



REPUBLIQUE DU TCHAD

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

PRIMATURE

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (CNLS)



RAPPORT D'ACTIVITES SUR LA RIPOSTE
AU SIDA AU TCHAD
2012-2013

31/03/2014



TABLE DES MATIERES

I- PRESENTATION DU PAYS	8
1.1 CONTEXTE GEOGRAPHIQUE	8
1.2 CONTEXTE SOCIODEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE	8
1.3 CADRE POLITIQUE, ADMINISTRATIF ET LEGISLATIF	9
1.4 SITUATION SANITAIRE	9
1.4.1 <i>Mortalité maternelle et infantile</i>	10
1.4.2 <i>Maladies à potentiel épidémique</i>	11
II- APERÇU DE LA SITUATION	11
2.1 DEGRE DE PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES	11
2.2 SITUATION ACTUELLE DE L'EPIDEMIE.....	11
2.3 RIPOSTE AU PLAN POLITIQUE ET PROGRAMMATIQUE	12
AU PLAN POLITIQUE	13
III- APERÇU DE L'EPIDEMIE DE SIDA	21
3.1 PREVALENCE DANS LA POPULATION GENERALE	21
3.2 SURVEILLANCE DU VIH DANS LES SITES SENTINELLES	21
3.3 PREVALENCE DE LA SYPHILIS DANS LES SITES SENTINELLES.....	23
3.4 PREVALENCE DU VIH AU SEIN DES GROUPES SPECIFIQUES	24
3.4.1 <i>Prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe</i>	24
3.4.2 <i>Prévalence du VIH chez les réfugiés</i>	25
3.4.3 <i>Prévalence du VIH chez les co-infectés TB/VIH</i>	25
3.4.4 <i>Prévalence du VIH chez les donneurs de sang</i>	26
3.4.5 <i>Prévalence du VIH dans les CDV</i>	27
3.4.6 <i>Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes</i>	28
3.4.7 <i>Prévalence du VIH dans les zones lacustres</i>	28
IV- RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA	28
4.1 ASPECTS ORGANISATIONNELS DE LA RIPOSTE	28
4.2 PREVENTION.....	29
4.2.1 <i>Prévention de la transmission sexuelle par la promotion des comportements sexuels à moindre risque</i>	29
4.2.2 <i>Prévention de la transfusion sanguine par la Sécurité Transfusionnelle</i>	30
4.2.3 <i>Conseil et Dépistage Volontaire (CDV)</i>	31
4.2.4 <i>Prévention de la Transmission de l'infection du VIH de la Mère infectée à l'Enfant (PTME)</i>	31
4.2.5 <i>Prévention et prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles</i>	32
4.3 PRISE EN CHARGE MEDICALE ET COMMUNAUTAIRE	32
4.4 CONNAISSANCES ET CHANGEMENT DANS LES COMPORTEMENTS	33
4.5 ATTENUATION DE L'IMPACT DU VIH	34
4.6 DEPENSES NATIONALES ET INTERNATIONALES CONSACREES A LA LUTTE CONTRE LE SIDA PAR CATEGORIE ET SOURCE DE FINANCEMENT	34
V- MEILLEURES PRATIQUES	38
5.1 DIRECTION POLITIQUE	38
5.2 ENVIRONNEMENT POLITIQUE PROPICE	39
5.3 INTENSIFICATION DES PROGRAMMES EFFICACES DE PREVENTION	39
5.4 SUIVI ET EVALUATION	39
VI- PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	40

6.1 PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRES EN 2013 ET PROGRES EVENTUELS REALISES POUR APPORTER DES MESURES CORRECTIVES.....	40
6.2 LES OBSTACLES RENCONTRES AU COURS DE LA PERIODE DE COLLECTE DE DONNEES POUR L'ELABORATION DU RAPPORT	41
6.3 LES MESURES CORRECTIVES PROPOSEES EN VUE D'AMELIORER LA QUALITE DU RAPPORT A VENIR.....	41
VII- SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT	41
VIII- ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET EVALUATION.....	42
8.1 DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU SUIVI ET EVALUATION.....	42
8.2 LES MESURES CORRECTIVES PREVUES POUR SURMONTER LES DIFFICULTES.....	43
8.3 LES BESOINS D'ASSISTANCE TECHNIQUE ET DE RENFORCEMENT DES CAPACITES EN MATIERE DE SUIVI ET EVALUATION.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	44

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : RECAPITULATIF DES INDICATEURS.....	17
TABLEAU 2: EVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE TUBERCULOSE DECLARES DE 2010 A 2013.....	26
TABLEAU 3 : EVOLUTION DU NOMBRE DE POUCHES DE SANG COLLECTEES DE 2009 A 2013.....	30
TABLEAU 4 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES DEPISTEES ET SEROPOSITIVES AU VIH DE 2010 A 2013.....	31
TABLEAU 5 : REPARTITION DES RESULTATS OBTENUS DANS LES SITES PTME DE 2009 A 2013.....	32
TABLEAU 6 : REPARTITION DES DEPENSES PAR SOURCE DE FINANCEMENT DE 2012 A 2013.....	35

LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES

GRAPHIQUE 1 : PREVALENCE DU VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES EN CPN PAR SITE SENTINELLE EN 2013	22
GRAPHIQUE 2: PREVALENCE DU VIH DANS LES SITES SENTINELLES PAR GROUPE D'AGES EN 2013.....	22
GRAPHIQUE 3 : PREVALENCE DU VIH DANS LES SITES SENTINELLES PAR SITUATION MATRIMONIALE EN 2013.....	23
GRAPHIQUE 4 : PREVALENCE DE LA SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES EN CPN EN 2013.....	24
GRAPHIQUE 5 : PREVALENCE DE LA SYPHILIS DANS LES SITES SENTINELLES SELON LA SITUATION MATRIMONIALE EN 2013	24
GRAPHIQUE 6 : ÉVOLUTION DANS LE TEMPS DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES CO-INFECTÉS TB/VIH	26
GRAPHIQUE 7 : ÉVOLUTION DANS LE TEMPS DE LA PREVALENCE DU VIH CHEZ LES DONNEURS DE SANG.....	27
GRAPHIQUE 8 : ÉVOLUTION DE LA PREVALENCE DU VIH DANS LES CDV DE 2010 A 2013.....	27
FIGURE 1 : REPARTITION (%) DES DEPENSES PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN 2012	35
FIGURE 2 : REPARTITION (%) DES DEPENSES PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN 2013	36
GRAPHIQUE 9 : REPARTITION (%) DES DEPENSES TOTALES PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN 2012 ET 2013.....	36
GRAPHIQUE 10: REPARTITION DES DEPENSES PAR DOMAINE D'INTERVENTIONS EN 2012 ET 2013 (%).....	37
GRAPHIQUE 11 : ÉVOLUTION DES DEPENSES PAR ANNÉE DE 2007 A 2013	38

SIGLE ET ABREVIATIONS

AMASOT : Association de Marketing Social au Tchad
APMS : Appui Psycho-médico-social
ARV : Antirétroviraux
BET : Borkou Ennedi Tibesti
CAP : Connaissances Aptitudes et Pratiques
CARMMA : Campagne pour l'Accélération et la Réduction de la mortalité maternelle en Afrique
CDV : Conseil et Dépistage Volontaire
CIOJ : Centre d'Informations et d'Orientation des Jeunes
CNLS : Conseil National de Lutte contre le Sida
CNS : Conseil National de santé
CRS : Conseils Régionaux de santé
CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine
CPA : Centrale Pharmaceutique d'Achat
CPN : Consultation Périnatale
CRLS : Conseil Régional de Lutte contre le Sida
CSLS : Comité sectoriel de Lutte contre le Sida
DSIS : Division du Système d'Information Sanitaire
DSR : Délégation Sanitaire Régionale
ECD : Equipes Cadres de Districts
EDST : Enquête Démographique et Santé au Tchad
ENASS : Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
e-TME : Elimination de la Transmission Mère-Enfant
FOSAP : Fonds de Soutien aux Activités en matière de Population
GARPR : Rapport Général d'Activités sur la réponse au Sida
GTSE : Groupe de Travail sur le Suivi et Evaluation du VIH et Sida
HBs : Virus de l'hépatite B
HCV : Virus de l'hépatite C
HGRN : Hôpital Général de Référence Nationale
IBLT : Initiative du Bassin du Lac-Tchad
ICPN : Indice Composite de Politiques Nationales
IEC/CCC : Information, Education et Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
JMPS : Joint Program Monitoring System
MICS : Enquête par Grappe à Indicateurs multiples
MSM : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
NASA: National Aids Spending Assessment
OEAV : Orphelin, Enfant et Adolescent Vulnérable
OEV : Orphelin, Enfant Vulnérable
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le Sida
OPDAS : Organisation des Premières Dames d'Afrique en lutte contre le Sida

OSC : Organisation de la Société Civile
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PMA : Paquet Minimum d'Activité
PNT : Programme National des Tuberculeux
PF : Planification Familiale
PPLS2 : Projet Population et Lutte contre le SIDA, 2^e phase
PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS : Professionnel (le) de Sexe
PSLS : Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida
PTME : Prévention de la Transmission de le Mère à l'Enfant
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
VBG : Violences Basées sur le Genre
RCA : République Centrafricaine
REDES : Ressources et Dépenses liées au Sida
RNTAP+ : Réseau National Tchadien des Associations des Personnes vivant avec le VIH
RPR : Rapid Plasma Reagin
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SRAJ : Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes
SR : Santé de la Reproduction
SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
TAR : Traitement Antirétroviral
TS : Travailleurs de Sexe
UDI : Utilisateurs des Drogues Injectables
UNAD : Union Nationale des Associations Diocésaines
UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS : Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la VIH/Sida
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I- PRESENTATION DU PAYS

1.1 Contexte géographique

Le Tchad, par sa superficie de 1 284 000 km², est le quatrième pays le plus vaste d'Afrique après l'Algérie, le Congo démocratique et la Libye. Il est limité au Nord par la Libye, au Sud par la République Centrafricaine, à l'Est par le Soudan et le Soudan du Sud et à l'Ouest par le Cameroun, le Nigeria et le Niger. Enclavé au cœur de l'Afrique centrale, ne disposant d'aucune façade maritime, le pays jouit d'un climat de type tropical à deux (2) saisons: la saison sèche et la saison des pluies. L'enclavement extérieur du Tchad est aggravé par une faible densification des réseaux routiers qui est due en partie à l'immensité du pays et à la nature du sol. Par ailleurs, dans la partie méridionale du Tchad où la pluviométrie est abondante, les routes sérieusement dégradées par des inondations, limitent strictement la communication entre la population pendant une bonne partie de l'année. En outre, les dunes de sables qui occupent toute la partie Nord du pays constituent une entrave majeure pour le déplacement des populations des régions désertiques en toute saison. Compte tenu des caprices du climat et de l'ensablement (présence de dunes de sables), il devient difficile pour la population et les acteurs d'évacuer les malades et de transporter les intrants à temps réel vers les structures sanitaires qui pour la plupart sont géographiquement inaccessibles. Il se pose alors le problème de rupture de médicaments qui complique davantage le suivi des patients atteints des maladies comme la tuberculose ou le VIH/Sida qui nécessitent un traitement particulier.

1.2 Contexte sociodémographique et économique

La population du Tchad est estimée à 11 039 873 habitants au RGPH2 ; pour un taux annuel moyen d'accroissement intercensitaire de 3,6% et une densité moyenne nationale de 8,6 habitants/km². Dans cette population, les femmes y sont majoritaires et représentent 50,6%. Par ailleurs, la population féminine en âge de procréer (15-49 ans) représente 22,0% de l'ensemble. La population du Tchad est en majorité (78,1%) rurale. La population urbaine qui ne représente que 21,9% de la population totale est concentrée à N'Djamena et dans les chefs-lieux des départements, considérés comme centres urbains. La proportion de la population nomade est relativement faible (3,5% du total du Tchad de la population). Si l'on s'en tient au taux annuel moyen d'accroissement intercensitaire donné ci-haut, la population du Tchad aura atteint 12 717 540 habitants en 2013 et la densité moyenne nationale pourrait s'établir à 9,9 habitants/km². En 2009, bien que faible dans l'ensemble, la densité de la population variait très fortement d'une région à une autre. Elle était de 0,5 habitant/km² au BET géographique dans les régions désertiques à plus de 90 habitants/km² dans le Logone Occidental au Sud. Au recensement de 2009, on comptait parmi la population tchadienne, environ 270 722 réfugiés installés depuis 2003 dans les régions orientale et méridionale du Tchad. Composés essentiellement des Soudanais et Centrafricains, ces réfugiés vivent dans les camps de réfugiés. La situation d'instabilité politique en République centrafricaine, la reprise des activités militaires au Soudan du Sud et, compte tenu de la précarité de la situation sociopolitique en Libye et au Soudan, il est probable que le nombre de ces réfugiés ne cesse d'accroître au Tchad.

Bien que le Tchad dispose d'importantes potentialités économiques, il est classé parmi les pays les plus pauvres du monde (184^{ème} sur 187 selon l'IDH/2013). Selon les résultats de l'ECOSIT III, 46,7% de la population tchadienne vit avec moins d'un dollar américain par jour, et, cela malgré l'exploitation du pétrole et d'autres

richesses minières (cimenterie). Depuis 2003, année marquant le début de l'exploitation de pétrole au Tchad, le gouvernement, dans le souci d'améliorer les conditions de vie de la population et de lutter contre la pauvreté, a identifié un certain nombre de secteurs définis comme prioritaires. Il s'agit entre autres de secteurs de la santé, de l'éducation, qui bénéficient d'une part importante des ressources générées par le pétrole, et, ceci particulièrement dans le domaine d'infrastructures.

1. 3 Cadre politique, administratif et législatif

Depuis 1990, le Tchad est entré dans une nouvelle ère qui marque le début d'un processus démocratique. Depuis l'adoption de la Constitution du 31 mars 1996, révisée le 6 juin 2005, un Président de la République incarnant le pouvoir exécutif est élu pour un mandat de cinq (5) ans et une Assemblée Nationale détenant le pouvoir législatif est mise en place. Le pouvoir judiciaire est assuré par la Cour Suprême, le Conseil Constitutionnel et la Haute Cour de Justice. Par ailleurs, les principes fondamentaux tels que la liberté d'expression, les partis politiques, les associations de la société civile et les mass médias, socle de la démocratie, ont fait leur apparition.

En vue de rapprocher l'Administration des administrés et, surtout de l'appropriation du processus de développement par les collectivités locales, le Tchad a opté depuis 1996 pour un Etat unitaire fortement décentralisé. Le processus de décentralisation et de déconcentration des services de l'Etat vers les régions et départements pour un développement harmonieux, enclenché depuis lors, suit son cours. Le pays compte actuellement 23 Régions, y compris la ville de N'djamena, 62 départements et 249 Sous-préfectures (Ministère de l'Administration du Territoire). Le découpage des régions sanitaires est calqué sur celui des régions administratives et les districts sanitaires correspondent plus ou moins aux départements.

Bien qu'il existe une volonté manifeste de décentralisation, il convient de souligner que pour l'heure, l'organisation administrative du Tchad est encore fortement marquée par la centralisation des services de l'Etat notamment les organes de décisions et les infrastructures socio-sanitaires dans la capitale politique.

Depuis sa mise en place, l'Assemblée Nationale tchadienne a adopté plusieurs textes en faveur de la riposte nationale au VIH et au sida. Il s'agit principalement de la Loi N°006/PR/2002 du 15 avril 2002 portant promotion de la Santé de la Reproduction et de la Loi 19/PR/2007 portant lutte contre le VIH/Sida et protection des personnes vivant avec le VIH. En outre, la déconcentration des services juridiques dans les unités administratives décentralisées constitue un atout pour défendre les intérêts et droits des personnes vivant avec le VIH.

1.4 Situation sanitaire

Dans le cadre de la réforme et de la décentralisation du système de santé au Tchad, le Décret N°360/PR/PM/MSP/2006 du 23 mai 2006 portant organisation du Ministère de la Santé Publique a porté le nombre des Directions Générales à trois (3) et les Directions Techniques à sept (7).

Le système de santé du Tchad est de type pyramidal à 3 niveaux de responsabilité et d'activités : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique. Chaque niveau repose sur le développement des districts sanitaires.

- Niveau central : il comprend le Conseil National de santé, l'Administration, les Organisations sous tutelle, les Institutions nationales sanitaires (l'Hôpital Général de Référence Nationale, la Centrale Pharmaceutique d'Achat, l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux, etc.). Le niveau central est chargé de la conception et de l'orientation de la politique sanitaire nationale.

- Niveau intermédiaire : il comprend les Conseils Régionaux de santé, les Délégations Sanitaires Régionales, les Etablissements Publics Hospitaliers des Régions, les Ecoles Régionales de formation dans quelques régions, les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement. Le niveau intermédiaire assure le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de santé.
 - Niveau périphérique : il comprend les Conseils de Santé des Districts, les Equipes Cadres de Districts (ECD), les Etablissements Publics Hospitaliers des Districts, les Centres de santé et les Conseils de santé des Zones de Responsabilité.

Au niveau des Districts Sanitaires, un plan d'action est élaboré chaque année et mis en œuvre avec la subvention de l'Etat et le recouvrement des coûts. Ce plan d'action prend en compte les micro-plans des Centres de santé.

Les différents niveaux du système de santé interagissent entre eux au sein du district sanitaire.

Le pays compte 23 Délégations Sanitaires Régionales, 97 Districts Sanitaires dont 68 fonctionnels et 1290 zones de responsabilité dont 1037 fonctionnelles (rapport DSIS, 2011).

1.4.1 Mortalité maternelle et infantile

Le Tchad est l'un des pays d'Afrique sub-saharienne où la situation sanitaire est la plus préoccupante. Les différentes études menées à travers le territoire national montrent que les indicateurs sanitaires, notamment ceux relatifs aux décès maternels et infantiles sont les plus élevés. Même, si de façon générale, on constate une baisse sensible des taux de mortalité maternelle et infantile ces dernières années, leur niveau demeure toujours élevé. En effet, le taux de mortalité maternelle qui était de 827 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1997 (EDST I) est passé de 1 099 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2004 (EDST II), puis à 1 084 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes 2009 (RGPH2). S'agissant du quotient de mortalité infantile, il est estimé à 103‰, 102‰ et 98‰, respectivement en 1997, 2004 et 2009.

Les facteurs socioculturels (faible niveau d'instruction, mariages précoces, faible accès à la contraception, malnutrition, faible engouement des femmes à la CPN, faible statut social et économique), l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel médical, la faiblesse des infrastructures d'accueil et de communication expliquent en partie le niveau élevé de mortalité maternelle au Tchad. Il y a lieu de remarquer que les décès des adolescentes dus aux complications des avortements provoqués contribuent pour beaucoup aux décès maternels. D'après les données du système d'informations sanitaires du Ministère de la Santé Publique, les décès infantiles sont dus essentiellement à l'Infection Respiratoire Aigüe, au Paludisme, à la Diarrhée.

Cette forte mortalité des femmes en couche et des enfants de moins d'un an peut aussi être associée à l'épidémie du VIH, du fait de la prise en charge sanitaire tardive des femmes enceintes infectées et du manque des réactifs dans certaines formations sanitaires (surtout celles des provinces) pour dépister et suivre à temps les enfants nés des mères séropositives.

Cependant, l'engagement du gouvernement tchadien et de ses partenaires dans la lutte contre les IST, le VIH et le Sida, l'intensification des campagnes de vaccination contre les maladies à potentiel épidémiologique et les efforts fournis en termes de multiplication des structures sanitaires et la formation du personnel soignant portent à croire que le niveau de la mortalité tant maternelle qu'infantile pourrait s'améliorer. De même, l'engagement personnel de la 1^{ère} Dame à travers la CARMMA et la Feuille de Route pour l'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Tchad pour la période 2008-2015 suscite beaucoup d'espoirs pour inverser la tendance.

1.4.2 Maladies à potentiel épidémique

Au Tchad, dans le cadre de la surveillance épidémiologique, un système d'alerte est mis en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. En raison de la résurgence quasi-permanente, et en toute saison, des maladies à potentiel épidémique, la situation sanitaire du pays demeure précaire. Afin de riposter en temps opportun aux épidémies, un service de surveillance épidémiologique intégrée est créé. A travers un système de téléphonie, ce service collecte, traite et diffuse des informations chaque semaine sur des maladies dites « Sous Surveillance ». Elles sont entre autres la méningite, la rougeole, le choléra, le paludisme, la malnutrition, le tétanos néonatal, la fièvre jaune, la poliomyélite, le ver de guinée, la grippe aviaire, l'hépatite E.

II- APERÇU DE LA SITUATION

2.1 Degré de participation des parties prenantes

Le processus d'élaboration du présent rapport d'activités pour l'année 2013 a été participatif. Réalisé sous la supervision du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), le document a bénéficié de l'appui et de la collaboration de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida au Tchad. Ainsi, on a noté une mobilisation totale et sans faille de toutes les parties prenantes (secteur public, partenaires techniques et financiers au développement, secteur privé, ONG et organisations de la société civile) dans la réponse nationale à la riposte au Sida.

En effet, les documents de collecte de données, la méthode du travail et l'agenda ont été soigneusement élaborés, validés et mis à la disposition de l'équipe de la rédaction du rapport par le CNLS et l'ONUSIDA. Par ailleurs, des réunions et des séances de travail ont été organisées avec les consultants pour l'harmonisation des points de vue sur les différents thèmes à développer dans le rapport.

Tout au long de la rédaction du rapport, hormis la collecte des données auprès des structures de lutte contre le Sida, les impressions des acteurs ont été sollicitées sur l'organisation de la riposte nationale au VIH/Sida au cours de l'année 2013.

2.2 Situation actuelle de l'épidémie

En attendant les résultats de l'EDST3 en cours de réalisation et qui intègre un volet comportement et un test de sérologie de VIH, les données actuellement disponibles montrent que le Tchad connaît une épidémie de VIH du type généralisé.

En effet, la première enquête nationale de séroprévalence du VIH de 2005 a montré une prévalence moyenne de 3,3% dans la population de 15-49 ans. D'énormes écarts sont observés selon le milieu de résidence, le sexe et l'âge. Les travailleuses de sexe présentent une séroprévalence de 20% selon une étude réalisée en 2009 par le CNLS. De même, l'enquête de sérosurveillance auprès des femmes enceintes en consultation prénatale organisée en 2013 dans 15 sites sentinelles a montré un taux de séropositivité de 2,9%. De surcroît, les données de l'enquête comportementale et de la séroprévalence IBLT menée en 2011 a donné une estimation de 5,5% de la prévalence du VIH dans la population enquêtée, avec 4,1% pour les hommes et 7,4% pour les femmes. Bien que circonscrit dans 4 régions (Mandoul, Moyen Chari, Logone Occidentale et Lac) du pays, cette prévalence est nettement supérieure à la prévalence au niveau national (3,3%) observée au Tchad en 2005.

En outre, l'ONUSIDA, dans ses projections de juin 2013 estime la prévalence du VIH à 2,7% dans la population générale du Tchad. Les données issues de ces projections et estimations s'établissent comme suit pour l'année 201 :

- 210 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH dont 16 000 nouvelles infections;
- 14 000 décès annuels dus au sida ;
- 180 000 adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH dont 100 000 femmes ;
- 12 000 adultes de 15 ans et plus concernés par les nouvelles infections au VIH ;
- 12 000 décès annuels d'adultes de 15 ans et plus dus au sida ;
- 8 400 jeunes (15-24 ans) de sexe masculin vivant avec le VIH ;
- 15 000 jeunes (15-24 ans) de sexe féminin vivant avec le VIH ;
- 34 000 enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH dont 4 100 nouvelles infections;
- 170 000 orphelins du sida ;
- 82 000 adultes de 15 ans et plus éligibles aux ARV ;
- 20 000 enfants de 0-14 ans éligibles aux ARV ;
- 12 000 mères ayant besoin de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

Source : Projections ONUSIDA, juin 2013

Parlant des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des utilisateurs des drogues injectables, à l'heure actuelle, bien que ce phénomène existe, le Tchad ne dispose d'aucune donnée sur ces groupes spécifiques à haut risque. Compte tenu de l'effet multiplicateur que représente cette catégorie de la population dans la transmission du VIH/Sida, des réflexions sont en cours pour cerner l'ampleur de la situation dans la société tchadienne. Par contre, chez les réfugiés et les personnes déplacées vivant à l'Est et au Sud du pays, même si la prévalence du VIH n'est connue pas, deux enquêtes, l'une en 2009 autour et dans les camps de réfugiés à l'Est et l'autre en 2010 dans les camps de réfugiés au Sud ont montré une fréquence élevée de la sexualité précoce et une faible utilisation des moyens de prévention contre le VIH.

Au Tchad, la stratégie à la riposte nationale au VIH et au Sida s'inscrit dans le cadre de la multisectorialité qui, avec l'aide des partenaires techniques et financiers engage toutes les composantes de la société. Au cours de l'année 2013, l'on a noté une action concertée et coordonnée de différents acteurs de lutte contre l'épidémie.

2.3 Riposte au plan politique et programmatique

Le Tchad a mis en œuvre un Plan Stratégique National de la riposte au Sida pour la période 2012-2015. Ce nouveau plan est le seul cadre de programmation des actions de prévention, de traitement et de prise en charge en rapport avec le VIH et le Sida au Tchad. Le gouvernement tchadien, avec l'appui des partenaires au développement consent de gros efforts pour consolider d'une part les acquis de l'ancien Cadre Stratégique National, et d'autre part, pour obtenir de nouveaux fondamentaux à la riposte au Sida.

En vue de faire baisser les nouvelles infections au VIH et les décès dus au Sida, d'atténuer la stigmatisation/discrimination liée au VIH, et surtout, d'éliminer la transmission mère-enfant du VIH, des efforts tant au niveau politique que programmatique sont en train d'être menés.

Au plan politique

- Le Tchad a participé en 2011 à New York au Sommet de haut niveau des Nations Unies sur le VIH/Sida où il a renouvelé son engagement à combattre le VIH par la voix de son Président de la République, Son Excellence Monsieur IDRIS DEBY ITNO ;
- La Première Dame s'est engagée depuis 2011 à travers l'élaboration de son agenda en faveur de la santé de la reproduction des jeunes et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Son élection en juin 2013 par paires comme Présidente de l'Organisation des Premières Dames d'Afrique en lutte contre le Sida (OPDAS) vient encore renforcer son leadership dans la riposte au Sida;
- Mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique National à la riposte au VIH et au Sida
- Des conseils régionaux ont été mis en place dans 17 régions ;
- La ligne pour l'achat des ARV et des réactifs dans le budget de l'Etat a connu une augmentation ;
- Depuis 2011, une ligne budgétaire est inscrite au budget général de l'Etat pour le fonctionnement du CNLS et de ses structures décentralisées ;
- La gratuité de la prise en charge médicale depuis 2007 ;
- L'engagement du Tchad à mettre en œuvre la Feuille de route de l'Union africaine sur la solidarité globale et la responsabilité partagée en vue d'augmenter les ressources domestiques pour la réponse nationale au Sida.

Au niveau programmatique

Au cours de l'année 2013, les acteurs ont consenti de gros efforts pour répondre énergiquement à l'épidémie du VIH ; lesquels efforts ont eu des résultats encourageants dans les différents domaines de riposte au VIH et au Sida.

❖ Dans le domaine de la prévention

Durant l'année 2013, les activités de prévention organisées par les acteurs à la riposte nationale au Sida ont permis d'obtenir des résultats suivants:

- D'après le rapport AMASOT, les activités ont été très intenses au cours de l'année 2013. Depuis 2010, on note une évolution à la hausse du nombre de points de vente des préservatifs. De 5 195 en 2010 à 6 850 en 2012, 7 644 points de vente des préservatifs ont été implantés en fin 2013 à travers le territoire national, soit 794 nouveaux points de vente entre 2012 et 2013. Tout comme le nombre de points de vente, celui des préservatifs vendus est aussi en constante augmentation, même si on constate qu'il n'y a aucune donnée qui rend compte sur le taux d'utilisation. Il est passé de 4 078 728 préservatifs vendus en fin 2010 à 4 612 468 en fin 2012. Pour la seule année 2013, 5 965 095 préservatifs dont 5 908 625 unités de condoms masculins et 56 470 unités de condoms féminins ont été vendus. Utilisés correctement et systématiquement, les préservatifs demeurent l'une des méthodes les plus efficaces actuellement disponibles pour prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle. Au total, 4 590 personnes ont été conseillées et dépistées par le Centre de Dépistage de AMASOT en stratégie fixe et avancée durant l'année 2013, pour 550 résultats positifs, soit un taux de séropositivité de 12,0%.
- Depuis l'adoption du Plan National e-TME en 2012, on remarque une extension rapide des services de la PTME sur l'ensemble du pays. En effet, de 37 en 2007, le nombre de sites offrant la PTME est passé de 107 en 2010 à 463 en 2013. D'après le rapport PTME 2013, le taux d'utilisation des CPN1 représentent 61,9% au Tchad.

Pour l'année 2013, les activités de la PTME se résument comme suit :

- 331 940 femmes enceintes ont été vues en CPN1 en 2013, contre 93 839 en 2012 ;
- 101 084 femmes enceintes ont été conseillées pour le test du VIH en 2013, contre 65 370 en 2012 ;
- 202 147 femmes enceintes testées pour le VIH en 2013, contre 38 413 en 2012 ;
- 1 276 femmes enceintes séropositives en 2013, contre 1 078 en 2012.

Les données de routine sur la PTME ci-dessus montrent une bonne évolution de l'utilisation des CPN entre 2012 et 2013. En effet, le nombre de femmes enceintes se présentant aux CPN pour la première fois a été multiplié à peu près par 4, passant de 93 839 à 331 940. Le taux d'acceptation de femmes enceintes au test de VIH a augmenté, passé de 58,8% en 2012 à 60,9% en 2013. Pour la seule année 2013, le nombre de femmes enceintes testées au VIH a atteint 202 147 dont 1 276 séropositives (soit 0,6%). En 2013, on compte 782 femmes enceintes séropositives sous ARV pour la PTME (Rapport PTME, 2013).

Même si l'extension de la PTME pour couvrir les besoins de femmes en consultation prénatale reste toujours faible, l'évolution de dépistage de femmes enceintes entre 2012 et 2013 est très encourageante et témoigne de l'implantation de la PTME dans le pays.

- En matière de transfusion sanguine, le nombre de poches de sang collectées en 2013 est de 69 265, alors qu'il était de 44 320 en 2012 (rapport d'activité 2012).
- L'implantation des Centres de Dépistage Volontaire (CDV) est régie par un programme d'action visant à couvrir les besoins de la population dans tout le pays. Depuis 2008, le nombre des CDV fonctionnels est en constante augmentation, passant de 36 en 2008 à 86 en 2014.
Au cours de l'année 2013, les activités de sensibilisation ont permis le dépistage de 139 734 personnes parmi lesquelles 12 344 se sont révélées positives au VIH (Rapport APMS, 2013).

❖ Dans le domaine de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale

Depuis 2002, l'OMS a élaboré des directives sur le traitement par les ARV, notamment les différentes lignes directives sur différents aspects du diagnostic, du traitement et des soins de l'infection à VIH.

En effet, les lignes directives de 2013 sont basées sur une approche de santé publique afin d'élargir davantage l'utilisation des ARV pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, en mettant particulièrement l'accent sur les pays en situation de ressources limitées. Sur le plan clinique, ces lignes directives recommandent désormais de :

- ✓ Traiter de manière plus précoce les adultes, les adolescents et les grands enfants, en commençant un TAR chez toute personne dont le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 500 cellules/mm³ en donnant la priorité aux personnes présentant une infection à VIH sévère à un stade avancé et à celles dont le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 350 cellules/mm³ ;
- ✓ Commencer un TAR quel que soit le nombre de CD4 dans certaines populations vivant avec le VIH, notamment les personnes présentant une tuberculose active, les personnes présentant une co-infection par le virus de l'hépatite B (VHB) avec une pathologie hépatique chronique sévère, les partenaires séropositifs dans les couples sérodiscordants, les femmes enceintes et les femmes allaitant au sein ainsi que les jeunes enfants âgés de moins de 5 ans ;

- ✓ Privilégier un nouveau schéma de TAR de première intention harmonisé chez l'adulte, la femme enceinte et la femme allaitant au sein et l'enfant âgé de 3 ans et plus ;
- ✓ Appuyer l'accélération active de l'élimination de l'utilisation de la stavudine (d4T) dans les schémas de TAR de première intention pour l'adulte et l'adolescent ;
- ✓ Utiliser chez les personnes recevant un TAR un test de mesure de la charge virale comme approche privilégiée pour le suivi du succès du TAR et le diagnostic de l'échec thérapeutique, en plus du suivi clinique et du nombre de CD4 ;
- ✓ Réaliser un conseil et un dépistage du VIH à base communautaire ainsi qu'un dépistage du VIH chez les adolescents afin de permettre d'identifier de manière plus précoce les personnes vivant avec le VIH et d'établir un lien entre ces personnes et les services de soins et de traitement.

Toujours dans le souci d'accélérer l'accès universel au traitement, l'ONUSIDA a développé et publié en 2013 l'Initiative Traitement 2015. Il convient de noter que pour la différence l'initiative Traitement 2015 repose sur trois piliers essentiels :

- ✓ **La demande** : la stratégie vise à susciter la demande de traitement du VIH en mobilisant les personnes vivant avec le VIH et les populations clés durement touchées, avec l'appui soutenu de la société civile et de la communauté internationale ;
- ✓ **L'investissement** : la stratégie porte sur la mobilisation d'investissements durables qui privilégient des actions novatrices et utilisent les ressources disponibles de la manière la plus optimale.
- ✓ **La mise en œuvre** : la stratégie vise à s'assurer que des infrastructures sanitaires, des lois et des politiques favorables, ainsi que des systèmes d'action communautaire aptes à fournir un traitement à toutes les personnes vivant avec le VIH éligibles sont en place.

Le lancement conjoint des Directives consolidées 2013 de l'OMS et l'Initiative de l'ONUSIDA sur le Traitement 2015 en décembre 2013 par le Ministre de la Santé Publique 2013 pourra permettre d'accroître le nombre des personnes sous ARV et d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale au niveau du pays.

Au Tchad, l'une des grandes réalisations dans la prise en charge médicale et de l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH est la gratuité des ARV et des examens biologiques complémentaires. La décentralisation de la prise en charge et la formation des médecins traitants à la prescription des ARV avec l'appui de l'ONUSIDA, de l'OMS et du Ministère de la Santé Publique se sont renforcés ces dernières années. En termes de l'accès aux soins et à la prise en charge médicale, les efforts de différents acteurs de lutte contre le Sida ont permis d'obtenir des résultats très satisfaisants au cours de l'année 2013.

En effet, d'après les données du PSLS, le nombre de patients (enfants et adultes) mis sous ARV est en constante augmentation. De 32 832 en fin 2011, le nombre est resté presque identique en 2012 (40 856) qu'en 2013 (40 584). La gratuité et la disponibilité des ARV dans les hôpitaux des districts, l'appui social, économique et juridique à l'endroit des PVVIH expliquent en partie cette augmentation.

De source PTME, le taux de fréquentation de femmes aux CPN1 et la proportion de femmes testées pour le VIH et ayant reçu les résultats sont respectivement 61,9% et 30,1%. Les femmes séropositives sous ARV prophylactique représentent 18,1% de l'ensemble de femmes enceintes séropositives en 2013. La même source

indique que 14,1% de nourrissons exposés à l'infection sont sous ARV prophylactique et 15,8% des enfants nés de mères séropositives confirmés séropositifs sont sous ARV.

Par ailleurs, la couverture en termes des services PTME dans les 10 régions prioritaires (Mandoul, Moyen-Chari, Logone Occidentale, Logone Orientale, Tandjilé, Mayo-Kebbi Ouest, N'Djamena, Ouaddaï, Wadi Fira et Lac) qui totalisaient 73% de besoins non satisfaits en matière de PTME s'est considérablement améliorée. De 2012 à 2013, elle est passée de 33,0% à 75,0% dans ces régions. La proportion de femmes vues pour la première fois en CPN, conseillées, testées et ayant reçu leurs résultats est passée de 10,4% à 48,2%, celle des femmes séropositives mises sous ARV prophylactiques de 14,4% à 23,1% et celle des enfants séropositifs sous ARV de 10,0% à 20,1% (rapport PTME, 2013).

❖ Dans le domaine de la prise en charge communautaire

Les organisations et les associations à base communautaire, avec l'aide des organismes internationaux ont été particulièrement très actives entre 2012 et 2013 dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida.

En effet, dans le cadre de renforcement des capacités, sur fonds de l'ONUSIDA, deux (2) ONG nationales (une à N'Djamena et une autre à Moundou) ont bénéficié au cours de l'année 2013 des appuis financiers pour les activités de prévention dans les camps de réfugiés de Goré. L'UNICEF a fourni aux structures de soins, les médicaments contre les infections opportunistes pour les enfants vivant avec le VIH.

Dans sa zone d'intervention, l'UNFPA à travers les associations et les organisations des jeunes, a mené des activités de prévention et d'encadrement très intenses en faveur des jeunes dans le domaine du VIH/Sida.

Au total :

- 5 759 jeunes ont été formés dont 5 400 en SRAJ, sur les VBG, la planification familiale (PF) et VIH/Sida ;
- 270 pairs éducateurs sur les droits en SSR, VBG, PF, VIH/sida ;
- 29 animateurs de jeunesse formés à l'approche SRAJ et en technique de communication efficace avec les jeunes en matière de VIH ;
- 30 encadreurs (enseignants et entraîneurs sportifs) en technique de communication avec les jeunes en matière de VIH ;
- 30 prestataires des CIOJ et de santé scolaire ont été formés sur le guide de sensibilisation en SR.

Par ailleurs, 17 séances de mobilisation sociale ont été organisées à Moundou, Sarh et N'Djamena. Dans le souci de renforcer les services PTME afin de susciter l'engouement des femmes, l'UNICEF a mis en œuvre 36 micros plans de districts dans 10 régions prioritaires en faveur des femmes en consultation prénatale. De ce fait, 50 médiateurs de santé ont été formés et 75 Conseillers psychosociaux ont été recyclés pour assurer le suivi du couple mère-enfant.

Sur le financement de Fonds Mondial, l'UNAD a réalisé d'importantes activités au courant de l'année 2012 en faveur d'organisations à base communautaire et des personnes touchées par le VIH. Ainsi, 31 organisations à base communautaire ont bénéficié du renforcement de leurs capacités en matériel de bureau et de moyens de transport, en construction ou réhabilitation de bâtiment. En outre, 88 conseillers et travailleurs sociaux ont été formés au cours de l'année en accompagnement psychosocial des PVVIH.

En 2012, dans sa zone d'intervention (Logone Orientale, Logone Occidentale, Mayo Kebbi Ouest, N'djamena, Kanem et Salamat), le PPLS2 a développé une autre approche communautaire (essentiellement auprès des femmes en

âge de procréer) qui a donné des résultats très encourageants. En effet, 1 859 prestataires communautaires ont été formés pour 220 sites de communication sociale et 262 365 femmes âgées de 15 à 49 ans ont été touchées par cette approche.

❖ **Dans le domaine de protection et de soutien**

Dans ce domaine, des efforts importants ont été enregistrés également.

Avec l'appui financier de l'ONUSIDA, la Loi 19 a été révisée en octobre 2013 pour intégrer les aspects de la prévention tels que la PTME, le genre et la prévention chez les prisonniers. En outre, 35 magistrats ont été formés sur la prise en charge des questions de stigmatisation dans les services judiciaires de 13 régions du Pays. Les cliniques juridiques ont été également redynamisées.

De source de l'Unicef, plus de 11 010 personnes vulnérables ont reçu de divers appuis au cours de l'année 2013. Ainsi, 600 OEV et 750 femmes enceintes ont bénéficié de l'appui alimentaire, 800 PVVIH de l'appui nutritionnel, 8 860 OEV de l'appui scolaire.

L'enquête Evaluation Finale du Projet PPLS2 de juin 2013 indique qu'environ 9 870 OEAV âgés de 0 à 17 ans ont bénéficié de l'appui social, économique et juridique en 2013.

Par ailleurs, dans son rapport d'activité de 2012, l'UNAD indique que 19 895 adultes et enfants vivant avec le VIH ont reçu un soutien psychosocial, 8 750 OEV âgés de 0 à 17 ans ont reçu un appui nutritionnel et 7 206 autres OEV de 0 à 17 ans ont bénéficié d'un appui en éducation.

Hormis ses appuis aux activités des associations à base communautaires (encadrer par les équipes mobiles, les pairs éducateurs) portant sur la sensibilisation pour le changement de comportement, le dépistage volontaire, le PPLS2 est venu en aide aux personnes vulnérables. Parmi les 3 890 PVVIH et OEAV touchées par des enquêtes sociales en 2012, 3 205 ont bénéficié de l'appui social, économique et juridique. En fin 2011, 195 visites ont été réalisées à domicile et 91% des ménages des PVVIH les plus pauvres recensés ont bénéficié d'un appui économique (rapport UNAD, 2011).

Tableau 1 : Récapitulatif des indicateurs

N°	INDICATEURS	Niveau		Source
		2012	2013	
1	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.	Ensemble : 77,52% Hommes : 77,44% Femmes : 81,25%	Ensemble : 56,8% Hommes : 55,5% Femmes : 57,8%	Enquête socio-comportementale et de séroprévalence dans 4 régions de 2011, Enquête Evaluation Finale du Projet PPLS2 dans 6 régions, 2013
2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un	Hommes : 39,38% (EDS,	Hommes : 39,38% (EDS,	EDS, 2004

	rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	2004) Femmes : 24,23% (MICS, 2010)	2004) Femmes : 24,23% (MICS, 2010)	MICS, 2010
3	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Hommes : 23,96% (EDS, 2004) Femmes : 53,9% (MICS, 2010)	Hommes : 23,96% (EDS, 2004) Femmes : 53,9% (MICS, 2010)	EDS, 2004 MICS, 2010
4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel	Ensemble : 25,67% Hommes : 30,56% Femmes : 13,95% (EDS)	Ensemble : 25,67% Hommes : 30,56% Femmes : 13,95% (EDS)	EDS, 2004
5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Ensemble : 1,4% (EDS) Hommes : 3,69% (EDS) Femmes : 0,77% (EDS)	Ensemble : 95,2% Hommes : 95,6% Femmes : 94,9%	EDS, 2004 Enquête Evaluation Finale du Projet PPLS2 dans 6 régions, 2013
6	Pourcentage de personnes âgées de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	Ensemble : 4,9% Garçons : 3,3% Filles : 6,6%	Ensemble : 4,9% Garçons : 3,3% Filles : 6,6%	Enquête IBLT dans 4 régions, 2011
7	Pourcentage de professionnel (les) du sexe atteint(tes) par les programmes de prévention du VIH	17,16%	23,43%	Rapport enquête TS, 2009 Rapporte enquête CAP sur les TS à N'Djamena, 2013
8	Pourcentage de professionnel (les) du sexe atteint(tes) qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	38,03%	85,50%	Rapporte enquête TS, 2009 Rapporte enquête CAP sur les TS à N'Djamena, 2013

9	Pourcentage de professionnel (les) du sexe atteint(tes) qui ont subi le test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	38,03%	97,60%	Rapporte enquête TS, 2009 Rapporte enquête CAP sur les TS à N'Djamena, 2013
10	Pourcentage de professionnel (les) du sexe qui vivent avec le VIH	20,01%	20,01%	Enquête TS, 2009
11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	ND	ND	
12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	ND	ND	
13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	ND	
14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	ND	ND	
15	Nombre d'aiguilles et de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programme de distribution d'aiguilles et de seringues	ND	ND	
16	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	ND	ND	
17	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	ND	ND	
18	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	ND	
19	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	ND	ND	
20	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	12,02%	18,10%	Source Estimation PTME, 2012 et 2013
21	Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles mêmes ou leurs enfants en période d'allaitement	20,3%	25,2%	Rapport PTME, 2012 et 2013
22	Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives au VIH qui ont subi un test	14,00%	22,85%	Source Estimation PTME, 2011 et

	virologique pour le VIH au cours de leurs deux (2) premiers mois de vie			2012
23	Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mères séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	Modélisé	Modélisé	
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès	42,56%	43,00%	Source Rapports PLS, 2012 et 2013
25	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous le traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Ensemble : 68,00% Hommes : 67,09% Femmes : 68,41%	Ensemble : 90,60% Hommes : 90,60% Femmes : 90,70%	Rapport d'étude opérationnelle/FOS AP 2012 et 2013
26	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	34,6%	5,1%	Source rapport PNT, 2012
27	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le Sida par catégorie et source de financement	8 174 475 706 FCFA	8 816 326 850 FCFA	Rapports REDES, 2012 et 2013
28	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	30,10%	30,10%	Rapport MICS, 2010
29	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans qui rapportent des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	Femme : 24,8% Homme : 32,3%	Femme : 18,0% Homme : 17,4%	Rapport Etudes PPSAC, 2007 et 2012
30	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins (de 10 à 14 ans, en âge de fréquenter les écoles primaire et secondaire)	Orphelins 66,94% Non orphelins 56,73%	Orphelins 66,94% Non orphelins 56,73%	Rapport MICS, 2010
31	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	91,70%	91,70%	Source rapport UNAD, 2011

III- APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

De l'analyse de la situation actuelle sur le VIH/sida au Tchad, il ressort que l'épidémie est évolutive et de type généralisé. Elle évolue dans un contexte marqué par la dominance de pesanteurs socioculturelles, la persistance des comportements sexuels à risque favorisés par la pauvreté et l'analphabétisme.

De même, le conflit centrafricain qui a occasionné le retour massif des Tchadiens et l'arrivée par vagues successives des Centrafricains et autres nationalités à la recherche de refuge au Tchad, a comme conséquences l'entassement et la concentration humaine dans les lieux d'installation. Compte tenu de la promiscuité et du manque des moyens matériels et financiers pour subvenir aux besoins vitaux, il peut se développer dans les sites d'accueil et des camps de réfugiés, des activités de survie dont la prostitution. De ce fait, des rapports sexuels non protégés, avec des personnes non régulières peuvent être contractés, augmentant ainsi le risque d'infection à VIH. De plus, la prévalence du VIH est plus élevée en RCA (6,2%) qu'au Tchad (3,3%), il ne fait aucun doute que les retournés tchadiens et les réfugiés en provenance de la Centrafrique représentent un danger potentiel en termes de la transmission du virus du Sida.

3.1 Prévalence dans la population générale

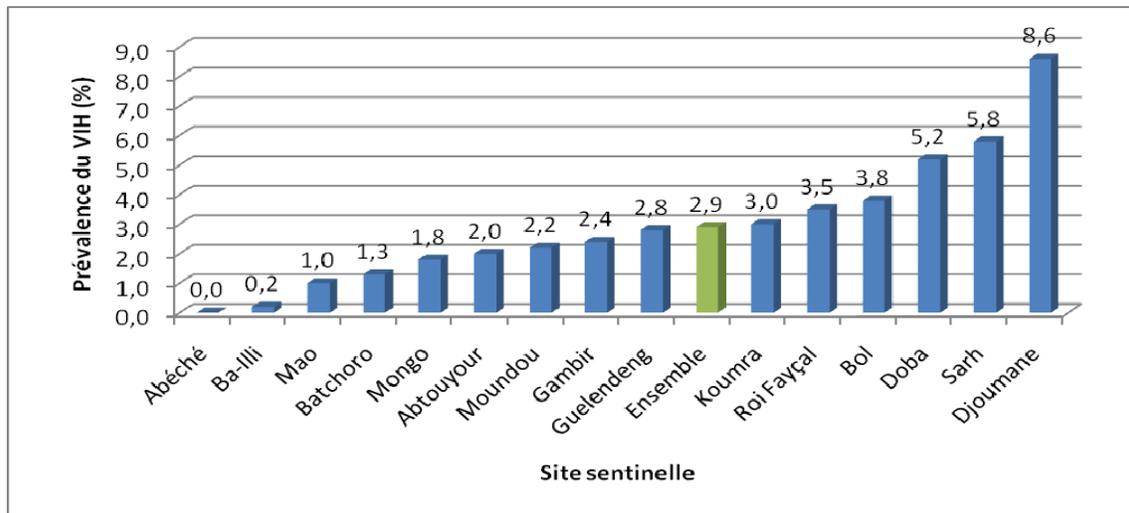
D'après les résultats de l'enquête nationale de séroprévalence de 2005, la prévalence du VIH est estimée à 3,3% dans la population générale. Des disparités sont observées en fonction du milieu de résidence (urbain : 7% et rural : 2,3%), du sexe (hommes : 2,6% et femmes : 4%), de l'âge (la tranche de 24-29 ans étant la plus affectée : hommes (3,5%) et femmes (5,6%). Des pics de séroprévalence très importants à noter à Ndjamena (8,3%) et au Logone Oriental (9,8%). Par ailleurs, les estimations de l'ONUSIDA donnent une prévalence de 2,7% en 2013. Cette prévalence est très élevée dans certains groupes spécifiques comme les TS au sein desquels elle atteint 20,0% (Enquête TS, 2009). Par ailleurs, les décès dus au Sida auraient amorcé une baisse depuis 2008, passant de 16 000 en 2008 à 14 000 décès annuels en 2013 (Projections ONUSIDA, juin 2013). Cette baisse de la mortalité serait à imputer en grande partie à la prise en charge médicale et à l'assistance alimentaire fournie par tous les acteurs aux PVVIH.

3.2 Surveillance du VIH dans les sites sentinelles

Selon les données de surveillance sentinelle collectées auprès de femmes enceintes vues en CPN dans 15 sites en 2013, la prévalence du VIH est estimée à 2,9% en 2013. Si on part de l'hypothèse selon laquelle les femmes qui se sont fait consulter et tester pour le VIH sont représentatives de l'ensemble des femmes tchadiennes enceintes durant la période couverte par le rapport, alors, on peut dire que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a connu une légère diminution en 2013, par rapport à l'année 2012 (3,0%).

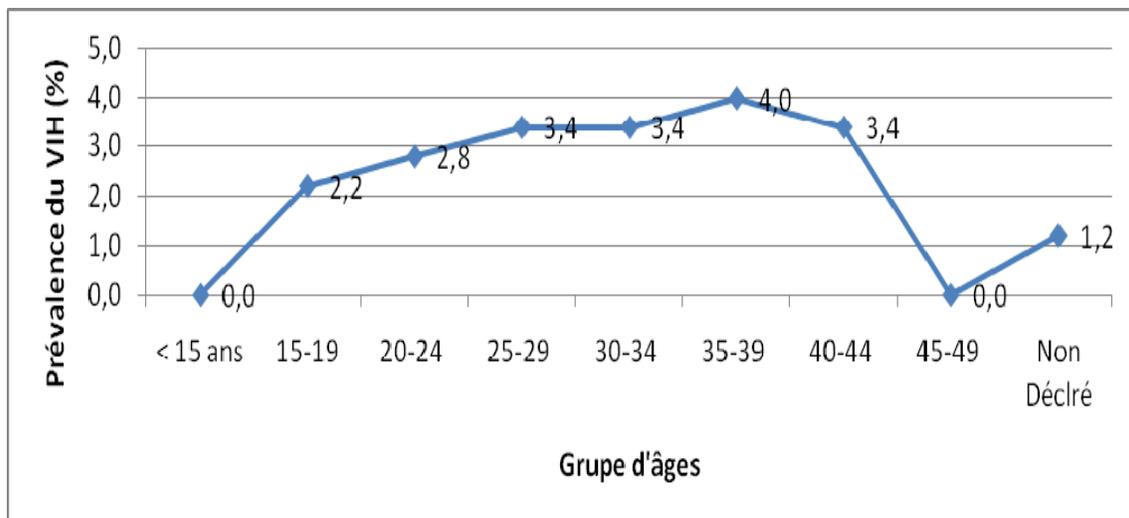
A partir de la prévalence moyenne donnée ci-dessus, six (6) sites (Koumra, Roi Fayçal, Bol, Doba, Sarh et Djoumane) ont une prévalence légèrement supérieure à la moyenne d'ensemble de femmes enceintes graphique 1). Par ailleurs, le site sentinelle de Djoumane, suivi de ceux de Sarh et de Doba, présente une séroprévalence très élevée ; ce qui, à priori, mérite une attention particulière de la part des acteurs impliqués dans la riposte au VIH et au sida. Il y a lieu de relever enfin que la prévalence du VIH la plus faible est enregistrée dans le site sentinelle de Ba-Illi et, à Abéché, parmi les femmes dépistées, aucune ne s'est révélée séropositive.

Graphique 1 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN par site sentinelle en 2013



L'examen du graphique 2 mettant en exergue la prévalence du VIH en fonction du groupe d'âges montre qu'aucun cas d'infection à VIH n'a été révélé chez les femmes de moins de 15 ans et chez celles âgées de 45-49 ans. Cette situation serait liée au faible effectif de ces deux (2) catégories d'âges de femmes, par rapport à l'ensemble de femmes vues en CPN. D'une manière générale, la prévalence du VIH semble augmenter avec l'âge des femmes vues en consultation prénatale. Néanmoins, les femmes les plus infectées sont celles appartenant aux groupes d'âges compris entre 25-44 ans. Cette prévalence élevée coïncide apparemment à la période de haute fécondité, synonyme donc d'activités sexuelles intenses. Par ailleurs, les femmes qui n'ont pas déclaré leur âge ont une prévalence relativement faible.

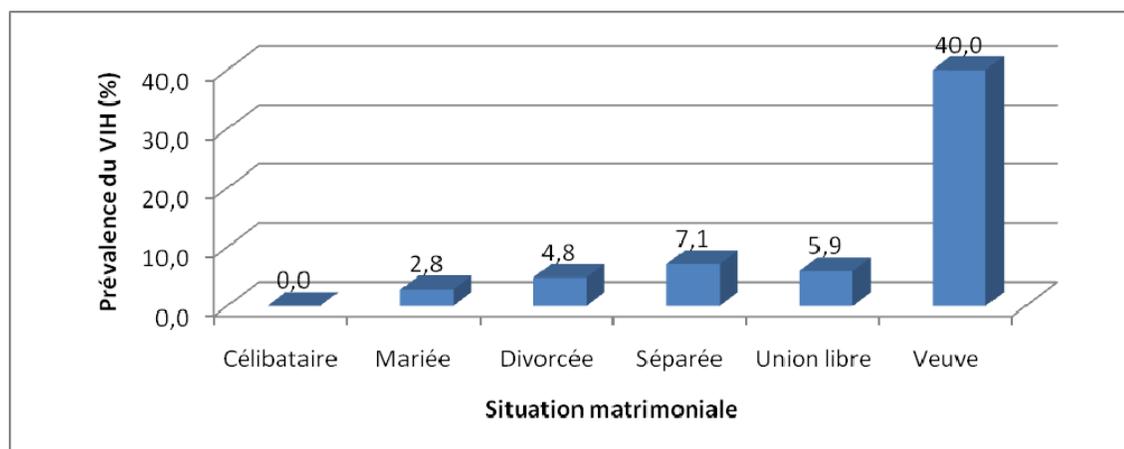
Graphique 2 : Prévalence du VIH dans les sites sentinelles par groupe d'âges en 2013



L'analyse des données du graphique 3 indique que mis à part les femmes veuves chez qui le taux d'infection est particulièrement le plus élevé (données abérantes), les femmes séparées, suivies des femmes qui vivent en

union libre sont les plus infectées au VIH. Aucun cas d'infection n'a été notifié en 2013 parmi les femmes célibataires vues en CPN. La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes divorcées que chez les femmes mariées. Le niveau élevé de la séroprévalence du VIH chez les veuves serait dû à l'effectif très faible de ces dernières (5 femmes veuves dépistées dont 2 séropositives).

Graphique 3 : Prévalence du VIH dans les sites sentinelles par situation matrimoniale en 2013

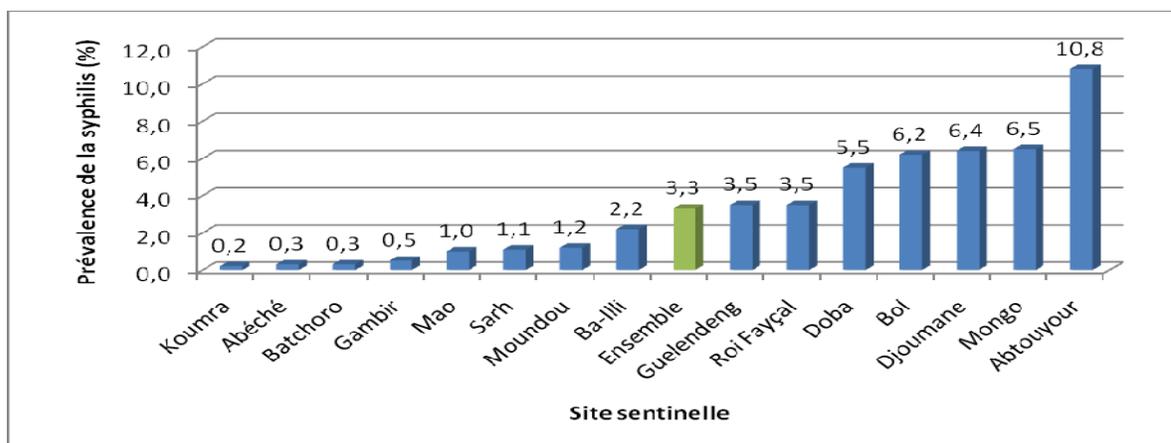


3.3 Prévalence de la syphilis dans les sites sentinelles

La prise en charge sanitaire des IST chez les femmes en général, et les femmes enceintes en particulier est une stratégie efficace pour réduire substantiellement la transmission du VIH. Malgré la volonté manifeste pour enrayer cette maladie, l'incidence des IST reste encore plus importante au Tchad. Selon les résultats de l'enquête IBLT de 2011, 15,1% dont 17,8% d'hommes et 11,3% de femmes déclarent avoir eu les IST au cours des 12 mois précédant l'enquête. Pourtant, le niveau de connaissance des maladies transmissibles par les rapports sexuels de la population enquêtée reste globalement élevé (80,0%).

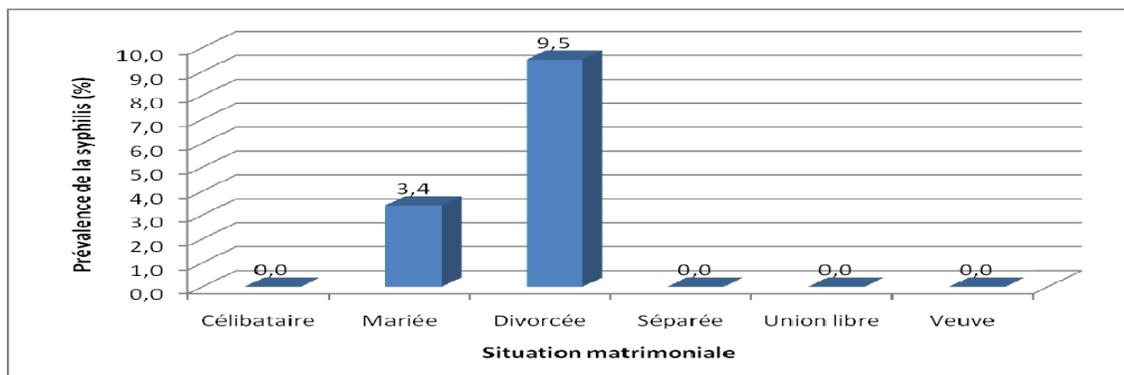
L'observation des données du graphique 4 montre que la prévalence de la syphilis dans les 15 sites sentinelles est de 3,3%. En fonction de cette prévalence moyenne, on distingue deux (2) types de sites : l'un qui regroupe Koumra, Abéché, Batchoro, Gamgir, Mao, Sarh, Moundou et Ba-Illi a une prévalence inférieure à la moyenne d'ensemble, l'autre qui comprend Guelendeng, Roi Fayçal, Doba, Bol, Djoumane, Mongo et Abtouyouur a une prévalence supérieure à la moyenne. La prévalence la plus élevée de la syphilis est observée chez les femmes vues en CPN dans le site sentinelle d'Abtouyouur. Par contre, les sites sentinelles de Koumra, d'Abéché, de Batchoro et de Gambir montrent des proportions plus faibles des femmes enceintes infectées par la syphilis, proportions inférieures à 1%.

Graphique 4 : Prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes en CPN en 2013



Comme le montrent les données du graphique 5, au cours de l'année 2013, aucun cas de la syphilis n'a été relevé chez les femmes célibataires, les séparées, les veuves ou chez celles qui vivent en concubinage (union libre). Les femmes mariées et les divorcées présentent la prévalence la plus élevée de la syphilis, alors qu'elles sont les moins infectées à VIH (graphique 3). La prévalence de la syphilis la plus élevée est observée chez les femmes divorcées.

Graphique 5 : Prévalence de la syphilis dans les sites sentinelles selon la situation matrimoniale en 2013



3.4 Prévalence du VIH au sein des groupes spécifiques

La connaissance de l'ampleur du VIH/Sida au sein des groupes à risque permet une bonne définition et une bonne réorientation des activités de lutte contre l'épidémie.

3.4.1 Prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe

Faute de données actualisées, les données utilisées sont celles de l'enquête menée dans 15 villes auprès des TS en 2009. D'après cette enquête, 20,0% des TS vivent avec le VIH dans les villes enquêtées. Les groupes d'âges les plus touchés sont ceux de 20-24 ans, 30-34 ans avec des prévalences respectivement 22,0% et 13,7%. Selon la ville de résidence, les prévalences les plus élevées sont enregistrées à Kelo (27,5%), à N'Djamena (25,5%) et à Léré (22,6%). Par ailleurs, les résultats de l'enquête séroprévalence IBLT de 2011 ont

montré que les individus des Groupes Vulnérables Prioritaires (GVP) sont nettement plus contaminés au VIH (6,5%) que les personnes enquêtées dans les ménages (4,5%) dans les 4 régions (Mandoul, Moyen Chari, Logone Occidental et Lac) enquêtées. La même source indique que la séroprévalence est de 12,4% chez les TS.

De même, un état des lieux et d'une cartographie des lieux de PS a été réalisé en août 2013 à N'Djamena. Dans cinq villes (N'Djamena, Kélo, Moundou, Doba et Koumra), 100 PS âgées de 15-34 ans dont 80 à N'Djamena et 5 dans chacune des 4 autres villes ont été identifiées et dépistées pour le VIH et les IST avec une prévalence variant entre 10% et 25%. Ces PS ont été formées sur les techniques de prévention des infections sexuellement transmissibles, de l'appareil reproducteur et sur le VIH/Sida en milieu des PS. Celles-ci ont aussi été formées sur les mesures à prendre en cas d'accident d'exposition au sexe lors des viols et des ruptures de préservatifs.

En outre, les résultats de l'enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques vis – à – vis des IST et du sida des professionnelles de sexe dans la ville de N'Djamena en 2013 montrent que la majorité des PS (99,4%) reconnaît l'existence du Sida en tant que maladie ; un peu plus d'une professionnelle de sexe sur quatre (26,2%) a une connaissance complète des moyens de prévention de virus du Sida. Dans l'ensemble, l'utilisation actuelle ou la dernière utilisation du préservatif avec un client, ce sont 85,5% des PS qui ont reconnu en avoir fait usage. S'agissant du dépistage, l'activité sexuelle intense des PS et la gratuité du test ont probablement poussé les PS à se soumettre en grand nombre à ce test sérologique. A ce sujet, environ 3 PS interrogées sur 4 (75,1%) ont affirmé avoir fait un test de dépistage, et, ce sont pratiquement toutes les PS (97,6%) ont retiré leur résultat.

3.4.2 Prévalence du VIH chez les réfugiés

Au sein de la population de réfugiés et de personnes déplacées internes de l'Est et du Sud du Tchad, la prévalence du VIH n'est pas connue. Toutefois, les zones d'accueil présentent de facteurs de risque de contamination (grande mobilité des personnes, promiscuité sur les sites d'installation, proximité de la zone pétrolière de Komé au Sud avec les réfugiés centrafricains). A cet effet, le risque pour la population de réfugiés et de déplacés de contracter le VIH à travers les rapports sexuels à risque et non protégés est souvent considérable.

Il convient de noter que les résultats de l'enquête CAP réalisée en 2009 à l'Est du Tchad ont montré une fréquence élevée de la sexualité précoce et une faible utilisation de moyens de prévention du VIH chez les réfugiés soudanais et les personnes déplacées internes de l'Est. En moyenne, 14,7% des personnes ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et une proportion relativement élevée (8,5%) des réfugiés enquêtés impliqués dans des rapports sexuels à haut risque. Seulement 0,3% des personnes enquêtées, vivant dans et autour des camps et des sites déclarent avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel. Par contre, l'Enquête menée en 2010 dans les camps de réfugiés au Sud du pays a montré une forte proportion (89,6%) des réfugiés qui ont déjà entendu parler des préservatifs et de ceux qui en utilisent (68,2%). L'enquête a révélé également que l'âge moyen au premier rapport sexuel des femmes était autour de 15 ans et celles qui affirment avoir utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel ne représentent que 15,0%.

3.4.3 Prévalence du VIH chez les co-infectés TB/VIH

Au Tchad, le dépistage du VIH chez les tuberculeux ou de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH est systématique.

La lecture du tableau 2 montre une évolution croissante du nombre de personnes dépistées au VIH parmi les patients tuberculeux depuis 2010. De 3 801 en 2010 à 4 766 en 2012, le nombre de patients souffrant de la tuberculose dépistés au VIH a atteint 4 638 en 2013. Pour la seule année 2013, le taux de dépistage est de 40,3%. Cette évolution témoigne les progrès faits chaque année en matière de dépistage systématique du VIH par les personnes malades de la tuberculose.

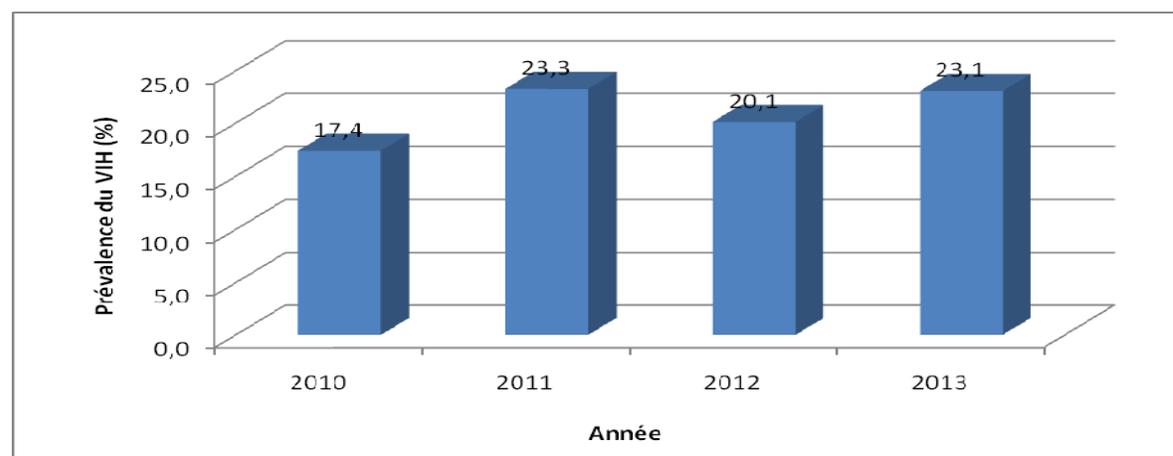
Tableau 2 : Evolution du nombre de cas de tuberculose déclarés de 2010 à 2013

Nombre de cas déclarés	Année			
	2010	2011	2012	2013
Nombre de personnes malades de la tuberculose	9 899	10 770	10 880	11 505
Nombre de personnes malades de la tuberculose testées au VIH	3 801	4 124	4 766	4 638
Nombre de personnes malades de la tuberculose séropositives	663	959	960	1073

Source : Rapport PNT, 2010, 2011, 2012, 2013

L'examen du graphique 6 montre l'évolution dans le temps de la prévalence du VIH chez les co-infectés TB/VIH. D'après les données ci-dessous, et ce pour les trois (3) dernières années, la prévalence du VIH chez les co-infectés TB/VIH est presque stagnante. Moyennement faible en 2010, cette prévalence dépasse largement les 20% en 2013.

Graphique 6 : Evolution dans le temps de la prévalence du VIH chez les co-infectés TB/VIH



Source : Rapports PNT, 2010, 2011, 2012, 2013

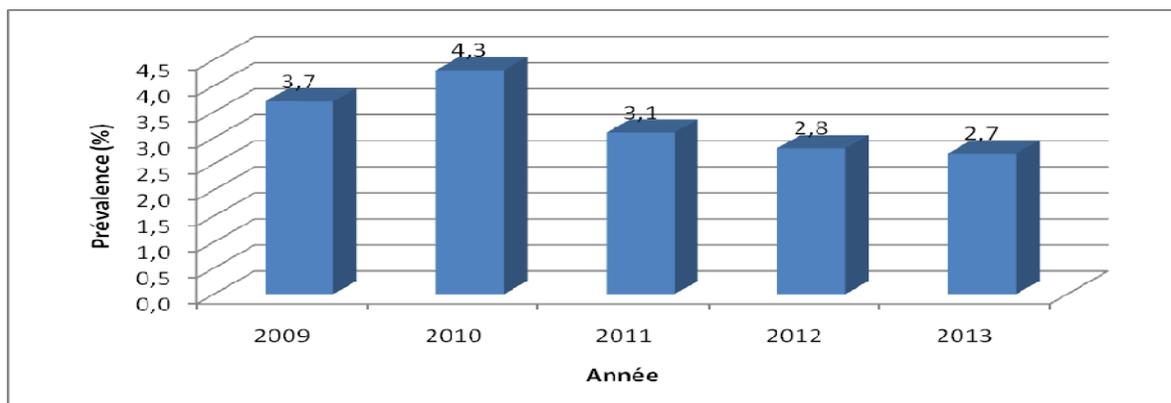
3.4.4 Prévalence du VIH chez les donneurs de sang

D'après le rapport d'activités du CNTS de l'année 2013, la prévalence du VIH chez les donneurs de sang est estimée à 2,7% dont 2,2% à N'Djamena et 2,9% dans les autres régions. Entre 2012 et 2013, la situation d'infection à VIH chez les donneurs de sang semble stagner, où en 2012, la prévalence était de 1,9% et 3,0% respectivement à N'Djamena et dans les autres régions.

Les données du graphique 7 ci-dessous montrent que la prévalence du VIH de 2013 chez les donneurs de sang ne se diffère pas fondamentalement de celle de 2012. Par contre, pour les trois (3) années précédentes (2009, 2010 et 2011), elle varie fortement et atteint le maximum en 2010. Cette situation de persistance de la prévalence

relativement élevée du VIH appelle encore plus de vigilance dans la sécurisation de sang chez les donneurs de sang.

Graphique 7 : Evolution dans le temps de la prévalence du VIH chez les donneurs de sang



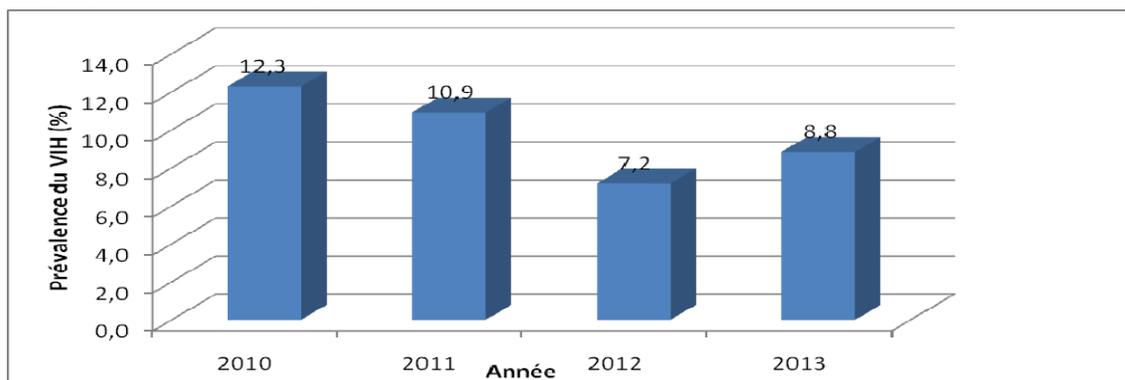
Source : Rapport CNTS, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013

3.4.5 Prévalence du VIH dans les CDV

La connaissance de la prévalence du VIH dans les CDV permet de se rendre compte d'une part de la situation d'infection et d'autre part, une prise en charge médicale et psychologique des personnes infectées.

L'examen du graphique 8 indique que d'une manière générale, la prévalence du VIH dans les Centres de Dépistage Volontaires diminue d'une année à une autre. Relativement à l'année 2013, elle est plus élevée que celle observée en 2012. Le niveau élevé de la prévalence du VIH dans les CDV serait liée à un effet de sélection, en ce sens que les personnes référées seraient celles qui ont soit connu plusieurs épisodes de maladies, soit celles qui se reconnaissent comme des personnes potentiellement infectées suite à la description des signes caractéristiques par un pair éducateur lors d'une séance de paire éducation. Il peut s'agir également d'une dynamique enclenchée dans l'adoption des comportements à moindre risque.

Graphique 8 : Evolution de la prévalence du VIH dans les CDV de 2010 à 2013



3.4.6 Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

Bien que le phénomène de rapports sexuels entre les hommes existe au Tchad, le pays ne dispose pas des données chiffrées pour cerner l'ampleur du phénomène. Toutefois, le CNLS reconnaît la nécessité de prise en charge de ce groupe à haut risque dans le plan stratégique national 2012-2015. Pour ce faire, il est prévu une analyse de la situation ciblant les minorités sexuelles.

3.4.7 Prévalence du VIH dans les zones lacustres

La population qui vit autour du Lac-Tchad est composée en grande partie des pêcheurs venus de plusieurs pays. Le brassage de ces personnes de différentes nationalités dont on connaît mal le passé sanitaire et surtout sexuel peut être source des IST dont le VIH. De source de l'enquête socio-comportementale et de la séroprévalence d'IBLT de 2011, la prévalence dans la population du bassin conventionnel du Lac-Tchad est estimée à 5,5%. Les femmes sont nettement plus infectées (7,4%) que les hommes (4,1%). Le niveau de connaissance de la maladie dans la population enquêtée est de 34,1%.

IV- RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DU SIDA

4.1 Aspects organisationnels de la riposte

Le Tchad, à travers les différentes déclarations sur le VIH/Sida, notamment la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida de 2001, la Déclaration de politique sur le VIH/Sida de 2006 et, surtout celle de juin 2011 au sommet de haut niveau sur le VIH/Sida de New York, s'est résolument engagé à mettre en œuvre des actions multisectorielles sur différents fronts afin d'assurer un appui efficace à la réponse nationale au VIH dans le but de stopper la progression de la maladie et inverser la tendance d'ici 2015 comme le stipule les OMD à l'objectif 6 et cible 7.

Au plan politique, l'organisation de la riposte nationale au VIH se caractérise par :

- La mise en place d'un cadre organisationnel et institutionnel de la lutte ;
- L'engagement au plus haut niveau des autorités en faveur de la riposte au Sida ;
- L'adhésion du Tchad à la vision Zéro de l'ONUSIDA à travers le Plan Stratégique national 2012-2015 ;
- L'instauration d'une réunion mensuelle sur la santé, présidée par le Président de la République ;
- L'annonce de la gratuité du traitement en 2007 ;
- La mise en place d'une équipe conjointe se composant de tous les points focaux VIH du système des Nations Unies, des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux impliqués dans la riposte au Tchad ;
- La décentralisation de la lutte à la faveur de la mise en place des conseils régionaux ;
- L'implication de tous les partenaires au développement.

Au plan stratégique, la mise en place du Plan Stratégique National de riposte au Sida pour la période 2007-2011 a couvert tous les domaines de la riposte au VIH. Il s'agit entre autres de la prévention en milieu communautaire et en milieu de soins et traitement, de la prise en charge et de l'appui. Revu en 2011, ce cadre a permis de dégager les principaux défis en vue de la formulation du nouveau plan stratégique 2012-2015.

A l'issue de l'analyse des résultats et des données sur l'impact de la lutte à travers la revue du cadre stratégique, des progrès importants ont été enregistrés, ce sont :

- La sensibilisation des populations en général et, en particulier, celles à haut risque comme les jeunes, les hommes en tenue, les professionnels de sexe, la population carcérale, etc. On doit la réussite de cette sensibilisation au suivi des CDV et aux interventions sur le terrain des OSC dont la plupart ont fait de l'IEC/CCC et de la mobilisation sociale leur activité primordiale ;
- La mise en place de l'approche des conversations communautaires ;
- La mise en place progressive et significative de mesures pour la PTME ;
- L'existence et le fonctionnement de sites sentinelles permettant de suivre l'importance et l'évolution du VIH et des IST chez les femmes enceintes en vue de dégager la tendance de l'épidémie à VIH dans le temps;
- L'intensification de la prise en charge médicale du fait de l'engagement du gouvernement à rendre gratuite la prise en charge aussi bien des infections à VIH que des IST.

4.2 Prévention

En matière de mesures de prévention pour réduire l'impact du VIH et du Sida, les actions du plan stratégique national 2012-2015 s'inscrivent dans la continuité de celles de l'ancien cadre. Il s'agit de :

- La prévention de la transmission sexuelle par la promotion des comportements sexuels à moindre risque ;
- La prévention de la transfusion sanguine par la Sécurité Transfusionnelle ;
- Le Conseil de Dépistage Volontaire ;
- La prévention de la transmission de l'infection à VIH de la mère infectée à l'enfant ;
- La prévention et la prise en charge des IST.

4.2.1 Prévention de la transmission sexuelle par la promotion des comportements sexuels à moindre risque

Dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH par la promotion des comportements sexuels à moindre risque, avec l'appui des associations à base communautaire, des OSC et des ONG, beaucoup d'activités de sensibilisation (l'IEC/CCC, la paire éducation, le plaidoyer, la mobilisation sociale, les activités de promotion des préservatifs, la communication sociale), de formation, de recyclage etc. ont été menées sur l'ensemble du territoire.

Globalement, le niveau de connaissance du VIH/Sida de la population enquêtée du bassin conventionnel du Lac-Tchad s'est amélioré. Dans l'ensemble, 81,8% de la population enquêtée dont 82,5% d'hommes et 80,9% de femmes déclarent avoir entendu parler du VIH/Sida (enquête IBLT, 2011), quoi que cette étude est circonscrite seulement dans quatre (4) régions.

Les résultats de l'enquête Evaluation finale du Projet PPLS2 en juin 2013 dans sa zone d'intervention (Logone Oriental, Logone Occidental, Mayo Kebbi Ouest, N'Djamena, Kanem et Salamat) ont montré que le test de dépistage et le retrait des résultats sont de plus en plus acceptés par la population. En effet, parmi les 34,0% des personnes âgées de 15-49 ans qui ont déclaré avoir effectué le test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois, la quasi-totalité (95,3%) connaît le résultat du test. Le pourcentage des femmes enceintes ayant été dépistées au VIH s'élève à 77,2%.

La connaissance des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les jeunes de 15-24 ans devrait produire un changement de comportement à travers l'utilisation systématique de préservatifs lors des rapports sexuels. Malheureusement, le niveau d'utilisation de ces moyens de prévention reste encore faible. D'après l'enquête Evaluation finale de PPLS2, seulement 14,3% de jeunes de 15-24 ans ont fait usage du préservatif à leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois. Le score est nettement plus supérieur chez les hommes (18,6%) que chez les femmes (11,0%)%. La même source indique que dans cette tranche d'âges, 56,8% dont 55,5% d'hommes et 57,8% de femmes savent décrire correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et rejettent les principales idées fausses. Par ailleurs, une étude comportementale auprès des TS à N'djamena a permis de connaître le comportement des PS vis à vis du VIH/Sida.

4.2.2 Prévention de la transfusion sanguine par la Sécurité Transfusionnelle

Sécuriser la transfusion sanguine est un des éléments clés pour prévenir le VIH. Les programmes de la sécurité transfusionnelle visent à faire en sorte que toutes les unités de sang soient testées pour les infections transmissibles (HBs, HCV, et RPR) et les IST, et que seules les unités qui n'ont pas réagi au test soient utilisées dans les structures sanitaires.

D'après les données du tableau 3 ci-dessous, de 2009 à 2013, le nombre des unités de sang collectées est multiplié par 3, passé de 23 316 à 69 265. Entre 2012 et 2013, le nombre de poches de collectées est passé de 44 320 à 69 265, soit une augmentation 24 945 poches de sang. Le nombre de poches de sang collectées au cours de 2013 est largement supérieur à ce qui était prévu (50 000 poches).

Au cours de l'année 2013, l'augmentation du nombre de poches de sang collectées et de celui de donneurs volontaires est due aux actions du CNTS qui se sont focalisées essentiellement sur l'intensification des campagnes médiatiques et de proximité, la promotion de collecte mobile et la vérification systématique de toutes les poches de sang par les quatre (4) marqueurs et la promotion des donneurs volontaires.

Il faut dire qu'au niveau de N'Djamena, la sécurité transfusionnelle est assurée à 100% pour les 4 marqueurs (selon le rapport du CNTS). Mais dans les autres régions, à cause de la rupture de certains réactifs, le contrôle est assuré à plus de 95% en dehors du VIH. Pour l'année 2013, le don de sang volontaire représente 17,8% des unités de sang collectées à N'Djamena contre 20,4% en 2012. Il y a lieu de noter également que les unités de sang collectées en 2013 représentent 69% des besoins nationaux en donc de sang contre 30%, 44,14% respectivement en 2011 et 2012.

Tableau 3 : Evolution du nombre de poches de sang collectées de 2009 à 2013

Année	Nombre de poches collectées
2009	23 316
2010	25 790
2011	30 123
2012	44 320
2013	69 265

Source : rapport CNTS, 2009-2013

4.2.3 Conseil et Dépistage Volontaire (CDV)

D'après le tableau 4 indiquant l'évolution des activités des CDV, d'une manière générale, il ressort que d'une année à une autre, le nombre de personnes dépistées au VIH augmente. Il est de 80 646 en 2010 à 139 734 personnes dépistées en 2013. Notons par ailleurs que le nombre de personnes dépistées pour l'année 2013 ne prend pas en compte celui de femmes enceintes conseillées et dépistées qui s'élève à 161 610. Entre 2012 et 2013, on note une baisse drastique du nombre de personnes dépistées. Cette baisse pourrait s'expliquer par le ralentissement des activités du Projet PPLS2 qui a été clôturé.

Malgré le renforcement de l'accès aux CDV suite à leur extension en milieu rural, l'introduction de la stratégie du dépistage ambulatoire et l'amélioration de l'accès à l'information sur le VIH et le Sida, l'accès et la couverture des besoins en CDV ainsi que leur utilisation restent encore globalement faibles. C'est ainsi que le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15-49 ans qui ont fait le test du VIH au cours des 12 mois derniers et qui connaissent le résultat reste encore faible. Les résultats de l'enquête Evaluation finale du Projet PPLS2 de 2013 montrent que 34,0% de la population enquêtées (32,3% chez les hommes et 35,3% chez les femmes) ont fait le dépistage.

Tableau 4 : Evolution du nombre de personnes dépistées et séropositives au VIH de 2010 à 2013

Année	Nombre de personnes dépistées	Nombre de personnes séropositives
2010	80 646	9 903
2011	153 087	16 692
2012	171 367	12 274
2013	139 734	12 344

Source : rapport APMS, 2010-2013

4.2.4 Prévention de la Transmission de l'infection du VIH de la Mère infectée à l'Enfant (PTME)

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est une préoccupation mondiale et le Tchad s'est inscrit dans la dynamique de l'élimination de cette forme de transmission du virus comme le recommandent les instances internationales. Elle est l'origine de la plupart de cas d'infection chez les jeunes de moins de 15 ans. Au Tchad, le protocole national retenu pour la prise en charge médicale des questions liées à la PTME est l'option B (la trithérapie).

Les données du tableau 5 ci-dessous mettent en évidence l'évolution des activités de la PTME dans les sites. En fait, comparativement aux autres années, les années 2010 et 2012 sont marquées par un engouement moindre de femmes aux services de la PTME. Entre 2012 et 2013, le nombre de femmes enceintes se présentant aux CPN pour la première fois a évolué de 93 839 à 331 940. Cette augmentation est probablement à imputer à l'intensification des activités de la PTME, principalement dans les 10 régions prioritaires où sont concentrées les interventions de l'UNICEF dans ce domaine. Le taux d'acceptation de femmes enceintes pour le test du VIH est passé de 58,8% en 2012 à 61,9% en 2013. Pour l'année 2013, 202 147 femmes enceintes se sont fait dépister au VIH dont 1 276 cas séropositives.

Bien que ne couvrant pas encore tout le pays, les activités que mène la PTME pour réduire le risque de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont produit des effets très encourageants ces dernières années. Entre 2012 et 2013, le nombre de sites PTME s'est accru, passant de 145 en 2012 à 463 en 2013. Par ailleurs,

l'engagement de la Première Dame en faveur de la santé de la reproduction des jeunes et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est un bon indicateur pour consolider les acquis de la PTME.

Même si en matière de couverture en sites PTME (463 sites PTME en 2013, contre 145 en 2012), des progrès très encourageants sont enregistrés, il y a lieu de noter que beaucoup reste encore à faire en ce qui concerne la couverture en termes d'accès aux ARV pour la PTME. En fait en 2013, seulement 18,1% des femmes enceintes séropositives qui ont besoins des ARV pour la PTME y ont accès en contre 14,0% en 2012.

Un autre problème est celui de diagnostic précoce (PCR) des enfants nés des mères séropositives. A ce jour, seul le HGRN de N'Djamena dispose d'un appareil qui dessert difficilement l'ensemble du pays. Les résultats des échantillons de sang transmis au HGRN par les hôpitaux régionaux sont rendus avec beaucoup de retard, ce qui ne permet pas la prise en charge médicale en temps réel de l'enfant infecté. En 2013, les enfants séropositifs nés des mères séropositives mis sous ARV représentent 15,8%.

Tableau 5 : Répartition des résultats obtenus dans les sites PTME de 2009 à 2013

Activités	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de sites PTME	93	107	140	145	463
Nombre de femmes enceintes vues en CPN1	39 418	32 977	104 274	93 839	331 940
Nombre de femmes enceintes conseillées en CPN1	32 780	25 872	81 291	65 370	101 084
Nombre de femmes enceintes testées au VIH	32 780	13 364	48 265	38 413	202 147
Nombre de femmes enceintes séropositives	1 114	618	1 516	1 078	1 276
Nombre de femmes enceintes sous ARV	1 026	834	1 611	1153	782

Source : rapport PTME, 2009-2013

4.2.5 Prévention et prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles

Une bonne prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) réduit de façon notable l'incidence du VIH dans la population. Malgré la stratégie mise en place par le Ministère de la Santé Publique pour enrayer ce fléau, les IST sont toujours omniprésentes. Car, selon les résultats de l'enquête IBLT de 2011, plus de 1 personne interviewée sur 7 (15,1%) a déclaré avoir déjà eu une IST. La prévalence des IST est plus élevée chez les hommes (17,8%) que chez les femmes (11,3%). De plus, les données du PSLS de 2012 indiquent qu'environ 42 362 personnes souffrant des IST ont reçu un traitement.

4.3 Prise en charge médicale et communautaire

Les associations à base communautaires et les structures sanitaires ont apporté de soins de santé et autres appuis aux PVVIH et autres personnes vulnérables pendant la période de rédaction du rapport.

Ainsi :

- Le nombre de patients sous ARV est resté plus ou moins constant autour de 40 000 entre 2012 et 2013 ;
- Le pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès est de 42,56% en 2012 et est resté plus ou moins stable en 2013 ;
- 22,85% d'enfants nés des mères séropositives au VIH ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux (2) premiers mois de vie ;

- 90,60% des patients sous ARV (dont 90,60% d'hommes et 90,70% de femmes) dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétroviral.

En termes des actions communautaires, on note :

- La formation des 1 859 prestataires communautaires par PPLS2 pour prodiguer des conseils aux femmes en âge de procréer sur les questions liées à la santé de la reproduction (PF, IST, VIH/sida) ;
- La formation des 5 759 jeunes sur les techniques de sensibilisation en vue de la prévention de la transmission du virus du Sida ;
- La formation des 50 médiateurs de santé et 75 Conseillers psychosociaux recyclés pour assurer le suivi du couple mère enfant dans 10 régions prioritaires en 2013;
- La révision en octobre 2013 de la Loi 19 pour intégrer les aspects de la prévention tels que la PTME, le genre et la prévention chez les prisonniers (grâce à l'appui financier de l'ONUSIDA) ;
- La formation des 35 magistrats sur la prise en charge des questions de stigmatisation dans les services judiciaires dans 13 régions du Pays ;
- La visite à domicile et l'émergence des clubs d'observance à l'endroit des PVVIH ;
- La prise en charge au point de vue nutritionnel, psychosocial, scolaire, des personnes vivant avec le VIH et les OEV.

4.4 Connaissances et changement dans les comportements

L'identification correcte des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et le rejet des idées fausses concernant la transmission et la prévention du VIH, l'utilisation systématique des préservatifs lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier dans les 12 derniers mois, ainsi que l'utilisation des méthodes modernes de contraception pourraient induire un changement des comportements. Néanmoins, le niveau de ces indicateurs est malheureusement très bas au Tchad, surtout chez les Jeunes de 15-24 ans.

En effet, pour ce qui est de la connaissance de la transmission du VIH, des fausses idées à propos du VIH et de la connaissance approfondie du VIH (MICS 2010), on note que les jeunes filles de 15-24 ans qui savent qu'on peut éviter la transmission en ayant qu'un partenaire sexuel fidèle non infecté et en utilisant un préservatif à chaque fois sont évoqués respectivement dans 40,1% et 31,3% des cas ; seulement 26,7% d'entre elles ont cité à la fois ces deux moyens. Les femmes de la même tranche d'âge qui rejettent les deux fausses idées les plus courantes et qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du Sida représentent 15,7% ; celles qui ont déclaré avoir une connaissance approfondie du VIH représentent 10,1%.

De surcroît, chez les jeunes (hommes et femmes) de 15-24 ans décrivant correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et rejetant les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH, l'enquête Evaluation finale du Projet PPLS2 de juin 2013 indique une proportion de 56,8%. Les femmes de la tranche d'âge susmentionnée ont plus de connaissance sur les moyens de prévention que les hommes (57,8% parmi les femmes et 55,5% parmi les hommes). Concernant l'utilisation des préservatifs au dernier rapport sexuel, au cours des 12 derniers mois avec un partenaire non régulier, la même source indique

que 14,3% des jeunes interrogés ont déclaré l'avoir utilisé. A ce sujet, les hommes ont un score supérieur à celui des femmes, 18,6% et 11,0% respectivement pour les hommes et les femmes.

Au Tchad, la prévalence de la contraception moderne est très faible. Estimée à 2,0% en 2004 chez les femmes de 15-49 ans (EDST, 2004), la prévalence de la contraception moderne est de 4,8% en 2010 (MICS, 2010). Dans l'ex-zone d'intervention du Projet PPLS2, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est évaluée à 33,5% en 2013 (enquête Evaluation finale PPLS2, 2013).

Par ailleurs, le rapport de l'enquête par grappes à indicateurs multiples de 2010 (MICS 2010) indique que le taux de fréquentation scolaire est de 66,94% chez les orphelins, parmi les non orphelins, il est de 56,73%. On remarque par ailleurs que, d'une manière générale, les orphelins fréquentent mieux que les non orphelins.

4.5 Atténuation de l'impact du VIH

Pour atténuer l'impact du VIH sur les personnes infectées et affectées, plusieurs actions ont été réalisées en leur faveur.

On note entre autres:

- ✓ 19 895 adultes et enfants vivant avec le VIH ont reçu un soutien psychosocial (rapport UNAD, 2012);
- ✓ 8 750 OEV âgés de 0 à 17 ans ont reçu un appui nutritionnel et 7 206 autres OEV du même groupe d'âges ont bénéficié d'un appui en éducation (rapport UNAD, 2012);
- ✓ 800 PVVIH ont reçu un appui nutritionnel en 2013;
- ✓ 600 OEV ont reçu un appui alimentaire et 8 860 OEV ont reçu un appui scolaire en 2013 ;
- ✓ 1 859 prestataires communautaires formés pour 220 sites de communication sociale créés en fin 2012 (rapport PPLS2, 2012) ;
- ✓ 5 759 jeunes formés dans le cadre de la prestation communautaire en 2013 ;
- ✓ 262 365 femmes en âge de procréer ont bénéficié des enseignements et des conseils en matière de la planification familiale ;
- ✓ 750 femmes enceintes ont reçu un appui alimentaire en 2013;
- ✓ 3 205 PVVIH et OEAV ont bénéficié de l'appui social, économique et juridique (rapport PPLS2, 2012);
- ✓ Le taux de fréquentation scolaire est 66,94% chez les orphelins, alors qu'il est de 56,73% chez les non orphelins (rapport MICS, 2010)
- ✓ 40 584 PVVIH sous ARV (rapport PSLS, 2013) ;
- ✓ 331 940 femmes enceintes ont été vues en CPN1 dont 202 147 dépistées au VIH (rapport PTME, 2013).

4.6 Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

Les dépenses affectées à la riposte nationale au Sida sont estimées à 8 174 475 706 FCFA et à 8 816 326 850, respectivement pour les années 2012 et 2013 (source : REDES, 2014). La dépense de l'année 2013 a connu une

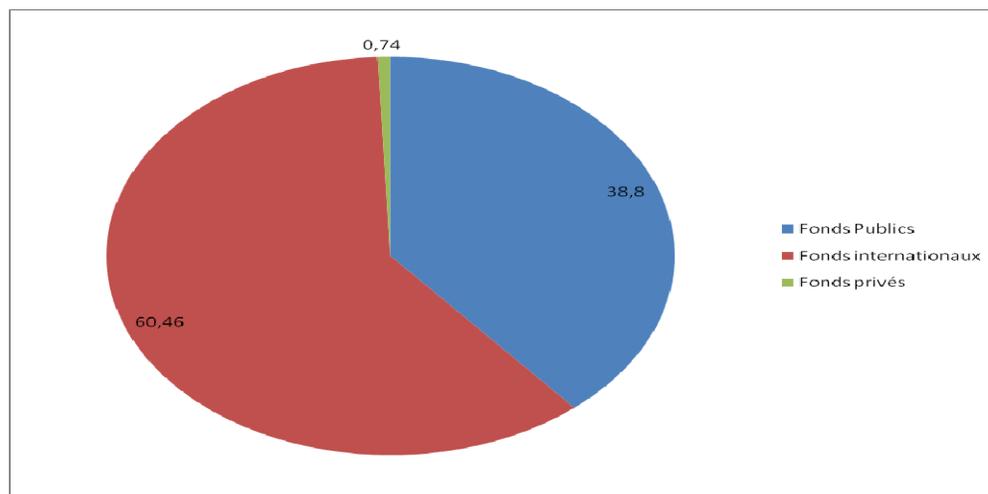
légère hausse, par rapport à celle de 2012 comme indiqué dans le tableau 4. Quelle que soit l'année, la source de financement la plus importante reste les fonds provenant des organismes internationaux qui s'élèvent à 6 443 146 387 FCFA en 2013. Par ailleurs, les fonds provenant de l'Etat tchadien pour le financement de la réponse nationale du VIH/Sida ont connu une baisse relative, passant de 3 171 889 260 FCFA en 2012 à 2 311 295 498 en 2013.

Tableau 6 : Répartition des dépenses par source de financement de 2012 à 2013

Source de financement	Dépenses de 2012 en FCFA		Dépense de 2013 en FCFA	
	Chiffre	%	Chiffre	%
Fonds publics	3 171 889 260	38,80	2 311 295 498	26,22
Fonds internationaux	4 942 173 047	60,46	6 443 146 387	73,08
Fonds privés	60 413 399	0,74	61 884 965	0,70
Total	8 174 475 706	100,00	8 816 326 850	100,00

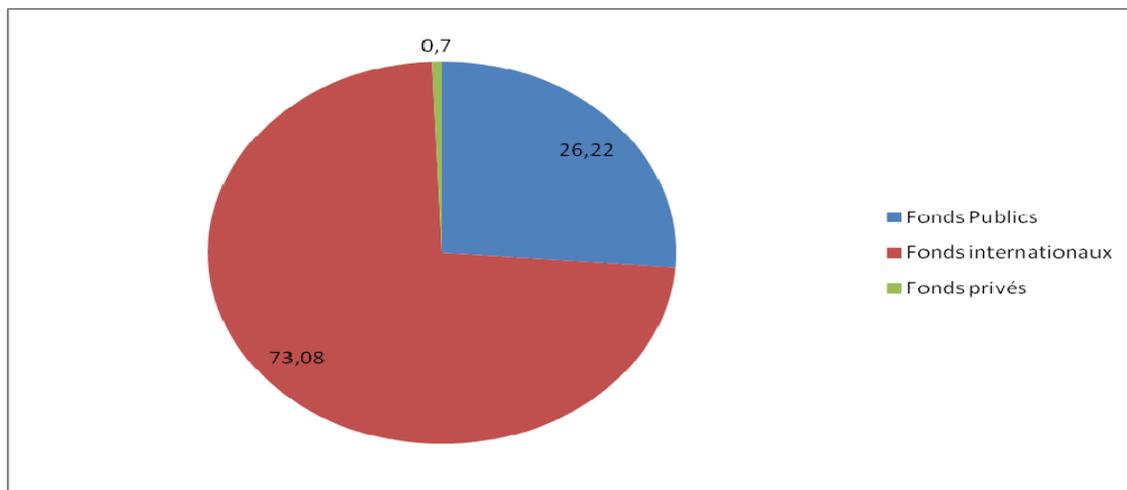
Il ressort de l'analyse de la figure 1 ci-dessous que, si bien que le gros contributeur dans la lutte contre le Sida reste le financement extérieur, l'on remarque que la part de ressources domestiques allouées à la riposte au VIH/Sida a sensiblement augmenté en 2012. Cette hausse de la contribution de l'Etat tchadien dans les dépenses liées à la lutte contre le VIH et le Sida prouve donc son engagement réel à inverser la tendance d'ici 2015 comme le stipule l'objectif 4 des OMD.

Figure 1 : Répartition (%) des dépenses par source de financement en 2012



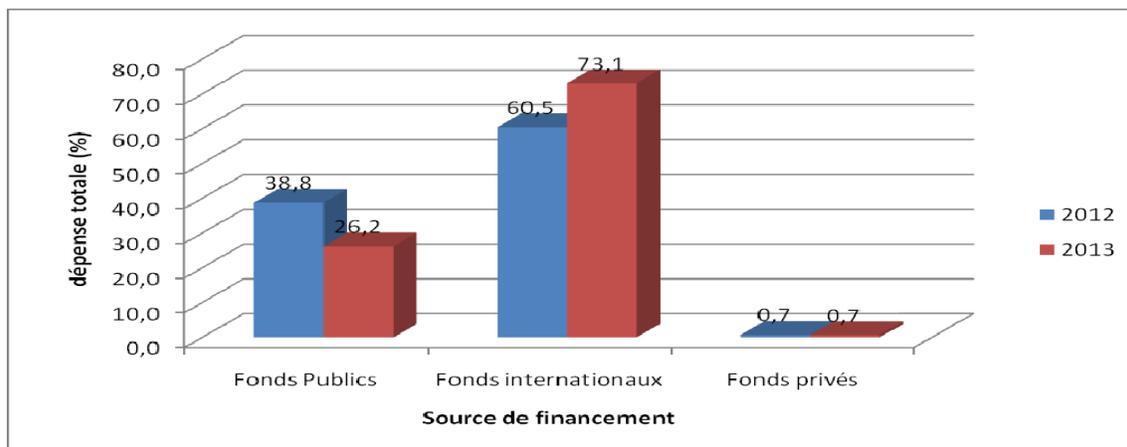
La figure 2 qui met en évidence la répartition (%) des dépenses totales par source de financement montre qu'en 2013, la source de financement la plus importante reste toujours celle des fonds internationaux constitués de la contribution directe des bilatéraux, les multilatéraux, les organisations et fondations internationales. Comparativement à l'année 2012, on l'on note une augmentation des fonds internationaux et une diminution de la contribution de l'Etat tchadien en 2013. Par ailleurs, le financement en provenance des fonds privés reste le plus faible dans l'ensemble des fonds affectés à la lutte contre le VIH et le Sida au Tchad.

Figure 2 : Répartition (%) des dépenses par source de financement en 2013



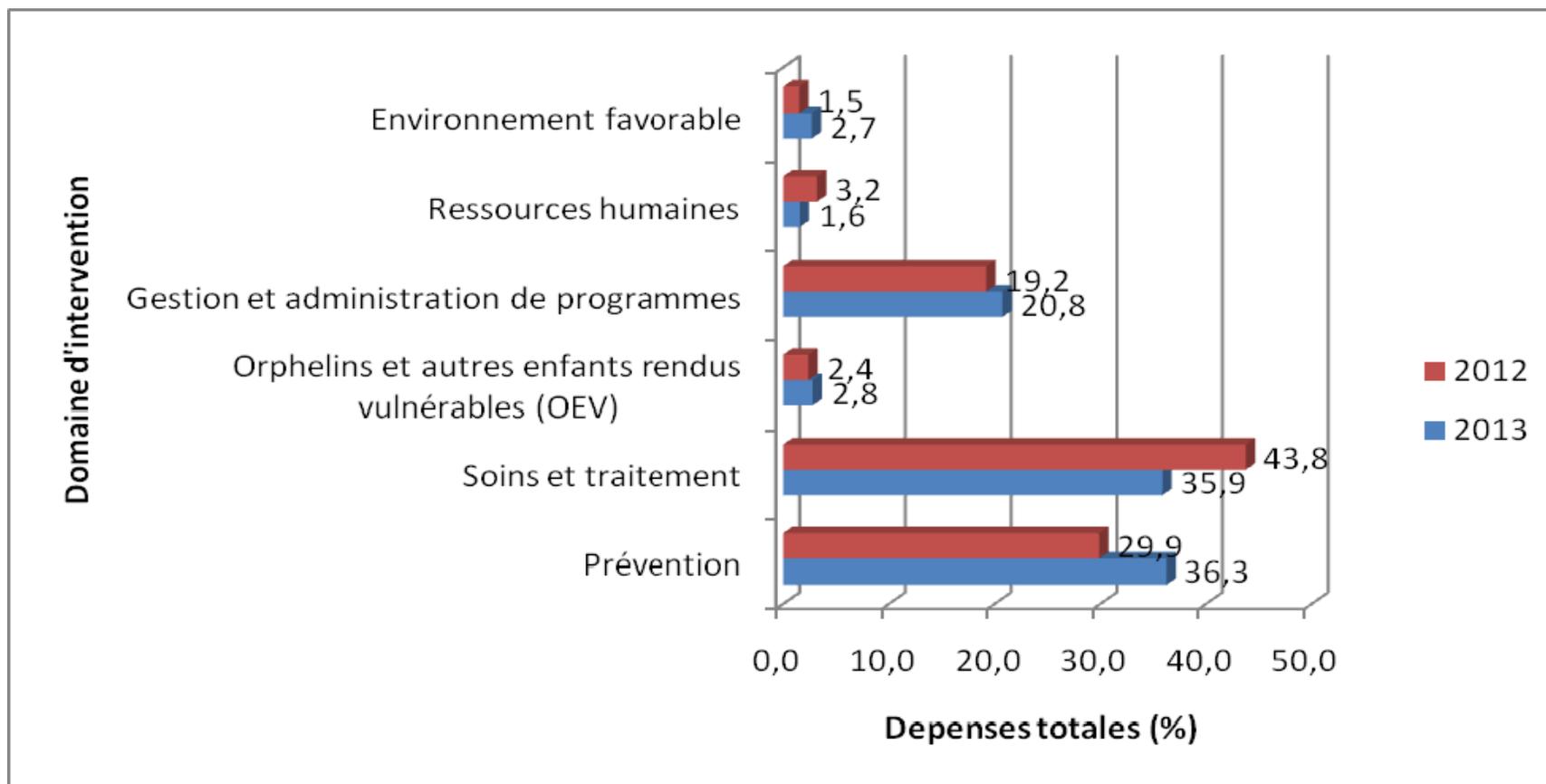
Les données du graphique 9 montrent que d'une manière générale, entre 2012 et 2013, l'essentiel des dépenses engagées dans la lutte contre le VIH et le Sida provient des fonds internationaux. Au cours de cette période, les fonds en provenance de l'Etat tchadien ont connu une baisse, tandis que ceux provenant du privé sont restés stagnants.

Graphique 9 : Répartition (%) des dépenses totales par source de financement en 2012 et 2013



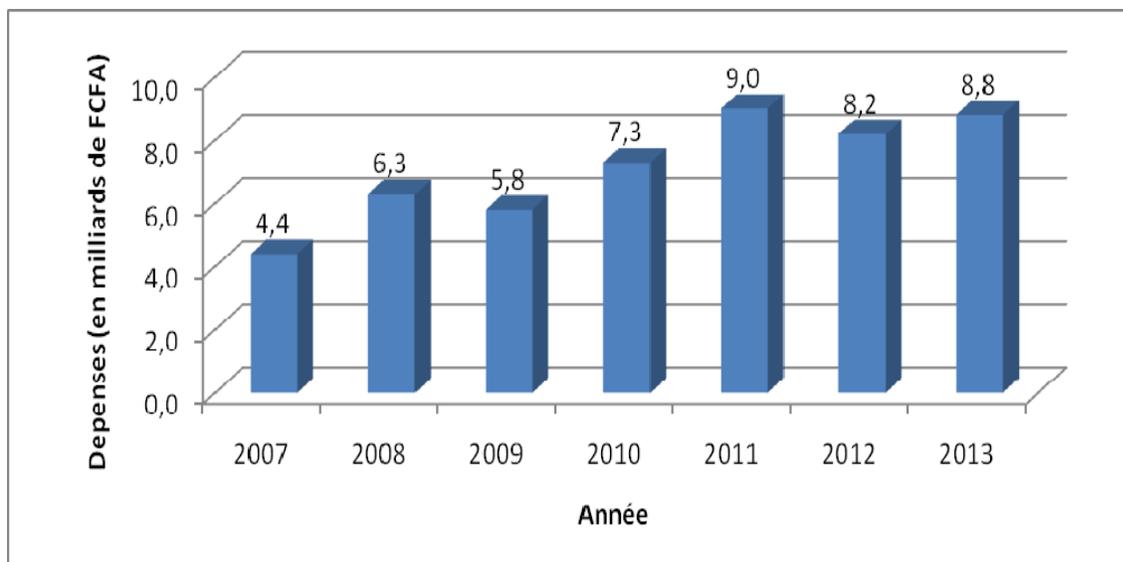
La lecture du graphique 10 ci-dessous fait observer que, d'une manière générale, les aspects des interventions comme la prévention ou les soins et traitement absorbent la grosse part des dépenses allouées à la riposte nationale au VIH et au Sida. Pour les deux (2) années (2012 et 2013), on note un faible taux de dépenses consacrées à des domaines d'interventions comme les orphelins et enfants vulnérables ou les ressources humaines. Alors que les dépenses affectées pour le fonctionnement de l'administration et la gestion de programmes sont relativement élevées.

Graphique 10: Répartition des dépenses par domaine d'interventions en 2012 et 2013 (%)



Les données du graphique 11 indiquent qu'en dehors des années 2009 et 2012, les dépenses engagées pour la lutte contre le VIH et le Sida augmentent d'une année à l'autre ; elles ont atteint le maximum en 2011. Entre 2012 et 2013, les dépenses ont connu une hausse relative de 0,6 Milliard de FCFA.

Graphique 11 : Evolution des dépenses par année de 2007 à 2013



V- MEILLEURES PRATIQUES

Les meilleures pratiques qui se dégagent dans le contexte du Tchad se déclinent comme ci-après :

5.1 Direction politique

- L'affirmation du leadership des plus hautes autorités de l'Etat notamment l'engagement du Chef de l'Etat lors du sommet de haut niveau sur le Sida en juin 2011. C'est grâce à cet engagement que la mobilisation de ses pairs en faveur de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été rendue possible. Au Tchad, l'ancrage institutionnel de la riposte nationale au Sida à la Primature est encore un autre signal de l'engagement politique, de l'appropriation et du leadership dans la réponse au Sida.
- L'instauration par le Chef de l'Etat d'une réunion mensuelle de travail qui regroupe l'ensemble des acteurs impliqués dans le système de santé au Tchad afin d'évaluer aussi bien les indicateurs en matière de santé en général que ceux liés au VIH en particulier.
- L'engagement de la Première Dame, matérialisé par l'élaboration de son agenda en 2011 en faveur de la santé de la reproduction des jeunes et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et son élection comme présidente de l'OPDAS depuis juin 2013.
- La contribution considérable de l'Etat tchadien à hauteur de 57% de fonds engagés sur le budget de l'Etat pour l'achat des intrants (ARV, réactifs et consommables).
- La révision en octobre 2013 de la Loi 19 intégrant les aspects de la prévention tels que la PTME, le genre et la prévention chez les prisonniers.

5.2 Environnement politique propice

- L'environnement politique au Tchad ces dernières années est caractérisé par une stabilité qui suscite la confiance des partenaires au développement à investir dans le pays.
- L'effectivité de la multisectorialité au Tchad à travers l'implication remarquable des différents acteurs tels que les différents secteurs, les associations et ONG, la société civile, le système des Nations Unies, etc.
- La synergie d'action entre la partie nationale et les partenaires au développement qui se manifeste par la mise en place d'une équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH/Sida;
- La décentralisation de la réponse nationale au Sida par la mise en place des conseils régionaux (17 sur 23 régions).

5.3 Intensification des programmes efficaces de prévention

- La campagne de mobilisation sociale et de la PTME, appuyée financièrement par ONUSIDA, a été organisée par la Première Dame à Pala en 2013.
- L'acquisition de la première unité mobile de dépistage à travers le projet IBLT ;
- L'organisation, par l'ONG Initiative et Développement, des vacances sans Sida avec les jeunes à Moundou ;
- Le couplage de la mobilisation sociale avec des séances de dépistage volontaire ayant permis de dépister davantage des clients ;
- L'intensification des campagnes médiatiques et de proximité organisées par le CNTS dans certaines régions du pays ayant contribué à l'augmentation du nombre de donateurs volontaires de sang ;
- La réalisation des stratégies mobiles de dépistage du VIH dans le pays a joué grandement dans l'accès des populations rurales au dépistage et à l'accroissement du nombre de PVVIH sous ARV ;
- L'identification et la formation des 67 conseillers issus des associations des PVVIH, qui travaillent dans les CDV à travers le pays ;

Le projet d'extension de l'approche dite de conversation communautaire dans onze régions hormis les deux (2) zones pilotes du projet.

5.4 Suivi et évaluation

- Grâce à l'appui de l'ONUSIDA et du PSL, Les données de la surveillance sont disponibles pour calibrer l'épidémie du VIH au Tchad et dégager la tendance de l'épidémie à partir du logiciel spectrum
- Le rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2012-2015 est disponible
- Grâce à l'expérience de l'étude NASA/REDES, les dépenses en matière de VIH en 2013 ont été estimées ;
- Un groupe de travail sur le suivi et évaluation a également été mis en place ;
- Les points focaux en S&E ont été formés sur le logiciel SPSS pour la gestion des données VIH ;
- Grâce aux formations organisées par l'ONUSIDA, les estimations et les projections ont été rendues possibles. Ces données ont permis aussi bien d'alimenter le rapport JMPS 2013 que le rapport GARPR 2013 ;
- En 2013, avec l'appui de l'ONUSIDA, 35 responsables nationaux ont été formés en suivi/évaluation sur les logiciels de traitement et d'analyse des données sur le VIH ;
- Les appuis de l'ONUSIDA, du CNLS et Fonds mondial ont permis de réaliser l'étude stigma index.

VI- PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

6.1 Principaux obstacles rencontrés en 2013 et progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives

La dynamique de l'épidémie et le niveau de la riposte font apparaître plusieurs défis qui se présentent comme ci-après :

- Faible engouement des femmes pour la CPN ;
- Faible implication de la communauté dans la PTME ;
- Manque de données sur les populations clés à haut risque ;
- Barrières socioculturelles pour l'utilisation des préservatifs ;
- Stigmatisation et discrimination constituant des obstacles importants à la réponse nationale au Sida ;
- Faiblesse d'appropriation de la réponse nationale par la société civile et le corps judiciaire;
- Faible prise en charge juridique des questions liées aux VBG ;
- Difficultés pour la mise en œuvre des plans stratégiques du RNTAP+ et de l'observatoire des droits des PVVIH ;
- Faiblesse des ressources affectées à la société civile ;
- Faibles capacités techniques impactant la coordination et la mise en œuvre des programmes VIH ;
- Faiblesse du système sanitaire entraînant des dysfonctionnements à tous les niveaux ;
- Faiblesse du SIS (inadéquat suivi des patients sous ARV, faible contrôle de la qualité des données).

Malgré ces obstacles à la riposte nationale au VIH et au Sida, des progrès encourageants ont été enregistrés et font penser à une amélioration de la riposte. Nous pouvons citer :

- 100 PS identifiées à N'Djamena, Kélo, Moundou, Doba et Koumra ont été testées à la fois pour VIH et IST;
- A la fin de 2013, 18,1% des femmes enceintes ont eu accès à la prophylaxie ARV pour réduire la transmission mère-enfant du VIH ;
- A la fin de 2013, environ 43% de personnes éligibles ont eu accès au traitement ARV ;
- Les cliniques juridiques ont été revitalisées ;
- 150 personnes formées sur le VIH et les droits humains ;
- Révision de la loi 19 pour intégrer les aspects de la prévention tels que la PTME, le genre et la prévention chez les prisonniers ;
- L'engagement des autorités administratives, religieuses et traditionnelles à vulgariser la loi 19 ;
- La disponibilité de l'information stratégique sur le financement du Sida ;
- L'augmentation des ressources domestiques pour l'achat des ARV ;
- La participation active de l'ONUSIDA à la mission conjointe « Global Fund and JURTA » qui a contribué à lever les obstacles pour la signature de la phase du R8 ;
- La revue du PSN 2012-2015 qui a permis de développer un plan d'accélération devant servir de document de base à l'élaboration de la note conceptuelle à soumettre au Fonds mondial dans le cadre du Nouveau Mécanisme de Financement ;
- Le nombre de points de vente de préservatifs a connu une augmentation significative, de 6 850 en fin 2012 à 7 644 en fin 2013;
- Comparativement à l'année 2012, le nombre de préservatifs vendus a connu une hausse, passant de 4 612 468 en fin 2012 à 5 965 095 en fin 2013;
- Le nombre de sites PTME a connu une hausse (463 en fin 2013) ;
- Le nombre personnes sous ARV est de 40 584 ;

- Hausse aussi du nombre des PVVIH (Psychosocial) et des OEV (scolaire) bénéficiant d'un appui divers.

6.2 Les obstacles rencontrés au cours de la période de collecte de données pour l'élaboration du rapport

Les principaux sont :

- Non désagrégation de certaines données par sexe et par âge ;
- Absence de données pour mesurer le niveau réel du risque à VIH dans certaines cibles comme les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (MSM) et les utilisateurs des drogues injectables (UDI) ;
- Non concordance de données issues de différentes structures (AMASOT, CNLS, PSLs, FOSAP, APMS, UNAD etc.).
- Données non actualisées sur les professionnelles de sexe, couvrant l'ensemble du pays (la dernière enquête date de 2009).

6.3 Les mesures correctives proposées en vue d'améliorer la qualité du rapport à venir

- Disponibilité et harmonisation des outils de collecte dans les structures sanitaires et communautaires pour garantir la qualité de données collectées ;
- Mettre en place une unité de gestion de données tant au niveau central que régional ;
- Conduire des études sur des groupes spécifiques (MSM, UDI, TS etc.) tel que prévu dans le nouveau plan stratégique 2012-2015.

VII- SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

Les partenaires au développement continuent toujours, comme dans le passé d'accompagner le Tchad dans la réponse nationale au VIH. Pendant la période de la rédaction du rapport, leurs appuis techniques et financiers se sont bien illustrés dans des domaines comme :

- Adoption du plan stratégique 2012-2015 ;
- Appui à la collecte dans les sites sentinelles ;
- Appui institutionnel du CNLS ;
- Appui au plan d'élimination de la Transmission Mère-Enfant (e-TME) ;
- L'élaboration du plan de suivi/évaluation du cadre stratégique 2012-2015 ;
- Plaidoyer pour les ressources innovantes pour la riposte au Sida ;
- Appui à la mise en œuvre de l'agenda de la Première Dame ;
- Appui à la mise en œuvre des activités d'intégration VIH et santé de la reproduction à travers la mise en œuvre des activités de mobilisation sociale du RNTAP+ et la prévention primaire chez les PS dans cinq (5) villes du pays.

VIII- ENVIRONNEMENT DE SUIVI ET EVALUATION

La mise en œuvre du cadre stratégique 2007-2011 s'est accompagnée d'un plan de suivi et évaluation, qui décrit le système national de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion des informations relatives à l'atteinte des objectifs, des résultats et des indicateurs définis dans le cadre stratégique national. Le plan de suivi et évaluation s'inscrit dans le principe de « Three Ones ».

La revue du cadre stratégique a permis de faire une analyse de la situation actuelle et déterminer les forces et faiblesses du système de suivi et évaluation au Tchad. De cette analyse, il ressort les points ci-après :

- Un système de surveillance a été mis en place depuis 1988, et le nombre de sites sentinelles fonctionnels aurait progressivement augmenté (de 7 en 1999 il est passé à 17 en 2003) avec une période d'interruption après 2003 puis la reprise en 2009 à 2011. Les données de 2012 n'ont été exploitées à cause des grèves massives dans le secteur de la Santé au Tchad. Par contre, celles de 2013 ont été exploitées et sont disponibles.
- Le cadre stratégique semble accorder une place importante aux questions d'études, de collecte de données et d'information stratégique, c'est-à-dire un des 6 principaux axes stratégiques. Il s'agirait tant d'entreprendre des enquêtes séro-épidémiologiques, de surveillance sentinelle, comportementales, etc. que de mettre en place et/ou de renforcer des structures/institutions de collecte de données ;
- Beaucoup d'attention est également portée sur la mise en place d'un plan de suivi et évaluation, avec des indicateurs d'impact bien définis ;
- Le plan stratégique national a prévu mettre en place un système informatisé d'analyse de données et de rétro-information.

De l'analyse de la situation et de la réponse du suivi-évaluation issue de la revue, un nouveau plan multisectoriel de suivi-évaluation a été élaboré et est actuellement en cours de mise en œuvre.

8.1 Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du suivi et évaluation

En dépit de quelques avancées dans le système de suivi et évaluation, on note une persistance d'un certain nombre de difficultés entravant la mise en place d'un système fonctionnel de suivi et évaluation et, d'une structure permettant une collecte régulière de données, la production et la diffusion de l'information stratégique. Ces difficultés sont entre autres :

- L'irrégularité des réunions de coordination notamment du groupe de travail sur le suivi et évaluation (GTSE) ;
- L'insuffisance de supervisions de sites de surveillance du VIH ainsi que dans les traitements et les analyses des données disponibles ;
- L'insuffisance des moyens logistiques pour la supervision et la collecte de données ;
- L'insuffisance des ressources qualifiées (épidémiologiste, spécialiste en santé publique, etc.) à différents niveaux (central et régional) ;
- L'absence d'une unité nationale chargée de gérer une base de données centrale en matière de VIH. Le service de suivi/évaluation du CNLS, faute de moyens, n'existe que de nom ;
- L'inexistence d'une banque de données aussi bien au niveau central que régional ;
- L'absence d'un système adéquat de suivi de la résistance aux ARV et de la gestion des intrants entraînant par moment des ruptures préjudiciables aux PVVIH ;
- La faible performance du système de collecte de données (irrégularité dans la transmission des rapports, existence de plusieurs circuits de transmission, diversité d'outils de collecte de données, complexité des outils de collecte de données, multitude de données à collecter, etc.) ;

- La faible complétude des rapports d'activités ;
- L'insuffisance de la remontée et de rétro-information aux acteurs ;
- La faible implication du système communautaire dans le suivi et évaluation ;
- L'insuffisance dans l'appropriation des indicateurs par certains acteurs impliqués.

8.2 Les mesures correctives prévues pour surmonter les difficultés

Pour surmonter les difficultés rencontrées, le CNLS a prévu quelques pistes de solutions se déclinant comme suit :

- Le renforcement ou la redynamisation du GTSE ;
- La désignation d'un chargé de suivi et évaluation dans les 15 CSLS et 17 CRLS en 2012 ;
- La formation, sur le suivi et évaluation, des responsables de suivi et évaluation des CRLS et, des secrétaires exécutifs des conseils régionaux ;
- L'harmonisation, la production et la diffusion des outils de collecte de données ;
- La formation des prestataires sur le remplissage des outils en question ;
- L'organisation, par trimestre au niveau de chaque région, des ateliers régionaux de compilation des données ;
- L'appropriation du système de suivi et évaluation par les différents acteurs ;
- La mise en place des CRLS dans 17 régions.

8.3 Les besoins d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation

Dans le plan de suivi et évaluation, les 12 composantes des besoins d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation ont été retenues. Cependant, les composantes 2, 7, 9 et 10 méritent une attention particulière en termes d'appui et de renforcement de capacités. Ces besoins peuvent se résumer en quelques points :

- Former les responsables de suivi et évaluation à différents niveaux ;
- Renforcer le service de planification et, suivi et évaluation en personnel qualifié ;
- Former le personnel de santé et les responsables communautaires impliqués dans la collecte de données sur les nouveaux outils de collecte ;
- Mettre en place une base de données aux niveaux central et centralisé.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire des statistiques sanitaires, DSIS, 2012

Document de suivi de la déclaration politique sur le VIH/Sida, Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, Etablissement des rapports 2013

Plan national multisectoriel de suivi et évaluation du cadre stratégique 2012-2015, décembre 2011

Plan stratégique national de riposte au Sida 2012-2015

Rapport annuel des activités programmatiques et financiers, subventions Round8 VIH/Sida et TB, 2011

Rapport d'activité sur la riposte au Sida au Tchad, 2010-2011

Rapport d'activité, FOSAP, volet IDA, 2012

Rapport d'activité, PPLS2, 2012

Rapport d'enquête CAP sur les personnes vivant dans et autour des camps de réfugiés au Sud du pays, 2010

Rapport d'enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques vis – à – vis des IST et du Sida des professionnelles de sexe à N'Djamena, 2013

Rapport d'enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, INSEED, MICS, 2010

Rapport d'enquête sur les caractéristiques de la cartographie de séroprévalence chez les travailleurs de sexe dans 15 villes du Tchad, ONUSIDA, juillet 2010

Rapport de séroprévalence sentinelle du VIH et des IST chez les femmes enceintes, 2011

Rapport de séroprévalence sentinelle du VIH et des IST chez les femmes enceintes, 2013

Rapport de suivi des progrès 2010 accès universel pour la prévention, le traitement, la prise en charge et l'appui dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Tchad, mars 2010

Rapport Enquête Nationale de Séroprévalence et du Comportement au Tchad, INSEED, 2005

Rapports PNT, 2012, 2013

Rapport, Enquête Evaluation Finale du Projet PPLS2 dans 6 régions, 2013

Rapports REDES au Tchad, CNLS, 2012, 2013

Rapports annuels de progrès, AMASOT, 2011, 2012, 2013

Rapports d'activité, APMS, 2011, 2012, 2013

Rapports d'activité, CNTS, 2011, 2012, 2013

Rapports d'activité, PSLs, 2011, 2012, 2013

Rapports du Projet d'Appui à l'Initiative du Bassin du Lac-Tchad pour la réduction de la Vulnérabilité et les risques liés aux IST/VIH et Sida, 2011

Rapports UNAD, 2011, 2012, 2013

Résultats définitifs, RGPH2, INSEED, mars 2012