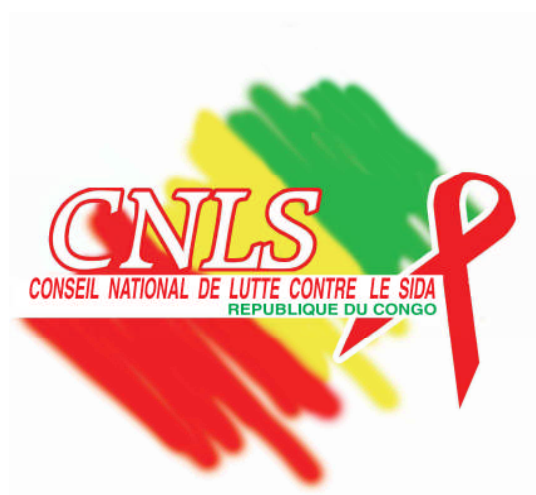


REPUBLIQUE DU CONGO

Conseil National de Lutte Contre le SIDA



**CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST
2009-2013**

VOLUME 1

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
Liste des figures.....	4
Liste des tableaux.....	4
LISTE DES ACRONYMES.....	5
PREFACE	7
REMERCIEMENTS	7
RESUME D'ORIENTATION.....	9
SECTION I : ANALYSE DE LA SITUATION DE L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA EN REPUBLIQUE DU CONGO.....	11
I- 1. PRESENTATION GENERALE DE LA REPUBLIQUE DU CONGO.....	11
I-1.1. CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET HUMAINES.....	11
I-1.2. CARACTERISTIQUES ECONOMIQUES GENERALES.....	12
I-1.3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU CONGO et AUTRES SERVICES SOCIAUX.....	12
□ Chaînes de Télévision	14
□ Presse écrite.....	14
I-2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA.....	15
I-2.1. DONNEES DE L'ENQUETE DE SEROPREVALENCE NATIONALE DE NOVEMBRE 2003.....	15
I-2.2. DONNEES DE L'ENQUETE DE SEROSURVEILLANCE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES	18
I-3. DONNEES SOCIO-COMPORTEMENTALES.....	20
I-3.1. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS-A-VIS DES IST ET DU VIH/SIDA	20
I-3.2. Rapports sexuels à haut risque et utilisation du condom	22
I-3.3. Population ayant effectué un test de dépistage.....	23
I-3.4. Infections sexuellement transmissibles	23
I-3.5. Injections effectuées par du personnel médical	24
I-3.6. Connaissance du VIH/SIDA et comportements sexuels chez les jeunes	24
I-4. ANALYSE DU RISQUE ET DE LA VULNERABILITE AU VIH	25
I-4.1. FACTEURS DE VULNERABILITE AU VIH	25
I-4.2. LES FACTEURS DE VULNERABILITE AU SIDA	27
I-4.3. LES GROUPES LES PLUS VULNERABLES	29
I-4.3. LES ZONES ET POINTS A RISQUE	36
SECTION II : REVUE DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 2003-2007.....	40
II-1. HISTORIQUE DE LA REPOSE NATIONALE AU VIH/SIDA	41
II-2. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 2003-2007	41
II-2.1. Prévention de la transmission du VIH	42
II-2.2. AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE	53
II-2.3. RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE.....	59
II-2.4. PROMOTION DE LA RECHERCHE	60
II-2.5. CONTROLE DES IST	61
II-2.6. RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DU PARTENARIAT	62
II-3. ANALYSE SYNTHETIQUE GENERALE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CSN 2003-2007	69
II-3.1. Coordination nationale	69
II-3.2. Mise en œuvre du Cadre stratégique national.....	69
II-3.3. Cadre national de suivi et évaluation.....	70
II-3.4. Recommandations	70
SECTION III : CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 2009-2013.....	72
III-1. VISION.....	72
III-2. MISSION.....	72
III-3. PRINCIPES DIRECTEURS	72
III-4. PRIORITES.....	72
III-5. CIBLES PRIORITAIRES	73
III- 6. BUTS	73
III-7. AXES STRATEGIQUES	74
III- 8. OBJECTIFS STRATEGIQUES ET DOMAINES DE SERVICES ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES PAR AXE STRATEGIQUE	74
III- 9. BUDGET PQR AXE ET BUDGET.....	102
SECTION V : CADRE INSTITUTIONNEL.....	107
V-1. LES ORGANES D'ORIENTATIONS ET DE DECISIONS.....	107
V-1.1. Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)	107
V-1.2. Le Comité de pilotage du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CP/CNLS)	109

V-1.3. Le Comité Départemental de Lutte contre le SIDA (CDLS)	110
V-2. LES ORGANES DE COORDINATION	111
V-2. 1. Le Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS	111
V-2.2. Les Unités de Lutte contre le SIDA des ministères	112
V-2.3. Les Unités Départementales de Lutte contre le SIDA (UDLS)	113
V-2.4. Le Forum des partenaires de la réponse nationale au VIH/SIDA	113
V-3. LES ORGANES D'EXECUTION	114

Liste des figures

Figure 1: Taux de prévalence et répartition dans les chefs – lieu et/ou dans les principales villes de chaque département	15
Figure 2: Evolution des taux de prévalence nationale du VIH et de la syphilis de 2003 à 2007 ...	19
Figure 1: Localisation des zones d'activités économiques constituant des zones à risques.....	40

Liste des tableaux

Tableau 1 : Situation de l'enseignement en République du Congo	14
Tableau 2: Prévalence du VIH/SIDA.....	16
Tableau 3: Distribution par sexe	17
Tableau 4: Distribution en fonction de l'âge	17
Tableau 5: Distribution en fonction du niveau d'études	17
Tableau 6: Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes	18
Tableau 7: Taux de prévalence du VIH chez les donneurs de sang de 2003 à 2007	19
Tableau 8: Prévalence de la Syphilis chez les donneurs de sang en 2004 et 2007.....	19

LISTE DES ACRONYMES

AAISC	Association pour l'Appui aux Initiatives de Santé Communautaire
ACBEF	Association Congolaise pour le Bien-être Familial
AGR	Activités Génératrices de Revenu
ARV	Anti-Rétroviral
ASF/PSI	Association de Santé Familiale/ Personnel Services International
BAB	Boissons Africaines de Brazzaville
BRASCO	Brasseries du Congo
CAT	Centre Anti Tuberculeux
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le Sida
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CENAMES	Centrale Nationale d'Achat des Médicaments Essentiels
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIB	Congolaise Industrielle de Bois
CIDTS	Centre Interdépartemental de Transfusion Sanguine
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida et les IST
CNSEE	Centre National des Statistiques et des Études Économiques
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COMEG	Congolaise de Médicaments Essentiels et Génériques
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CREDES	Centre de Recherche et d'Études en Développement et santé Publique
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
DDS	Direction Départementale de la Santé
DGASOU	Direction Générale des Affaires Sociales et des Œuvres Universitaires
DGS	Direction Générale de la Santé
EDSC-I	Enquête Démographique et de Santé du Congo (Première enquête)
FAO	Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation
HG	Hôpital Général
ICAARV	Initiative Congolaise d'Accès aux Anti Rétro viraux
IEC/CCC	Information Education et Communication/Communication pour le Changement de Comportement
INJS	Institut National de la Jeunesse et des Sports
INRAP	Institut National de Recherche et d'Action Pédagogique
IPPF	International Planned Parenthood federation
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MEFB	Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget
MEPSA	Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire chargé de l'Alphabétisation
MES	Ministère de l'Enseignement Supérieur
METP	Ministère de l'Enseignement Technique et Professionnel
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MSASF	Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille
MUCODEC	Mutuelle Congolaise d'Épargne et de Crédit
OBC	Organisation à Base Communautaire
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OFID	Fonds de l'OPEP pour le Développement international
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PADEPP	Projet d'Appui à la décentralisation et au Passage à l'Echelle des actions de Prévention et de Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PASCOB	Projet d'Appui au Système de Santé du Congo-Brazzaville
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA/PCA	Paquet Minimum d'Activités/Paquet Complémentaire d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida

PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRESIEC	Prévention du VIH/SIDA dans les Écoles du Congo
PRCTG	Projet de Renforcement des capacités de Transparence et bonne Gouvernance
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PTS	Poste de Transfusion Sanguine
PURICV	Projet d'Urgence de Réhabilitation et d'Amélioration des Conditions de Vie
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
RDC	République Démocratique du Congo
RENAPC	Réseau National des Positifs du Congo
S&E	Suivi et Évaluation
SEP	Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS
SIDA	Syndrome Immuno Déficience Acquis
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONOC	Société Nouvelle des Ciments du Congo
USD	Dollars des USA
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
UDLS	Unité Départementale de Lutte contre le Sida
ULS	Unité de Lutte contre le SIDA
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNICONGO	Union Patronale et Interprofessionnelle du Congo
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	Haut commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
VIH	Virus d'Immuno déficience Humaine

PREFACE

Plus de 25 ans après la découverte des premiers cas, l'épidémie du VIH/SIDA reste la crise humanitaire la plus grave et la plus prolongée dans le temps, jamais connue par l'humanité. Cette pandémie n'a épargné aucune nation et touche plus durement les plus pauvres d'entre elles.

Ayant pris conscience des effets néfastes de cette épidémie sur le développement socio-économique de notre pays, je me suis engagé personnellement dans la lutte contre le fléau. Après avoir inscrit la lutte contre le VIH/SIDA parmi les engagements de la « Nouvelles espérance », j'avais décidé de prendre la tête du Conseil National de Lutte contre le SIDA, que j'ai installé officiellement en juillet 2004.

L'analyse de la situation et de la réponse au VIH/SIDA qui vient d'être conduit, dans le cadre du processus de formulation du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013 met en lumière les progrès significatifs réalisés entre 2003 et 2007, notamment en terme de disponibilité des services de prévention et d'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH.

Le nouveau Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013 constitue, à n'en point douter, un instrument qui permettra de renforcer les acquis de la réponse nationale au VIH/SIDA et de mettre efficacement en application les mesures que j'ai annoncées dans mes adresses à la Nation des fins des années 2006 et 2007. Il s'agit notamment des mesures relatives à la gratuité des antirétroviraux, des tests de dépistage et des examens de suivi biologiques au bénéfice de nos compatriotes qui vivent au quotidien avec le VIH.

Je lance un appel à toutes les forces vives de notre Nation, travailleurs des secteur public et privé, responsables des organisations non gouvernementales et des confessions religieuses, membres des communautés, hommes et femmes de toutes les conditions, à se mobiliser autour du Conseil National de Lutte contre le SIDA en vue d'atteindre les objectifs du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013. J'invite le Gouvernement à traduire notre engagement à tous dans la lutte contre ce fléau par des allocations budgétaires suffisantes et adaptées aux besoins. J'ai noté avec satisfaction que la lutte contre le VIH/SIDA constitue un axe spécifique de notre stratégie de réduction de la pauvreté.

Ensemble, faisons du Congo un pays où, durant les cinq prochaines années, il y a moins de nouvelles infections et où les personnes infectées et affectées par le VIH ont accès à tous les services disponibles.

Denis SASSOU NGUESSO

Président de la République

Président du Conseil National de Lutte contre le SIDA

REMERCIEMENTS

Le processus d'élaboration du Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2009-2013 a donné l'opportunité à tous les acteurs engagés dans la lutte contre le SIDA de travailler ensemble et de définir les orientations de la réponse nationale au VIH/SIDA au cours des prochaines années.

Permettez nous d'exprimer notre reconnaissance et notre gratitude à 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.

L'approche largement participative utilisée dans ce processus, fait de ce cadre stratégique un document consensuel qui prend en compte les contributions de tous.

Nos remerciements s'adressent également à tous les partenaires au développement qui ont appuyé le Congo dans le processus de formulation de ce cadre stratégique, tant techniquement que financièrement. Il s'agit en particulier de la Banque Mondiale, du Fonds Mondial, des Agences du Système des Nations Unies (ONUSIDA, OMS, UNICEF, UNFPA, PAM, FAO, UNESCO, PNUD, UNHCR), de l'Ambassade de France au Congo, de l'Agence Française de Développement, de la Commission de l'Union Européenne, et de l'Ambassade des Etats-Unis.

Nous comptons sur l'engagement et l'implication de tous pour la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2009-2013.

Ouvrons 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.

Emilienne RAOUL

**Ministre de la Santé, des Affaires Sociales et de la Famille
Présidente du Comité de Pilotage du CNLS.**

RESUME D'ORIENTATION

Le Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013 (CSN 2009-2013) constitue le document d'orientation de notre réponse à l'épidémie du VIH/SIDA pendant les cinq prochaines années. Sa formulation a été guidée par la vision d'un Congo où il y aura moins de nouvelles infections et où les personnes vivant avec le VIH ont accès à tous les services disponibles.

Le CSN 2009-2013 s'inscrit dans la perspective de consolidation, capitalisation des acquis de la réponse nationale au VIH/SIDA, et de l'élargissement de la réponse en vue de l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement et d'appui, en cohérence avec la stratégie nationale de réduction de la pauvreté.

Selon l'enquête de séroprévalence de novembre 2003, l'épidémie du VIH est de type généralisé avec un taux de prévalence national de 4,1% et de disparités d'une ville à l'autre, atteignant dans certaines les 9%.

Au cours de la période de 2003-2007 des efforts significatifs ont été réalisés dans la couverture des populations les plus vulnérables par les services de communication pour le changement de comportement, la mise en place des services de conseil et dépistage volontaire, de prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles, de sécurité transfusionnelle, de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de prise en charge globale des personnes infectées et affectées par le VIH.

La mise en œuvre CSN 2009-2013 s'articulera autour de 5 axes à savoir : (i) Renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST, (ii) Renforcement des services de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH, (iii) Réduction de l'impact du SIDA et Promotion des droits humains, (iv) Amélioration du système de Suivi-Evaluation, Recherche, Surveillance épidémiologique et Gestion des informations stratégiques, (v) Renforcement de la coordination, du partenariat et de la gouvernance.

Il s'agira notamment d'ici fin 2013 de:

- réduire de 50% la proportion d'adultes de 15-49 ans qui ont des pratiques sexuelles à haut risque,
- réduire à moins de 15% la proportion des adolescents de 10-17 ans qui ont des rapports sexuels à haut risque,
- accroître de 55% à au moins 80% la proportion des personnes qui présentant une IST, bénéficient d'une prise en charge syndromique dans une formation sanitaire,
- accroître de 10% à 50% la proportion des adultes de 15-49 ans connaissant leur statut sérologique,

- assurer la sécurité transfusionnelle au VIH et autres marqueurs de maladies transmissibles (HVB, HVC, Syphilis) chez 100% des personnes bénéficiaires des transfusions et autres dérivés sanguins,
- réduire à moins de 10% la proportion des nouveaux nés de mères séropositives infectées par le VIH,
- assurer la sécurité bio-clinique et la prévention des accidents d'exposition au VIH dans 100% des formations sanitaires et structures de soins sur l'ensemble du territoire national,
- accroître de 6,7% à au moins 15% la proportion de personnes infectées par le VIH qui ont accès à une prise en charge médicale,
- accroître de moins de 25% à plus de 50% la proportion des adultes de 15-49 ans ayant des attitudes de tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH,
- assurer l'accès aux services sociaux de base à 100% des ménages les plus pauvres affectés par le VIH,
- assurer la promotion des droits des personnes vivant avec le VIH,
- améliorer la surveillance épidémiologique du VIH chez les femmes enceintes et dans les groupes à haut risque (professionnelles du sexe, donneurs de sang, tuberculeux),
- promouvoir la recherche opérationnelle sur le VIH/SIDA,
- promouvoir un environnement favorable à la multisectorialité et à la décentralisation de la réponse nationale au VIH/SIDA,
- renforcer le plaidoyer et le partenariat au niveau national et international en faveur de la réponse nationale au VIH/SIDA,
- assurer la mobilisation et la gestion rationnelle des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA.

Une liste de 36 indicateurs de suivi/évaluation de la mise en œuvre du CSN 2009-2013 a été définie avec les cibles par année.

Le cadre institutionnel sera renforcé avec la mise en place des Conseil Départementaux de Lutte contre le SIDA, la mise en place d'un Forum des partenaires, la redynamisation des commissions thématiques, l'amélioration de la régularité des réunions du CNLS et de son Comité de pilotage.

Dr Marie-Francke PURUEHNCE
Secrétaire Exécutive du CNLS

SECTION I : ANALYSE DE LA SITUATION DE L'EPIDEMIE DU VIH/SIDA EN REPUBLIQUE DU CONGO

I- 1. PRESENTATION GENERALE DE LA REPUBLIQUE DU CONGO

I-1.1. CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET HUMAINES

Le Congo, pays d'Afrique Centrale, couvre une superficie de 342 000 Km². Il est limité au nord par la République centrafricaine et le Cameroun, au sud par l'enclave angolaise du Cabinda, à l'est par la RD Congo et à l'Ouest par le Gabon et l'océan atlantique.

La végétation du Congo est principalement constituée de savane et de forêt ; cette dernière couvrant les 3/5^{ème} du territoire. Le réseau hydrographique très dense se répartit sur deux bassins fluviaux, le bassin du Congo (fleuve Congo et ses affluents : Oubangui, Likouala, Sangha, Alima, Djoué) d'une part, et le bassin du Kouilou-Niari (Kouilou et ses affluents : Bouenza, Loutété) d'autre part.

Le relief est constitué de collines, de plateaux et de montagnes de moyenne altitude. Les terres cultivables s'étendent sur une superficie de 10 millions d'ha, dont seulement 2% sont cultivées.

La population, estimée à 3 551 500 habitants avec une densité moyenne de 10,4 habitants/km², est :

- majoritairement jeune (la proportion de jeunes de moins de 20 ans est de 55%) ;
- concentrée dans les principales villes (58%) ;
- en majorité féminine (51,7%).

Les principaux indicateurs démographiques sont les suivants :

- Taux brut de natalité : 44‰
- Taux de croissance démographique annuel : 3,2% (2004).
- Indice synthétique de fécondité : 4,8
- Taux brut de mortalité : 12‰
- Taux de mortalité infantile : 75‰
- Taux de mortalité infanto-juvénile : 117‰
- Taux de mortalité maternelle : 781 pour 100 000 naissances vivantes
- Espérance de vie à la naissance : 51,9 ans

I-1.2. CARACTERISTIQUES ECONOMIQUES GENERALES

Le revenu par habitant (PIB/tête) est de 1.484 US\$. Les différents secteurs contribuent au PIB à hauteur de 4,5% pour le secteur primaire, 73,7% pour le secteur secondaire (dont 63,3% pour le secteur pétrolier) et 21,8% pour le secteur tertiaire.

La situation de l'emploi est caractérisée par deux tendances lourdes :

- un fort taux de chômage des jeunes, environ 40%, (alors que le taux de chômage général est de l'ordre de 19,4%) ;
- une forte inadéquation entre l'offre et la demande de travail. Les emplois offerts par l'appareil productif ne sont pas totalement pourvus, compte tenu du faible niveau de qualification des demandeurs d'emploi et de l'inadéquation entre la formation et l'emploi (les programmes de formation ne correspondent pas toujours aux besoins de l'appareil productif). La répartition de la population active par secteur d'activités met en évidence cette inadéquation. 58% de la population active est employé dans le secteur primaire, contre 13% dans le secteur secondaire (où l'offre de travail est généralement qualifiée) et 29% dans le tertiaire ;
- la prédominance du secteur informel qui offre des emplois précaires dans 10.000 unités contre 2.100 entreprises dans le secteur formel.

La période 2000-2006 a été marquée par une variation contrastée du taux de croissance du PIB, avec une croissance modérée au cours de la période 2000-2004 (4%), une accélération en 2005 (7,9%) et une stabilisation en 2006 (6,1%). La conjugaison des facteurs internes (processus de paix, regain de la consommation privée et des investissements), et principalement des facteurs externes explique cette évolution positive. La conjoncture pétrolière explique très largement les différentes phases de croissance de l'économie congolaise. En effet, l'activité économique au Congo est dominée par le secteur pétrolier qui contribue à hauteur de 63,3% au PIB (2005). Les perspectives de 2008 semblent encore plus prometteuses au regard des investissements réalisés par les sociétés pétrolières et de l'évolution du prix du baril de pétrole depuis 2007.

I-1.3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU CONGO et AUTRES SERVICES SOCIAUX

I-1.3.1. Système de santé

La structure administrative du système de santé congolais comprend trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central ou stratégique, est le lieu de la prise de décision orientant

les activités du secteur.

Le niveau intermédiaire, est représenté par les directions départementales de la Santé (DDS).

Le niveau périphérique et opérationnel du système de santé, est représenté par les circonscriptions socio-sanitaires (CSS) subdivisées, chacune, en aires de santé. Selon les normes, chaque CSS doit couvrir entre 50.000 et 100.000 habitants en milieu rural, et 100.000 à 300.000 habitants en milieu urbain. Chaque CSS est composée d'un réseau de formations sanitaires (centre de santé, CSI, cabinets médicaux, centres médico-sociaux appuyés par un hôpital de référence). Il existe 47 CSS dont 30 sont fonctionnels.

Il existe trois types de structures opérationnelles à savoir, les formations sanitaires ambulatoires (centres et postes de santé, cabinets médicaux et cabinets de soins paramédicaux), les formations sanitaires d'hospitalisation (5 hôpitaux généraux, 16 hôpitaux de référence des CSS et 12 cliniques) et les formations/établissements sanitaires spécialisées (Laboratoire National de santé Publique, Centre National de Transfusion Sanguine, la Congolaise des Médicaments essentiels et Génériques, les officines pharmaceutiques et les centres de traitement ambulatoire spécialisés -2 centres de traitement ambulatoire du SIDA, 2 centres antituberculeux et 2 centres de traitement des lépreux-).

Les contraintes majeurs identifiés dans l'organisation du système de santé sont les suivantes : (i) faibles capacités de gestion à tous les niveaux du système de santé (central, intermédiaire, périphérique), (ii) insuffisance d'appui informationnel à la gestion du système de santé et à la prise de décision, (iii) inadéquation des ressources humaines, techniques, matérielles et financières par rapport aux besoins, (iv) faible qualité des soins et des services de santé, (v) faible disponibilité des médicaments essentiels génériques et autres consommables médicaux dans les formations sanitaires, (vi) insuffisance de participation de la communauté à la gestion du système de santé et de sa propre santé, (vii) faible accès des groupes vulnérables aux services de santé.

I-1.3.2. Autres Services sociaux

a) Education nationale

La République du Congo dispose de trois ministères en charge de l'éducation nationale. Il s'agit (i) du ministère de l'enseignement primaire et secondaire, chargé de l'alphabétisation (MEPSA), (ii) du ministère de l'enseignement technique et professionnel (METP), (iii) du ministère de l'enseignement supérieur (MES). A ces trois ministères, s'ajoute les ministères de la santé, des affaires sociales et de la famille (MSASF) et de la défense nationale (MDN) qui disposent respectivement des écoles de formation spécialisées pour personnes handicapées et des écoles de formation professionnelle.

Le tableau suivant présente la situation des écoles par ministères.

Tableau 1 : Situation de l'enseignement en République du Congo

Nom du Ministère	Nombre Total d'écoles	Nombre total de classes pédagogiques	Nombre total d'élèves/étudiants	Dont filles	Nombre total des enseignants	Dont femmes
MEPSA	4321	20540	1 045 948	483 055	26788	8098
METP	63	ND	43 539	ND	2751	ND
MES	11	ND	16 000	ND	600	ND
MSASF	09	ND	4500	ND	200	ND
MDN	04	ND	ND	ND	ND	ND
Total	4408					

Source : METP, MEPSA et MES

B) Médias

Les ressources disponibles en termes de médias sont les suivantes :

- **Chaînes de Radio**

Il existe quatre stations étatiques : (i) Radio Congo, (ii) Radio Pointe Noire, (iii) Radio Brazzaville, (iv) Radio Canal FM ou radio rurale (antenne de Brazzaville et qui dépend du Ministère de l'Agriculture)

A ces stations s'ajoutent des radios privées commerciales émettant sur bande FM. Il s'agit, (i) à Brazzaville de Radio DRTV 1 et 2 et Radio Liberté, (ii) de Radio Océan et Sango ya Mboté à Pointe-Noire, (iii) Radio Louvakou à Dolisie, (iv) Radio MOKA à Impfondo. Les villes de Ouessou, N'kayi, Pokola, Gambona, Lekana et Ewo Certaines de ces radios diffusent déjà des émissions consacrées au VIH/SIDA, produites avec l'appui du CNLS.

- **Chaînes de Télévision**

Il existe une chaîne publique de télévision ; il s'agit de la Télévision Congolaise avec son antenne de Pointe-Noire. A cette télévision publique s'ajoute, six chaînes privées à savoir DRTV avec ses deux antennes de Brazzaville et Pointe-Noire, Télé MOKA à Impfondo, Télé Pour Tous TPT et DSTV à Pointe-Noire, Télé Dolisie et Télé Ouessou.

- **Presse écrite**

La presse écrite officielle est représentée par La Nouvelle République et l'Agence Congolaise d'Information (ACI). A coté de cette presse nationale, la

presse privée offre 9 titres : (i) La semaine Africaine, (ii) Les Dépêches de Brazzaville, (iii) Tam-Tam d'Afrique, (iv) L'Observateur, (v) La Rue meurt, (vi) Magazine Nzélé, (vii) Les Echos, (viii) Le choc, (ix) Le Défi Africain, (x) Echanges.

I-2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA

La situation épidémiologique est décrite à partir des données de l'enquête de séroprévalence nationale de novembre 2003, des données issues des enquêtes de sérosurveillance ainsi que de celles fournies par les centres de dépistage et le centre national de transfusion sanguine (CNTS).

I-2.1. DONNEES DE L'ENQUETE DE SEROPREVALENCE NATIONALE DE NOVEMBRE 2003

I-2.1.1. Prévalence du VIH

Les dernières données disponibles sont celles de l'enquête de séroprévalence nationale du VIH de novembre 2003 réalisée chez les adultes âgés de 15 à 49 ans, au niveau des chefs-lieux des départements et des principales villes du Congo.

Selon les résultats de cette enquête, la séroprévalence nationale du VIH est estimée à 4,1%, avec des disparités entre les villes et les sexes. La prévalence du VIH était supérieure à 1% dans toutes les villes indiquant une épidémie de type généralisé.

La figure 1 présente les prévalences du VIH observées par ville :

Figure 2: Taux de prévalence et répartition dans les chefs – lieu et/ou dans les principales villes de chaque département

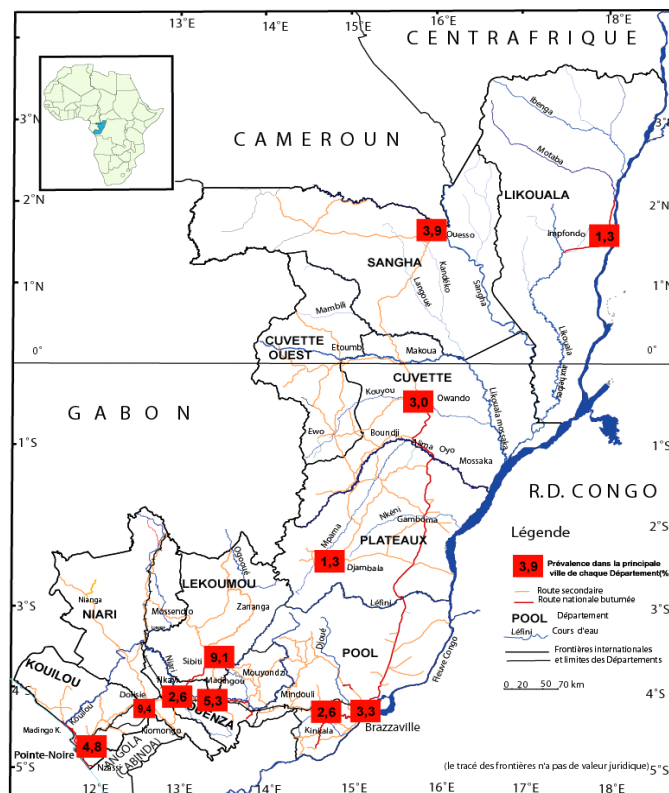


Tableau 2: Prévalence du VIH/SIDA

Villes	Prévalence VIH	Taux de (IC95%)
Brazzaville	3,3%	2,5%-4,2%
Pointe-Noire	4,8%	3,3%-6,2%
Impfondo	1,3%	<0,1% - 3,1%
Ouessou	3,9%	0,7% - 7,1%
Owando	3,0%	0,6% - 5,3%
Djambala	1,3%	<0,1% - 3,1%
Kinkala	2,6%	<0,1% - 5,7%
Madingou	5,3%	2,1% - 8,6%
Nkayi	2,6%	0,3% - 4,9%
Sibiti	9,1%	5,5% - 12,7%
Dolisie	9,4%	6,3% - 12,6%

Source : enquête nationale d'évaluation de la séroprévalence de l'infection à VIH et de la syphilis (2003).

L'interprétation des disparités géographiques doit être nuancée en raison de l'importance des intervalles de confiance due à la relative petite taille de l'échantillon.

La distribution des taux de séropositivité VIH (avec IC95%) en fonction du sexe, de l'âge, du niveau de scolarisation et de la nationalité se présentait comme suit :

- **Distribution en fonction du sexe**

Tableau 3: Distribution par sexe

Sexe	Taux de prévalence VIH	IC95%
Hommes	3,6%	2,7% - 4,4%
Femmes	4,7%	3,6% - 5,8%

Source : enquête nationale d'évaluation de la séroprévalence de l'infection à VIH et de la syphilis (2003)

Globalement, les adultes de plus de 30 ans sont les plus touchés par l'épidémie de VIH/SIDA : prévalence moyenne de 10% chez les hommes âgés de 35 à 49 ans et 7% chez les femmes âgées de 25 à 39 ans. Avant l'âge de 35 ans, les femmes sont 2,8 fois plus touchées que les hommes.

- **Distribution en fonction de l'âge**

Tableau 4: Distribution en fonction de l'âge

Age	Taux de prévalence VIH	IC95%
15-19 ans	1,2%	0,3% - 2,2%
20 - 24 ans	3,2%	2,0% - 4,4%
25 - 29 ans	4,3%	2,7% - 5,8%
30 - 34 ans	4,7%	2,4% - 6,9%
35 - 39 ans	8,1%	4,9% - 11,3%
40 - 44 ans	7,8%	4,5% - 11,1%
45 - 49 ans	5,7%	2,2% - 8,9%

Source : enquête nationale d'évaluation de la séroprévalence de l'infection à VIH et de la syphilis (2003)

Cette distribution montre que la population la moins touchée est celle des jeunes en âge d'aller à l'école (1,2%), par contre celle présentant les taux de séropositivité les plus élevés est dans la tranche d'âge 35-39 ans (8,1%). Il s'agit de la population professionnellement active avec un certain statut social qui fait d'elle un facteur de propagation du VIH/SIDA. On observe que la prévalence triple quand l'on passe de la tranche d'âge de 15-19 ans à celle de 20- 24 ans et elle double quand on passe de la tranche d'âge de 30-34 ans, à celle de 35-39 ans.

- **Distribution en fonction du niveau d'études**

Tableau 5: Distribution en fonction du niveau d'études

Niveau d'études	Taux de prévalence VIH	IC95%
Non scolarisé	4,4%	0,7% - 8,0%
Primaire	4,1%	2,1% - 6,2%
Collège	4,9%	3,9% - 6,0%

Lycée	2,9%	1,6% - 4,2%
Ecole professionnelle	3,3%	0,4% - 6,2%
Université	1,6%	0,4% - 2,7%
Inconnu - non déclaré	20,0%	<0,1% - 40,3%

Source : enquête nationale d'évaluation de la séroprévalence de l'infection à VIH et de la syphilis (2003)

Le risque de séropositivité est significativement inférieur ($p=0,001$) chez ceux qui ont atteint un niveau de scolarité égal ou supérieur au lycée par rapport aux non scolarisés ou à ceux dont la scolarité n'avait pas dépassé le collège.

I-2.1.2. Prévalence de la Syphilis

Selon les résultats de l'enquête de séroprévalence de novembre 2003, le taux de prévalence de la syphilis active (TPHA + & RPR +) chez les adultes âgés de 15 à 49 ans des grandes villes de la république du Congo (80% de la population totale) est de l'ordre de 0,5% (IC95%: 0,3%-0,8%), soit 7.000 à 19.000 personnes infectées. La distribution de la prévalence de la syphilis VIH par ville se présente comme suit : Brazzaville (0,2%), Pointe-Noire (0,8%), Autres villes du pays (0,9%). Le taux de prévalence des cicatrices sérologiques de syphilis (TPHA + & RPR -) dans les mêmes populations est de l'ordre de 1,7% (IC95%: 1,2%-2,2%).

I-2.2. DONNEES DE L'ENQUETE DE SEROSURVEILLANCE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Les données disponibles sont celles de l'enquête de sérosurveillance de 2005 publiée en 2006 (Tableau 6).

Tableau 6: Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes

Zones géographiques	Effectif	Prévalence VIH%	IC 95%
Urbaine	1253	4,7%	[3,7%-5,7%]
Semi urbaine	1083	5,1%	[4,1%-6,1%]
Total	2336	4,9%	[3,9%-5,9%]

Source : PNLS, Enquête de sérosurveillance du VIH chez les femmes enceintes 2005

La prévalence chez les femmes âgées de 15-24 ans a été de 2,5% [1,5%-3,5%] en zone urbaine et 3,9% [1,9%-5,9%] en zone semi-urbaine Vs 4,0 [3%-5,43%] en zone urbaine et 3,9% [1,9%-5,9%] en zone semi-urbaine pour les femmes de 15-49 ans.

I-2.3. PREVALENCE DU VIH CHEZ LES DONNEURS DE SANG

Le taux de prévalence du VIH chez les donneurs de sang a été de 3,1% en 2004 et de 2,7% en 2007 (tableau 7).

Tableau 7: Taux de prévalence du VIH chez les donneurs de sang de 2003 à 2007

Sites	2003	2004	2005	2006	2007
Brazzaville	3,1%	2,2%	2,2%	1,7%	1,6%
Pointe noire	5,8%	3,5%	3,9%	2,1%	3%
Dolisie	8,4%	7,3%	7,5%	5,9%	6,5%
Nkayi/Sibiti	6,3%	5%	5,8%	5%	3,5%
Zone nord	7,6%	5,7%	8,9%	8,9%	5,6%
National	4,4%	3,1%	3,5%	3,1%	2,7%

Source : CNTS

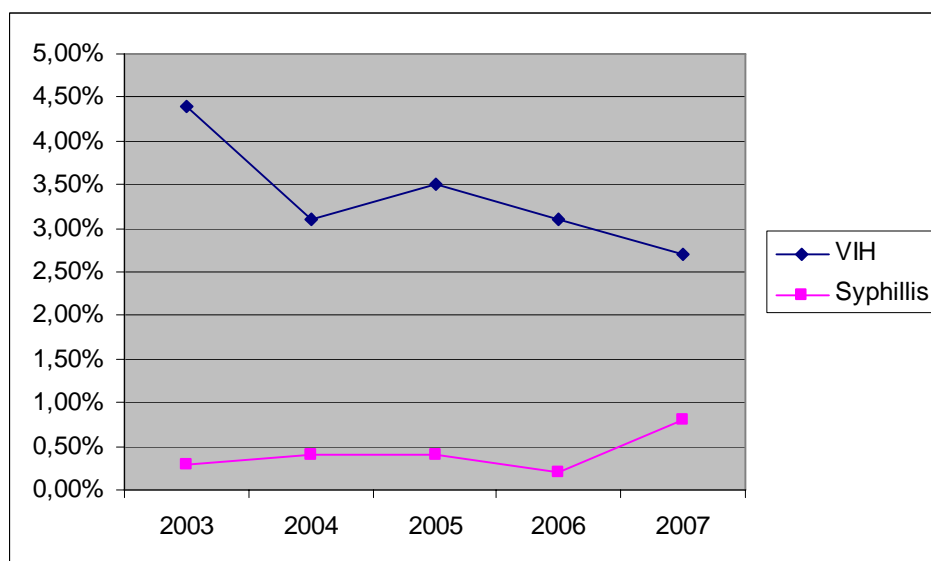
Le Tableau 8 présente la prévalence de la syphilis chez les donneurs de sang.

Tableau 8: Prévalence de la Syphilis chez les donneurs de sang en 2004 et 2007

Sites	2003	2004	2005	2006	2007
Brazzaville	0,4%	0,2%	0,5%	0,1%	0,4%
Pointe noire	0,1%	0,7%	0,9%	1,7%	1,7%
Dolisie	1,2%	1,9%	0	0,4%	0,4%
Nkayi/Sibiti	1%	0,5%	0	0,1%	0,1%
Zone nord	0,2%	0,3%	0,5%	0	0,7%
National	0,3%	0,4%	0,4%	0,2%	0,8%

Source : CNTS

Figure 3: Evolution des taux de prévalence nationale du VIH et de la syphilis de 2003 à 2007



Source : CNTS

I-3. DONNEES SOCIO-COMPORTEMENTALES

I-3.1. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS-A-VIS DES IST ET DU VIH/SIDA

I-3.1.1. Connaissance du SIDA, de ses moyens de transmission et de prévention

Le niveau de connaissance que la population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie. Les informations de l'EDSC-I permettent de déterminer le niveau de connaissance du VIH/sida dans la population enquêtée.

Selon les résultats de l'EDSC-I (2005) chez les adultes de 15-49 ans:

- 99,3% des femmes et 98,7% des hommes ont déjà entendu parler du SIDA. Ce niveau de connaissance est homogène quelles que soient les caractéristiques socio-démographiques ;
- 72 % des femmes et 84 % des hommes savent qu'on peut limiter les risques de contracter le VIH en utilisant des condoms ;
- 81 % des femmes et 87 % des hommes estiment que la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle non infecté permet d'éviter de contracter le VIH. 65 % des femmes et 77 % des hommes savent que l'utilisation du préservatif et la fidélité permettent d'éviter le sida. Pour 76 % des femmes et 83 % des hommes, l'abstinence sexuelle est un moyen de prévention du VIH/sida.
- Que ce soit chez les femmes ou les hommes, moins d'une personne sur

deux connaît la transmission du VIH de la mère à l'enfant au cours de l'allaitement (46 % des femmes et 44 % des hommes). En outre, un peu plus du quart des femmes a déclaré qu'en prenant certains médicaments, une femme pouvait réduire le risque de transmission du virus au cours de la grossesse (27 %). Chez les hommes, cette proportion est de 25%. Globalement, une proportion légèrement plus élevée de femmes que d'hommes connaissent ces deux aspects de la transmission maternelle (17 % contre 14 %).

- 79% des femmes et 82% des hommes savent qu'une personne peut être infectée par le VIH et être en bonne santé ;
- 53 % des femmes et 56% des hommes savent que le sida ne peut se transmettre par les moustiques ;
- Seulement 27 % des femmes contre 51% des hommes savent que le sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels ;
- 71% des femmes et 79% des hommes savent qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas avec une personne infectée ;
- Seulement 15% des femmes contre 30% d'hommes rejettent les deux conceptions erronées les plus courantes sur la transmission du VIH (transmission du VIH par les moustiques ou par les moyens surnaturels), et savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida ;
- Seulement 11% des femmes et 25% des hommes ont une connaissance complète du SIDA. Sont considérés comme ayant une connaissance complète du SIDA, les personnes qui déclarent qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant le condom ou en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, qui rejettent les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du SIDA, et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du SIDA.

I-3.1.2. Stigmatisation

Le comportement que les gens adopteraient dans différentes situations face à des personnes atteintes par le VIH/SIDA est révélateur du niveau de perception du risque de transmission du virus qui peut se traduire, dans la vie courante, par une stigmatisation à l'égard des personnes infectées par ce virus.

Selon les résultats de l'EDSC-I chez les adultes de 15-49 ans:

- 79,9% des femmes et 91% des hommes seraient prêts à s'occuper chez eux d'un parent vivant avec le VIH/SIDA ;
- 47,2% des femmes contre 64,9% des hommes achèteraient des légumes frais chez un commerçant vivant avec le VIH/SIDA ;
- Seulement 55,0% des femmes et 56,5% des hommes pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH devrait être autorisée à continuer d'enseigner ;
- 24% des femmes contre 51,2% d'hommes pensent qu'il n'est pas

nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH/SIDA ;

- La proportion des personnes qui expriment les quatre attitudes de tolérance précédemment citées est de 6,7% chez les femmes et de 22,3% chez les hommes.

I-3.1.3. Opinion sur l'enseignement du condom aux jeunes

La promotion de comportements sexuels sans risque fait partie des mesures destinées à contrôler l'épidémie.

Selon l'EDSC, la proportion d'hommes et de femmes de 18-49 ans qui ont entendu parler du VIH/SIDA et qui pensent que l'utilisation du condom devrait être enseignée aux jeunes de 12-14 ans est de 79,0% chez les femmes et de 85,5% chez les hommes.

I-3.1.4. Opinion au sujet de l'abstinence et de la fidélité

D'après les résultats de l'EDSC-I :

- 53% des femmes et 41% des hommes pensent qu'il est souhaitable que les jeunes hommes attendent d'être mariés pour avoir des rapports sexuels ;
- 56% des femmes et 43% des hommes pensent qu'il est souhaitable que les jeunes femmes attendent d'être mariées pour avoir des rapports sexuels ;
- 86% des femmes et 83% des hommes pensent que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur femme ;
- 87% des femmes et des hommes pensent que les femmes mariées ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur mari ;
- Seulement 10% des femmes et 11% des hommes ont affirmé que la plupart des hommes qu'ils connaissent n'ont des rapports sexuels qu'avec leur femme ;
- Seulement 17% des femmes et 14% des hommes ont affirmé que la plupart femmes qu'ils connaissent n'ont des rapports sexuels qu'avec leur mari.

Il existe un écart extrêmement important entre ce que les enquêtés considèrent comme le comportement « idéal » et ce qu'ils pensent être la réalité. Ainsi, 87 % des femmes pensent que les femmes mariées devraient être fidèles à leur mari alors que seulement 17 % pensent que la plupart des femmes qu'elles connaissent le sont effectivement.

I-3.2. Rapports sexuels à haut risque et utilisation du condom

Les changements de comportements afin de prévenir l'infection par le VIH sont essentiels pour parvenir à infléchir l'épidémie.

Selon l'EDSC-I chez les adultes de 15-49 ans:

- La proportion des personnes qui ont eu au moins deux partenaires au cours des 12 derniers mois est de 8,3% chez les femmes et de 27,5% chez les hommes ;
- La proportion des personnes qui ont eu des rapports sexuels à haut risque (c'est-à-dire avec un partenaire non marital et non cohabitant) est de 38,4% chez les femmes et 59,8% chez les hommes ; la majorité des femmes qui ont eu des rapports sexuels à haut risque sont des célibataires (99,8%) tandis que la proportion des hommes célibataires parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels à haut risque est de 26,1% (contre 29,3% des hommes en union et 30,8% des hommes divorcés/séparé/veufs).
- La proportion des personnes qui ont utilisé un condom au cours du dernier rapport sexuel à haut risque a été de 21,0% chez les femmes et de 42,9% chez les hommes. Chez les hommes comme chez les femmes, cette proportion est moins élevée chez les plus pauvres ;
- Le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie a été de 4,2 chez les femmes et de 13,0 chez les hommes.

I-3.3. Population ayant effectué un test de dépistage

La connaissance du statut sérologique peut contribuer à limiter la propagation de l'épidémie car elle permet aux personnes de se protéger et de protéger leur partenaire.

Les résultats de l'EDS montrent que :

- 88,7 % des femmes et 87,1% des hommes n'ont jamais été testés,
- Seulement 10,3% des femmes et 12,1% des hommes ont déjà effectué un test de dépistage dont la majorité a retiré les résultats.
- La proportion des personnes qui ont été testés et ont reçu les résultats dans les 12 derniers mois est par contre de 3,2% chez les femmes et de 3,1% chez les hommes.
- 16,8% de femmes qui ont eu une naissance au cours des 2 années ayant précédé l'enquête ont affirmé avoir reçu des conseils sur le VIH/SIDA durant une visite prénatale. La proportion de celles qui ont reçu le conseil, ont été testées et ont reçu les résultats est de 4,8%.

I-3.4. Infections sexuellement transmissibles

Selon l'EDSC-I, 20% des femmes et 10% des hommes ont affirmé avoir eu une IST ou des symptômes associés au cours des 12 derniers mois ;

Parmi ceux ayant déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes associés aux IST, 68% des femmes et 81% des hommes ont déclaré avoir recherché des conseils ou un traitement. Dans un peu plus de la moitié des cas (55%), les hommes et les femmes malades se sont adressés à un établissement sanitaire ou à un professionnel de la santé pour recevoir un traitement ou des conseils. En outre, 14% des femmes et 22% des hommes ont recherché des conseils auprès d'un pharmacien ou d'un vendeur ambulant.

I-3.5. Injections effectuées par du personnel médical

Bien que la transmission du VIH/SIDA se fasse essentiellement par voie sexuelle, le risque de contamination par le biais d'un équipement médical non stérilisé n'est pas à négliger. L'EDSC-I, chez les 15-49 ans:

- 19,8% des femmes et 19,7% des hommes ont déclaré avoir reçu une injection effectuée par du personnel médical au cours des 6 derniers mois ;
- 94,1% des femmes et 97,0% des hommes ont déclaré que la dernière fois ou ils ont reçu une injection effectuée par du personnel médical, la seringue et l'aiguille ont été prises dans un emballage neuf et qui n'était pas ouvert.

I-3.6. Connaissance du VIH/SIDA et comportements sexuels chez les jeunes

Les jeunes de 15-24 ans constituent une population à risque dans la mesure où, à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multipartenariat fréquent.

Selon l'EDSC-I :

- La proportion des jeunes de 15-24 ans qui avaient une connaissance complète sur le SIDA était de 10,0% chez les jeunes femmes et de 22,0% chez les jeunes hommes ;
- La proportion des jeunes de 15-24 ans connaissant un endroit où se procurer des condoms était de 71,5% chez les jeunes filles et de 87,4% chez les jeunes hommes. Cette proportion est significativement plus élevée dans les deux sexes chez ceux qui avaient déjà eu des rapports sexuels en comparaison à ceux qui n'avaient jamais eu des rapports sexuels ;
- La proportion des jeunes de 15-24 ans qui avaient déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans était de 23,5% chez les jeunes femmes et de 26,9% chez les jeunes hommes. Le pourcentage de ceux qui ont eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 18 ans était de 81,1% chez les jeunes filles et de 77,5% chez les jeunes hommes ;
- La proportion des jeunes de 15-24 ans qui ont utilisé un condom au cours

- de leur premier rapport sexuel est de 13,6% chez les jeunes femmes et de 20,5% chez les jeunes hommes. La proportion de ceux qui ont utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel est de 21,0% chez les jeunes femmes et de 36,3% chez les jeunes hommes ;
- La proportion des jeunes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois est de 93,8% chez les jeunes femmes contre 37,5% chez les jeunes hommes ;
 - La proportion des jeunes de 15-24 ans qui ont effectué un test de dépistage du VIH et ont reçu les résultats au cours des 12 derniers mois est 2,7% chez les jeunes femmes et de 2,0% chez les jeunes hommes.

Le fait pour une femme d'avoir des rapports sexuels avec un homme beaucoup plus âgé qu'elle et qui a donc plus de chances d'être infecté, augmente son risque de contracter le VIH. Les résultats de l'EDSC-I montrent que parmi les femmes âgées de 15-19 ans qui ont des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois précédent l'enquête, une très faible proportion (1,3%) a déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un homme plus âgé d'au moins 10 ans. Parmi les femmes de 18-19 ans, cette proportion est un peu plus élevée (2,3%) que parmi celles de 15-17 ans (0,4%).

Il est reconnu que la consommation excessive d'alcool perturbe le jugement et contribue à augmenter la pratique de comportements à risques. Dans l'EDSC-I, la proportion des jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois en étant ivre a été de 2,2% chez les jeunes femmes et de 4,0% chez les jeunes hommes.

I-4. ANALYSE DU RISQUE ET DE LA VULNERABILITE AU VIH

I-4.1. FACTEURS DE VULNERABILITE AU VIH

I-4.1.1. La pauvreté

Le cercle vicieux Pauvreté-VIH est universellement connu. Au Congo, selon l'Enquête congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté (ECOM 2005), 50,1 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Les personnes démunies sont souvent amenées à avoir des comportements et pratiques sexuels à risques pour répondre à leurs besoins élémentaires.

I-4.1.2. La précocité des rapports sexuels

Selon les données de l'EDSC-I 2005, 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 jeunes femmes et de 26,9% chez les jeunes hommes. Cette proportion passe à 81,1% chez les jeunes filles et de 77,5% chez les jeunes hommes avant l'âge de 18 ans.

L'âge moyen des premiers rapports sexuels est de 15,9 ans chez les femmes et de 16,7 ans chez les hommes. L'étude sur les connaissances, attitudes et pratiques réalisée par l'ACBEF, avec l'appui de l'UNICEF, en 2007, auprès de 1.052 jeunes de 7 chefs-lieux de départements a trouvé des rapports sexuels plus précoces avec un âge moyen au moment des premiers rapports sexuels de 13,7 ans chez les filles et de 14,5 ans chez les garçons.

Par contre, selon l'EDSC-I, l'âge moyen de la première union est de 20,4 ans chez les femmes contre 26,3 ans chez les hommes. Ce qui correspond à une durée de vie sexuelle prémaritale de 4,5 ans chez les femmes contre 9,6 ans chez les hommes.

I-4.1.3. Les facteurs socio-culturels

Il s'agit notamment des normes socioculturelles qui accentuent la vulnérabilité de la femme au VIH :

- le fait que le multipartenariat de l'homme soit culturellement toléré. En effet, dans la plupart des coutumes congolaises, l'infidélité de l'homme est instituée en norme sociale tandis que l'infidélité de la femme donne à l'homme le droit de la répudier de manière indiscutable, avec possibilité d'exiger un remboursement de la dot.
- la relative persistance de la pratique d'héritage des veuves par un frère du mari défunt (lévirat), et de remplacement dans le mariage de la veuve défunte par sa sœur (sororat) ;
- la dépendance de la femme vis-à-vis de l'homme dans la prise de décisions
- la responsabilité systématiquement attribuée à la femme en cas de stérilité du couple.

I-4.1.4. Le faible niveau d'instruction

Selon les données de l'EDSC-I 2005, le taux d'alphabétisation est de 78% chez les femmes et de 90% chez les hommes. La proportion de personnes qui n'ont aucune instruction est de 7% chez les femmes et de 2% chez les hommes. La proportion des personnes qui ont un niveau d'instrument primaire est de 45,6% chez les hommes et de 44,7% chez les femmes. L'enquête de séroprévalence du VIH de novembre 2003 a montré que la prévalence du VIH était plus élevée chez les personnes non scolarisés et de niveau primaire que chez celles ayant un niveau secondaire ou universitaire.

I-4.1.5. Les déplacements internes de populations

Les déplacements internes, particulièrement des travailleurs affectés, en mission ou travaillant dans des bases vie, favorisent les situations de célibat géographique. Les personnes en situations de célibat géographique sont souvent emmenées à avoir des relations sexuelles occasionnelles.

Les déplacements internes fréquents concernent aussi les travailleurs et usagers des transports ferroviaires et fluviaux. Selon les résultats de l'étude socio-anthropologique réalisée, en 2004, par le CNLS avec l'appui du CREDES, les transporteurs fluviaux et les usagers de ce type de transport passent des journées à bord des bateaux qui remontent le fleuve Congo ou ses affluents, jusqu'à Bangui ou Pokola et Ouesso. Ce qui favorise des rapports sexuels occasionnels. C'est aussi le cas du personnel ferroviaire, notamment les conducteurs et contrôleurs de train qui se relayent au cours d'un long trajet, ils passent plusieurs jours de repos et d'attente dans une ville autre que celle de leur domicile ; ce qui les emmènent souvent à avoir des partenaires occasionnels, parfois réguliers, dans différentes localités traversées par le chemin de fer.

I-4.1.6. Les violences sexuelles

Le phénomène des violences sexuelles à l'égard des femmes a connu une accentuation à la suite des conflits armés que le Congo a connus en 1997-1998. Le phénomène des violences sexuelles a continué après le retour de la paix. En 2004, le programme de prise en charge des femmes et enfants victimes de violences sexuelles mis en place par Médecins Sans Frontières, continuait à recevoir en moyenne 15 femmes victimes de violences sexuelles par mois. Après la période de guerre, la typologie des victimes avait changé passant des violences perpétrées au décours des déplacements des populations vers des violences urbaines et sociétales.

Même s'il n'existe pas de données permettant d'apprécier l'ampleur du phénomène, il n'en demeure pas moins que les personnes victimes de violences sexuelles ainsi que les auteurs de ces violences s'exposent au risque VIH.

I-4.2. LES FACTEURS DE VULNERABILITE AU SIDA

I-4.2.1. La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH

La stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH constituent un frein pour leur prise en charge correcte au niveau des structures sanitaires. La peur de la stigmatisation amène les personnes vivant avec le VIH à ne pas parler de leur statut dans leur entourage et à se cacher, voire à renoncer à prendre les médicaments pour éviter de susciter le rejet de la famille et de la communauté. Les cas de discrimination sur le lieu de travail en raison du statut sérologique ne sont malheureusement pas documentés.

L'analyse situationnelle de la discrimination et de la stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH réalisée par le Ministère de la Justice et des Droits Humains en novembre 2004 a relevé la persistance de ces phénomènes sur le

lieu du travail (cas de licenciement, de refus de promotion ou de formation du fait du statut sérologique), en milieu familial (Rejet, abandon, dénigrement, Langage discriminatoire) et même en milieu de soins (refus ou différence de traitement pour cause de statut sérologique, dépistage sans information préalable, communication des résultats du test VIH à des tiers).

I-4.2.2. La faible couverture des populations par les services de dépistage volontaire

Selon l'EDSC-I 2005, seulement 9,5 % des femmes et 10,9% des hommes âgés de 15-49 ans ont affirmé avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH et ont reçu les résultats. Ce qui signifie que le dépistage du VIH continue à être réalisé devant des signes cliniques; ce qui a pour conséquence de limiter la survie des personnes vivant avec le VIH.

L'augmentation du nombre de sites de conseils et dépistage volontaire de 8 à 54 en 2007 a certainement permis d'accroître la proportion de la population congolaise qui a déjà fait la démarche du dépistage volontaire.

I-4.2.3. Le faible niveau d'acceptation du dépistage par les femmes enceintes au cours des consultations prénatales

Selon le rapport des activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, si le taux d'acceptation du dépistage du VIH par les femmes enceintes admises en consultation prénatale est élevé à Pointe-Noire (84,8%), il reste faible dans certains départements (33,9% à Brazzaville, 35,0% dans le Pool, 48,9% dans la Lékoumou). Ce qui a pour conséquence de ne pas favoriser le dépistage précoce du VIH chez les femmes. Cette faible acceptation est liée, en partie, au fait que les femmes se réfèrent à leurs époux pour la prise de la décision concernant le dépistage du VIH.

I-4.2.4. La faible couverture nationale des services de prise en charge des adultes et enfants vivant avec le VIH

Jusqu'en fin 2006, les services de conseils et dépistage volontaire et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH n'étaient disponibles que dans les deux principales villes du pays, à savoir Brazzaville et Pointe-Noire. Ce qui n'a pas facilité le dépistage et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les villes secondaires et en milieu rural.

I-4.2.5. La tendance à la combinaison de plusieurs thérapeutiques par les PVVIH

Selon une étude réalisée par l'Association Serment Merveil, la plupart des personnes vivant avec le VIH qui sont pris en charge dans les formations

sanitaires, ont recours, en plus, à des thérapeutiques parallèles (prière, rituels religieux avec délivrance, urinothérapie, tradithérapeutes, etc.). Le recours à ces thérapeutiques parallèles amène certains patients à abandonner la prise des médicaments et le suivi médical.

I-4.2.6. Le coût prohibitif du suivi biologique des PVVIH

Depuis décembre 2006, le traitement ARV est fourni gratuitement aux PVVIH dans les formations sanitaires publiques, sur l'ensemble du territoire national. Cependant le coût du bilan d'inclusion et des examens biologiques de suivi est resté un frein à l'inclusion sous ARV d'une part et au suivi correct des patients après l'inclusion d'autre part.

I-4.2.7. La non intégration du conseil et dépistage volontaire dans les activités des centres anti-tuberculeux.

Jusqu'en fin 2007, les services de conseil et dépistage volontaire n'ont pas formellement été intégrés dans les centres anti-tuberculeux. Ce qui n'a pas permis de potentialiser le diagnostic des co-infections Tuberculose-VIH.

I-4.3. LES GROUPES LES PLUS VULNERABLES

1.4.3.1. Les professionnelles du sexe

Il s'agit de femmes à partenaires multiples qui fournissent des prestations sexuelles marchandes. L'étude socio-anthropologique et l'étude sur la prostitution dans la communauté de pêche de Base-Agip permettent de classer les professionnelles du sexe en 3 principales catégories :

- Les professionnelles du sexe qui reçoivent les clients à domicile : il s'agit le plus souvent des femmes d'origine étrangère (RDC en majorité). On trouve ces types de professionnelles de sexe à Brazzaville (Baongo, Moungali, Ouenzé et Poto-Poto), à Pointe-Noire (Rex, Base-Agip), à Makotipoko dans les Plateaux. Ces femmes fournissent des prestations bon marché et ont tendance à exiger le préservatif avec les clients ordinaires. Ces femmes ont souvent un ou plusieurs clients réguliers appelés « Loves » qui, en général, assurent le paiement du loyer et des ordonnances en cas de maladies, et avec qui elles ont des relations sexuelles sans préservatifs. Lorsqu'elles commencent à perdre des clients à force d'exiger le préservatif, ces femmes finissent par accepter des rapports sexuels non protégés. Les plus jeunes combinent la réception à domicile aux sorties dans les bars et les boîtes de nuit.
- Les prostituées mobiles ou « filles faisant la vie des blancs » : Il s'agit de jeunes filles qui fréquentent les Boîtes de nuit et Bars des villes. Elles y fournissent des prestations sexuelles à des meilleurs prix que celles qui reçoivent à domicile. Ces filles exigent souvent des rapports protégés, mais accèdent souvent aux demandes de personnes qui augmentent la

mise pour obtenir des rapports non protégés. Elles perdent aussi tout contrôle en cas de consommation excessive d'alcool ou de drogue. Elles ont aussi tendance à abandonner le préservatif lorsque le client se fidélise. Ces prostituées se rencontrent en grand nombre à Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie. On les trouve aussi à petite échelle à Ouessou, Pokola et N'kayi. Certaines de ces prostituées voyagent d'une ville vers l'autre pendant les périodes de paiement de salaires ou en cas d'activité entraînant un afflux de fonctionnaires en mission dans une ville.

- Les Jeunes filles libres « bordels » : Il s'agit de jeunes de moins de 30 ans qui ne sont pas des prostituées en temps que tel, mais sont disposées à offrir des services sexuels pour des raisons de survie. Dans la plupart de cas, il s'agit de jeunes filles mères, qui prennent en charge un ou plusieurs enfants sans source précise de revenus. Elles vivent avec une grand-mère, une mère ou une tante, parfois même avec un père et doivent apporter une contribution à la popote de la famille. Elles mobilisent ainsi les ressources pour la survie soit en ayant plusieurs partenaires réguliers, soit en acceptant des rapports occasionnels moyennant de l'argent. Ces filles n'ont pas de prix fixé pour les prestations sexuelles; elles comptent sur la bonne volonté des hommes. Elles ne se considèrent pas et ne souhaitent pas être considérées comme des prostituées, c'est à dire des filles qui « font la vie ». C'est pourquoi, elles ne reçoivent pas les hommes chez elles et ne vont pas non plus dans les boîtes de nuit ni les bars. Par conséquent, elles n'ont pas tendance à recourir au préservatif. Certaines affirment même ne pas aimer le préservatif. Ces filles finissent par faire « la vie des blancs » soit parce que cette forme de prostitution ne leur permet pas de couvrir l'ensemble de leurs besoins, soit parce qu'initiiées par des amies. Certaines ont des arrangements avec les gérants des hôtels qui les contactent lorsque un client en exprime la demande. D'autres travaillent avec des intermédiaires appelés « donneurs universels » qui les mettent en contact avec les hommes qui recherchent des partenaires en toute discrétion. Cette catégorie de prostituées se rencontre dans toutes les villes du pays.

Il n'existe pas de données permettant d'évaluer le nombre de professionnelles du sexe dans le pays. Aucune étude permettant d'évaluer la prévalence du VIH dans ce groupe à haut risque n'a encore été menée.

1.4.3.2. Les filles-mères

Il s'agit des adolescentes et jeunes femmes qui ont eu une grossesse précoce dont le père a refusé la paternité, et qui vivent dans des familles pauvres. Ces filles ont à s'occuper d'elles-mêmes et de l'enfant. Certaines de ces filles ont un ou plusieurs partenaires réguliers à qui elles fournissent des prestations sexuelles contre un peu d'argent. D'autres sortent certains soirs pour gagner un peu d'argent.

Le phénomène des adolescentes-mères prend de l'ampleur dans toutes les

villes du pays. Selon l'EDSC-I, 27% des jeunes femmes de 15-19 ans ont commencé à être fécondes, c'est-à-dire sont déjà mères ou sont enceintes.

Plusieurs femmes deviennent prostituées à la suite de la naissance d'un enfant dont elles doivent elles-mêmes prendre la charge. Au point où l'on peut considérer l'adolescence-mère comme le portail qui conduit droit vers la prostitution.

1.4.3.3. Les jeunes non scolarisés et déscolarisés

Dans cette catégorie, on classe les jeunes garçons qui n'ont jamais été à l'école ou ont cessé d'aller à l'école pour une raison ou une autre. Ces jeunes sont oisifs et s'adonnent à l'alcool et à la drogue. Certains exercent des petits métiers (dockers, bagagistes dans les aéroports, crieurs dans les arrêts de bus) et constituent une bonne partie des clients de la prostitution bon marché exercée par les professionnelles de sexe qui reçoivent à domicile. Ces jeunes s'adonnent parfois à des viols collectifs en milieu urbain, notamment lorsqu'ils n'ont pas d'argent pour se payer les services de prostituées (période de « mpiaka »). D'autres jeunes deviennent plutôt des « petits poussins » de femmes âgées qui leurs donnent de l'argent en échange de prestations sexuelles dans la discrétion. Une partie infime de ces jeunes pratiquent la prostitution masculine en fournissant des services homosexuels à une clientèle en grande partie expatriée. Les ex-combattants sont aussi à classer dans ce groupe.

Il y a une forte tendance chez ces jeunes à ne pas utiliser le préservatif au cours des relations sexuelles.

Ces groupes de jeunes sont présents en grand nombre dans toutes les villes du pays.

1.4.3.4. Les élèves et étudiants

Les jeunes garçons et filles scolarisés des niveaux secondaires et universitaires sont particulièrement vulnérables au VIH. Leur vulnérabilité est la conséquence de la mixité dans les établissements scolaires et des contacts avec les enseignants avec qui s'établissent des liens de diverses natures. Les filles scolarisées à tous les niveaux subissent un harcèlement sexuel de la part des enseignants qui leur proposent d'échanger des bonnes notes contre des relations sexuelles. Les filles les plus paresseuses abordent elles-mêmes les enseignants pour leur proposer des relations sexuelles en échange de bonnes notes. Ces notes acquises sur le canapé sont appelés en milieu scolaire « MST », c'est-à-dire Moyenne Sexuellement Transmissible. Le suivisme (tendance à avoir les tenues à la mode, les téléphones portables de grande classe, à l'image des autres élèves), l'inconscient collectif qui institue le fait pour une fille d'avoir un copain en norme sociale, l'organisation des sorties de groupe les week-end sont autant des facteurs qui accentuent la vulnérabilité des filles scolarisées au VIH. Il faut noter le cas spécifiques des élèves et étudiants qui quittent leurs parents pour poursuivre les études (formation professionnelle et

université). Ces filles sont souvent obligées de se prendre en charge elles-mêmes et combinent prostitution et études.

Les jeunes garçons par contre servent d'intermédiaires entre les filles et les enseignants. Ils exigent aussi d'avoir des relations sexuelles avec les mêmes filles pour garder le secret des liens entre ces filles et les enseignants. Les garçons les plus intelligents de la classe font l'objet d'harcèlement de la part des collègues filles. Les garçons qui n'ont pas de partenaires sexuels font l'objet de moqueries et sont appelés « Youma ». Les garçons font donc tout ce qui est possible pour ne pas se faire appeler « Youma ». Ils organisent les sorties les week-end afin d'avoir des relations sexuelles avec les filles les plus résistantes, sous l'effet de l'alcool. Les garçons issus de familles nanties organisent des fêtes à l'école (phénomène de « break ») pour s'attirer les faveurs des filles. Il y a une tendance chez les jeunes garçons scolarisés à considérer que, faire des rapports sexuels avec une fille avec préservatif, c'est ne pas la connaître, c'est-à-dire ne pas apposer sa signature en elle. Les filles par contre doivent dédicacer les garçons avec lesquels elles ont des relations sexuelles, par la fellation avec réception de son sperme dans la bouche.

Le total des élèves du collège et du lycée est d'environ 178.000 sur l'ensemble du territoire national. Le nombre des étudiants de l'université est par contre d'environ 13.000 principalement à Brazzaville, et à Pointe-Noire à moindre échelle.

1.4.3.5. Les enseignants

Les enseignants du secondaire et de l'université sont vulnérables au VIH en raison de leurs contacts fréquents avec les élèves et les étudiants et de leur pouvoir vis-à-vis de ces derniers. Les enseignants sont victimes d'harcèlement de la part des élèves. Certains profitent de leur position pour proposer aux élèves des rapports sexuels en échange de notes. Les enseignants célibataires qui sont affectés dans les localités de l'intérieur sont particulièrement vulnérables aux pressions des élèves et de la communauté.

Le nombre des enseignants du secondaire est de 5.400 sur l'ensemble du territoire national. L'Université Marien N'gouabi de Brazzaville compte environ 1.100 enseignants (permanents et vacataires compris).

1.4.3.6. Les hommes en uniforme

Les militaires, policiers et gendarmes, les para-militaires figurent parmi les groupes de population les plus vulnérables au VIH. Cette vulnérabilité est le fait d'abord de la proximité entre hommes en uniforme de sexes opposés dans les camps. Les militaires en mission de longue durée, dans des zones où la population est très pauvre, échangent leur ration alimentaire ou une partie de leur solde contre des rapports sexuels. Certains sont auteurs de violences sexuelles, particulièrement à l'endroit des prostituées dans les grandes villes. Il a

été noté que, dans les zones de missions militaires, plusieurs jeunes filles ont hérité de grossesses de la part de militaires. Pendant la période de conflits armés, de telles grossesses étaient appelées « prime de guerre ».

Le nombre exact d'homme en uniforme n'est pas disponible, mais il en existe en nombres variables dans les 12 départements du pays.

1.4.3.7. Les commerçants et commerçantes

Il s'agit de personnes qui exercent un commerce au marché et/ou qui sont emmenées à se déplacer pour acquérir la marchandise.

La vulnérabilité des commerçants est le fait de leur pouvoir économique. Ils sont victimes d'harcèlement sexuel de la part des clientes ou ont tendance à se défouler les jours où la vente a été fructueuse, en particulier avec les prostituées. En général, l'épopée commence dans un bar ; ce qui les amènent à avoir des relations sexuelles sous l'effet de l'alcool et donc à ne pas se protéger.

Les commerçantes aussi subissent l'harcèlement de la part des clients. Certaines utilisent le commerce comme une activité de façade leur permettant d'être en contact avec des hommes et fournir des prestations sexuelles marchandes. Cela se traduit souvent par une inadéquation entre l'activité exercée et les biens effectifs des commerçantes. D'autres commerçantes ont des rapports sexuels avec les fournisseurs des produits qu'elle vendent, en vue d'avoir des facilités d'accès à la marchandise. Pour celles qui effectuent des voyages, elles proposent parfois des rapports sexuels contre des facilités douanières ou des facilités de transport (avec les gestionnaires des bateaux, contrôleurs de train, chefs de gares). Dans certains cas, les commerçantes procèdent à des livraisons de produits à crédits aux travailleurs dans les entreprises. Elles sont parfois amenées à fournir des prestations sexuelles pour ouvrir les portes des entreprises ou des administrations publiques.

1.4.3.8. Veuves et autres femmes chefs de ménages

Dans ce groupe, on classe les femmes veuves, divorcées ou toute autre femme seule qui a à charge un ou plusieurs enfants. La plupart de ces femmes sont sans emploi, exercent un petit commerce ou ont un emploi précaire dont le revenu ne permet pas de répondre aux besoins de sa famille.

Les veuves, lorsqu'elles ont refusé d'épouser un parent du défunt mari, sont continuellement harcelées par les parents de ce dernier qui considèrent le fait d'avoir des relations sexuelles avec elles comme un droit ; surtout lorsque la veuve continue à vivre dans la maison laissée par le défunt-mari. Les difficultés à répondre aux besoins des enfants (nourriture, scolarité) les amènent parfois à accepter des relations sexuelles avec un parent du mari défunt. Certaines choisissent plutôt de trouver un ou plusieurs amants en dehors de la famille du mari défunt.

Les autres femmes chefs de ménages qui ont en charge des enfants sont aussi amenées à avoir un ou plusieurs amants pour trouver de quoi répondre aux besoins de la famille. La tendance à la fidélisation de ces relations limite la possibilité de recours au préservatif.

Les veuves et autres femmes chefs de ménages les plus nanties ont plutôt tendance à rechercher un ou plusieurs petits poussins pour satisfaire leurs désirs sexuels.

Les veuves et femmes chefs de ménages existent en plus ou au moins grand nombre dans les 12 départements du pays.

1.4.3.9. Les transporteurs

Les chauffeurs de taxi et autres transporteurs sont particulièrement vulnérables au VIH.

Les chauffeurs de taxi sont victimes d'harcèlement de la part des clientes qui cherchent à payer les courses de taxi en nature. Ils subissent aussi l'harcèlement de la part de clientes nanties en quête de partenaires. En cas de bonne recette, les chauffeurs de taxis ont aussi tendance à se défouler dans l'alcool et le sexe.

Dans le groupe des autres transporteurs, on classe les chauffeurs de grands camions de transports, les conducteurs et contrôleurs de trains, les armateurs de bateaux, etc. Ceux-ci sont en contact avec des commerçantes et des usagères qui leurs proposent des relations sexuelles contre des facilités. Ils sont amenés à avoir des partenaires réguliers dans les localités où ils passent la nuit.

1.4.3.10. Les détenus

Une étude réalisée par le Ministère de la Justice et des Droits Humains en mars 2006 auprès de 174 détenus de la Maison d'Arrêt de Brazzaville a mis en lumière des pratiques sexuelles à risque chez les détenus. En effet, les détenus continuent à avoir des rapports sexuels pendant la détention, le plus souvent avec des co-détenus de même sexe ou de sexe opposé. Après la pénétration vaginale sans préservatif, la sodomie est la seconde pratique sexuelle à risque la plus fréquente chez les détenus. A contrario, l'usage du préservatif n'est pas formellement autorisé en prison, étant donné qu'il est interdit d'avoir des relations sexuelles en prison.

La vulnérabilité des détenus au VIH est la conséquence de plusieurs facteurs : (i) la séparation avec les partenaires habituels, (ii) la promiscuité dans les prisons, (iii) et l'interdiction officielle des relations sexuelles et partant de la non disponibilité du préservatif dans les prisons.

1.4.3.11. Les travailleurs des secteurs publics et privés

Les travailleurs des secteurs publics et privés, hommes et femmes, sont vulnérables au VIH. Les hommes sont vulnérables du fait du pouvoir économique que leur procure le salaire. Autour des entreprises et des administrations publiques s'organisent des petits commerces exercés par des femmes qui, en plus, fournissent des services sexuels en échange d'un peu d'argent. Les jours de paie, les professionnels du sexe attendent les travailleurs à la sortie des entreprises et des banques. Les travailleurs qui vont en mission pendant des semaines sont particulièrement vulnérables en retour de missions. Autour du port de Pointe-Noire, des femmes attendent les hommes en retour de longues missions en haute-mer, qui, sont tentés de « vider leur vessie pleine » avant de rentrer à la maison.

Les femmes sont soumises au harcèlement sexuel de la part de leurs supérieurs hiérarchiques. Le phénomène des avancements et des recrutements « canapés » est courant dans les entreprises privées et dans les administrations publiques.

1.4.3.12. Les peuples autochtones

Les peuples autochtones sont devenus depuis quelques années vulnérables au VIH en raison de leurs relations avec les bantous. Les hommes bantous ont de plus en plus de relations sexuelles avec les femmes pygmées. Ces femmes acceptent les propositions des bantous de manière systématique en raison de leur sentiment d'infériorité vis-à-vis des bantous. Les hommes pygmées, lorsqu'ils trouvent du gibier, se vengent des bantous en ayant des relations sexuelles avec les femmes bantoues contre du gibier. Ce qui crée une passerelle de l'épidémie du VIH des bantous vers les pygmées. Par ailleurs, les violences sexuelles à l'égard des femmes, en général en groupe, sont érigées en norme sociale chez les peuples autochtones.

Une enquête sur les connaissances sur le VIH/SIDA, attitudes et pratiques chez les peuples autochtones réalisée en février 2007 par le Ministère des Affaires Sociales avec l'appui de l'UNICEF a montré que (i) la proportion des peuples autochtones qui avait entendu parlé du SIDA était très faible par rapport à la moyenne nationale, (ii) l'observation de la chasteté ou de la virginité avant le mariage est une vertu faiblement observée chez les peuples autochtones, (iii) le fait d'avoir des rapports sexuels avec un bantou cultive un sentiment de fierté chez la jeune fille autochtone, (iv) pour les hommes autochtones, avoir des relations sexuelles avec une bantoue constitue la réalisation d'un rêve, (v) les rapports sexuels extraconjugaux et les violences sexuelles sont monnaie courante pendant que le préservatif est faiblement utilisé.

Les peuples autochtones existent dans les départements du Niari, de la Lekoumou, des Plateaux, de la Cuvette Ouest, de la Sangha et de la Likouala.

1.4.3.13. Orphelins et autres Enfants Vulnérables

On classe parmi les Orphelins et autres enfants vulnérables :

- les orphelins : enfants âgés de 0 à 18 ans qui ont perdu leurs mères, leurs pères ou les deux parents pour une quelconque raison et qui n'ont pas accès aux services sociaux de base (éducation, formation/insertion professionnelle, soins de santé, protection sociale).
- les autres enfants vulnérables : tout autre enfant âgé de 0 à 18 ans qui, pour une raison ou une autre, n'a pas accès aux services sociaux de base.

Ces enfants, lorsqu'ils ne reçoivent aucun soutien de la part d'un adulte sont amenés à abandonner leur scolarité, s'exposant ainsi au travail précoce, à l'usage de drogues, aux abus sexuels et à la prostitution pour les jeunes filles. Ce qui les rend ainsi vulnérables au VIH. Certains d'entre eux sont victimes du SIDA pour avoir perdu précocement leurs parents à cause de cette maladie.

1.4.3.14. Les personnes vivant avec le VIH

Les personnes vivant avec le VIH sont vulnérables aux impacts du SIDA en raison de plusieurs facteurs : (i) le retard dans le diagnostic de la maladie, (ii) l'absence de structures de prise en charge ou le coût prohibitif du bilan d'inclusion et du suivi biologique, (iii) de la stigmatisation et de la discrimination dont ils sont victimes dans les familles, les quartiers, les hôpitaux et sur le lieu du travail.

L'épidémie étant de type généralisé, les personnes infectées par le VIH existent dans les 12 départements du pays.

1.4.3.15. Autres groupes vulnérables au VIH

Les sportifs, les Réfugiés, les membres des ensembles traditionnels et musiciens, les personnes vivant avec handicap, les professionnels de la santé et tradipraticiens.

I-4.4. LES ZONES ET POINTS A RISQUE

I-4.4.1. Les zones aéroportuaires

Les zones aéroportuaires sont des zones qui favorisent des rencontres entre le personnel qui y travaille et les usagers. Dans les aéroports, entre les policiers, les douaniers et les commerçants des relations de type sexuels visant à faciliter les formalités de douanes se nouent. Les professionnelles de sexe affluent vers

les ports en vue d'y fournir des services aux usagers et aux travailleurs. Certaines femmes y développent des petits commerces de façade et fournissent en même temps des prestations sexuelles marchandes.

Parmi les zones aéroportuaires qui nécessitent une concentration d'activités de lutte contre le VIH/SIDA, il y a : le port maritime de Pointe-Noire, le port fluvial de Brazzaville, les aéroports internationaux de Brazzaville et Pointe-Noire.

I-4.4.2. Les pôles industriels à grande attraction

Il s'agit de grandes industries implantées dans les villes secondaires et qui attirent de commerçants et des prostituées autour des sites d'implantation de l'entreprise.

Il s'agit notamment de:

- Saris à N'kayi et SONOC à Loutété dans la Bouenza
- CIB (Pokola, Kabo, Ndoki), IFO (Gombé) dans la Sangha
- Les sociétés forestières implantées à Bétou, Enyellé, Macao, Lopola, Mokabi et Loundoungou dans la Likouala.

I-4.4.3. Les zones à forte concentration de la prostitution

Il s'agit des villes dans lesquelles s'organisent les deux premières formes de prostitution, c'est-à-dire où les prostituées reçoivent les clients à domicile, et où il existe des bars, hôtels et boîtes de nuits, fréquentés ouvertement par les professionnelles de sexe.

Il s'agit notamment des villes de Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, N'kayi, Pokola, Ngombé, Ouessou, Tala-Tala, Makotipoko, Owando, Impfondo, Bétou, Enyellé, Dongou.

I-4.4.4. Les zones à forte activité de pêche artisanale

Dans les zones à forte activité de pêche artisanale, les membres de la communauté vivent des produits de la pêche. Les hommes pratiquent la pêche ou sont mareyeurs, tandis que les femmes assurent la vente et/ou la transformation du poisson.

L'étude réalisée par le CNLS au niveau de la communauté de pêche de Base-Agip a montré que l'accès à la ressource de grande valeur qu'est le poisson favorise le développement de divers rapports de type sexuel qui rendent vulnérables au VIH, à divers degrés, les différentes personnes impliquées dans la pêche, la transformation et le commerce du poisson. Compte-tenu d'importantes ressources qui y circulent, les communautés de pêche attirent des prostituées qui viennent s'y installer ou viennent périodiquement fournir des prestations sexuelles contre de l'argent ou du poisson.

Les communautés de pêche qui constituent des zones à haut risque sont :

Pointe-Noire (Base-Agip), Plateaux (Makotipoko, Mpouya, Bouemba, Balemo), Cuvette (Mossaka, Loukolela, Makoua, Ntokou), Liranga et Impfondo dans la Likouala.

I-4.4.5. Les marchés forains

Il s'agit des marchés qui se tiennent de manière périodique (une ou deux fois par mois) et attirent des commerçants venant de plusieurs villes du pays, voire des pays limitrophes. Ces marchés favorisent le développement des rapports de nature sexuelle entre les commerçants, les autochtones et les usagers du marché. Ces marchés attirent également les prostituées venant des autres villes.

Les plus grands marchés forains (où les commerçants passent au moins une nuit) sont les suivants : Bouenza (Loudima, N'kayi, Madingou, Bouansa, Loutété, Moyondzi), Lekoumou (Sibiti), Niari (Makabana, Mossendjo), Plateaux (Makotipoko, Mpouya, Bouemba, Balemo), Cuvette (Oyo, Mossaka, Loukolela), Likouala (Liranga, Impfondo, Dongou, Bétou, Boyélé).

A côté de ces marchés, il faut aussi considérer les marchés classiques des grandes villes qui favorisent de nombreuses rencontres et autour desquels s'implantent des boxons, particulièrement à Pointe-Noire et Brazzaville.

I-4.4.6. Les établissements de détention (Prisons)

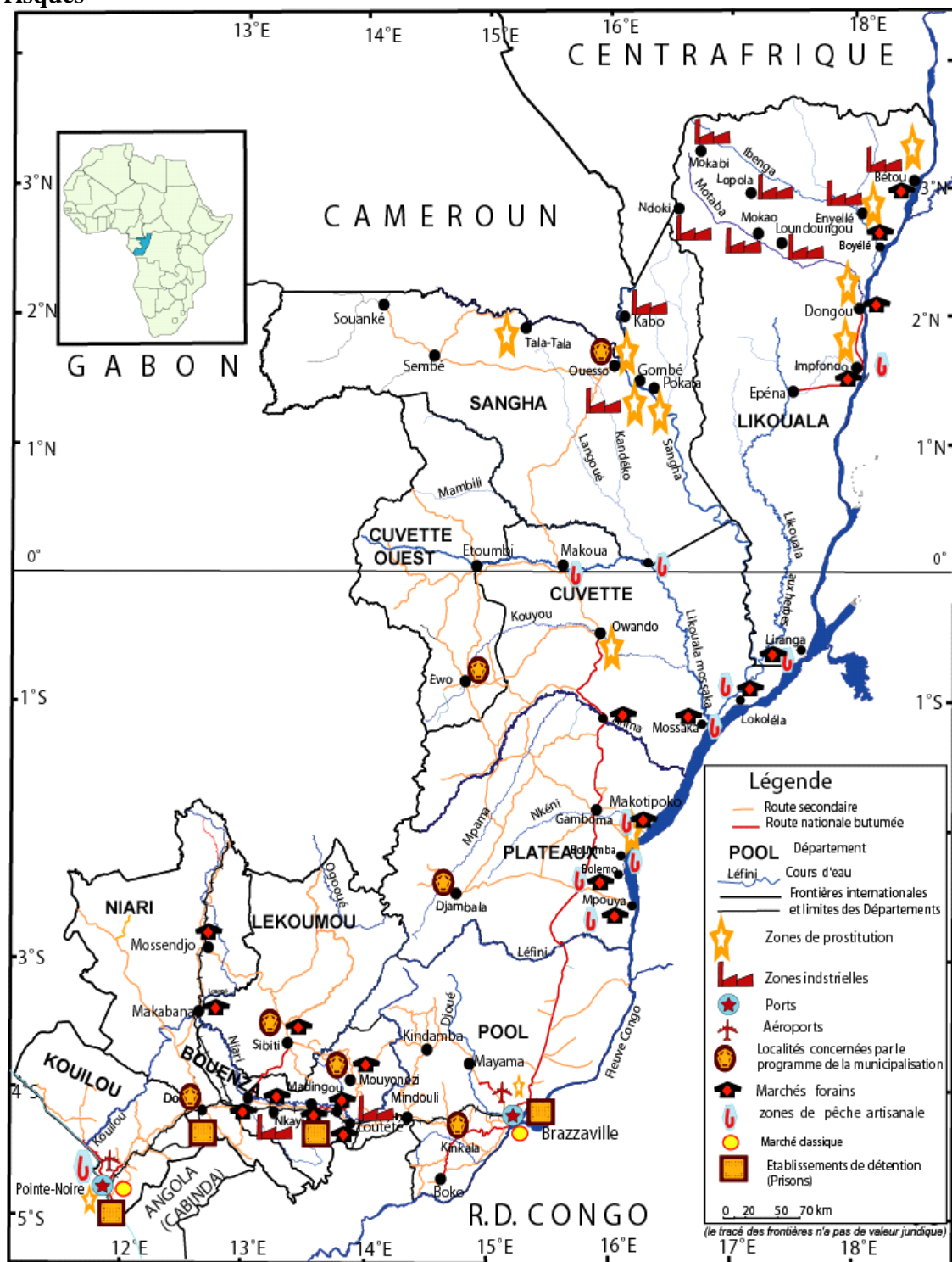
Les établissements de détention constituent des zones à risques en raison de la promiscuité des détenus, du reste séparés de leurs partenaires habituels.

Les établissements à forte population carcérale sont les maisons d'arrêts de Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie, Madingou.

I-4.4.7. Les capitales des départements de l'intérieur du pays concernés par le programme de municipalisation accélérée.

En dehors de Brazzaville et Pointe-Noire, la capitale du département choisi au cours d'une année pour le programme de municipalisation accélérée devient une zone à risque en raison de l'implantation des entreprises chargées d'exécuter les travaux et de l'afflux des fonctionnaires en mission et des hommes en uniforme.

Figure 4: Localisation des zones d'activités économiques constituant des zones à risques



SECTION II : REVUE DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE

CONTRE LE VIH/SIDA 2003-2007

II-1. HISTORIQUE DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH/SIDA

La République du Congo a été l'un des premiers pays d'Afrique subsaharienne à reconnaître officiellement l'épidémie du VIH/SIDA. Après la découverte des premiers cas de SIDA en 1983, le Congo avait mis en place dès 1985 un Comité de Diagnostic et Prise en charge de l'infection à VIH. Ce Comité a été transformé en Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) en 1987. De 1987 à 1997, le PNLS a organisé la réponse nationale au VIH/SIDA avec un plan d'urgence et un plan à moyen terme. Au terme de la mise en œuvre de ces différents plans, le PNLS a obtenu d'importants résultats comme l'organisation de plusieurs campagnes de sensibilisation, la création à Brazzaville du premier Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) des personnes vivant avec le VIH d'Afrique, la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique.

Les guerres successives que le Congo a connues entre 1997 et 1999 ont ralenti les efforts nationaux en matière de lutte contre cette pandémie.

En vue de procéder à la relance de la réponse nationale au VIH/SIDA, le Congo a initié en 2002 un processus de planification stratégique qui a abouti à la réalisation d'une analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH/SIDA, et à l'élaboration d'un Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA et les IST pour la période 2003-2007 (CSN 2003-2007), adopté le 04 décembre 2002.

Tirant les leçons des faiblesses de la réponse nationale, le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2003-2007 a proposé la mise en place d'un Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CNLS) en tant qu'organe multisectoriel d'orientation et de coordination de la réponse nationale de lutte contre le SIDA. Pour marquer l'engagement des autorités congolaises au plus haut niveau dans la lutte contre cette pandémie, le CNLS a été placé sous la très haute autorité du Président de la République.

Installé officiellement le 14 Juillet 2003, le CNLS a assuré, de 2003 à 2007, la coordination de la réponse nationale au VIH/SIDA avec l'appui des partenaires au développement, avec comme partenaires opérationnels les structures centrales et décentralisées des ministères, la société civile et le secteur privé.

II-2. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 2003-2007

La mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA était articulée autour des six axes suivants : prévention de la transmission du VIH, amélioration de la prise en charge, renforcement de la surveillance épidémiologique, promotion de la recherche, contrôle des IST, coordination et partenariat.

La revue du cadre stratégique a permis de mettre en lumière les progrès réalisés, forces et les faiblesses de la réponse nationale de 2003 à 2007 par axe stratégique et domaine d'action prioritaire.

II-2.1. Prévention de la transmission du VIH

II-2.1.1. Prévention de la transmission sexuelle

Le CSN 2003-2007 s'est fixé comme objectifs en rapport avec la prévention de la transmission sexuelle du VIH : (i) Réduire d'au moins 50% le pourcentage de nouvelles infections dans les groupes dont la prévalence est élevée ou en hausse, (ii) Accroître de 75% le taux d'utilisation du préservatif, (iii) Assurer l'accès au dépistage volontaire, anonyme et confidentiel à au moins 75% de la population.

En fin 2002, (i) il n'y avait aucun document normatif (stratégie, guides) régissant la mise en œuvre des actions de prévention de la transmission sexuelle du VIH, (ii) plusieurs actions sporadiques de prévention étaient menées par les ONG et le PNLS avec l'appui des partenaires, sans une coordination du processus de planification, sans harmonisation des approches, (iii) un seul projet structuré était mis en œuvre, en l'occurrence le projet de prévention du VIH/SIDA dans les écoles du Congo financé conjointement par le PNUD et l'Ambassade des Etats-Unis, (iv) un programme de marketing social mis en œuvre par PSI en collaboration avec une ONG locale (Association de santé familiale), (v) les deux centres de traitement ambulatoire de Brazzaville et de Pointe-Noire étaient les seules structures qui fournissaient des services de conseil et dépistage volontaire.

En conséquence les deux premières années de la mise en œuvre du CSN 2003-2007 ont été consacrées à l'élaboration des documents normatifs. Les documents suivants ont été élaborés :

- Stratégie nationale de communication pour le changement de comportements, avec l'appui du CREDES et sur financement de la Banque Mondiale via un don japonais,
- Manuel de procédures d'appui aux initiatives communautaires en réponse au VIH/SIDA (la plupart de ces initiatives communautaires sont en rapport avec la prévention de la transmission sexuelle),
- Guide de référence national en communication sociale destinés aux prestataires de la société civile et des secteurs autres que la santé : ce guide comporte un manuel de formation et des fiches pratiques pour les prestataires.

- Guide de référence national sur l'éducation par les pairs en réponse au VIH/SIDA : comportant un manuel de formation et des fiches pratiques pour le pair-éducateur,
- Guide sur l'éducation pour la santé sur le VIH/SIDA en milieu de soins.
- Une série de dépliants d'informations sur le VIH/SIDA : (i) un sur les connaissances de base sur le VIH/SIDA, (ii) un sur l'importance du dépistage volontaire, (iii) un sur la fidélité conjugale et la prévention du SIDA, (iv) un sur le préservatif, (v) le dernier intitulé : « comment passer son séjour à l'hôtel sans s'exposer au VIH/SIDA » destinés aux clients des hôtels.

En même temps, deux centres de dépistage anonymes et volontaires ont été construits à Brazzaville avec l'appui de la Banque Mondiale dans le cadre du Projet d'Urgence d'appui à la Réhabilitation et à l'Amélioration des Conditions de Vies (PURICV).

La mise en œuvre effective de la stratégie de communication pour le changement de comportements ainsi que l'application du manuel de procédures d'appui aux initiatives communautaires ont effectivement commencé en 2005.

Deux types d'actions ont été mis en œuvre :

- les actions visant les groupes les plus vulnérables,
- les actions envers la population générale.

A ces deux actions s'ajoutent la promotion et la distribution du préservatif qui s'adresse tant à la population générale qu'aux groupes les plus vulnérables.

Les actions visant les groupes les plus vulnérables ont été menées tant par les organisations de la société civile que par les ministères autres que celui de la santé.

- Réponse du secteur public autre que celui de la santé

Quatorze ministères autres que la santé ont mené des activités aussi bien avec les travailleurs de leurs ministères respectifs qu'avec les groupes vulnérables en rapport avec les mandats de leurs ministères.

A partir de 2005, ces 14 ministères ont élaboré, chaque année, des plans d'actions par département, qui ont été appuyés par le Gouvernement, le Projet de Lutte contre le VIH/SIDA et de Santé pour l'ensemble des ministères, et par d'autres partenaires pour certains ministères (UNFPA pour les Ministères de la Jeunesse, de la Défense Nationale et des enseignements ; UNICEF pour les Ministères de la Jeunesse, de la Promotion de la Femme, enseignements, Affaires sociales, UNESCO pour les ministères des enseignements).

L'ensemble de ces ministères a utilisé les guides de référence pour la fourniture des services de prévention. Les travailleurs des ministères ont bénéficié des

activités de communication sociale. Un agent du ministère était considéré comme couvert lorsqu'il a participé à 5 sessions de communication sociale abordant les thématiques suivantes : connaissances de base sur le VIH/SIDA, vulnérabilité du groupe au VIH/SIDA, les IST, l'importance du Dépistage Volontaire, le préservatif.

Pour les groupes vulnérables en rapport avec le mandat de chaque ministère, la communication sociale a été combinée à l'éducation par les pairs, animée par des pairs-éducateurs formés parmi les membres du groupe. Le nombre de sessions d'éducation par les pairs exigées pour considérer qu'une personne a été couverte a été de 5, abordant les thématiques suivantes : nos connaissances sur le VIH/SIDA, nos attitudes face au VIH/SIDA, nos pratiques sexuelles, le préservatif, les situations génératrices de risque de notre groupe.

Il faut noter que les prestataires de communication sociale et les pairs-éducateurs ont été formés par des Pool de formateurs nationaux agréés au sein des Organisation de Référence pour la Formation. De Janvier 2005 à Juin 2006, l'ACBEF a été l'ONG de référence pour la formation en communication sociale, et le PNUD (équipe de l'ex-projet PRESIEC), l'organisation de référence pour la formation sur l'éducation par les pairs. A partir de juillet 2007, le Pool de formateurs sur l'éducation par les pairs a été récupéré par l'ACBEF dans le cadre d'un transfert de compétences vers une institution nationale.

Au total 125.014, tous groupes vulnérables confondus, ont été couverts par les actions de CCC.

Il faut noter qu'en 2005 et 2006, les activités étaient fortement concentrées dans les 5 départements appuyés par le PLVSS, et que la couverture nationale n'a été assurée qu'à partir de 2007 avec le démarrage du projet d'appui à la décentralisation et au passage à l'échelle des actions de prévention et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PADEPP) financé par le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

Pour réaliser les activités de communication pour le changement de comportements, un total de 266 prestataires en communication sociale et 1.336 pairs-éducateurs ont été formés au sein des ministères.

L'enseignement du VIH/SIDA intégré dans les programmes scolaires depuis 2000 a été poursuivi et renforcé avec (i) l'introduction et l'harmonisation des contenus des programmes des IST et VIH/SIDA dans l'enseignement secondaire général, avec l'appui de l'UNESCO, (ii) la duplication des guides de l'enseignant avec l'appui du PNUD.

Toutefois, il n'a pas été mis en place d'outils permettant de suivre l'enseignement effectif du VIH dans les écoles. Par ailleurs, les guides d'enseignants élaborés en 2000 avec l'appui de l'UNFPA et revus en 2003 avec l'appui du PNUD ont utilisé l'approche d'enseignement par objectif. A la faveur d'une réforme générale de l'enseignement, les ministères de l'enseignement général et technique ont initié, sous la coordination de l'INRAP, un processus de révision des guides

d'enseignement sur le VIH/SIDA et la santé de la reproduction en utilisant l'approche basée sur les compétences de vie courante. Ce processus appuyé par le PLVSS, l'UNESCO et l'UNICEF a commencé en août 2007 par l'analyse des programmes en cours et l'élaboration des guides de l'enseignement. Ce processus se poursuivra en 2008 avec l'expérimentation des nouveaux guides dans les écoles et l'élaboration d'une politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA dans le système éducatif congolais. Au total, 523 enseignants sur 560 prévus ont été formés et dispensent des enseignements relatifs aux compétences de vie courante dans les classes du primaire, du collège et du lycée.

- Réponse de la société civile

Au total, 131 ONG et OBC ont été appuyées pour la mise en œuvre de projets de prévention du VIH/SIDA auprès des groupes les plus vulnérables, en suivant les orientations du manuel de procédure d'appui aux initiatives communautaires. Les activités de prévention ont combiné la communication sociale et l'éducation en suivant les mêmes critères de couverture que pour les ministères autres que la santé.

Au total, 83.953 personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables ont été couvertes par les projets communautaires. Pour les projets communautaires comme pour les activités développées par les ministères, aucune étude n'a été réalisée pour mesurer l'impact réel de ce travail en terme d'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques sexuelles ainsi que sur l'utilisation de ces services de conseil et dépistage volontaire des personnes couvertes. L'enquête de séroprévalence du VIH et sur les indicateurs du SIDA qui sera réalisé en 2008, permettra d'apprécier l'impact de ce travail sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population générale en comparaison avec les résultats de l'enquête démographique et de santé de 2005.

- Réponse du secteur privé

L'appui au secteur privé s'est traduit au cours de la période couverte par le CSN 2003-2007 par un accompagnement dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et plans d'action de lutte contre le SIDA sur le lieu du travail. L'objectif visé étant la fourniture des services visant la réduction de la vulnérabilité au VIH des travailleurs et ayant-droits, incluant les activités d'information et de développement des compétences de gestion du risque VIH, la distribution des préservatifs, le dépistage volontaire, l'accès aux soins pour les travailleurs et ayant-droits infectés par le VIH.

Au 31 décembre 2007, le nombre total d'entreprises disposant et mettant en œuvre (complètement ou partiellement) leurs politiques de lutte contre le VIH/SIDA est de 28. En plus de l'éducation par les pairs, la prévention du VIH/SIDA sur le lieu du travail se fait par le biais de leçons sur Powerpoint (sur les connaissances de base et les pratiques sexuelles) diffusables par e-mail.

Le nombre total de pairs-éducateurs formés au sein de entreprises est de 120, soit une moyenne d'un pair pour 42 travailleurs.

- Prévention auprès de la population générale

La prévention du VIH auprès de la population générale s'est faite par le biais des programmes médiatiques et des campagnes d'information et de mobilisation sociale sur le VIH/SIDA ; ainsi que par l'éducation sur le VIH/SIDA auprès des utilisateurs des services de santé.

- Contribution des médias dans la prévention du VIH/SIDA

En dehors des reportages sur les activités et événements en rapport avec la lutte contre le VIH/SIDA, la contribution des médias dans la lutte contre le VIH/SIDA s'est par le biais de :

- La production et la diffusion de l'émission bimensuelle intitulée "Communauté et Sida" sur DRTV. Lancée en janvier 2006, cette émission constitue un espace d'expression pour les communautés et les acteurs impliqués dans la lutte contre le SIDA. Cette émission permet donc de faire la promotion des services disponibles et porte à l'échelle les activités qui sont menées avec les groupes les plus vulnérables. En 2006 et 2007, un total de 56 émissions ont été produites, et chaque émission a été diffusée au moins deux fois ;
- La production des reportages sur les activités de lutte contre le SIDA et leur diffusion deux fois par mois sur la tranche de l'émission « santé au quotidien » de la Télévision Congolaise.
- La production et la diffusion d'une tranche hebdomadaire d'information sur Radio-Congo depuis janvier 2006 et sur les chaînes de radio de l'intérieur du pays depuis septembre 2007.
- La production d'une émission mensuelle animée par les jeunes pour les jeunes avec une radio locale à Dolisie ;
- La production d'une série de six scénarios dramatisant les situations génératrices de risques et leur diffusion dans les chaînes de télévision nationale et locale avec l'appui du PLVSS et d'un film éducatif sur le VIH/SIDA intitulé « La Mine » avec l'appui de l'UNFPA;
- La production et la diffusion par Radio Bénie à Ouessou d'une émission hebdomadaire intitulée « STOP SIDA »

Un atelier de formation des professionnels des médias visant à permettre aux professionnels des médias d'acquérir les connaissances de base sur le

VIH/SIDA en vue de réduire leur vulnérabilité, de renforcer leurs capacités dans l'analyse, le traitement et la diffusion de l'information de qualité sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles, d'échanger sur les techniques de communication en matière du VIH/SIDA a été organisé du 24 au 26 Janvier 2006 à Brazzaville, avec l'appui du PNUD. A l'issue de cet atelier, les professionnels des médias ont mis en place un noyau technique devant travailler à la mise en place d'un pool de professionnels des médias dans le domaine du VIH/SIDA.

Il n'existe pas d'espace d'échanges et de renforcement mutuel des journalistes engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA.

- Les campagnes d'information et de mobilisation sociale sur le VIH/SIDA

Plusieurs campagnes d'information sur le VIH/SIDA et de mobilisation ont été organisées au cours de la période couverte par le CSN. Il s'agit notamment de :

- campagnes de sensibilisation dans les marchés publics à Brazzaville avec l'appui du PURICV, en 2004 ;
- la Campagne sur le VIH/SIDA et la pauvreté organisée par la Fondation Congo-Assistance en 2006 et 2007,
- Campagnes organisées chaque année au cours du mois de décembre à l'occasion des la journée mondiale de lutte contre le VIH/SIDA,
- campagnes de sensibilisation organisées à l'occasion de la célébration de la fête de l'indépendance, des manifestations culturelles (FESPAM, Salon International Médical au Cameroun, Concours Miss Congo, Oscars de la presse, etc.), des manifestations sportives (Coupe d'Afrique Junior, Championnats d'Athlétisme), des journées internationales de la femme,
- l'organisation depuis 2005 d'un cycle de conférences sur le VIH/SIDA au Centre Culturel Français, ouvert au grand public (thématiques communautaires, une fois par mois) et au personnel de la santé (thématiques scientifiques, une fois par mois),
- la production d'un album de chansons sur le SIDA et l'organisation des concerts publics par le ministère de la culture.

- Ligne d'information, conseil et assistance téléphonique sur le VIH/SIDA

Un partenariat avec la société de téléphonie mobile (MTN Congo) a permis la mise en place en décembre 2007 d'une ligne téléphonique gratuite d'information, conseil, orientation et assistance sur les questions relatives au VIH/SIDA, dénommée « ligne jaune info-SIDA ». Exécutée par l'ONG Serment Merveil, la ligne jaune est composée de 5 postes de réception et dispose de deux équipes qui se relayent dont une travaille tous les jours ouvrables et le samedi de 8H00 à 14H00 et l'autre de 14H00 à 20H00. La ligne jaune reçoit en moyenne 224 appels téléphoniques par jour.

- Education pour la santé sur le VIH/SIDA en milieu de soins

Les activités d'éducation pour la santé axées sur la prévention du VIH à

l'intention des usagers du système de santé ont été intégrées dans 10 CSI en 2006 et 20 CSI 2007 (7 à Brazzaville, 7 à Pointe-Noire, 8 dans le Niari, 2 dans la Sangha).

Il faut noter que les activités d'IEC à l'intention des usagers de services de santé ne sont toujours pas documentées, en raison de l'absence de fiches de collectes des données au niveau des structures d'une part et des faiblesses dans l'organisation adéquate de ces activités d'autre part.

- Commentaires sur les activités de prévention à l'endroit de la population générale

Pour toutes les activités de prévention auprès de la population générale qui sont des activités soit de mobilisation sociale ou de soutien aux actions visant les groupes les plus vulnérables, il est difficile de disposer de chiffres précis sur la couverture de la population. Ce problème est lié en partie à la difficulté d'établir un contenu précis de couverture pour les campagnes de sensibilisation.

Il est cependant évident que ces activités contribuent à l'augmentation du niveau de prise de conscience générale de la population sur la réalité du SIDA et font la promotion des services disponibles.

- Distribution et vente des préservatifs

Jusqu'en Afrique 2006, l'ASF/PSI était la seule agence d'envergure qui assurait le marketing social du préservatif. L'ACBEF qui fournissait aussi ce service à plus petite échelle. En avril 2006, avec l'appui du PLVSS puis du PADEPP, une autre agence de marketing social du préservatif a été lancée : AAISC. ASF/PSI assure la promotion distribution/vente des préservatifs sous le label « Prudence » tandis que AAISC utilise le label « AMI 3 ».

Les sources des préservatifs qui sont distribués sont les suivantes : le SEP/CNLS et le FNUAP pour AAISC, le FNUAP et l'IPPF pour l'ACBEF et PSI pour ASF.

Au total 23.787.233 préservatifs masculins ont été distribués/vendus de 2003 à 2007, soit 4.757.447 en moyenne par an.

Les distributions de préservatifs féminins restent encore très faibles.

La stratégie de distribution vente basée sur la combinaison d'une distribution de création de besoin et le développement de points de ventes avec le réseau de commerce a été complétée depuis fin 2007 par l'installation de 40 distributeurs automatiques de préservatifs dans les stations d'essence Total, quelques boîtes de nuits et bars, le campus universitaire et certaines entreprises. Ces distributeurs automatiques ont été fournis au SEP/CNLS par l'UNFPA.

- Conseil et Dépistage Volontaire

En 2003, le CDV était assurée seulement par les deux centres de traitement

ambulatoire de Brazzaville et Pointe-Noire. En 2004, deux centres de dépistage anonyme et volontaire ont été créés à Brazzaville avec l'appui de la Banque Mondiale dans le cadre du PURICV. A partir de l'année 2006, le processus d'intégration du CDV dans les activités des centres de santé intégrés tant public que confessionnel a été amorcé. Cette intégration a été intensifiée au cours de l'année 2007. Le nombre total de sites de CDV en fin 2007 était de 58. Le nombre total de personnes ayant fait la dépistage volontaire de 2003 à 2007 était de 43.211.

La proportion de personnes dépistées retirant le résultat de leur test est supérieure à 80% aussi bien parmi les personnes séropositives (88,30%) et que parmi les séronégatives (81,34%).

Il faut noter que des efforts importants ont été réalisés dans l'élaboration des outils d'intégration des services CDV dans les activités des CSI, outils qui permettent : (i) de promouvoir le dépistage à l'initiative des soignants, (ii) de renforcer la traçabilité des clients des salles de counselling au laboratoire par le biais de l'utilisation des talons d'orientation au laboratoire. Des talons d'orientation aux centres de dépistage par les structures qui travaillent dans le domaine de la prévention ont été conçues, mais leur mise en œuvre est encore limitée.

II-2.1.2. Prévention de la transmission sanguine

Le CSN 2003-2007 s'est fixé comme objectifs (i) d'assurer à 100% la sécurité transfusionnelle, (ii) de réduire de 80% la transmission sanguine occasionnée par les pratiques invasives et dans les établissements de soins.

- Sécurité transfusionnelle

La Sécurité transfusionnelle est sous la responsabilité du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), établissement spécialisé en la matière du Ministère de la Santé, créé en 1994 pour répondre aux besoins croissants des formations sanitaires en produits sanguins. Le CNTS a ainsi pour mission d'assurer la coordination des activités de transfusion sanguine, de recherche, formation et promotion du don de sang bénévole.

La stratégie nationale en matière de recrutement de donneurs repose sur trois types de dons : don familial, don de collecte, dons réguliers, bénévoles et volontaires. On note une prédominance des dons familiaux de remplacement par rapports aux dons bénévoles.

De 2003 à 2007, on a noté une augmentation du nombre de poches de sang collecté et sécurisé. Le nombre de dons de sang collecté et distribué est passé

de 29.297 en 2003 à 35.350 en 2007. Si la proportion de poches de sang dépistées au VIH et HVB a été de 100%, elle n'a pas dépassé les 70% pour l'HVC et la Syphilis.

- Prévention de la transmission sanguine occasionnée par les pratiques invasives et dans les établissements de soins

Des efforts importants ont été réalisés dans l'utilisation des seringues à usage unique et la stérilisation du matériel médical dans l'ensemble des formations sanitaires tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Selon les résultats de l'EDSC-I 2005 chez les 15-49 ans, (i) 19,8% des femmes et 19,7% des hommes ont déclaré avoir reçu une injection effectuée par du personnel médical au cours des 6 derniers mois, (ii) 94,1% des femmes et 97,0% des hommes ont déclaré que la dernière fois où ils ont reçu une injection effectuée par du personnel médical, la seringue et l'aiguille ont été prises dans un emballage neuf et qui n'était pas ouvert.

La gestion des déchets biomédicaux pose un réel problème de santé publique et d'environnement. Le volume de ces déchets varie avec la taille des établissements, la nature des services et l'utilisation d'objets à usage unique. L'estimation de la production minimale annuelle est d'environ 341 tonnes pour les hôpitaux, les laboratoires et les CSI à PMA élargie au Congo¹.

Les formations sanitaires ne disposent pas d'une politique ni de directives de gestion de déchets biomédicaux. Elles n'ont pas pour la plupart de services d'hygiène hospitalière appropriés et organisés, sauf le CHU de Brazzaville qui connaît malheureusement de fréquentes ruptures de désinfectants et d'autres consommables. Les déchets solides biomédicaux notamment ceux produits par le Centre National de Transfusion Sanguine, le Laboratoire National de Santé Publique, les laboratoires périphériques, les hôpitaux, les centres de santé et autres sont jetés dans des décharges sauvages sans traitement préalable. Le personnel de soin est souvent sollicité pour l'exécution de ces tâches sans formation préalable. Avec l'appui de l'OMS, des formations ont été réalisées dans le Pool et à Gamboma.

Des efforts ont été accomplis dans la gestion des déchets biomédicaux avec la dotation d'un incinérateur moderne au CNTS et au LNSP, et l'amorce du processus de construction des incinérateurs de type MontFort au niveau de 3 CSI.

Les projets de textes réglementaires et documents stratégiques (politique nationale et le plan national de gestion des déchets biomédicaux) élaborés avec l'appui de l'OMS, seront validés en 2008.

Par contre aucun programme formel de prise en charge des accidents d'exposition au VIH en milieu de soins n'a été mis en place.

¹ Plan national de gestion des déchets biomédicaux au Congo. Rapport de consultation. Banque Mondiale 2003

II-2.1.3. Prévention de la de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Le CSN 2003-2007 s'est fixé comme objectif de Réduire de 50% la proportion des nourrissons infectés au VIH.

En 2003, le seul projet de Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant mis en œuvre était celui exécuté par la Croix Rouge Française à Pointe-Noire sur financement de l'Union Européenne. A partir de 2005, le Ministère de la Santé a relancé le projet PTME à Brazzaville et Pointe-Noire avec l'appui du PLVSS, du Gouvernement et de l'UNICEF. Un autre projet, dénommée Kento Muana, a été lancé en septembre 2005 à Pointe-Noire avec l'appui d'ENI-Congo ; Il faut noter que le projet financé par l'Union Européenne et exécuté par la Croix Française a été clôturé en décembre 2005 et le relais de son financement a été pris une année plus tard par le Fonds Mondial. De 2006 à 2007, l'UNHCR et son partenaire Médecins d'Afrique ont, grâce aux fonds OFID, appuyé la mise en place des activités de la PTME dans les localités de Bétou et de Dongou.

En 2006, le Ministère de la santé a élaboré, avec l'appui de l'UNICEF, la politique nationale en matière de PTME ainsi que les normes et procédures de mise en œuvre des activités de PTME. Ces deux documents servent de base à l'intégration des services de PTME dans les activités des centres de santé intégrés et des maternités.

L'année 2007 a été celle de l'extension de l'intégration des services PTME dans les activités des CSI et des Maternités d'hôpitaux sur l'ensemble du territoire national.

Le nombre des CSI et de maternités assurant les services de CDV chez les femmes enceintes et de prophylaxie TME en fin 2007 a été respectivement de 37 et 17.

Au total 28.840 femmes enceintes ont accepté de faire la procédure de dépistage dont 1.959 ont été dépistées séropositives (6,8%) et 803 ont bénéficié de la prophylaxie TME (41%).

Le projet PTME exécuté par la Croix Rouge Française de 2002 à 2007 a permis de faire le dépistage du VIH par PCR ARN à 348 enfants nés de mères positives ayant bénéficié du traitement antirétroviral, 22 se sont révélés séropositifs au VIH, soit un taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant résiduelle de 6,3%. Dans ce même programme, 340 enfants sur 348 (97,7%) ont été sous allaitement artificiel.

De 2001 à 2004, le régime prophylactique ARV utilisé en PTME a été d'une dose unique de Névirapine donné à la femme au début du travail et à l'enfant dans les premiers 72 heures de la vie. A partir de 2005, en préparation de l'extension, une expérience pilote d'application systématique du régime de trithérapie a été mise

en œuvre par la Croix Rouge Française. En effet, Malgré la très bonne acceptation de l'allaitement artificiel sur le programme PTME de Pointe-Noire, la mise en œuvre de l'allaitement artificiel et le don de substituts du lait maternel sur des programmes à grande échelle paraît difficile du fait entre autres des problèmes logistiques, de stigmatisation probable liée à sa pratique en milieu rural, et de problèmes d'accès à l'eau potable. Le protocole de trithérapie antirétrovirale administrée à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée a été utilisé et a montré, dans les données de la Croix Rouge Française, une efficacité plus importante. En effet, sous trithérapie, la TME a été de 1,6 % contre 6,3 % en moyenne pour l'ensemble des protocoles.

Ce protocole a été intégré dans la politique nationale et les normes et procédures en matière de PTME en 2006.

II-2.2. AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE

II-2.2.1. Prise en charge médicale

Dans le cadre de la prise en charge médicale des PVVIH, le CSN 2003-2007 s'est fixé comme objectifs spécifiques de : (i) faciliter l'accès au diagnostic biologique de l'infection à VIH dans toutes les formations sanitaires du niveau central, intermédiaire et périphérique ;(ii) assurer la prévention et le traitement correct des infections opportunistes chez 100% des malades reçus dans les formations sanitaires sur toute l'étendue du territoire ;(iii) assurer progressivement et de façon durable l'accès aux thérapeutiques antirétrovirales aux malades atteints de SIDA sur la base des critères d'éligibilité définis.

En 2003, la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH était réalisée au niveau des deux centres de traitement ambulatoire (CTA) de Brazzaville et Pointe-Noire, en collaboration avec, respectivement le Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville et l'Hôpital A. Sicé de Pointe-Noire en cas d'hospitalisation. Les CTA sont des structures légères de prise en charge des personnes vivant avec le VIH en ambulatoire, dotées d'un box de consultation, d'un hôpital du jour, d'un laboratoire, d'une pharmacie et d'un espace pour l'accompagnement psychosocial des patients VIH positifs. Les CTA ont été mis en place et sont gérés par la Croix Rouge Française avec une équipe locale.

A partir de 2004, la mise en place de l'Initiative Congolaise d'Accès aux Antirétroviraux (ICAARV) a permis d'étendre la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH à 8 autres formations sanitaires tant publiques que privées, mais exclusivement à Brazzaville et Pointe-Noire. La mise en place de sites de prise en charge à l'intérieur du pays n'a commencé de manière effective qu'en 2006.

Le nombre total de sites de prise en charge en fin 2007 a été de 32 et la file active de patients pris en charge de 8.843 dont 4.716 sous antirétroviraux.

La prise en charge médicale des PVVIH inclut la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes, le traitement antirétroviral et le suivi clinique et biologique.

En dehors de la tuberculose, la prophylaxie et le traitement des principales infections opportunistes est assurée dans les sites de prise en charge.

Bien que la tuberculose soit l'infection opportuniste la plus fréquente au cours du SIDA au Congo, la co-infection Tuberculose/VIH est faiblement prise en compte. Les seules données disponibles sur les cas de co-infection sont celles du Centre de traitement antituberculeux de Pointe-Noire où en 2007 un total de 318 cas de co-infection Tuberculose-VIH ont été diagnostiqués et traités.

La séroprévalence VIH parmi les tuberculeux était de 25 % en 2005.² et 36 % en 2006 au CAT de Pointe-Noire. La détection précoce de la Tuberculose chez les PVVIH et l'offre des services de conseil/dépistage du VIH pour tous les tuberculeux ne sont pas systématiques. L'inexistence des liens fonctionnels entre le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), se caractérise par la non formalisation des mécanismes de collaboration, l'absence de planification conjointe et d'intégration des activités au niveau opérationnel.

La distribution des ARV a été marquée par des ruptures fréquentes de certaines molécules entre la mise en place de l'ICAARV en fin 2003 et fin 2006. Cette distribution a été maîtrisée à partir de 2006 avec la mise en place de la Congolaise de Gestion des Médicaments essentiels. De 2003 à 2005, le traitement ARV était distribué aux patients dans les différents sites moyennant le versement d'une contribution allant de 5.000 CFA à 40.000 CFA selon le statut socio-économique. A partir de 2006, le Gouvernement a décidé de distribuer le traitement ARV gratuitement dans tous les sites, au point où le coût du bilan d'inclusion et du suivi biologique est resté la seule contrainte à l'accès aux ARV pour les PVVIH. Il est prévu que les examens du bilan d'inclusion et du suivi biologique des patients sous ARV soient assurés gratuitement dans tous les sites à partir de janvier 2008. La COMEG fournit aussi aux sites de prise en charge les médicaments pour la prophylaxie des infections opportunistes (cotrimoxazole) ainsi que les médicaments pour le traitement des principales infections opportunistes (Toxoplasmose, cryptococcose, herpès génital, pneumonie bactérienne, candidose buccale et oesophagienne, diarrhée bactérienne). Le traitement de la tuberculose est fourni par le biais des structures du programme national de lutte contre la tuberculose.

La prise en charge pédiatrique, particulièrement réalisée dans les services de pédiatrie du CHU de Brazzaville, et des hôpitaux A. Sicé et Tié-Tié de Pointe-Noire. Elle est aussi assurée, mais à moindre degré, dans les autres sites de prise en charge des PVVIH. Malheureusement, celle-ci est faiblement documentée du fait que les données y relatives ne sont pas systématiquement fournies. Ce qui n'a pas permis d'indiquer le nombre d'enfants vivant avec le VIH pris en charge en fin 2007. Les formes pédiatriques de médicaments ARV et de ceux utilisés pour la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes sont commandés par la COMEG et rendus disponibles dans les pharmacies des hôpitaux.

II-2.2.2. Prise en charge psychosociale

Le CSN 2003-2007 s'est fixé comme objectifs spécifiques de : (i) renforcer les systèmes de soins au niveau familial et communautaire ; (ii) faciliter l'accès à une prise en charge psychosociale systématique aux personnes infectées et affectées ;

Concernant le deuxième objectif, la prise en charge psychosociale a été intégrée

² Global Tuberculosis Control. Surveillance. Planning. Financing. WHO Report 2007.

systématiquement dans les activités des sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Les activités de prise en charge psychosociale sont assurées dans les sites de prise en charge par des psychologues, assistantes sociales ou des accompagnateurs psychosociaux recrutés parmi les PVVIH. Pour servir de document de base pour la formation des prestataires de prise en charge psychosociale dans les sites de prise en charge, le Ministère de la Santé a élaboré en 2005 un guide national de formation des prestataires de prise en charge psychosociale en milieu institutionnel. Les activités de prise en charge psychosociale en milieu hospitalier incluent : (i) une consultation psychosociale permettant d'identifier les besoins de la PVVIH en soutien psychosocial, (ii) les consultations de soutien psychosociales organisées en fonction des besoins spécifiques de chaque patient, (iii) les groupes de paroles animées par des accompagnateurs psychosociaux, (iv) les séances d'éducation thérapeutiques visant à aider les patients à composer avec les traitements qu'ils doivent prendre en vue d'améliorer l'observance thérapeutique, (v) les visites à domicile dont l'objectif principal est de rétablir le lien des patients perdus de vue avec l'hôpital. Les structures suivantes disposent d'accompagnateurs psychosociaux recrutés parmi les personnes vivant avec le VIH : CTA de Brazzaville, CTA de Pointe-Noire, Hôpitaux de Makélé-kélé, Talangai, CMS de la CIB à Pokola.

La prise en charge psychosociale est assurée en milieu extrahospitalier par les ONG/Associations dont les associations de personnes vivant avec le VIH. La période couverte par le cadre stratégique a été marquée par la création d'une multitude d'association des personnes vivant avec le VIH.

Les principales activités réalisées par les associations de personnes vivant avec le VIH sont les suivantes : (i) témoignage à visage découverts, (ii) groupes de paroles, (iii) visites de médiation familiale, (iv) visites aux patients en cas d'hospitalisation, (v) accueil et soutien aux personnes nouvellement dépistés VIH+ dans les sites de conseil et dépistage volontaire. En 2007, plus de 800 PVVIH ont participé aux activités de soutien psychosocial organisées par les associations de PVVIH à Brazzaville et Pointe-Noire.

En 2005, les associations de PVVIH se sont organisées en un réseau dénommée « Réseau National des Positifs du Congo ». Ce réseau a été restructuré en juillet 2007 avec la mise en place d'un conseil d'administration et d'un secrétariat exécutif. Cette restructuration s'est accompagné d'un changement de dénomination du réseau qui est ainsi devenu : Réseau National des Associations des Positifs du Congo (RENAPC). Après sa restructuration, le RENAPC a appuyé la mise en place des associations de personnes vivant avec le VIH dans cinq département à savoir la Bouenza, le Pool, les Plateaux, la Cuvette et la Likouala. Le processus de mise en place des associations de PVVIH dans les autres départements de l'intérieur sera poursuivi en 2008.

Outre les associations de PVVIH, la prise en charge psychosociale a aussi été assurée par des associations comme (i) l'Association Serment Merveil à Brazzaville qui soutien 200 enfants vivant avec le VIH, (i) L'association Vie santé SIDA qui a encadré 121 personnes vivant avec le VIH à Dolisie en 2007.

La prise en charge psychosociale tant en milieu institutionnel que communautaire a permis à plusieurs personnes infectées par le VIH d'apprendre à vivre positivement avec le VIH. L'on peut considérer les nombreux mariages publics entre personnes vivant avec le VIH ou entre couples sérodifférents, comme des effets positifs de cette prise en charge psychosociale.

L'objectif portant sur le renforcement des systèmes de soins au niveau familial et communautaire renvoie aux soins à domicile. Les programmes de soins à domicile avec l'implication des familles et des communautés n'ont pas été mis en place en raison de la réduction significative de PVVIH grabataires nécessitant des soins à domicile, avec l'introduction des ARV.

II-2.2.3. Prise en charge socioéconomique

Le CSN 2003-2007 s'est fixé comme objectifs spécifiques de : (i) réduire de façon significative l'impact socioéconomique du VIH/SIDA sur l'individu, les ménages et les communautés ; (ii) mettre en place les mécanismes de solidarité nationale envers les personnes infectées et affectées ;

Plusieurs actions visant la réduction de l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les individus, les ménages et les communautés, ont été entreprises pendant la période couverte par le CSN notamment, la promotion de la participation active des personnes vivant avec le VIH dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Cela s'est traduit par la promotion de l'emploi des personnes vivant avec le VIH dans les programmes de lutte contre le VIH à tous les niveaux : (i) sept personnes vivant avec le VIH ont été ainsi recrutés au SEP/CNLS dont un dans l'unité Réponse Communautaire, une secrétaire, un vaguemestre, un chauffeur et trois agents d'entretiens, (ii) 20 personnes vivant avec le VIH travaillent au niveau des CTA comme accompagnateurs psychosociaux, (iii) six postes occupés par des personnes vivant avec le VIH sont payés par les fonds de la lutte contre le SIDA au sein du secrétariat du RENAPC, (iv) une personne vivant avec VIH a été recruté comme accompagnatrice psychosociale au niveau du CMS de la CIB à Pokola et est payée sur les fonds de la lutte contre le VIH, (v) 11 personnes vivant avec le VIH sont payés par les fonds de la lutte contre le VIH/SIDA pour assurer des permanences d'accueil au niveau des centres de dépistage volontaire, (vi) une PVVIH recrutée comme conseillère au niveau de la ligne jaune d'information et conseil VIH .

II-2.2.4. Prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables

Pour contribuer à réduire l'impact du SIDA sur les communautés, un programme de prise en charge des enfants rendus orphelins par le SIDA et des autres enfants vulnérables a été mis en place. Pour orienter la mise en œuvre du

programme, un manuel de procédures spécifiques a été élaboré en 2004. Ce manuel décrit la procédure de sélection des enfants, le contenu du paquet de services à fournir aux enfants ainsi que les modalités de fourniture de ce paquet de services. Il a été arrêté, en vue de limiter la stigmatisation envers les enfants affectés par le SIDA, de sélectionner les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) à prendre en charge à partir d'une enquête de ménage et sur la base des critères de vulnérabilité, sans référence au lien avec le SIDA. L'appui en faveur des OEV se justifie sur le plan de l'équité comme action visant à faire jouir aux enfants leurs droits fondamentaux, mais aussi sur le plan du développement du pays comme investissement permettant de réduire le risque pour ces enfants de devenir des adultes d'une productivité réduite. Le paquet de service fournis aux enfants comprend : (i) l'accès aux soins de santé de base, (ii) l'appui à la scolarisation par la fourniture d'une tenue, des ouvrages et fournitures scolaires et le paiement des frais de scolarité, (iii) l'appui à la formation professionnelle pour les enfants déscolarisés, (iv) le soutien psychologique, (v) l'appui aux tuteurs en vue du développement ou de la consolidation des activités génératrices de revenus.

En fin 2006, après avoir observé que l'approche de sélection des OEV par les enquêtes de ménage, ne garantissait pas la prise en compte des enfants vivant avec le VIH, les enfants de parents infectés par le VIH et les enfants rendus orphelins par le SIDA, le SEP/CNLS a décidé de financer, à partir de 2007, quelques projets spécifiques couvrant ces enfants. Le nombre d'OEV pris en charge est passé de 500 en 2004 à 6.627 en fin 2007.

II-2.2.5. Mise en place de mécanismes de solidarité nationale envers les personnes infectées et affectées par le VIH

Aucun mécanisme permanent de solidarité nationale envers les personnes infectées et affectées par le VIH n'a été mis en place. Toutefois quelques actions sporadiques de mobilisation de ressources en faveur des personnes infectées et affectées par le VIH ont été entreprises. Il s'agit de :

- Organisation de deux galas de solidarité à Pointe-Noire et Brazzaville en octobre et décembre 2003 conjointement par le CNLS, la Fondation Congo-Assistance et le Système des Nations Unies. Ces galas ont permis la mobilisation de 130.000.000 CFA, et avec l'initiative ARV de l'OMS/Congo, l'accès gratuit aux ARV pendant 2 ans à 430 personnes vivant avec le VIH parmi les plus démunies,
- Organisation par l'Association « Congolaise par Amour » d'une soirée de galas en décembre 2006 et 2007 en vue de mobiliser des fonds permettant de parrainer des enfants infectés et affectés par le VIH.

II-2.2.6. Prise en charge juridique

Le CSN s'était fixé pour objectif spécifique de créer un environnement juridique favorable pour la protection des droits et l'accomplissement des devoirs des personnes vivant avec le VIH/SIDA à tous les niveaux et dans tous les secteurs d'activités.

En 2005, le Ministère de la Justice et des droits humains a élaboré un avant-projet de loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes victimes de violences sexuelles en République du Congo. Cet avant-projet de loi comprend : (i) une définition des mesures particulières à prendre par les responsables de santé publique concernant la prévention, le dépistage volontaire et diagnostic de l'infection à VIH, (ii) des mesures de protection des personnes vivant avec le VIH contre la discrimination, (iii) des mesures de protection des personnes victimes de violences sexuelles, (iv) des sanctions attachées à la violation des dispositions de la loi.

Ce projet a été soumis au Gouvernement pour validation et transmission au Parlement.

Le retard pris dans le processus de validation de cette loi n'a pas permis de mettre en place des programmes spécifiques de prise en charge juridique des personnes infectées par le VIH. En attendant la promulgation de la loi, l'unité de lutte contre le SIDA du Ministère de la Justice a élaboré un guide d'information sur le VIH et les droits humains qui sert de document de base pour la sensibilisation des personnes vivant avec le VIH et les communautés.

Pour garantir l'application de cette loi protégeant les droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes victimes de violences sexuelles, un paquet de services juridiques a été également défini et consigné dans un guide.

II-2.2.7. Prise en charge nutritionnelle

Aucun objectif n'a été fixé concernant la prise en charge nutritionnelle. Toutefois, le PAM et le gouvernement avaient convenu depuis 2001, de conjuguer leurs efforts en vue d'améliorer le statut nutritionnel des personnes vivant avec le VIH/SIDA et aussi favoriser l'adhésion au traitement antirétroviral.

En 2003 et 2005, le PAM a poursuivi son appui alimentaire aux personnes vivant avec le VIH et aux familles des orphelins et autres enfants vulnérables, amorcé en 2002.

L'appui alimentaire du PAM s'est faite sous la forme de distribution, sur une base mensuelle, des rations alimentaires (composées de riz, farine de soja, huile, sel et sucre) aux PVVIH au niveau des CTA et des hôpitaux en collaboration avec des partenaires de distribution (Caritas à Brazzaville et AFTC à Pointe-Noire). Cette assistance a aussi concerné les OEV bénéficiaires du projet pilote d'appui aux OEV mis en œuvre par l'ONG Médecins d'Afrique. En 2004 :

- 2.843 familles des PVVIH parmi les plus vulnérables, soit 14.215 personnes ont bénéficié de l'assistance alimentaire ;
- 1.036 OEV impliqués dans l'apprentissage des petits métiers et les activités génératrices de revenus ont reçu des vivres contre la formation ou contre travail.

A partir de 2005 l'appui du PAM a été réorienté vers l'assistance aux PVVIH qui sont sous traitement ARV, aux femmes enceintes enrôlées dans le programme

PTME, aux malades co-infectés VIH/tuberculose et les OEV bénéficiant d'un paquet de services. Le point d'entrée pour l'identification des bénéficiaires est l'insécurité alimentaire. De 2005 en 2007, au total 3.240 patients ont été atteints (1320 PVVIH sous ARV, 500 Femmes sous PTME et 800 patients co-infectés VIH/Tuberculose), soit 13.100 bénéficiaires, et 614 OEV en apprentissage des petits métiers ou issus de ménages impliqués dans les AGR.

II-2.3. RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

II-2.3.1. Renforcement du système d'information sanitaire

Le CSN s'était fixé comme objectif spécifique de : (i) renforcer le système d'information sanitaire national, (ii) assurer de manière fiable la notification des cas de SIDA.

Le système de notification des cas de SIDA tel que prévu dans le CSN n'a pas été mis en place ; cette approche étant devenue inadaptée avec la mise en place de l'Initiative Congolaise d'Accès aux ARV. Toutefois, le système de gestion des patients dans les sites n'a pas été organisé de manière à avoir une traçabilité de chaque patient pris en charge, particulièrement ceux sous ARV. De même, aucun appui n'a été apporté au Ministère de la Santé en vue du renforcement du système d'information sanitaire incluant les informations utiles en ce qui concerne le programme VIH. Ce qui aurait permis d'obtenir les données sur les services VIH intégrés dans les activités des formations sanitaires dans le cadre du fonctionnement normal du système d'information sanitaire.

II-2.3.2. Surveillance sentinelle

Le CSN s'était fixé pour objectif de rendre fonctionnel et fiable le système de surveillance sentinelle au niveau de tout le pays.

Durant la période couverte par le CSN, trois enquêtes de sérosurveillance du VIH chez les femmes enceintes ont été réalisées, en 2005, 2006 et en 2007. Il a été noté une augmentation du nombre de sites de surveillance en 2007 en comparaison à 2005. L'activité de surveillance chez les femmes enceintes n'a pas été intégrée de manière routinière dans les sites retenus.

Aucune enquête de surveillance épidémiologique de deuxième génératrice n'a été réalisée pendant la période couverte par le CSN.

II-2.3.3. Enquêtes épidémiologiques

L'objectif visé par ce domaine d'action prioritaire est de rendre disponibles de façon régulière les données épidémiologiques sur l'infection à VIH au niveau des

groupes cibles prioritaires. Ce qui renvoie en partie à la surveillance de deuxième génération, qui n'a malheureusement pas été mise en place.

II-2.4. PROMOTION DE LA RECHERCHE

II-2.4.1. Enquêtes socioculturelles et études d'impacts socioéconomiques

L'objectif visé par ce domaine d'action prioritaire était la mise à disposition du CNLS et de ses partenaires des données pour d'une part évaluer les impacts socio-économiques et d'autre part faciliter une meilleure compréhension socioculturelle de l'épidémie.

Sur le plan socioculturel, une étude socio-anthropologique sur les secteurs et les groupes vulnérables prioritaires a été réalisée en 2004 avec l'appui du CREDES. Concernant l'évaluation de l'impact, seule une étude qualitative sur l'impact psychosocial du VIH/SIDA dans la vie des personnes infectées et affectées, a été réalisée en 2004. En revanche, aucune étude d'impact du VIH sur les secteurs sociaux (éducation, agriculture, économie des ménages) et économiques du pays n'a été réalisée.

II-2.4.2. Enquêtes comportementales

L'objectif visé par ce domaine d'action prioritaire était d'améliorer la connaissance de l'évolution des comportements face à l'épidémie.

A cet effet, une enquête nationale sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques relatives à l'infection à VIH en population générale, auprès des élèves et des étudiants et chez les professionnelles du sexe, a été réalisée en 2004 avec l'appui du CREDES.

L'évaluation des connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA a été intégrée dans l'EDS-I 2005.

D'autres études spécifiques ont été réalisées pendant la période couverte par le CSN, à savoir :

- Etude sur l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des détenus face au VIH/SIDA, Ministère de la Justice et des Droits Humains, Mars 2006 ;
- Analyse situationnelle de la discrimination et de la stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH et les femmes victimes de violences sexuelles, Ministère de la Justice et des Droits Humains, Novembre 2004,
- Etude sur les connaissances, Attitudes, Pratiques et Comportements des adolescents en matière de sexualité, procréation et VIH/SIDA, Ministère de la Promotion de la Femme/ACBEF, Décembre 2007 ;

- Etude sur la situation des services socio-sanitaires et des structures d'appui de l'Université Marien Ngouabi/DGASOU et problématique de la prise en charge des PVVIH,
- étude socio-comportementale sur la prostitution dans les communautés de pêche : cas de Base-Agip à Pointe-noire en République du Congo, CNLS /PMEDP, Septembre 2004.

II-2.4.3. Médecine traditionnelle

L'objectif visé par le CSN était d'améliorer la connaissance des effets thérapeutiques de la pharmacopée traditionnelle dans le domaine de la prévention et du traitement des infections opportunistes et du SIDA.

Il existe beaucoup de tradipraticiens qui affirment disposer des potions qui ont des effets sur les maladies opportunistes du SIDA. Cependant aucun mécanisme n'a été mis en place pour encadrer ces tradipraticiens et évaluer l'efficacité de leurs potions.

II-2.4.4. Recherche fondamentale

Pendant la période couverte par le cadre stratégique, le Laboratoire National de Santé Publique a initié un programme de recherche intégré sur le VIH/SIDA avec l'appui de National AIDS Institute des USA. La finalité de ce programme était la mise en place d'un protocole de recherche destiné à faire participer aux essais cliniques de phase I, un candidat vaccin spécifique aux souches virales impliquées dans la pandémie du SIDA au Congo. Après deux années consacrées à la mise en place de ce programme, le Congo n'a malheureusement pas pu remplir les conditions d'éligibilité à la deuxième phase de financement du programme. Ce qui a occasionné l'arrêt complet du programme en 2006.

II-2.5. CONTROLE DES IST

Le CSN s'était fixé pour objectif de : (i) assurer une prise en charge correcte de tous les cas d'IST dans au moins 80% des formations sanitaires du pays, (ii) mettre en place un système de notification des cas d'IST.

Les années 2003 et 2004 ont été consacrées à l'élaboration des algorithmes de traitement syndromique des IST, à la définition de l'ensemble des outils d'intégration de l'approche syndromique de traitement des IST dans les activités des CSI et à l'élaboration du programme de formation du personnel médical des CSI dans la prise en charge syndromique des IST.

Les faibles capacités opérationnelles de la CENAMES n'avaient pas permis d'organiser de manière effective l'intégration de la prise en charge syndromique

des IST.

C'est seulement à partir de 2006, avec la mise en place de la COMEG que la prise en charge syndromique des IST a été intégrée dans les activités des CSI. Au total 60 formations sanitaires ont intégré l'activité. Le nombre total des cas d'IST traités en 2007 a été de 14.228.

II-2.6. RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DU PARTENARIAT

II-2.6.1. Renforcement du cadre institutionnel et de la coordination

L'objectif de ce domaine d'action prioritaire était de promouvoir la mise en place d'un cadre institutionnel multisectoriel et le rendre fonctionnel ;

Le CSN 2003-2007 avait prévu la mise en place du cadre institutionnel en vue de prendre en compte l'exigence de multisectorialité de la réponse nationale. Il s'agissait notamment de mettre en place un conseil national de lutte contre le SIDA et les IST (CNLS) en tant qu'organe supérieur de coordination de la réponse nationale au VIH/SIDA, avec des démembrements au niveau des départements et des communes. Il s'agissait aussi, outre la coordination nationale du CNLS, de mettre en place un comité permanent restreint et d'un secrétariat exécutif permanent qui devrait être appuyé par 7 commissions thématiques spécialisées (Surveillance épidémiologique, recherche, prise en charge des IST et du VIH/SIDA, prévention de la transmission sanguine, prévention de la transmission mère-enfant, communication pour le changement de comportement, Droit-Ethique et VIH.

Au niveau décentralisé, il était prévu la mise en place des comités de lutte contre le SIDA au niveau des départements, des communes, et des districts et des points focaux au niveau sectoriel.

- Mise en place et fonctionnement du CNLS

Le CNLS a été mis en place par décret N°2002-368 du 30 novembre 2002 portant création, attributions et composition du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles, avant l'adoption du cadre stratégique en décembre 2002. Ce décret avait été modifié en 2004 avec la publication du décret N°2004-399 du 27 août 2004 portant réorganisation, attribution et composition du Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles. Cette révision avait été initialement entreprise dans le but de prendre en compte les structures de coordination sectorielle ainsi que le mécanisme national d'approbation des projets communautaires. Finalement, cette révision s'est accompagnée d'un renforcement de la composition du CNLS et du Comité Permanent Restreint appelé dans le nouveau décret Comité de pilotage.

Le CNLS a été officiellement installé par le Président de la République le 14 juillet 2003. Après cette installation, le CNLS s'est réuni une seule fois pendant toute la période couverte par le CSN ; il s'agit notamment de la session inaugurale du 09 mars 2006, présidé par le Premier Ministre, Premier Vice-Président du CNLS. Plusieurs raisons expliquent l'irrégularité du fonctionnement du CNLS : (i) le premier décret instituant le CNLS publié avant même l'adoption du CSN, ne contenait pas certaines dispositions garantissant la multisectorialité et la décentralisation de la réponse ; ce qui a posé immédiatement le problème de sa révision, (ii) les difficultés à faire coïncider les programmations des sessions du CNLS avec les agendas hautement chargés de son Président et de son Vice-Président.

Le Comité de pilotage, après la révision du décret mettant en place le CNLS, s'est réuni une fois en 2005, aucune fois en 2006 et deux fois en 2007. L'irrégularité des réunions du Comité de pilotage s'expliquent par : (i) la composition du comité du pilotage qui compte plusieurs membres du gouvernement, (ii) les retards dans la préparation des dossiers à soumettre au comité de pilotage par le SEP/CNLS.

Le SEP/CNLS est fonctionnel depuis juillet 2003. La plupart de ses cadres sont pris en charge sur les ressources du don de l'IDA et combinent les fonctions de coordination de la réponse nationale et de gestion du projet financé par l'IDA à savoir le Projet de Lutte contre le VIH/SIDA et de Santé. Les cadres du SEP/CNLS se retrouvent ainsi surchargés et ne disposent pas suffisamment de temps pour assumer les fonctions de coordination de la réponse nationale. Jusqu'en 2006, il n'y avait pas de système fiable de collecte et de traitement des données sur les interventions de lutte contre le VIH/SIDA. Ce qui n'a pas permis de finaliser à temps les rapports périodiques de la réponse nationale, et par conséquent de solliciter la tenue des sessions du Comité de pilotage.

Il faut noter qu'aucun mécanisme de coordination des partenaires techniques et financiers de la lutte contre le SIDA sous la coordination du SEP/CNLS n'a été mis en place pendant la période couverte par le CSN.

- **Mise en place et fonctionnement des points focaux sectoriels et des structures de coordination décentralisées**

Le décret révisé du CNLS d'août 2004 a prévu la mise en place des unités de lutte contre le SIDA dans chaque ministère et des unités départementales de lutte contre le SIDA, chargées de la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA à l'échelle d'un département.

En vue d'adapter les missions de son programme de lutte contre le SIDA aux exigences de la multisectorialité de la réponse nationale au VIH, l'Arrêté portant attribution du Programme National de Lutte contre le SIDA a été révisé. Les

missions du PNLS ont ainsi été recentrées à la coordination de la lutte contre le SIDA dans le secteur santé. Cependant, le PNLS est demeuré un service de la Direction Générale de la Santé. L'ancrage institutionnel du PNLS ne facilite pas son rôle de coordination des différentes directions du ministère impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Les autres ministères ont publié des arrêtés mettant en place des unités de lutte contre le SIDA (ULS). En 2004, 13 ministères avaient mis en place des ULS et avaient commencé à participer à la lutte contre le SIDA. Au contraire du PNLS, les ULS sont rattachés au cabinet de chaque ministre concerné. Toutefois, les faibles capacités des équipes des ULS ne leur ont pas permis d'assurer véritablement la coordination sectorielle de la lutte contre le SIDA. Les ULS n'ont pas réussi à élaborer des plans d'action sectoriels prenant en compte les interventions à l'endroit des agents des ministères ainsi que les actions à l'endroit des groupes vulnérables en rapport avec le mandat de chaque ministère, exécutées aussi bien par les structures du ministère que par la société civile et le secteur privé. Les ULS se sont contentées d'élaborer des plans d'action par partenaire financier. La contribution du Gouvernement au fonctionnement des ULS est inscrite sur les lignes du CNLS au niveau du Ministère de la Santé. Très peu de ministères ont réussi à créer des lignes budgétaires dans leur budget, destinées au financement du fonctionnement de l'ULS et des activités de lutte contre le VIH/SIDA.

Les Unités Départementales de Lutte contre le SIDA ont été mis en place dans 12 des 11 départements du pays, à l'exception du département du Kouilou, récemment créé. L'UDLS est placée sous la présidence du Préfet de chaque département et est composée de : (i) le Coordonnateur départemental qui assure le Secrétariat de l'UDLS, (ii) le directeur départemental de la santé, (iii) les points focaux des directions départementales des enseignements et de la défense, (iv) un représentant des ONG/Associations du département. Les UDLS ont été mis en place par arrêté préfectoral. Tous les arrêtés préfectoraux mettant en place les UDLS ne précisent pas la fréquence de réunions des UDLS. En pratique les UDLS se sont réunis une fois par mois sous la direction du Coordonnateur de l'UDLS. Les réunions de coordination sous la présidence du Préfet du département n'ont pas été régulières dans tous les départements. Les liens entre l'UDLS et le Conseil des élus de chaque Département n'ont pas été clarifiés dans les arrêtés préfectoraux mettant en place les UDLS.

La mise en place des structures de coordination au niveau décentralisé s'est limitée au niveau départemental. Les Comités/Unités de lutte contre le SIDA des Districts et des Communes n'ont pas été mis en place.

- Mise en place et fonctionnement des commissions thématiques spécialisés

Aucune des commissions thématiques spécialisées prévues dans le CSN n'a été

formellement mise en place.

- **Plaidoyer**

Le domaine d'action prioritaire sur le plaidoyer visait à accroître le niveau d'engagement des autorités politiques, des leaders religieux, des donateurs, du secteur privé, de la société civile et de tout autre acteur bénéficiaire, disposant d'un pouvoir de décision au niveau de sa communauté.

La première action de plaidoyer organisée a été l'installation officielle du CNLS en juillet 2003 par le Président de la République au cours de laquelle il a appelé tous les ministères et les communautés à s'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA. Cette action s'est accompagnée par la mise en place des Unités de Lutte contre le SIDA dans 13 ministères avec un engagement forts des ministres. En décembre 2004 ; à l'occasion de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le SIDA, un atelier de plaidoyer au profit des membres du Gouvernement a été organisé; cet atelier a connu la participation de 11 membres du gouvernement qui ont réaffirmé leur engagement dans la lutte contre le SIDA.

C'est ainsi que 12 des 13 ministères qui avaient mis en place des ULS ont organisé en leur sein des ateliers de plaidoyer avec les cadres de chaque ministère sous le patronage du ministre de tutelle. Ces ateliers avaient pour objet de faciliter la mise en œuvre des plans d'action de lutte contre le SIDA au sein des ministères. C'était l'occasion pour les équipes des Unités de Lutte contre le SIDA (ULS) des ministères de défendre leur plan d'action sectoriel de lutte contre le SIDA, de mobiliser les principaux responsables de chaque ministère autour dudit plan d'action. Il s'agissait d'obtenir un consensus sur les stratégies de mise en œuvre des activités de communication sociale et d'éducation par les pairs au sein des différentes directions et services de chaque ministère. Ces ateliers ont aussi été l'occasion pour les plus hautes autorités des ministères (ministres ou directeurs de cabinet) de réaffirmer leur engagement dans la lutte contre le SIDA et d'appeler à l'implication de tous.

En 2006, en application des recommandations de la session inaugurale du CNLS, le Premier Ministre a adressé une circulaire à tous les membres du Gouvernement leur demandant de mettre en place des Unités de Lutte contre le SIDA. Ce qui a permis la création en 2007 de 8 nouvelles ULS.

Le CNLS en collaboration avec le PNUD a engagé en 2003 une action de plaidoyer envers les leaders religieux, plaidoyer qui a aboutit à la mise en place d'une Coordination de la Réponse Commune des Confessions Religieuses contre le SIDA (COREC-SIDA). Le plaidoyer conjoint du CNLS, de la Fondation Congo Assistance et du PNUD a aboutit en 2005 à la signature d'une convention de partenariat avec UNICONGO relative à la mise en place des politiques et programmes de lutte contre le SIDA dans les entreprises membres de cette organisation patronale. Cet engagement du patronat s'est également traduit par le développement des partenariats entre le public et le privé dont les plus importants sont : (i) la contribution de Total Exploitation et Production au

financement des centres de traitement ambulatoire, (ii) le financement par ENI-Congo du projet Kento-Muana à Pointe-Noire relative à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, (iii) la mise en place en collaboration avec la société de téléphonie mobile MTN-Congo d'une ligne téléphonique gratuite d'information, conseil et orientation sur le VIH/SIDA, (iv) l'installation des distributeurs automatiques de préservatifs dans les stations à essence de Total Congo.

La mise en place d'un mécanisme de financement des projets communautaires a permis de mobiliser les communautés dans la lutte contre le VIH/SIDA.

II-2.6.2. Renforcement du partenariat

Ce domaine d'action prioritaire avait pour objectif de promouvoir la collaboration et la coordination, et maximiser les efforts des différents acteurs ;

Le comité de pilotage du CNLS, le Comité de Coordination National des projets financés par le Fonds Mondial ont constitués les principaux cadres de concertation et de renforcement du partenariat entre le Gouvernement, la société civile, le secteur privé et les partenaires au développement dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. La session du Comité de pilotage du CNLS d'août 2007 a adopté le principe de la mise en place d'un forum des partenaires techniques et financiers présidé par le SEP/CNLS. Les textes officiels mettant en place ce mécanisme de coordination avec les partenaires n'ont pas encore été publiés.

A partir de 2006, une revue conjointe de la réponse nationale avec la participation de tous les partenaires a été instituée.

II-2.6.3. Mobilisation des ressources

L'objectif de ce domaine d'action prioritaire était de permettre au CNLS de disposer de ressources nécessaires à la réalisation des interventions planifiées dans le cadre stratégique.

Après l'adoption du CSN, le Gouvernement du Congo a organisé les 1^{er} et 2 juillet 2003 une table-ronde de mobilisation des ressources au cours de laquelle le Gouvernement et ses partenaires se sont engagés à contribuer au financement du cadre stratégique national de lutte contre le SIDA. Un total de 30,378,322 USD ont été mobilisés sur une prévision de 41,000,000 USD.

II-2.6.4. Suivi-Evaluation

L'objectif du CSN en matière de suivi et évaluation était de rendre disponibles les données sur l'état d'avancement de l'exécution globale du cadre stratégique.

Le système national de suivi et évaluation du SEP/CNLS a eu du mal à se mettre en place faute de ressources humaines, financières et matérielles suffisantes.

Cet outil important des trois principes (three one) qui devrait accompagner la mise en place du cadre stratégique 2003 – 2007 a connu un retard de trois ans et n'a commencé véritablement à se mettre en place qu'à partir de 2006.

Ainsi, il existe aujourd'hui au sein du SEP/CNLS une Unité de Suivi & Evaluation dont l'objectif est de concevoir et mettre en place un système de suivi et évaluation pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'utilisation des informations concernant les résultats des programmes de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Congo. L'Unité de suivi et évaluation travail en collaboration avec les responsable de suivi-évaluation du PNLS, des ULS et des UDLS.

L'année 2006 a été principalement consacrée à la conception du système de suivi et évaluation de la réponse nationale au VIH/SIDA/IST. Cette conception s'est traduite par l'élaboration d'une série de documents suivants :

- i) Plan national de suivi et évaluation de la réponse nationale au VIH/SIDA ;
- ii) Manuel d'outils harmonisés de collecte de données VIH/SIDA/IST ;
- iii) Manuel de procédures de gestion des données VIH/SIDA/IST ;
- iv) Guide de formation en Suivi & Evaluation ;
- v) Modules de saisie des données sous environnement CS Pro ;
- vi) Base de données sous ACCESS pour le suivi des indicateurs de la réponse nationale d'une part, les différents projets d'autre part ;
- vii) Guide sur l'audit de la qualité des données.

En 2007, la mise en œuvre du système de suivi et évaluation a réellement démarré et s'est traduite par :

- i) le recrutement des chargés de suivi et évaluation au niveau de chaque Unité Départementale de Lutte contre le SIDA ;
- ii) le renforcement des capacités en suivi et évaluation des chargés de suivi et évaluation des Unités Départementales de Lutte contre le SIDA (UDLS) et Directions Départementales de Lutte contre le SIDA (DDS), et ULS ;
- iii) la formation du personnel des agences d'exécution à l'utilisation des outils de collecte de données harmonisées ainsi qu'au contrôle de la qualité des données ;
- iv) l'organisation au niveau de chaque département des réunions de validation de données dont l'objectif principal est de disposer dans les délais acceptables les données de qualité ;
- v) l'actualisation trimestrielle de la base de données de suivi et évaluation élaborée sous environnement CS Pro ;

Ces efforts ont permis de disposer progressivement de données de routine sur la mise en œuvre des différents projets de lutte contre le SIDA. Les rapports de suivi et évaluation élaborés en 2007 contiennent ainsi des données permettant de mieux cerner l'offre et la couverture de personnes par des prestations essentielles.

Les difficultés liées à la mise en œuvre de suivi et évaluation sont : l'insuffisance des ressources humaines compétentes en suivi et évaluation au niveau national,

la faible organisation du système de collecte et d'analyse des données au niveau des agences de mise en œuvre en particulier les ONG et ULS, la non communication des données par des structures qui ne bénéficient pas d'un appui des projets financés par la Banque Mondiale et le Fonds Mondial, le retard dans l'envoi des données par les différentes structures, la faible comparaison des données programmatiques avec les données financières qui ne sont pas toujours disponibles. Il importe dans l'élaboration du nouveau cadre stratégique d'intégrer un plan de renforcement des capacités nationales en suivi & évaluation.

II-3. ANALYSE SYNTHETIQUE GENERALE DE LA MISE EN ŒUVRE DU CSN 2003-2007

II-3.1. Coordination nationale

Forces

- Existence de volonté, d'engagement et de leadership au plus haut niveau : allocation de ressources financières substantielles (prévisions budgétaires) ;
- Existence de textes réglementaires favorables à la mise en place d'un cadre institutionnel multisectoriel (avec une bonne représentativité des acteurs), d'organisation et de coordination des activités de lutte contre le sida
- Mise en place effective des différentes structures de coordination
- Mise en place des cadres de concertation : le comité de pilotage, CCN

Faiblesses

- Insuffisance de ressources humaines au niveau du SEP/CNLS
- Non concordance des cycles de planification des projets avec la période du cadre stratégique national
- Non mise en place des Commissions thématiques spécialisées.
- Non tenue régulière des sessions du CNLS (1 session sur 4 en 4 ans (2004 à 2007)) ;
- Non tenue régulière des sessions du Comité de Pilotage (4 sessions sur 12 en 3 ans entre 2005 à 2007) ;

II-3.2. Mise en œuvre du Cadre stratégique national

Forces

- Le cadre stratégique national a servi de document de référence à la majorité des acteurs aussi bien au niveau central qu'au niveau décentralisé
- Le financement de la mise en œuvre a été assuré par la partie nationale et les partenaires au développement
- Implication effective des acteurs du secteur public, privé, ONG, société civile

Faiblesses

- Absence d'un plan opérationnel budgétisé du cadre stratégique national

permettant aux différents acteurs et bailleurs de fonds de structurer leurs interventions

- Faible appropriation du cadre stratégique par tous les acteurs de la coordination et d'exécution
- Absence de plans sectoriels intégrés ;
- Faible appui à l'élaboration et à la mise en oeuvre des plans intégrés des secteurs et des départements
- Faible collaboration entre le niveau central et les points focaux des ULS au niveau des Départements ;

II-3.3. Cadre national de suivi et évaluation

Forces

- Elaboration du manuel de suivi et évaluation en 2004 – 2005;
- Formation des agents de santé, des associations des zones du PLVSS en suivi et évaluation ;
- Elaboration des mécanismes de suivi et évaluation basés sur les projets PLVSS / PADEPP (Supports des collectes de données) en 2006.

Faiblesses

- Absence d'un plan national de suivi et évaluation avec des indicateurs nationaux et des cibles par année ;
- Irrégularité des réunions groupe technique de suivi et évaluation ;
- Non mise en place de la surveillance épidémiologique de deuxième génération ;
- Absence de suivi d'exécution et d'analyse des tendances des indicateurs des activités des différents domaines jusqu'en 2005.

II-3.4. Recommandations

- Elaborer un plan opérationnel budgétisé pour le nouveau Cadre stratégique ;
- Organiser de façon régulière les réunions statutaires du CNLS ;
- Mettre en place et rendre fonctionnelles les Commissions thématiques spécialisées ;
- Renforcer la multisectorialité de la lutte par l'appui des ULS dans l'élaboration des plans sectoriels intégrés ;
- Elaborer des plans d'action et les rapports annuels avec la participation de tous les partenaires et de tous les acteurs au niveau central et au niveau décentralisé ;
- Rendre fonctionnel le Forum des partenaires ;
- Renforcer l'appui technique du SEP/CNLS aux ULS et UDLS ;
- Mettre en place les conseils départementaux de lutte contre le SIDA ;

- Améliorer la coordination de la réponse au niveau de chaque département en instituant des réunions périodiques de coordination entre tous les intervenants membres de l'Unité Départementales de Lutte contre le SIDA (réunions mensuelles sous la direction du Coordonnateur de l' UDLS et réunions trimestrielles sous la direction du Préfet) et en organisant des séances de présentation de la situation et des progrès de la réponse aux Conseils Départementaux ;
- Rendre fonctionnel le groupe technique de suivi et évaluation
- Intégrer dans les rapports financiers de la réponse nationale au VIH/SIDA, la contribution de l'Etat concernant notamment l'acquisition des ARV et autres médicaments/produits médicaux, le financement du fonctionnement du CNLS/PNLS/ULS/UDLS, les exonérations des biens destinés aux programmes de lutte contre le SIDA etc.

SECTION III : CADRE STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA 2009-2013

III-1. VISION

La formulation du CSN 2009-2013 vise à faire du Congo, un pays où il y a moins de nouvelles infections et où les personnes vivant avec le VIH ont accès à tous les services disponibles.

III-2. MISSION

Doter la République du Congo d'un outil de coordination, de plaidoyer et de mobilisation des ressources, d'orientation de toutes les interventions des projets et programmes y compris celles des associations de la société civile et organisations communautaires dans le cadre des principes de « Three One » en vue d'une réduction significative du nombre des nouvelles infections et de l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH au cours de la période 2009-2013.

III-3. PRINCIPES DIRECTEURS

Les nouvelles orientations stratégiques de la réponse nationale au VIH/SIDA sont guidées par :

- La Déclaration d'Abuja de Mai 2006 pour une intensification des efforts vers un accès universel aux services de prévention et contrôle du VIH/SIDA de la tuberculose et du paludisme ;
- La déclaration de Brazzaville de Mars 2006 pour le passage à l'échelle des programmes de prise en charge globale du VIH/SIDA en Afrique dans le cadre de l'engagement international pour un accès universel aux services de prévention, traitement et soutien relatifs au VIH/SIDA d'ici à 2010 ;
- La Déclaration d'engagement de l'Assemblée Extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/SIDA en juin 2001 à New-York, ainsi que la déclaration de politique sur le VIH/SIDA de 2006 ;
- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
- La Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté ;
- La complémentarité avec le Programme de Développement des Services de Santé (PDSS) en tant qu'instrument de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

III-4. PRIORITES

Les priorités du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013 s'articulent autour de :

- La consolidation et capitalisation des acquis de la réponse nationale ;
- L'élargissement des interventions dans la perspective de l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement et d'appui ;
- La mise en oeuvre d'une politique renforçant la prise en compte de la dimension genre et des groupes vulnérables à tous les niveaux d'exécution des interventions ;
- Le renforcement de la multisectorialité et de la décentralisation ;
- Le respect des principes des « three ones » ;
- La participation et l'appropriation communautaire.

III-5. CIBLES PRIORITAIRES

a) Les populations les plus exposées au VIH

- Les professionnelles du sexe
- Les filles-mères
- Les jeunes non scolarisés et déscolarisés
- Les élèves et étudiants
- Les enseignants
- Les hommes en uniforme
- Les commerçants et commerçantes
- Veuves et autres femmes chefs de ménages
- Les transporteurs
- Les détenus
- Les travailleurs des secteurs publics et privés
- Les peuples autochtones
- Les Réfugiés
- Les professionnels de santé.

b) Les personnes vivant avec les VIH

c) Les orphelins et autres enfants vulnérables

III- 6. BUTS

- Réduire l'incidence de l'infection à VIH dans la population congolaise ;

- Améliorer la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH en vue de la réduction de la morbidité et la mortalité dû au VIH/SIDA.

III-7. AXES STRATEGIQUES

- Axe I : Renforcement des services de prévention de l'infection à VIH et des IST
- Axe II : Renforcement des services de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH
- Axe III : Réduction de l'impact du SIDA et Promotion des droits humains
- Axe IV : Amélioration du système de Suivi-Evaluation, Recherche, Surveillance épidémiologique et Gestion des informations stratégiques
- Axe V : Renforcement de la coordination, du partenariat et de la gouvernance.

III- 8. OBJECTIFS STRATEGIQUES ET DOMAINES DE SERVICES ET INTERVENTIONS PRIORITAIRES PAR AXE STRATEGIQUE

AXE STRATEGIQUE I : RENFORCEMENT DES SERVICES DE PREVENTION DE L'INFECTION A VIH ET DES IST

OBJECTIF STRATEGIQUE 1.1. REDUIRE DE 50% LA PROPORTION D'ADULTES DE 15-49 ANS QUI ONT DES PRATIQUES SEXUELLES A HAUT RISQUE D'ICI A FIN 2013 (BASE : EDSC –I : 38,4% CHEZ LES FEMMES ET 59,8% CHEZ LES HOMMES).

Domaine de service 1.1.1. Renforcement de la prévention en milieu scolaire et universitaire

Les élèves, étudiants et les enseignants ont été identifiés parmi les groupes les plus vulnérables au VIH. La mise en œuvre du cadre stratégique précédent avait permis d'initier des activités de communication pour le changement de comportement incluant la communication sociale en classe et l'éducation par les pairs. En 2007, les Ministères en charges des enseignements ont initié un processus de révision des guides d'intégration du VIH/SIDA dans les écoles en vue d'introduire l'approche de compétences de vie courante. Au cours des cinq prochaines années, il s'agira (i) d'assurer l'enseignement du VIH/SIDA en utilisant l'approche de compétences de vie courante dans toutes les écoles du secondaire premier et deuxième degré, (ii) de poursuivre l'intégration du VIH/SIDA dans les programmes de formation 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.

Les interventions suivantes relatives au renforcement de la prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire seront réalisées :

- Elaborer une stratégie nationale de prévention du VIH dans le secteur de l'éducation ;
- Former 27.000 enseignants à l'enseignement du VIH/SIDA utilisant l'approche de compétences de vie courantes ;
- Dupliquer les guides d'enseignement du VIH/SIDA en 30.000 exemplaires et en assurer la distribution à tous les enseignants ;
- Assurer la duplication du manuel de l'élève sur l'enseignement du VIH/SIDA en 200.000 exemplaires ;
- Assurer les enseignements sur le VIH/SIDA dans toutes les écoles secondaires conformément au programme officiel ;
- Mettre en place un système de collecte des données sur les enseignements du VIH/SIDA à l'école ;
- Former/recycler 10.000 pairs-éducateurs parmi les élèves et étudiants ;
- Assurer les activités d'éducation par les pairs dans les écoles de manière à couvrir 160.000 élèves et étudiants et 27.000 enseignants en fin 2013.

Domaine de service 1.1.2. Promotion des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque VIH dans les groupes les plus vulnérables

La mise en œuvre du cadre stratégique 2003-2007 a permis d'initier des actions visant à promouvoir les comportements et pratiques sexuelles auprès des groupes les plus vulnérables. Il s'agira au cours des cinq prochaines années de consolider et d'élargir ces actions. Il s'agira de couvrir les membres des groupes vulnérables par un paquet de services de communication sociale et d'éducation par les pairs conformément au contenu des guides de référence nationale en la matière. Les groupes vulnérables concernées sont ceux identifiées au cours de l'analyse de la situation à savoir : 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, les peuples autochtones. L'identification des groupes vulnérables à couvrir et des cibles par groupe vulnérable se fera par département à l'occasion de l'exercice d'élaboration des plans opérationnels. L'objectif visé, d'ici fin 2013 est de couvrir 156.000 personnes vulnérables par le paquet de service de communication pour le changement de comportements.

Les interventions suivantes relatives à la promotion des comportements et pratiques sexuelles à moindre risque seront réalisées :

- Actualiser les guides de formation des prestataires en communication sociale et des pairs-éducateurs ;
- Assurer la duplication des guides révisés en 5.000 exemplaires pour la communication sociale et 10.000 exemplaires pour l'éducation par les pairs ;
- Former/recycler 4.000 prestataires en communication sociale au sein des structures d'exécution ;
- Former/recycler 8.000 pairs-éducateurs au sein des groupes les plus vulnérables ;
- Fournir le paquet de services de communication sociale et d'éducation par les pairs à 156.000 personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables ;
- Renforcer les capacités institutionnelles et managériales des organisations de la société civile, des unités de lutte contre le SIDA et des entreprises dans la coordination des activités de prévention du VIH/SIDA.

Domaine de service 1.1.3. Organisation des campagnes multimédias de communication sur le VIH/SIDA

En complément des actions visant les groupes les plus vulnérables, des actions de communication sur le VIH/SIDA seront organisées à l'endroit de la population générale. Ces actions viseront à élever le niveau de prise de conscience de la population sur la réalité du VIH/SIDA et diversifier pour la population générale et les groupes les plus vulnérables les opportunités d'information, éducation, conseil et orientation relatif au VIH/SIDA.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Organiser chaque année une campagne de trois mois (octobre – décembre) sur le thème de la journée mondiale de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Organiser chaque année, sous le patronage de la Première Dame, une campagne de lutte contre le VIH/SIDA sur le thème arrêté par l'Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le SIDA ;
- Intensifier les actions d'information, éducation et communication sur le VIH/SIDA à l'occasion des journées internationales et des événements de portée nationale ;
- Rendre disponible de manière permanente les services d'une ligne téléphonique gratuite d'information, conseil et orientation sur le VIH/SIDA ;
- 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 ;
- 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 ;

- 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 ;
- Mettre en place un programme de représentation théâtrale sur le VIH/SIDA dans les quartiers et les villages utilisant l'approche de théâtre-forum ;
- Organiser dans tous les chefs lieux de départements des concerts de chants sur le VIH/SIDA (un concert par arrondissement et par an pour les villes et un concert par an pour les autres chefs-lieux) ;
- Renforcer l'implication des confessions religieuses dans l'information et l'éducation des populations sur le VIH/SIDA.

Domaine 1.1.4 : Intensification des actions de prévention du VIH/SIDA dans les zones et points à haut risque VIH

L'analyse de la situation faite dans le cadre du processus de formulation du présent cadre stratégique a identifié des zones et points à haut risque d'infection à VIH. Il s'agit notamment des zones aéroportuaires, des pôles industriels à grande attraction, des zones de forte concentration de prostitution, des zones à forte activité de pêche artisanale, des marchés forains, des vidéoclubs, de la capitale du département concernée chaque année par le programme de municipalisation accélérée. Il s'agira, au cours des 5 prochaines années d'intensifier les actions spécifiques d'information- éducation et communication sur le VIH/SIDA au niveau de ces zones et points à risque, en complémentarité des actions de prévention auprès des groupes les plus vulnérables et auprès de la population générale.

Les actions suivantes seront ainsi réalisées :

- Établir et mettre à jour chaque année la cartographie nationale des zones à haut risque VIH, avec la participation des jeunes à toutes les étapes ;
- Etablir et mettre à jour chaque année la cartographie des points à haut risque VIH de chaque grande ville et chef lieu de département ;
- Organiser dans chaque zone à haut risque une campagne d'information et éducation de proximité (porte à porte) par an,
- Organiser une soirée de projection mobile de films éducatifs sur le VIH/SIDA par mois dans chaque zone à haut risque ;
- Organiser une séance de discussions sur la problématique du VIH/SIDA avec les clients réguliers par mois dans chaque zone à forte concentration de prostitution ;
- Produire 15.000 affiches d'information et éducation sur le VIH/SIDA et sur les IST, destinés aux zones et points à haut risque VIH ;
- Mettre en place des distributeurs automatiques de préservatifs dans toutes les zones et points à haut risque, soit environ 1.000 distributeurs automatiques de préservatifs à mettre en place d'ici fin 2013 ;
- Organiser une séance de projection de films éducatifs sur le VIH/SIDA par semaine dans chaque vidéoclub (avec entrée gratuite) ;

- Assurer la diffusion régulière de messages courts sur le VIH/SIDA dans les boîtes de nuit.

Domaine 1.1.5. Prévention du SIDA en milieu de soins

La mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2003-2007 a permis d'amorcer une expérience d'intégration de l'éducation sur le VIH/SIDA dans les activités des centres de santé intégrés. Il s'agissait d'animer pendant 30 minutes une discussion sur une thématique en rapport avec le VIH/SIDA avec les clients du centre avant le début des consultations curatives ou prénatales. Cette intégration a été réussie avec peu ou prou de succès d'un centre de santé intégré avec un autre. Il s'agira de poursuivre et de renforcer cette activité.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Concevoir un programme sur DVD composée d'une série de films éducatifs sur le VIH/SIDA entrecoupée de spots publicitaires sur le VIH/SIDA destiné à la diffusion dans les centres de santé intégrés ;
- Doter chacun des 66 centres de santé intégrés d'un groupe électrogène et de deux DVD sur le programme de films éducatifs sur le VIH/SIDA ;
- Assurer la diffusion en boucle du programme de films éducatifs sur le VIH/SIDA entrecoupée de spots publicitaires dans 66 centres de santé intégrés, tous les jours de travail, au niveau des salles d'attente ;
- Produire 5 lots de 10.000 dépliants sur les thématiques VIH/SIDA par an et en assurer la distribution gratuite aux clients des 66 CSI ayant intégrés les services VIH.

Domaine 1.1.6. Mobilisation des leaders et des communautés contre le VIH/SIDA

Les différentes enquêtes socio-comportementales réalisées ont confirmé que les changements de comportements au plan individuel sont fortement tributaires des croyances et des normes sociales. Ce qui impose de combiner les actions de communication pour le changement de comportements à des actions visant le changement des normes sociales qui accentuent la vulnérabilité des populations. Il s'agira de mobiliser les leaders communautaires (chefs coutumiers, médiateurs traditionnels, leaders religieux) dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Les interventions suivantes seront aussi réalisées :

- Mettre en place un programme de conversations communautaires sur le VIH/SIDA dans les petits villages de 10 départements (Brazzaville et Pointe-Noire exclus) ;
- Former 1.000 médiateurs traditionnels sur le VIH/SIDA d'ici fin 2013 ;
- Assurer la diffusion des messages sur le VIH/SIDA pendant les cérémonies de mariage coutumier par le biais des médiateurs formés ;

- Organiser, sur une base trimestrielle, dans chaque arrondissement des grandes villes et chaque chef-lieu une séance foraine avec les leaders communautaires sur « nos coutumes et le VIH/SIDA » ;
- Organiser une conférence annuelle des leaders religieux sur le VIH/SIDA ;
- Soutenir l'organisation des séminaires d'évangélisation sur les thématiques en rapport avec le VIH/SIDA.

Domaine de service 1.1.7. Marketing social du préservatif

La mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2003-2013 a permis de mettre en place de deux programmes de marketing social du préservatif dont l'un exécuté par l'Association de Santé Familiale avec l'appui de PSI, et l'autre exécuté par l'Association pour l'Appui aux Initiatives de Santé Communautaire (AAISC) avec l'appui du CNLS par le biais du PLVSS et du PADEPP. Il s'agira au cours de ces cinq prochaines années de consolider ces deux programmes en vue d'assurer la disponibilité du préservatif sur l'ensemble du territoire national et d'intensifier l'expérience de mise en place des distributeurs automatiques de préservatifs dans les stations d'essence et les points à haut risque.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Acquérir un total de 55.000 préservatifs pendant les cinq prochaines années et assurer la distribution par le biais des deux programmes de marketing social du préservatif ;
- Assurer la promotion de l'utilisation du préservatif par la production de gadgets et la diffusion de spots publicitaires dans les médias ;
- Acquérir un total de 500 distributeurs automatiques de préservatifs et assurer leur installation dans les stations d'essence et les points à haut risque ;
- 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.

OBJECTIF STRATEGIQUE 1.2. REDUIRE A MOINS DE 15% LA PROPORTION DES ADOLESCENTS DE 10-17 ANS QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS A HAUT RISQUE D'ICI A FIN 2013.

Domaine de service 1.2.1. Développement des programmes de compétences de vie courantes chez les adolescents de 10-17 ans à l'école primaire et en milieu extra-scolaire.

Les adolescents ne sont habituellement pas pris en compte dans programmes de communication pour le changement de comportements au profit des jeunes. La précocité des rapports sexuels et la proportion importante des adolescentes qui deviennent mères avant l'âge de 15 ans montrent que ce groupe de populations est également vulnérable au VIH. Les outils de communication pour le changement de comportements ne prennent en général pas en compte les problèmes spécifiques des adolescents. Il s'agira au cours des 5 prochaines

années de mettre en place un programme spécifique visant à développer les compétences de gestion du risque pour la prévention du VIH/SIDA, des IST et des grossesses précoces, avec pour objectif de couvrir 350.000 adolescents de 10-17 ans.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Assurer l'extension des programmes axés sur les compétences pour les élèves du CM1 et CM2 dans toutes les écoles primaires du pays ;
- Aménager et équiper (poste téléviseurs et jeux éducatifs) les maisons de jeunes sur l'ensemble du territoire national ;
- Dupliquer le guide sur le développement des compétences de gestion du risque VIH chez les adolescents en 1.000 exemplaires ;
- 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 ;
- 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 d'ici fin 2013, 350.000 adolescents sur l'ensemble du territoire national ;
- Elaborer et dupliquer, à partir du guide sur les compétences de gestion du risque VIH, des booklets sur les thèmes prioritaires spécifiques (IST, VIH, Grossesses non désirées et précoces).
- Organiser, chaque année, une kermesse SIDA Vacances au profit des jeunes à Brazzaville et Pointe-Noire.

OBJECTIF STRATEGIQUE 1.3. ACCROITRE DE 55% A AU MOINS 80% LA PROPORTION DES PERSONNES QUI, PRESENTANT UNE IST, BENEFICIENT D'UN PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DANS UNE FORMATION SANITAIRE, D'ICI A FIN 2013.

Domaine de service 1.3.1: Renforcement et élargissement de l'intégration de la prise en charge syndromique des IST dans les activités des centres de santé intégrés

La mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2003-2007 a permis d'intégrer la prise en charge syndromique des IST dans les activités de 60 CSI et CMS confessionnelles et des entreprises du secteur privé. Il s'agira au cours des cinq prochaines années de consolider et d'élargir cette action.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Actualiser les algorithmes de traitement ainsi que le guide de formation des prestataires sur la prise en charge syndromique des IST ;
- Dupliquer les documents sur les algorithmes de traitement des IST ainsi que le guide formation en 1.000 exemplaires ;
- Former/Recycler 240 agents des CSI/CMS sur la prise en charge des IST ;

- 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.

Domaine de service 1.3.2 : Mise en place d'un programme de traitement des cas d'IST résistant selon l'approche étiologique.

Il s'agit de mettre en place un dispositif permettant de prendre en charge les cas des IST traités par l'approche syndromique et disposer ainsi des données permettant d'actualiser les protocoles de prise en charge syndromique. Il s'agira de renforcer les capacités du LNSP, du Laboratoire de l'Hôpital de Loandjili à Pointe-Noire, des Laboratoire des Hôpitaux Généraux de Dolisie pour la zone sud et d'Owando pour la zone nord en vue de réaliser la recherche étiologique des cas d'IST résistant à l'approche syndromique et de proposer des médicaments sensibles aux germes ainsi identifiés.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Doter 4 laboratoires (LNSP, HG de Loandjili, HG Dolisie, HG Owando) en équipement, réactifs et consommables nécessaires pour la recherche étiologique des cas d'IST résistant au traitement selon l'approche syndromique ;
- Former 8 techniciens par laboratoire sur la réalisation des examens de recherche étiologique des IST et d'appréciation de la sensibilité des médicaments ;
- Assurer la prise en charge des cas d'IST résistant à l'approche syndromique.

OBJECTIFS STRATEGIQUE 1.4 : ACCROITRE DE 10% A 50% LA PROPORTION DES ADULTES DE 15-49 ANS CONNAISSANT LEUR STATUT SEROLOGIQUE D'ICI A FIN 2013.

Domaine de service 1.4.1: Renforcement des services de Conseil et dépistage volontaire

La mise en œuvre du CSN 2003-2007 a permis d'intégrer le service de conseil et dépistage volontaire dans les activités de 58 CSI/CMS sur l'ensemble du territoire. Il s'agit au cours des 5 prochaines années de consolider les acquis et d'intégrer le CDV dans de nouveaux centres de manière à atteindre 70 sites de CDV en fin 2013. L'objectif en termes de CDV réalisés est de passer de 21.000 en 2007 à 44.000 en 2013.

Les actions suivantes seront ainsi réalisées :

- Former recycler 210 conseillers au niveau de 70 sites de CDV sur l'ensemble du territoire national ;

- 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 ;
- 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 en termes de disponibilité d'au moins une salle de counselling et conditions du laboratoire ;
- Acquérir les tests et autres consommables de laboratoire et en assurer la distribution aux sites CDV de manière à garantir la permanence du service ;
- Assurer un total de 226.500 CDV de 2009 à 2013 dans les 70 sites ;
- Mettre en place un dispositif de contrôle de qualité des services fournis par les 70 sites de dépistage ;
- Organiser dans l'aire de santé une campagne trimestrielle de promotion du dépistage en collaboration avec les comités de santé ;
- Mettre en place un dispositif de motivation du personnel des sites de dépistage basée sur la performance.

OBJECTIF STRATEGIQUE 1.5 : ASSURER LA SECURITE TRANSFUSIONNELLE AU VIH ET AUTRES MARQUEURS DE MALADIES TRANSMISSIBLES (HVB, HVC, SYPHILIS) CHEZ 100% DES PERSONNES BENEFICIAIRES DES TRANSFUSIONS et AUTRES DERIVES SANGUINS

Domaine de service 1.5.1: Amélioration de la disponibilité des produits sanguins sécurisés

Depuis 1994, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) travaille pour répondre aux besoins des formations sanitaires en produits sanguins sécurisés. De 2003-2007 le réseau transfusionnel a connu une forte extension. Mais il existe encore des formations sanitaires dont les besoins en produits sanguins ne sont pas couverts. De même, l'insuffisance des ressources allouées au CNTS n'a pas toujours permis de faire la détection des quatre principaux marqueurs de maladies transmissibles. L'objectif du présent cadre stratégique est (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 transfusés.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Aménager et équiper 10 nouveaux postes de transfusion ;
- Former/recycler le personnel des postes ou banques de sang ;
- Acquérir les réactifs et consommables de laboratoire permettant de rendre disponibles au moins 40.000 poches de sang sécurisés aux quatre marqueurs de maladies transmissibles par an ;
- Mettre en place et rendre fonctionnel un dispositif d'assurance qualité de la transfusion sanguine ;
- Renforcer les activités de collectes mobiles de sang au niveau des sites opérationnels.

Domaine de service 1.5.2: Promotion du don de sang bénévole et éducation des donneurs de sang bénévoles

Les résultats des activités de collecte de sang de 2003 à 2007 ont montré une forte prédominance des dons familiaux de restitution par rapports aux dons par des donneurs bénévoles fidélisés. Cette situation est imputable en partie à une faible promotion du don de sang bénévole et à un faible appui apporté aux associations et clubs des donneurs de sang bénévoles en vue du recrutement des donneurs de sang bénévoles. Il s'agira au cours des cinq prochaines années 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 seront réalisées :

- Produire et diffuser des supports promotionnels du don de sang bénévole (dépliants, affiches) ;
- Produire dans les chaînes de télévisions et de radio des émissions régulières ainsi que des coupures de presse sur l'importance du don sang ;
- Produire et diffuser dans les chaînes de télévision et radio des spots publicitaires sur l'importance du don de sang bénévole ;
- Appuyer les associations et clubs des donneurs de sang bénévole en vue du recrutement et de la fidélisation des donneurs de sang bénévoles ;
- Former des pairs –éducateurs parmi les donneurs de sang bénévoles ;
- Appuyer les activités d'éducation par les pairs chez les donneurs de sang bénévoles.

OBJECTIF STRATEGIQUE 1.6 : REDUIRE A MOINS DE 10% LA PROPORTION DES NOUVEAUX NES DE MERES SEROPOSITIVES INFECTEES PAR LE VIH, D'ICI A FIN 2013.

Domaine de service 1.6.1: Renforcement et élargissement de l'intégration du service de dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale

La mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2003-2007 a permis d'intégrer le service de conseil et dépistage volontaire chez les femmes admises en consultation prénatale dans les activités de 37 CSI sur l'ensemble du territoire national. Cette intégration a permis d'accroître de manière significative le nombre de femmes qui, pendant la grossesse, font la démarche de dépistage volontaire. Il s'agira, au cours des cinq prochaines années, de consolider les acquis et d'étendre les services à toutes les formations sanitaires qui assurent les consultations prénatales (soit 70 sites d'ici à fin 2013).

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Former/recycler 210 sages-femmes au niveau de 70 sites sur le counselling pour le dépistage volontaire chez les femmes enceintes ;
- 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,
- Intégrer la promotion de la PTME au cours des campagnes de promotion du CDV qui seront organisées dans l'aire de santé de chaque site en collaboration avec les comités de santé ;
- Fournir les services de CDV en consultation prénatale de manière à amener 147.000 femmes enceintes à faire la démarche de dépistage volontaire d'ici fin 2013 ;
- Mettre en place un dispositif de motivation du personnel des sites de dépistage chez les femmes enceintes basée sur la performance.

Domaine de service 1.6.2: Renforcement et élargissement des services de prise en charge de la femme enceinte séropositive

L'une des faiblesses du programme PTME pendant la période 2003-2007 a été la faible fonctionnalité du lien entre le CSI/CMS où la femme effectue le dépistage pendant la CPN et la maternité où la femme va accoucher et où elle est censée recevoir le traitement prophylactique pour la PTME conformément aux protocoles nationaux. Seulement 40% des femmes enceintes dépistées séropositives ont effectivement bénéficié des services de PTME. Il s'agira au cours des cinq prochaines années 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. Il s'agira également 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 seront ainsi réalisées :

- Mettre en place un dispositif permettant aux sages-femmes d'accompagner les femmes enceintes séropositives chez le médecin de la maternité qui fournira la prophylaxie TME ;
- Doter le LNSP, les Hôpitaux généraux de Dolisie pour la zone sud et d'Owando pour la zone nord, de capacités de réaliser la PCR, de réactifs et consommables y relatifs en vue du diagnostic précoce du VIH chez les enfants nés de mère séropositives ;

- Former/recycler 170 personnels (médecins, sages-femmes, infirmiers) de 17 maternités sur la PTME ;
- Fournir les services de PTME à 9.700 femmes enceintes séropositives d'ici fin 2013;
- Elaborer, 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 ;
- Fournir gratuitement le lait maternisé à toutes les femmes qui auront choisi l'allaitement artificiel au terme du counselling sur le choix de l'allaitement ;
- Mettre en place un dispositif de motivation du personnel des sites de dépistage chez les femmes enceintes basée sur la performance,

OBJECTIF STRATEGIQUE 1.7 : ASSURER LA SECURITE BIO-CLINIQUE ET LA PREVENTION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH DANS 100% DES FORMATIONS SANITAIRES ET STRUCTURES DE SOINS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE NATIONAL, D'ICI A FIN 2013.

Domaine de service 1.7.1: Amélioration de la gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires

La mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2003-2007 a permis de doter le LNSP et CNTS d'un incinérateur moderne et d'installer des incinérateurs de type Montfort dans 3 CSI intégrant les services VIH. Il s'agira au cours des cinq prochaines années de poursuivre les efforts visant à doter les formations sanitaires de dispositifs de gestion des déchets biomédicaux.

Les interventions suivantes seront réalisées :

- Construire des incinérateurs de type Montfort au niveau de 67 CSI/CMS ;
- Doter 05 Hôpitaux généraux et 23 hôpitaux de base d'incinérateurs modernes ;
- Acquérir chaque année du matériel pour la protection et la destruction des déchets biomédicaux au profit des 70 sites de CDV et des 50 sites de prise en charge.

Domaine de service 1.7.2: Mise en place d'un programme de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au VIH en milieu de soins

Aucun programme formel de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au VIH n'a encore été mise en place. Il s'agira au cours des cinq prochaines années de combler cette lacune.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Identifier et former dans chaque site de prise en charge (couvrant couverture de tous les CSI/CMS de la CSS) un médecin référent pour la prise en charge des accidents d'exposition au VIH ;
- Produire 500 affiches par an sur les accidents d'exposition au VIH et les placer dans les salles de soins et laboratoires de toutes les formations sanitaires ;
- Organiser des cycles de formation des agents de santé sur la prévention des accidents d'exposition au VIH ;
- Mettre en place une procédure de notification des cas d'exposition au VIH et rendre disponible dans tous les sites de prise en charge les kits de traitement pour la prophylaxie VIH.

Domaine de service 1.7.3: Mise en place d'un programme d'éducation des tradipraticiens et animateurs des salons de coiffure

La prévention de la transmission sanguine passe aussi par l'éducation des tradipraticiens et les animateurs des salons de coiffure qui utilisent aussi des objets tranchants susceptibles de favoriser la transmission du VIH d'un client à un autre.

Les actions suivantes seront entreprises :

- Organiser des cycles d'éducation sur la prévention de la transmission sanguine au bénéfice des tradipraticiens et animateurs des salons de coiffure, suivis de la remise symbolique d'un kit de lames à usage unique, de flacons d'alcool et coton ;
- Produire 500 affiches par an incitant à l'utilisation des objets tranchants à usage unique et leur mise en place dans les salons de coiffure et maisons des tradipraticiens.

AXE STRATEGIQUE II. RENFORCEMENT DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE MEDICALE ET PSYCHOSOCIALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

OBJECTIF STRATEGIQUE 2.1. ACCROITRE DE 6,7% A AU MOINS 15% LA PROPORTION DE PERSONNES INFECTEES PAR LE VIH (ESTIMATION : 110.000) QUI ONT ACCES A UNE PRISE EN CHARGE MEDICALE ET PSYCHOSOCIALE, D'ICI A FIN 2013.

Domaine de service 2.1.1. Renforcement et élargissement de la prise en charge médicale des adultes vivant avec le VIH

En fin 2007, la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH était assurée dans 31 formations sanitaires sur l'ensemble du territoire national. Toutefois, tous les sites de prise en charge ne remplissaient pas les critères pour une prise en charge de qualité de personnes vivant avec le VIH en termes de (i) disponibilité des ressources humaines formées en la matière (médecins, infirmiers, sage-femme, pharmaciens, techniciens de laboratoire), (ii) de capacités à faire tous les examens de suivi biologique de l'infection à VIH, d'existence d'un système informatisé efficace et cohérent de gestion et de suivi des patients. Il s'agira, au cours de 5 années de mise en œuvre du présent cadre de : (i) renforcer les sites existants de manière à ce qu'ils puissent répondre aux critères d'une prise en charge de qualité, (ii) 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, (iv) 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 sur la zone nord, (v) mettre en place un système de gestion et de suivi des patients permettant l'analyse des cohortes. Au cours des 5 prochaines années, (i) le nombre de sites de prise en charge des PVVIH sera ainsi porté de 31 en fin 2007 à 50 en fin 2013, en garantissant la qualité de la prise en charge, (ii) le nombre de personnes vivant avec le VIH pris en charge dans les différents sites sera porté de 8.843 en fin 2007 à 19.500 en fin 2013.

Les principales interventions relatives au renforcement de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH sont les suivantes :

- Former/recycler au moins deux médecins par site sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, soit 100 médecins formés/recyclés ;
- Former/recycler au moins deux techniciens de laboratoire par site sur la pratique des examens de suivi biologique de l'infection à VIH, soit 100 techniciens de laboratoire formés/recyclés ;
- Former/recycler au moins un pharmacien/gestionnaire des médicaments sur la gestion des médicaments destinés à la prise en charge des infections opportunistes et des antirétroviraux, soit 50 pharmaciens/gestionnaires des médicaments formés/recyclés ;
- Renforcer en équipement les laboratoires des 31 sites fonctionnels en fin 2007 de manière à ce qu'ils soient tous en mesure de réaliser le comptage des CD4, les autres examens de suivi biologique et de diagnostic des infections opportunistes ;
- Aménager et équiper les laboratoires des 19 autres sites à créer de manière à ce qu'ils soient en mesure de réaliser le comptage des CD4, les autres examens de suivi biologique et de diagnostic des infections opportunistes ;
- Acquérir les ARV et les médicaments pour la prévention et le traitement des infections opportunistes nécessaires pour la prise en charge des

- 19.500 PVVIH, et assurer leur distribution progressive au niveau des sites de prise en charge ;
- Acquérir les réactifs et consommables de laboratoires nécessaires au suivi biologique des PVVIH au niveau des sites de prise en charge ;
 - Mettre en place un système informatisé de gestion des PVVIH dans les 50 sites de prise en charge ;
 - 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 ;
 - 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.

Domaine de service 2. 1. 2. Renforcement de la prise en charge pédiatrique de l'infection

En fin 2007, même si les enfants sont également pris en charge dans tous les sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, la prise en charge pédiatrique n'a pas été suffisamment organisée. Les données spécifiques de la prise en charge des enfants n'ont par conséquent pas été rendues disponibles. Il s'agira au cours des 5 prochaines années de mieux organiser la prise en charge pédiatrique en : (i) formant au moins un médecin dans chaque site à la prise en charge des enfants vivant avec le VIH, (ii) assurant la disponibilité des formes pédiatriques d'ARV et médicaments pour la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes, (iii) mettant en place un dispositif spécifique de documentation des activités.

L'objectif visé d'ici fin 2013 est (i) d'avoir au moins trois sites de prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH à Brazzaville et Pointe-Noire et un site dans chacun des dix autres départements, soit un total de 16 sites (ii) d'assurer la prise en charge médicale à 650 enfants vivant avec le VIH.

Les principales interventions relatives au renforcement de la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH sont les suivantes :

- Former/recycler au moins un médecin par site sur la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH, soit un minimum de 16 médecins à former ;
- 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, et assurer leur distribution progressive au niveau des sites de prise en charge pédiatrique ;
- 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 ;

- Mettre en place un dispositif d'encouragement à la performance des équipes impliquées dans la prise en charge médicale pédiatrique de l'infection à VIH.

Domaine de service 2.1.3. Renforcement de la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH en milieu hospitalier et communautaire.

La prise en charge psychosociale est intégrée systématiquement dans les activités des sites de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Le contenu du paquet de services offerts ainsi que la qualité des ces services est par contre variable d'un site à un autre. Il s'agira au cours des 5 prochaines années 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'agira aussi d'appuyer les activités de prise en charge psychosociale communautaire aussi bien pour les adultes que pour les enfants.

Les principales interventions relatives au renforcement de la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH sont les suivantes :

- Former/recycler au moins deux agents sociaux sur la prise en charge psychosociale au niveau des 50 sites de prise en charge, soit au moins 100 agents formés ;
- Former au moins cinq personnes vivant avec le VIH comme accompagnateurs psychosociaux par site, soit au moins 250 personnes vivant avec le VIH à former ;
- Fournir le paquet de services de prise en charge psychosociale dans les 50 sites de prise en charge ;
- 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 en complémentarité avec les activités des sites de prise en charge.

Domaine de service 2.1.4. Renforcement de la prise en charge de la Co infection VIH/TB

Les principales interventions relatives au renforcement de la prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose sont les suivantes :

- Mettre en place un cadre institutionnel de mise en œuvre de la prise en charge de la co-infection VIH/Tuberculose (mise en place des mécanismes de collaboration des programmes de lutte contre la

Tuberculose et le VIH, élaboration des directives et outils de gestion de la prise en charge de la co-infection VIH/Tuberculose, mise en place d'un système de référence et contre-référence des cas de co-infection VIH-Tuberculose) ;

- Renforcer le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale en faveur de la prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose;
- Renforcer les capacités des agents de santé dans la prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose (diagnostic, traitement, suivi des patients) ;
- 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) ;
- 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.)

OBJECTIF STRATEGIQUE 2.2. ACCROITRE DE MOINS DE 25% A PLUS DE 50% LA PROPORTION DES ADULTES DE 15-49 ANS AYANT DES ATTITUDES DE TOLERANCE VIS-A-VIS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, D'ICI A FIN 2013

Domaine de service 2.2.1. Intensification de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH

La stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH constituent un frein pour leur prise en charge correcte au niveau des structures sanitaires. La peur de la stigmatisation amène les personnes vivant avec le VIH à ne pas parler de leur statut dans leur entourage et à se cacher, voire à renoncer à prendre les médicaments pour éviter de susciter le rejet de la famille et de la communauté. Les 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.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH en tant qu'action visant à contribuer au bien-être et à l'épanouissement des personnes vivant avec le VIH se fera au travers des actions suivantes :

- Assurer l'adoption, la promulgation et la diffusion de la loi protégeant les droits des personnes vivant avec le VIH ;
- 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 ;
- Promouvoir la participation active des personnes vivant avec le VIH dans les activités de lutte contre le VIH à tous les niveaux.

AXE STRATEGIQUE III : REDUCTION DE L'IMPACT DU SIDA ET PROMOTION DES DROITS HUMAINS

OBJECTIF STRATEGIQUE 3.1 : ASSURER L'ACCES AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE A 100% DES MENAGES LES PLUS PAUVRES AFFECTEES PAR LE VIH.

Domaine de service 3.1.1. Renforcement des programmes de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables

La mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 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 leurs 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. Il s'agira de consolider et d'élargir ce programme. Les efforts de prise en charge des OEV se justifient sur le plan d'équité comme action visant à faire jouir aux enfants leurs droits fondamentaux, mais aussi sur le plan du développement du pays comme investissement permettant de réduire le risque pour ces enfants de devenir des adultes d'une productivité réduite.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Actualiser le manuel de procédures sur la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables ;
- 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 ;
- Former/recycler les prestataires des agences d'exécution sur la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables.

Domaine de service 3.1.2. 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. Plusieurs stratégies sont ainsi combinées pour répondre à cette exigence parmi lesquelles figurent l'appui au développement des activités génératrices de revenus et l'appui à la formation et à l'insertion professionnelle. Il s'agira au cours des cinq prochaines années 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.

Les interventions suivantes :

- Promouvoir le recrutement et l'utilisation des personnes vivant avec le VIH dans les structures de coordination et de soins ;
- Mettre en place un dispositif de sensibilisation, de formation et de facilitation de l'accès aux micro-crédits en vue du développement d'activités génératrices de revenus pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes appartenant aux groupes les plus vulnérables ayant participé aux activités de prévention du VIH/SIDA ;
- 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.

Domaine 3.1.3. Mise en place des programmes d'éducation et d'assistance nutritionnelle aux ménages affectés par le VIH

Le Congo a élaboré, au cours de l'année 2007, un guide sur la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH. A défaut de fournir une assistance nutritionnelle aux personnes vivant avec le VIH, il est indispensable d'éduquer chaque personne infectée par le VIH sur la manière de composer les repas à partir des vivres localement disponibles et les plus accessibles possibles. Il s'agira donc au cours des cinq prochaines années de systématiser l'éducation nutritionnelle dans les formations sanitaires et d'organiser au niveau de chaque hôpital un petit service d'assistance nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH en cas d'hospitalisation.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Dupliquer le guide de prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH en 500 exemplaires et en assurer la diffusion dans les sites de prise en charge ;
- Elaborer un recueil de mets faits à vivres locaux accessibles, en assurer la duplication en 20.000 exemplaires en vue de sa distribution aux personnes vivant avec le VIH ;
- Organiser des cycles de session d'éducation nutritionnelle au bénéfice des personnes vivant avec le VIH et de leur famille dans les sites de prise en charge ;
- Contracter dans chaque site de prise en charge avec une association de personnes vivant avec le VIH en vue de la fourniture de rations alimentaires aux personnes vivant avec le VIH en cas d'hospitalisation.

Domaine de service 3.1.4. Renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu du travail

La mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2003-2007 a permis de formaliser un partenariat entre le secteur public et le secteur privé à travers l'organisation patronale UNICONGO, dans la lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu du travail.

Ce partenariat a permis d'appuyer 28 entreprises à mettre en place des politiques et programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu du travail. Il s'agira au cours des cinq prochaines années de consolider et d'étendre ce partenariat en vue de minimiser les impacts du VIH/SIDA sur le lieu du travail.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Poursuivre l'appui aux 28 entreprises déjà engagées dans la mise en œuvre de leurs programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu du travail ;
- Appuyer d'ici fin 2013 au moins 20 nouvelles entreprises à élaborer et mettre en œuvre des politiques de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu du travail ;
- Mettre en place un dispositif de concertation et d'échange d'expérience entre entreprises engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA ;
- Renforcer le Secrétariat d'UNICONGO en ressources humaines destinées à assurer la coordination du programme d'appui à la réponse du secteur privé au VIH/SIDA ;
- 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,
- Organiser des activités de communication et éducation sur le VIH/SIDA au bénéfice des travailleurs du secteur informel.

OBJECTIF STRATEGIQUE 3.2. ASSURER LA PROMOTION DES DROITS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Domaine de service 3.2.1 : Promotion d'un environnement juridique favorable à la protection des droits des PVVIH

Le Congo a élaboré au cours de l'année 2006 un projet de loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des femmes victimes de violences sexuelles. Ce projet de loi n'a malheureusement pas encore été adopté par le Parlement, condition sine qua non pour sa promulgation. Cette situation n'a pas facilité la mise en place d'un cadre formel de protection des droits des personnes vivant avec le VIH. Il s'agira dès l'année 2009 d'obtenir la promulgation de cette loi et de mettre en place les instruments de protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

Les actions suivantes seront ainsi organisées :

- 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 ;
- 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 avant fin 2009 ;
- 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 ;
- Mettre en place et un dispositif de sensibilisation et de protection des droits des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA dans chacun des 12 départements du pays.

AXE STRATEGIQUE IV. AMELIORATION DU SYSTEME DE SUIVI EVALUATION, RECHERCHE, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET GESTION DES INFORMATIONS

OBJECTIF STRATEGIQUE 4.1 : AMELIORER LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET DANS CERTAINS GROUPES SPECIFIQUES (PROFESSIONNELLES DU SEXE, DONNEURS DE SANG, TUBERCULEUX)

Domaine de service 4.1.1 : Surveillance épidémiologique chez les femmes enceintes

La réalisation des enquêtes de surveillance épidémiologique chez les femmes enceintes n'a pas été régulière de 2003 à 2007. Au cours de cette période, seulement deux enquêtes de sérosurveillance du VIH chez les femmes enceintes ont été réalisées avec changement des sites d'une enquête à l'autre. Il s'agit d'établir un consensus autour du protocole de l'enquête et du choix des sites pour les cinq prochaines années, et d'assurer de manière régulière et routinière la surveillance épidémiologique au niveau des sites sentinelles retenues.

Les actions suivantes seront ainsi réalisées :

- Organiser un atelier de validation du protocole de surveillance épidémiologique et des sites sentinelles pour les cinq prochaines années ;
- Doter, sur une base annuelle, les sites sentinelles retenus d'équipements, réactifs et consommables, et fournitures nécessaires à la réalisation de la sérosurveillance ;
- Former/recycler le personnel des sites retenus sur la conduite de la sérosurveillance ;

- Organiser au niveau du LNSP le contrôle de la qualité des résultats issus de la sérosurveillance ;
- Organiser la collecte et le traitement des données de la surveillance de manière à obtenir les résultats avant la fin du trimestre suivant la fin d'une année ;
- Mettre en place un dispositif de motivation basée sur la performance pour tous les sites de sérosurveillance.

Domaine de service 4.1.2 : surveillance comportementale et/ou combinée à la biologie auprès de certains groupes les plus vulnérables

Aucun dispositif de surveillance comportementale et/ou combinée à la prévalence du VIH n'a été mis en place entre 2003-2007. Il s'agira de combler cette lacune en mettant en place un dispositif de surveillance comportementale couplée à la sérologie VIH chez les professionnelles du sexe, les donneurs de sang bénévoles réguliers et les jeunes scolarisés de 15-24 ans.

Les actions suivantes seront ainsi réalisées :

- Elaborer les protocoles de surveillance comportementale combinée ou non avec la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe, les donneurs de sang bénévoles et les jeunes de 15-24 ans ;
- Mettre en œuvre chaque année les enquêtes de sérosurveillance comportementale chez les professionnelles du sexe, les donneurs de sang bénévoles et les jeunes de 15-24 ans.

Domaine de service 4.1.3 : surveillance de la pharmaco-résistance

Les actions suivantes seront ainsi réalisées :

- Mettre en place un dispositif de surveillance des résistances aux traitements ARV
- Mettre en place un protocole de surveillance des pharmaco-résistances aux ARV (treshold survey) ;
- Assurer la formation des techniciens impliqués dans la surveillance à la méthodologie de la surveillance, à la collecte et la conservation des échantillons ainsi que l'assurance qualité ;
- Acquérir les équipements nécessaires pour la collecte, la conservation et l'analyse des échantillons ;
- Organiser les activités de surveillance de la pharmaco-résistance du VIH/SIDA ;
- Assurer la validation et la diffusion des résultats de la surveillance des résistances aux ARV ;
- Assurer le contrôle qualité des ARV acquis et distribués aux patients.

OBJECTIF STRATEGIQUE 4.2 : PROMOUVOIR LA RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR LE VIH/SIDA

Domaine de service 4.2.1: Promotion de la recherche sur le VIH/SIDA

La recherche a été le parent pauvre de la mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2003-2007. Ce qui n'a pas permis de disposer de certaines données permettant de mesurer les effets et les impacts des efforts consentis dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agira au cours des cinq prochaines années de mettre en place un cadre favorisant la réalisation et la diffusion des travaux de recherche.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Elaborer un plan national de recherche sur le VIH/SIDA ;
- Mettre en place et rendre fonctionnelle une commission nationale de coordination et de validation des protocoles de recherche ;
- Mettre en place un fonds destinés à financer les travaux de recherche en conformité avec les besoins nationaux en informations relatives au suivi de la mise en œuvre du cadre stratégique ou à la documentation des bonnes pratiques ;
- Assurer le fonctionnement régulier du comité d'éthique ;
- Organiser un congrès annuel de recherche sur le VIH/SIDA comme cadre de dissémination des travaux de recherche ;
- Mettre en place, dans le site du CNLS, une bibliothèque virtuelle contenant tous les travaux de recherche sur le SIDA réalisées en République du Congo.

OBJECTIF STRATEGIQUE 4.3 : RENFORCER LE SYSTEME NATIONAL DE SUIVI-EVALUATION DU VIH/SIDA

Domaine de service 4.3.1. Renforcement du système national de suivi et évaluation

La mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2003-2007 a été marquée par l'élaboration d'un plan national de suivi-évaluation et la mise en place d'un dispositif de collecte et de traitement des données. Ce système a permis, à partir de 2006 de disposer régulièrement des données sur la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH. Il s'agira au cours des prochaines années d'améliorer l'efficacité de ce système en complémentarité avec les efforts de renforcement du système national d'information sanitaire.

Les interventions suivantes seront ainsi réalisées :

- Actualiser le plan national de suivi et évaluation sur la base des orientations du nouveau cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013 ;

- 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 ;
- Assurer la compilation des données issues des départements et publier sur une base trimestrielle un rapport national de suivi-évaluation ;
- Réaliser sur une base semestrielle une mission d'audit des données de suivi-évaluation dans chacun des 12 départements du pays ;
- 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 ;
- Organiser en juin 2011 une revue à mi-parcours de la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013 ;
- Organiser les évaluations et audits techniques nécessaires à la mesure des effets et impacts des actions entreprises dans la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013.

AXE STRATEGIQUE V : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU PARTENARIAT ET DE LA GOUVERNANCE

OBJECTIF STRATEGIQUE 5.1 : PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA MULTISECTORIALITE ET A LA DECENTRALISATION DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH/SIDA

Domaine de service 5.1.1 : Renforcement de la coordination

L'analyse du cadre institutionnel mis en place en application des orientations du cadre stratégique nationale de lutte contre le VIH/SIDA 2003-2007 a permis d'identifier quelques faiblesses, en particulier : (i) l'irrégularité des réunions de la coordination nationale et du comité de pilotage du CNLS, (ii) l'absence d'un système d'évaluation de la performance du personnel du SEP/CNLS et des UDLS, (iii) l'absence de lien entre les UDLS et les Conseils Départementaux et l'absence de cadres formels permettant aux UDLS de rendre compte au Préfet et au Président du Conseil Départemental. Ces faiblesses imposent une révision du cadre institutionnel en vue d'en améliorer l'efficacité.

Ainsi les interventions suivantes seront réalisées en vue de surmonter les faiblesses identifiées :

- Réviser/adapter les textes réglementaires du CNLS aux nouvelles orientations du cadre institutionnel ;
- Assurer le fonctionnement régulier des différentes instances du CNLS (Coordination nationale, Comité de pilotage, Secrétariat Exécutif Permanent, Unités de Lutte contre le SIDA des ministères, Conseils Départementaux de Lutte contre le SIDA, Unités Départementales de Lutte contre le SIDA) ;
- Mettre en place les conseils départementaux de lutte contre le SIDA (CDLS)
- Aménager et équiper les sièges des unités départementales de lutte contre le SIDA dans les 12 départements ;
- Assurer de manière effective la décentralisation de la gestion des ressources allouées à la lutte contre le SIDA ;
- Mettre en place et rendre fonctionnel toutes les commissions thématiques spécialisées prévues par le cadre institutionnel ;
- Mettre en place et rendre fonctionnel un système d'évaluation périodique de la performance du personnel du SEP/CNLS, des UDLS et des Projets,
- 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.

OBJECTIF STRATEGIQUE 5.2 : RENFORCER LE PLAIDOYER ET LE PARTENARIAT AU NIVEAU NATIONAL ET INTERNATIONAL EN FAVEUR DE LA REPONSE NATIONALE AU VIH/SIDA

Domaine de service 5.2.1 : Renforcement du plaidoyer et partenariat en faveur de la réponse nationale au VIH/SIDA

Le plaidoyer et le partenariat sont indispensables pour assurer la multisectorialité et la synergie des interventions de lutte contre le VIH/SIDA. Le renforcement du plaidoyer et du partenariat national et international passera par les interventions suivantes :

- Mettre en place et rendre fonctionnel le Forum des partenaires techniques et financiers de la réponse nationale au VIH/SIDA ;
- Appuyer le fonctionnement des réseaux d'organisations de la société civile (RENAPC, FOSIC, COREC-SIDA) ;
- Mettre en place un cadre de concertation des Unités de Lutte contre le SIDA des ministères ;
- Organiser des réunions trimestrielles de coordination et d'échanges d'expériences entre le SEP/CNLS et les UDLS ;
- Organiser une revue conjointe annuelle de la réponse nationale au VIH/SIDA.

OBJECTIF STRATEGIQUE 5.3 : ASSURER LA MOBILISATION ET LA GESTION RATIONNELLE DES RESSOURCES EN FAVEUR DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA.

Domaine de service 5.3.1: Mobilisation et gestion rationnelles et transparentes des ressources allouées à la lutte contre le VIH/SIDA

Le financement du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013 requiert (i) la contribution du gouvernement et de ses partenaires, (ii) la mise en place des procédures transparentes de gestion des ressources allouées à la lutte contre le VIH/SIDA, (iii) une coordination de la gestion des ressources allouées par le gouvernement au financement des activités de lutte contre le SIDA.

Les actions suivantes seront entreprises :

- Rendre fonctionnel le dispositif d'allocation et de suivi de l'utilisation des fonds publics alloués au financement des activités de lutte contre le SIDA, sous la coordination du Premier Vice-Président du CNLS ;
- Organiser au cours du premier trimestre 2009 une table-ronde de mobilisation des ressources pour le financement du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013 ;
- Elaborer un manuel unique de procédures administratives, financières et comptables du SEP/CNLS ;
- Elaborer un manuel d'orientation sur la gestion financière et comptable à l'attention des ULS, des UDLS et des Organisations de la société civile ;

- Renforcer les capacités de gestion des ressources financières allouées à la lutte contre le VIH/SIDA aux niveaux national, sectoriel, départemental et des agences d'exécution.

III- 9. BUDGET PAR AXE

Axe Stratégique	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	Total	%
AXE STRATEGIQUE I : RENFORCEMENT DES SERVICES DE PREVENTION DE L'INFECTION A VIH ET DES IST	7 384 625	7 375 311	6 221 472	6 339 146	6 549 106	33 869 661	54%
AXE STRATEGIQUE II : RENFORCEMENT DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	3 004 597	2 434 377	2 372 658	2 601 020	2 836 690	13 249 342	21%
AXE STRATEGIQUE III : REDUCTION DE L'IMPACT DU SIDA ET PROMOTION DES DROITS HUMAINS	1 588 951	1 610 659	1 658 448	1 707 767	1 758 664	8 324 489	13%
AXE STRATEGIQUE IV : AMELIORATION DU SYSTEME DE SUIVI EVALUATION, RECHERCHE, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET GESTION DES INFORMATIONS	997 632	837 632	857 632	837 632	887 632	4 418 160	7%
AXE STRATEGIQUE V : RENFORCEMENT DE LA COORDINATION, DU PARTENARIAT ET DE LA BONNE GOUVERNANCE	748 000	535 000	535 000	535 000	775 000	3 128 000	5%
Total en milliers de CFA	13 723 804	12 792 979	11 645 211	12 020 566	12 807 093	62 989 652	100%
Equivalent Total en milliers de US\$	30 497	28 429	25 878	26 712	28 460	139 977	

SECTION IV : INDICATEURS ET CIBLES PAR ANNEE DU CADRE STRATEGIQUE NATIONAL 2009 – 2013

	Base 2007	Cibles par année					Source des données
1. Indicateurs d'impact		2009	2010	2011	2012	2013	
Prévalence du VIH	4,1%	4,10%				<3%	Enquête séroprévalence
Prévalence du VIH chez les donneurs de sang fidélisés	ND	<2%	<2%	<1%	<1%	<1%	Rapport CNTS
Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe	ND	<10%		<10%		<7%	Rapport des enquêtes de surveillance de deuxième génération
Prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans	<4,5%	<4%		< 4%		< 3%	Enquête séroprévalence
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	< 6%	< 6%		< 6%		<5%	Rapport de la sérosurveillance chez les femmes enceintes
Pourcentage d'enfants infectés par le VIH parmi ceux nés de mères séropositives	ND			<12%		<10%	Rapport Etude spécifique
Pourcentage d'adultes et enfants encore en vie 12 mois après l'initiation du traitement ARV	ND	>50%		>60%		>80%	Rapport Etude spécifique
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	H= 43% F=21%		H=45%, F=40%			H=50%, F=50%	Rapport EDS ou Etudes spécifiques
Proportion des adultes de 15-49 ans qui ont utilisé le préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel à haut risque	H= 43% F=21%		H=50%, F=50%			H=70%, F=70%	Rapport EDS ou Etudes spécifiques
Proportion des adultes de 15-49 ans qui ont des pratiques sexuelles à haut risque	H=59,8%, F=38,4%		H=40%, F=35%			H=30%, F=18%	Rapport EDS ou Etudes spécifiques

Proportion des adolescentes de 10-15 ans qui sont déjà mères ou sont enceintes	ND		<15%			<10%	Rapport Etudes spécifiques
Pourcentage d'adultes de 15-49 ans qui ont des attitudes favorables vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH	<25%		>40%			>50%	Rapport EDS ou Etudes spécifiques
Proportion des adultes de 15-49 ans présentant une IST bénéficiant d'une prise en charge dans une formation sanitaire	55%		65%			>80%	Rapport EDS ou Etudes spécifiques
Taux de scolarisation des enfants de moins de 15 ans	ND		>70%			>75%	Rapport Etudes spécifiques
3. Indicateurs de résultats							
Nombre de formations sanitaires fournissant les services de prise en charge syndromique des IST	60	60	65	70	70	70	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de patients diagnostiqués et traités pour IST conformément aux protocoles nationaux	14 228	250 24	25 026	25 827	26 653	27 506	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME conformément aux protocoles nationaux	55	65	75	87	87	87	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de femmes enceintes acceptant le conseil et dépistage volontaire du VIH	28 840	650 27	28 535	29 448	30 390	31 363	Rapport 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	803	936 1	1 997	2 061	2 127	2 195	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de formations sanitaires fournissant les services de conseil et dépistage volontaire conformément aux protocoles nationaux	56	60	65	70	70	70	Rapport Suivi-Evaluation CNLS

Nombre de personnes ayant effectué la démarche de dépistage volontaire et qui connaissent leurs résultats	22 339	42 500	43 860	45 264	46 712	48 207	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de personnes couverts par le paquet de services de communication pour le changement de comportements		200 064	240 077	280 090	300 096	320 103	Rapport 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		70%	70%	80%	80%	90%	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de préservatifs masculins et féminins distribués gratuitement et à travers le marketing social	Masc 5 526 193	10 240 389	10 568 081	10 906 260	11 255 260	11 615 429	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre d'ONG/OBC mettant en œuvre des projets communautaires et de prise en charge des OEV	131	140	150	150	160	160	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de donneurs de sang ayant donné volontairement le sang au moins deux fois par an		900	990	1 089	1 198	1 318	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de poches de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH	35 350	35 139	36 263	37 423	38 621	39 857	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de sites de prise en charge des PVVIH et de traitement ARV conformément aux protocoles nationaux	31	37	50	50	50	50	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de médecins et de techniciens de laboratoire formés pour la prophylaxie et traitement des IO et des ARV	ND	148	200	200	200	200	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de PVVIH bénéficiant du traitement ARV	4 716	6 979	8 101	9 258	10 453	11 686	Rapport Suivi-Evaluation CNLS

Nombre de PVVIH diagnostiqués et traités pour infection opportuniste conformément aux protocoles nationaux	7 426	632 11	13 501	15 430	17 421	19 476	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre de PVVIH dont la Tuberculose a été diagnostiquée et traitée	ND	163 1	1 350	1 543	1 742	1 948	Rapport 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).	ND	816 5	6 750	7 715	8 711	9 738	Rapport Suivi-Evaluation CNLS
Nombre d'OEVI bénéficiant d'une prise en charge incluant la scolarisation, la formation professionnelle, l'accès aux soins de santé de base.	6 527	842 18	19 445	20 068	20 710	21 372	Rapport 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	28	30	40	40	48	48	Rapport Suivi-Evaluation CNLS

SECTION V: CADRE INSTITUTIONNEL

La mise en œuvre du Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013 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.

V-1. LES ORGANES D'ORIENTATION ET DE DECISION

Il s'agit du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) et de son comité de pilotage, et les Comités Départementaux de Lutte contre le SIDA

V-1.1. Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

- Missions :

Les missions du Conseil National de Lutte contre le SIDA restent ceux définis dans le Décret N°2004-399 du 27 août 2004.

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA est ainsi un organe multisectorielle et pluridisciplinaire d'orientation, de décision et de coordination de la réponse nationale au VIH/SIDA et IST.

Il est chargé notamment de :

- Mettre à jour la politique nationale et les orientations stratégiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
- Coordonner la gestion de l'ensemble des ressources internes et externes ainsi que de l'ensemble des diverses interventions liées à la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
- Délibérer sur toutes les questions relatives au VIH/SIDA et aux IST
- Assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA et des IST sur l'ensemble du territoire nationale
- Assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources en faveur des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
- Promouvoir la décentralisation et la multisectorialité de la réponse nationale au VIH/SIDA.

- Composition :

La composition du Conseil National de Lutte contre le SIDA reste celle définie dans Décret N°2004-399 du 27 août 2004 et se présente ainsi qu'il suit :

Président : Président de la République

Premier Vice-Président : Premier Ministre en chargé de la coordination de l'action gouvernementale,

Deuxième Vice-Président : Ministre en charge de la santé

Troisième Vice-Président : Ministre en charge des finances

Premier Rapporteur : le Directeur Général de la Santé

Deuxième Rapporteur : le Représentant des organisations de la société civile

Secrétaire : le secrétaire exécutif du CNLS

Membres :

- Le ministre en charge des transports
- Le ministre en charge du plan
- Le ministre en charge de la police
- Le ministre en charge de l'agriculture
- Le ministre en charge de l'économie forestière
- Le ministre en charge du travail
- Le ministre en charge de la sécurité sociale
- Les ministres en charge des enseignements
- Le ministre en charge des petites et moyennes entreprises
- Le ministre en charge de la fonction publique
- Le ministre en charge du tourisme
- Le ministre en charge de la communication
- Le ministre en charge des sports
- Le ministre en charge de la jeunesse
- Le ministre en charge de la défense
- Le ministre en charge des affaires sociales
- Le ministre en charge de la justice
- Le ministre en charge de la promotion de la femme
- Un représentant du cabinet du Chef de l'Etat,
- Un représentant de l'assemblée nationale,
- Un représentant du Sénat
- Les préfets des départements,
- Deux représentants du groupe thématique ONUSIDA
- Un représentant des agences de coopération bilatérale
- Un représentant des agences de coopération multilatérale
- Un représentant du réseau des femmes parlementaires,
- Trois représentants des confessions religieuses
- Le président de la Croix Rouge Congolaise
- Un représentant de l'organisation des Premières Dames d'Afrique contre le SIDA,
- Deux représentants du secteur privé et du patronat national
- Deux représentants des associations des PVVIH
- Un représentant de la médecine traditionnelle
- Deux représentants des ONG/Associations de lutte contre le VIH/SIDA.

- Fonctionnement :

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA se réunit une fois par an sur convocation de son Président ou du Premier Vice-Président.

V-1.2. Le Comité de pilotage du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CP/CNLS)

Missions :

Le Comité de pilotage du CNLS est l'organe délibérant du CNLS entre les sessions du CNLS.

Ces missions restent celles définies dans le Décret N°2004-399 du 27 août 2004 à savoir :

- Statuer sur les décisions politiques et stratégiques urgentes en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST,
- Approuver les programmes d'activités, budgets, rapports d'activités périodiques, la situation du VIH/SIDA dans le pays et tous les documents portant sur les orientations politiques et stratégiques à soumettre à la validation du CNLS,
- Veiller à l'utilisation efficiente des ressources allouées à la lutte contre le VIH/SIDA,
- Evaluer le Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des décisions du CNLS.

Composition :

En vue de faciliter la tenue régulière des réunions du comité de pilotage, sa composition est modifiée ainsi qu'il suit :

- **Président** : le Ministre en charge de la santé
- **Vice-Président** : le Ministre en charge des finances
- **Rapporteur** : Le Ministre en charge des affaires sociales,
- **Secrétaire** : Le Secrétaire Exécutif du CNLS

Membres :

- Ministre en charge de la défense
- Ministre en charge de la promotion de la Femme
- Ministre en charge de la communication
- Ministre en charge de l'éducation nationale
- Ministre en charge de la jeunesse
- Le Directeur Général de la Santé
- Le Représentant des ONG/Associations

- Le Représentant des personnes vivant avec le VIH
- Le Représentant du Secteur privé et du patronat.

Fonctionnement :

Le comité de pilotage se réunit une fois par trimestre sur convocation de son Président

V-1.3. Le Conseil Départemental de Lutte contre le SIDA (CDLS)

Missions :

Le Conseil Départemental de Lutte contre le SIDA constitue le démembrement du CNLS au niveau de chaque département.

Il a pour mission de :

- La coordination de la planification, de la mise en œuvre de la réponse au VIH/SIDA et IST au niveau du département
- Assurer l'interface entre les partenaires nationaux et internationaux intervenants dans le département,
- Approuver les rapports périodiques de l'Unité départementale de lutte contre le SIDA,
- Mobiliser les autorités locales et les communautés contre le SIDA,
- Assurer la mobilisation des ressources locales pour le financement de la lutte contre le VIH/SIDA.

Composition :

Le Conseil Départemental de Lutte contre le SIDA est composé ainsi qu'il suit :

CO-Présidents : le Préfet du Département et le Président du Conseil Départemental

Rapporteur : le Coordonnateur de l'Unité Départementale de Lutte contre le SIDA

Membres :

- Le Commandant de la Zone Militaire de Défense
- Le Directeur Départemental de la Santé
- Le Directeur Départemental de l'Enseignement Primaire et Secondaire
- Le Directeur Départemental de l'Enseignement Technique et Professionnel
- Le Représentant de la Société civile désigné par ses pairs
- Le Représentant des personnes vivant avec le VIH désigné par ses pairs.

Fonctionnement :

Le Conseil Départemental de Lutte contre le SIDA se réunit une fois par semestre sur convocation de son Président.

V-2. LES ORGANES DE COORDINATION**V-2. 1. Le Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS****Missions :**

Le Secrétariat Exécutif Permanent du CNLS (SEP/CNLS) est l'organe technique permanent du CNLS. Il est chargé d'assurer la coordination de l'ensemble des activités se rapportant à la lutte contre le VIH/SIDA, et d'apporter un appui technique aux structures d'exécution.

Il est notamment chargé de :

- Mettre en état technique les dossiers à soumettre au comité de pilotage,
- Apporter son appui technique à l'élaboration des politiques, des stratégies et des plans d'action nationaux et départementaux en collaboration avec les conseils départementaux et les unités de lutte contre le VIH/SIDA qui sont les structures chargées de la lutte contre le VIH/SIDA au niveau des différents ministères,
- assurer le suivi-évaluation des plans sectoriels
- assurer la mobilisation et la gestion des ressources publiques allouées à la mise en œuvre des plans nationaux et départementaux
- faciliter les différentes réunions de concertation avec les partenaires techniques et financiers,
- solliciter l'expertise des groupes thématiques spécialisés et appuyer leur fonctionnement,
- préparer le budget du CNLS
- élaborer les rapports techniques et financiers,
- contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre des initiatives sous-régionales de lutte contre le VIH/SIDA et les IST,
- assurer la liaison entre les organes de base et le comité de pilotage,
- rendre compte de ses activités au comité de pilotage.

Composition :

Le SEP/CNLS est dirigé par un Secrétaire Exécutif appuyé par un Coordonnateur des Programmes et des responsables des différentes composantes de la réponse nationale à savoir : un responsable chargé de l'appui

à la réponse du secteur santé, un responsable chargé de l'appui à la réponse multisectorielle, un responsable chargé de l'appui à la réponse communautaire, un responsable du suivi-évaluation et un responsable de la communication.

Le SEP/CNLS dispose d'une Unité Administrative et d'une Unité de Gestion Financière.

Pour tous les projets de plus d'un million de Dollars dont la coordination de l'exécution est assurée par le SEP/CNLS, ce dernier mettra en place une unité spécifique de gestion dudit projet. La composition de cette unité sera fonction de chaque projet.

Le SEP/CNLS est appuyé dans son travail par plusieurs commissions thématiques spécialisées à savoir :

- La commission nationale de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH
- La Commission nationale sur la communication pour le changement de comportement
- La commission nationale de suivi-évaluation
- La commission nationale de recherche sur le VIH/SIDA
- Groupe de travail sur la prévention du VIH chez les jeunes.

La composition et les missions de ces commissions sont fixées par arrêté du Président du Comité de Pilotage du CNLS.

V-2.2. Les Unités de Lutte contre le SIDA des ministères

Les Unités de Lutte contre le SIDA sont les structures de coordination de la lutte contre le SIDA au sein d'un ministère.

L'ULS d'un Ministère a pour mission de :

- Assurer le plaidoyer en ce qui concerne l'engagement du ministère et la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA,
- Faciliter l'élaboration et la mise en œuvre du plan sectoriel de lutte contre le SIDA,
- Coordonner les interventions au niveau du ministère,
- Elaborer les rapports périodiques à transmettre au SEP/CNLS,
- Assurer la gestion des fonds alloués à la lutte contre le VIH/SIDA au sein du Ministère,
- Apporter un appui technique aux intervenants,
- Veiller au respect des normes de qualité dans la mise en œuvre des interventions en rapport avec la lutte contre le VIH/SIDA.

Les Unités de Lutte contre le SIDA sont rattachées aux cabinets des ministres concernés et sont composés d'un coordonnateur, d'un responsable administratif et financier, d'un chargé du suivi-évaluation, d'un chargé de la communication et documentation.

L'équipe de l'ULS Santé (Programme National de Lutte contre le SIDA) est renforcée par un chargé de la prise en charge globale, un chargé de la prise en charge des IST et du CDV, un chargé de la surveillance épidémiologique.

V-2.3. Les Unités Départementales de Lutte contre le SIDA (UDLS).

L'UDLS est l'organe permanent et technique du CDLS. Elle assure, sous l'autorité du Préfet de chaque département, la coordination au quotidien de la réponse au VIH/SIDA du Département ainsi que l'appui technique aux structures d'exécution.

L'UDLS est composée d'un coordonnateur, d'un responsable administratif et financier, d'un chargé de l'appui institutionnel et d'un chargé du suivi-évaluation.

V-2.4. Le Forum des partenaires de la réponse nationale au VIH/SIDA

Le Forum des partenaires est un espace qui a pour mission de favoriser la coordination des actions et des appuis de l'ensemble des partenaires en réponse au VIH et au SIDA en République du Congo ;

Le Forum des partenaires aura pour tâches spécifiques de :

- Faciliter les échanges d'informations sur les actions de chaque partenaire ;
- Echanger sur les priorités nationales de chaque année en matière de réponse au VIH et au SIDA ;
- S'assurer de la synergie, de la complémentarité et l'absence de duplication dans l'appui à la mise en œuvre de la réponse nationale au VIH/SIDA ;
- Convenir de l'allocation des ressources allouées à la lutte contre le VIH/SIDA en vue de d'assurer l'équité géographique dans la fourniture des services de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Apprécier les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la réponse nationale ;

- Planifier les supervisions conjointes et convenir des modalités de leur organisation ;
- Convenir des actions à prendre pour assurer l'efficacité de la réponse nationale au VIH ;
- Donner des avis techniques sur tout document ou toute initiative à prendre par le CNLS ou tout autre partenaire dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

Le Forum des partenaires est composé ainsi qu'il suit :

Président : Le Secrétaire Exécutif du CNLS

1er Vice Président : Le Directeur Général de la Santé

2eme Vice-Président : Le Coordonnateur ONUSIDA

Rapporteur : le Président du FOSIC

Membres :

- Les Représentants de tous les partenaires techniques et financiers de la lutte contre le VIH/SIDA (France, UE, Agences du Système des Nations Unies, etc.) ;
- Le Représentant du LFA/ Fonds Mondial ;
- Les deux Conseillers techniques du SEP/CNLS ;
- Le Chef du PNLS ;
- Les Coordonnateurs des Unités de Gestion du PLVSS et du PADEPP ;
- Le Représentant du Ministère du Plan ;
- Le Représentant du Ministère des Finances ;
- Les Coordonnateurs des ULS ;
- Le Directeur de la COMEG ;
- Le Représentant du RENAPC ;
- Le Représentant du COREC ;
- Le Secrétaire Général d'UNICONGO.

Le Forum des Partenaires Techniques et Financiers de la réponse nationale au VIH/SIDA se réunit une fois par trimestre sur invitation du Secrétaire Exécutif du CNLS.

V-3. Les Organes d'exécution

Les organes d'exécution sont les directions/services des ministères, les organisations de la société civile, les entreprises.

ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE AU PROCESSUS D'ELABORATION DU CSN

N° d'ordre	Nom(s) & Prénom(s)	Structure	e-mail	Contact
01	ABENA Serge	UDLS-BRAZZA/CSE	abena_serge1@yahoo.fr	655 72 88/702 58 88
01	MBOUKA Rigobert	DDS-Cuvette	mbouka_rigobert@yahoo.fr	536 59 85
02	MOULOOUNGUI Mathieu	UDLS-Pool	moulmathieu2000@yahoo.fr	539 71 07/627 4229
03	MALHELA René	DDS-Pool	malhelar@yahoo.fr	575 95 71
04	MOUKO Zéphirin	DDS-Lékoumou	-	568 19 19/632 79 64
05	HEMILEMBOLO Abraham	UDLS-Lékoumou	udlslekoumou@yahoo.fr	565 32 43
06	KIBANGOU Godelive	UDLS-Sangha	udls_sanghacongo@yahoo.fr	522 35 39
07	ESSOVIA Léon Benoît	DDS-Likouala	-	551 45 46
08	LOUMOUAMOU Adolphe	DDS-Bouénza	ado_loumouamou@yahoo.fr	525 25 15/638 39 37
09	POATY William H	Coordination VIH/SIDA EEC	wpoaty@yahoo.fr	521 59 24

10	NGAMI Adolphine Roselyne	ULS/Aff. Sociales	-	527 87 24
11	MAKOLO Alain	DDS-Sangha	-	527 65 51
12	MOUKOLO Zéphirin Abel	ACBEF	abelmoukolo@yahoo.fr	661 01 58
13	SALEMO André	DDS-Cuvette/Ouest	asalemo@yahoo.fr	528 24 55
14	NGAMBARA Louis	DDS-Plateaux	-	549 71 15
15	EKOURA Faustin	SCAS/DGS	-	531 86 10
16	NTOUMBA Bibiane	HBT	ntoumba2007@yahoo.fr	531 30 88
17	KOMBO BAYONNE E. Sophie	HBT	sophiebayonne@hotmail.com	578 55 62
18	NDOUNDOU Jean Bruno	CORE/SIDA	jb_ndzoundou@yahoo.fr	536 93 01
19	GNIMI Gaston	DDS-Niari	-	593 30 69
20	NDINGA-ESSANGO Michel	PNLS	ndingaessango@yahoo.fr	583 70 24
21	MOULETI Carrel Armel	CDAV Bissita	mouleticarrel@yahoo.fr	676 80 68

22	KATOUKOULOU Clarisse	CDAV Bissita	-	598 33 35
23	LOUKAKA Jean Claude	PNLS	icloukaka@yahoo.fr	632 19 80
24	GALIBA Ginette	CDAV-EX Adventiste	gadebogaliba@yahoo.fr	668 13 15
25	AMBA-MOUNDELE	UDLS-Likouala	udls_likouala@yahoo.fr	529 17 98
26	KOMBE-MABOTAWA A.	PNLS	adrienkomb@yahoo.fr	668 04 43
27	IMPOUMA Bénido	SEP/CNLS	benido_impouma@yahoo.com	660 58 80
28	NZABA Paul	ONUSIDA	-	521 47 58
29	MOUTOU Joseph	DDS-Pointe/Noire	joe_moutou@yahoo.fr	559 68 52
30	BIAZO Jean-Michel	DDS-Kouilou	biazojm2000@yahoo.fr	524 34 47
31	NKOUENDOLO Jean Pierre	UDLS-Pointe/Noire	udls_pointenoire@yahoo.fr	553 99 21/658 02 65
32	LOLO Joseph	UDLS-Niari	udlsniari@yahoo.fr	554 17 17
33	KETTA-ONGAGNA	Point Focal-Pointe/Noire	kongahna@yahoo.fr	557 02 35

34	GOUDJO Abdon	SEP/CNLS	goudjoa@aol.cm	624 74 86
35	TSIBA Roukia	COREC/SIDA	-	505 96 45
36	SITA Blandine	RENAPC	Blandine_sita@yahoo.fr	664 90 28
37	NGATSE Paul Gentil	RENAPC	gentilngatse@yahoo.fr	581 37 02
38	MABA MOUKASSA Thierry	RENAPC	thierrymaba@yahoo.fr	520 02 88
39	BOUEYA Christian	MDA	mikeboueya@yahoo.fr	675 37 76
40	BATISSA Marlon	ASF	batimarl@yahoo.fr	531 25 32
41	MABANDZA Michel	ULS Primature	mic_banza@yahoo.fr	556 36 98
42	DZABATOU BABEAUX	UG-MSASF	dbabeaux@yahoo.fr	524 80 43/650 80 86
43	IOUELE IBINGA Léa Colette	UDLS Cuvette	cociouel@yahoo.fr	566 17 19/661 45 29
44	BOULHOUD Andrée Sylvie	ULS-METO	sylandre2003@yahoo.fr	538 48 62
45	MAKITA Michel	ULS-MSJ	makita michel@yahoo.fr	664 04 88

46	MADZOU-MOUKILI	ULS-MEF	madzoummkiele@yahoo.fr	525 81 81
47	LOUMOUAMOU Pélagie Adélaïde	ULS Agriculture	loumpelagie@yahoo.fr	553 97 18
48	BOYAUGHAS Honorine	Point Focal DDS/BZV	-	556 11 67
49	CHAKIROU Lambert	DDS BZV	chakirou_lambert@yahoo.fr	531 04 71
50	MIKANGOU Line	SEP/CNLS	lynemikangou@yahoo.fr	551 84 77
51	MOUSSOKI Nestor	UDLS-BRAZZA	udls_bzv@yahoo.fr	585 31 15/622 16 85
52	KEKOLO-IKIA	SEP/CNLS	jbk_ikia@yahoo.fr	556 68 67
54	NKAYA Léon	ULS Communication	khenléon@yahoo.fr	538 17 58
55	DIAKEMBO Charles Roger	ULS MEPSA	diakembo@yahoo.fr	538 07 64/639 41 21
56	PONGUI Martine	PNLS	beapongui@yahoo.fr	538 90 54
57	BOYOKO Alexis	SEP-CNLS	depaulboyoko@yahoo.fr	556 02 92
58	MADZOU-LABOUA	PNLT	-	509 06 84

59	MBOU ADJOU Claude S.	UDLS Plateaux	mouadjou@yahoo.fr	522 16 30
60	KANI Clément	UDLS Cuvette/Ouest	kaniclement@yahoo.fr	576 51 54
61	DZOMA Marie Magloire	ULS Promotion de la Femme	mag_johm@yahoo.fr	581 73 14
62	KPATCHAVI Adolphe	Consultant international		
63	FILA-DEFOUNDUX Hyacinthe	Consultant national		666 89 86
64	MBOUSSOU Franck Fortuné	Conseiller Technique Principal, SEP/CNLS	Franckfortunm@gmail.com	653 87 80
65	MAMOUDOU DIALLO	Coordonnateur ONUSIDA		
66	BODZONGO Damase	Directeur Général de la Santé		
67	SAPOULOU Michel	Chef du PNLS		
68	MALALOU Edmond	Coordonnateur SEP/CNLS		531 68 69
69	ELENGA Jean-Pierre	Chef d'Equipe PADEPP, SEP/CNLS		666 72 01
70	PURUEHNCE Marie-Francke	Secrétaire Exécutive du CNLS		651 85 95

71	BIDOUNGA Norbert	Conseiller VIH/SIDA OMS		
72	INANA Martin	Conseiller VIH/SIDA UNICEF		
73	EDZONGUI Emmanuel	Conseiller VIH/SIDA UNFPA		
74	AYENOUE LOEMBET Angèle	PAM		
75	SACCADURA Marie	UNESCO		
76	ZOUEKE MAKOUAKA Charles	UNHCR		
77	MABA Valérie	Présidente du RENAPC		
78	MAKAYA Julien	Président FOSIC		
79	LOUVOUEZO Davy Irénée	MDA	dlouvouezo@yahoo.fr	667 62 09
80	MOUSSANA Hylod Armel	SEP/CNLS	moussanahylod@yahoo.fr	574 85 74
81	MANTELOT Claude Rudy	Cabinet MSASF	manthelotclaud@yahoo.fr	556 84 52
82	MABIALA Jacques	ULS Tourisme et Environnement		665 11 83

83	KAYA LOUBAKI	ULS METP	kayaloubaki@yahoo.fr	536 87 05
84	BOUNTSANA Henri	SIEC/DGS	Boueri1@yahoo.fr	585 78 77
85	TCHICAYA	ULS/MES		669 47 51
86	SOGNI ZAOU Florent	ULS MTMMM	sognizaou@yahoo.fr	551 89 46
87	NGUEBANA Bernard	PNLS		631 12 56
88	PANDI Alain Wilfrid	FOSIC	wilfridpandi@yahoo.fr	536 62 51
89	KABA-GOLE Harding Cyrille	SEP/CNLS	Harding_cyril@yahoo.fr	512 24 33
90	NDINGA Jean Bosco	DGAS	Boscojean_ndinga@yahoo.fr	515 44 74
91	MALONGA Thalance	Fondation Congo Assistance	malongatal@yahoo.fr	769 89 32
92	MIKAYOULOU Daniel	PNUD	Daniel.mikayoulou@undp.org	667 34 78
93	NZOUZA Roger Patrick	CTA	nzounzap@yahoo.fr	538 88 57

94	MONKIE Benoît	ULS Défense		544 78 41
95	YOKOLO Daniel	CDAV Bissita	danielyok@yahoo.fr	675 16 19
96	KOKOLO Bienvenu	COREC SIDA	bkokolo@yahoo.fr	523 23 12
97	NDZOUNDOU Jean Bruno	COREC SIDA	Jb_ndzoundou@yahoo.fr	536 93 01
98	MBANI Floribert	RENAPC	baniflori@yahoo.fr	626 02 02
99	PABOU MBAKI Esther	RENAPC	Pabou_mbaki@yahoo.fr	556 68 80
100	DZINGA Kévin	RENAPC	dzingak@yahoo.fr	651 37 74
101	NSANIA Julienne	ULS Culture et Arts	Nsania_julienne@yahoo.fr	521 04 63
102	GAMBA Virgile	AJA		770 56 98
103	BEMBA Noé Emmanuel	ULS MRST		

104	NKEOUA Frédéric	ACBEF	fnkeoua@yahoo.fr	532 83 74
105	OSSETE Jean	FOSIC	jossete@gmail.com	549 52 36
106	NDEFI Maurice	AAISC	aaisc@yahoo.fr	663 42 04
107	BOKILO-DZIA Amélia	CNTS	ameliadzia@yahoo.fr	662 08 43
108	LUBEYA Jean Simon	ASMALKI	Jeansimon_luabeya@yahoo.fr	532 09 06
109	NKODIA LOUMOUAMOU Marie-Yvonne	LNSP	marienkodia@yahoo.fr	556 59 96
110	DOLAMA Félicité	CNTS	Felicite_dolama@yahoo.fr	663 58 22
111	OBVOURA Vivianne Marie Flotine	CADFM	Cadfm_congo@yahoo.fr	660 18 74
112	NZIEMBO MOUYAMA Rose Marcelle	FOSIC	rosemarcelle1@yahoo.fr	662 02 63
113	YINDOULA Léon	ENCRED	lyindoula@yahoo.fr	551 47 34

114	BAGAMBOULA PASSI Romain	ULS Défense	Robagamboula12@yahoo.fr	662 05 66
115	MADZOU MOUKILI	ULS Economie Forestière	madzoumoukili@yahoo.fr	525 81 51
116	OTILI BILI NGOMA Clémence	DSF		540 88 67
117	BIMPALOU Félicien	COREC SIDA		623 54 74
118	MABIALA Albert	HBMLK	Albert_mabiala2004@yahoo.fr	556 19 25
119	ANGOOUNO MOKE	PTME		551 04 05
120	ZABA Norbert Constant	Assemblée Nationale	zabanorbert@yahoo.fr	581 37 3è