

Table des matières

| | | |
|--|-----------|-------------|
| <i>Liste des acronymes</i> ----- | 3 | |
| <i>I Aperçu de la situation</i> ----- | 6 | Deleted: 5 |
| <i>Application de la déclaration de l'engagement sur le VIH et Sida</i> ----- | 8 | Deleted: 7 |
| <i>Indicateurs de base 2008-2009</i> ----- | 8 | Deleted: 7 |
| <i>II Situation épidémiologique du VIH et du SIDA au Tchad</i> ----- | 11 | Deleted: 10 |
| II-1 Situation épidémiologique du VIH et du SIDA au niveau des sites sentinelles----- | 11 | Deleted: 10 |
| II-2 Situation épidémiologique du VIH et du SIDA au niveau des Travailleuses de Sexes----- | 13 | Deleted: 12 |
| II-3 Situation épidémiologique du VIH et du SIDA au niveau des réfugiés----- | 14 | Deleted: 13 |
| II-4 Situation épidémiologique du VIH et du SIDA au niveau de la population générale----- | 14 | Deleted: 13 |
| <i>III Riposte nationale à l'épidémie de sida</i> ----- | 17 | Deleted: 16 |
| III-1 Prévention----- | 17 | Deleted: 16 |
| III-1-1 La prévention de la transmission sexuelle par la promotion des comportements sexuels à moindre risque----- | 17 | Deleted: 16 |
| III-1-1-1 Sensibilisation----- | 17 | Deleted: 16 |
| III-1-1-2 Enseignement du VIH dans les écoles----- | 18 | Deleted: 17 |
| III-1-1-4 Distribution des préservatifs----- | 18 | Deleted: 17 |
| III-1-2 La prévention de la transfusion sanguine par la Sécurité Transfusionnelle----- | 19 | Deleted: 18 |
| III-1-3 Le Conseil et Dépistage Volontaire----- | 20 | Deleted: 19 |
| III-1-4 La Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME)----- | 20 | Deleted: 19 |
| III-1-5 Prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles----- | 21 | Deleted: 19 |
| III-2 La prise en charge médicale et communautaire----- | 21 | Deleted: 20 |
| III-3 La prise en charge communautaire----- | 23 | Deleted: 20 |
| III-3 La prise en charge communautaire----- | 23 | Deleted: 22 |
| <i>IV Connaissances et changements intervenus dans les comportements</i> ----- | 25 | Deleted: 24 |
| IV-1 Connaissance du VIH et du SIDA----- | 25 | Deleted: 24 |
| IV-2 Adoption des comportements à moindre risque----- | 28 | Deleted: 27 |
| IV-3 Atténuation de l'impact du VIH----- | 30 | Deleted: 29 |
| <i>VI Principaux obstacles et mesures correctrices</i> ----- | 37 | Deleted: 36 |
| <i>VII Soutien des partenaires du développement</i> ----- | 39 | Deleted: 37 |
| <i>VIII Suivi et évaluation</i> ----- | 40 | Deleted: 39 |
| <i>Liste des personnes rencontrées</i> ----- | 42 | Deleted: 41 |

Liste des acronymes

| ABREVIATIONS | SIGNIFICATIONS |
|----------------|---|
| ADH | Associations des Défenses des droits de l'Homme |
| AFD | .Agence Française de Développement |
| AFJT | Association des Femmes Juristes du Tchad |
| AMASOT | Association Marketing Social au Tchad |
| APMS | Appui PsychoSocial Médico Social |
| ARV | Antirétroviral |
| APLFT | Association pour la Promotion des Libertés Fondamentales au Tchad |
| CAP | Connaissances Aptitudes et Pratiques |
| BAD | Banque Africaine de Développement |
| CCM-TCHAD/HCNC | Haut Conseil de Coordination pour l'accès au Fonds Mondial |
| CBLT | Commission du Bassin du Lac Tchad |
| CDV | Conseil et Dépistage Volontaire |
| CNLS | Conseil National de Lutte contre le Sida |
| CONALUS | Coalition Nationale de Lutte contre le Sida |
| CONAJELUS | Coordination Nationale des Jeunes pour la Lutte contre le Sida |
| CPN | Consultations Périnatales |
| CRIS 3 | Système d'Information pour la Riposte des pays-3e Version |
| DSIS | Division du Système d'Informations Sanitaires |
| EC | Equipe Conjointe des Nations Unies sur le VIH/sida |
| EDST | Enquête Démographique et de Santé au Tchad |
| FOSAP | Fonds de Soutien des Activités en matière de Population |
| GTSE | Groupe Travail sur le suivi et évaluation du VIH et SIDA |
| GT | Groupe Thématique des Nations Unies sur le VIH/sida |
| GTZ | Coopération Allemande |
| HGRN | Hôpital Général de Référence Nationale |
| IBLT | Initiative du Bassin du Lac Tchad |
| ICPN | Indice Composite de Politiques Nationales |
| IEC -CCC | Information, Education et Communication- Communication pour le Changement de Comportement |
| IO | Infections Opportunistes |
| IST | Infections Sexuellement Transmissibles |
| LTDH | Ligue Tchadienne des Droits de l'Homme |
| MEN | Ministère de l'Education Nationale |
| MERH | Ministère de l'Environnement et des Ressources Halieutique |
| MINURCAT | Mission des Nations Unies en République Centrafricaine et au Tchad |
| MSP | Ministère de la Santé Publique |
| OEV | Orphelins et enfants vulnérables |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le Vih / Sida |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PAM | Programme Alimentaire Mondial |
| PTME | Prévention de Transmission Mère -Enfant |
| PSLS | Programme Sectoriel de Lutte contre le Sida |
| PVVIH | Personnes Vivant avec le VIH |
| REDES | Revue des Dépenses liées au SIDA |
| RNM | Ressources Needs Model |
| RNTAP+ | Réseau National Tchadien des Personnes vivant avec le VIH |
| UNHCR | Haut Comité des Nations Unies pour les Réfugiés |

| | |
|---------|--|
| Unicef | Organisation des Nations Unies pour l'Enfance |
| UNGASS | Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| UST | Union des Syndicats du Tchad |
| SIDA | Syndrome de l'Immunodéficience Acquise |
| SNU | Système des Nations Unies |
| SNRP II | Stratégies Nationales de Réduction de la Pauvreté deuxième génération |
| TS | Travailleuses de Sexe |
| VIH | Virus Immunodéficience Humaine |

PREFACE

En juin 2001, les Gouvernements de 189 États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH et le Sida en vue d'unir les efforts des acteurs du public, du privé et de la société civile pour stopper la propagation du VIH et commencer à inverser le cours de l'épidémie d'ici à l'an 2015.

En 2006, les États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont réitéré, dans une Déclaration politique sur le VIH et le Sida, leur engagement relatif à l'instauration de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en faveur des personnes vivant avec le VIH. Les efforts des Etats ont alors été centrés au cours de ces dernières années sur l'objectif de l'accès universel.

A ce titre, notre pays, le Tchad, a :

- A l'occasion de l'organisation de la Journée Mondiale du Sida célébrée au mois de décembre 2006 à Moundou dans la Région du Logone Occidental, Son Excellence Monsieur le Président de la République, Chef de l'Etat, IDRIS DEBY ITNO, a déclaré la gratuité de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH au Tchad ;

C'est ainsi qu'un milliard quatre cent soixante et dix millions de francs CFA (1.470.000.000 FCFA) et un milliard deux cent cinquante millions de francs CFA (1.250.000.000 FCFA) ont été inscrits sur le budget de l'Etat respectivement en 2007 et 2008 ;

- Pour tenir compte de la dimension multisectorielle de la riposte, un Décret signé le 29 juin 2007 (Décret n° 511/PR/PM/MSP/2007) fixe le Cadre Stratégique National de la lutte contre le VIH/SIDA/IST et par la même occasion crée le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) avec ancrage institutionnel à la Primature ;

La rédaction d'un rapport de progrès annuel de cette Déclaration a été l'une des obligations assignées aux Etats, comme moyen de suivre l'atteinte des objectifs et avec comme guide les indicateurs de base initiés en 2002. Ainsi que, pour la période 2006 à 2007, 153 États membres (80%) ont produit ledit rapport. Le Tchad, notre pays, pour sa part, a produit ses rapports en 2006 et en 2008.

I Aperçu de la situation

1. Degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

Le processus d'élaboration du rapport UNGASS 2010 au Tchad a été participatif. Le rapport a été rédigé sous la coordination du CNLS avec la pleine participation du groupe de travail sur le suivi et évaluation du VIH et SIDA (GTSE), de la société civile et de la commission SIDA du HCNC (CCM-TCHAD).

Les termes de références du processus de rédaction du rapport UNGASS 2010 et les documents de collecte des données du rapport ont été présentés par l'équipe de travail et validés par le groupe de travail sur le suivi et évaluation du VIH et SIDA au cours d'une réunion de travail. Ce groupe de travail est composé des responsables de suivi et évaluation des différentes organisations gouvernementales, non gouvernementales et de la société civile. L'équipe technique est constituée du CNLS, de l'ONUSIDA et d'une personne ressource.

Pendant la collecte des données, ces acteurs ont été consultés pour d'une part récolter les données en leur possession et d'autre part recueillir leurs impressions sur la riposte nationale au VIH et au SIDA durant les deux dernières années.

Le CNLS et le GTSE se sont réunis deux fois pour examiner les premiers drafts du rapport UNGASS 2010 et valider techniquement le remplissage des outils en ligne à savoir l'ICPN, les indicateurs y compris les dépenses nationales consacrées au SIDA.

Tous les acteurs et toutes les organisations impliqués dans la riposte nationale au VIH à savoir le Gouvernement, les ONG nationales et internationales, les agences du SNU, les partenaires bi et multilatéraux et la société civile ont ainsi suivi de près le processus de collecte des données, de rédaction du rapport et sa validation finale lors d'un atelier national regroupant toutes les parties prenantes.

2. Situation actuelle de l'épidémie

En 2005, la prévalence du VIH dans la population au Tchad était de 3,3% dont 7% en milieu et 2,3% au niveau rural. Cette prévalence est plus élevée dans certaines régions et au sein de certaines catégories de la population. La persistance des conflits armés et des comportements sexuels à risque favorisés par les pesanteurs socio culturelles, l'analphabétisme et la pauvreté ont contribué au développement de cette maladie.

En 2009, des efforts considérables ont été faits par le pays pour documenter davantage l'analyse du contexte épidémiologique du VIH et du SIDA dans certaines régions et au sein de certains groupes des populations les plus exposés au VIH.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à Bol a presque doublé passant de 5 à 9,5% entre 2002 et 2009. Les intenses activités de pêche autour du Lac Tchad impliquant les personnes venant des différents pays riverains du Lac seraient probablement l'une des raisons de cette forte prévalence du VIH dans cette région.

Au niveau des Travailleuses de Sexes (TS), une enquête de 2009 révèle une prévalence du VIH élevée dans cette catégorie de la population. Dans les centres urbains, ce taux culmine au-delà de 20%. Les TS de la catégorie d'âge de 20-24 et 30-34 ans sont les plus touchées par la maladie avec des taux respectifs : de 22 et 13,7%.

Au niveau de la population générale, aucune nouvelle enquête de séro prévalence n'a été réalisée depuis 2005 pour apprécier l'évolution de la maladie.

En outre, selon les estimations du CNLS en 2009, les décès dus au VIH seraient en régression entre 2006 et 2009. Le nombre de décès aurait baissé de 14 000 à 13 000.

3 Riposte au plan politique et programmatique

Des efforts notables ont été faits par le pays tant au niveau politique que programmatique pour mettre en oeuvre l'engagement pris sur le VIH et le SIDA en 2001 :

Au niveau politique

- *En 2008, la Stratégie de Lutte contre la Pauvreté deuxième génération (SNRP II), a renouvelé la priorité accordée à la lutte contre le VIH/SIDA*
- *En 2009, le Chef de l'Etat a renouvelé son engagement et celui du Gouvernement à poursuivre la politique de la gratuité de la prise en charge médicale des PVVIH et IST et de la prise en charge des maladies opportunistes proclamées en avril 2007.*
- *En 2007, Adoption et diffusion de la loi 19/PR/2007 du 15 novembre 2007. Un projet Décret complémentaire de la Loi 19/PR/2007 devant faciliter son application par les institutions nationales a été élaboré en 2009.*

Au niveau programmatique :

Dans le cadre de la prévention du VIH et du SIDA, il a été mis en place :

- *Au plan de la sensibilisation, un plan intégré de communication sur la PTME a été élaboré, des affiches, des boîtes à image et des dépliants sur la PTME ont été produits et distribués dans toutes les Délégations Régionales Sanitaires. 224 749 personnes ont été sensibilisées en 2008.*
- *Par rapport à l'enseignement du VIH, des outils d'enseignement du VIH ont été distribués dans toutes les écoles du*

pays. Aucune enquête sur l'introduction d'un enseignement relatif au VIH et au SIDA dans les programmes n'a été réalisée.

- L'utilisation des préservatifs : au total, 4 114 748 condoms ont été distribués en 2008 contre 2 872 356 en 2007 et 3 242 334 en 2006.
- Concernant la sécurité transfusionnelle, en 2009 un plaidoyer pour le don de sang a été fait auprès des départements ministériels pour le don de sang volontaire. Le nombre des poches de sang collectées est de 24 943 en 2008 et 23 316 en 2009 :
- Le nombre total de CDV fonctionnels a doublé entre 2008 et 2009 passant de 36 en 2008 à 72 en 2009.
- Dans le cadre de la PTME, le nombre des personnes dépistées est passé de 16 415 personnes dépistées en 2006 à 19 431 en 2008. Le nombre de femmes enceintes se présentant aux CPN pour la première fois a été multiplié par 5 entre 2006 et 2008 passant de 19 900 à 100 622.

Ce niveau de réalisations cache la réalité. Car la mise en œuvre des principales interventions liées à la prévention restent faibles au regard des besoins. Au niveau de la sécurité transfusionnelle, le nombre des poches de sang collectées en 2009 a certes augmenté par rapport à 2008, cependant reste très faible par rapport aux besoins nationaux en sang. En 2009, la faiblesse du système de santé du pays, la qualité du sang collecté et transfusé ne serait pas toujours garantie en raison des ruptures fréquentes des réactifs ou de leur faible disponibilité.

La mise en œuvre de la PTME a certes connu une accélération entre 2008 et 2009, cependant le niveau de couverture des besoins des femmes enceintes en PTME reste très faible comparativement aux autres pays de la sous région. A ce niveau également la faiblesse du système de santé en particulier les ressources humaines constitue le principal obstacle.

Concernant la prise en charge médicale :

Le principal acquis de la prise en charge médicale est l'amélioration de l'accès financier au traitement à travers la gratuité de la prise en charge des PVVIH et IST :

- La couverture des centres de prise en charge est passée de 26% en 2007 à 38% en 2008 et 76% en 2009.
- Le nombre des malades sous ARV est passé de 7 215 en 2007 à 17 900 en 2008 et 32 288 en 2009
- L'amélioration de la couverture des besoins en ARV : de 9 à 48% entre 2006 et 2009. Cependant les besoins des enfants de moins de 15 ans en matière de prise en charge restent toujours peu couverts. : 0,82% en 2007, 4% en 2008 et 9% en 2009.

La prise en charge communautaire

Les associations ont pu orienter 2.214 personnes pour les enquêtes psycho sociales parmi lesquelles 922 OEV en 2007. En matière de la prise en charge juridique des PVVIH, les cliniques juridiques ont assisté au total 67 personnes à raison de 36 cas pour l'AFJT et 31 pour l'APLFT en 2008.

Le progrès le plus remarquable réalisé dans la prise en charge demeure l'accès gratuit aux traitements et aux examens biologiques qui a permis d'améliorer la couverture des besoins des PVVIH adultes en ARV. Cependant, la couverture des besoins des PVVIH enfants reste très faible ainsi que celle de la population vivant en zone rurale.

Application de la déclaration de d'engagement sur le VIH et Sida

Indicateurs de base 2008-2009

| INDICATEURS | | VALEURS | | SOURCES |
|---|--|--|--------------------------------------|--|
| ENGAGEMENT ET ACTIONS AU PLAN NATIONAL | | | | |
| | | 2008 | 2009 | |
| 1 | Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le Sida par catégories et sources de financement | 6 457 125 901 F CFA | 2 882 108 205 F CFA | CNLS |
| 2A | Indice composite des politiques nationales Plan stratégique Appui politique Prévention Soins et appui Suivi et Evaluation | (2007) 7/10 7/10 7/10 8/10 3/10 | 9/10 8/10 9/10 7/10 6/10 | CNLS |
| 2B | Droit de la personne Participation de la Société Civile Prévention Soins et appui | 8/10 7/10 7/10 7/10 | 9/10 8/10 7/10 8/10 | RNTAP+ EC/SNU/Sida |
| PROGRAMMES NATIONAUX | | | | |
| | | 2008 | 2009 | |
| 3 | Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH | 100% | 100% | CNLS/CNTS |
| 4 | Pourcentage de femmes et d'hommes atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux | 33,58% | 48,92% | CNLS |
| 5 | Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant | 4,81% | 7,06% | CNLS/PTME |
| 6 | Pourcentage de cas estimés de tuberculose lié à une séropositivité concomitante aux quels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH | Non disponible | 70% | Estimation Services des maladies infectieuses HGRN |
| 7 | Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test de séropositivité au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat | F= 0,5 % H= 1,7 % Total = 0,7% | F= 0,5 % H= 1,7 % Total = 0,7% | EDS/2004 |
| 8 | Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test de séropositivité au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (professionnelles de sexe) | Non disponible | 38% | Rapport enquête TS 2009 |
| 9 | Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre (professionnelles de sexe) | Non disponible | 17,16% | Rapport enquête TS 2009 |
| 10 | Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans les foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour | 34,6% | 34,6% | FOSAP- FM/Estimation |

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|
| | leur prise en charge | | | CNLS 2009 Ministère de l'Action Sociale et de la famille |
| 11 | Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire | Non disponible | Non disponible | |
| CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS | | | | |
| | | 2008 | 2009 | |
| 12 | Orphelins et autres enfants de 10 à 14 ans fréquentant actuellement l'école | H = 80% F = 45,16% Total = 58,82% | H = 80% F = 45,16% Total = 58,82% | EDS/2004 |
| 13 | Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus | F= 8,06 % H= 20,21 % Total = 10,69% | F= 8,06 % H= 20,21 % Total = 10,69% | EDS/2004 |
| 14 | Pourcentage parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (professionnelles de sexe) | Non disponible | 4,79% | Rapport enquête TS 2009 |
| 15 | Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans | F= 39,4 % H= 19,2 % Total = 35,04% | F= 39,4 % H= 19,2 % Total = 35,04% | EDS/2004 |
| 16 | Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents | F= 1,1 % H= 23,42 % Total = 5,94% | F= 1,1 % H= 23,42 % Total = 5,94% | EDS/2004 |
| 17 | Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport | F= 13,95% H= 30,58% Total = 25,68% | F= 13,95% H= 30,58% Total = 25,68% | EDS/2004 |
| 18 | Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client | Non disponible | 37,54% | Rapport enquête TS 2009 |
| 19 | Pourcentage d'hommes qui déclarent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport anal avec un partenaire masculin | Non disponible | Non disponible | |
| 20 | Pourcentage de consommateurs des drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue | Non disponible | Non disponible | |
| 21 | Pourcentage de consommateurs des drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel | Non disponible | Non disponible | |
| IMPACT | | | | |
| | | 2008 | 2009 | |

| | | | | |
|----|---|----------------|-------|--|
| 22 | Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH | 2,4 % | 2,4 % | ENS/2005 |
| 23 | Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes infectées par le VIH (professionnelles de sexe) | Non disponible | 20% | Rapport enquête TS 2009 |
| 24 | Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie rétrovirale | Non disponible | 47% | Estimation Services des maladies infectieuses HGRN |
| 25 | Pourcentage de nourrissons nés des mères séropositives qui sont infectés par le VIH | 14,87% | 8,53% | CNLS, (Coordination Nationale PTME) |

II Situation épidémiologique du VIH et du SIDA au Tchad

L'épidémie du VIH au Tchad est du type évolutif et généralisé. La maladie évolue dans un contexte marqué par la persistance des comportements à risque favorisée par les pesanteurs socio culturelles, l'analphabétisme et la pauvreté.

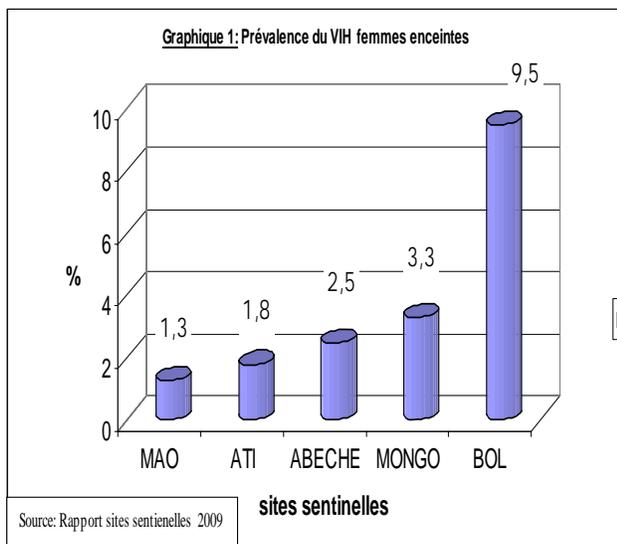
Par ailleurs le Tchad vit une situation de conflits armés depuis plus de 30 ans. Cette situation a contribué d'une part à accentuer la violence sexuelle à l'égard des femmes : d'après le rapport de l'enquête CAP sur les réfugiés de l'Est en 2009, 11,9% des femmes dans et autour des camps et des sites de réfugiés ont été contraintes par la force ou des menaces à avoir des rapports sexuels non consentants. D'autre part, ces conflits ont contribué à la désorganisation du système de santé du pays limitant ainsi l'accès de la population aux conseils et aux services de santé tant préventifs que curatifs. Les affrontements armés entre les rebelles et les forces gouvernementales en Février 2008 dans la ville de N'Djaména ont occasionné le pillage des structures d'offre des services du VIH et SIDA. Par exemple, les stocks des préservatifs AMASOT (premier promoteur des préservatifs au Tchad) ont été pillés. De même les locaux de l'APMS et du FOSAP ont été saccagés, entraînant la disparition d'une importante quantité des ARV et autres intrants ainsi que le retard dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le SIDA. Cette situation a entraîné des ruptures en intrants, notamment les préservatifs et renforçant aussi la faible utilisation de ce produit dans le pays particulièrement en 2008.

On note aussi que la reprise des activités économiques du pays avec les projets d'exploitation du pétrole et les grands projets d'infrastructures routières a favorisé les migrations de la population, augmentant ainsi le risque de propagation du VIH. Sur 126 590 personnes recensées par une étude sur la zone pétrolière en 2003, 19 739 sont nées en dehors de cette zone, soit environ 15,6%. Ces migrants viennent d'autres régions du pays mais aussi de l'extérieur du Tchad. Il convient de noter également que la prévalence du VIH est deux fois plus élevée que la moyenne nationale dans le Logone Occidental/Logone Oriental/Tandjilé (6,4%). Dans la région du Lac Tchad, les intenses activités de pêche constituent un terrain favorable à la propagation du VIH. La prévalence du VIH est élevée au niveau de la capitale N'Djaména (8,3%).

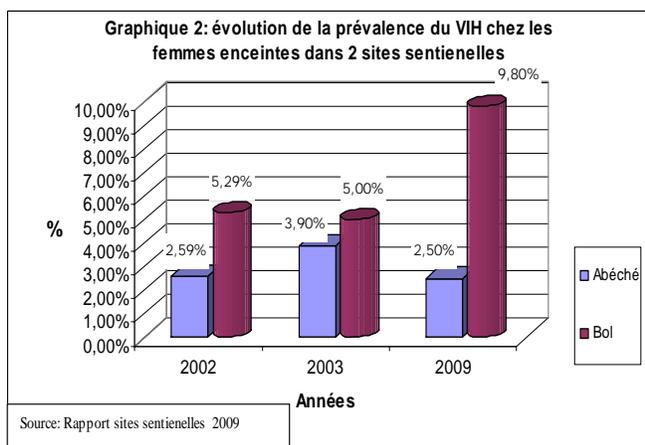
En 2005, la dernière Enquête Nationale de séroprévalence du VIH situait la prévalence de l'infection à VIH dans la population de 15-49 ans à 3,3 % avec des disparités entre les milieux rural et urbain (2,3% et 7%), les femmes et les hommes (4,0% chez les hommes contre 2,6% chez les femmes) ainsi qu'au sein des différents âges : 2,4% pour les 15-24 ans contre 4,6% pour les 25-29 ans et 3,0% chez les 45-49 ans.

II-1 Situation épidémiologique du VIH et du SIDA au niveau des sites sentinelles

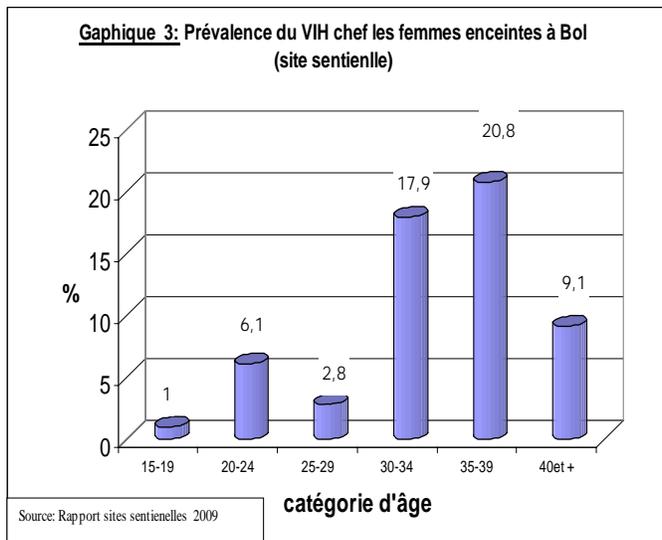
En 2009, les données des sites sentinelles ont révélé un taux de prévalence du VIH très élevé chez les femmes enceintes notamment à Mongo (3,3%) et Bol (9,5%). Les données sont illustrées par le graphique 1. La proximité de la ville du Lac Tchad qui constitue un lieu de brassage de populations venant de plusieurs pays serait probablement l'une des raisons de cette forte prévalence du VIH à Bol



L'analyse de l'évolution de la prévalence du VIH à Bol durant les 7 dernières années montre qu'entre 2003 et 2009, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a presque doublé, passant de 5 à 9,5% (Graphique 2). Pendant la même période, cette prévalence a connu une nette diminution à Abéché passant de 3,9 à 2,50% et ceci malgré la forte immigration liée aux activités humanitaires que cette ville a connue.

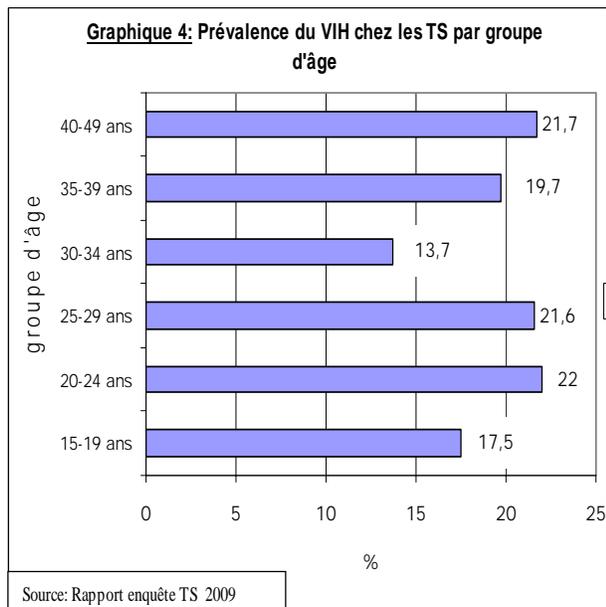


L'analyse de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes à Bol suivant la catégorie d'âge montre que cette prévalence est particulièrement élevée dans les catégories d'âge de 30-34 ans (17,9%) et de 35-39 ans (20,8%) : Graphique 3.



II-2 Situation épidémiologique du VIH et du SIDA au niveau des Travailleuses de Sexes

Une enquête de séroprévalence VIH a été réalisée en 2009 au niveau des Travailleuses de Sexe. Les résultats de cette enquête montrent que la prévalence du VIH au sein de cette population est plus élevée par rapport à 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 du VIH par âge chez les TS montre que le taux de prévalence du VIH va de 13,7% chez les 30-34 ans à 22,0% dans la tranche d'âge de 20-24 ans (graphique4).



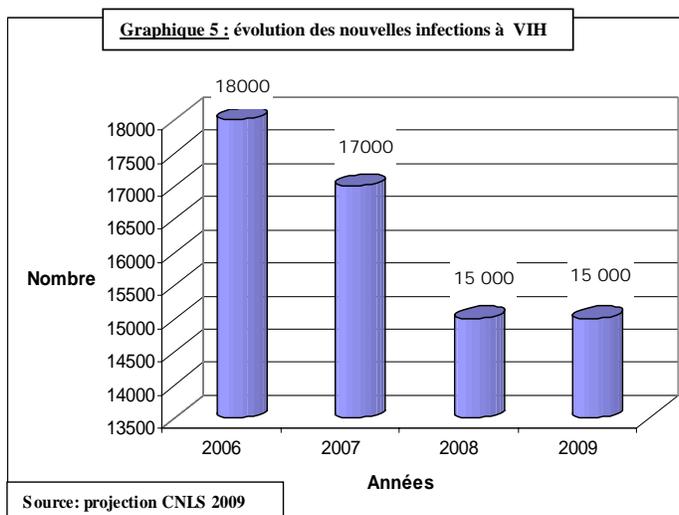
II-3 Situation épidémiologique du VIH et du SIDA au niveau des réfugiés

Certes des efforts ont été consentis depuis deux ans pour mieux connaître l'ampleur de l'épidémie du VIH dans la population tchadienne, mais dans la population des réfugiés et déplacés, la connaissance de l'épidémie est en cours de documentation. Au niveau des réfugiés et déplacés de l'Est du pays, l'enquête CAP réalisée en 2009 a montré une faible utilisation des moyens de prévention contre le VIH. Dans ces zones, la faiblesse du système de santé ajoutée aux pesanteurs socio culturelles sont des principaux déterminants qui limitent l'accès aux services de dépistage.

Au niveau du sud du pays, une enquête CAP sur le VIH est programmée en 2010.. Les réfugiés autour de Goré et Maro au Sud sont fortement touchés par les IST. Ceci serait lié aux facteurs de vulnérabilité qui sont : la position de Goré et Maro sur les carrefours de communication avec la RCA, la proximité avec la zone pétrolière de Komé et la grande mobilité des personnes sur ces axes de communication.

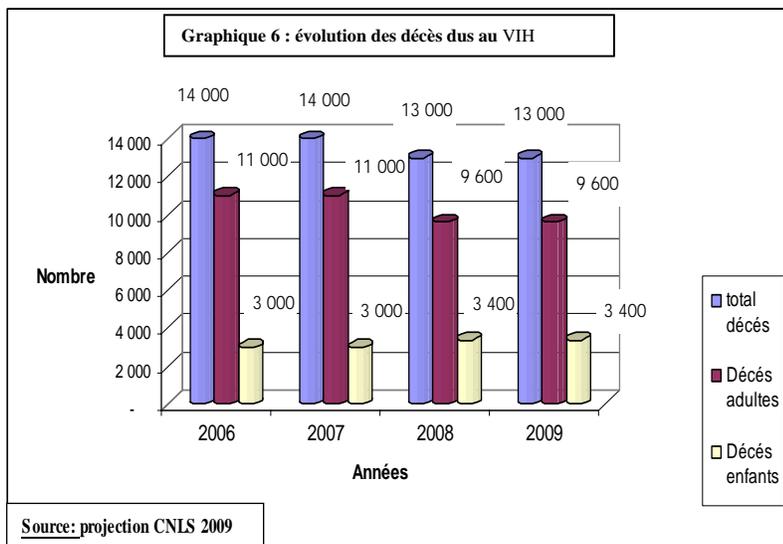
II-4 Situation épidémiologique du VIH et du SIDA au niveau de la population générale

L'enquête sur la séroprévalence de 2005 a révélé que le taux de prévalence du VIH dans la population était de 3,3% en 2005. Depuis lors aucune autre enquête d'envergure nationale n'a pas été organisée pour apprécier l'importance de l'infection à VIH dans la population générale. Cependant les récentes estimations du CNLS montreraient que la tendance de l'épidémie du VIH au Tchad serait décroissante. L'organisation d'une enquête dans la population générale est nécessaire pour valider ces estimations. Par ailleurs, l'évolution des nouvelles infections dans la population générale semble aussi suivre la même tendance que la prévalence. En effet, les nouvelles infections dans la population générale auraient baissé de 18 000 en 2006 à 15 000 en 2009. Cette tendance à la baisse serait plus marquée entre 2007 et 2008 où, en moyenne, 2000 nouvelles infections auraient été évitées (Graphique 5). Ce progrès témoigne de l'intensification des actions de sensibilisation et de communication pour le changement de comportement développées de manière plus organisée ces dernières années sur la base d'un plan stratégique de communication. A cela s'ajoute le renforcement de l'implication des confessions religieuses, des organisations de la société civile et de la communauté, soutenu par la décentralisation de la réponse nationale au VIH en cours de mise en œuvre.

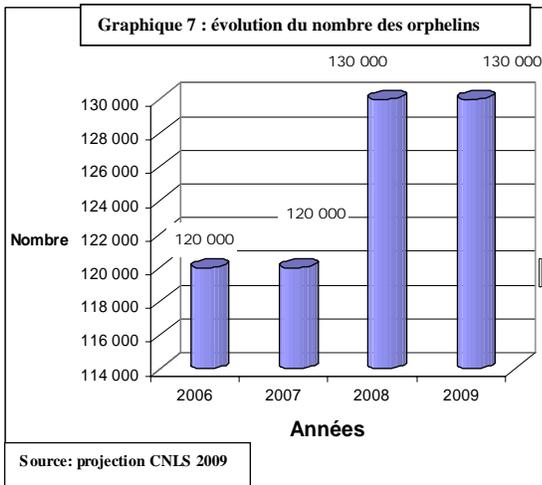


Par rapport aux décès, aucune enquête n'a été réalisée dans le pays pour estimer leur nombre. Les données de routine des structures sanitaires ne fournissent pas non plus des informations sur les décès hospitaliers dus au SIDA. Cependant, selon les estimations du CNLS, ces décès sont considérables et toucheraient environ 13 000 personnes en 2009 dont 3 400 enfants (Graphique 6). Les décès dus au SIDA seraient en régression dans la population générale. Ils auraient diminué de 14 000 en 2006 à 13 000 en 2009. Ainsi entre 2007 et 2008, 1 000 décès dus au SIDA auraient été évités.

L'amélioration de la couverture et de la qualité de la prise en charge des PVVIH aurait sans nul doute contribué à cette réduction de la mortalité. A cela il conviendrait de souligner le rôle non négligeable joué par la disponibilité et l'accessibilité aux ARV ainsi que la gratuité de la prise en charge.



Enfin, les conséquences sociales du VIH et du SIDA ne sont pas négligeables au Tchad : l'une d'elles est l'augmentation de la population des orphelins suite au décès des parents. Aucune statistique nationale ne fournit d'informations exactes sur le nombre de ces orphelins. Toutefois les projections du CNLS en 2009, donnent un chiffre de 130 000 orphelins en 2009. Même si les décès dus au SIDA semblent être en baisse, le nombre d'orphelins est croissant d'année en année. Il passe de 120 000 en 2006 à 130 000 en 2009 (graphique 7). Cette forte progression du nombre des orphelins implique une augmentation rapide des besoins de ces enfants en termes de survie et d'encadrement.



Certes, d'importants efforts ont été faits pour contenir la propagation de cette maladie. Cependant, malgré ces efforts, certaines catégories de la population la plus vulnérable que sont les femmes par exemple, continuent encore en 2009 à être moins touchées par les interventions que les hommes.

III Riposte nationale à l'épidémie de sida

Depuis la déclaration d'engagement sur le VIH et le SIDA en 2001, le Tchad s'est appliqué à mettre en œuvre des actions multisectorielles sur différents fronts afin d'assurer un appui efficace aux ripostes au niveau local, régional et national dans le but de stopper la progression de la maladie et inverser sa tendance d'ici 2015 comme le stipule les OMD à l'objectif 6 et cible 7.

L'engagement politique du gouvernement, de la société civile et des partenaires au plus haut niveau dans la coordination et le financement de la riposte au VIH amorcé depuis plus de 5 ans s'est renforcé encore en 2008 et 2009. En décembre 2009, des festivités marquant la célébration du 19^e anniversaire de son accession au pouvoir, le Chef de l'Etat a renouvelé son engagement et celui du Gouvernement à poursuivre la politique de la gratuité de la prise en charge médicale des PVVIH et des maladies opportunistes. Cet engagement donne plus d'assurance pour la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH et le SIDA et les IST (2007-2011) et son plan opérationnel. Le cadre stratégique et le plan opérationnel sont en cohérence avec le document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté réactualisé en 2008 permettant ainsi de mieux mobiliser et coordonner les efforts de la riposte dans un cadre multisectoriel au bénéfice des groupes les plus vulnérables.

Au cours de la période 2008-2009, des efforts notables ont été faits aux différents niveaux par tous les acteurs impliqués dans la riposte au VIH pour contrôler la propagation du VIH et le SIDA et offrir aux 157 849 adultes et 14 990 enfants vivant avec le VIH des services adaptés à leurs besoins.

En 2007 la coordination de ces efforts s'est renforcée par la mise en place d'un cadre unique de coordination qui est le CNLS. Le Secrétaire exécutif du CNLS et son Adjoint ont été nommés ainsi que les différents chefs de service. Les Coordinations régionales de lutte contre le VIH opérationnelles sont passées de 5 à 8 (Logone Oriental, Mandoul, Mayo-Kebbi Ouest, Kanem; Lac, Chari-Baguirmi et N'Djamena) sur les 22 prévues. Cependant, force est de constater que l'impact de ces efforts reste faible car les besoins non couverts en matière de prévention, de soins et de traitement demeurent encore élevés et posent un nouveau défi au pays.

III-1 Prévention

La prévention est l'une des stratégies adoptées dans le Cadre Stratégique National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA 2007-2011. Les actions menées en 2008 et 2009 en matière de prévention ont été focalisées dans 5 domaines : (i) la prévention de la transmission sexuelle par la promotion des comportements sexuels à moindre risque; (ii) la prévention de la transfusion sanguine par la Sécurité Transfusionnelle ; (iii) le Conseil et Dépistage Volontaire ; (iv) la Prévention de la Transmission de l'infection du VIH de la mère infectée à l'enfant (PTME) ; (v) la prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles.

III-1-1 La prévention de la transmission sexuelle par la promotion des comportements sexuels à moindre risque

Des interventions liées à l'IEC –CCC, à la formation et à la distribution des condoms ont été développées pour promouvoir les comportements sexuels à moindre risque.

III-1-1-1 Sensibilisation

Au cours des années 2008 et 2009, des actions ont été développées dans le domaine de la communication pour le changement de comportement, du plaidoyer et de la mobilisation sociale.

Cependant l'intensité et l'ampleur de ces actions sont moindres par rapport aux années précédentes. L'arrêt du financement de la banque mondiale en 2007 à nos jours a réduit le budget de plusieurs ONG et associations œuvrant dans la riposte au VIH. Toutefois, des efforts remarquables ont été faits pendant ces deux dernières années:

- Au niveau conceptuel, un plan intégré de communication sur la PTME a été élaboré en 2009. Des affiches et des dépliants sur la PTME ont été produits et distribués dans toutes les Délégations Régionales Sanitaires (DSR). Il convient de souligner également l'élaboration d'un programme d'IEC –CCC et d'éducation par les pairs destiné à la population en général et aux groupes cibles prioritaires (jeunes, femmes, routiers, travailleuses de sexe, populations carcérales). L'élaboration et la mise en œuvre de ce programme ont été assurées par tous les différents acteurs impliqués dans la riposte au VIH au Tchad sous la coordination du CNLS.
- Par rapport à la mise en œuvre, elle a été facilitée par la mobilisation des associations telles que la Comité National de Lutte contre le SIDA (CONALUS), le Réseau des personnes vivants avec le VIH (RNTAP+), des associations des jeunes (Coordination Nationale des Jeunes pour la Lutte contre le SIDA (CONAJELUS), des confessions et associations d'obédience religieuse,, des organisations à base communautaire, des médias, des agences du système des nations unies au Tchad, du programme sectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA et des comités sectoriels des ministères chefs de file pour la riposte au VIH .
- En 2009, dans le cadre des mesures d'accompagnement pour le bitumage de l'axe Moundou – Doba-Koumra - Sarh, 8 sessions de mobilisation sociale couvrant 800 personnes dont près de la moitié (42%) sont des femmes et 433 séances de communication sociale ont été réalisées.
- Des séances de mobilisation sociale ont été organisées également dans les grandes villes (N'Djaména, Moundou, Kélo, Sarh, Bol, Doba) où la prévalence du VIH SIDA est plus élevée. Notons que même si les actions de sensibilisation ont été intenses dans les villes à forte prévalence, la sensibilisation des populations dans les autres villes et le milieu rural n'a pas été négligée. Les interventions en matière de promotion des comportements à moindre risque ont permis de toucher 224 749 personnes par les séances de sensibilisation en 2008.
- Enfin, lors de la collecte des données pour l'élaboration du rapport UNGASS 2010, les différentes personnes interrogées (comités sectoriels, associations des jeunes, des femmes...) ont affirmé avoir l'impression que la population est de plus en plus consciente de la menace du VIH/SIDA et des moyens de prévention contre cette maladie.

III-1-1-2 Enseignement du VIH dans les écoles

Des efforts ont été faits pour renforcer la formation initiale et la formation continue en matière de VIH et du SIDA dans les écoles du pays. Cet élan est soutenu par la loi 002/MEN/SG/SLSMEN /004 du 10 février 2004 rendant obligatoire l'enseignement du VIH et du SIDA dans les écoles du Tchad et un plan stratégique sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA a été élaboré. Le matériel de formation des enseignants du primaire et du secondaire a été validé en 2008 avec l'appui des partenaires, notamment l'Unicef, la GTZ, l'Eglise Catholique. Ce qui a permis de produire et diffuser 6 modules de formation en 2009. Selon le MEN, les outils d'enseignement du VIH et du SIDA ont couvert toutes les écoles du pays. Tous les formateurs de 5 Ecoles Nationales d'Instituteurs ont été formés sur le VIH et le SIDA. Malheureusement les informations sur l'enseignement du VIH et SIDA dans les écoles ne sont disponibles. Car aucune enquête n'a été réalisée pour produire des données sur l'enseignement du VIH dans les établissements scolaires.

III-1-1-4 Distribution des préservatifs

La distribution des préservatifs est faite suivant un programme de marketing social dont le principal acteur est une ONG nationale : Association pour le Marketing Social au Tchad (AMASOT).

Au total, 4 114 748 préservatifs ont été distribués en 2008 contre 2 872 356 en 2007 et 3 242 334 en 2006. Les conflits armés que la capitale N'Djaména a vécu en février 2008 ont occasionné le saccage des magasins de stocks de préservatifs entraînant une rupture de ce produit dans les points de distribution.

En 2009, une enquête CAP VIH réalisée autour et dans les camps des réfugiés de l'Est du pays a révélé que le niveau de connaissance du préservatif est considérablement bas. La proportion des enquêtés ayant entendu parler du préservatif n'est que de 27,8% dans et autour des camps et des sites. Ce chiffre est relativement plus élevé à Abéché où il s'établit à 69,3%. Par ailleurs, seulement 10% des enquêtés dans et autour des camps et des sites et 31% à Abéché ont déclaré connaître des sources d'approvisionnement en préservatifs. A la faiblesse du niveau de connaissance des préservatifs et de leurs sources d'approvisionnement, s'ajoute une faible perception de l'accès à ces préservatifs par les enquêtés. A peine les 40% des populations dans et autour des camps et des sites et la moitié (50,5%) à Abéché ont déclaré qu'il leur était facile de se procurer le préservatif dans leur localité en cas de besoin.

Ainsi au niveau de la population des réfugiés de l'Est, l'accès et la disponibilité des préservatifs sont faibles. La connaissance de ce produit semble être également très faible limitant ainsi son utilisation. Seulement 9,6% des hommes et 7,6% des femmes autour et dans les camps de réfugiés de l'Est ont déclaré avoir utilisé un préservatif au moins une fois au cours de leur vie.

Au niveau des Travailleuses de Sexes, l'enquête réalisée en 2009 a révélé que l'utilisation des préservatifs par cette population à l'occasion des rapports sexuels à risque semble être faible également. A peine trois travailleuses de sexe sur 10 soit 29% ont déclaré avoir fait usage d'un préservatif lors de leur premier rapport sexuel contre 53% (qui ne l'ont pas utilisé).

III-1-2 La prévention de la transfusion sanguine par la Sécurité Transfusionnelle

La prévention de la transfusion sanguine par la Sécurité Transfusionnelle a été axée essentiellement sur la promotion du don de sang à travers les campagnes de collecte et les spots publicitaires radio et télévision. La collecte de sang se fait au Centre National de Transfusion Sanguine, dans les Banques de sang, les unités transfusionnelles mais aussi en stratégie mobile dans les lycées, universités, casernes, églises etc.

En 2009, un plaidoyer pour le don de sang a été fait auprès des départements ministériels en Charge de : l'Education, de l'Intérieur et de la Défense. Le nombre des poches de sang est passé de 15 336 en 2006 à 23 316 en 2009 (tableau 1). Selon le rapport du CNTS, tous les dons de sang collectés en 2008 et 2009 ont été soumis au dépistage du Vih. Cependant, vue la fréquence de ruptures des réactifs ou leur indisponibilité à certains moments, ferait en sorte que le dépistage systématique de sang poserait à la longue un problème, notamment au niveau des périphéries. A cela il faut souligner la faiblesse de la qualité de dépistage liée à l'insuffisance des mécanismes de contrôle de qualité. Par ailleurs, le nombre des poches de sang collectées en 2009 ne représenterait que 25% des besoins nationaux en sang. Enfin, sur le terrain les dons volontaires ne représenteraient que 7% de tout le sang collecté.

Tableau 1 : évolution du nombre des poches de sang collectées et testées

| Années | Nbre de poches | Tx de séropositivité VIH |
|--------|----------------|--------------------------|
| 2006 | 15336 | 1,89% |
| 2007 | 18264 | 2% |
| 2008 | 24943 | 1,58% |
| 2009 | 23 316 | 3,71% |

Source : rapport suivi des progrès 2009 et rapport CNTS 2009

III-1-3 Le Conseil et Dépistage Volontaire

L'implantation des centres de Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) est régie par un programme d'action visant à couvrir les besoins de la population dans tout le pays. Le nombre total des CDV fonctionnels a doublé entre 2008 et 2009 passant de 36 en 2008 à 72 en 2009.

En 2008 les activités de sensibilisation ont permis le dépistage de 19 431 personnes. En 2009, 62 589 personnes ont été conseillées, dépistées et reçues les résultats de leurs dépistages. L'évolution du nombre des personnes dépistées est encourageante passant de 16 415 personnes dépistées en 2006 à 62 589 en 2009. Le taux de séropositivité des personnes dépistées est de 28,14% en 2006 contre 16,61% en 2008. Cette prévalence élevée serait liée à un effet de sélection, en ce sens que les personnes référées par les pairs éducateurs sont des personnes qui ont accumulé des comportements à risque. Aussi, ceci pourrait également témoigner d'une bonne évolution de l'utilisation des CDV par des personnes autres que celles ayant eu des comportements à risque. Des efforts non négligeables ont été faits pour renforcer l'accès aux CDV suite à leur extension en milieu rural, l'introduction de la stratégie du dépistage ambulatoire et l'amélioration de l'accès à l'information sur le VIH et le SIDA. En dépit de ces efforts, l'accès et la couverture des besoins en CDV ainsi que leur utilisation restent encore globalement faibles.

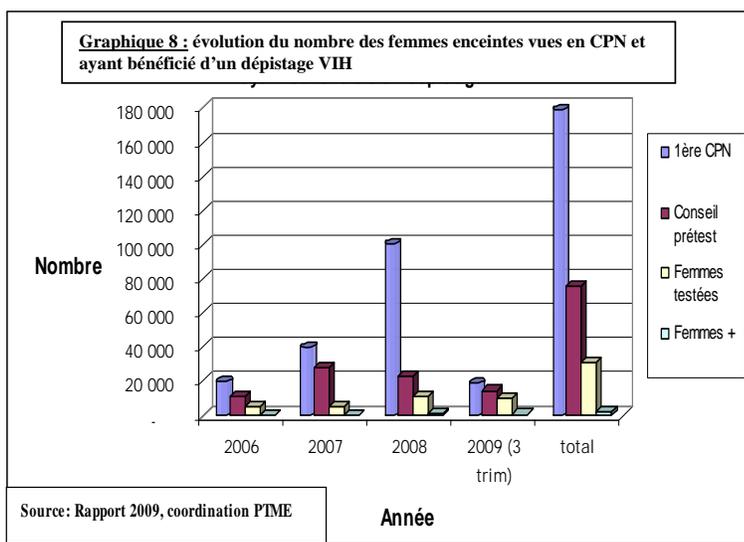
III-1-4 La Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME)

L'introduction et le développement de la PTME ont connu un léger retard au Tchad. La stratégie n'a réellement été assise qu'en 2007 avec l'adoption du document de stratégie nationale PTME et de son plan opérationnel. Les années 2008 et 2009 ont été consacrées à l'accélération de sa mise en œuvre. Ainsi le nombre des Districts mettant en œuvre la PTME est passé de 13 en 2007 à 22 en 2008. Quant au nombre des sites offrant la PTME, il est passé de 37 en 2007 à 53 en 2008 et 81 en 2009.

Au niveau de la formation, 272 agents ont été formés à la PTME en 2009 et 22 au prélèvement sur papier buvard.

Les données de routine sur la PTME montrent une bonne évolution de l'utilisation des CPN entre 2006 et 2009. En effet le nombre des femmes enceintes se présentant aux CPN pour la première fois a été multiplié par 5 entre 2006 et 2008 passant de 19 900 à 100 622. Le nombre des femmes enceintes testées au VIH a augmenté. Pour la seule année 2009, le nombre de femmes enceintes testées au VIH a atteint 32 119 dont 1077 séropositives (soit 3%). En 2009, on compte 789 sous ARV pour la PTME (graphique 9).

L'évolution de dépistage des femmes enceintes séropositives entre 2007 et 2009 est encourageante et témoigne de l'implantation de la PTME dans le pays. Malgré ces efforts, l'extension de la PTME pour couvrir les besoins des femmes enceintes reste faible comparativement aux autres pays de la sous région : seules 7% des femmes sont sous ARV pour la PTME.



III-1-5 Prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles.

Une bonne prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) réduit l'incidence du VIH dans la population. Les données de routine du système d'information sanitaire rapportent 314 nouveaux cas des ulcérations génitales et 27135 nouveaux cas d'écoulement vaginal.

Beaucoup d'efforts ont été faits dans la prévention contre le VIH, cependant, la mise en œuvre des principales interventions liées à la prévention pour couvrir les besoins des populations restent faibles. Au niveau de la sécurité transfusionnelle, le nombre des poches de sang collectées en 2009 a certes augmenté par rapport à 2008, cependant reste très faible par rapport aux besoins nationaux en sang. Le nombre des poches de sang collectées en 2009 ne représente que 25% des besoins nationaux en sang. En outre, vu le contexte lié à la faiblesse du système de santé du pays notamment la disponibilité des intrants, la qualité du sang collecté et transfusé ne serait pas toujours garantie en raison des ruptures fréquentes des réactifs ou de leur faible disponibilité.

La mise en œuvre de la PTME a certes connu une accélération entre 2008 et 2009, cependant le niveau de couverture des besoins des femmes enceintes en PTME reste très faible comparativement aux autres pays de la sous région. A ce niveau également la faiblesse du système de santé en particulier les ressources humaines a constitué le principal obstacle.

III-2 La prise en charge médicale et communautaire

Elle repose sur le renforcement de l'accès universel aux soins, aux traitements et au soutien.

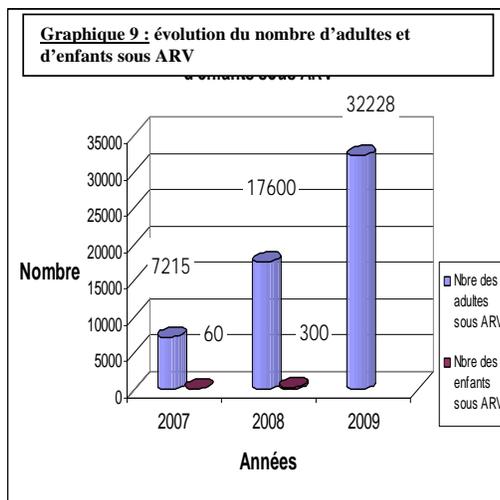
III-2-1 La prise en charge médicale

L'une des grandes réalisations dans la prise en charge médicale des PVIH est l'amélioration de l'accès financier au traitement à travers la gratuité de la prise en charge médicale. Ainsi la subvention des ARV, la décentralisation de la prise en charge et la formation des prescripteurs ont été renforcées

durant les deux dernières années (2008-2009). Cet effort a fortement contribué à l'amélioration de l'accès à l'offre de services de prise en charge médicale, aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

La couverture en centres de prise en charge des PVVIH s'est considérablement améliorée passant de 26% en 2007 à 32% en 2008 et 76% en 2009. D'importantes activités de renforcement des capacités techniques ont été réalisées en vue d'augmenter les capacités opérationnelles des sites de prise en charge. Jusqu'en 2009, 207 prescripteurs ont été formés à la prise en charge médicale du SIDA.

Ces efforts ont permis d'augmenter l'accès géographique et la disponibilité des services de prise en charge médicale des cas de VIH et du SIDA. Le nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenu à un stade avancé et recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement au plan national a fortement augmenté entre 2008 et 2009 (graphique 9). On est passé de 17 900 patients sous ARV en 2008 à 32 288 en 2009.



Malgré les efforts fournis pour l'accès à la prise en charge médicale, un nombre important des besoins des enfants de moins de 15 ans en matière de prise en charge restent toujours peu couverts. En effet, sur les 17 900 personnes traitées en 2008, seuls 300 enfants ont été touchés. Par ailleurs, en 2009, on dénombre au total 676 séropositifs sous ARV.

Par ailleurs, au 3^{ème} trimestre 2009, 1000 enfants séropositifs nés de mères séropositives ont été testés dont 186 séropositifs entièrement mis sous ARV.

III-2-2 la prise en charge des infections opportunistes

Un renforcement de la prise en charge des infections opportunistes et des infections sexuellement transmissibles a été observé entre 2008 et 2009. En 2008, les modules de formation des formateurs, le guide de la prise en charge syndromique des IST au 1^{er} et au 2^{ème} niveau ont été élaborés et distribués dans les formations sanitaires. Ensuite une formation des agents de santé à la prise en charge syndromique des IST a été réalisée. Et enfin, les formations sanitaires ont été dotées en médicaments pour les IST et les IO. Selon le CNLS, en 2009, ces médicaments ont servi à traiter gratuitement environ 40 000 malades souffrant des IST et IO.

Le progrès le plus remarquable réalisé dans la prise en charge demeure l'accès gratuit aux traitements et aux examens biologiques qui a permis d'augmenter considérablement le nombre des PVVIH sous ARV. Cependant, la couverture des besoins des PVVIH enfants reste très faible ainsi que celle de la population vivant en zone rurale. Les efforts fournis dans le cadre du développement des stratégies mobiles en zone rurale doivent être renforcés. D'autres innovations doivent être développées pour accélérer la mise sous ARV des PVVIH enfants.

III-3 La prise en charge communautaire

Les organisations et les associations à base communautaire ont été particulièrement actives en 2008 et 2009. Le projet accompagnant le bitumage de l'axe routier N'Djamena-Doba-Koumra-Sarh a axé ses interventions sur les organisations à base communautaire. Des résultats encourageants ont été obtenus : (i) 126 pairs éducateurs sélectionnés et 8 superviseurs ont été formés sur les guides d'éducation par les pairs ; (ii) 20 communicateurs sociaux et 8 superviseurs ont été formés ; (iii) 21 facilitateurs des conversations communautaires et 8 superviseurs ont été formés ; (iv) enfin 13 492 personnes vulnérables prioritaires ont été éduqués sur l'axe routier N'Djaména – Sarh. A ces données, s'ajoutent les efforts faits grâce à l'appui du Fonds mondial à travers le Round 3 qui ont permis de : (i) sensibiliser 373 743 jeunes de 15-24 ans, (ii) former 3 900 pairs éducateurs, (iii) sensibiliser 7321 Travailleuses de Sexes.

En outre, la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH et SIDA en expérimentation dans la commune de N'Djamena, le Logone Occidental et le Logone Oriental a permis le renforcement des capacités techniques des associations locales. Celles-ci ont pu orienter 2.214 personnes pour les enquêtes sociales parmi lesquelles 922 OEV en 2007. Ce chiffre est en nette augmentation entre 2008 et 2009 où la prise en charge scolaire de 4 500 OEV a été assurée à travers le financement du Fonds Mondial.

Le nombre des PVVIH ayant bénéficié de soutien nutritionnel est en augmentation. En 2007, 682 PVVIH ont bénéficié des séances de démonstration nutritionnelle et 107 ont été récupérés par les centres sociaux. En 2008, environ, 400 PVVIH ont bénéficié de l'appui nutritionnel de la Première Dame. En 2009, 1 829 PVVIH les plus démunis ont bénéficié des vivres et d'autres biens de premières nécessités et 479 enfants ont bénéficié d'une aide en lait pédiatrique sur financement du Fonds Mondial. En fin 2009 et début 2010, 2 313 PVVIH les plus démunis ont bénéficié de l'appui en vivre composé de semoule et du maïs de la part de PAM.

Au niveau institutionnel, le paysage des organisations communautaires est cosmopolite et varié. Certaines associations ont une couverture nationale (associations des jeunes, des femmes, des confessions religieuses et traditionnelles, des organisations des chefs traditionnels), tandis que d'autres associations développent des interventions en matière de réponse au VIH et SIDA seulement dans certaines régions du pays. Il s'agit des associations des PVVIH, celles de défense des droits de l'homme (ADH), les centres communautaires, les ONG nationales, les ONG internationales, l'association des éleveurs et nomades, les syndicats, les associations des personnes handicapées et le secteur privé.

Le renforcement de la coordination de ces associations est essentiel pour améliorer l'efficacité et la synergie de leurs interventions. L'évolution de la mise en place des coordinations de ces associations est rapportée dans le tableau 3.

Tableau 3: évolution du nombre des associations
et Coordinations communautaires de la riposte au VIH

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|------|------|------|
| Réseau national | 7 | 7 | 8 |
| Réseau régional | 2 | 2 | 2 |
| Coordinations religieuses | 3 | 3 | 4 |
| ONG/Associations spécialisées dans la prévention | 94 | 108 | 150 |
| Associations spécialisées dans le traitement | 7 | 7 | 7 |
| Associations spécialisées dans la prise en charge globale | ND | 18 | 18 |

Source : Rapports FOSAP volets IDA et Fonds Mondial

IV Connaissances et changements intervenus dans les comportements

Il n'y a pas de récentes enquêtes générales dans la population pour apprécier les connaissances et les changements intervenus dans les comportements de la population générale du pays. Les résultats de l'EDST III devraient fournir ces informations. Malheureusement cette enquête planifiée pour 2009, n'a pu être réalisée pour diverses raisons.

En dehors de cette enquête qui est attendue, trois autres enquêtes spécifiques nous fournissent des informations sur les connaissances et les comportements de certaines catégories de la population sur le VIH et le SIDA. En 2008, une enquête réalisée dans quelques entreprises a fourni des informations sur le niveau de connaissance du VIH et du SIDA au sein des travailleurs et des employeurs. En 2009 une enquête CAP a été réalisée au niveau de la population vivant autour et dans les camps de réfugiés de l'Est du pays. Et une troisième enquête plus exhaustive réalisée en 2009 nous donne des précieuses informations sur le niveau des connaissances et des comportements des Travailleuses de Sexe par rapport au VIH et au SIDA.

IV-1 Connaissance du VIH et du SIDA

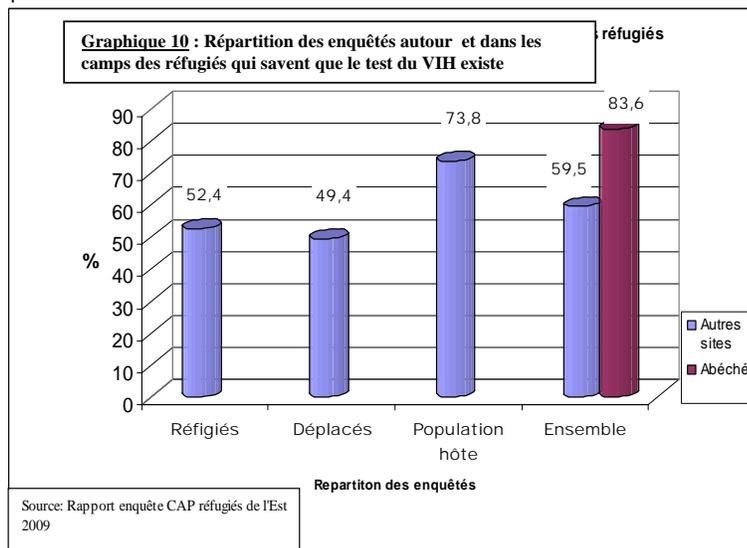
La connaissance de la maladie reste faible au Tchad particulièrement la connaissance complète de la maladie. Les actions de sensibilisations restent faibles et doivent être renforcées.

En 2008, Une étude sur la problématique du VIH et SIDA en milieu de travail a été réalisée par le CNLS. Cette étude a couvert 8 grandes entreprises dans la ville de N'Djaména. Bien que très limités, les résultats de cette étude ont mis en relief des insuffisances dans les différents domaines de lutte contre le VIH en milieu de travail. Dans les entreprises visitées, les questions liées au sida demeurent encore taboues. Le personnel et le patronat en parlent très peu. Ce qui fait que 5 des 8 entreprises visitées ont déclaré n'avoir pas connu des cas de VIH au sein du personnel.

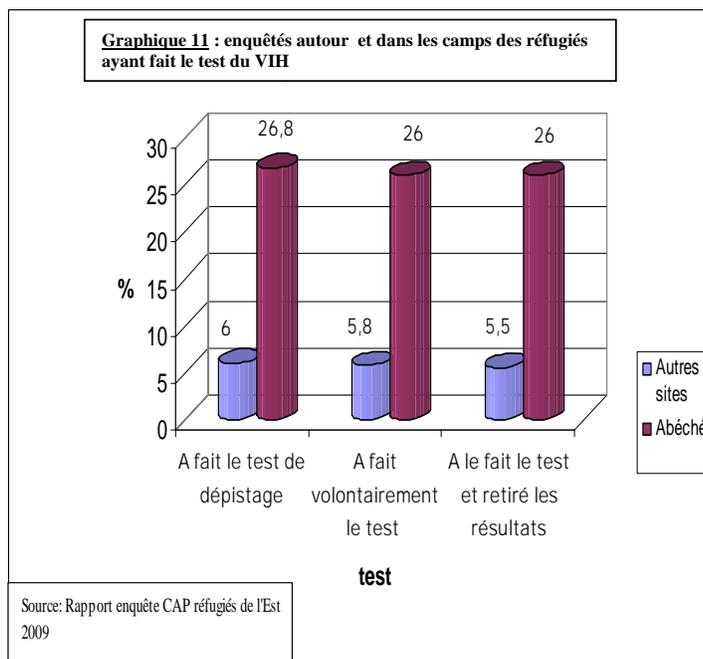
La faiblesse de la connaissance de la maladie est accentuée en particulier chez les femmes, notamment les femmes dans les régions de l'Est et du Nord du pays. Dans cette partie du pays, les pesanteurs socio culturelles de la population constituent les facteurs de blocage les plus importants qui limitent l'adoption des comportements à moindre risque. En outre le recours aux soins préventifs et curatifs est non seulement influencé par les pesanteurs socio culturelles mais aussi par la faiblesse du système de santé. En effet, l'accès géographique aux services de santé est faible dans ces régions.

Une enquête CAP de 2009 réalisée autour et dans les camps de réfugiés a conclu que les personnes vivant dans ces zones ont une faible connaissance du VIH. Moins de 5% des enquêtés ont une connaissance complète du VIH (4,6%) et seulement 1,6% au niveau des réfugiés et 15,3% dans la ville d'Abéché.

En outre, près d'une personne réfugiée et déplacée sur 2 vivants autour et dans les camps ne sait pas qu'il existe un test de VIH (graphique 10).

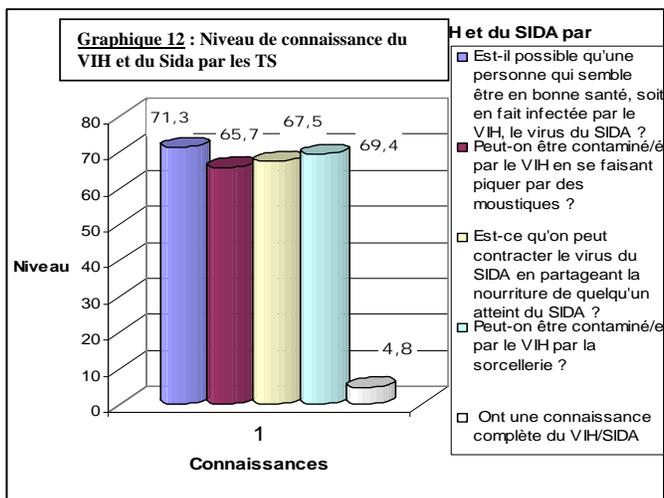


L'absence d'informations sur les possibilités de se faire dépister limite la propension des personnes vivant autour et dans les camps à se faire dépister. Ainsi, moins de 7% seulement des personnes vivant autour et dans les camps de réfugiés ont fait le test (graphique 11).



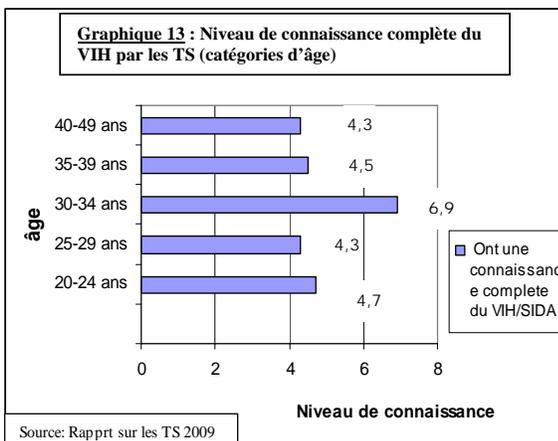
Une enquête réalisée au sein des Travailleuses de Sexe (TS) de 2009, donne des informations pertinentes sur les connaissances et les comportements de cette catégorie de la population face au VIH. Cette enquête a révélé que 56% de ces professionnels connaissent au moins un centre où l'on

peut effectuer un test de dépistage du VIH. Cependant, seules 4,8% de ces enquêtées ont une « connaissance complète du VIH » (graphique 12).



Ainsi le niveau de connaissance des TS sur la transmission du VIH est très faible. Les TS associent nombre d'informations non justes et ne maîtrisent que partiellement les vrais modes de transmission. Pour l'ensemble des voies de transmissions erronées examinées, (transmission par les piqûres de moustique, transmission lors des repas, transmission par la sorcellerie), environ 34,3% et 32,5% pensent respectivement qu'on peut contracter le VIH en se faisant piquer par un moustique ou en partageant la nourriture avec une personne infectée.

De façon globale, on relève que la connaissance complète du VIH est relativement faible dans les villes du centre et du nord par rapport aux autres villes du reste du pays. Ce niveau de connaissance varie aussi suivant la catégorie d'âge des enquêtées. Les TS âgées de 30-34 ans ont un niveau de connaissance complète du VIH (7% contre seulement 4%) pour celles de la catégorie d'âge de 20-29 et 40-49 ans (graphique13).



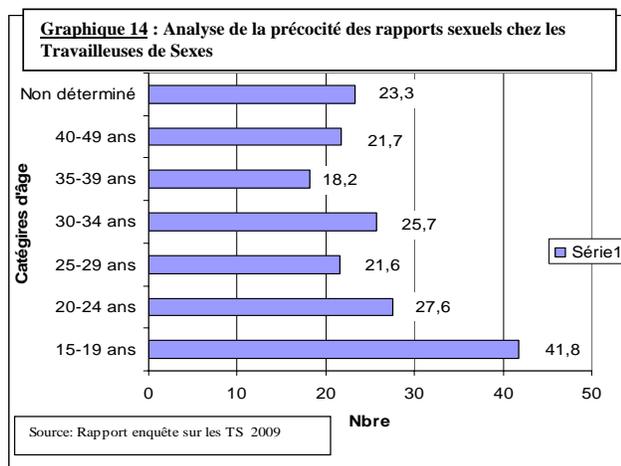
Cependant au niveau de la connaissance des structures de dépistage, plus de la moitié des TS enquêtées (56,3%) ont affirmé connaître un centre où l'on peut effectuer un test de dépistage du VIH et 45% d'entre elles ont fait le test au cours des 12 derniers mois.

IV-2 Adoption des comportements à moindre risque

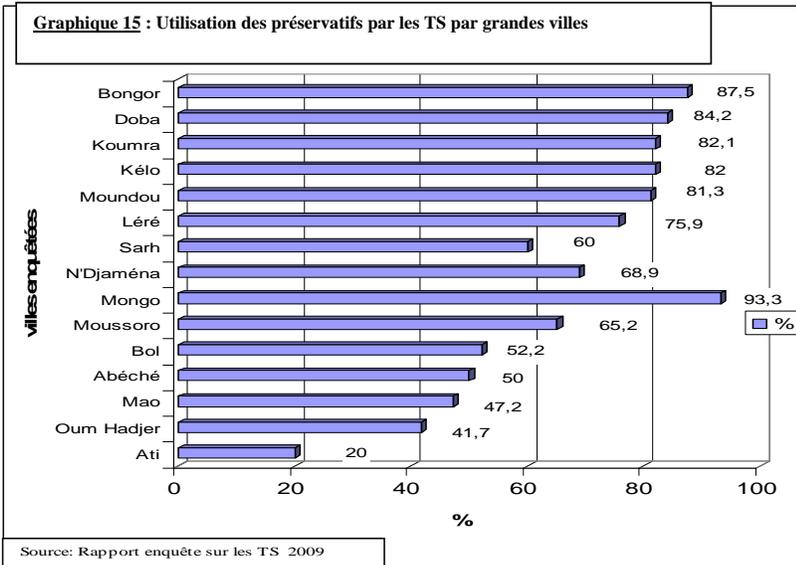
La prise de conscience de la réalité du risque d'exposition au VIH peut contribuer efficacement à la riposte au VIH. C'est pourquoi, il est important d'apprécier la perception du risque de contracter le VIH dans la catégorie de la population la plus exposée à cette maladie. Les données récentes produites en 2009 nous permettent d'apprécier les comportements de deux groupes de populations les plus exposés au risque de VIH : les Travailleuses de Sexes et les personnes vivant dans et autour des camps des réfugiés à l'Est du pays.

Les TS sont vulnérables et constituent une cible à risque plus élevé de contracter le VIH par rapport à la population générale. Cette vulnérabilité est accentuée par leur faible connaissance du VIH. Leur degré de perception de ce risque pourrait les inciter ou non à adopter des comportements de prévention. Malheureusement, les TS enquêtées ont en général un faible degré de perception du risque qu'elles encourent en exerçant ce métier. On note que plus de la moitié des TS enquêtées (59%) estime qu'elle court peu de risque ou un risque modéré de se faire contaminer par le VIH. Seulement 13% des TS enquêtées se perçoivent comme courant un risque élevé en exerçant ce métier, alors que 25% d'entre elles ne savent même pas si elles sont exposées au risque d'infection à VIH.

Une analyse du risque lié à la précocité des rapports sexuels révèle que 30% des TS enquêtés en 2009 ont affirmé avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans tandis que 62% entre 15 et 19 ans. L'analyse de la précocité des rapports sexuels chez les TS par âge montre que plus l'âge est élevé, moins nombreuses sont les travailleuses de sexe à avoir eu un rapport sexuel précoce. Le graphique 14 nous révèle que 42% des jeunes travailleuses de sexe de 15-19 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans (graphique 14)



L'utilisation du préservatif s'est révélée aussi faible chez les TS enquêtées. Plus de la moitié d'entre elles (53%) n'ont pas utilisé des préservatifs lors de leur premier rapport sexuel. La plus part d'entre elles ont déclaré avoir fait quelque chose pour éviter l'infection à VIH. Plus de 3 enquêtées sur 5 (69,8%) ont affirmé avoir opéré un changement de comportement en vue de prévenir l'infection à VIH. Cependant l'adoption des comportements à moindre risque par les TS varie considérablement d'une ville à une autre: 20% à Ati contre 93% à Mongo (Graphique 15). Paradoxalement, N'Djaména la capitale où les TS sont susceptibles de bénéficier de plus des séances de sensibilisation, affiche un niveau de perception du risque en déca de la moyenne nationale (68,9%).

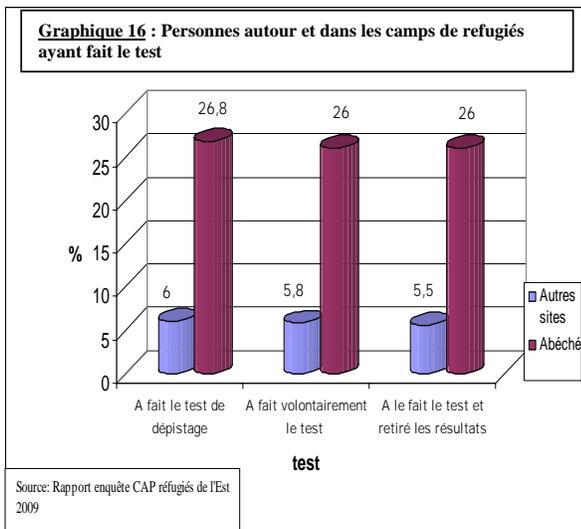


Au niveau de la population vivant autour et dans les camps des réfugiés, le risque de contracter le VIH à travers les rapports sexuels à risque et non protégés est souvent considérable. Une sexualité précoce est un facteur de vulnérabilité majeure vis-à-vis de l'infection à VIH dans la mesure où elle est vécue à un âge où le sujet n'a pas encore une bonne connaissance des enjeux qu'implique une sexualité active et des risques y relatifs et des moyens de mitiger ces risques.

Les comportements sexuels des enquêtés autour et dans les camps des réfugiés révèlent 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. Une très large majorité des enquêtés (autour de 90%) ont déclaré aussi avoir eu des partenaires réguliers les 12 derniers mois avant l'enquête. Cependant, près de 8,5% des enquêtés sont impliqués dans des rapports sexuels à haut risque,

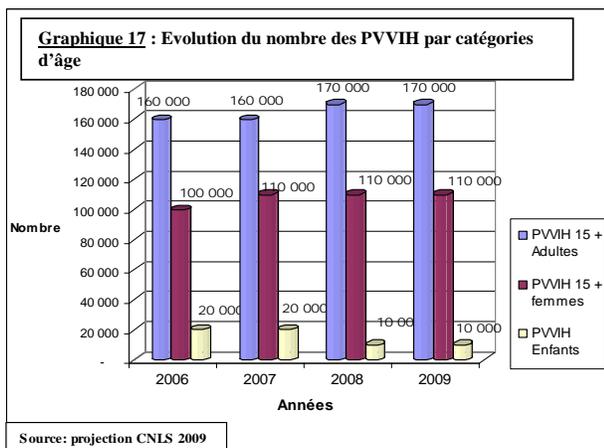
Par rapport à l'utilisation du préservatif par les personnes dans et autour des camps de réfugiés lors des rapports à risque, elle s'est révélée faible. A titre d'exemple, la proportion des enquêtés déclarant avoir déjà utilisé le préservatif, ne serait-ce qu'une fois au cours de leur vie, est très faible surtout autour des camps et des sites (9,6%) chez les hommes et 7,6% chez les femmes. Parmi la population des réfugiés et des déplacés, le niveau d'utilisation baisse encore considérablement : 3,4% chez les réfugiés et 4,1% chez les déplacés internes. L'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel est très faible dans et autour des camps et des sites (0,3%).

Le recours au test de dépistage du VIH par les personnes autour et dans les camps de réfugiés reste aussi faible comme le témoigne l'enquête de 2009. La proportion de la population autour et dans les camps ayant déjà effectué un test de dépistage du VIH au cours de la vie n'est que de 6,1%. Elle est cependant quatre fois plus élevée à Abéché (26,8%) (graphique 16). Les chiffres relativement plus élevés à Abéché tel que déjà souligné semblent refléter une plus forte densité des services de dépistage volontaire, principalement celui de l'hôpital régional d'Abéché, la disponibilité des programmes de PTME dans les 6 centres de santé urbains ainsi qu'une vaste campagne de dépistage volontaire dans les milieux estudiantins menée par la MINURCAT.

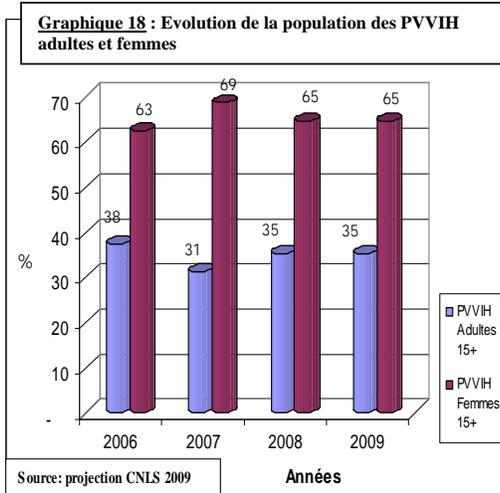


IV-3 Atténuation de l'impact du VIH

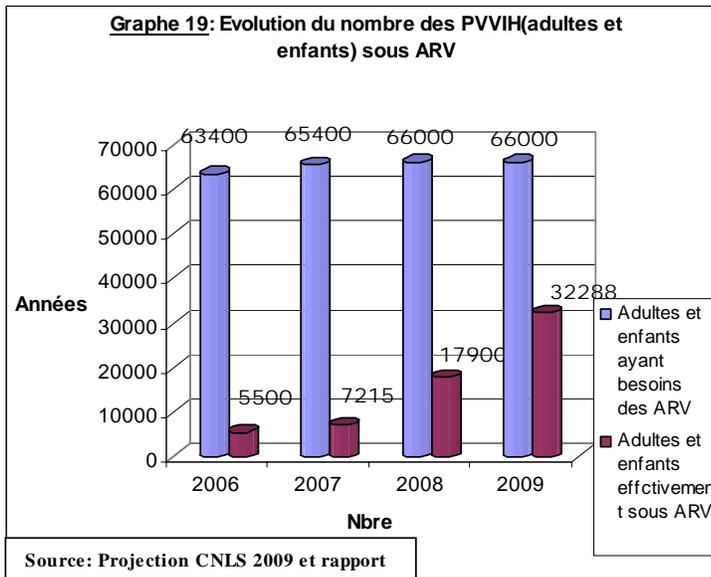
Les projections du CNLS en 2009 fournissent des informations sur l'évolution du nombre des PVVIH et de leurs besoins en ARV. Entre 2006 et 2009 le nombre des PVVIH adultes et enfants a augmenté d'environ 10 000 cas, passant de 160 000 en 2006 à 170 000 en 2009 (graphique 17).



Les femmes sont les plus touchées par le VIH et le SIDA. Selon les projections du CNLS, la proportion des PVVIH femmes de 15 ans et plus est de 65% en 2009 par rapport aux PVVIH adultes de plus de 15 ans. La forte proportion des PVVIH femmes dans l'ensemble demeure croissante malgré des progrès obtenus dans la riposte au VIH et au SIDA. De 2006 à 2009, la proportion des PVVIH femmes est passée de 63% à 65% avec une forte dégradation en 2007 (69%) (Graphique 18).

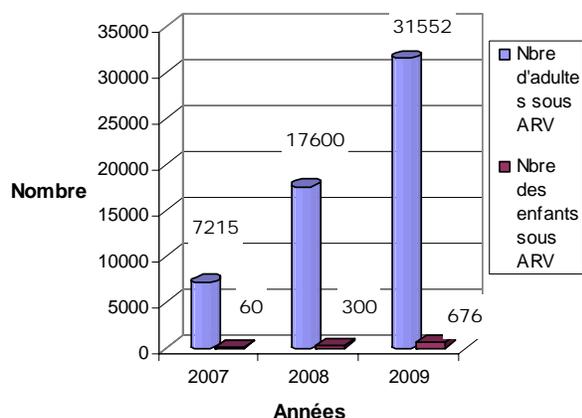


Cette augmentation globale du nombre des PVVIH entraîne nécessairement une progression des besoins en ARV et de la prise en charge de manière générale. Ainsi, le nombre des PVVIH ayant besoin des ARV serait passé de 63 400 en 2006 à 66 000 en 2009 (graphique 19). Par contre, des efforts notables ont été faits depuis 4 ans par le pays pour améliorer la couverture des besoins des PVVIH en ARV (graphique 21). Entre 2006 et 2009, le nombre des PVVIH actuellement sous ARV a été multiplié par 6, passant de 5 500 en 2006 à 32 288 en 2009 (Graphique 19). Cependant le nombre des PVVIH sous ARV en 2009 représente moins de la moitié des PVVIH ayant besoin des ARV. Des efforts supplémentaires doivent être faits pour accélérer l'extension de la couverture des PVVIH adultes et enfants en ARV..



Le nombre des PVVIH enfants sous ARV est très bas. Il n'est que de 300 en 2008 et 676 en 2009 contre respectivement 17 600 et 31 552 chez les adultes (Graphique 20).

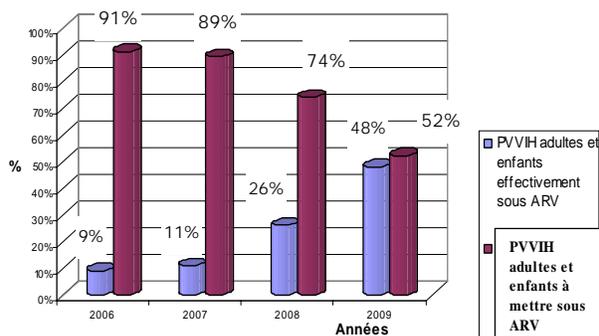
Graphique 20 : Evolution du nombre des PVVIH adultes et enfants sous ARV



Source: Projection CNLS 2009 et rapport CNLS

Entre 2006 et 2009, la couverture des besoins en ARV des adultes et enfants vivant avec le VIH s'est considérablement améliorée (graphique 21). Elle est passée de 9 à 48% entre 2006 et 2009. Cependant les besoins non couverts des PVVIH enfants restent encore considérables (graphique 22) et implique l'accélération du processus de la décentralisation de la prise en charge des PVVIH entamé en 2009 et l'intensification des actions visant à augmenter la mise en œuvre des enfants sous ARV

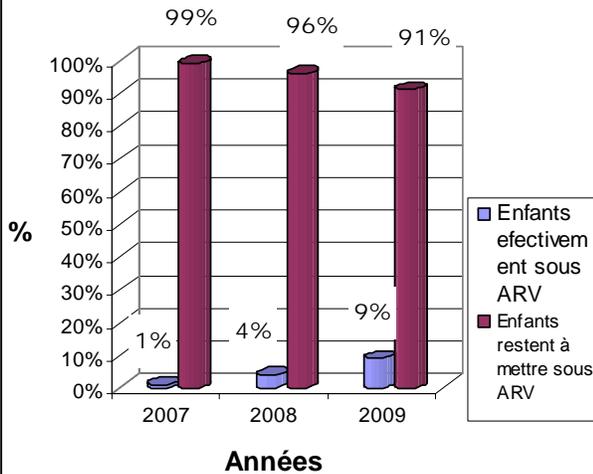
Graphique 21 : Evolution de la couverture des besoins des PVVIH (adultes et enfants) en ARV



Source: Projection CNLS 2009 et rapport CNLS 2009

La couverture des besoins en ARV des PVVIH enfants est particulièrement faible (graphique 22). En 2007, moins d'un pourcent (0,82%) des enfants vivant avec le VIH ont bénéficié des ARV. Cette situation ne s'est pas améliorée de manière satisfaisante une année après. Entre 2008 et 2009, la proportion des PVVIH enfants mis sous ARV est passée de 4% à 9%.

Graphique 22 : Evolution de la couverture des besoins des PVVIH enfants en ARV



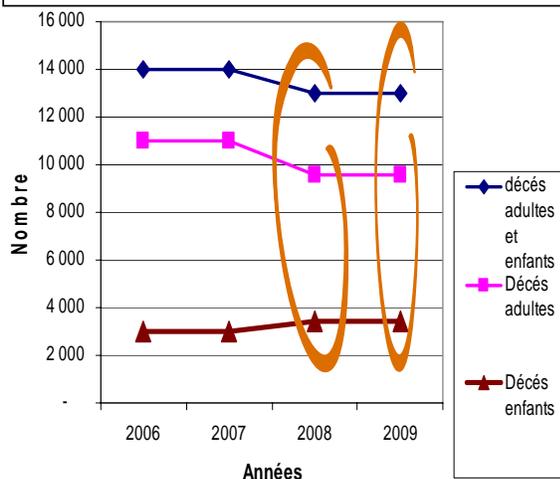
Source: Projection CNLS 2009 et rapport CNLS

Bien qu'aucune enquête générale dans la population ne soit réalisée pour apprécier l'importance des décès dus au SIDA, l'étude réalisée dans les secteurs de l'élevage et de l'agriculture ainsi que les projections du CNLS nous permettent de faire une approximation de ces décès.

Les données du rapport d'analyse de situation et de réponse au VIH et au SIDA dans les secteurs de l'agriculture et de l'élevage de 2006, révèlent des niveaux élevés de décès dus au VIH dans ces deux secteurs. L'enquête a recensé 195 décès du personnel entre 2001-2005 dans les deux secteurs dont 43% sont liés au VIH. Sur un effectif de 5 580 personnes enquêtées (membres de 125 groupements de l'agriculture et de l'élevage), 1400 décès ont été recensés entre 2001 et 2005 dont 467 sont liés directement au VIH. Ces décès ont engendré 158 veufs et 333 veuves avec 1 610 orphelins. Ainsi dans ces deux secteurs, l'épidémie du VIH a eu un impact certain sur la main d'œuvre avec des répercussions socio-économiques considérables entraînant une baisse de la production agricole et de l'élevage. Pour faire face à la baisse de la production, il est observé fréquemment une substitution du travail des personnes malades par celui des enfants ou d'autres membres de la famille.

En outre, selon les estimations du CNLS en 2009, le nombre des décès dus au SIDA dans la population générale et au niveau des adultes de plus de 15 ans serait en baisse relative. Le nombre de décès aurait baissé de 14 000 à 13 000 au niveau des PVVIH en général et de 11 000 à 9 600 au niveau des PVVIH adultes de plus de 15 ans entre 2006 et 2009. Ces efforts auraient permis d'éviter ainsi 1000 décès dans les rangs des PVVIH et 1 400 au niveau des PVVIH adultes de plus de 15 ans. Cette tendance à la baisse serait selon toute vraisemblance imputable à l'amélioration de la couverture et de la qualité de la prise en charge médicale. Cependant, l'impact de ces efforts est moins ou pas du tout ressenti chez les PVVIH enfants. En effet, le nombre des décès des PVVIH enfants aurait augmenté entre 2006 et 2009, passant respectivement de 3 000 à 3 400 décès (Graphique 23). La prise en charge pédiatrique tardive serait à l'origine de cette situation constatée chez les enfants

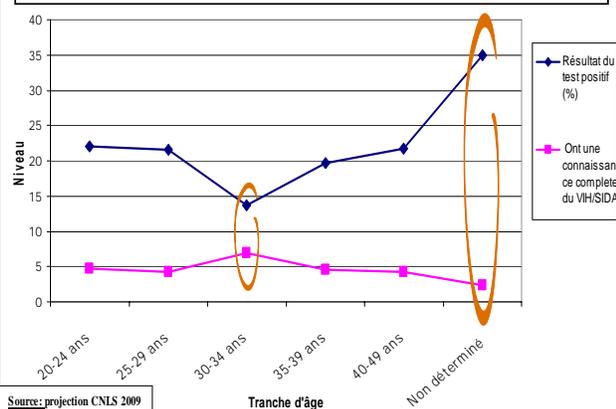
Graphique 23 : Evolution des décès annuels dus au SIDA des adultes et enfants



Source: projection CNLS 2009

Les données de l'enquête chez les TS en 2009 permettent d'apprécier les efforts en matière de communication pour le changement de comportement par rapport au VIH. En effet, il semble s'établir une relation entre niveau de connaissance complète du VIH par les TS enquêtées et la prévalence du VIH. Les TS enquêtées qui ont moins de connaissance complète sur le VIH sont plus infectées. La catégorie d'âge de 30-34 est celle qui a le plus haut niveau de connaissance complète sur le VIH et la prévalence la moins élevée que les autres catégories d'âge des enquêtées. Par contre, la catégorie « non déterminée » présente la plus forte prévalence du VIH (35%) et en même temps c'est celle qui a le plus faible niveau de connaissance complète sur le SIDA (graphique 24).

Graphique 24 : Connaissance complète du VIH et prévalence du VIH chez les TS en 2009



Source: projection CNLS 2009

V Meilleures pratiques

Au niveau politique, certains faits ont marqué la riposte au VIH au Tchad, il s'agit de :

- L'engagement du Chef de l'Etat par une déclaration publique à Moundou en 2003 faisant de la riposte au VIH sa priorité. Cet engagement a été traduit dans les faits par la subvention de la prise en charge médicale des PVVIH et des maladies opportunistes. Il a été renouvelé en décembre 2009 dans son discours lors des festivités marquant la célébration du 19^e anniversaire de son accession au pouvoir.
- L'engagement des parlementaires en faveur de la riposte par: (i) l'adoption de la Loi 19/PR/2007 portant lutte contre le VIH/SIDA et protection des PVVIH ;
- L'élaboration en 2009 d'un projet de Décret complémentaire de Loi 19/PR/2007 pour faciliter sa vulgarisation et son application dans les juridictions nationales ;
- L'engagement de la société civile par la création de l'observatoire des droits de l'Homme et des PVVIH et la création des cliniques juridiques pour aider les PVVIH à ester en justice.

Au niveau de la mise en œuvre :

- La mise en œuvre des stratégies mobiles de dépistage du VIH dans le sud du pays a considérablement contribué à l'accès des populations rurales au dépistage et à l'accroissement du nombre des PVVIH sous ARV. Par ailleurs, le développement de la stratégie de suivi à domicile des patients sous ARV à Koumra par les associations des PVVIH a amélioré l'observance et par voie de conséquence a permis d'éviter les résistances aux molécules de 1^{ère} ligne.
- Un projet pilote axé sur la conversation communautaire autour des questions liées au VIH et le Sida a été soutenu par le PNUD en 2004 dans 2 régions (le Mayo-Kebbi Ouest et le Mandoul). Cette expérience pilote a couvert 15 sites de conversations communautaires impliquant 30 facilitateurs. Le projet a été évalué en 2009 et les résultats de l'évaluation ont permis d'identifier les forces et les faiblesses de l'expérience. Parmi les points faibles, l'encadrement des associations a présenté des insuffisances à cause du niveau intellectuel bas des facilitateurs. De même l'organisation des groupes lors des conversations a été un facteur limitant. En effet ces groupes n'ont pas été compartimentés, stratifiés afin de faciliter le dialogue et de favoriser l'expression de certaines catégories des membres du groupe.

Cependant cette expérience a été un succès dans l'ensemble car elle a permis de s'attaquer aux causes profondes et sous-jacentes de la propagation du VIH et du Sida à travers l'identification et la mise en œuvre des actions novatrices et originales adaptées aux préoccupations de chaque communauté. Il s'agit principalement de: (i) la création d'opportunités de dialogue (dans tous les sites) entre les différents membres de la communauté surtout entre les hommes et les femmes, les jeunes et les vieux, etc.; (ii) la création des associations de lutte contre le VIH/SIDA (Pala, N'Guéli, Léré) ; (iii) la prise des mesures limitant la prolifération anarchique des débits de boissons « bili bili » (Pala) ; (iv) l'adoption et la mise en œuvre des mesures empêchant la vente à la sauvette pratiquée par des filles au-delà de 18h (Mandélia) ; (v) la révision du montant de la dot pour le mariage (Mani) ; (vi) la prise des mesures pour dissuader certaines pratiques tel que *Amchilini* (Mani. »

Par ailleurs, l'expérience a permis : (i) d'améliorer la connaissance du VIH et du Sida de ces communautés. Les communautés savent désormais les risques encourus par certaines pratiques traditionnelles liées au mariage. Elles exigent le test de dépistage volontaire avant

tout mariage ou remariage « par exemple le cas de cette femme veuve et analphabète qui s'est opposée au remariage en rappelant les décisions issues des conversations communautaires de faire le test de dépistage avant tout mariage ou remariage ». (ii) de mobiliser les chefs de villages et chefs spirituels aux sessions de conversations communautaires, ce qui a facilité l'applicabilité des décisions prises.

- Une autre expérience développée autour de l'hôpital de Koumra a permis d'améliorer sensiblement l'observance aux ARV. L'hôpital a mis en place un suivi communautaire des PVVIH sous ARV. Ce suivi s'appuie sur une organisation communautaire structurée autour d'un réseau des associations des PVVIH. Un protocole de collaboration est établi entre ces associations et l'hôpital de Koumra. Les associations des PVVIH sensibilisent et orientent la population vers l'hôpital pour se faire dépister. Les personnes dépistées séro positives sont réorientées vers les associations PVVIH pour une adhésion. Une fois sous ARV, ces personnes sont régulièrement suivies par les associations.
- Une campagne de dépistage sur le lieu de travail a été organisée par le Ministère de l'Agriculture en 2009. Les membres du comité sectoriel de lutte contre le Sida du Ministère de l'Agriculture ont sensibilisé tous les membres du personnel de 3 Ministères qui couvrent le développement rural (Élevage, Agriculture et Environnement) à se faire dépister. Les hauts responsables de ces 3 Départements ont donné l'exemple en se faisant dépister. Cette campagne a permis de dépister la plupart de tous les cadres et techniciens de ces 3 Départements.
- Une expérience du DED (ONG) dans la région de Pala, qui soutient depuis octobre 2008 quelques associations qui ont décidé de se fédérer en août 2009, constituant ainsi un Réseau Régional pour le Mayo Kebbi Ouest. Les expériences issues des associations de base ont été capitalisées au niveau régional. Pour arriver à constituer cette fédération, de nombreuses difficultés ont été surmontées. Parmi les difficultés rencontrées par les promoteurs de ces associations, on peut citer l'analphabétisme de la plupart des femmes qui sont membres de ces associations de PVVIH. Ces barrières de communication ont amené les promoteurs à ne travailler qu'avec des bureaux exécutifs, mais également des conseillers psycho-sociaux. Le DED a donc développé des méthodes d'approche locale intégrant la participation de tous les membres. Cette participation élargie, surtout dans l'élaboration des projets, leur mise en œuvre a amélioré le fonctionnement de ces associations et a eu un impact réel sur la motivation des membres ainsi que leur engagement.

Ainsi, tout en mettant l'accent sur l'alphabetisation des femmes au niveau de ces associations, le promoteur a réussi à renforcer l'approche d'intégration de tous les membres à travers le développement de méthodes adaptées à chaque association. Cette méthode adaptée a été un facteur important pour l'intégration des organisations de base dans le développement d'une structure de réseau régional et national. Les besoins et les lacunes observées par les organisations de base pourraient ainsi être identifiés rapidement et résolus dans le meilleur délai. Cette expérience a permis aux membres de ces associations d'envisager une fédération de toutes les associations de lutte contre le VIH au niveau régional en partant de la base au sommet.

VI Principaux obstacles et mesures correctrices

VI-1 état de mise en œuvre des interventions pour faire face aux principaux obstacles identifiés en 2007

| Principaux obstacles mentionnés dans le rapport UNGASS 2007 | Progrès faits pour faire face à ces obstacles en 2008 et 2009 |
|--|--|
| 1. Faiblesse du leadership et inadéquation du cadre organisationnel et institutionnel de la riposte au VIH | <ul style="list-style-type: none"> Le leadership du CNLS s'est renforcé. Le CNLS a été rendu opérationnel en 2008 par la nomination d'un secrétaire exécutif national et d'un adjoint avec rang de secrétaire général. En 2009, les chefs de service du CNLS ont été nommés et pris fonction dans leurs services respectifs. Le cadre organisationnel et institutionnel se met en place. La mise en place des conseils régionaux est entamé et se poursuit actuellement. |
| 2. Faiblesse de la disponibilité des fonds nécessaires à l'élargissement et à l'intensification des programmes de lutte contre le VIH | <ul style="list-style-type: none"> La proposition de subvention du Fonds Mondial 8^{ème} round d'un montant de plus de 50 millions d'euros destinée à la mise à l'échelle de la riposte nationale au VIH a été acceptée. Les modalités de mise en œuvre de cette subvention est en cours. La mise en œuvre du projet IBLT financé par la BAD et la CBLT et destiné à renforcer la riposte du VIH dans 5 régions du Tchad est en cours. Appui d'autres partenaires |
| 3. Très faible accessibilité financière des populations aux produits et aux technologies d'un coût peu abordable | <p>Le renouvellement de l'engagement du Chef de l'Etat pour assurer la gratuité de la prise en charge médicale des PVVIH et des IST permet de supprimer la barrière liée à l'accès financier aux PVVIH à la prise en charge médicale</p> <p>La disponibilité de fonds du 8^{ème} round ainsi que l'appui d'autres partenaires ;</p> |
| 4. Faiblesse de l'organisation des infrastructures et des systèmes de lutte contre le VIH | <p>L'organisation des infrastructures et des systèmes de lutte contre le VIH s'est sensiblement améliorée depuis 2 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le nombre des structures de prise en charge par les ARV est passé de 22 centres de traitement en 2007 à 64 en 2009. Le nombre total des CDV fonctionnels a doublé entre 2008 et 2009 passant de 36 en 2008 à 72 en 2009. Le nombre des Districts mettant en œuvre la PTME est passé de 13 en 2007 à 22 en 2008. Quant au nombre des sites offrant la PTME, il est passé de 37 en 2007 à 53 en 2008 et 81 en 2009. Le développement des stratégies mobiles pour le dépistage est testé avec succès et se poursuit |
| 5. Faiblesse qualitative et quantitative en ressources humaines à tous les niveaux (secteur ministériel, privé, confessionnel, société civile) | <p>la formation de 207 médecins et des laborantins (pour suivre l'extension des centres de prise en charge) se poursuit. En matière de suivi et évaluation également, des formations ont été organisées à l'intention des agents en charge de cette activité.</p> <p>Cependant force est de constater que le nombre des personnes reste faible par rapport aux besoins. Ce qui fait que ces faiblesses persiste encore en 2009.</p> |
| 6. Persistance du déni du SIDA, de la stigmatisation et de la discrimination des PVVIH et de l'inégalité homme femme dans l'accès aux services | <p>Des efforts ont été faits par le Gouvernement, les partenaires, la société civile pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH.H :</p> <ul style="list-style-type: none"> Plusieurs réunions ont été organisées par les ONG, la société civile, notamment la Ligue Tchadienne de Défense des Droits de l'Homme pour vulgariser la Loi 19/PR/2007 ; Des réunions de plaidoyer vers les parlementaires, le gouvernement, les chefs traditionnels et religieux ont été organisés pour l'application de la Loi 19/PR/2007; La société civile particulièrement les confessions religieuses ont été très impliquées dans la vulgarisation de la Loi 19/PR/2007 |

VI-2 Les obstacles ayant entravé la riposte nationale et les mesures correctrices concrètes prévues

Durant les deux années la riposte nationale a été encourageante au vu de l'évolution de la couverture des besoins en ARV. Cependant cette riposte aurait été meilleure nonobstant certains obstacles. Une réunion de suivi de la riposte nationale organisée en juillet 2009 à N'Djaména a mis en exergue ces obstacles. Il s'agit des obstacles liés à la gestion des programmes spécifiques, à la gestion de l'approvisionnement, à la coordination et la multisectorialité, à la gestion des ressources humaines et au Suivi & Evaluation. Le tableau ci-dessous reprend ces obstacles sous forme de défis et des mesures correctrices envisagées à travers 3 domaines : (i) Gestion des programmes spécifiques ; (ii) gestion des approvisionnements ; (iii) multisectorialité et Coordination.

| Domaine 1 : Gestion des programmes spécifiques | |
|--|--|
| Défis et contraintes | Mesures correctrices envisagées |
| <p>L'insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines ajoutée à la faiblesse de la motivation du personnel disponible limitent l'extension de la prise en charge des PVVIH sous ARV et de la PTME ainsi que de l'opérationnalité des CDV. C'est particulièrement en zone rurale ou d'accès difficile que ces contraintes sont les plus fréquentes et excluant une bonne partie des personnes des services préventifs et curatifs.</p> <p>La faiblesse dans la coordination et la gestion des informations sanitaires.</p> | <p>Inclure des modules de formation de VIH/SIDA dans les programmes de formations des écoles de médecine et des infirmiers</p> <p>Mettre en place un système d'évaluation des performances et de motivation du personnel.</p> <p>Déléguer les tâches des médecins aux infirmiers et sages femmes dans la prise en charge;</p> <p>Former les membres des communautés pour leur implication dans la prise en charge;</p> |

| Domaine 2 : Gestion des approvisionnements | |
|---|---|
| Défis et contraintes | Mesures correctrices envisagées |
| <p>Une faiblesse dans la couverture des besoins en ARV, en 2009, 48% des personnes sont sous ARV. Cette faiblesse est plus ressentie au niveau des enfants où seuls 4% des enfants sont sous ARV.</p> <p>Une faiblesse des capacités diagnostiques pour les infections opportunistes et la charge virale : laboratoires souvent mal équipés ou équipements souvent en panne faute de maintenance, intrants souvent en rupture, rupture fréquente de chaîne de froid, absence de contrôle de qualité.</p> <p>Absence d'un plan d'acquisition des intrants adapté aux besoins, ruptures fréquentes de stock :</p> <p>Des ruptures fréquentes des intrants sont constatées dans les CDV et les centres de prise en charge. Ces ruptures sont dues en grande partie à une faiblesse dans la gestion du stock et dans l'approvisionnement en ARV et autres intrants ; La faiblesse dans la mise en œuvre de la stratégie intégrée TB/VIH ;</p> | <p>Renforcer les capacités techniques des équipes en charge des prévisions ;</p> <p>Renforcer les capacités des gestionnaires de stock à tous les niveaux ;</p> <p>Renforcer les capacités techniques des laborantins du laboratoire national pour assurer le contrôle de qualité de premier niveau ;</p> <p>Appui au réseau des CPA de l'Afrique Centrale ;</p> <p>Appui à la conception et à la mise en œuvre d'un système de gestion d'information axé sur les nouvelles technologies informatiques.</p> |

| Domaine 3 : Multisectorialité et Coordination | |
|---|--|
| Défis et contraintes | Mesures correctrices envisagées |
| <p>Faiblesse dans l'analyse des facteurs de la vulnérabilité au VIH dans la SNRP11 ;</p> <p>Faible coordination de la mise en œuvre des programmes VIH/SIDA ;</p> <p>Insuffisance de capacités managériales ;</p> <p>Faiblesse des cadres institutionnels et organisationnels et des mécanismes de coordination et du S-E de la riposte nationale</p> | <p>Faire une analyse globale de la situation de la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida par projet/programme/secteur;</p> <p>Faire un plaidoyer auprès des différents secteurs pour l'intégration et la mise en œuvre des activités (CNLS, immédiat);</p> <p>Former les cadres du SEN/CNLS et les comités sectoriels et régionaux pour l'intégration du VIH/SIDA dans les projets/programmes/secteurs</p> |

Sources : Rapport de la réunion thématique : analyse des défis à la réponse nationale au VIH/SIDA au Tchad, juillet 2009

VII Soutien des partenaires du développement

Le CNLS a reçu un appui de la part des différents partenaires technique et financier notamment, l'ONUSIDA, le HCR, le PNUD, UNFPA, l'OMS, l'UNICEF, IBLT (BAD, CBLT). Cet appui a porté sur :

- La formation des points focaux en S&E sur le CRIS3 pour la centralisation et la gestion des données VIH ;
- La formation des points focaux en S&E sur l'estimation et projections des données VIH à court et à moyen terme ;
- La mise à disposition d'un consultant international pour la revue des dépenses liées au SIDA (REDES) devant alimenter l'indicateur N°1 de l'UNGASS et la mise à disposition d'un consultant national pour l'élaboration du rapport de progrès;
- L'appui financier pour l'organisation des réunions de suivi du processus d'élaboration du rapport UNGASS par le GTSE
- La décentralisation de la riposte au VIH, l'appui à la mise en œuvre de la loi 19 et concertation communautaire
- Appui institutionnel du CNLS
- Appui à la collecte des données des sites sentinelles ;
- Appui à la prévention et à la stratégie mobile de dépistage ;
- Appui pour le passage à l'échelle de la PTME et la prise en charge globale des OEV ;

Les partenaires techniques et financiers doivent continuer à jouer leurs rôles en :

- Continuant à appuyer efficacement la riposte au VIH au Tchad ;
- Intensifiant le plaidoyer à un haut niveau pour mobiliser plus de ressources destinées à la riposte nationale au VIH et au SIDA ;
- Renforçant l'appui à la décentralisation de la réponse nationale au VIH et à la multisectorialité

VIII Suivi et évaluation

VIII-2 Système de Suivi et Evaluation, ses difficultés et les mesures correctrices

VIII-2-1 Le système de suivi et évaluation actuel

Depuis la notification du 1^{er} cas de SIDA au Tchad en 2006 et ce jusqu'en 2007, le pays n'a pas disposé d'un plan de suivi et évaluation du VIH et du SIDA. Néanmoins, un système de collecte et d'analyse de données existait dans le cadre du système d'information sanitaire au niveau du Ministère de la Santé Publique. Le système de suivi et d'évaluation qui a existé, a porté essentiellement sur les données de surveillance sentinelle (17 sites sentinelles qui ont cessé de fonctionner depuis 2003) et la notification des cas.

La volonté d'assurer le suivi et l'évaluation de l'épidémie et de la lutte s'est traduite par de nombreuses actions qui ont permis de disposer de données biologiques et socio comportementales. Néanmoins, ces actions ont été conduites de façon disjointes et non coordonnées, en l'absence d'un plan national de suivi et évaluation. Pour adhérer aux «Trois Principes», un cadre stratégique 2007-2011 et un plan opérationnel ont été élaborés. Pour parachever la mise en œuvre de ces Trois Principes, un plan commun de suivi et évaluation ainsi qu'un dispositif standard de collecte et d'analyse des informations provenant de l'ensemble des acteurs de la réponse est élaboré et adopté en août 2008. Pour faciliter la mise en œuvre du plan de S&E au niveau des structures décentralisées et sectorielles, un manuel opérationnel contenant toutes les fiches de collecte et décrivant en détails le circuit de remontée et de retro information, la périodicité de collecte, le canevas des rapports et la responsabilité de collecte, etc a été validé en novembre 2009.

Des indicateurs nationaux de processus, de résultat et d'impact basés sur les recommandations de l'UNGASS ont été définis et validés dans ce plan. Il convient de noter pour le suivi de la riposte nationale, au total 15 indicateurs ont été retenus dont 7 sont des indicateurs UNGASS. Des 15 indicateurs priorités, on compte 4 indicateurs de processus, 6 de résultat et 5 d'impact.

VIII-2-2 Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système de suivi et évaluation complet

Les principales difficultés qui entravent à l'heure actuelle, la mise en place d'un système de suivi et évaluation sont entre autres :

- Insuffisance en ressources humaines, moyens logistiques et outils informatiques ;
- Insuffisance en ressources financières pour réaliser les supervisons et le suivi sur le terrain ;
- Absence d'un système adéquat de suivi de la résistance aux ARV et de la gestion des ARV, entraînant par moment des ruptures préjudiciables aux PVVIH ;
- La mise en place des structures permettant une récolte régulière de données est entravée par la qualité des ressources humaines et l'insuffisance des moyens pour leur fonctionnement ;
- Manque de compétences pour le traitement et l'analyse approfondie des données ;
- L'insuffisance des moyens logistiques pour la supervision & la collecte de données;
- Capacités opérationnelles limitées du SPSE par la modestie des moyens mis à la disposition du CNLS;
- Bien que prévu dans le cadre stratégique, le mécanisme de surveillance de la résistance aux antirétroviraux, n'est pas opérationnel;

- Le manque de capacités plus prononcé au niveau local/régional ne permet pas aux structures décentralisées de remplir correctement et en temps réel les outils de collecte qui sont mis à leur disposition ;
- Des difficultés subsistent encore dans la transmission des rapports de surveillance collectés dans les régions/districts vers le niveau central ;

VIII-2-3 Des mesures correctrices pour surmonter ces difficultés

Pour faire face aux difficultés les mesures suivantes ont été prises :

- Les points focaux ont été formés en S&E en août 2008 ;
- Le service de planification, de suivi et évaluation a été mis en place au CNLS ;
- La mise en place des structures décentralisées est entamée et 7 coordinations régionales sont opérationnelles ;
- Les points focaux en S&E ont été formés sur le logiciel CRIS3 pour la gestion des données en octobre 2009 ;
- Le Groupe de travail sur le S&E a été mis en place en septembre 2009 ;
- Le responsable du SPSE du CNLS a été formé sur les logiciel d'estimation et projection des données VIH, ce qui a permis d'estimer et de réaliser des projections sur les données VIH au Tchad pour connaître la tendance de l'épidémie à court terme ;
- Un consultant international a été mis à la disposition du CNLS en février 2009 pour évaluer les dépenses liées au VIH et au SIDA pour les années 2007 et 2008 en vue de renseigner l'indicateur N°1 de l'UNGASS ;
- Deux cadres nationaux ont été formés sur le RNM (Ressources Needs Model) pour l'évaluation des besoins nationaux en ressources liées au VIH et au SIDA d'ici 2015 ;
- La surveillance sentinelle suspendue depuis 2003 a été relancée en 2009.

VIII-2-4 Besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation

Avec l'appui des partenaires au développement, le PNUD, l'ONUSIDA et l'UNICEF, des mesures sont prévues pour la mise en œuvre du Système national de Suivi-Evaluation. Cependant, un appui technique pourrait être considéré pour les domaines suivants afin de renforcer le système du S&E :

- Recrutement un expert international pour appuyer le CNLS dans la mise en place effective du système national de S&E ;
- Formation sur les pratiques d'enquête au profit des responsables de S&E pour le pilotage des études séro-épidémiologique, sentinelles et comportementales qui sont programmées ;
- Formation sur les techniques d'analyse et de traitement des données pour le renforcement des capacités techniques et d'analyse effective des personnes impliquées dans la collecte d'information stratégique ;
- Le renforcement et l'opérationnalisation du système de suivi de la résistance aux ARV ;
- Appui à la mise en place d'un système efficace de gestion efficace des ARV afin d'éviter les ruptures sporadiques constatées ces dernières années ;
- Le renforcement des capacités techniques du service santé du CNLS pour lui, permettre d'assurer efficacement la surveillance épidémiologique ;
- La réalisation des enquêtes séro-épidémiologique, sentinelles, et comportementales qui sont prévues à tous les niveaux ;

Liste des personnes rencontrées

| N0 | NOMS ET PRENOMS | SERVICES / FONCTIONS |
|----|----------------------------|--|
| 1 | Mr. Felix NGAKOUTOU | Service des statistiques du MEN moulkoh@yahoo.fr |
| 2 | Mr. MBairo | Responsable de la Cellule SIDA du MEN mdermbaye@yahoo.fr |
| 3 | Mr. Domo Guidjinga | Coordonnateur du projet à l'éducation à la vie familiale, 6935603 |
| 4 | Mr. Balgué | Directeur de l'Enfance, Ministère de l'Action Sociale |
| 5 | Mr. Elhadj Mahamat Adoum | Gestionnaire de CONAGELUS, 3044274 |
| 6 | Mr. Arsène Mayangar | Chargé du Programme LTDH et APDH |
| 7 | Mr. Yambé Gorta | Université Populaire |
| 8 | Dr. Barou Djouater | Secrétaire du CNLS |
| 9 | Dr. Ali Moussa | Secrétaire Adjoint du CNLS |
| 10 | GI Loum Hinansou Laina | Président de la CONALUS |
| 11 | Dr. Alioune Diop | Conseiller AFD auprès du CNLS |
| 12 | Mr. Déodjé Noé | ICBLST, Coordonnateur |
| 13 | Mr. Bassou Rakhis | UST, Secrétaire National chargé de la lutte contre le VIH et le SIDA |
| 14 | Mr. Joel Tokindang | Banque Mondiale |
| 15 | Mr. Hobah Rogoto | PNUD, Assistant du Représentant Résident |
| 16 | Mr. Djogoye Talasandi | Banque Africaine de Développement |
| 17 | Mr. Abdelwahab Sani | CNLS, chargé des jeunes |
| 18 | Mr. Hayangou Daguigué S | CNLS, chargé du suivi et évaluation |
| 19 | Mme. Yoyammel Martine | CNLS, Administratrice |
| 20 | Mr. Abbas | CNLS, chargé des services du secteur santé |
| 21 | Mr. Ramadan Saleh | CNLS, Comptable |
| 22 | Mme Kadjilé Obengdi Hélène | Ministère de l'Agriculture, Responsable du comité sectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA |
| 23 | Mr. Sindang T. | Ministère de la Fonction Publique et du Travail, Responsable du comité sectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA |
| 24 | Mr. Kouladingar K. Dakor | Ministère de la Communication, Responsable du comité sectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA |
| 25 | Dr. Nakiri Nadjimbaye | Ministère de l'Elevage, Responsable du comité sectoriel de lutte contre le VIH et le SIDA |
| 26 | Dr. Bertin Tchombou | HGRN, Chargé de la prise en charge |
| 27 | Dr. Noel Djémadjel | OMS, Tuberculose |
| 28 | Dr. Matchoké Gonzoua | AMASOT, chargé de la prise en charge |
| 29 | Dr. A. Wimmer | UNHCR |
| 30 | Dr. Adam MBodou | Administrateur FOSAP/FM |
| 31 | Mr Othingué | FOSAP, suivi et évaluation |
| 32 | Dr. Ngakoutou | HGRN, service Pneumologie |
| 33 | Mr. D. Maina Darkos | MERH, Inspecteur Général |
| 34 | Mr. Mouhyddine R. Slaeh | MERH, Secrétaire Général Adjoint |
| 35 | Mr. Bardoum Djékoordian | MERH, Conseiller |
| 36 | Mr. Kladoumnar Rokoita | MERH, Point focal antiSIDA |

| | | |
|----|-----------------------|---|
| 37 | Mr. Bilal | APMS, chargé du suivi et évaluation |
| 38 | Dr. Morgaye Gueim | Unicef, chargée du VIH et SIDA |
| 39 | Dr. Haouyé Adoum | Responsable du PSLS |
| 40 | Mr. Tchobkréo Bagamla | ONUSIDA , Conseiller en suivi et évaluation |
| 41 | Dr. Aimé | ONUSIDA, Coordonnateur des projets conjoints humanitaires |
| 42 | Dr. Koyalta Donato | ONUSIDA ; Consultant |
| 43 | Mr.Palou Tchonzoumbo | Chef de Division Comptabilité et Finances/MSP |
| 44 | Mr. Ngarbaye | Service comptabilité et Finances/MSP |
| 45 | Mr.Walbadé | Chef de Division Passation des Marché |
| 46 | Mme Helke Nischwitz | DED, Responsable volet santé VIH |
| 48 | Mr. Germain | MSP, DSIS |

Bibliographie

1. Rapport annuel d'activités 2009, FOSAP – volet IDA, 2009
2. Rapport d'activités des bénéficiaires secondaires communautaires FOSAP 2008 et 2009, 2009
3. Rapport d'activités 2009 du CNTS, 2009
4. Rapport d'activités 2008 et 2009 du noyau anti sida du Ministère de l'Action Sociale, 2009
5. Document de suivi de la déclaration sur le VIH/Sida , Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base , Etablissement des rapports 2010
6. Rapport d'enquête séro prévalence du VIH/Sida, 2005
7. Rapport sur la Cartographie des interventions et des intervenants, 2009
8. Rapport de la réunion thématique ; analyse des défis à la réponse nationale du VIH/SIDA au Tchad, 30 Juillet 2009 ;
9. 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 ;
10. Rapport d'analyse de la situation et de la réponse du VIH/SIDA dans les secteurs Agriculture et Elevage, 2009 ;
11. Analyse de la situation de la réponse au VIH/SIDA dans les entreprises privées et parapubliques, Août 2008
12. Rapport d'évaluation de la mise en œuvre de l'approche communautaire de renforcement des capacités pour une réponse efficace face au VIH/SDA, 2009
13. Annuaire des statistiques sanitaires 2008,
14. Rapport d'activités annuelles 2009 de 5 sites sentinelles.
15. Rapports d'activités annuelles 2009 (dépistage) de l'APMS
16. Rapport d'activités annuelles 2009 (dépistage) de AMASOT
17. Rapport d'enquête CAP sur les personnes vivant dans et autour des camps de réfugiés de l'est, 2009
18. Rapport d'activités annuelles 2009 de la coordination nationale de la PTME
19. Rapport d'activités annuelles 2009 du service « médecine 5 » HGRN
20. Rapport d'activités de la coopération Allemande DED, 2009
21. Rapport d'activités VIH Unicef – Tchad, 2009.
22. Rapport d'activités cellule Sida du Ministère de l'Education Nationale