, (ii) le développement de la communication pour le changement de comportement orientée vers les groupes pourvoyeur des nouvelles infections, et la population générale avec un accent particulier sur la tranche d'âge de 15 à 49 ans, (iii) la pérennisation du financement de services d'information et conseils à distance sur le VIH tels que la Ligne Jaune, (iv) l'intensification des actions de communication pour le changement de comportement au profit des femmes, des filles et des jeunes avec l'appui de certaines personnalités ou sous un haut leadership, (v) l'intensification et l'extension de la promotion du conseil dépistage en stratégies fixe et mobile, (vi) l'intégration du Conseil et Dépistage à l'initiative du prestataire dans les services de santé, (vii) la mise en place du Conseil et Dépistage communautaire, (viii) le renforcement de la prévention du VIH en milieu de travail ,(ix) la promotion des préservatifs féminins et masculins. Un accent particulier sera mis sur la prévention primaire dans le cadre de l'élimination de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les actions prioritaires seront :

- la révision de la stratégie nationale de communication sur le VIH et le Sida ;
- l'actualisation de guides de référence de communication pour le changement de comportement ;
- la production de guides de référence de communication pour le changement de comportement ;

- l'élaboration d'un Plan de communication intégrée ;
- le développement des plans de communication multimédia dans les départements (affiches, panneaux, gazettes, émissions radiotélévisées, diffusion de gazettes, supports promotionnels) ;
- la mise en œuvre du Plan de Marketing social du préservatif ;
- le renforcement du fonctionnement du site web, et des pages d'information dans les réseaux sociaux;
- le renforcement de la communication sur la PTME au profit des jeunes;
- la publication de bulletins d'informations;
- le développement d'un partenariat privé et public ;
- la documentation et la diffusion des bonnes pratiques ;
- l'élaboration d'un guide d'utilisation des manuels « Apprendre sur le VIH et sida » au plan pédagogique et didactique;
- le traitement des appels par le biais de la Ligne Jaune ;
- la formation des agents communautaires, des médiateurs, des pairs éducateurs;
- l'organisation des journées thématiques au profit de groupes vulnérables ;
- la formation du personnel de santé des Centres de Santé Intégré et Centre Médico-social en communication pour le changement de comportement et Conseil Dépistage ;
- l'acquisition de dix (10) unités mobiles de dépistage pour 10 autres départements ;
- l'acquisition des intrants pour le Conseil Dépistage.

Effet 1.3. : 100% des produits sanguins sont testés aux quatre marqueurs (VIH, HVC, HVB, syphilis) d'ici à fin 2018.

Afin de maintenir le niveau actuel de la sécurité transfusionnelle, la totalité du don de sang doit être testés aux quatre marqueurs. Au moins 93 130 poches de sang par an seront testées au cours de la période.

Ce résultat sera atteint à travers : l'extension de la couverture nationale en poste et banque de sang, la promotion du don de sang bénévole, la sécurisation des intrants et le renforcement des associations des donneurs de sang bénévole en vue du recrutement et de la fidélisation des donneurs de sang bénévoles.

Les actions prioritaires seront :

- l'acquisition des poches de sang ;
- l'acquisition des réactifs et consommables ;
- la mise en place d'un dispositif d'hémovigilance et d'assurance-qualité des produits sanguins.

Effet 1.4 : Au moins 80% des populations clés les plus exposées et la population de 15-49 ans atteintes d'IST et se présentant au près des formations sanitaires bénéficient d'un traitement

Cet effet sera atteint si 90% des services de santé offrent la prise en charge des IST.

Pour cela, les produits suivants vont concourir à l'atteinte de cet effet :

- la disponibilité des médicaments et intrants dans les formations sanitaires offrant la prise en charge des IST ;
- la maîtrise des ordinogrammes par les prestataires de service.

Ces résultats seront atteints par : (i) le renforcement de la couverture pour la prise en charge, (ii) la sécurisation des approvisionnements en intrants/équipements, (iii) le renforcement des capacités des acteurs, (iv) et la mise en place de cliniques fixes et ou mobiles pour les populations clés.

Les actions prioritaires seront :

- l'actualisation des directives de traitement des IST en intégrant l'approche étiologique ;
- la formation des agents de santé à la prise en charge des IST ;
- l'acquisition des intrants (consommables, réactifs et médicaments) nécessaires à la prise en charge des IST ;
- l'équipement de 12 laboratoires pour le diagnostic étiologique des IST ;
- la formation du personnel soignant à la prise en charge des pathologies spécifiques des populations clés.

5.8.2. Impact 2 : les nouvelles infections de nourrissons nés de mères séropositives sont réduites à moins de 5 % d'ici à fin 2018

Effet 2.1 : Au moins 60% des femmes vivant avec le VIH évitent les grossesses non désirées

Cet effet sera atteint si :

- 70 % des femmes séropositives ont utilisé les méthodes contraceptives modernes.

Les produits suivants vont concourir à l'atteinte de cet effet :

- 20 360 femmes séropositives ont bénéficié de la communication pour le changement de comportement et sur les méthodes contraceptives ;
- 20 360 femmes séropositives en âge de procréer et leurs partenaires bénéficient des préservatifs distribués gratuitement.

Les stratégies suivantes seront développées : (i) le renforcement de la communication pour le changement de comportement autour des méthodes contraceptives modernes et l'amélioration de l'offre de préservatifs et autres contraceptifs modernes, (ii) la formation/recyclage du personnel des CSI sur les méthodes contraceptives, (iii) l'intégration des aspects santé de la reproduction(SR) dans les structures de prise en charge (PEC) médicale et dans le paquet d'activités communautaires des OSC et ONG.

Les actions prioritaires seront :

- l'organisation des journées thématiques sur la contraception et le VIH au sein des formations sanitaires et les associations des PVVIH;
- la dotation régulière en préservatifs féminins et masculins dans les formations sanitaires et les associations de prise en charge des PVVIH.

Effet 2.2 : Au moins 85% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un paquet de service (prévention, TAR, soins, soutien) pour réduire la TME et assurer la survie des mères

Cet effet sera atteint si :

- 85% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV pour réduire la TME et pour leur propre santé;
- 85% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'au moins un service de soutien psychologique, social et juridique.

Les produits suivants vont concourir à l'atteinte de cet effet :

- 160 960 femmes enceintes reçues à la CPN ont bénéficié du dépistage et connaissent leur statut sérologique ;
- 2 390 femmes enceintes séropositives ont reçu le traitement ARV pour réduire la TME ;
- 2 390 femmes enceintes séropositives bénéficient d'au moins un service de soutien psychologique, social et juridique.

Pour atteindre le résultat, les stratégies retenues sont : (i) la mobilisation des ressources pour l'opérationnalisation du plan d'élimination de la TME, (ii) l'intensification et l'extension de la promotion du conseil dépistage chez la femme enceinte, (iii) l'intégration du dépistage à l'initiative du soignant dans les structures de santé offrant des prestations de CPN, la délégation des tâches pour l'initiation des traitements, (iv) l'implication des structures privées, communautaires et confessionnelles dans la PTME, (vi) le renforcement des actions communautaires pour le continuum des soins, (vii) le renforcement de la participation des partenaires à la consultation prénatale.

Les actions prioritaires seront :

- l'élaboration et la validation du guide stratégique de dépistage ;
- la formation des prestataires de santé et des agents communautaires dans toutes les aires de santé sur le conseil et dépistage;
- l'acquisition et la mise à disposition de kits de dépistage dans les formations sanitaires ;
- la mise en place et le financement des activités du système d'assurance qualité du dépistage et du diagnostic précoce;
- la révision des directives de prise en charge pour la PTME ;
- la mise en place d'une stratégie de dépistage de partenaires ;
- l'intégration du conseil et dépistage dans les structures de santé offrant des prestations de consultation prénatale, la délégation des tâches pour l'initiation des traitements ;
- la formation des agents de santé du secteur publique, privé, communautaire et confessionnel sur la PTME;

- le financement des activités communautaires de soutien pour les femmes enceintes séropositives ;
- le financement des activités communautaires pour la recherche des femmes perdues de vues ;
- le financement de Kits ARV pour la PTME.

Effet 2.3 : Au moins 85% des enfants nés des mères séropositives bénéficient d'un paquet de service (prévention, TAR, soins, soutien) pour réduire la TME

Cet effet sera atteint si :

- 85% des enfants nés de mères séropositives reçoivent des ARV pour réduire la TME ;
- 85% des enfants nés de mères séropositives ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie ;
- 85% des couples mères-enfants bénéficient d'au moins un service de soutien psychologique, nutritionnel, social et juridique.

Les produits suivants vont concourir à l'atteinte de cet effet :

- 1 980 enfants nés de mères séropositives ont reçu le traitement ARV pour réduire la TME ;
- 1 980 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de la PCR dans les deux premiers mois de vie ;
- 1 980 couples mère-enfant ont bénéficié du soutien psychologique, nutritionnel, juridique et social.

Les produits seront obtenus à travers : le renforcement de l'offre de service, le développement de la technique DBS, le développement de la PTME communautaire.

Les actions prioritaires seront :

- la production du plan de passage à l'échelle pour le dépistage précoce des enfants exposés au VIH ;
- la formation de médecins, de sages-femmes et des infirmiers sur le dépistage précoce par la technique DBS ;
- l'acquisition des kits des antirétroviraux pour la prophylaxie des enfants exposés ;
- le financement du transfert des échantillons vers les laboratoires de référence;
- la dotation des formations sanitaires en Kits pour la PCR ;
- la dotation de laboratoires de référence en intrants pour la PCR ;
- le financement des activités communautaires par an (recherches des perdus de vue, groupes d'auto-support, ateliers nutritionnels mère/ enfants) au profit des mères et des enfants suivis dans le cadre de la PTME ;
- la production et la diffusion du répertoire des sites de PEC du VIH.

5.8.3. Impact 3 : la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et de leur entourage est améliorée d'ici à fin 2018

Effet 3.1 : Au moins 70% des adultes et au moins 60% des enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale de qualité d'ici à fin 2018.

Cet effet sera atteint si :

- 70% des adultes vivant avec le VIH et 60% des enfants vivant avec le VIH éligible à un traitement antirétroviral y ont accès d'ici à fin 2018;
- 80% des adultes et 70% des enfants vivant avec le VIH éligible à un traitement prophylactique au cotrimoxazole y ont accès d'ici à fin 2018;
- 100% des PVVIH co-infectés VIH/TB bénéficient du traitement selon le protocole national d'ici à fin 2018 ;
- 90% des PVVIH sous TARV bénéficient d'un accompagnement pour l'observance du traitement d'ici à fin 2018;

Les produits suivants vont concourir à l'atteinte de cet effet :

- 35 280 adultes et 7 000 enfants bénéficient de traitement ARV ;
- 38 030 adultes et 7 950 enfants bénéficient d'un traitement au cotrimoxazole ;
- 6 500 adultes et enfants co-infectés (TB/VIH) pris en charge selon les recommandations nationales;
- 31 750 adultes et 6 300 enfants bénéficient d'un accompagnement pour l'observance au traitement.

Ces résultats seront atteints par : (i) la sécurisation des approvisionnement en médicaments antirétroviraux et IO, des réactifs et consommables de laboratoire, (ii) l'extension de la couverture et l'élargissement de l'offre de services de prise en charge des patients vivant avec le VIH, (iii) le renforcement des capacités du personnel, (iv) le renforcement des laboratoires pour le suivi biologique, (v) l'amélioration de l'offre du soutien économique et juridique, (vi) la mise en place d'un cadre de concertation entre les programmes.

Les actions prioritaires seront :

- la mise en place du comité du médicament ;
- l'approvisionnement régulier des structures de prise en charge en antirétroviraux, médicaments contre les infections opportunistes, réactifs et consommables de laboratoire ;
- l'actualisation des directives et guide de prise en charge médicale des PVVIH en prenant en compte la thématique de co-morbidité;
- la formation in situ des équipes de prise en charge médicale des PVVIH et la PCIMAAV ;
- la mise en œuvre de l'approche PCIMAAV dans les structures sanitaires de premier niveau ;
- l'appui aux activités de soutien à l'observance pour les PVVIH adultes et enfants.
- l'appui au fonctionnement des unités hospitalières de prise en charge.

Effet 3.2 : Au moins 70% des adultes et 70% des enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale, nutritionnelle et juridique de qualité d'ici à fin 2018.

Cet effet sera atteint si :

- 80% des adultes vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale, nutritionnelle et juridique de qualité ;
- 80% des enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale, nutritionnelle et juridique de qualité ;
- 100% des cas déclarés de violation de la loi sont prise en charge.
- La stratégie de communication pour le changement de communication en nutrition est élaborée et mise en œuvre ;
- L'étude sur la prévalence de la malnutrition chez les Patients infectés par le VIH est réalisée.

Les produits suivants vont concourir à l'atteinte de cet effet :

- 40 320 adultes vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale;
- 25 000 adultes vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge nutritionnelle ;
- 9 340 enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale.

Les stratégies retenues pour atteindre ces résultats sont : (i) l'intégration du volet psychologique et nutritionnel dans le paquet de services des structures de prise en charge, (ii) l'intégration dans les équipes de prise en charge des agents communautaires et des personnes vivant avec le VIH, ((iii) le renforcement des capacités des ONG chargées de la prise en charge psychologique, sociale et nutritionnelle, (iv) la mobilisation des ressources pour la prise en charge psychologique, sociale et nutritionnelle, (v) la mutualisation des efforts avec les partenaires techniques et financiers.

Les actions prioritaires seront :

- l'actualisation des guides de prise en charge psychologique, sociale et nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH ;
- la duplication et la diffusion de guides de prise en charge psychologique, sociale et nutritionnelle ;
- la formation des agents communautaires et des personnes vivant avec le VIH sur la prise en charge psychologique, sociale, nutritionnelle et juridique ;
- la contractualisation des activités de prise en charge psychologique, sociale et nutritionnelle avec les ONG et OSC;
- l'organisation d'événements grand public pour la collecte des fonds en faveur de la prise en charge psychologique, sociale et nutritionnelle des PVVIH.

Effet 3.3 : Au moins 40% des hommes et 20% des femmes au sein de la population ont des attitudes de tolérance envers les PVVIH

Cet effet sera atteint si :

- 50% des hommes âgés de 15 à 49 ans expriment des attitudes de tolérance dans les situations déterminées l'égard des PVVIH ;
- 30% des femmes âgés de 15 à 49 ans expriment des attitudes de tolérance dans les situations déterminées l'égard des PVVIH.

Les produits suivants vont concourir à l'atteinte de cet effet :

- 584 680 hommes et 337 930 femmes âgées de 15-49 ans sont sensibilisés sur les droits des PVVIH.

Les stratégies retenues pour atteindre ces résultats sont : (i) l'intensification des activités de CCC, de sensibilisation et de vulgarisation de la loi portant lutte contre le VIH et sida et protection des droits des personnes vivant avec le VIH, (ii) le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre, (iii) et l'appui au dispositif national de protection des droits des PVVIH, (iv) le plaidoyer pour l'élaboration des textes d'application de la loi.

Les actions prioritaires seront :

- la production des textes d'application de la loi ;
- l'organisation des campagnes de sensibilisation sur les droits des PVVIH dans chaque département ;
- la duplication et la diffusion des guides d'information, de vulgarisation et des livrets de la loi ;
- la formation des personnes (Personnel judiciaire, journalistes, inspecteurs de travail, professionnels de santé, membres des ONGs, leaders d'opinion et religieux) sur les droits humains et le VIH.

Effet 3.4. Au moins 30% des enfants rendus vulnérable par le sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, bénéficient du paquet de services sociaux de base

Cet effet sera atteint si :

- 30% d'enfants rendus vulnérables par le VIH ont reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base.

Les produits suivants vont concourir à l'atteinte de cet effet :

- 4 400 enfants rendus vulnérables par le VIH bénéficient des services sociaux de base.

Les stratégies retenues pour atteindre ce résultat sont : (i) la mutualisation des efforts avec les différentes parties prenantes (MASAHS, Société Civile), (ii) l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie de PEC d'enfants rendus vulnérables par le VIH, (iii) l'extension de la prise en charge des enfants rendus vulnérables par le VIH dans tous les départements, (iv) la contractualisation avec les ONGs et les organisations à base communautaires pour la mise en œuvre des activités.

Les actions prioritaires seront :

- la révision du guide de prise en charge des enfants rendus vulnérables par le VIH ;
- la mise à jour de la base de données des enfants rendus vulnérables par le VIH ;
- la mise en place des mécanismes pour une prise en charge des enfants rendus vulnérables par le VIH.

5.8.4. Impact 4 : La gouvernance de la réponse est performante

L'analyse de la réponse a montré les faibles performances de la gouvernance dues à : l'insuffisance dans la mobilisation des ressources financières locales, une coordination peu opérationnelle et un système de suivi évaluation insuffisamment intégré.

Effet 4.1: Les organes de coordination à tous les niveaux (central, décentralisé et sectoriel) sont opérationnels et assurent efficacement leur leadership

Cet effet sera atteint si :

- toutes les réunions de coordination nationale et du comité de pilotage sont tenues ;
- toutes les entités déconcentrées et décentralisées du CNLS sont fonctionnelles ;
- les commissions thématiques sont fonctionnelles.

Les stratégies retenues pour atteindre ces résultats sont : (i) l'opérationnalisation des structures de coordination et des groupes thématiques, (ii) l'élaboration des documents de référence (Plans Opérationnels et Plans de Travail Annuel, plans de mobilisation de ressources, plan GAS, Plan de suivi et évaluation, plan stratégique de communication, plan d'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant, plan de passage à l'échelle pour la prise en charge pédiatrique du VIH, plan stratégique du marketing social du préservatif, plan de recherche).

Les actions prioritaires seront :

- l'organisation d'une réunion de coordination nationale tous les deux ans ;
- l'organisation régulière des deux (2) réunions annuelles du comité de pilotage ;
- la mise en place de 16 ULS dans les ministères qui n'en disposent pas ;
- le renforcement des capacités managériales du personnel du PNLS, de 38 ULS, de 12 UDLS, 12 points focaux des DDS et des ministères hors santé, des responsables de S/E des 41 CSS, des responsables de Suivi Evaluation des ONG, des Associations, des réseaux des PVVIH, etc.
- l'élaboration de plans opérationnels et plans de Travail Annuel, plans de mobilisation de ressources, plan GAS, d'un plan de suivi et évaluation, d'un plan stratégique de

communication, d'un plan d'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant, d'un plan de passage à l'échelle pour la prise en charge pédiatrique du VIH, d'un plan stratégique marketing social pour le préservatif, Plan de recherche).

Effet 4.2 : Le système national de suivi-évaluation est fonctionnel et génère des informations stratégiques fiables à tous les niveaux pour orienter les interventions

Cet effet sera atteint si :

- tous les outils de collectes sont harmonisés et diffusés ;
- tous les acteurs sont formés ;
- tous les rapports sont rendus régulièrement disponibles dans les délais raisonnables ;
- toutes les enquêtes et études prévues sont réalisées ;
- toutes les ressources financières nécessaires sont mobilisées.

Les stratégies retenues pour atteindre ces résultats sont : (i) le renforcement des capacités des parties prenantes (formation sanitaires, ONG, districts sanitaires, directions des services médicaux, les UDLS, les ULS, le PNLS, le PNLT et la coordination) pour l'implémentation progressive des 12 composantes, (ii) le renforcement de la coordination du système de suivi-évaluation, (iii) l'évaluation et la promotion de la recherche opérationnelle, (iv) le renforcement de la surveillance épidémiologique, comportementale et des résistances, (v) le renforcement du système de collecte, traitement, analyse, diffusion et utilisation des données, (vi) le renforcement des capacités en suivi-évaluation, (vii) l'amélioration de la promptitude et la complétude dans la production des rapports à tous les niveaux de la chaîne.

Les actions prioritaires seront :

- le renforcement de l'effectif de l'équipe chargée du suivi-évaluation au niveau des ministères et ONG par un gestionnaire de la base des données ;
- l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités du personnel chargé du Suivi et évaluation à tous les niveaux ;
- la formation des responsables de suivi-évaluation des différentes structures d'exécution ;
- la mise en place des unités de suivi-évaluation dans les ONG ;
- le diagnostic institutionnel par structure de la société civile en matière de suivi évaluation ;
- l'organisation de manière régulière des missions de supervision du niveau central vers les départements, des départements vers les districts sanitaires et des districts sanitaires vers les structures opérationnelles ;
- la coordination des formations en suivi-évaluation dans le domaine du VIH et du Sida pour éviter toute duplication ;
- l'organisation d'une revue à mi-parcours du CSN 2014-2018 ;
- l'organisation des enquêtes annuelles de surveillance épidémiologique chez les femmes enceintes ;
- l'organisation des enquêtes chez les populations clés tous les deux ans ;

- l'appui à la réalisation de l'EDS et du REDES ;
- l'organisation d'une enquête de séroprévalence et sur les indicateurs du sida ;
- l'évaluation des différentes interventions ;
- la production, la validation et la diffusion des différents rapports.

Effet 4.3 : le financement de la réponse nationale est accru, le suivi financier et le partenariat sont renforcés.

Cet effet sera atteint si :

- le financement de la réponse nationale atteint 80% avec les fonds domestiques ;
- les autres partenaires au développement apportent une contribution de 20% à la réponse nationale ;
- la gestion financière est efficace au niveau central et décentralisé ;
- le niveau décentralisé bénéficie d'au moins 70% de financements ;
- le dispositif du contrôle interne est fonctionnel au niveau central et décentralisé ;
- le partenariat public-privé est renforcé.

Les stratégies retenues pour atteindre ces résultats sont : (i) le renforcement de la coordination de la réponse nationale au VIH et au sida, (ii) le renforcement du plaidoyer et du partenariat en faveur de la réponse nationale, (iii) la mobilisation, la gestion rationnelle et transparente des ressources allouées à la lutte contre le VIH et le sida, (iv) le renforcement du partenariat public-privé en faveur de la lutte contre le VIH et le sida sur le lieu du travail.

Les actions prioritaires seront :

- la mise en place d'un fonds de lutte contre le sida (FNLS) ;
- la révision du décret portant création du CNLS afin de prendre en compte l'évolution du cadre institutionnel ;
- la mise en place d'un Conseil Départemental de Lutte contre le sida dans les 12 départements ;
- l'appui au fonctionnement régulier du SEP/CNLS, des ULS, des UDLS, du CDLS et des OSC des 12 départements ;
- l'organisation d'une réunion annuelle du forum des partenaires et des groupes techniques consultatifs ;
- l'équipement des structures de mise en œuvre des départements ;
- l'élaboration des plans opérationnels multisectoriels à travers un processus participatif ;
- l'appui au fonctionnement des réseaux d'organisations de la société civile et des points focaux ;
- l'organisation des réunions semestrielles de coordination entre le SEP/CNLS et les UDLS ;
- la conduite des processus d'élaboration d'une demande de subvention au Fonds Mondial suivant le nouveau mécanisme de financement ;
- l'élaboration d'un dossier de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour le financement du CSN 2014-2018 ;

- l'organisation au cours du premier semestre 2015 d'une table-ronde de mobilisation des ressources pour le financement du CSN 2014-2018 ;
- la réalisation d'une revue à mi-parcours du CSN 2014-2018 ;
- la mise place d'un dispositif de suivi financier et de contrôle interne, et le renforcement des capacités en gestion financière et comptable de tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH et le Sida ;
- la réalisation chaque année d'un audit externe des comptes de toutes les institutions intervenant dans la mise en œuvre du CSN, en partageant les rapports avec les partenaires techniques et financiers.

Effet 4.4: Le système de gestion des approvisionnements et des stocks est efficace

Cet effet sera atteint si :

- le système d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments, consommables, réactifs et autres produits pharmaceutiques est performant au niveau de la centrale d'achat, du département et opérationnel;
- l'assurance qualité pour la gestion des médicaments et produits est assurée ;
- zéro rupture de stocks des produits traceurs durant le trimestre est enregistré ;
- taux de péremption des 5 produits traceurs durant le trimestre est inférieur ou égal à 3% ;
- Les stratégies retenues pour atteindre ces résultats sont : le renforcement des capacités logistique et organisationnel, le renforcement des capacités des agents des structures d'approvisionnement et de stockage, le renforcement du système d'approvisionnement des médicaments, réactifs, condoms et autres produits VIH, la supervision périodiques des activités.

Les actions prioritaires seront :

- la mise en place et le fonctionnement des activités du comité de quantification des médicaments, autres produits et intrants;
- l'approvisionnement régulier en médicaments, réactifs, consommables et autres produits;
- l'élaboration du guide et des outils pour la supervision des activités d'approvisionnement, de stockage, de distribution et de dispensation des produits pharmaceutiques VIH ;
- la formation des gestionnaires des pharmacies départementales et de deux (2) gestionnaires dans chaque formation sanitaire et de 60 pharmaciens ;
- la réhabilitation des infirmeries des maisons d'arrêt, des pharmacies et la construction des pharmacies au niveau départemental et opérationnel ;
- l'équipement des pharmacies en outils de gestion ;
- l'acquisition et la dotation d'un fourgon frigorifié et de deux véhicules pick-up pour la centrale d'achat ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de politique de contrôle d'assurance qualité des médicaments et réactifs.
- l'élaboration et la mise en œuvre du plan de pharmacovigilance.

5.9. Cadre institutionnel

5.9.1. Cadre institutionnel

La mise en œuvre du Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2014-2018 se fera dans un cadre organisationnel et institutionnel comportant des organes et structures (i) d'orientation et de décisions, (ii) de coordination et de suivi, (iii) d'exécution.

5.9.2. Cadre institutionnel de la réponse nationale

La réponse nationale au VIH s'organise sous l'égide du Conseil national de Lutte contre le Sida et les IST (CNLS) qui demeurent l'organe central de décision et d'orientation, chargé de définir les politiques et les grandes orientations de la lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

Le cadre organisationnel et institutionnel de mise en œuvre du CSN comporte d'une part les structures centrales du Conseil National de Lutte contre le Sida (Coordination nationale, Comité de pilotage, Secrétariat Exécutif Permanent, les Unités de Lutte contre le Sida ministérielles dont le PNLS du Ministère en charge de la Santé), et d'autre part les structures décentralisées de coordination que sont les Unités Départementales de Lutte contre le Sida (UDLS). A ces instances s'ajoutent les structures de mise en œuvre au niveau de chaque secteur.

5.9.3. Le Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CNLS)

Le CNLS a été créé par décret n°2002-368 du 30 novembre 2002 puis modifié par le décret n°2004-399 du 27 août 2004 portant sur la réorganisation, les attributions et la composition du CNLS.

La Coordination Nationale du CNLS est l'instance suprême de la lutte contre le VIH/Sida en République du Congo. Elle est présidée par le Chef de l'Etat et est composée de façon représentative. Elle se réunit une fois l'an en session ordinaire. La session inaugurale s'est tenue en mars 2006 et deux sessions ordinaires se sont tenues en 2008 et en 2012.

5.9.4. Le Comité de Pilotage du CNLS

Le Comité de pilotage est chargé de délibérer sur les questions importantes qui lui sont soumises par le Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida. Il est présidé par le Ministre en charge de la santé.

5.9.5. Le Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS

Le Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS (SEP/CNLS) est l'organe technique et permanent du CNLS. Il a la mission de coordonner la réponse nationale de lutte contre le VIH et le Sida.

Il a atteint en quelques années un fonctionnement optimal grâce aux différentes ressources qu'il a su mobiliser, tant au plan des ressources humaines que sur la recherche de financement pour assurer au mieux ses missions.

Il compte 7 unités ou composantes fonctionnelles suivantes: i) composante santé, ii) composante sectorielle; iii) composante communautaire, iv) composante communication sociale et relation publiques, v) composante suivi et évaluation, vi) une unité de gestion fiduciaire, vii) une cellule d'audit interne et viii) un service administratif. Cet ensemble de composantes est coordonné par une Secrétaire Exécutive nommée par Décret Présidentiel et assistée d'une équipe de coordination.

5.9.6. Les Unités de lutte contre le VIH SIDA et les IST (ULS)

Il a été créé dans chaque ministère, une Unité de lutte contre le SIDA et les IST (ULS). Rattachées aux cabinets ministériels, les ULS coordonnent les interventions de lutte contre le VIH/Sida à l'endroit du personnel de leurs administrations respectives mais aussi à l'endroit de certains groupes vulnérables sous leur mandat. A ce jour, vingt cinq (25) ULS ont été mises en place dans les ministères autres que celui en charge de la santé.

Le PNLS, Unité de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé et de la Population, a la double mission de couvrir les activités opérationnelles de lutte contre le VIH/Sida en matière de santé en plus des interventions de lutte contre le VIH/Sida à l'endroit du personnel de santé.

5.9.7. Les Unités départementales de lutte contre le VIH /SIDA et les IST (UDLS)

Elles ont été mises en place dans les départements par arrêtés préfectoraux. L'UDLS est un organe technique de coordination multisectorielle de la réponse départementale au VIH et au sida. L'UDLS est rattachée au cabinet du préfet.

5.10. Suivi et évaluation

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du plan stratégique 2014-2018, une matrice du cadre de résultats a été élaborée. Trois types d'indicateurs ont été retenus pour mesurer l'efficacité de la mise en œuvre : les indicateurs d'impact, d'effets et de produits. Les indicateurs de produit mesureront l'exécution effective des activités tandis que ceux d'effets et d'impact mesureront le degré d'atteinte des objectifs du plan stratégique. Les produits qui seront issus de la mise en œuvre du plan stratégique sont présentés dans le cadre de résultats du CSN 2014 - 2018.

5.10.1. Dispositif de suivi et évaluation

La collecte des données se fera à trois niveaux.

✓ Niveau 1

Ce niveau se compose de toutes les structures sanitaires et autres structures qui offrent des prestations au niveau des aires de santé. Ces structures sont chargées de la collecte primaire des données sur des supports de collecte IST, PTME, CDV, PVVIH adultes, PVVIH enfants, PTME-Prise en Charge...) à partir des registres de consultation ou des fiches. Toutes les personnes qui offrent les services aux populations cibles ont la responsabilité de remplir quotidiennement les registres ou les fiches. Une ou deux personnes, selon la taille de la structure, seront identifiées pour compiler les données collectées. Cette compilation se fera au moyen d'une fiche mensuelle conçue par l'unité de suivi et évaluation du SEP/CNLS en collaboration avec la Direction de l'Information Sanitaire.

Le traitement et l'analyse des données se feront au niveau de la CSS. Les personnes chargées de la compilation des données bénéficieront de l'appui de l'équipe de suivi et évaluation de l'UDLS et de la DDS. Elles seront également chargées de veiller à la qualité des données. Les fiches mensuelles de compilation des données seront transmises par le responsable de la CSS à l'UDLS et à la DDS tous les 15 du mois suivant. Le rapport transmis à la DDS permet d'alimenter le volet VIH du système national d'information sanitaire (SNIS). Les structures du niveau 1 sont tenues de valider les données, de faire l'analyse et de prendre des décisions pour améliorer les performances de la réponse locale. Les données analysées et les décisions prises doivent être communiquées à l'ensemble des unités qui réalisent la collecte primaire.

✓ Niveau 2

Il est représenté par l'UDLS qui bénéficie de l'appui de la Direction Départementale de la Santé. Les données reçues du niveau 1 notamment des CSS et d'autres structures qui offrent des prestations sur la lutte contre le VIH au profit des populations, sont traitées et analysées au moyen d'une fiche trimestrielle élaborée par le SEP/CNLS. Les données traitées et analysées font l'objet d'une restitution au niveau du département, avant d'être transmises à l'échelon supérieur. Cet atelier de restitution est placé sous le patronage conjoint du Préfet et du Président du Conseil Départemental. Y prennent part les directeurs départementaux concernés, les représentants de la société civile et du patronat, les médecins chefs des CSS, les responsables des structures qui assurent la collecte primaire des données en dehors des CSS.

L'atelier de restitution, qui se déroule lors de la mission de suivi/supervision du niveau central, doit permettre de prendre des décisions pour améliorer les performances de la réponse départementale. Le rapport trimestriel produit au niveau du département est transmis au plus tard le 30 du premier mois du trimestre suivant au SEP/CNLS avec copie au PNLS ainsi qu'à toutes les structures qui participent à l'atelier de restitution et aux unités qui réalisent la collecte primaire.

✓ Niveau 3

Les données, en provenance des UDLS et des différentes composantes de la réponse nationale, sont traitées et analysées au niveau de l'Unité de Suivi et Evaluation du SEP/CNLS. Le traitement des données se fait sur la base du logiciel Excel. Le SEP/CNLS à travers son Unité de Suivi et Evaluation produit chaque semestre un rapport de suivi des indicateurs pour mesurer le niveau d'atteinte des résultats. Ce rapport est partagé avec l'ensemble des partenaires et transmis aux UDLS dans le cadre de la retro-information.

5.10.2. Mécanisme de suivi et évaluation

Le suivi-évaluation du cadre sera réalisé à travers le rapport semestriel de suivi-évaluation, le rapport annuel d'exécution, l'évaluation intermédiaire et l'évaluation finale.

Les revues annuelles du cadre stratégique se feront au quatrième trimestre et coïncide avec la tenue du conseil. Ces revues sont destinées à faire le point sur l'état de mise en œuvre du cadre stratégique. L'évaluation à mi-parcours permet de s'assurer de l'adéquation entre les résultats poursuivis et les résultats atteints dans une perspective d'amélioration de la performance dans la mise en œuvre du CSN. L'évaluation finale du cadre stratégique interviendra à la fin de la mise en œuvre du plan stratégique. Elle permettra d'apprécier, entre autres, le degré d'atteinte des objectifs, la pérennité et la durabilité des acquis.

5.10.3. Cadre de résultats 2014-2018

Impacts/Effets/Produits	Indicateurs	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Impacts :								
Impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici fin 2018	Prévalence du VIH chez les adultes de 15-49 ans	2,70%	Spectrum 2013	2,50%	2,40%	2,30%	2,10%	2,00%
	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	1,32%	Spectrum 2013	1,21%	1,16%	1,11%	1,06%	0,99%
	Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	3,20%	Spectrum 2013	3,00%	2,90%	2,80%	2,60%	2,50%
	Prévalence VIH chez les professionnelles du sexe	7,50%	BBS 2012	6,90%	6,60%	6,30%	6,10%	5,80%
	Prévalence du VIH chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	26,10%	BBS 2012	24,00%	22,90%	22,00%	21,10%	20,30%
	Prévalence du VIH chez les personnes en milieu carcéral	8,30%	BBS 2012	7,90%	7,50%	7,20%	7,00%	6,70%
Impact 2 : Les nouvelles infections de nourrissons nés des mères séropositives sont réduites à moins de 5% d'ici fin 2018	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	17,10%	Spectrum 2013	10%	7%	5%	4%	3%
Impact 3 : La qualité de vie des patients vivant avec le VIH (Adultes et enfants) et de leur entourage est améliorée d'ici à fin 2018	Pourcentage d'adultes séropositifs qui sont toujours sous traitement 12 mois après le début de leur mise sous thérapie antirétrovirale	78,50%	Rapport CNLS 2012	80%	82%	83%	84%	85%
	Pourcentage d'enfants séropositifs qui sont toujours sous traitement 12 mois après le début de leur mise sous thérapie antirétrovirale	79,30%	Rapport CNLS 2012	80%	82%	83%	84%	85%
Impact 4 : La gouvernance de la réponse nationale est performante	Taux de mobilisation des ressources nationales et internationales		REDES 2011	80%	80%	80%	80%	80%

Impacts/Effets/Produits	Indicateurs	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici fin 2018								
Effet 1.1. Au moins 85% des populations clés (PS, HSH, PC) les plus exposés au VIH ont des comportements et des pratiques sexuels à moindre risque d'ici fin 2018	Ind. 1.1.1 Pourcentage de professionnelles du sexe touchées par les programmes de prévention du VIH	24%	Rapport CNLS 2011	82%	84%	86%	88%	90%
	Ind 1.1.2 Pourcentage de professionnelles du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	81%	BBS 2012	81%	82%	83%	84%	85%
	Ind 1.1.3 Pourcentage de professionnelles du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	50%	BBS 2012	55%	63%	70%	78%	85%
	Ind 1.1.4 Pourcentage des HSH touchés par les programmes de prévention du VIH	75%	Rapport CNLS 2011	75%	79%	83%	88%	90%
	Ind 1.1.5 Pourcentage des HSH qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	64%	BBS 2012	65%	70%	75%	80%	85%

Impacts/Effets/Produits	Indicateurs	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici fin 2018								
Effet 1.1. Au moins 85% des populations clés (PS, HSH, PC) les plus exposés au VIH ont des comportements et des pratiques sexuels à moindre risque d'ici fin 2018	Ind 1.1.6 Pourcentage des HSH qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	30%	BBS 2012	35%	48%	60%	73%	85%
	Ind 1.1.7 Pourcentage de <i>personnes</i> en milieu carcéral touchés par les programmes de prévention du VIH	63%	Rapport CNLS 2011	75%	79%	83%	86%	90%
	Ind 1.1.8 Pourcentage de personnes en milieu carcéral qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	25%	BBS 2012	35%	48%	60%	73%	85%

Impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici fin 2018

Effet 1.2. Au moins 50 % de la population de 15-49 ans ont des comportements et des pratiques sexuels à moindre risque d'ici à fin 2018	Ind 1.2.1 Pourcentage des hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	H=32,6%	EDS 2011-2012	34%	37%	40%	42%	45%
		F=20,2%		22%	27%	31%	36%	40%
	Ind 1.2.2 Pourcentage des hommes et femmes 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 sexuel	H=34,4% F= 38,7%	EDS 2011-2012	36%	47%	57%	68%	70%
	Ind 1.2.3 Pourcentage des hommes et femmes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	H=12,4%	EDS 2011-2012	15%	26%	38%	49%	60%
		F=12,9%		15%	29,20%	43,30%	57,50%	60%
Effet 1.3. 100% des produits sanguins sont testés aux quatre marqueurs (VIH, HVC, HVB, syphilis) d'ici à fin 2018	Ind Pourcentage des produits sanguins qui sont testés aux quatre marqueurs	100%	Rapport CNLS 2012	100%	100%	100%	100%	100%

Impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites d'au moins 50% dans les populations clés les plus exposées au risque VIH et dans la population générale d'ici fin 2018

Effet 1.4. Au moins 90% des populations clés les plus exposées et de la population de 15-49 ans atteintes d'IST et se présentant au près des formations sanitaires bénéficient d'un traitement d'ici à fin 2018 selon les protocoles nationaux	Ind 1.4.1 Pourcentage des cas d'IST chez les PS diagnostiqués et traités selon l'approche étiologique	51%	MOT 2013	68%	70%	72%	74%	76%
	Ind 1.4.2 Pourcentage des cas d'IST chez les HSH diagnostiqués et traités selon les protocoles nationaux	72%	MOT 2013	73%	75%	77%	78%	80%
	Ind 1.4.3 Pourcentage des cas d'IST chez les PC diagnostiqués et traités selon les protocoles nationaux	ND		50%	58%	65%	73%	80%
	Ind 1.4.4 Pourcentage des hommes et femmes âgés de 15-49 ans atteints des IST traités conformément aux normes et directives nationales.	9%	Rapport CNLS 2012	10%	20%	30%	40%	50%

Impact 2 : Les nouvelles infections de nourrissons nés des mères séropositives sont réduites à moins de 5% d'ici fin 2018

Effet 2.1. Au moins 85% des femmes en âge de procréer et leur partenaire adoptent des comportements et pratiques sexuels à moindre risque pour éviter la contamination du VIH d'ici à fin 2018	Ind 2.1.1 Pourcentage de femmes en âge de procréer ayant bénéficié des activités de CCC	30%	EDS 2011-2012	32%	44%	56%	67%	70%
	Ind 2.1.2 Pourcentage des femmes enceintes reçues en CPN ayant bénéficié d'un test VIH et qui retirent leurs résultats	28%	EDS 2011-2012	30%	42%	53%	65%	85%
	Ind 2.1.3 Pourcentage de femmes en âge de procréer qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel occasionnel	45%	EDS 2011-2012	47%	55,80%	64,70%	73,50%	85%

Impact 2 : Les nouvelles infections de nourrissons nés des mères séropositives sont réduites à moins de 5% d'ici fin 2018								
Effet 2.2. Au moins 60% des femmes vivant avec le VIH utilisent des méthodes contraceptives modernes pour la prévention des grossesses non désirées d'ici à fin 2018	<u>nd</u> 2.2.1 Pourcentage des femmes séropositives qui utilisent au moins une méthode contraceptive moderne	22%	EDS 2011-2012	25%	38%	50%	63%	70%
Effet 2.3. Au moins 85% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un paquet de service (prévention, TAR, soins, soutien) pour réduire la TME et assurer la survie des mères d'ici fin 2018	<u>Ind</u> Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire la TME	19%	Rapport CNLS 2012/Spectrum	22%	38%	58%	71%	85%
Effet 2.4. Au moins 85% des enfants nés des mères séropositives bénéficient d'un paquet de service (prévention, TAR, soins, soutien) pour réduire la TME d'ici à fin 2018	<u>Ind</u> 2.4.1 Pourcentage des enfants nés des mères séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire la TME	30%	Rapport CNLS 2012/Spectrum	35%	46%	57%	68%	85%
	<u>Ind</u> 2.4.2 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	24%	Rapport CNLS 2012/Spectrum	27%	42%	56%	75%	85%
	<u>Ind</u> 2.4.3 Pourcentage de couples mère-enfant qui ont bénéficié d'au moins un soutien psychologique, social ou juridique parmi ceux qui sont suivis.	ND		35%	46%	57%	68%	85%

Impact 3 : La qualité de vie des patients vivant avec le VIH (Adultes et enfants) et de leur entourage est améliorée d'ici à fin 2018

Effet 3.1. Au moins 70% des Adultes et 60% d'Enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge médicale de qualité d'ici à fin 2018	Ind 3.1.1 Pourcentage d'adultes éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès	45%	Rapport CNLS 2012/Spectrum	47%	53%	59%	64%	70%
	Ind 3.1.2 Pourcentage d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès	15%	Rapport CNLS 2012/Spectrum	20%	29%	40%	50%	60%
	Ind 3.1.3 Pourcentage d'adultes éligible à un traitement prophylactique au cotrimoxazole qui y ont accès	ND	ND	70%	70%	70%	70%	80%
	Ind 3.1.4 Pourcentage des enfants éligible à un traitement prophylactique au cotrimoxazole qui y ont accès	ND	ND	50%	55%	60%	65%	70%
	Ind 3.1.5 Pourcentage de PVVIH présentant une coïnfection VIH/TB bénéficiant du traitement de la co-infection VIH/TB selon le protocole national	ND	ND	100%	100%	100%	100%	100%
	Ind 3.1.6 Pourcentage d'adultes sous TAR ayant bénéficié d'un accompagnement pour l'observance au traitement	ND	ND	90%	90%	90%	90%	90%
	Ind 3.1.7 Pourcentage d'enfants sous TAR ayant bénéficié d'un accompagnement pour l'observance au traitement			90%	90%	90%	90%	90%

Impact 3 : La qualité de vie des patients vivant avec le VIH (Adultes et enfants) et de leur entourage est améliorée d'ici à fin 2018								
Effet 3.2. Au moins 70% des Adultes et Enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale, nutritionnelle et juridique de qualité d'ici à fin 2018	Ind 3.2.1 Pourcentage des enfants ayant bénéficié d'au moins un service de soutien psychologique, social et juridique	ND	ND	20%	33%	47%	60%	80%
	Ind 3.2.2 Pourcentage des adultes ayant bénéficié d'au moins un service de soutien psychologique, social et juridique	ND	ND	20%	33%	47%	60%	80%
	Ind 3.2.3 Pourcentage des cas de violation de la loi déclarée et pris en charge	ND	ND	100%	100%	100%	100%	100%
	Ind 3.2.4 Pourcentage des PVVIH malnutries ayant bénéficié d'un appui nutritionnel	ND	ND	8%%	20%	45%	75%	98%
Effet 3.3. Au moins 50% de la population ont des attitudes de tolérance envers les PVVIH d'ici à fin 2018	Ind Pourcentage des hommes et femmes âgés de 15-49 ans exprimant des attitudes de tolérance, dans des situations déterminées, à l'égard des personnes vivant avec le VIH	H=18,7%	EDS 2011-2012	20%	24%	29%	33%	50%
		F=3,9%		5%	9%	13%	18%	30%
Effet 3.4. Au moins 30% des enfants rendus orphelins par le sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, bénéficient du paquet de services sociaux de base d'ici à fin 2018	Ind Pourcentage d'enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, qui vivent dans un ménage ayant reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base	28%	Rapport CNLS	30%	30%	30%	30%	30%
Impact 4 : La gouvernance de la réponse nationale est performante								
Effet 4.1. Au moins 70% des ressources nationales et internationales sont mobilisés pour la mise en œuvre du CSN 2014-2018	Ind Pourcentage des financements intérieurs pour la lutte contre le VIH/SIDA	49%	REDES 2011	80%	80%	80%	80%	80%

Impacts/Effets/Produits	Indicateurs	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Produits :								
Produit 1.1.1 : 13 500 PS, 440 HSH ont accès au préservatif	Nombre de PS ayant accès au préservatif	4 387	BBS 2012	5 440	6 829	8 571	10 756	13 496
	Nombre de HSH accédant au préservatif	291	Rapport CNLS 2011	304	336	370	405	442
Produit 1.1.2 : 14 290 PS, 468 HSH, 1 120 PC, 38 000 autochtones touchés par des activités de CCC	Nombre de PS touchées par des activités de CCC	1 274	Rapport CNLS 2011	5 507	6 996	8 880	11 268	14 290
	Nombre de HSH touchés par des activités de CCC	340	Rapport CNLS 2011	350	379	409	445	468
	Nombre de PC touchées par des activités de CCC	599	Rapport CNLS 2012	842	910	981	1042	1120
	Nombre des autochtones touchés par des activités de CCC (7% de la population générale de 15-49 ans)	8 400	Rapport CNLS 2010	11 031	14 495	21 160	28 967	38 062
Produit 1.1.3 : 13 500 PS, 440 HSH, 1 060 PC 32 610 autochtones ont réalisé le test de dépistage et connaissent leurs résultats	Nombre de PS ayant réalisé le test et connaissant leurs résultats	2694	BBS 2012	3 694	5 247	7 228	9 988	13 496
	Nombre de HSH ayant réalisé le test et connaissant leurs résultats	120	BBS 2012	163	230	296	369	442
	Nombre de PC ayant réalisé le test et connaissant leurs résultats	234	BBS 2012	393	553	709	885	1057
	Nombre des autochtones ayant réalisé le test de dépistage (7% de la population générale de 15-49ans)	ND	ND	8 242	11 482	19 533	25 532	32 608
Produit 1.2.1 : 990 120 personnes âgées de 15-49 ans touchées par des activités de CCC	Nombre des hommes âgés de 15-49 ans touchés par des activités de CCC	-	-	365 448	406 280	448 286	480 646	526 217
	Nombre des femmes âgées de 15-49 ans touchées par des activités de CCC	-	-	234 490	294 036	344 601	408 692	463 905
	Nombre des hommes en uniforme touchés par le CCC	7 766	Rapport CNLS 2011	7 857	8 572	9 236	10 002	10 716

Impacts/Effets/Produits	Indicateurs	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Produits :								
	Nombre d'entreprises ayant mis en œuvre au moins 50% des activités inscrites dans leur plan d'action annuel	50	Rapport CNLS 2012	65	80	95	110	125
	Nombre de travailleurs bénéficiant des activités de CCC	6 077	Rapport CNLS 2013	7 500	9 375	11 250	13 125	15 000
Produit 1.2.2 : 1 397 500 personnes âgées de 15-49 ans ont réalisé le test de dépistage et connaissent leurs résultats	Nombre des hommes âgés de 15-49 ans ayant réalisé le test et connaissant leurs résultats	41 878	Rapport CNLS 2012	161 227	285 494	425 871	560 754	701 622
	Nombre de femmes âgées de 15-49 ans ayant réalisé le test et connaissant leurs résultats			159 879	283 146	422 414	556 275	695 858
Produit 1.3.1 : 93 130 poches de produits sanguins labiles sont sécurisées par an aux quatre marqueurs	Nombre de poches de produits sanguins labiles sécurisées aux quatre marqueurs	26 950	Rapport CNLS 2012	85 856	87 610	89 407	91 248	93 134
Produit 1.4.1 : 12 830 cas d'IST chez les PS sont diagnostiqués et traités selon les protocoles nationaux	Nombre d'épisode d'IST chez les PS diagnostiqués et traités selon les protocoles nationaux	ND		8 719	9 218	9 736	10 276	10 836
Produit 1.4.1 : 690 cas d'IST chez les HSH sont diagnostiqués et traités selon les protocoles nationaux	Nombre des cas d'épisode d'IST chez les HSH diagnostiqués et traités selon les protocoles nationaux	ND		400	528	557	580	611
Produit 1.4.1 : 1 930 cas d'IST chez les PC sont diagnostiqués et traités selon les protocoles nationaux	Nombre des cas d'épisode d'IST chez les PC diagnostiqués et traités selon les protocoles nationaux	ND		965	1 150	1 322	1 526	1 717

Impacts/Effets/Produits	Indicateurs	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Produits :								
Produit 1.4.2 : 116 460 cas d'IST chez les populations de 15-49 ans sont diagnostiqués et traités selon les protocoles nationaux	Nombre des cas d'épisode d'IST chez les populations de 15-49 ans diagnostiqués et traités selon les protocoles nationaux	18 000	Rapport CNLS2012	21 407	43 742	66 970	91 186	116 457
Produit 2.1.1 : 811 840 femmes en âge de procréer et leur partenaire bénéficient des activités de CCC	Nombre de femmes en âge de procréer ayant bénéficié des activités de CCC	ND	ND	341 076	479 170	622 504	760 621	811 835
Produit 2.1.2 : 160 960 femmes enceintes reçues à la CPN ont bénéficié du dépistage et connaissant leur statut sérologique	Nombre des femmes enceintes reçues en CPN ayant bénéficié d'un test VIH et qui retirent leurs résultats	15 546	Rapport CNLS 2012/Spectrum	52 415	74 863	96 386	120 616	160 956
Produit 2.2.1 : 20 364 femmes séropositives sont informées sur les méthodes contraceptives modernes	Nombre des femmes séropositives ayant bénéficié des activités de CCC sur la contraception moderne	ND		8 240	12 162	15 517	18 971	20 364
Produit 2.2.2 : 20 364 femmes séropositives et leur partenaire ont accès à 2 932 480 préservatifs	Nombre des femmes séropositives qui ont bénéficié des préservatifs	ND		8240	12162	15 517	18 971	20 364
Produit 2.3.1 : 2 390 femmes enceintes séropositives ont reçu le traitement ARV pour réduire la TME	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire la TME	581	Rapport CNLS 2012/Spectrum	730	1 200	1 762	2 076	2 388

Impacts/Effets/Produits	Indicateurs	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Produits :								
Produit 2.4.1 : 1 980 enfants nés de mères séropositives ont reçu le traitement ARV pour réduire la TME	Nombre des enfants nés des mères séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire la TME	396	Rapport CNLS 2012/Spectrum	978	1 204	1 454	1 641	1 984
Produit 2.4.2 : 1 980 enfants nés de mères séropositives ont bénéficié de la PCR dans les deux premiers mois de vie	Nombre 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	317	Rapport CNLS 2012/Spectrum	754	1 104	1 436	1 823	1 984
Produit 3.1.1 : 35 280 adultes et 7 000 enfants bénéficient de traitement ARV	Nombre d'adultes éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès	16 086	Rapport CNLS 2012	26 216	28 826	31 284	33 135	35 279
	Nombre d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès	1 148	Rapport CNLS 2012	2 495	3 650	4 930	6 009	7 004
Produit 3.1.2 : 38 030 adultes et 7 950 enfants bénéficient d'un traitement au cotrimoxazole	Nombre d'adultes éligible à un traitement prophylactique au cotrimoxazole qui ont accès	ND	ND	36 597	35 692	34 847	34 089	38 030
	Nombre d'enfants éligible à un traitement prophylactique au cotrimoxazole qui ont accès	ND	ND	6 242	6 739	7 226	7 623	7 949
Produit 3.1.3 : 6 500 PVVIH co-infectés (TB/VIH) pris en charge selon les recommandations nationales	Nombre des PVVIH sous TAR ayant développés la TB et bénéficient du traitement selon le protocole national	ND	ND	1432	1705	1970	2216	2618
	Nombre de personnes traitées pour TB et dépistées VIH+ bénéficiant du Traitement selon le protocole national	ND	ND	3388	3506	3628	3755	3886

Impacts/Effets/Produits	Indicateurs	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Produits :								
Produit 3.1.4 : 31 750 adultes et 6300 enfants bénéficient d'un accompagnement pour l'observance au traitement	Nombre d'adultes sous TAR ayant bénéficié d'un accompagnement pour l'observance au traitement	ND	ND	23 595	25 943	28 155	29 822	31 751
	Nombre d'enfants sous TAR ayant bénéficié d'un accompagnement pour l'observance au traitement	ND	ND	2 188	3 285	4 437	5 408	6 304
Produit 3.2.1 : 40 320 PVVIH et 9 340 EVVIH bénéficient d'une prise en charge psychologique, sociale et nutritionnelle	Nombre des adultes ayant bénéficié d'au moins un service de soutien psychologique, social et juridique	ND	ND	11 156	17 948	24 921	31 064	40 319
	Nombre des enfants ayant bénéficié d'au moins un service de soutien psychologique, social et juridique	ND	ND	2 559	4 153	5 793	7 210	9 339
	Nombre des PVVIH ayant bénéficiant d'un appui nutritionnel	ND	ND	2 600	6 000	12 000	20 000	25 000
Produit 3.3.1 : 584 680 hommes et 337 930 femmes sensibilisées sur la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH	Nombre des hommes et femmes âgés de 15-49 ans sensibilisés sur la stigmatisation	H	EDS 2011-2012	214 969	263 533	325 007	377 650	584 685
		F		53 293	98 012	144 510	204 346	347 929

Impacts/Effets/Produits	Indicateurs	Données de base	Source et Année	2014	2015	2016	2017	2018
Produits :								
Produit 3.3.2 : 638 personnes formées sur la lutte contre la stigmatisation	Nombre de personnes formées sur la lutte contre la stigmatisation	ND	ND	269	321	381	443	638
Produit 3.4.1 : 5 250 OEV ont bénéficié des services sociaux de base	Nombre d'enfants rendus orphelins par le Sida et enfants de parents vivant avec le VIH, les plus vulnérables, qui vivent dans un ménage ayant reçu un soutien extérieur gratuit en vue d'assurer leur accès aux services sociaux de base	5 700	Rapport CNLS 2012	5 251	5 030	4 817	4 608	4 401
Produit 4.1.1 : Tous les organes de coordination sont opérationnels	Nombre de rencontre annuelle du CNLS	1	Rapport CNLS 2012	1		1		1
	Nombre de sessions annuelles du comité de pilotage	1	Rapport CNLS 2012	2	2	2	2	2
	Nombre de réunions annuelles de coordination du SEP/CNLS	4	Rapport CNLS 2012	4	4	4	4	4
	Nombre de ministères ayant une ULS fonctionnelle	23	Rapport CNLS 2012	24	26	30	34	38
Produit 4.3.1: Les ressources allouées sont gérées de façon efficace et efficiente avec obligation de rendre compte par le FNLS	Montant des dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories de dépenses et sources de financement	8 236 292 826	REDES 2011	11 096 593 112	15 522 087 911	21 145 789 976	26 005 604 860	31 805 771 814

5.11. Cadre budgétaire du CSN 2014-2018

Le coût du Cadre Stratégique National 2014-2018 a été estimé à l'aide de l'outil « *Ressources Needs Model* » (RNM). Ce modèle, mis en place par l'ONUSIDA avec l'appui technique de Future Institute, est recommandé aux différents pays pour la budgétisation des plans stratégiques de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

La détermination des besoins financiers s'est faite à partir des données de base de l'année 2008, des données issues des études, et des données de population du logiciel *SPECTRUM*.

L'estimation des coûts du CSN s'est faite en trois étapes notamment : i) la collecte des données épidémiologiques et des coûts unitaires ; ii) la fixation des cibles ; iii) le traitement des données et la vérification des projections financières.

Le budget prévisionnel global du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida et les IST 2014-2018 s'élève à **Cent cinq milliards cinq cent soixante quinze millions huit cent quarante sept milles six cent soixante douze (105 575 847 672) francs FCFA**. Soit 169 938 792,18 Euros.

Budget prévisionnel global des interventions du CSN 2014 – 2018

Axes stratégiques / Interventions	2014	2015	2016	2017	2018	2014-2018	%
Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST	5 238 167 955	7 136 988 832	9 146 180 635	11 263 037 456	13 537 290 303	46 321 665 182	43,88%
<i>Populations prioritaires</i>							
Interventions centrées sur les jeunes	168 182 188	203 902 321	256 191 512	312 558 987	373 271 625	1 314 106 632	1,24%
Professionnelles du sexe et clients	197 237 503	250 544 549	318 050 093	403 577 746	511 803 513	1 681 213 404	1,59%
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	17 828 107	19 223 067	20 692 134	22 214 605	23 809 500	103 767 414	0,10%
Population en milieu carcéral	3 367 332	3 627 627	3 899 181	4 182 403	4 477 717	19 554 259	0,02%
Programmes sur le lieu de travail	30 000 000	37 500 000	45 000 000	52 500 000	60 000 000	225 000 000	0,21%
Hommes en uniformes et leurs dépendances	31 426 000	34 287 400	37 145 000	40 006 400	42 864 000	185 728 800	0,18%
IEC/CCC	1 199 874 720	1 384 252 211	1 574 565 465	1 773 044 677	1 980 244 145	7 911 981 218	7,49%
<i>Prestation de services</i>							
Fourniture de préservatifs	555 771 577	750 291 660	962 602 425	1 203 181 579	1 503 977 002	4 975 824 243	4,71%
Traitement des IST	24 318 446	49 690 399	76 077 774	103 587 287	132 294 806	385 968 712	0,37%
Conseil et dépistage volontaire	1 364 701 529	2 439 958 267	3 557 774 415	4 723 149 448	5 939 291 455	18 024 875 114	17,07%
PTME	575 876 434	851 434 943	1 137 161 947	1 420 238 595	1 711 440 399	5 696 152 317	5,40%
<i>Soins de santé</i>							
Sécurité du sang	1 029 409 124	1 050 440 783	1 071 986 333	1 094 057 765	1 116 671 384	5 362 565 388	5,08%
<i>Lutte contre les violences faites aux femmes</i>	40 174 996	61 835 605	85 034 357	110 737 965	137 144 757	434 927 679	0,41%
Intensification de la prise en charge globale	2 837 006 195	5 291 967 715	7 945 725 093	10 995 293 422	14 028 805 834	41 098 798 258	38,93%
Thérapie ARV	2 034 829 794	4 532 577 706	7 237 838 421	10 337 683 582	13 420 791 303	37 563 720 805	35,58%
Soins et prophylaxie non ARV	229 828 301	211 174 508	182 822 772	155 337 840	128 305 531	907 468 952	0,86%
Soins aux EVVIH	572 348 100	548 215 500	525 063 900	502 272 000	479 709 000	2 627 608 500	2,49%
Renforcement de la gouvernance	3 021 418 963	3 093 131 363	4 053 884 248	3 747 273 982	4 239 675 677	18 155 384 233	17,20%
Gestion des programmes	321 399 966	494 684 838	680 274 855	885 903 717	1 097 158 055	3 479 421 430	3,30%
Recherche	80 349 992	123 671 209	170 068 714	221 475 929	274 289 514	869 855 358	0,82%
Suivi et évaluation	748 779 392	574 829 840	960 793 344	539 827 648	710 238 080	3 534 468 304	3,35%
Communication stratégique	40 174 996	61 835 605	85 034 357	110 737 965	137 144 757	434 927 679	0,41%
Approvisionnement, magasins, transport	350 889 736	611 013 655	674 965 783	664 427 787	822 868 541	3 124 165 503	2,96%
RH au niveau des programmes	920 247 611	923 687 216	923 687 216	923 687 216	923 687 216	4 614 996 474	4,37%

Formation	80 349 992	123 671 209	170 068 714	221 475 929	274 289 514	869 855 358	0,82%
Équipement de laboratoire	479 227 279	179 737 791	388 991 266	179 737 791	0	1 227 694 128	1,16%
Total Unité de CFA	11 096 593 112	15 522 087 911	21 145 789 976	26 005 604 860	31 805 771 814	105 575 847 672	100%
Total Unité de €	16 915 538,28	23 661 719,38	32 234 435,94	39 642 690,34	48 484 408,25	160 938 792,18	100%

La répartition de ce budget par axe stratégique montre que le **Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST** (axe 1) représente **43,88%** contre **38,93%** pour l'**Intensification de la prise en charge globale** (axe 2) et **17,20%** pour le **Renforcement de la gouvernance** (axe 3). Le graphique suivant illustre cette répartition.

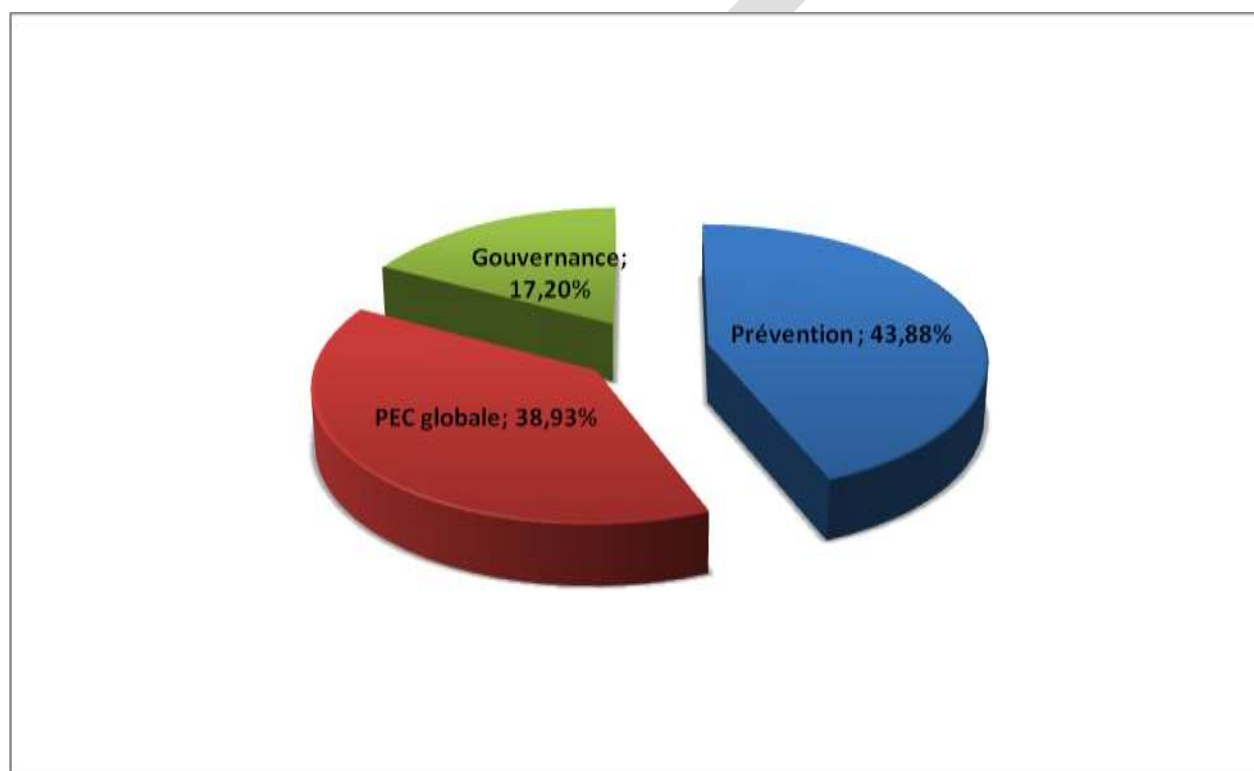


Figure IV : Répartition du budget global par axe stratégique

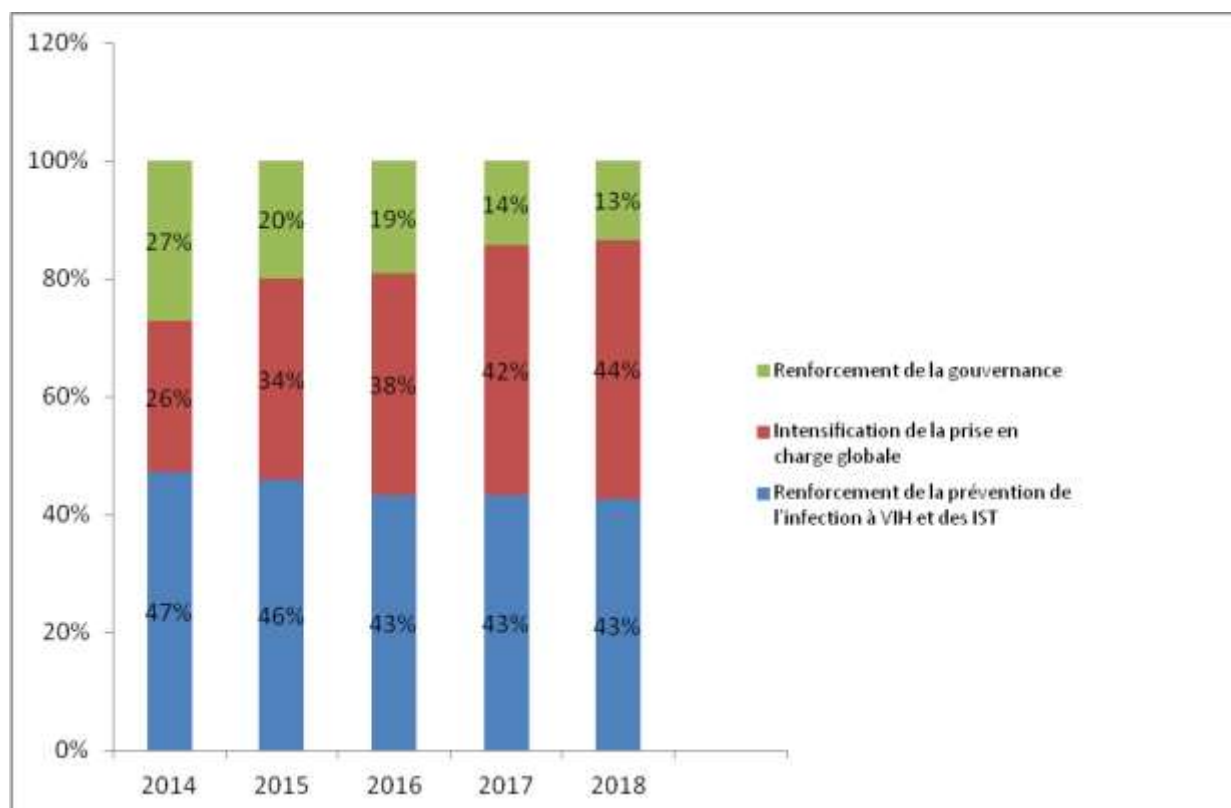


Figure V : Répartition du budget global par axe stratégique et par an

5.11.2. Affectation des ressources

5.11.2.1. Budget de l'axe Prévention

Le coût de l'axe stratégique 1 « **Renforcement de la prévention de l'infection à VIH et des IST** » évalué à **quarante six milliards trois cent vingt un millions six cent soixante cinq mille cent quatre vingt deux (46 321 665 182) francs CFA** comprend essentiellement :

- les services offerts aux populations prioritaires à hauteur de **11 441 351 728 FCFA**, soit 25 % du budget de l'axe 1 ;
- les prestations de services (fournitures de préservatifs, traitement des IST, conseil dépistage, PTME, IEC/CCC) d'un coût de **29 082 820 387 FCFA**, soit 63 % ;
- les soins de santé (sécurité du sang) estimés à **5 362 565 388 FCFA**, soit 12 % ;
- la lutte contre les violences faites aux femmes pour un coût de **434 927 679 FCFA**, soit 1 %.

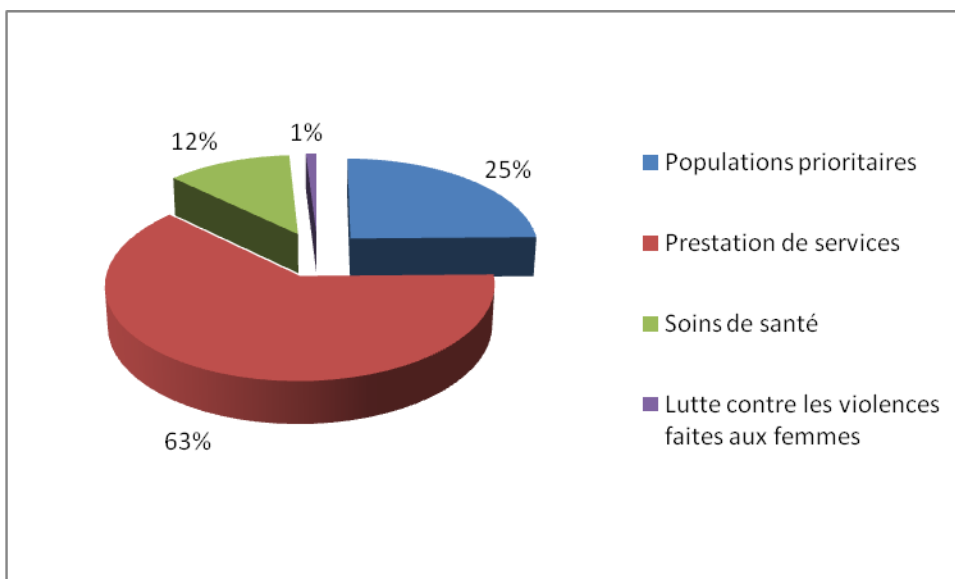


Figure VI : Répartition du budget de l'axe 1 (Prévention)

Le budget des interventions à l'endroit des groupes prioritaires se répartit comme suit :

- Les jeunes : **1 314 106 632 FCFA**, soit 11 % du montant des cibles prioritaires ;
- Les professionnelles du sexe et clients : **1 681 213 404 FCFA**, soit 15 % ;
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) : **1 03 767 414 FCFA**, soit 1 % ;
- Les populations en milieu carcéral : **19 554 259 FCFA**, soit 0,2 % ;
- Les programmes en milieu de travail : **225 000 000 FCFA**, soit 2 % ;
- Les hommes en uniformes et leurs dépendances : **185 728 800 FCFA**, soit 2 %.
- L'IEC/CCC : **7 911 981 218 FCFA**, soit 69 % ;

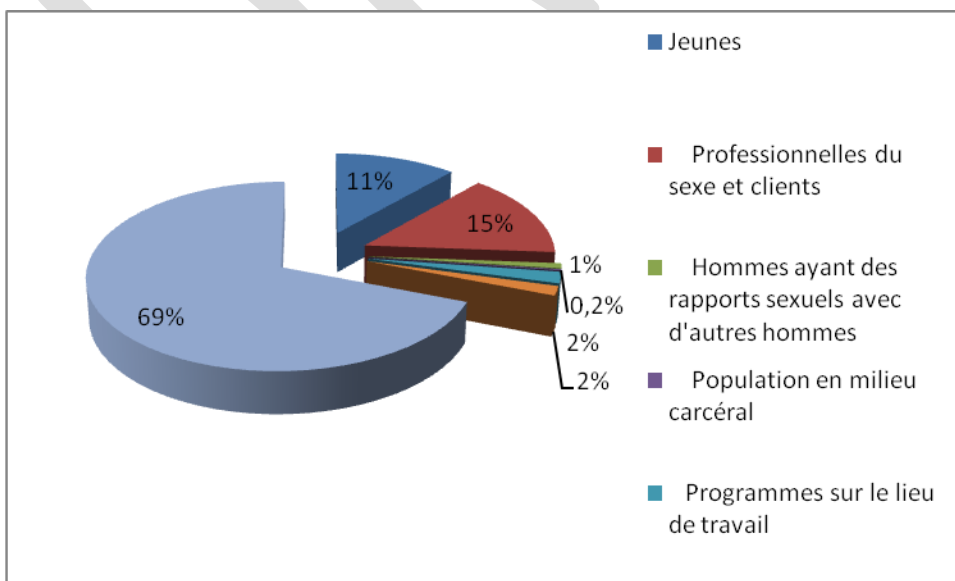


Figure VII : Affectation des ressources de « Prévention » par population bénéficiaire

L'affectation des ressources par prestation de services se présente comme suit :

- La fourniture de **préservatifs** : **4 975 824 243 FCFA**, soit 17 % ;
- Le traitement des IST : **385 968 712 FCFA**, soit 1 % ;
- Le conseil et dépistage volontaire (CDV) : **1 8024 875 114 FCFA**, soit 62 % ;
- La PTME : **5 696 152 317 FCFA**, soit 30 % ;

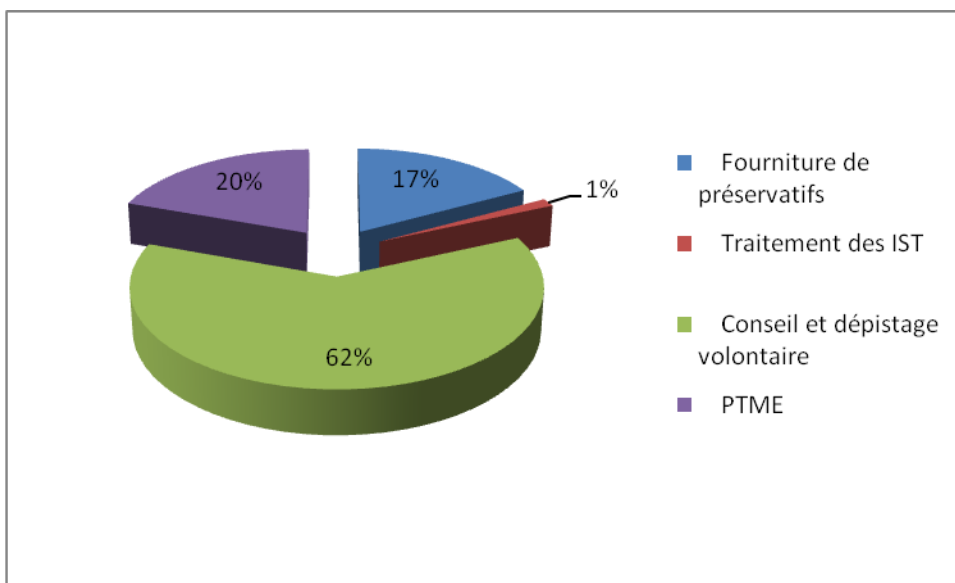


Figure VIII : Affectation des ressources de « Prévention » par prestations de services

5.11.2.2. Budget de l'axe Prise en charge globale

L'axe stratégique 2 « **Intensification de la prise en charge globale** » est évalué à **quarante un milliards quatre vingt dix huit millions sept cent quatre vingt dix huit mille deux cent cinquante huit (41 098 798 258) francs CFA**, soit 39 % du coût total du CSN. Il est réparti comme suit :

- la thérapie ARV y compris le suivi biologique : **37 563 720 805 FCFA**, soit 23 % du coût de l'axe stratégique 2 ;
- les soins et prophylaxie non ARV : **907 468 952 FCFA**, soit 31 % ;
- les soins des enfants vivant avec le VIH (EVVIH) : **2 627 608 500 FCFA**, soit 4 %.

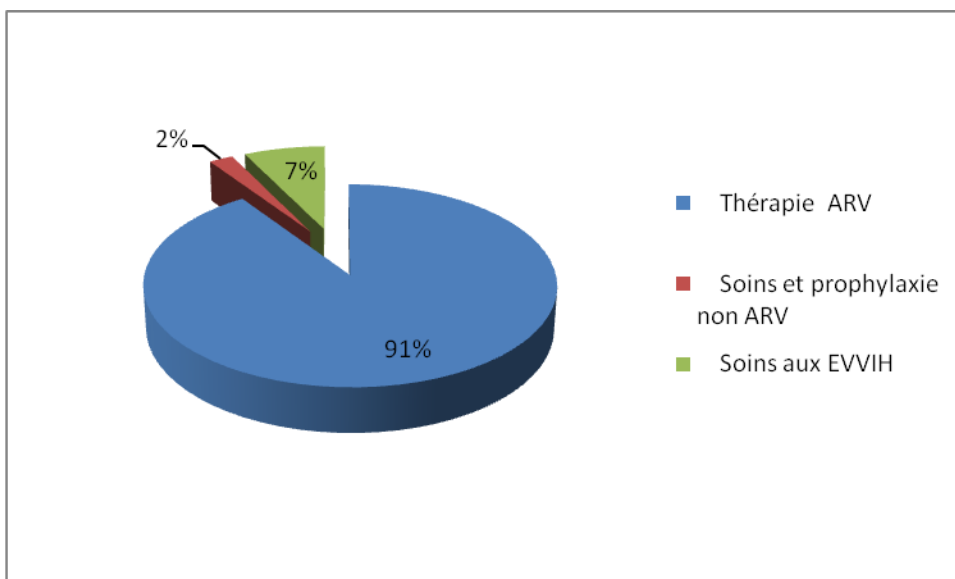


Figure VIX : Répartition du budget de l'axe 2

5.11.2.1. Budget de l'axe Gouvernance

L'axe stratégique 3 « **Renforcement de la gouvernance** » est estimé à **quarante milliards sept cent soixante quatorze millions cinq cent cinquante six mille huit cent vingt neuf (18 155 384 233) francs CFA**, soit 17 % du budget global du CSN.

Les ressources de cet axe sont affectées de la manière suivante :

- la gestion des programmes : **3 479 421 430 FCFA**, soit 19% du budget de l'axe 3;
- la recherche : **869 855 358 FCFA**, soit 5% ;
- le suivi et évaluation : **3 534 468 304 FCFA**, soit 19% ;
- la communication stratégique : **434 927 679 FCFA**, soit 2 % ;
- l'approvisionnement, magasins et transport : **3 124 165 503 FCFA**, soit 17% ;
- les ressources humaines au niveau des programmes : **4 614 996 474 FCFA**, soit 25 % ;
- la formation : **869 855 358 FCFA**, soit 5% ;
- l'équipement de laboratoire : **1 227 694 128 FCFA**, soit 7%.

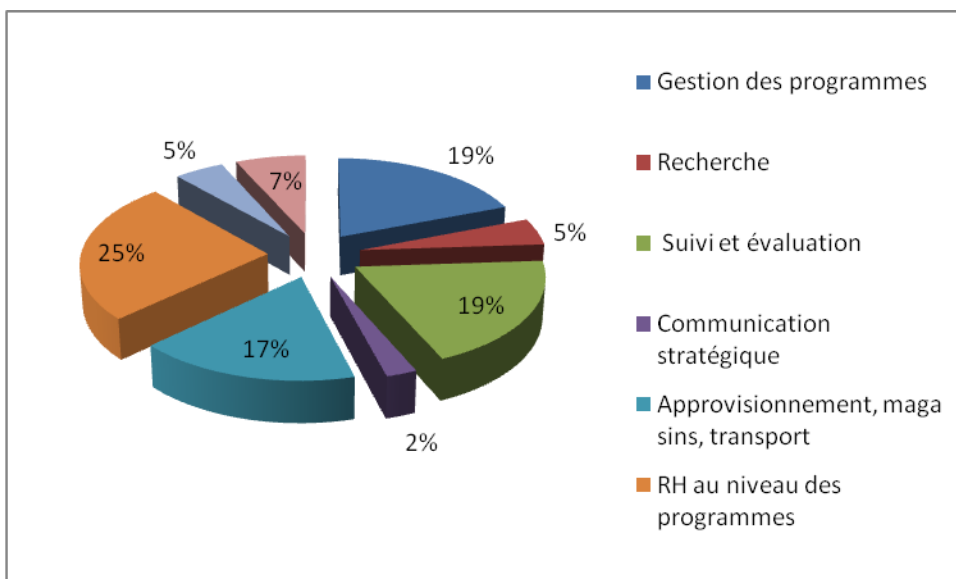


Figure X : Répartition du budget de l'axe 3

5.11.3. Financement du budget du CSN 2014-2018

La mise en œuvre du CSN 2014-2018 sera financée par l'Etat Congolais et tous ses partenaires financiers (multilatéraux, bilatéraux, organisations et fondations internationales...).

Le montant des financements déclarés par certains de ces partenaires pour appuyer la mise en œuvre du CSN 2014-2018 s'élève à **xxxxxxxxxx FCFA**, soit **xx %** du budget total. Le besoin de financement restant à rechercher est de **xxxxxxxxxx FCFA** soit **xx %** du budget.