

1.Introduction

La RDSTP est un archipel, situé à quelques 300 km à l'ouest du continent africain. Le pays est caractérisé par une insularité fragmentée sur deux principales dix îles et des ilots. L'orographie est très escarpée et ceci entraîne des effets extrêmement lourds sur les coûts des infrastructures de base et des services essentiels. STP a une population estimée en 2010 à 165.000 habitants, constituée à plus de 51% par des femmes. La population est jeune, dont 61% ont moins de 25 ans et 22% sont constitués de femmes en âge de procréer. Cette population croît à un rythme inférieur à 2% : cette croissance se traduit par une population ayant moins de 25 ans laquelle actuellement représente 61% de la population totale. Amorçant une transition démographique, 95% de la population vit sur l'île de São Tomé et environ 38% de la population vit dans la capitale, São Tomé. Près de 51.5% de la population a 19 ans et moins (28.8% entre 0 et 9 ans et 22.7% entre 10 et 19 ans), 25.9% entre 20 et 34 ans, 12.3% entre 35 et 49 ans et 10.2% ayant 50 ans et plus. Le district d'Agua Grande (comprenant la ville de Sao Tomé) est le plus peuplé avec environ 40% de la population. L'exode rural aggrave le taux de chômage en zones urbaine (districts d'Agua Grande et de Mézochi) et met en péril le développement des zones rurales (districts de Caué et de Lemba) Sao Tomé et Principe devrait tenir la tendance pour les ODM 4, 5 et 6 du fait que ceux-ci pourraient être probablement atteints à l'horizon 2015. Les taux de mortalité infanto-juvénile sont à leurs niveaux les plus observés depuis de nombreuses années (38 pour 1000 et 63 pour 1000 en 2008 respectivement). En 2008, la mortalité maternelle était aux environs de 94 pour 100000 ce qui correspond à 5 décès lors de la phase de grossesse, l'accouchement ou 45 jours après l'accouchement contre 16 décès en 2004. En 2008, les services de santé de base étaient accessibles par 74.1% de la population et 82.1 avaient accès aux médicaments essentiels. La prévalence du paludisme a significativement baissé de moins de 400 cas pour 1000 en 2004 à moins de 20 cas pour 1000 en 2009. La couverture vaccinale est au-delà de 93% pour tous les antigènes.

2. Résultats 2011.

A S. Tomé et Principe (STP) de la situation du VIH / sida, a gagné une progression importante. Une étude sur la séroprévalence du VIH / sida menée en 2001 a montré que la prévalence du VIH dans la population générale était de 1% et 0,1% chez les femmes enceintes. En 2005, une seconde étude chez les femmes enceintes a montré une prévalence de l'infection de 1,5%, indiquant une augmentation de 15 fois sur une période de quatre ans. Compte tenu de l'évolution croissante de l'épidémie, le pays a décidé de renforcer les mesures de lutte contre le sida. Dans ce contexte, le cadre du projet du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a soumis une proposition pour le VIH / sida, qui a été approuvé en 2005 et dont la mise en œuvre a débuté en Octobre 2006. Selon les résultats de l'IDS 2008-2009 la prévalence du VIH SIDA dans la population âgée de 15-49 ans est de 1,5%. La prévalence chez les femmes est de 1,3% pour les 15-49 ans et 1,7% chez les hommes. Pour les femmes enceintes de la valeur de la prévalence de 1,5%. En ce qui concerne la population à haut risque (travailleurs du sexe) étude sentinelle de 2008 et 2009 a révélé une prévalence de 4,2% et 2,8% respectivement. En 2011, les données de prévalence du VIH dans cette population à haut risque était de 0% (zéro pour cent). En ce qui concerne la population de la prévalence du VIH dans les femmes enceintes l'étude sentinelle en 2011 était de 0,5%.

En 2005, le pays a introduit un traitement gratuit pour tous les malades du SIDA par les antirétroviraux, avec la coopération bilatérale avec le Brésil. Jusqu'à présent, la couverture du traitement antirétroviral au niveau national est de 100%. Il ya 252 patients sous traitement d'ici (2005???) la fin de 2011. Le traitement est décentralisé, que le même est tenu dans tous les districts du pays et à la Région Autonome de Principe. La mortalité due au sida a baissé avec l'introduction de l'anti-rétroviral 22 en 2005 à 13 en 2011. Alors que le taux d'absorption de nouveaux cas d'infections est en augmentation (76 cas en 2008 à 100 en 2011). En ce que concerne a la co- infection TB/VIH, on peut noter que cette infection opportuniste a été la cause de la mortalité tardive chez les patients atteints du SIDA. Au cours des quatre dernières années le PNLs a signalé un total de 34 cas de co-infection avec une tendance à la hausse.. Sur les 252 patients sous ARV 12 sont sur une combinaison de la deuxième ligne. Pour le suivi de ces patients, nous avons effectué des tests de CD4 et des tests biochimiques. Comme la charge virale et les tests de résistance (génotypage) ne sont pas disponible localementle PNLs a signé un accord de partenariat avec l'hôpital de Santa Maria à Lisbonne (Portugal) pour effectuer le test de charge virale deux fois par an à tous les patients qui suivent un traitement.

En ce qui concerne la prévention de la transmission vertical le PNLs à enregistrécas perdu de vu . Le schéma utilisé est la tri-thérapie, suivi par l'alimentation artificielle pour les nourrissons de moins de 12 mois d'âge.

Les objectifs vers une couverture universelle des interventions de PTME en vue de l'élimination de la TME sont inclus dans le plan de la PTME.