



REPUBLIQUE DU TCHAD

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

PRIMATURE

Conseil National de Lutte contre le Sida

RAPPORT D'ACTIVITES SUR LA RIPOSTE AU SIDA AU TCHAD 2010-2011

31 mars 2012



Table des matières

I-	Généralités sur le Tchad.....	6
1.1	Situation sociodémographique et économique	6
1.2	Cadre politique, administratif et législatif	6
1.3	Situation sanitaire	7
II-	Aperçu de la situation.....	9
2.1	Degré de participation des parties prenantes.....	9
2.2	Situation actuelle de l'épidémie	9
2.3	La riposte au plan politique et programmatique	10
2.4	Récapitulatif des indicateurs.....	14
III-	Aperçu de l'épidémie de sida	17
3.1	Prévalence dans la population générale.....	17
3.2	Surveillance du VIH dans les sites sentinelles.....	17
3.3	Prévalence du VIH au sein des groupes spécifiques	18
3.3.1	Prévalence du VIH chez les Professionnelles de sexe.....	18
3.3.2	Prévalence du VIH chez les réfugiés	19
3.3.3	Prévalence du VIH chez les co-infectés TB/VIH	19
3.3.4	Prévalence du VIH chez les donneurs de sang	20
3.3.5	Prévalence du VIH dans les CDV.....	20
3.3.6	Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ²¹	
3.3.7	Prévalence du VIH dans les zones lacustres	21
IV-	Riposte nationale à l'épidémie du sida	22
4.1	Aspects organisationnels de la riposte	22
4.2	Prévention	22
4.2.1	La prévention de la transmission sexuelle par la promotion des comportements sexuels à moindre risque.....	23
	La mise en œuvre de l'approche des conversations communautaires dans certaines régions (Mayo-Kebbi Ouest, le Mandoul, le Logone Occidental, le Logone Oriental et le Moyen Chari) du pays a donné des résultats très encourageants. Plus de 300 000 personnes ont été	

touchées par cette approche dans 137 sites. Cette approche est mise en œuvre par le CNLS à travers le financement du PNUD, du FOSAP et de l'ONUSIDA.	23
4.2.2. La prévention de la transfusion sanguine par la Sécurité Transfusionnelle	23
4.2.3 Le Conseil et Dépistage Volontaire	24
4.2.4 La Prévention de la Transmission de l'infection du VIH de la mère infectée à l'enfant (PTME)	24
4.2.5 La prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles.....	25
4.3 Prise en charge médicale et communautaire	25
4.4 Soins et soutien.....	26
4.5 Connaissances et changements intervenus dans les comportements	26
4.6 Atténuations de l'impact du VIH	27
4.7 Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et sources de financement.....	27
Il ressort de ce graphique que les ressources mobilisées pour la réponse au VIH ont progressivement évolué dans le temps. La diminution des dépenses en 2009 peut être expliquée par la suspension de la subvention du Fonds mondial et le retrait de la Banque Mondiale en 2007 et 2008.....	
	30
4.8 Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation) ICPN.....	31
V- Meilleures pratiques	33
5.1 Au niveau de la direction politique.....	33
On citer les points suivants :	33
5.2 Au niveau de l'environnement politique propice.....	33
On peut citer les points suivants :	33
5.3 Intensification des programmes efficaces de prévention	33
5.4 Suivi et évaluation.....	34
VI- Principaux obstacles et mesures correctives.....	34
6.1 Les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles rencontrés et rapportés en 2012.....	34

6.2 Les obstacles rencontrés au cours de la période de collecte de données pour l'élaboration du rapport :.....	35
6.3 Les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus	35
VII- Soutien des partenaires au développement.....	36
VIII- Environnement de suivi et évaluation	36
8.1 Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation	36
8.2 Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du suivi et évaluation	37
8.3 Les mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés.....	37
8.4 Les besoins d'assistante technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation.....	38
IX- ANNEXES	39

Liste des acronymes :

Abréviations	Significations
APMS	Appui Psycho Médico Social
AMASOT	Association pour Marketing Social au Tchad
ARV	Antirétroviraux
BET	Borkou-Ennedi-Tibesti
CPA	Central Pharmaceutique d'Achat
CPN	Consultation Périnatale
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CAP	Connaissances Aptitudes et Pratiques
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CSLS	Comité sectoriel de lutte contre le Sida
CRLS	Conseil régional de lutte contre le sida
DSR	Délégation Sanitaire Régionale
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Tchad
ENASS	Ecole National des Agents Sanitaires et Sociaux
ECOSIT	Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel au Tchad
FOSAP	Fonds de Soutien aux Activités en matière de Population
GTSE	Groupe Travail sur le Suivi et Evaluation du VIH et SIDA
HGRN	Hôpital Général de Référence National
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IEC/CCC	Information, Education et Communication/ Communication pour le Changement de Comportement
IBLT	Initiative du Bassin du Lac Tchad
ICPN	Indice Composite de Politiques Nationales
MSM	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
MICS	Enquête par Grappes à indicateurs multiples
ND	Non Disponible
OMS	Organisation Mondial de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernemental
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le sida
OEV	Orphelin, Enfant Vulnérable
OSC	Organisation de la Société Civile
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PSLS	Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PS	professionnelle de Sexe
REDES	Revue des Dépenses liées au SIDA
SIDA	Syndrome Immunodéficience Humaine
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNAD	Union Nationale des Associations Diocésaines de secours et de développement
UDI	Utilisateurs des drogues injectables
VIH	Virus Immunodéficience Humaine
IDH	Indice de Développement Humain

Liste des graphiques et tableaux

Graphique 1 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN en fonction de l'âge (source enquête 2010).....	17
Graphique 2: Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN en fonction du site sentinelle	18
Graphique 3: Prévalence du VIH chez les PS par groupe d'âge	19
Graphique 4: Evolution de la prévalence du VIH chez les donneurs de sang de 2008-2011.	20
Graphique 5: Evolution des activités de la PTME de 2009 à 2011.....	25
Graphique 6 : Répartition des dépenses selon la source en 2010.....	Error! Bookmark not defined.
Graphique 7 : Répartition des dépenses par catégorie d'intervention en 2010	29
Graphique 8 : Répartition des dépenses par intervention en 2009 et 2010	30
Graphique 9 : Evolution des dépenses par année de 2007-2010.....	30
Tableau 1: Evolution des résultats obtenus sur les sites de PTME au Tchad de 2009 à 2011.....	12
Tableau 2 : Evolution de nombre poches de sang collectées de 2009-2011.....	24
Tableau 3: Répartition des dépenses par source de financement de 2009 et 2010	28
Tableau 4: Niveau des résultats atteints par domaine et par année par le secteur public .	31
Tableau 5 : Niveau des résultats atteints par domaine et par année par la société civile..	32

I- Généralités sur le Tchad

1.1 Situation sociodémographique et économique

Le Tchad, vaste pays enclavé de l'Afrique centrale d'une superficie de 1 284 000 km², 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 Niger, le Nigeria et le Cameroun. Cet enclavement extérieur est aggravé par une insuffisance des réseaux routiers qui rendent difficile l'évacuation des malades durant la saison des pluies car plusieurs formations sanitaires sont inaccessibles. En outre, les dunes de sables constituent également une entrave majeure pour le déplacement des patients en toute saison.

La population du Tchad est estimée, en 2009, à 11 274 106 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 3,6%¹. Ce qui permet d'estimer la population du pays à 12 100 453 habitants en 2011. La population féminine représente 50,7% de la population totale contre 49,3% pour les hommes. Les jeunes de moins de 18 ans représentent 57% du total. Près de la moitié (47 %) de la population total du pays est concentrée sur seulement 10 % de la superficie nationale, dans le Sud du pays. Près de 78,3% de cette population vit en milieu rural, le reste vit dans la capitale N'Djaména et dans quelques grandes villes (Abéché, Moundou, Sarh, Bongor, Doba)². La population nomade est estimée à 3,5%. En 2010, la densité moyenne de 9,10 habitants/km² cache des grandes inégalités régionales dont les plus extrêmes sont respectivement de 0,5 dans la partie désertique du Borkou Ennedi Tibesti (B.E.T) au Nord et 92 habitants/km² dans le Logone occidental au Sud.

Le Tchad est une mosaïque ethnolinguistique constituée de plus de 250 groupes différents. Les deux langues officielles sont le Français et l'Arabe.

Le Tchad héberge actuellement plus de 400 000 réfugiés (Moyen Chari, Logone Oriental, Ouaddaï, Wadi Fira, Sila, Salamat, Lac et Ennedi) venant des pays voisins. Ce flux pourrait évoluer en hausse du fait des troubles sociopolitiques et militaires dans les pays voisins comme le Sud Soudan, le Soudan, la Libye, le Nigeria et la République Centrafricaine.

Selon l'ECOSIT II, plus de la moitié de la population vit avec moins d'un dollar par jour. L'incidence de la pauvreté alimentaire est de 55%. Cette pauvreté atteint plus particulièrement les femmes.

Depuis 2003, le Tchad est devenu un pays exportateur de pétrole. Le Gouvernement a identifié un certain nombre de secteurs définis comme prioritaires, dont ceux de la santé et de l'éducation, pour bénéficier d'une partie de ces ressources additionnelles, particulièrement en termes d'infrastructures à construire. Bien que le Tchad dispose d'importantes potentialités économiques, il est classé parmi les pays les plus pauvres du monde (163ème sur 169 selon l'IDH/2010).

1.2 Cadre politique, administratif et législatif

Le Tchad a opté depuis 1996 pour un Etat unitaire décentralisé. Le processus de décentralisation et de déconcentration des services vers les régions et départements pour

¹ RGPH 1

² RGPH2

un développement harmonieux est déjà enclenché. Le pays est subdivisé en 22 régions, 62 départements, 251 Sous-préfectures (Ministère de l'Administration du Territoire). Les régions sanitaires sont calquées sur les régions administratives et les districts sanitaires correspondent plus ou moins aux départements.

Bien qu'il y ait une volonté manifeste de décentralisation, il faut rappeler que l'organisation administrative du Tchad est fortement marquée par la centralisation des services de l'Etat dans la capitale, notamment les organes de décisions et les infrastructures socio sanitaires.

- Depuis l'adoption de la Constitution du 31 Mars 1996, révisée le 06 juin 2005, les institutions suivantes concourent au renforcement de la démocratie :
- un Président de la République incarnant le pouvoir exécutif est élu pour un mandat de 5 ans ;
- une Assemblée Nationale détenant le pouvoir législatif est mise en place ;
- Le pouvoir judiciaire est assuré par une Cour Suprême, un Conseil Constitutionnel et une Haute Cour de Justice ;
- Un Haut Conseil de la Communication chargé de garantir la liberté de la presse et l'expression pluraliste des opinions ;
- Les partis politiques, les organisations de la société civile, les mass médias et Conseil Economique, Social et Culturel

Sur le plan législatif, plusieurs textes ont été adoptés par l'Assemblée Nationale et concourent au renforcement de l'environnement favorable à la riposte au sida. Il s'agit particulièrement de la loi 06/PR/2002 sur la promotion de la Santé de la Reproduction³ et de la Loi 19/PR/2007 portant lutte contre le Sida et protection des personnes vivant avec le VIH⁴. Par ailleurs, la déconcentration des services juridiques constitue une opportunité pour élargir les services juridiques au profit des personnes vivant avec le VIH.

1.3 Situation sanitaire

Organisation du système de santé

Le système de santé tchadien est du type pyramidal à 3 niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique. Il repose sur le développement des districts sanitaires.

- ⇒ Niveau central : comprend le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions Centrales, les Programmes Nationaux, les institutions nationales dont l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), l'Hôpital de la mère et de l'enfant, l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) et la Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA). Le niveau central est chargé de la conception et de l'orientation de la politique sanitaire nationale.
- ⇒ Niveau intermédiaire : correspond aux 22 Délégations Sanitaires Régionales (DSR). A ce niveau le découpage sanitaire est superposable au découpage administratif. Il est prévu l'implantation d'un hôpital régional de référence dans chaque DSR. Il existe 15 Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) rattachées aux DSR.

³ Loi n°006/PR/2002 du 15 avril 2002 portant promotion de la santé de la reproduction

⁴Loi N°19/PR/2007 du 15 novembre 2007 portant lutte contre le VIH/sida/IST et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida

Le niveau intermédiaire assure le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

- ⇒ Niveau périphérique : constitue le niveau opérationnel chargé de l'exécution des activités. Il comprend le premier échelon de soins qui correspond aux centres de santé et le second échelon aux hôpitaux de district. Au premier échelon, est mis en œuvre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et au second, le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA).

Le pays compte 85 districts sanitaires dont 67 fonctionnels et 1073 zones de responsabilité dont 773 fonctionnelles (c'est-à-dire disposant d'un centre de santé).

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.

⁵ Annuaire sanitaire 2009

II- Aperçu de la situation

2.1 Degré de participation des parties prenantes

Le processus d'élaboration du rapport d'activités sur la riposte au sida au Tchad de 2012, coordonné par le CNLS, a impliqué toutes les parties prenantes dans la réponse nationale au sida que sont le secteur public, les organisations de la société civile, le secteur privé, les partenaires techniques et financiers au développement et les ONG.

La méthodologie du travail, l'agenda et les documents de collectes de données ont été validés lors d'une réunion avec l'équipe restreinte de rédaction de ce rapport composé du chargé de suivi évaluation du CNLS, du Conseiller en suivi-évaluation de l'ONUSIDA et du consultant national. Ensuite, ces documents de travail ont été validés à une réunion élargie au Groupe technique de travail sur le suivi-évaluation.

Pendant la phase de collecte de données, les différents acteurs ont été consultés pour d'une part mettre à disposition de l'équipe de rédaction les données en leur possession et d'autre part fournir leurs impressions sur la riposte nationale au sida durant la période 2010-2011.

Ces données collectées et le premier draft du rapport ont été validées lors d'une réunion regroupant toutes les parties prenantes.

Le degré de participation des parties prenantes s'illustre bien à travers la liste de personnes contactées et de celles présentes aux différentes rencontres en annexe de ce rapport.

2.2 Situation actuelle de l'épidémie

L'analyse de la situation confirme une épidémie généralisée de type évolutif touchant toutes les régions du pays. La tendance évolutive de cette pandémie s'explique par la persistance des conflits armés et des comportements sexuels à risque favorisés par les pesanteurs socio culturelles, l'analphabétisme et la pauvreté.

En absence d'une enquête de séroprévalence récente, l'ONUSIDA et l'OMS dans leurs rapports de 2010 estiment la séroprévalence à 3,4% [2,8-5,1] dans la population générale.

Par ailleurs, une enquête socio comportementale et de séroprévalence sous régionale menée en 2011 dans 4 régions du Sud du pays appartenant au bassin conventionnel du Lac Tchad, par le projet IBLT a donné une prévalence de 5,5% dans la population générale. Ces régions sont caractérisées par une grande mobilité des populations pour des raisons économiques. Cette prévalence relativement élevée tiendrait au fait que l'échantillon est constitué en grande partie des groupes à risque d'infection à VIH et a concerné 4 régions sur les 22 que compte le pays. Aussi une enquête de séroprévalence d'envergure nationale est en cours de réalisation.

La sérosurveillance sentinelle auprès des femmes enceintes en consultation prénatale organisée en 2010 dans 13 sites sentinelles a montré une séroprévalence de 3,4%. Cette prévalence est plus élevée dans certains sites comme ceux des régions du Lac et de Logone occidental respectivement de 4,8% vs 6,1%.

Au niveau des professionnelles de sexe (PS), selon l'enquête de 2009 menée par le CNLS avec l'appui de l'ONUSIDA, la séroprévalence est de 20%. Les PS de la catégorie d'âge de 20-24 ans et 30-34 ans sont les plus touchées par le VIH avec des prévalences respectives de 22% et 13,7%. Dans le rapport UNGASS 2010, il ressort que seulement 37,54% des PS déclarent avoir utilisé le préservatif avec leur dernier client.

De source du CNLS, on estime à :

- 206.467 le nombre de personnes vivant avec le VIH (Projections de Spectrum 2010)
- 97.196 le nombre de PVVIH ayant besoin des ARV (Projections de Spectrum 2010)
- 15 758 le nombre des femmes enceintes séropositives donnant naissance par an (Projections de Spectrum 2010)
- 656 le nombre estimé de nouvelles infections du VIH pédiatriques par an chez les enfants de 1 à 4 ans (Projections de Spectrum 2010)
- 11 965 le nombre estimé d'enfants âgés de moins de 5 ans vivant avec le VIH (Projections de Spectrum 2010)

Le Tchad ne dispose pas des données sur les hommes ayant de relation sexuelle avec les hommes. Cependant, les enquêtes sur les comportements sexuels des populations vivant autour et dans les camps des réfugiés réalisés en 2009 dans les camps de réfugiés à l'Est du pays ont révélé une fréquence élevée de la sexualité précoce. En moyenne, 14,7% des personnes ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

2.3 La riposte au plan politique et programmatique

Les années 2007 à 2011 ont permis de consolider les acquis du cadre stratégique national couvrant cette période. Des efforts considérables ont été menés depuis la déclaration d'engagement de l'UNGASS de 2001 et de la Déclaration Politique sur l'accès universel de 2006. De 2001 à 2010, le pays a produit les rapports UNGASS. Depuis juin 2011, le document de la déclaration politique basé sur les 10 objectifs stratégiques donne une nouvelle orientation pour la production du rapport GARP. Ce rapport permettra de suivre la déclaration politique de la rencontre de haut sommet.

Les principaux résultats obtenus de la riposte pendant cette période se résument de la manière suivante :

➤ Au plan politique

- La gratuité de la prise en charge médicale depuis 2007 ;
- Le Chef de l'Etat a été désigné par ses pairs à prendre le leadership de la riposte au sida en Afrique au Sud du Sahara ;
- La participation de Son Excellence le Président de la République en juin 2011 à New York, à la réunion de Haut niveau des Nations-Unies sur le sida. A cette occasion le Président de la République, avait renouvelé son engagement à la riposte au VIH ;
- La désignation de la Première Dame du Tchad comme marraine de la CARMMA et de la PTME ;
- L'élection de la Première Dame à la Vice-présidence de l'Organisation des Premières Dames d'Afrique pour la lutte contre le sida ;

- L'engagement de la Première Dame à travers 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-enfant ;
- La mise en place des conseils régionaux (17 sur les 22 régions) ;
- L'augmentation sur le budget de l'Etat de la ligne pour l'achat des ARV et des réactifs (de 990 149 742 FCFA en 2010 à 1 250 000 000 FCFA en fin juillet 2011) ;
- Par rapport à l'appropriation de la lutte le Tchad est cité en deuxième position après le Lesotho sur le plan de la mobilisation des ressources locales ;
- Mise en place des 15 comités sectoriels des Départements Ministériels, différents secteurs autres que la santé ;

➤ **Au niveau programmatique**

◆ **Dans le domaine de la prévention**

La mise en œuvre du cadre stratégique 2007-2011 a permis d'intensifier les activités préventives à l'endroit de la population générale et des populations clés les plus à risques. Plusieurs stratégies ont été utilisées par divers types d'acteurs pour promouvoir la prévention du VIH. On peut citer entre autres :

- Le renforcement/intensification du dispositif de sensibilisation à travers les différents plans d'actions sectoriels ;
- Elaboration des 100 000 guides pédagogiques pour les enseignants de l'élémentaire, 20 000 pour les enseignants du secondaire et 450 000 manuels pour les élèves de l'élémentaire et 30 000 pour le secondaire ;
- La mise en œuvre de l'approche conversation communautaire (plus de 300 000 personnes touchées sur les 137 sites de conversation communautaire) ;
- La mise en place et le renforcement des radios communautaires (Koumra, Léré et Moissala) ;
- La contractualisation avec les radios communautaires pour de messages de sensibilisation ;
- L'augmentation des points de vente des préservatifs (478 points de ventes créés en 2011 par AMASOT sur un total de 757) ;
- 4 078 728 préservatifs masculins vendus en 2010 et 3 401 714 préservatifs vendus par AMASOT en 2011 (source rapport AMASOT 2010 et 2011) ;
- Concernant la transfusion sanguine, l'intensification des campagnes médiatiques et de proximité a permis d'aboutir à des résultats très encourageants. A titre d'exemple 25 790 poches de sang collectées en 2010 contre 30 123 en 2011 (source rapport CNTS 2010 et 2011).
- En ce qui concerne la PTME (source de rapport PTME 2010 et 2011), les résultats obtenues en 2010 et en 2011 quoi que faibles sont encourageants. Sur les 25 872 femmes enceintes conseillées en CPN1 en 2010, 13 364 ont accepté de se faire dépister dont 618 se sont révélées séropositives. Par contre en 2011, sur les 81 291 femmes enceintes conseillées en CPN1, 48 265 ont accepté de se faire dépister dont 1516 se sont révélées séropositives. Il est à noter qu'à travers ces résultats, de plus en plus, les femmes enceintes acceptent de se faire dépister (le taux d'acceptation du test est passé de 52% en 2010 à presque 59,4% en 2011). D'autre part en termes de couverture de centre de PTME, on est passé de 107 sites en 2010 à 140 sites en 2011. Le nombre des femmes enceintes ayant bénéficié de

la prophylaxie contre le VIH est passée de 834 en 2010 à 1611 en 2011. Malgré tous ces efforts fournis, la PTME demeure un maillon faible.

Tableau 1: Evolution des résultats obtenus sur les sites de PTME au Tchad de 2009 à 2011

Activités	2009	2010	2011
Nombre de sites PTME fonctionnels	93	107	140
Nbre de femmes enceintes vues en CPN1	39 418	32 977	104 274
Nombre femmes enceintes conseillées en CPN1	32 780	25 872	81 291
Nombre de femmes enceintes testées au VIH	32 780	13 364	48 265
Nombre de femmes enceintes séropositives	1114	618	1516
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu un traitement pour réduire le risque de la TME	1026	834	1611

Source rapports PTME 2009, 2010 et 2011

- Pour le CDV, sur un total de 100 CDV créés 78 sont rendus fonctionnels sur l'ensemble du territoire en fin 2011. Sur l'ensemble de CDV fonctionnels, on dénombre 15 d'origine confessionnelle.
- La promotion de la santé de reproduction/santé sexuelle : des efforts ont été réalisés dans ce domaine avec l'appui de plusieurs partenaires dont le FOSAP/IDA. Avec le projet pilote exécuté par ce dernier dans la région du Mayo-Kebbi Ouest, le taux le taux d'utilisation des méthodes contraceptives était de 98,6% en 2009. Malheureusement, cet effort a régressé avec la suspension de financement de la Banque Mondiale pendant cette période en 2010(source rapport FOSAP/IDA en 2010).

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

Jusqu'à fin 2010, le nombre des patients sous ARV retenu au niveau du Pays était de 32 288. Ce chiffre avait fait l'objet d'une contestation par le bureau de l'inspection générale du fonds mondial. Ceci a conduit le pays à organiser un atelier national de compilation des données sur l'ensemble du territoire. De cet atelier, il est ressorti que le nombre des patients sous ARV à fin 2011 est de 32 832 (12 482 hommes et 20 350 femmes).

La gratuité effective de la prise en charge des PVVIH, la disponibilité des compteurs CD4 dans les hôpitaux de districts et l'application de nouvelles recommandations de l'OMS de 2010 peuvent expliquer en partie cette augmentation

◆ Dans le domaine de la prise en charge communautaire

Des associations à base communautaire mènent des activités dans ce domaine. Grâce au financement du Fonds Mondial, l'UNAD, l'un des principaux bénéficiaires du financement du Fonds Mondial, a pu mener d'importantes activités dans ce domaine. Selon les rapports de l'UNAD de 2010 et 2011, 195 visites à domicile ont été réalisées, 4 535 PVVIH ont bénéficié d'un appui nutritionnel, 7 970 OEV âgés de 0-17 ans ont reçu un appui nutritionnel et 6 439 un appui en scolarisation. Tous les résultats issus de ces deux

rapports montrent bien que tous les indicateurs sont en augmentation en 2011 comparativement à l'année 2010.

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

De source du rapport du FOSAP/IDA, 638 personnes ont été touchées par les enquêtes sociales réalisées en 2010. Sur cet effectif, 113 ont été éligibles à l'appui économique et scolaire dans le cadre dudit projet soit un taux de 18%. Dans le cadre de ce même projet 189 patients indigents ont bénéficié d'appuis divers.

◆ **Dans le domaine de la surveillance de l'épidémie et de suivi et évaluation**

Les efforts consentis pendant les deux ans ont permis l'harmonisation au niveau national des fiches de collecte de données et des registres. Ces documents ont été produits et sont entrain d'être diffusés dans toutes les délégations sanitaires.

2.4 Récapitulatif des indicateurs

N°	Indicateurs	Niveau		Sources
		2010	2011	
1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	Total 77,52% Hommes 77,44% Femmes 81,25%	Total 77,52% Hommes 76,65% Femmes 79,55	Enquête socio comportementale et de séroprévalence dans 4 régions de 2011
2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	Hommes 39,38%(EDS) Femmes 24,23%(MICS)	Hommes 39,38%(EDS) Femmes 24,23%(MICS)	Source MICS 2010 et EDS 2004
3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Total 6,13% H=23,96% F=1,20%	Total 6,13% H=23,96% F=1,20%	Source EDS2004
4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	Total 25,67% H=30,56% F=13,95%	Total 25,67% H=30,56% F=13,95%	Source EDS2004
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	ND	Total 93,47% H=93,43% F=93,51%	Enquête socio comportementale et de séroprévalence dans 4 régions de 2011
6	Pourcentage des personnes âgées de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	ND	4,90%	Enquête IBLT 2011
7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	17,16%	17,16%	Rapport enquête TS 2009
8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	38%	38%	Rapport enquête TS 2009
9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	38,03%	38,03%	Rapport enquête TS 2009
10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	20%	20%	Rapport enquête TS

				2009
11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des 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 de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes 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	7,6%	10,20%	Source estimation PTME
21	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	ND	13,04	Source estimation PTME
22	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	A modéliser	A modéliser	
23	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès	33,97%	38,74%	Source rapport PSLS
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	ND	Hommes 34,59% Femmes 34,55%	Rapport d'étude opérationnelle/FOSAP
25	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	40%	34,6%	Source rapport PNT/2010 et 2012
26	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement	5 794 21 6 682 FCFA	7 267 19 9 284 FCFA	REDES 2010/2011
27	Engagements nationaux et moyens d'action	Voir	Voir	

	(prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)	tableau 4 et 5	tableau 4 et 5	
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	30,01%	30,01%	Rapport MICS 2010
39	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	Orphelins 66,94% Non orphelins 56,73%	Orphelins 66,94% Non orphelins 56,73%	Rapport MICS 2010
30	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	7,8%	91,7%	Source rapport UNAD

III-Aperçu de l'épidémie de sida

3.1 Prévalence dans la population générale

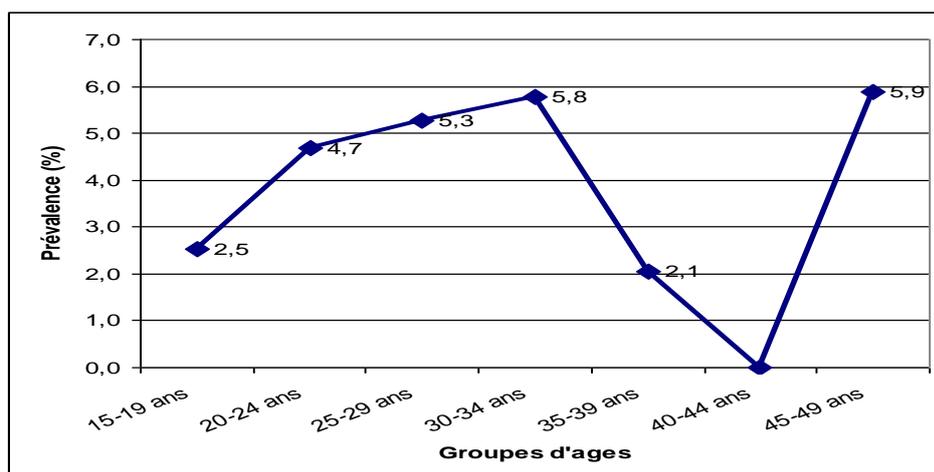
L'épidémie du VIH au Tchad est de type évolutif et généralisé. L'épidémie évolue dans un contexte marqué par la persistance des comportements à risque favorisée par les pesanteurs socio culturelles, l'analphabétisme, la pauvreté et la situation des conflits armés. En absence des résultats d'une enquête récente, la première datant de 2005, la prévalence du VIH au Tchad est estimée à 3,4% (Source de rapport de l'ONUSIDA/OMS de 2010). Selon ce même rapport, les nouvelles infections sont passées de 20 000 en 2009 à 18 000 en 2010. Ce qui montre une tendance à la baisse (source d'estimation de l'ONUSIDA)

Pour ce qui est des cas de décès, la tendance dans la population générale serait également à la baisse. De source du même rapport, on serait passé de 13 000 décès en 2009 à 11 000 décès liés au VIH en 2010. Par ailleurs il convient de souligner que la prévalence reste élevée dans certains groupes spécifiques.

3.2 Surveillance du VIH dans les sites sentinelles

Selon l'enquête de sérosurveillance chez les femmes enceintes menée en 2010, la prévalence est de 3,4% avec un intervalle de confiance de 2,5-5,9. Cette prévalence observée en 2010 est variable avec l'âge. Cette prévalence observée en 2010 augmente avec l'âge pour atteindre son pic à 30-34 ans (5,8 %) avant de décroître. Puis son élévation après 40 ans s'expliquerait par le faible effectif de cette catégorie des femmes pendant la période de l'enquête. (Voir graphique 1).

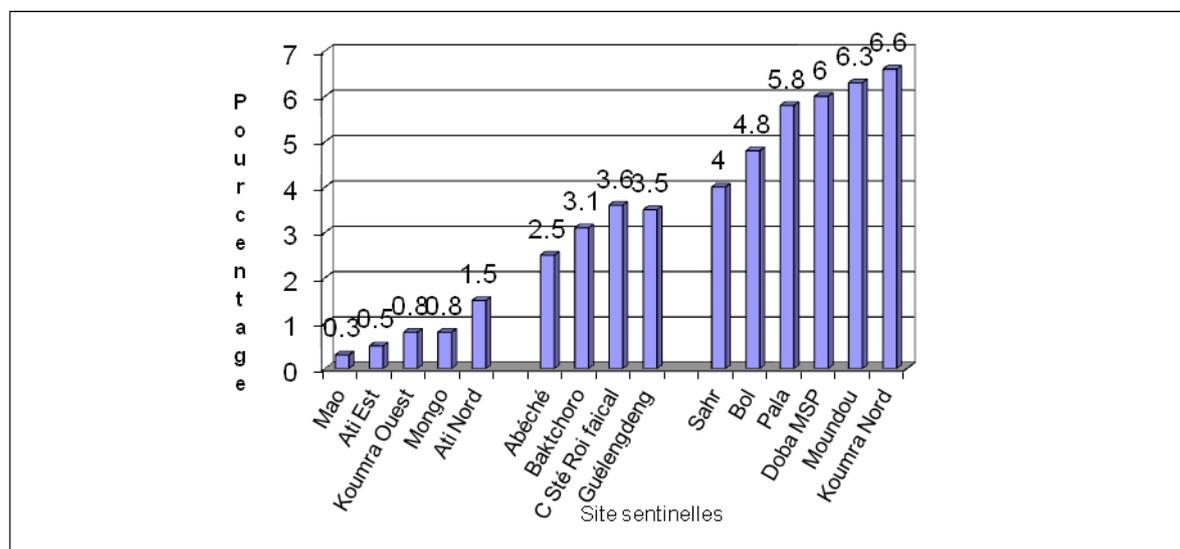
Graphique 1 : Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN en fonction de l'âge (source enquête 2010)



Cette prévalence est variable aussi en fonction du site de surveillance. On distingue trois catégories de sites : une zone de prévalence très faible (inférieur à 1,5%) englobant quatre sites du nord (Mao, Ati-Est, Mongo et Ati Nord) et un site du sud (Koumra Ouest) ; une zone de prévalence, légèrement supérieure à 2% et inférieure à 3,5% incluant deux sites du Sud (Baktchoro et Guélangdeng), une du Nord (Abéché) et une du centre (Centre santé

Roi Fayçal) et une troisième zone de prévalence élevée supérieur à 4% s'étalant de Pala dans le Mayo Kebbi Ouest jusqu' à Sarh en passant par Bol, Moundou, Doba et Koumra Nord. Ceci s'illustre bien à travers le graphique suivant :

Graphique 2: Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en CPN en fonction du site sentinelle



(Source : Rapport enquête séroprévalence 2010)

Selon le MICS 2010, au moins six femmes sur dix (64%) âgées de 15-49 ans ont déclaré avoir entendu parler du VIH. Selon le tableau HA.1 du MICS 2010, les femmes qui ont le moins fréquemment entendu parler du VIH et le sida sont celles qui vivent en milieu rural (55%), les plus pauvres (47%) et les animistes (53%) suivies des femmes musulmanes (55%).

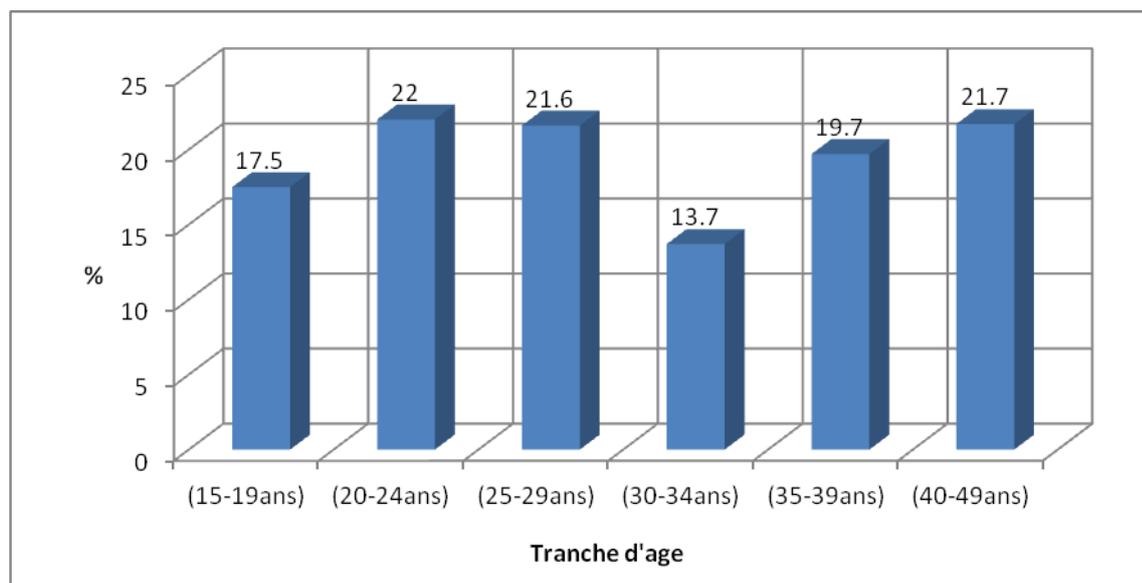
3.3 Prévalence du VIH au sein des groupes spécifiques

3.3.1 Prévalence du VIH chez les Professionnelles de sexe

Les données récentes sont celles de l'enquête de séroprévalence et de cartographie de 2009 chez les PS.

Il ressort des résultats de cette enquête que la prévalence du VIH au sein de cette population est plus élevée par rapport à celle de la population générale. Dans certains centres urbains, ce taux culmine au-delà de 20% : Kélo (27,5%), Léré (22,6%) et N'Djaména (25,5%). L'analyse de la distribution de la prévalence du VIH par âge chez les PS indique que la prévalence du VIH varie de 13,7% chez les 30-34 ans à 22,0% dans la tranche d'âge de 20-24 ans (Voir graphique 3).

Graphique 3: Prévalence du VIH chez les PS selon la tranche d'âge



Source : Rapport enquête PS 2009

Par ailleurs on note également à travers cette enquête que 30% des enquêtées ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et 62% entre 15 et 19 ans. Ce qui dénote une certaine précocité des rapports sexuels chez les PS.

3.3.2 Prévalence du VIH chez les réfugiés

On ne dispose pas des données sur la prévalence du VIH dans ce groupe. Néanmoins deux enquêtes ont été menées, l'une en 2009 à l'Est du Tchad et l'autre en 2010 dans les camps des réfugiés au Sud du pays. L'enquête CAP réalisée en 2009 a montré une faible utilisation des moyens de prévention contre le VIH au niveau des réfugiés et déplacés de l'Est.

Par contre dans l'enquête réalisée en 2010, on observe que 89,6% des réfugiés ont déjà entendu parler du préservatif et 68,2% en utilisent. L'âge au premier rapport sexuel se situe autour de 15 ans chez les réfugiées et la proportion d'utilisation du préservatif est très faible (15%), lors du premier rapport. Aussi, la connaissance des méthodes de prévention et le rejet des fausses informations est faible (4,8%). On remarque par ailleurs que lors de cette enquête, le taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec les partenaires transactionnels est de 75,4% chez les réfugiés.

Enfin, La proportion des écoulements urétraux et des pertes vaginaux est de 33% et celle des ulcères ou plaies dans la région génitale est de 4,2% chez les réfugiés.

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

Au Tchad le dépistage du VIH chez les tuberculeux ou celui de la tuberculose chez les PVVIH n'est pas encore systématique. Cependant au cours des deux dernières années des efforts ont été faits. Selon le rapport d'activités du Programme National de Lutte

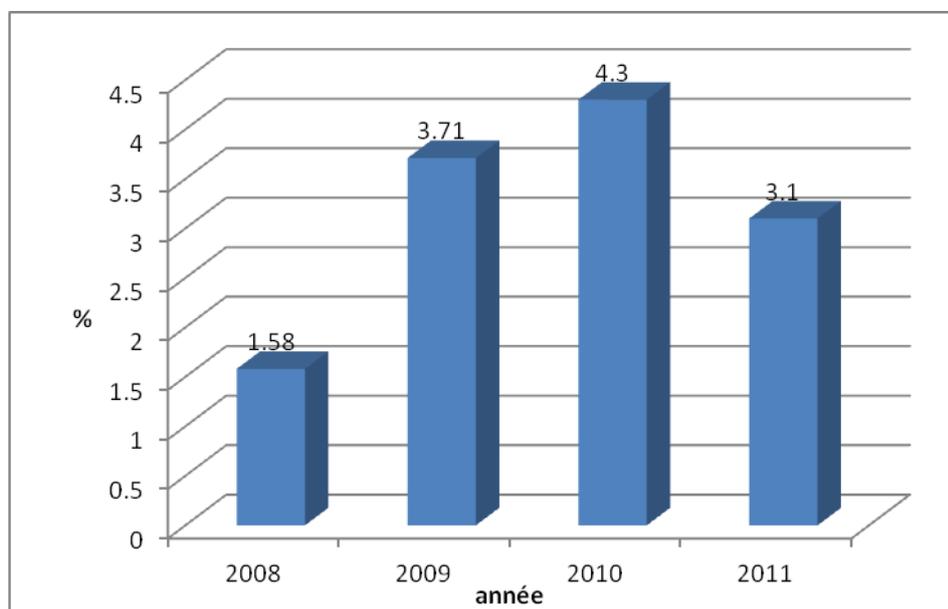
contre la Tuberculose en 2010, sur les 9899 personnes diagnostiquées avec la tuberculose, 3801 ont accepté de se faire dépister au VIH, 663 d'entre elles se sont révélées être séropositives, soit un taux d'acceptation et de positivité respectivement de 38,4% et 17,4%. Ce taux d'acceptation est similaire au taux d'acceptation obtenu en 2011 (4124/10770). Néanmoins cette proportion reste faible par rapport à la recommandation de l'OMS qui est au moins de 80%.

3.3.4 Prévalence du VIH chez les donneurs de sang

Selon les rapports d'activités du CNTS pendant la période du rapport, au total 55 913 poches ont été collectées dont 49 170 ont été sécurisées à travers le dépistage systématique de 4 marqueurs à savoir le VIH, l'Hépatite B, hépatite C et la syphilis. De la même source, le nombre de donneurs volontaires est en perpétuel augmentation grâce à l'intensification des campagnes médiatiques et de proximités. On note tout de même que les besoins en poches de sang ne sont pas couverts. Seulement 30% des besoins du Tchad en sang sont couverts.

La prévalence du VIH chez les donneurs de sang en 2010 est de 4,3% dans les régions et 1,7% à N'Djamena. En 2011, elle est à 1,8% à N'djamena et à 3,1% dans les régions. Il faut signaler que les quatre marqueurs sont recherchés systématiquement à N'Djamena mais dans les régions, à part le VIH, les autres marqueurs sont notifiés à plus de 85% durant les deux années. On note une nette amélioration dans les régions par rapport aux années antérieures.

Graphique 4: Evolution de la prévalence du VIH chez les donneurs de sang de 2008-2011



Source rapport CNTS

3.3.5 Prévalence du VIH dans les CDV

Le rapport de l'APMS de 2010 met en évidence que sur un total de 80 646 clients dépistés sur l'ensemble du territoire, 9903 se sont révélés séropositifs, soit un taux de séropositivité de 12,3%. Il convient de remarquer que le total des personnes dépistées prend en compte aussi bien le dépistage en stratégie fixe qu'en stratégie mobile.

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

Le Conseil National de Lutte contre le Sida reconnaît la nécessité de la prise en charge de ce groupe spécifique dans la prévention et la prise en charge des IST et d'infection à VIH et a inscrit la prise en charge de ce groupe à haut risque dans le plan stratégique national 2012-2015. Cependant, jusqu'à présent aucune étude n'a été menée à l'endroit de ces derniers. On estime à 56 192 le nombre des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (Source du plan stratégique national 2012-2015).

3.3.7 Prévalence du VIH dans les zones lacustres

Les populations habitant le bassin Conventionnel du Lac Tchad sont estimées à 4.500.750 avec une prévalence de 5,5% (Enquête comportementale et de séroprévalence IBLT, 2011). Cette enquête sous régionale a couvert au Tchad quatre régions, à savoir les régions du Mandoul, du Logone Occidental, du Logone Oriental et du Lac. La même source indique que le niveau de connaissance sur le VIH est de 34,1% dans la population générale, le taux d'utilisation des préservatifs est de 15,7% dans la population générale, 12,4% chez les PS, la connaissance de la transmission de la mère à l'enfant est de 20,7% au niveau de la PTME et site sentinelle à 36,3%.

IV- Riposte nationale à l'épidémie du sida

4.1 Aspects organisationnels de la riposte

Depuis la déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et celui de la Déclaration Politique sur le VIH/sida de 2006, le Tchad s'est résolument engagé dans la multisectorialité par l'implication effective de différents acteurs dans ce processus de la riposte afin de stopper la progression de la maladie et inverser sa tendance d'ici 2015.

Sur le plan politique, l'organisation de cette réponse se caractérise par :

- La mise en place d'un cadre organisationnel et institutionnel de la lutte
- L'annonce de la gratuité du traitement aux ARV en 2007 ;
- La mise en place d'une équipe conjointe composée de tous les points focaux VIH du système des Nations Unies, du CNLS, FOSAP, la Banque Mondiale et point focal IBLT ;
- La décentralisation de la lutte à travers la mise en place des conseils régionaux
- L'implication des différents partenaires au développement

Sur le plan stratégique, on note la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de Lutte contre le Sida 2007-2011 qui a couvert tous les domaines de la réponse au VIH, notamment la prévention en milieu communautaire et en milieu des soins, les soins et traitement, la prise en charge et l'appui. La revue de ce cadre stratégique en 2011, a permis de dégager les principaux défis ayant conduit à la formulation du nouveau plan stratégique 2012-2015.

L'analyse des résultats ainsi que des données sur l'impact de la lutte suite à cette revue, indique bien des progrès encourageants, notamment :

- La sensibilisation des populations en général, mais surtout de celles à risque (jeunes, hommes en uniforme, professionnelles de sexe, femmes enceintes). Cela a été possible grâce au suivi des CDV et aux interventions sur le terrain des OSC dont la plupart ont fait de l'IEC/CCC leur principale activité;
- L'implantation de l'approche des conversations communautaires ;
- L'implantation progressive et significative de mesures pour la PTME ;
- L'existence et le fonctionnement de sites sentinelles qui permet de suivre l'importance et l'évolution du VIH et des IST chez les femmes enceintes ;
- L'intensification de la prise en charge médicale du fait de l'engagement du Gouvernement à rendre gratuit la prise en charge des infections à VIH ainsi que les IST ;

4.2 Prévention

Dans l'ancien cadre stratégique couvrant la période de 2007-2011, l'aspect de la prévention occupe une place de choix. Les actions menées en 2010 et 2011 en matière de prévention ont été focalisées sur 5 domaines, à savoir :

- 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 et Dépistage Volontaire ;

- la Prévention de la Transmission de l'infection du VIH de la mère infectée à l'enfant (PTME) ;
- la prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles

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

A ce niveau de nombreuses activités sont menées à travers le pays. Les activités d'IEC/CCC, la paire éducation, la mobilisation sociale, les activités de promotion des préservatifs et la communication sociale restent les principales activités menées dans ce domaine.

Aussi, la contribution des associations à base communautaire, les organisations de la société civile et les ONG a permis de progresser dans ce domaine. Ceci peut s'observer à travers l'enquête socio comportementale et de séroprévalence sous régionale menée dans 4 régions du pays par le projet IBLT en 2011, qui indique que 77,5% des jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans citent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et rejettent les principales idées fausses. S'agissant du partenariat multiple et de Source de l'EDS 2004, on note un faible pourcentage (25,7%) d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport.

La mise en œuvre de l'approche des conversations communautaires dans certaines régions (Mayo-Kebbi Ouest, le Mandoul, le Logone Occidental, le Logone Oriental et le Moyen Chari) du pays a donné des résultats très encourageants. Plus de 300 000 personnes ont été touchées par cette approche dans 137 sites. Cette approche est mise en œuvre par le CNLS à travers le financement du PNUD, du FOSAP et de l'ONUSIDA.

4.2.2. La prévention de la transfusion sanguine par la Sécurité Transfusionnelle

La sécurité transfusionnelle est un des éléments clés de la lutte contre le VIH. Les programmes de sécurité transfusionnelle visent à faire en sorte que toutes les unités de sang soient testées pour les infections transmissibles (HBs, HCV et RPR), y compris le VIH, et que seules les unités n'ayant pas réagi au test soient utilisées pour la transfusion sanguine.

Durant la période de rédaction du rapport, le CNTS a axé son intervention sur la promotion des donneurs volontaires, l'intensification des campagnes médiatiques et de proximité, l'intensification de la collecte mobile et le dépistage systématique de toutes les poches par les quatre marqueurs. Toutes leurs activités ont contribué à une augmentation de nombre de poches de sang collectées et le nombre de dons volontaires. A titre d'exemple, le nombre de poches collectées est passé de 23 316 poches en 2009 à 30 123 poches en 2011.

Selon le rapport de CNTS, la sécurité transfusionnelle est assurée à 100% pour les 4 antigènes à N'Djamena et à plus de 95% dans les régions pour les autres marqueurs en dehors de VIH qui est à 100%. Ceci s'explique par la rupture fréquente de ces marqueurs (RPR, AgHBs et hépatite C).

Par ailleurs, le don de sang volontaire ne représente que 13,6% de l'ensemble en 2011 et l'ensemble de poches collectées ne représente que les 30% des besoins du pays.

Tableau 2 : Evolution de nombre poches de sang collectées de 2009-2011

Année	Nbre de poches collectées
2009	23 316
2010	25 790
2011	30 123

4.2.3 Le Conseil et Dépistage Volontaire

Le taux de couverture en termes de CDV a nettement évolué de source de l'APMS comparativement à l'année 2009. Le nombre de clients dépistés est passé de 51 479 en 2010 à 169 799 en 2011.

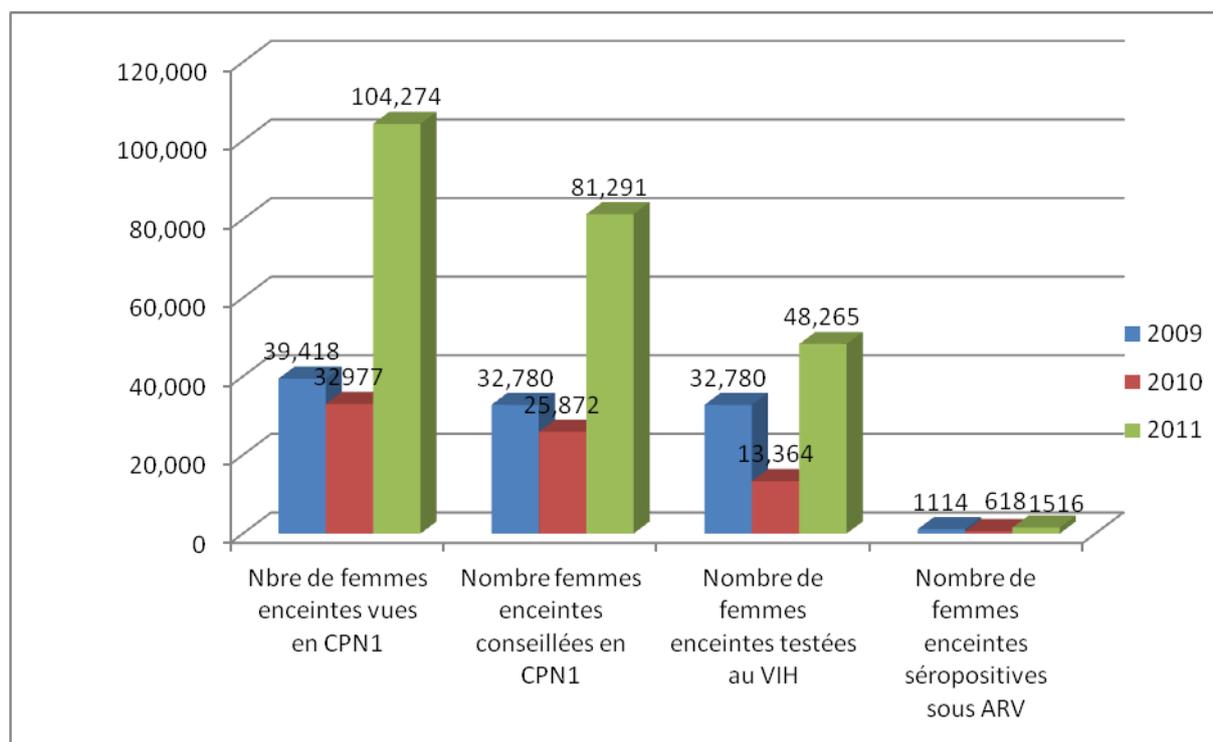
La promotion de la stratégie de dépistage mobile encouragée ce dernier temps par certaines structures pourrait expliquer en partie ce résultat. Tous ces efforts non négligeables ont été réalisés pour renforcer l'accès aux CDV sur l'ensemble du territoire. En dépit de ces efforts, la couverture en CDV reste toujours faible. Et la demande de plus en plus accrue.

Le 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 est de 93,47%(source enquête IBLT 2011). Par rapport au PS, le pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat est de 38%.

4.2.4 La Prévention de la Transmission de l'infection du VIH de la mère infectée à l'enfant (PTME)

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est à l'origine de la majorité des infections à VIH chez les enfants de moins de 15 ans. Au Tchad, la stratégie adoptée est l'option B pour la mise en œuvre de la PTME. Aujourd'hui un plan d'élimination de transmission mère à l'enfant est en cours de validation. Malgré des efforts consentis ces dernières années, la PTME demeure un des maillons faible de la prévention. Cependant les résultats obtenus en 2010 et 2011 sont encourageants. Ainsi le graphique ci-dessous met en exergue l'évolution obtenue.

Graphique 5: Evolution des activités de la PTME de 2009 à 2011



Il ressort de ce graphique que l'année 2011 marque un tournant par rapport aux activités en matière de la PTME. Le taux d'acceptation du test VIH est passé de 52% en 2010 à 59,4% en 2011. En fin 2011, 140 sites assurent la PTME. Cependant le pourcentage des femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent les antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant reste faible comparativement aux autres pays de la sous région. Il est de 10,2% en fin 2011. Ce taux est légèrement supérieur à celui de 2009 (7%). On espère que la mise en œuvre du plan d'élimination de la transmission mère-enfant en cours de validation et de l'agenda 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-enfant viendront consolider ces acquis et booster la PTME.

4.2.5 La prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles

La prévention des infections Sexuellement Transmissibles réduit de manière considérable l'incidence du VIH. Le contrôle des IST qui est considéré comme une des stratégies majeures de lutte contre l'épidémie à VIH. Il s'est renforcé au cours de cette période par des actions telles que la formation des prestataires des soins et la révision du guide national de prise en charge syndromique des IST en 2009. Les données de routine du système d'information sanitaire de 2009 rapportent 355 nouveaux cas des ulcérations génitales, 7685 nouveaux cas d'écoulements urétraux et 27 380 nouveaux cas d'écoulements vaginaux.

4.3 Prise en charge médicale et communautaire

Les structures associatives en collaboration avec les structures sanitaires ont apporté des soins de santé aux personnes vivant avec le VIH. Le nombre des structures sanitaires et

communautaires (surtout les associations des PVVIH) sont en nette progression. Les résultats obtenus au bout de cette période se résument en quelques points :

- Accroissement du nombre des patients qui ont accès au traitement par les ARV. De 7 215 patients en 2007, on est passé à 32 832 en fin 2011 (dont 12 482 hommes et 20 350 femmes).
- Formation de 220 agents de santé dans la prise en charge médicale en 2011
- Les visites à domicile et l'émergence des clubs d'observance occupent une place de choix dans la prise en charge des patients
- Appui en médicaments IO aux structures sanitaires
- 13% d'enfant né de mère séropositive au VIH ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie

Au niveau communautaire, les orphelins et les PVVIH ont bénéficié d'un appui nutritionnel.

En termes d'indicateur, 33,9% d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral en reçoivent. Parmi les patients sous traitement ARV, 34,6% d'hommes et 34,6% des femmes dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale. Comme on peut le constater très peu des patients reste sous traitement un an après l'avoir débuté. Ceci doit interpeller les différents acteurs pour renforcer le suivi des patients sous ARV.

Par rapport à la co-infection TB/VIH, 34,6% patients co-infectés nouveaux cas ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH en 2011.

4.4 Soins et soutien

Selon les rapports de l'UNAD dans le cadre de financement du Fonds mondial, 917 sur les 1000 des ménages recensés ont bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre de 2011. Cette proportion est largement supérieure à celle de 2010.

4.5 Connaissances et changements intervenus dans les comportements

Selon le rapport de l'enquête MICS de 2010, le taux de scolarisation des orphelins est de 66,9% et des non orphelins est de 56,7%. Grâce à ce résultat, on pourrait penser que les orphelins ont plus de chance de fréquenter que les non orphelins. Malgré ce résultat obtenu des efforts doivent être consentis pour un résultat encore meilleur.

Concernant l'indicateur sur le niveau de connaissance de jeunes de 15-24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH sur les moyens de prévention, on note une nette amélioration dans cette catégorie. L'enquête socio comportementale et de séroprévalence sous régionale réalisée dans 4 régions du pays donne un pourcentage de 77,5%. On note par ailleurs que les femmes de cette même tranche d'âge ont plus de connaissance sur les moyens de prévention que les hommes (81,3% vs 77,5%).

Pour ce qui de la sexualité des adultes de 15-49ans, il ressort que 6,13% personnes interrogées de 15-49ans ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des

12 derniers mois. Cependant les hommes de 15-49 ans ont un score supérieur (24%) comparativement aux femmes (1,2%). Cela peut signifier que les hommes s'exposent plus que les femmes en changeant des partenaires sexuels.

Par manque des données récentes, le pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport est resté de même qu'en 2009 (25,7%). Pour le reste des indicateurs, soit les données ne sont pas actualisées (PS, 20%) soit il n'existe pas du tout une enquête menée à l'endroit du groupe (MSM, UDI).

4.6 Atténuations de l'impact du VIH

Diverses actions ont été réalisées dans le but d'atténuer l'impact de la maladie sur les personnes infectées et affectées.

- Concernant les OEV, le taux de scolarisation est de 66,9% pour les orphelins et de 56,7% pour les non orphelins
- 12 505 personnes ont bénéficié d'un appui nutritionnel dont 4 535 PVVIH et 7970 OEV (sources rapport UNAD)
- 9 420 OEV âgés de 0-17 ans ont bénéficié d'un appui scolaire (source rapport UNAD)
- 12 315 d'adultes et enfants ont bénéficié d'appui psychosocial
- La proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre est de 91,7% de source de rapport de l'UNAD (917 ménages sur 1000 recensés de source de rapport de l'UNAD)

4.7 Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et sources de financement

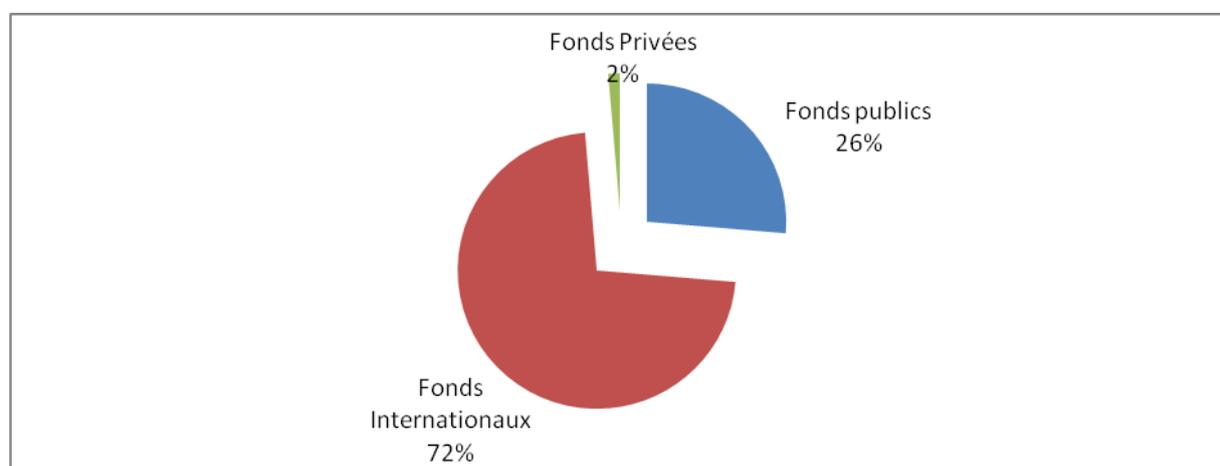
L'estimation des dépenses de source de REDES pour l'année 2010 s'élève à 7 267 199 284 FCFA contre 5 794 216 682 FCFA en 2009. D'une manière globale, la source de financement la plus importante reste les fonds internationaux qui s'élèvent à hauteur de 5 256 433 742 de FCFA soit 72,3% du montant total des dépenses totales en 2010 contre 5 341 812 564 de FCFA soit 92,2% en 2009. Par ailleurs, pour les deux ans, on note une part importante de contributions des organismes multilatéraux soit 74,2% du montant total des dépenses provenant des fonds internationaux.

Tableau 3: Répartition des dépenses par source de financement de 2009 et 2010

Source de financement			Dépenses en 2009 en FCFA	%	Dépenses en 2010 en FCFA	%
Fonds publics	Niveau national		351 570 710		990 149 682	13,6
	Autres (Prêt remboursables)		0		922 726 388	12,7
sous total fonds publics			351 570 710	6,1	1 912 876 070	26,3
Fonds internationaux	bilatéral		768 574 091	13,3	971 771 676	13,4
	multilatéral	Agences des Nations Unies	3 326 222 603	57,4	1 592 546 758	21,9
		Fonds Mondial	526 598 168	9,1	1 958 742 788	27
		autres fonds multilatéraux	720 417 702	12,4	733 372 520	10,1
Sous total fonds internationaux			5 341 812 564	92,2	5 256 433 742	72,3
Fonds privées			100 833 408	1,7	97 889 472	1,3
Total			5 794 216 682		7 267 199 284	

Sources : REDES 2010/CNLS

Graphique 6 : Répartition des dépenses selon la source en 2010

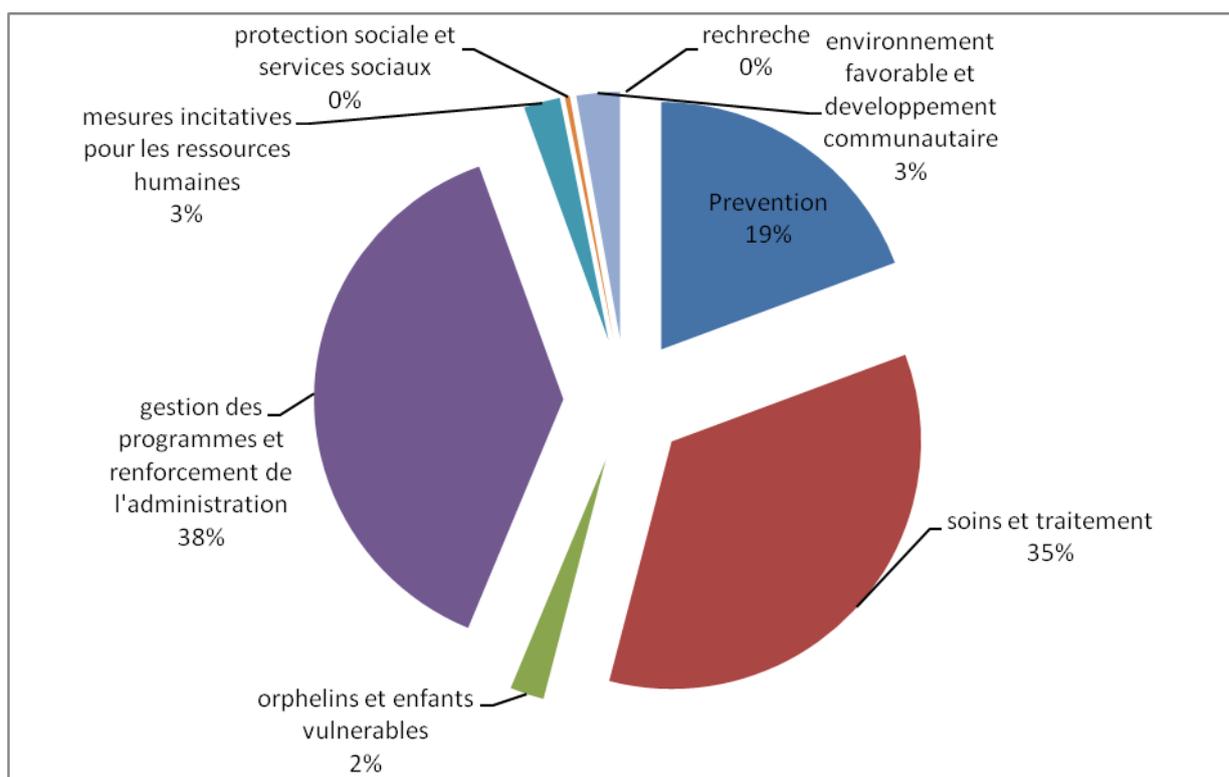


Sources : REDES 2010/CNLS

Il ressort clairement que les fonds alloués à la lutte contre le sida ont connu une augmentation de 25,4% de 2009 à 2010. Les fonds internationaux arrivent en première position suivis des fonds publics par rapport aux dépenses engagées au cours de l'année 2010. Il est à noter que l'Etat a fait d'énorme progrès dans le financement de la lutte contre le sida au Tchad. Il est à noter que dans la contribution des fonds privés seuls les fonds des ménages qui ressortent.

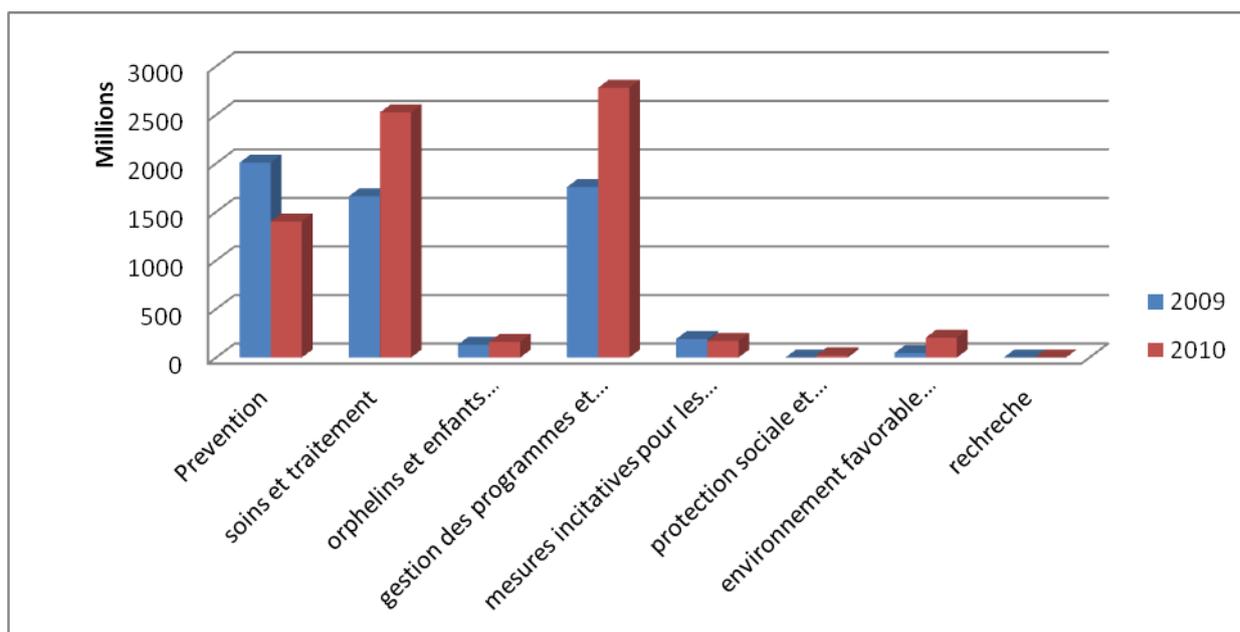
La répartition des dépenses selon les catégories présente la situation suivante :

Graphique 7 : Répartition des dépenses par catégorie d'intervention en 2010



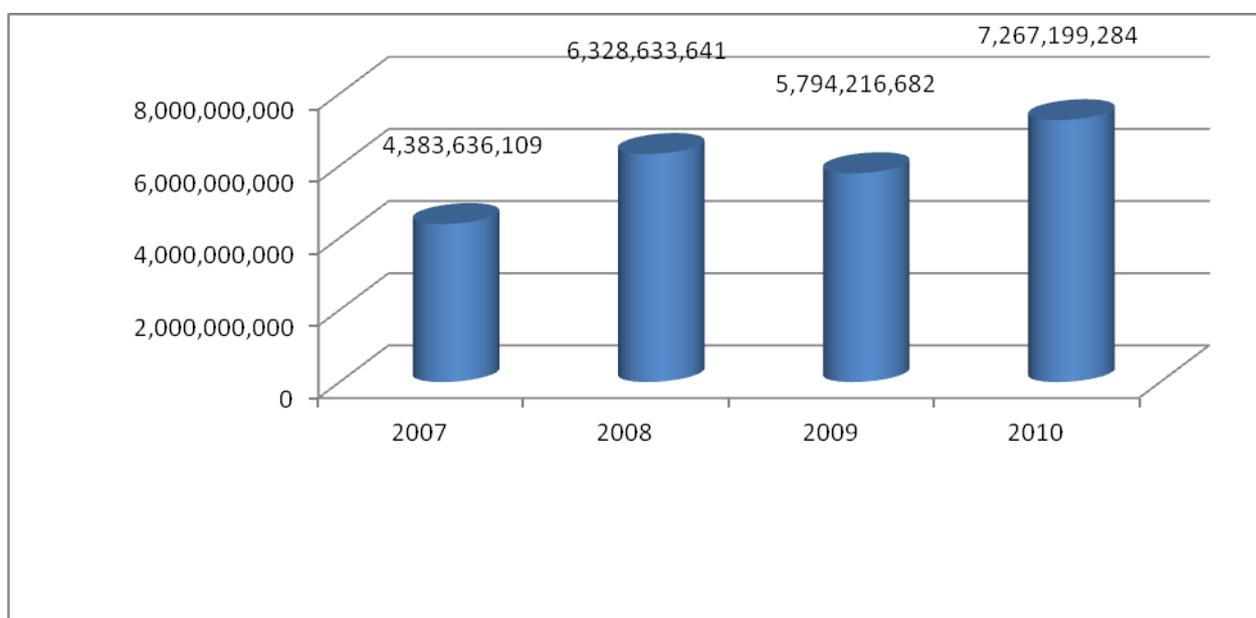
Il ressort de ce graphique qu'en 2010, 38% de l'ensemble des fonds ont été alloués pour la gestion des programmes et renforcement de l'administration, 35% des fonds pour les soins et traitement et 19% pour la prévention. Peu de fonds sont mobilisés pour la prise en charge des OEV.

Graphique 8 : Répartition des dépenses par intervention en 2009 et 2010



Comparativement à l'année 2009, on note une hausse des dépenses dans la catégorie des soins et traitement (29% vs 35%) et la gestion des programmes et renforcement de l'administration (30% vs 38%). Par contre on note une diminution des ressources pour la prévention (35% vs 19%).

Graphique 9 : Evolution des dépenses par année de 2007-2010



Il ressort de ce graphique que les ressources mobilisées pour la réponse au VIH ont progressivement évolué dans le temps. La diminution des dépenses en 2009 peut être expliquée par la suspension de la subvention du Fonds mondial et le retrait de la Banque Mondiale en 2007 et 2008.

4.8 Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation) ICPN

L'indice composite des politiques nationales comporte deux parties : une partie A et une partie B.

⇒ **Partie A :**

Cette partie couvre six domaines à savoir :

- plan stratégique
- soutien politique et leadership
- droit de l'homme
- prévention
- traitement, soins et accompagnement
- suivi et évaluation

Dans l'ensemble pour les domaines concernés par cette évaluation, les scores sont à un niveau satisfaisant. Cependant le domaine concernant les droits de l'homme, l'évaluation de score n'a pas été prévue dans l'outil en ligne. Par ailleurs on note un progrès remarquable dans le domaine de suivi et évaluation depuis les deux dernières années. La mise en place des mécanismes et outils harmonisés des collectes de données à différents niveaux et la formation des prestataires sur ces outils viendront encore renforcer cette tendance.

Dans le domaine de plan stratégique et de la prévention, on relève une diminution de score. Par contre dans le domaine de traitement, soins et accompagnement, l'accroissement de score peut être lié à la gratuité des soins prônée depuis 2007.

Tableau 4: Niveau des résultats atteints par domaine et par année de production du rapport (par le secteur public)

Année/domaines	2008	2010	2012
Plan stratégique	70%	90%	80%
Soutien politique et leadership	70%	80%	80%
Prévention	70%	90%	80%
Traitement, soins et accompagnement	80%	70%	80%
Suivi et évaluation	30%	80%	80%

⇒ **Partie B :**

Cette partie comporte cinq parties à savoir :

- Participation de la société civile
- Soutien politique et leadership
- Droit de l'homme
- Prévention
- Traitement, soins et accompagnement

En matière de participation de la société civile, on note une réelle implication de celle-ci dans la riposte au sida au Tchad à travers ce score de 80% qui est resté stable en 2010

et 2012. Ceci témoigne de l'effort fourni par ce secteur dans la réponse nationale au sida.

Pour ce qui est de droits de l'homme, le niveau de score est aussi satisfaisant même si on note une légère diminution du score en 2012 (Voir tableau 5). La vulgarisation de la loi N°19 portant protection et droit des personnes vivant avec le VIH durant l'année 2010 et 2011 vient renforcer encore ce domaine.

Le niveau de score dans le domaine de la prévention est resté stable. Avec l'appui de financement du Fonds Mondial, l'accès au traitement, soins et l'accompagnement s'est renforcé.

Tableau 5 : Niveau des résultats atteints par domaine et par année de production du rapport (par la société civile)

Année/domaines	2008	2010	2012
Participation de la société civile	70%	80%	80%
Droit de l'homme	80%	90%	70%
Prévention	70%	70%	70%
Traitement, soins et accompagnement	70%	80%	80%

L'analyse des scores pour l'ICPN montre que le secteur public et la société civile ont la même perception en matière de traitement, soins et accompagnement. Par contre dans le domaine de la prévention, la société civile juge moins positivement les efforts que le secteur public en 2012.

V- Meilleures pratiques

Au Tchad durant la période de rédaction du rapport, quelques meilleures pratiques se sont dégagées et se présentent par domaines suivants :

5.1 Au niveau de la direction politique

On cite les points suivants :

- L'adoption par le gouvernement de la nouvelle vision de l'ONUSIDA
- L'engagement du Gouvernement à mettre en œuvre l'initiative du Secrétaire General des Nations Unies sur la santé de la mère et de l'enfant
- L'affirmation du leadership des plus hautes autorités de l'Etat notamment l'engagement du Chef de l'Etat lors de la réunion de haut niveau sur le sida en juin 2011. Cet engagement a permis la mobilisation de ses pairs en faveur de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'ancrage institutionnel de l'instance de la riposte nationale est à la Primature.
- L'instauration par le chef de l'Etat d'une journée de travail mensuelle regroupant tous les acteurs impliqués dans le système de santé au Tchad. Cette réunion permet d'évaluer les indicateurs en matière de santé en général et ceux liés au VIH en particulier.
- L'engagement de la Première Dame. Ce qui a permis 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-enfant.
- Le financement des activités de lutte contre le sida par l'Etat Tchadien. Les fonds publics contribuent pour 57% du montant total d'achats des intrants (ARV, réactifs et consommables).
- Le pilotage de l'élaboration du Plan Stratégique National 2012-2015 par le Premier Ministre, Président du conseil National de Lutte contre le Sida

5.2 Au niveau de l'environnement politique propice

On peut citer les points suivants :

- L'environnement, caractérisé par une stabilité politique, a permis de restaurer la confiance des partenaires au développement.
- L'effectivité de la multisectorialité au Tchad à travers l'implication remarquable des différents acteurs notamment 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 s'observe à travers la mise en place d'une Equipe Conjointe
- La décentralisation de la lutte contre le sida par la mise en place des conseils régionaux (17 sur les 22 régions).

5.3 Intensification des programmes efficaces de prévention

- L'organisation des vacances sans sida avec les jeunes par l'ONG Initiative et Développement(ID) à Moundou
- Le couplage de la mobilisation sociale avec des séances de dépistage volontaire a permis de dépister davantage les clients
- L'intensification des campagnes médiatiques et de proximité organisées par le CNTS à travers certaines régions du pays ont contribué à l'augmentation du nombre de donneurs volontaires de sang

- La réalisation des stratégies mobiles de dépistage du VIH à travers le pays a considérablement contribué à l'accès des populations rurales au dépistage et à l'accroissement du nombre des PVVIH sous ARV
- L'identification et la formation des 67 conseillers issus des associations des PVVIH. Ces conseillers travaillent actuellement dans les CDV à travers le pays.
- Le projet d'extension de l'approche dite conversation communautaire dans onze régions en dehors de deux zones pilotes du projet

5.4 Suivi et évaluation

- Expérience de l'outil REDES (NASA) qui a permis d'estimer le coût de dépense en matière du VIH en 2010
- La mise en place d'un groupe de travail sur le suivi et évaluation
- L'harmonisation des outils de collecte de données
- La disponibilité des données Spectrum qui servent de dénominateurs pour le calcul des indicateurs
- Formation des points focaux en suivi et évaluation

VI- Principaux obstacles et mesures correctives

6.1 Les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles rencontrés et rapportés en 2012

En dépit des efforts fournis pendant la période de rédaction du rapport, la dynamique de l'épidémie et le niveau de la réponse font apparaître plusieurs défis notamment :

- Faible accessibilité aux préservatifs
- Faible accessibilité aux services de la PTME
- Insuffisance de la décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH
- Faible couverture des besoins des PVVIH lié à la disponibilité des ARV, réactifs et consommables
- Insuffisance des ressources humaines qualifiées dans la coordination de la riposte à différent niveau et même dans la prestation des services
- Faiblesse du système de collecte des données
- Faiblesse du système de santé
- Insuffisance des ressources pour la mise en œuvre des activités par les organes de coordination et d'exécution
- Insuffisance d'étude pour le suivi de l'épidémie dans les groupes spécifiques (MSM, UDI et PS)
- Faible implication des structures communautaires dans la prise en charge
- Absence d'audit de qualité de données
- Données parcellaires

Au regard de ces obstacles constatés, des mesures correctives ont été proposées par domaine pendant cette période :

a) Faible accessibilité au préservatif :

L'élaboration et la mise en œuvre d'un mécanisme de distribution des préservatifs adaptés permettront d'apporter des solutions idoines au problème de rupture des préservatifs.

b) Faible accessibilité au service de la PTME :

La mise en œuvre du plan d'élimination de la transmission de la mère enfant permettra le passage à échelle de la PTME.

c) La faible décentralisation de la prise en charge médicale des PVVIH

Pour assurer la qualité de la prise en charge, il faut accentuer la délégation des tâches aux paramédicaux.

d) Insuffisance des ressources humaines qualifiées dans la coordination de la riposte à différent niveau :

La désignation des points focaux en suivi et évaluation et leur formation ont permis de résoudre partiellement le problème. Cependant le renforcement du service de planification et suivi et évaluation du CNLS en personnel est à considérer.

e) Insuffisance des ressources pour la mise en œuvre des activités par les organes de coordination et d'exécution :

Il faut absolument mettre en place une stratégie de mobilisation des ressources par l'organisation des tables-ronde des bailleurs, forum des partenaires etc.

f) Insuffisance d'étude pour le suivi de l'épidémie dans les groupes spécifiques (MSM, UDI et PS)

Au Tchad il n'existe aucune donnée pour ces groupes spécifiques en dehors des PS où la dernière enquête date de 2009. Il serait donc intéressant dans l'avenir de cibler quelques actions à l'endroit de ce groupe pour apprécier l'ampleur du problème dans le pays. Le PSN 2012-2015 prévoit des activités en direction de ces groupes.

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

Les principaux obstacles rencontrés lors de la collecte des données sont :

- L'absence des données sur le niveau réel du risque chez certains groupes cibles notamment les hommes ayant de rapports sexuels avec les hommes (MSM) et les utilisateurs des drogues injectables (UDI) ;
- Certaines données ne sont pas désagrégées par sexe et par âge
- La non concordance des données issues des différentes structures (FOSAP, PSLs, CNLS, APMS, AMASOT, UNAD etc...)
- Absence des données actualisées auprès de professionnelles de sexe (la dernière enquête date de 2009)
- Difficultés de réunir les données financières engagées par les différents acteurs

6.3 Les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus

Pour donner suite aux difficultés rencontrées lors de la collecte des données pour la rédaction de ce rapport, des pistes de solutions sous forme de recommandations sont proposées :

- Réaliser dans un bref délai des enquêtes sur les groupes spécifiques (PS, MSM, UDI ect...) tels que prévu dans le plan stratégique 2012-2015.
- Rendre disponible les outils de collecte des données harmonisées dans toutes les structures sanitaires et communautaires pour permettre d'avoir les données fiables et désagrégées
- Mettre en place une unité de gestion des données au niveau central et régional

VII- Soutien des partenaires au développement

Les partenaires au développement ont accompagné et continuent d'accompagner le Tchad dans la réponse nationale au VIH. Cela s'illustre bien dans le financement de la mise en œuvre du cadre stratégique 2007-2011. Pour la période de la rédaction du rapport, on peut noter leurs appuis techniques et financiers dans quelques domaines suivants :

- La revue du cadre stratégique 2007-2011
- L'élaboration du plan stratégique 2012-2015
- L'élaboration du plan de suivi et évaluation du cadre stratégique 2012-2015
- L'élaboration du plan d'élimination de la transmission mère-enfant(ETME)
- Appui institutionnel du CNLS par le renforcement des capacités techniques et organisationnelles
- Appui à la collecte des données des sites sentinelles et des données de routines
- Appui à la mise en œuvre du Round 8
- Plusieurs des activités du Cadre stratégiques 2007-2011 ont bénéficié de financement de Fonds mondial round 8, de la Banque mondiale à travers le projet PPLS2, la Banque Africaine de développement, le Système des nations Unies et les organismes de coopération bilatérale

Sur le plan financier, de source de rapport REDES 2010, l'appui financier des partenaires internationaux à la réponse nationale au VIH représente 72% du coût global en 2010.

VIII- Environnement de suivi et évaluation

8.1 Aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation

La mise en œuvre du cadre stratégique 2007-2011 s'est accompagnée d'un plan national de suivi et évaluation. Ce dernier 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. Il s'inscrit dans le principe de « Three Ones ».

La revue de ce cadre stratégique a permis de faire une analyse de la situation actuelle et de déterminer les forces et les faiblesses du système de suivi et évaluation au Tchad. Il ressort de cette analyse les points suivants :

- Un système de surveillance a été mis en place depuis 1988, et le nombre de sites sentinelles fonctionnelles a progressivement augmenté. Interrompue en 2003, la surveillance sentinelle a redémarré en 2009 avec 5 sites et 13 sites fonctionnels en 2011.
- Le Cadre Stratégique accorde une place importante aux questions d'études, de récolte des données et d'information stratégique (i.e. l'un des 8 principaux axes stratégiques), et il s'agit aussi bien d'entreprendre des enquêtes de séro-épidémiologiques, surveillance sentinelle, comportementale, etc., ainsi que de mettre en place/renforcer des structures/institutions de collecte des données programmatiques;
- Beaucoup d'attention est également portée sur la mise en place d'un cadre de suivi et évaluation, avec des indicateurs d'impact bien défini;

- Le cadre stratégique national prévoit de mettre en place un système informatisé d'analyse des données et de rétro d'information.

Un nouveau plan de suivi et évaluation a été élaboré en décembre 2011 et est en cours de validation. Ce plan apportera des pistes de solutions au système de suivi et évaluation qui a eu de la peine à se mettre en place.

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

Malgré quelques avancées, on note la persistance de quelques difficultés qui entravent la mise en place d'un système fonctionnel de suivi & d'évaluation, ainsi qu'une structure permettant une collecte régulière des données, la production et la diffusion de l'information stratégique. Ce sont :

- l'irrégularité des réunions de coordination notamment du groupe de travail sur le suivi évaluation (GTSE)
- L'insuffisance de supervision de sites de surveillance du VIH et sida, 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 humaines qualifiées (épidémiologiste, 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 du VIH;
- l'inexistence d'une banque de données tant au niveau national que régional
- La faiblesse du système de suivi de la résistance aux ARV et de la gestion des intrants qui entraîne par moment des ruptures des stocks préjudiciables aux PVVIH ;
- La faible performance du système de collecte de données (l'irrégularité dans la transmission des rapports, existence de plusieurs circuits de transmission, la diversité d'outils de collecte de données, la complexité des outils de collecte de données, la multitude des données à collecter etc...)
- La faible complétude des rapports d'activités
- l'insuffisance de la 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

8.3 Les mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés

Le CNLS prévoit quelques pistes de solutions pour surmonter ces difficultés. Ce sont entre autres :

- Le renforcement ou la redynamisation du groupe de travail sur la planification suivi-évaluation (GTSE)
- La désignation d'un chargé de suivi et évaluation dans les 15 CSLS et 9 CRLS en 2011
- La formation des responsables de suivi-évaluation des CRLS et des Secrétaires Exécutifs des conseils régionaux sur le suivi et évaluation en 2010
- L'harmonisation, la production et la diffusion des outils de collecte des données
- Une formation des prestataires sur le remplissage de ces outils qui est en cours
- L'organisation des ateliers régionaux de compilation des données au niveau de chaque région pendant l'année 2011
- L'appropriation du système de suivi et évaluation par les différents acteurs
- La mise en place des CRLS dans 17 régions.

8.4 Les besoins d'assistante technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation

Les 12 composantes ont été retenues dans le plan de suivi et évaluation. Cependant les composantes 2, 7, 9 et 10 méritent une attention particulière en termes d'appui et de renforcement des capacités. Ces besoins peuvent se résumer comme suit :

- Former les responsables de suivi et évaluation à différents niveaux
- Rendre opérationnel le logiciel CRIS au niveau central
- Renforcer en personnel qualifié le service de planification et suivi-évaluation
- Former le personnel de santé et les responsables communautaires impliqués dans la collecte des données sur les nouveaux outils de collecte de données
- Mettre en place une base de données au niveau central et décentralisé
- Développer et intensifier les cadres d'échanges avec des institutions sœurs.

IX- ANNEXES

Annexe 1 : Bibliographie

1. Rapport annuel d'activités 2010, FOSAP – volet IDA, 2010
2. Rapport d'activités 2010 du CNTS, 2010
3. Rapport d'activités 2011 du CNTS, 2011
4. Rapport d'étude de l'analyse de la survie des personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral 12 mois après leurs début de traitement dans les 7 centres de prise en charge du Pays, décembre 2011
5. Rapport d'activité 2010, PSLs, 2010
6. Rapport d'activité 2011, PSLs, 2011
7. Document de suivi de la déclaration politique sur le VIH/Sida, Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, Etablissement des rapports 2012
8. Rapport d'enquête séro prévalence du VIH/Sida, 2005
9. Rapports d'activité annuelle 2010, APMS, 2010
10. Rapports d'activité annuelle 2011, APMS, 2011
11. Rapport de suivi des progrès 2008/ 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, Juillet 2009
12. 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
13. Annuaire des statistiques sanitaires, 2009 ;
14. 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
15. Rapport annuel de progrès 2010, AMASOT, 2010
16. Rapport d'enquête sur les caractéristiques de la cartographie de séroprévalence chez les travailleuses de sexe dans 15 villes du Tchad, juillet 2010
17. Rapport d'enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010
18. Rapport d'estimation des ressources et de dépenses relative au sida(REDES) au Tchad, novembre 2010
19. Rapport du deuxième recensement général de la population et de l'habitat(RGPH2), septembre 2009
20. Rapport de séro-surveillance sentinelles du VIH et des IST chez les femmes enceintes, 2009
21. Rapport annuel des activités programmatiques et financiers subventions Round 8 VIH/sida et TB, 2011
22. Rapport de séro-surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, 2010
23. Rapport d'enquête CAP sur les personnes vivant dans et autour des camps de réfugiés au sud du pays, 2010
24. Rapport d'activité UNAD, 2010
25. Rapport d'activité UNAD, 2011
26. Plan national multisectoriel de suivi et évaluation du cadre stratégique 2012-2015, décembre 2011
27. Plan stratégique national de riposte au sida 2012-2015, décembre 2011

Annexe 2 : Liste des personnalités ayant pris part au processus et à l'atelier de Validation

N°	Nom et Prénom	Institution	fonction	E-mail
1	Yvette Tao Hamia	CNLS	SCRPD	tao.yvette@yahoo.fr
2	Adam Abakar Kayaye	CONAJELUS	Administrateur	adamkayaye@gmail.com
3	Mahamat Taher Adoum	CNLS	SAPOB	luiva-100@yahoo.fr
4	Sailly Hassaballah	M. finances	CDE/SG	dhsailly@yahoo.fr
5	Mbida Emile	CSLS	MJ	
6	Merci Nadbang	AILS	Coordonnatrice	nadbang.merci@gmail.com
7	Sindang Teria	Coord/MFPT	Coordonnateur	
8	Kladoumнар Rohoita	Coord/ME	coordonnateur	kladoumнар@yahoo.fr
9	Hayangou Danguigué S.	CNLS	CSPSE	hsanatcho@yahoo.fr
10	Rangar Ndjenadjim	CNLS	CSAD	rangarta@yahoo.fr
11	Abdoulwahab Sani	CNLS	CANSE	
12	Ngadandé Madjita	PPS2	CSE	nganams2000@yahoo.fr
13	Jean Lambert Mandjo	ONUSIDA/CNLS	CTP	jmandjo@yahoo.fr
14	Bagamla Tchobkréo	ONUSIDA	Conseiller en SE	bagamla@un aids.org
15	Kadjilé Obengdi Hélène	Minagri	Coord/CSLS	obengdi@yahoo.fr
16	Dr Barou Djouater	CNLS	SEN	Barou_djouater@yahoo.fr
17	Marc Saba	ONUSIDA	Coordonateur Pays	sabam@un aids.org
18	Djimtobeye Prosper	AMASOT	Resp. SE	Prospita2004@hotmail.fr
19	Yoyannel Martine	CNLS	AAF	yoyannelm@yahoo.fr
20	Gueim Morgaye	UNICEF	Prevention/VIH/sida	mgueim@unicef.org
21	Djimoguinan Ndemkéré	MIC	Resp. volet VIH/MIC	
22	Achta Yakité	UNFPA	Chargée de Programme IEC/SRA/VIH	yakite@unfpa.org
23	Doloum II Ahmet Mahamat	ONUSIDA	Chargé de communication	doloum2@yahoo.fr
24	Saleh Youssouf	ONUSIDA	IT/point focal	salehy@un aids.org
25	Djekounyom Monegto Necto	M. élevage	Point focal	
26	Dr Noel Djemadji	OMS	Conseiller VIH/TB	djemadjin@td.afro.who.org
27	Dr Balthazar Teuyahbé Y.	ONUSIDA	consultant	teyabet07@yahoo.fr
28	Dr Aimé N.	ONUSIDA	ATI/FM	
29	Modeal Tolnan	CNLS	Point focal VIH-DH	tmodeal@yahoo.fr
30	Otingué	FOSAP	Resp. SE	

Annexe3 : processus de consultation et de préparation du rapport

REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

PRIMATURE

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Processus de rédaction du Rapport d'activité sur la riposte au sida au Tchad

DOCUMENT DE METHODOLOGIE DE TRAVAIL ET D'AGENDA

I- Introduction

La réunion de haut niveau sur le sida de 2011 a marqué un tournant dans la riposte mondiale au sida. Pour faire face à cette pandémie les États membres de l'ONU ont unanimement approuvé la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 ainsi que ses nouveaux objectifs—d'ici 2015, qui sont entre autres : réduire de moitié la transmission du VIH par voie sexuelle et chez les consommateurs de drogues injectables, accroître l'accès à la thérapie antirétrovirale pour que 15 millions de personnes reçoivent un traitement, réduire de moitié la mortalité due à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, et éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants.

En s'appuyant sur le succès remporté par dix années de rapports d'activité sur les objectifs qui avaient été définis lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2001 « UNGASS », la nouvelle Déclaration politique a chargé l'ONUSIDA d'aider les pays à réaliser des rapports sur les nouveaux engagements et les nouveaux objectifs.

L'élaboration du présent rapport d'activité sur la riposte nationale au sida au Tchad s'inscrit dans cette logique.

La rédaction de ce rapport est sous la coordination du CNLS assisté du groupe de travail sur le suivi et évaluation du VIH. Un consultant national est recruté par le CNLS avec l'appui de l'ONUSIDA Tchad pour assurer un appui au processus de rédaction de ce rapport. Les expériences et les appuis divers des différents acteurs seront mobilisés tout au long du processus de rédaction de ce rapport.

Dans un premier temps les données seront collectées et validées en vue de renseigner les 30 indicateurs retenus dans le document de référence. En suite s'en suivra la rédaction de la partie narrative du rapport. Voici présenter la méthodologie du travail et l'agenda.

II Objectifs :

L'objectif général du processus est de rédiger et soumettre le rapport de la riposte nationale avant le 31 mars 2012. De manière spécifique, il s'agit de :

- Collecter et valider les données de suivi de la mise en œuvre durant la période 2010-2011.
- Rédiger le rapport narratif

III Méthodologie de travail :

La rédaction de ce rapport d'activité sur la riposte au SIDA au Tchad demeure un processus participatif comme précédemment dans la rédaction de rapport de l'UNGASS. Comme tel, cela nécessitera la participation active de tous les acteurs nationaux et internationaux impliqués dans la lutte contre le VIH et le SIDA au Tchad.

Pour le présent rapport, un certain nombre des différents acteurs seront identifiés pour accompagner ce processus avec l'appui d'un consultant national recruté à cet effet

comme personne ressource. Le rôle de celui-ci consistera à faire de propositions de méthodologie, d'outils de travail et les documents devant servir de base de discussion. Tout le long de ce processus, le consultant travaillera en étroite collaboration avec une équipe restreinte composée de chargé de suivie et évaluation du CNLS et de l'ONUSIDA. Il rendra également compte régulièrement de l'état d'avancement du processus à l'équipe restreinte. Il reviendra donc à cette équipe restreinte d'organiser de réunion de validation de différents documents avec toutes les parties prenantes (gouvernement, société civile et agences de Nations Unies).

3.1 La collecte des données et la rédaction du rapport

La collecte des données se fera à partir d'une grille de collecte basée sur les 30 indicateurs retenu dans le document de référence. Une liste des organisations et des informateurs clefs susceptibles de renseigner les données relatives à chaque indicateur est établie par l'équipe de rédaction. La grille sera administrée par le consultant national. Ce dernier se déplacera sur le lieu de travail des informateurs clefs pour cueillir les données. Un entretien avec ces différents acteurs sera aussi conduit pour alimenter l'analyse des données. La collecte des données selon l'agenda s'étalera du 27 février au 8 mars 2012.

La rédaction du dit rapport sera assurée par l'équipe restreinte et s'étalera du 9 au 19 mars 2012. Un premier draft du rapport sera présenté aux différentes parties prenantes le 26 mars 2012 pour amendement et sa validation.

IV Proposition de plan de travail pour la rédaction du rapport national d'activité sur la riposte au SIDA au Tchad pour la période 2010-2011

Pour aboutir à cet objectif, un plan de travail s'avère nécessaire. Voici résumé dans le tableau ci-dessous une proposition d'agenda provisoire de travail

N°	Activités	Resp.	Chronogramme	Résultats	Observations
1	Elaborer le plan de travail, la méthodologie et définir les membres de l'équipe restreinte de rédaction du rapport	consultant national	24-févr-12	plan de travail existe et validé, méthodologie définit et les membres de l'équipe de rédaction définit	
2	Réaliser la revue documentaire devant servir de base pour la rédaction du rapport	consultant national	25 février au 15 mars-12	les documents servant de rédaction pour la partie narrative sont disponibles	
4	Recenser les outils nécessaires à la collecte de données	consultant national	27-févr-12	les outils sont disponibles	
5	Collecter et compiler les données devant renseigner les indicateurs retenus dans le document de référence	consultant national	27 février-8 mars 2012	Des données sont collectées et compilées	
6	Organiser une réunion pour analyser les données recueillies avec l'ensemble des parties prenantes	CNLS	09-mars-12	Analyse et observation sont faites	
7	Rédiger le 1er draft de la partie narrative du rapport selon le canevas définit dans le document de référence	consultant national et équipe restreinte	9-21 mars 2012	1er draft du rapport est disponible	
8	Distribution du premier draft du rapport aux participants	consultant national	22-24 mars 2012	le premier draft du rapport est distribué aux personnes identifiées	
9	Organiser une réunion de validation des données et du 1er darft du rapport avec les différentes parties prenantes	CNLS	26-mars-12	Des observations sont faites sur le draft du rapport	

10	Finaliser le rapport en intégrant les différentes observations	consultant national	27-mars-12	rapport final disponible	
11	Déposer le rapport final à l'ONUSIDA et au CNLS	consultant national	28-mars-12	rapport final déposé au CNLS et à l'ONUSIDA	