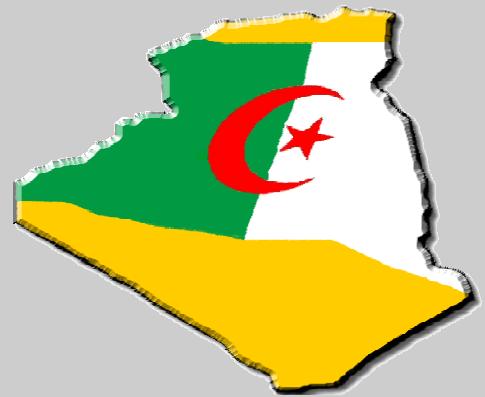


REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la Santé et de la
Population et de la Réforme
Hospitalière

Direction de la Prévention
Comité National de Lutte contre les
IST/VIH/Sida



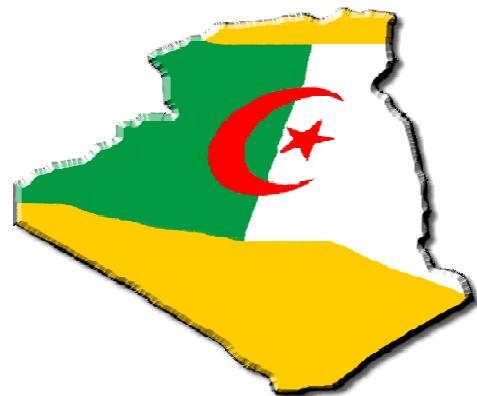
PLAN NATIONAL
STRATEGIQUE
de lutte contre les
IST/VIH/Sida

2008
2012

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la Santé et de la Population
et de la Réforme Hospitalière

Direction de la Prévention
Comité National de Lutte Contre les
IST/VIH/sida



PLAN NATIONAL
STRATEGIQUE
de lutte contre les
IST/VIH/sida

2008
2012



Elaboré en juillet 2008
Révisé en mars 2009

Ce document a été élaboré sous la direction du Dr Mohamed Ouahdi, Directeur de la Prévention au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Au titre des Experts Nationaux

Pr Youssef Mehdi (Coordonnateur)
Dr Kamel Ait Oubelli
Pr Achour Amrane
Pr El Ghalia Fares
Pr Safia Khaled
Pr Smail Mesbah
M. Adel Zeddam

Au titre des experts internationaux

Mr Daouda Ba
Dr Kemal Cherabi
Mr Abdoulaye Gueye

Au titre du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Dr Madjid Benmakhlof
Dr Ghania Merbout

Au titre de ONUSIDA

Dr Samia Lounnas

Les rédacteurs de ce document tiennent à exprimer leurs remerciements à l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux qui ont contribué activement aux différentes étapes du processus de l'élaboration du Plan National Stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida.



Préface

L'Algérie a engagé la lutte contre le sida et les Infections sexuellement transmissibles depuis plus de vingt ans. Le processus de planification stratégique dans lequel s'est inscrite l'Algérie s'est traduit par l'élaboration et la mise en oeuvre du Plan national stratégique 2002 – 2006. Ce processus se poursuit par l'élaboration du présent Plan national stratégique 2008 – 2012 qui orientera la lutte durant les cinq prochaines années.

Dans notre pays, cette lutte se caractérise par :

- un haut engagement politique affirmé par Son Excellence Monsieur le Président de la République,
- une action multi sectorielle approuvée par différents ministères
- une implication active de la société civile y compris les personnes vivant avec le VIH ainsi que le secteur privé,
- une coopération multilatérale avec le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
- une coopération bilatérale avec des pays amis.

Aussi, cette lutte repose sur les engagements internationaux de l'Algérie, notamment :

- les « Trois principes » comprenant un Cadre national commun de lutte, un Organisme national commun de coordination et un Système national commun de suivi et évaluation
- l'Accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH /sida

Ensemble, nous renforcerons sans nul doute la riposte nationale au VIH / sida grâce à notre engagement à mettre en œuvre ce Plan national stratégique 2008-2012. Ceci nous permettra de prévenir de nouvelles infections, d'élargir l'accès aux soins de santé et d'atténuer l'impact de l'épidémie. Ainsi nous pourrons atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire notamment celui consistant à stopper et commencer à inverser l'épidémie du VIH / sida d'ici à 2015.

M. Amar TOU,
Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.



Avant propos

L'Algérie a constitué un modèle en termes de réponse à l'épidémie au VIH dans la région de l'Afrique du Nord et Moyen Orient (MENA) dès le début puisque dès les premiers cas en 1985, la lutte contre le sida a constitué une des priorités de santé publique en Algérie. Elle s'est notamment caractérisée par un engagement des autorités politiques au plus haut niveau de l'Etat, une implication multisectorielle de plus en plus forte avec un rôle particulier de la société civile et notamment des PVIH.

En outre l'étroit partenariat avec l'ONUSIDA dans sa qualité de Programme Commun y compris avec les Coparrains dont le premier fut l'OMS avant son établissement en Secrétariat a fait l'objet d'un appui technique régulier pour de ces derniers dans l'élaboration de plans de lutte successifs contre l'épidémie avec l'appui de l'ONUSIDA.

L'élaboration de ce nouveau Plan 2008-2012 constitue une étape fondamentale pour l'Algérie dans le cadre de l'application concrètes de ses engagements internationaux dans la lutte contre ce fléau notamment par l'intégration des ODM et de la Déclaration de l'UNGASS comme principes fondamentaux mais aussi plus récemment et plus précisément les cibles mesurables de la mise en œuvre de la Réponse nationale vers l'Accès Universel à la Prévention, soins traitements et soutien pour tous d'ici à 2010.

Cette volonté de l'Algérie de faire de ce Nouveau Plan une feuille de route transparente et conforme aux recommandations de la Communauté internationale dans le cadre de cette lutte mondiale contre cette épidémie constitue un exemple remarquable pour l'ONUSIDA et ses coparrains de responsabilisation d'un pays non seulement vis-à-vis de sa population mais également vis-à-vis du monde entier faisant de cette réponse nationale partie intégrale d'une réponse globale dont les effets et impacts ne peuvent être significatifs que par une l'harmonisation des cibles et objectifs autours d'une approche exhaustive basée sur les individus et les communautés les plus concernés par ce mal du siècle. Cette approche permet aussi une motivation certaine de tous les partenaires au Développement vers l'alignement, l'harmonisation et la coordination de leurs appuis quel qu'il soit technique et/ou financier dans le cadre de cette lutte

C'est ainsi qu'au nom de l'ONUSIDA nous saisissons l'opportunité qui nous est donnée par l'écriture de cette Préface de féliciter les autorités algériennes les acteurs de la lutte contre le sida et particulièrement le Ministère de la Santé en chef de file de ce véritable mouvement national pour les acquis fondamentaux dans celle lutte mais aussi pour les interventions planifiées pour ce prochain quinquennat qui incontestablement constitueront une source d'inspiration pour de nombreux autres pays dans leurs efforts contre cette épidémie. Par ailleurs l'ONUSIDA s'engage à poursuivre et renforcer son appui dans la mise en œuvre de ce Plan.

M.Oussama Tawil
Directeur RST MENA
ONUSIDA



SOMMAIRE

Introduction	8
Chapitre I. Contexte international de la lutte contre le VIH.....	9
I.1 Principaux enjeux de la lutte contre le VIH dans le monde.....	9
Chapitre II. Analyse de la situation et de la réponse nationale	10
II.1 Principales caractéristiques géographiques, socio-économiques et sanitaires de l'Algérie.....	10
II. 2 Analyse de la situation épidémiologique.....	12
II. 3 Synthèse de l'analyse de la réponse nationale	28
Chapitre III. Fondements et orientations du Plan National Stratégique 2008-2012.....	31
III. 1 Vision partagée des priorités.....	31
III. 2 Facteurs de vulnérabilité.....	31
III.3 Principes directeurs.....	32
Chapitre IV Plan National Stratégique 2008-2012.....	33
III. 4 Axes stratégiques du PNS	33
Chapitre V. Cadre Institutionnel.....	38
V.1 Structure nationale de coordination.....	38
V.2 Secteurs ministériels	40
V.3 Société civile	40
V.4 Partenariat Multilatéral, bilatéral et privé.....	40
Chapitre VI. Financement du Plan National Stratégique 2008-2012.....	43
VI.1 Mobilisation des ressources nationales.....	43
VI.2 Mobilisation des ressources internationales.....	43
Cadre Budgétaire et gaps financiers.....	44
Chapitre VII. Mise en œuvre et Suivi & Evaluation de la réponse nationale.....	57
VII.1 Gestion et coordination de la réponse nationale.....	57
VII.2 Le Système National de Suivi & Évaluation.....	58
Pyramide des indicateurs de suivi & évaluation	62
Cadre logique de suivi du PNS 2008-2012.....	64
Références bibliographiques.....	70
Annexe	73



Liste des abréviations et des acronymes

■ AES	Accident d'Exposition au Sang
■ ANAA	Algerian Network Against AIDS/Réseau Algérien de Lutte contre le sida
■ ANC	Autorité Nationale de Coordination
■ ANS	Agence Nationale du Sang
■ ARV	Antirétroviraux
■ BIT	Bureau International du Travail
■ CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
■ CCC	Communication pour le Changement de Comportement
■ CD4	Lymphocyte CD4
■ CDR	Centre De Référence de prise en charge de l'infection VIH
■ CDV	Centre de Dépistage Volontaire
■ CHU	Centre Hospitalier Universitaire
■ CMLS	Comité ministériels de lutte contre les IST/VIH/sida
■ CMW	Comité Multisectoriel de Wilaya de lutte contre les IST/VIH/sida
■ CNLS	Comité National de Lutte contre les IST/VIH/sida
■ CPN	Femmes enceintes des consultations prénatales
■ DASRI	Déchets des Activités de Soins à Risque Infectieux
■ DSP	Direction de la Santé et de la Population du Ministère de la Santé
■ EDS	Enquête démographique et de santé
■ EHS	Etablissement Hospitalier Spécialisé
■ EHU	Etablissement Hospitalier et Universitaire
■ GAS	Gestion des Achats et des Stocks
■ HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes
■ IEC	Information, Education, Communication
■ INSP	Institut National de Santé Publique
■ IO	Infections Opportunistes
■ IST	Infection Sexuellement Transmissible
■ LNR	Laboratoire National de Référence du VIH
■ MAE	Ministère des Affaires Etrangères
■ MDN	Ministère de la Défense Nationale
■ MEN	Ministère de l'Education Nationale
■ MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
■ MJS	Ministère de la Jeunesse et des Sports
■ MSPRH	Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière
■ MTSS	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
■ NU	Nations Unies
■ OEV	Orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/sida
■ OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
■ OMS	Organisation Mondiale de la Santé
■ ONG	Organisation Non Gouvernementale
■ ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
■ PCH	Pharmacie Centrale des Hôpitaux
■ PEC	Prise en charge
■ PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/VIH/sida
■ PNS	Plan National Stratégique
■ PS	Professionnel (s) / Professionnelle (s) du Sexe
■ PTF	Partenaires techniques et financiers
■ PTME	Prévention de la Transmission Mère - Enfant
■ PVIH	Personne vivant avec le VIH



■ REDES	Ressources et dépenses nationales pour la lutte contre le sida
■ S & E	Suivi et Evaluation
■ SEMEP	Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive
■ Sida	Syndrome Immuno-Déficience Acquis
■ SIG	Système d'information de gestion interne
■ SNIS	Système National d'Information Sanitaire
■ STP/CNLS	Secrétariat Technique Permanent du CNLS
■ TME	Transmission mère-enfant du VIH
■ TPPE	Trousse (s) de Prophylaxie Post Exposition
■ UDI	Utilisateurs de Drogues Injectables
■ UNGASS	Assemblée générale des Nations Unies Session Spéciale sur le sida
■ VIH	Virus Immunodéficience Humaine



Introduction

La lutte contre l'infection VIH/sida, au lendemain de l'apparition du 1er cas en 1985, a été érigée au rang de priorité en Algérie. Elle a fait l'objet de plans de lutte successifs avec l'appui de l'ONUSIDA. Elle s'est notamment caractérisée par un engagement des autorités politiques au plus haut niveau de l'Etat, une implication multisectorielle de plus en plus forte avec un rôle particulier de la société civile et des PVIH.

Malgré les efforts consentis par l'ensemble des intervenants, cette lutte contre l'infection par le VIH s'est heurtée à un certain nombre d'obstacles tels : l'inadaptation du cadre de coordination, l'absence de mécanisme de suivi & évaluation, le déficit en capacités techniques, humaines et financières et un environnement qui demeure peu favorable à l'acceptation sociale des PVIH.

C'est pourquoi, l'élaboration du présent PNS 2008-2012 a reposé sur une approche novatrice dans la mesure où pour la première fois en Algérie le processus d'élaboration s'est déroulé en plusieurs étapes.

La première étape a consisté à procéder à l'évaluation sans complaisance du précédent PNS 2002-2006 au terme de laquelle il a été possible de dégager les points forts, les faiblesses et les opportunités de la réponse nationale permettant ainsi de formuler les recommandations nécessaires pour l'élaboration du présent PNS, recommandations qui ont d'ailleurs fait l'objet d'un séminaire de restitution et d'une diffusion à l'ensemble des intervenants dans la lutte contre l'infection par le VIH.

La deuxième étape s'est attachée à élaborer le cadre stratégique devant orienter la lutte contre l'infection VIH/SIDA pour la période 2008-2012. Cette étape, fondamentale dans le processus d'élaboration du présent PNS, s'est fixée les lignes directrices suivantes :

- la mise en œuvre des engagements internationaux de l'Algérie tels l'UNGASS, les Trois Principes et l'Accès Universel
- l'intégration, dès le début du processus, de l'ensemble des acteurs du PNS, afin de leur permettre l'appropriation et d'obtenir leur consensus à travers une démarche participative multisectorielle aussi large que possible.

Les axes stratégiques, les objectifs et les interventions prioritaires retenus dans ce cadre stratégique se voulaient réalistes et en adéquation avec l'évolution de l'épidémie et les ressources existantes et mobilisables. Ce cadre stratégique a été adopté par consensus lors d'un séminaire atelier qui s'est déroulé les 30 Juin et 1er juillet 2007 à Alger.

La troisième étape a consisté à finaliser le PNS 2008-2012 en identifiant des activités pour chacune des interventions retenues, pour chaque activité des intervenants, ainsi que pour les résultats attendus, les indicateurs, le coût et l'échéancier.

Le PNS 2008-2012 se veut à la fois réaliste mais ambitieux afin de relever les défis de la lutte contre l'infection par le VIH au cours de cinq (05) prochaines années. Pour cela, le PNS qui s'appuie sur les forces et les opportunités de la réponse nationale

- érige comme préalable la mise en place d'un organisme national de gestion et de coordination de la réponse nationale conformément aux Trois Principes,
- s'attache à améliorer la connaissance de l'épidémie et des comportements,
- accorde une priorité à l'efficacité, la qualité et l'intensification des prestations de prévention, de soins et d'appui dans le sens de l'accès universel,



- continue à développer la multisectorialité en vue d'en améliorer l'implication, l'efficience et l'efficacité, et
- veille au renforcement des capacités des intervenants

Dans le présent PNS 2008-2012, tous les acteurs de la réponse nationale au VIH/sida s'accordent à mettre l'accent sur les interventions en direction des groupes les plus exposés au risque d'infection à VIH. Il s'agit d'inscrire cette démarche globale de réduction des risques IST/VIH en prenant en compte tous les déterminants de la vulnérabilité, inhérents aux individus ou à leur contexte de vie.

Le PNS 2008-2012 a fait l'objet d'un séminaire atelier de validation courant novembre 2007 et a été finalisé en juillet 2008. Le plans opérationnel et les plans sectoriels découlant du Plan National Stratégique seront élaborés et mis en œuvre par les différents intervenants identifiés.

Chapitre I. Contexte international de la lutte contre le VIH

❖ I.1 Principaux enjeux de la lutte contre le VIH dans le monde

Le sida continue d'être l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire de l'humanité. Le VIH continue de se propager à une vitesse bien supérieure à celle à laquelle des mesures sont prises au niveau international. La gravité de l'épidémie qui affecte tous les continents, particulièrement les plus pauvres, ainsi que ses conséquences actuelles et prévisibles sur l'équilibre social et politique des Etats, justifient un engagement majeur de tous les pays.

En effet en juin 2001, lors de la clôture d'une Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) a marqué un tournant décisif puisque la communauté internationale a pris acte du défi posé par le sida et s'est engagée à réagir. De ce fait 189 États Membres ont adopté la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*.

Les États se sont engagés à respecter et à appliquer un programme global d'actions aux niveaux national et international en vue de lutter contre la pandémie du sida.

Cette déclaration a permis de mettre en place des bases solides, notamment la constitution du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, pour permettre aux pays à revenus faibles ou intermédiaires de disposer de fonds supplémentaires. Davantage de ressources ont été mobilisées aux niveaux national et international. Les prix de certains médicaments contre le sida ont considérablement baissé et l'initiative « Trois millions de personnes sous traitement d'ici à 2005 » (3/5) a débouché sur une forte augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral.

Les « Trois principes » relatifs à la coordination des actions menées pour lutter contre le sida et les recommandations de l'Équipe spéciale mondiale pour le renforcement de la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux dans la lutte contre le sida, se sont traduites par une utilisation plus efficace et efficiente des ressources. L'adhésion à cette *Déclaration d'engagement* s'inscrit également dans la volonté de chacun des États signataires d'atteindre l'Objectif de Développement pour le Millénaire qui est de stopper et de commencer à inverser le cours de l'épidémie de VIH et de sida d'ici 2015.

Plus récemment, lors de la Rencontre de haut niveau sur le VIH/sida organisée dans le cadre de l'Assemblée générale en juin 2006, les États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté l'objectif global « de l'Accès Universel à la prévention, au traitement, au soin et aux services d'appui » d'ici à 2010.

Cet objectif implique que la communauté internationale continue à bénéficier des progrès accomplis dans la riposte mondiale au VIH/sida, ces dernières années. C'est pourquoi, l'OMS, organisation coparraine de l'ONUSIDA a fixé des priorités pour soutenir les pays, sur la base des cinq orientations stratégiques majeures suivantes, dans lesquelles le secteur de la santé doit jouer un rôle important pour que les pays puissent faire des progrès significatifs :



1. permettre aux individus de connaître leur statut sérologique ;
2. élargir au maximum la contribution du secteur de la santé à la prévention du VIH ;
3. accélérer l'extension du traitement et des soins du VIH/sida ;
4. renforcer et étendre les systèmes de santé ;
5. investir dans l'information stratégique pour améliorer l'efficacité de la riposte.

A l'instar des autres pays signataires, l'Algérie s'est engagée à mettre en oeuvre ces initiatives dont les déclinaisons sont inscrites dans les orientations de son Plan National stratégique 2008-2012 .

Chapitre II. Analyse de la situation et de la réponse nationale

II.1 Principales caractéristiques géographiques, socio-économiques et sanitaires de l'Algérie

❖ II. 1.1 Caractéristiques géographiques

L'Algérie se situe au centre du Maghreb Arabe (Afrique du Nord) avec une superficie de 2 381 740 km² et elle est divisée en 48 wilayas. Elle est ouverte sur la méditerranée avec 1200 Km. Elle est frontalière à l'est avec la Tunisie (965 Km) et la Libye (982 Km), à l'Ouest avec le Maroc (1559 Km), au sud ouest avec la République Arabe Sahraouie Démocratique (42Km) et la Mauritanie (463 Km), au sud avec le Mali (1376 Km) et au Sud Est avec le Niger (956 Km).

Les frontières du Sud sont immenses et difficiles à contrôler d'autant qu'elles sont le siège de flux et de reflux importants de populations qui s'adonnent à un troc séculaire. Ces dernières années, l'Algérie est devenue une terre d'accueil (près de 40 nationalités africaines recensées au niveau de la seule ville de Tamanrasset) et une zone de passage vers l'Europe. Il faut souligner, de plus, que l'Algérie est à l'interface de deux régions particulièrement touchées par l'infection à VIH, l'Europe au nord et l'Afrique subsaharienne au sud.

❖ II.1.2 Caractéristiques démographiques

Au dernier recensement général de la population, en 1998, la population résidente totale recensée était de 29 272 343 habitants. Elle est estimée selon l'Office National des Statistiques (ONS), en 2008, à 34 800 000 habitants.

La population algérienne se caractérise par :

- une densité de population déséquilibrée avec une forte concentration sur la bande littorale et une évolution rapide de l'urbanisation. En effet, les zones urbaines et périurbaines telliennes du nord du pays, qui n'occupent que 4 % du territoire national, sont les plus peuplées (80 % de la population);
- une distribution équilibrée entre la population masculine (50,52 %) et la population féminine (49,48 %);
- une population jeune, toujours importante, avec cependant une augmentation régulière de la population âgée : en effet, la population âgée de 60 ans et plus est passée de 1,7 millions en 1995 à plus de 2,4 millions en 2005 soit une augmentation en moyenne annuelle de 3,5% (CNES) ; la tranche d'âge 20-49 ans, considérée comme la plus sexuellement active, avoisine 40 % de la population générale;
- un taux d'accroissement naturel en légère augmentation passant de 1,43 % en 2000 à 1,78 % en 2006 avec une espérance de vie à la naissance en constante augmentation passant de 67,3 ans en 1995 à 74,6 ans, en 2005, traduisant un gain de longévité de plus de 7 ans;



- un taux de mortalité infantile en baisse passant de 54,87 pour mille naissances en 1995 à 30,4 pour mille naissances en 2005. Il en est de même de la mortalité infanto-juvénile (0-4 ans) : 63,50 pour mille naissances en 1995 à 35,29 pour mille naissances en 2005;
- un taux de mortalité maternelle également en régression passant de 117,4 pour mille naissances vivantes en 1999 à 96,8 pour mille naissances vivantes en 2005;
- un recul de l'âge du mariage qui a encore augmenté pour atteindre 29,6 ans pour les femmes et 33,0 pour les hommes soit une augmentation respective de 3 ans et 2 ans par rapport à 1998, il est à noter que le nombre de naissances hors mariage est estimé autour de 5000 annuellement.

❖ II.1.3 Caractéristiques socio-économiques

L'Algérie a amorcé sa transition économique à partir aux débuts des années 90 passant d'une économie administrée à une économie de marché. Cette phase a été marquée principalement par :

- le recours, en 1994, au rééchelonnement de sa dette extérieure, et la mise en œuvre de programmes d'ajustement structurel pour rétablir ses équilibres macro-économiques avec pour conséquences une forte dévaluation du dinar, une suppression des subventions de l'Etat aux entreprises, un renchérissement des produits de première nécessité, et des licenciements massifs avec un taux de chômage avoisinant les 30%;
- l'embellie financière, à partir de 2000, suite à l'augmentation des revenus pétroliers et gaziers, qui a permis d'améliorer le taux de croissance (autour de 5%), de maîtriser l'inflation, de baisser de façon significative la dette extérieure (76,1% du PIB en 1995 avec à moins de 5% en 2007) et d'augmenter les réserves de change avec 90,96 milliards de dollars (juin 2007) soit l'équivalent de plus de trois années d'importation de biens et de services pour l'Algérie.

Toutefois, il y a lieu de relever que malgré la bonne santé financière actuelle, l'économie algérienne demeure tributaire de ses hydrocarbures, principale ressource d'exportation du pays qui lui assure plus de 95 % de ses recettes en devises et près de 50 % de son PIB.

L'indice de développement humain (IDH) s'est amélioré, entre 1998 et 2005, de 1,4 point annuellement. Il s'élève, en 2005, à 0,761 classant l'Algérie à la 79ème place.

L'indicateur de pauvreté humaine (IPH), indice caractérisant le niveau de pauvreté d'un pays (taux d'analphabétisme des adultes, population privée d'eau, de santé, d'assainissement, d'électricité...), connaît lui aussi une évolution lente. Le Rapport Mondial sur le développement humain a classé l'Algérie à la 48^{ème} place sur 103 pays, avec une valeur de l'IPH de 21,3 points. Par ailleurs, il apparaît que la pauvreté est surtout importante en milieu rural .De ce fait, ceci met en situation de vulnérabilité cette population, qui devient ainsi plus exposée aux différentes maladies en particulier aux IST/VIH/sida.

❖ II.1.4 Caractéristiques sanitaires

Les services de santé sont organisés en 5 régions sanitaires, 48 directions de la santé et de la population de wilaya (départements), et 545 structures sanitaires publiques.

Les infrastructures hospitalières publiques totalisent, en 2006, 61 829 lits; elles sont constituées de : 01 établissement hospitalier et universitaire (EHU), 13 centres hospitaliers universitaires (CHU), 64



établissements hospitaliers spécialisés (EHS), 04 établissements hospitalier (EH), 192 établissements publics hospitaliers (EPH) et 271 établissements publics de santé de proximité (EPSP).

Les structures extrahospitalières publiques, au nombre de 6 220, couvrent en moyenne 6 709 habitants par salle de soins, 23 750 habitants par centre de santé, 60 627 habitants par polyclinique.

Les structures de santé du secteur privé totalisent, en 2006, 4000 lits avec 161 cliniques médico-chirurgicales et 65 cliniques médicales. Il s'y ajoute 11064 cabinets médicaux (4962 spécialistes; 6102 généralistes) et 6285 pharmacies.

L'effectif des personnels de santé (public, privé) est composé, en 2006, de :

- 39 660 médecins soit 1 médecin pour 918 habitants,
- 6 162 pharmaciens soit 1 pharmacien pour 5388 habitants,
- 9 118 chirurgiens dentistes soit 1 chirurgien dentiste pour 3141 habitants,
- 94 382 agents paramédicaux soit 1 agent paramédical pour 352 habitants.

Cependant, Il faut souligner que ces indicateurs globaux masquent de très grandes disparités entre les régions sanitaires et les wilayas. En effet, bien que la couverture sanitaire de la population soit appréciable, il existe, selon le rapport sur l'état de santé des algériennes et des algériens (2003), de grandes disparités quantitatives et qualitatives selon les régions, les wilayas et les communes, et de ce fait, un accès aux soins inégalement réparti à travers le pays, notamment pour ce qui concerne les praticiens spécialistes.

Par ailleurs, la dépense nationale de santé est passée de 61 dollars US par habitant en 1998 à 165 USD en 2006.

Le dispositif de lutte, mis en place, contre les IST/VIH/sida s'articule principalement autour Comité National de Lutte contre les IST/VIH/sida et des institutions suivantes :

- Laboratoire National de Référence de l'infection à VIH (LNR), créé en 1989, chargé du diagnostic et de la notification des cas d'infection à VIH,
- Agence Nationale du Sang (ANS) en 1995, chargée de la sécurité transfusionnelle,
- Centres de référence (CDR) pour la prise en charge de l'infection VIH/sida au nombre de quatre (04) en 1996, puis sept (07) en 2000, et huit (08) en 2008 au niveau des services de maladies infectieuses d'Oran, d'Alger (EHS Laadi FLICI et HCA), de Sétif, de Constantine, d'Annaba, de Tamanrasset et de Bechar. Quatre autres CDR, (Ouargla, Sidi Belabes Tiaret et Tlemcen) sont prévus pour 2009. Ces CDR, dotés d'une allocation budgétaire spécifique, ont pour mission d'assurer la prise en charge médicale, sociale des PVIH mais aussi une mission d'information, de prévention et de recherche. Les Antirétroviraux y ont été introduits en 1998 avec un accès gratuit et universel;
- Centres de Dépistage Volontaire (CDV) : au nombre de 60 en cours de mise en place, depuis 2008, à travers le territoire national pour permettre l'accès de la population au conseil et au dépistage.

II. 2 Analyse de la situation épidémiologique

La surveillance épidémiologique des différents programmes qui se sont succédés en Algérie a mis en évidence, avec l'évolution de l'épidémie, que les groupes de population atteints d'infection à VIH/sida sont surtout ceux qui sont en situation de vulnérabilité. Ceux-ci doivent faire alors l'objet d'une attention particulière. De ce fait divers groupes dont le profil sociodémographique est pluriel sont désormais considérés comme prioritaires.

A l'instar des jeunes qui composent une frange importante de la population algérienne, les professionnel (le)s du sexe identifiés à travers des actions de proximité, les usagers de drogues injectables connus dans le cadre d'études qualitatives, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les détenus, les populations migrantes transfrontalières constituent également un public prioritaire au regard des multiples vulnérabilités qu'elles rencontrent durant leur parcours migratoire.

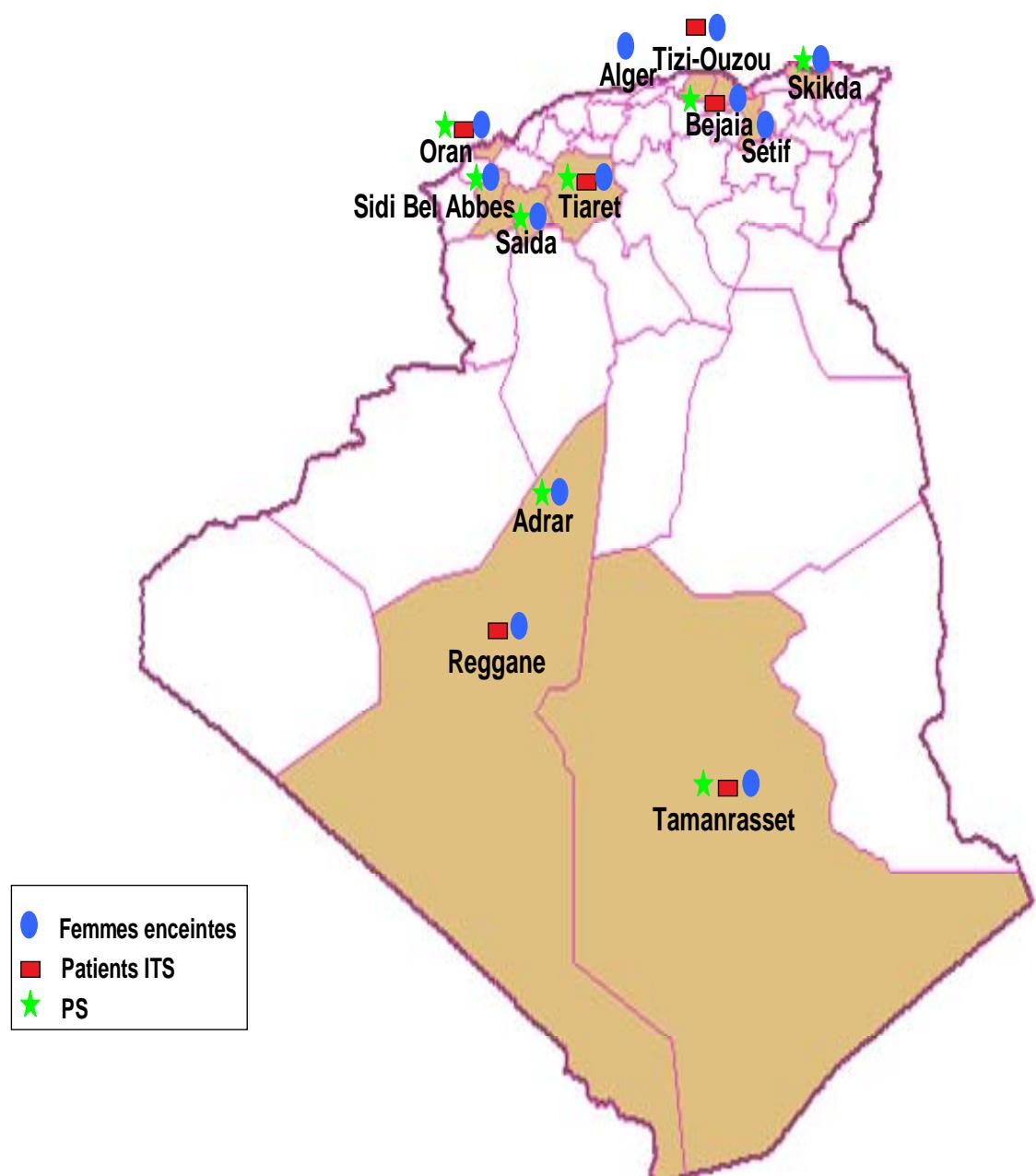
Les données des enquêtes épidémiologiques de séro-surveillance sentinelle du VIH et d'enquêtes spécifiques, confirment les arguments en faveur d'une révision de la classification de l'épidémie en Algérie qui, jusque là peu active, tend ces dernières années à devenir une épidémie concentrée.

Les enquêtes de séro-surveillance du VIH (et de la syphilis) qui se sont déroulées successivement en 2000, 2004 et 2007 dans des villes des cinq régions sanitaires du pays incluaient 3 groupes d'étude : les femmes enceintes des consultantes pré-natales, les patients consultant pour une infection sexuellement transmissible (IST) et les professionnelles du sexe (PS) (Tab 2 A); les résultats obtenus attestent de l'évolution de la dynamique de l'épidémie en Algérie.

Les prévalences obtenues chez les consultants pour une IST et les PS donnent une indication sur les niveaux de risques individuels et collectifs parmi les groupes à risque élevé. Les prévalences du VIH et de la syphilis dans la population générale peuvent être estimées à partir de celles enregistrées chez les femmes enceintes.



Figure 1 : Sites et groupes d'étude de l'enquête de séro surveillance sentinel de 2007



❖ II. 2 .1 Prévalence de l'infection à VIH dans les groupes de population les plus exposés au risque

Les prévalences élevées dans les groupes de population les plus exposés au risque VIH ont été établies d'une part, grâce aux résultats des enquêtes de séro-surveillance sentinel de 2000, 2004 et 2007[1, 2, 3] chez les professionnelles du sexe et les consultants IST et d'autre part, grâce aux résultats de l'enquête sur l'usage problématique de drogues et VIH/sida de 2004 [4].

→ 1- Professionnelles du sexe

Tableau 1A : Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les professionnelles du sexe enquêtées lors des enquêtes de séro surveillance sentinel de 2000, 2004 et 2007



	Nombre villes sites	PS enquêtées	Nombre PS VIH +	% PS VIH +
Enquête 2000	2	139	4	2,87
Enquête 2004	5	185	7	3,78
Enquête 2007	9	380	15	3,95

Selon les résultats des trois enquêtes de séro surveillance sentinelle de 2000, 2004 et 2007, le taux de la séro prévalence au VIH chez les PS dépistées, a été respectivement : 2.87% (4/139) en 2000, 3,78 % (7/185) en 2004 et 3,95% (18/380) en 2007. Toutefois, il est difficile de dresser une courbe de tendance, les groupes des PS, au cours des trois enquêtes, n'étant pas comparables.

De plus, la séropositivité pour le VIH, dans cette population, n'est pas distribuée de manière égale selon les sites : elle est supérieure à 5% à Tamanrasset (9,09% en 2000, 8,57% en 2004 et 6,98% en 2007), à Tiaret (12,90% à Frenda et 10,71% à Tiaret en 2007) et à Sidi Bel Abbès (10% en 2007).

Ces prévalences supérieures à 5%, enregistrées dans quatre villes sont des arguments en faveur de la révision de la classification de l'épidémie dans le pays, jusque là à faible prévalence, à une épidémie concentrée.

Il faut signaler que durant les enquêtes, l'accès aux PS a été très difficile dans tous les sites.

L'interaction entre le groupe des PS et la population générale, notamment par l'intermédiaire des « populations passerelles » (routiers, « hommes en uniforme », etc.), joue probablement un rôle déterminant dans la propagation de l'infection à VIH.

2- Patients consultant pour IST

Tableau 1B : Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les patients consultant pour une IST lors des enquêtes de séro surveillance sentinelle de 2000, 2004 et 2007

	Nombre de villes sites	Patients IST enquêtés	Nombre Patients IST VIH+	% Patients IST VIH +
Enquête 2000	6	793	2	0,25
Enquête 2004	4	759	9	1,19
Enquête 2007	7	1361	33	2,42

Les IST représentent un problème de santé publique en Algérie, notamment dans le sud, comme l'ont montré les statistiques des maladies à déclaration obligatoire. Elles constituent un indicateur de l'évolution de la situation épidémiologique compte tenu de leur rôle de co-facteur de l'infection à VIH. Les patients consultant pour une IST constituent une population sentinelle qui permet d'évaluer le taux d'infection chez les personnes ayant des comportements sexuels à risque.



Selon les trois enquêtes de séro surveillance, la prévalence de l'infection à VIH chez les patients consultant pour IST est de : 0,28% en 2000, 1,19 % en 2004 et 2,42 % en 2007. Toutefois, il est difficile de dresser une courbe de tendance, les patients consultant pour une IST, au cours des trois enquêtes, n'étant pas comparables

3- Usagers de drogues injectables (UDI)

A Alger, selon l'enquête sur l'usage problématique de drogues et VIH/sida de 2004 (qui incluait 50% de consommateurs de drogues injectables parmi les 285 participants) a révélé que 5 sur 45 (11%) personnes interrogées ayant accès au dépistage, se disent infectées par le VIH [4].

Du fait de l'absence de participants du sud du pays, il n'est pas possible d'estimer un taux de prévalence du VIH au niveau national, dans ce groupe de population.

De nombreuses drogues (haschich) sont aussi utilisées. Il existe, par ailleurs, un véritable trafic de drogues de médicaments psychotropes. Une enquête effectuée par la Fondation Nationale pour la Promotion et le développement de la Santé (FOREM) a mis en évidence que sur 1544 lycéens enquêtés, 40% consomment de la drogue quotidiennement en milieu scolaire.

❖ II. 2.2 Prévalence de l'infection à VIH dans les populations à moindre risque

1- Femmes enceintes des consultations prénatales (CPN)

La prévalence du VIH dans la population générale peut être appréciée à partir de la séroprévalence chez les femmes enceintes et les donneurs de sang.

Tableau 1C : Taux de prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes des CPN lors des enquêtes de séro surveillance sentinelle de 2000, 2004 et 2007

	Nombre de villes sites	F. enceintes enquêtées	Nombre enceintes VIH +	F.	% F. enceintes VIH +
Enquête 2000	5	1984	4		0,20
Enquête 2004	10	5112	7		0,14
Enquête 2007	14	9203	8		0,09

Lors des trois enquêtes de sérosurveillance, la prévalence de l'infection à VIH chez femmes enceintes des consultations prénatales est de : 0,20% en 2000, 0,14 % en 2004 et 0,09 % en 2007. Ces résultats doivent être vérifiés au cours des prochaines enquêtes de surveillance sentinelle pour apprécier la tendance de l'infection à VIH dans la population générale.

En 2007, la séropositivité pour le VIH chez les femmes enceintes observée à Tamanrasset (0,48 %), Tiaret (à Sougueur 0,31 %, à Tiaret 0,23 % et à Frenda 0,21 %) à Saida (0,13 %) et Sidi Bel Abbès (0,11 %) laisse supposer que l'infection se propage au sein de la population générale.

A Tamanrasset (région sud) où le taux de prévalence de l'infection à VIH chez les PS trouvé supérieur à 5% au cours des 3 enquêtes de sérosurveillance présente également le taux le plus élevé de



séropositivité chez les femmes enceintes (0.9% en 2000, 0.7% en 2004 et 0.5% en 2007) confirmant l'importance de l'épidémie dans cette ville.

Parmi les femmes enceintes VIH +, dépistées à Tamanrasset, certaines sont originaires d'Afrique subsaharienne : ceci met en évidence la problématique de la mobilité et le VIH/sida.

2- Don du sang

En Algérie, la transmission par voie sanguine est pratiquement enrayer avec l'institution du dépistage systématique du VIH chez les donneurs de sang, de sorte que seules les voies de transmission sexuelle (relations sexuelles avec des personnes infectées) ou par la seringue (chez les UDI) continueront à entretenir l'infection. Le système de surveillance devrait suivre l'évolution de l'infection et observer les comportements de ces groupes (PS, UDI et autres) en attachant une attention particulière aux liens comportementaux existant entre les membres de ces groupes entre eux et aux interactions avec la population générale.

Le dépistage du VIH est obligatoire sur tous les dons de sang depuis 1991. La sécurité et la qualité des produits sanguins a bénéficié d'un grand intérêt en particulier depuis l'adoption d'une politique nationale du sang. La sécurité transfusionnelle a alors constitué une priorité dès la mise en place du premier programme de lutte contre les IST/VIH/sida. La prévalence du VIH dans les dons de sang est relativement stable entre 1994 et 1998 (entre 0.01% et 0.02%). [6].

II.2.3 IST : prévalence de la syphilis (TPHA+)

Les IST représentent un problème de santé publique en Algérie. Il n'existe certes pas d'enquête de population permettant de déterminer la prévalence des IST, mais certains auteurs ont souligné leur ampleur en milieu militaire. [7].

Ainsi, il a été retrouvé, en 1995, une fréquence d'urétrite de 4.1% dont 0.8% d'origine gonococcique à Alger et Constantine (Nord) et 8.0 % à Tamanrasset (Sud) dont 2.1% dues au gonocoque.

Tableau 2A : Taux de prévalence de la syphilis (TPHA +) chez les PS lors des enquêtes de séro surveillance sentinelle de 2004 et 2007

	Nombre de villes sites	PS enquêtées	Nombre PS TPHA +	% PS TPHA +
Enquête 2004	5	185	22	11,89
Enquête 2007	9	380	70	18,42

Tableau 2B : Taux de prévalence de la syphilis (TPHA +) chez les patients consultant pour IST lors des enquêtes de séro surveillance sentinelle de 2004 et 2007

	Nombre de villes sites	Patients IST enquêtés	Nombre Patients IST TPHA +	% Patients IST TPHA +
Enquête 2004	4	759	18	2,37
Enquête 2007	7	1361	80	5,88



Tableau 2C : Taux de prévalence de la syphilis (TPHA +) chez les femmes enceintes des CPN lors des enquêtes de séro surveillance sentinelle de 2000, 2004 et 2007

	Nombre de villes sites	F enceintes Enquêtées	Nombre F enceintes TPHA +	% F enceintes TPHA +
Enquête 2004	10	5112	45	0,88
Enquête 2007	14	9203	77	0,84

Selon les résultats des deux enquêtes de sérosurveillance de 2004 et 2007, la séroprévalence de la syphilis

(TPHA +) est chez:

- les femmes enceintes de 0,88 % en 2004 et 0,84 % en 2007
- les patients consultant pour une IST de 2,37 % et 5,88 % en 2007
- les PS de 11,89 % en 2004 et 18,42 % en 2007

A Tamanrasset, la séroprévalence de la syphilis (TPHA +) est élevée dans les trois groupes de population :

- les femmes enceintes des CPN de : 3,62 % en 2004 et 3,70 % en 2007
- les patients consultant pour une IST de : 3,08 % et 10,36 % en 2007
- les PS de : 8,57 % en 2004 et 30,23 % en 2007

La séroprévalence élevée de la syphilis (TPHA +) observée lors de l'enquête 2007 notamment chez les professionnelles du sexe (plus de 30% à Tamanrasset et Tiaret) et les patients consultant pour IST (32,72 % à Tiaret et 10,36 % à Tamanrasset met vraisemblablement en évidence l'importance de cette IST au moins dans ces deux villes.

La prévalence de la syphilis est plus élevée dans les groupes de population à haut risque (consultants IST et PS) et plus particulièrement chez les PS.

Par ailleurs, en 2002, une enquête nationale sur la santé de la famille a mesuré les IST auto-déclarées: 1,3% de femmes en âge de procréer (15-49 ans) interrogées se disent avoir souffert de mycoses, 0,4% de gonorrhées et 0,1% d'autres IST, mais la syphilis n'a pas été rapportée [8].

L'incidence annuelle moyenne de la gonococcie (diagnostic syndromique) notifiée est de 2,4 pour 100 000, selon le système de déclaration en vigueur. Les IST sont largement sous-déclarées en Algérie, comme dans la plupart des autres pays. Entre 1990 et 1995, 22% des IST notifiées au niveau national proviennent des 12 wilayas du sud du pays (7 % de syphilis et 30 % des gonococcies) confirmant les résultats des enquêtes de séro surveillance sentinelle [9].

En conclusion, les IST /VIH/sida semblent en pleine recrudescence depuis une dizaine d'années, mais il faudra des enquêtes de surveillance standardisées plus récentes pour mesurer l'état actuel de cette épidémie. L'importance des IST indique que la population a déjà un comportement à risque.

Les IST, co-facteur de l'infection à VIH, échappent au système de surveillance basé sur la notification puisque les patients se soignent préférentiellement dans le secteur privé insuffisamment intégré à



cette surveillance. De ce fait elles sont sous déclarées, insuffisamment diagnostiquées et prises en charge.

Ces résultats indiquent qu'en Algérie, la séroprévalence au VIH dans certaines certains groupes de population dépasse les 5% ; il s'agit globalement d'un contexte d'épidémie de VIH peu active à concentrée mais qui pourrait se généraliser, compte tenu des taux élevés de syphilis dans tous les groupes enquêtés.

Dans un pays à relativement faible prévalence du VIH, mais avec une prévalence élevée d'IST, le VIH aura tendance à se localiser au sein des groupes de population à risque (consultants IST, jeunes de 15 à 24 ans, hommes en uniforme, PS, UDI, HSH, migrants,...).

❖ II.2.4 Notification du VIH/sida

La première approche de surveillance épidémiologique en Algérie a consisté à intégrer la notification des cas de sida et de VIH dans le système existant de notification routinière des maladies transmissibles. Depuis 1990, le VIH/sida est à déclaration obligatoire en Algérie.

En plus de l'insuffisance du dépistage, les personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida sont sous déclarées. Depuis quelques années, plusieurs Centres Hospitalo-universitaires (CHU) et Etablissements Hospitaliers spécialisés (EHS) font la confirmation du VIH (Western-blot) à leur niveau, échappant de ce fait à la notification par le LNR qui, selon la réglementation en vigueur est le seul habilité à faire la confirmation et la notification [10].

I- Cas de sida

Le nombre cumulé de cas de sida, confirmés par le Laboratoire National de Référence (LNR) de 1985 au 31 décembre 2008 a atteint 897 cas, soit une cinquantaine de nouveaux cas en moyenne de sida par an.

Tableau 3A- Répartition des cas de sida selon l'âge et le sexe :

Sexe → Tranche d'âge	Période de 1985 à 2008				Année 2008			
	M	F	Sexe non précisé	Total	M	F	Sexe non précisé	Total
0 – 14 ans	16	12	0	28	1	1	0	2
15 ans et +	538	264	8	810	27	26	3	56
Age non précisé	32	25	2	59	1	1	0	2
Total (Nbre)	586	301	10	897	29	28	3	60
Total (%)	65,32	35,56	01,11	100,00	48,33	46,66	5,00	100,00

Si au début de l'épidémie le sexe féminin représente le tiers des cas, ces dernières années il représente près de 50% des cas

Tableau 3B- Répartition des cas de sida selon le lieu de résidence :

Région →		Centre	Est	Ouest	Sud est	Sud ouest	Etranger	Non précisé	Total
Période 1985- 2008	Nb	232	129	229	132	30	130	15	897
	%	25,86	14,38	25,53	14,71	3,34	14,49	1,67	100
Année 2008	Nb	3	5	39	9	4	0	0	60
	%	5,00	8,33	65,0	15,00	6,66	0	0	100

La répartition géographique des cas de sida déclarés par le LNR notamment pour 2008 indique que certaines wilayas de la région ouest (Mascara, Tiaret et Sidi Bel Abbès) présentent les taux d'incidence les plus élevés du pays

Tableau 3C- Répartition des cas de sida selon le mode de transmission :

		Rapports Hétérosexuels	Rapports Homo et bisexuels	Usage de drogues injectables	Sang et produits sanguins	Transm. Mère enfant	Autres	Non précisé	
Période 1985- 2008	Nb	421	38	97	50	20	2	269	897
	%	46,93	4,23	10,81	5,57	2,23	0,22	29,99	100
Année 2008	Nb	23	3	0	0	2	0	32	60
	%	38,33	5,00	0	0	0,33	0	53,33	100

L'analyse des cas de sida selon le mode de contamination montre que les cas sont essentiellement à transmission sexuelle (51,16 % pour la période 1985-2008 et 43,33 pour l'année 2008) sachant que le mode de transmission n' a malheureusement pas été précisé dans 29,99 % des cas durant la période 1985-2008 et dans 53,33 % des cas durant l'année 2008

Bien que soumise à des biais, la situation épidémiologique basée sur la notification permet cependant d'apprécier certaines tendances

I- Cas de séropositivité



Au 31 décembre 2008, le nombre cumulé de personnes séropositives confirmé depuis 1985 est de 3495 cas dont 585 nouveaux cas au cours de l'année 2008.

Tableau 4A- Répartition des cas de séropositivité pour le VIH selon l'âge et le sexe :

Sexe → Tranche d'âge	Période 1985 à 2008				Année 2008			
	M	F	non précisé	Total	M	F	non précisé	Total
0 – 14 ans	81	56	6	143	15	11	1	27
15 ans et +	922	743	66	1731	194	162	14	370
non précisé	724	516	381	1621	99	61	28	188
Total	1727	1315	453	3495	308	234	43	585
%	49,41	37,62	12,96 %	100,00	52,65	40,00	7,35	100,00

La répartition des cas de séropositivité pour le VIH selon le sexe montre que le nombre de personnes de sexe masculin est légèrement supérieur à celui des personnes de sexe féminin 1727 (49,41 %) contre 1315 (37,62 %) durant la période 1985 – 2008 et 308 (52,65 %) contre 234 (40,0 %) durant l'année 2008 .

Les enfants de moins de 15 ans ne représentent que 4,09 % pour la période 1985 – 2008 et 4,61 % pour l'année 2008.

Tableau 4 B- Répartition des cas de séropositivité pour le VIH selon le lieu de résidence

Région →		Centre	Est	Ouest	Sud est	Sud ouest	Etranger	Non précisé	Total
Période 1985 2008	Nb	1161	234	1010	550	40	217	283	3495
	%	33,21	66,95	28,89	15,73	1,14	62,09	8,09	100,00
Année 2008	Nb	216	33	192	116	9	19	0	585
	%	36,92 %	5,64	32,82	19,82	1,53	2,35	0	100,00

La répartition des cas de séropositivité par région indique que les régions centre (dont Alger) et Ouest (dont Mascara, Saida, Sidi Bel Abbès et Tiaret) déclarent le plus de cas.

En 2008, selon le bilan du LNR, Tamanrasset, Alger et certaines wilayas de la région ouest sont les wilayas qui ont déclaré le plus de cas de séropositivité pour le VIH. Tamanrasset, à elle seule, a enregistré une incidence de 0,12 %, suivie par Saida (0,10 %), Mascara (0,06 %) Alger (0,06 %) et Tiaret (0,03 %).

Tableau 4C- Répartition des cas de séropositivité pour le VIH selon le mode de transmission :



		Rapports Hétéro sexuels	Rapports Homo et bisexuels	usage de drogues injectables	Sang et produits sanguins	Transm. Mère enfant	Autres	Non précisé	Total
Période 1985-2008	Nb	559	24	54	86	74	12	2686	3495
	%	15,99	0,68	1,54	2,46	2,11	0,34	76,85	100
Année 2008	Nb	89	6	2	2	2	10	474	585
	%	15,21	7,05	0,34	0,34	0,34	1,70	81,02	100

La répartition des cas de séropositivité selon le mode de transmission montre que les relations sexuelles sont le mode de transmission le plus fréquent : 16,67 % des cas pour la période 1985-2008 et 22,26% pour l'année 2008.

Il est à signaler que le mode de transmission n'a pas été précisé dans plus des trois quarts des cas : 76,85 % des cas pour la période 1985-2008 et 81,02 % des cas pour l'année 2008. Ceci pose encore une fois le problème de notification des cas d'infection à VIH.

En Algérie, le VIH1 est le plus couramment retrouvé. Cependant, une dizaine de cas d'infection à VIH2 ou à infection mixte VIH1-VIH2 chez les populations non autochtones du sud a été signalée. Parmi les 17 sous-types retrouvés dans une étude du LNR, le sous-type B est prédominant au nord de l'Algérie [11]. Une autre étude effectuée par le LNR sur la diversité virale portant sur 134 souches de VIH1 provenant de PVIH originaires de différentes régions d'Algérie confirme la prédominance du sous type B (56%) particulièrement dans le nord du pays .De même, les résultats font également état d'une grande variété (46%) d'autres sous types viraux du groupe M, et aussi des formes recombinantes et inter recombinantes qu'on sait fréquentes dans les pays limitrophes du sud algérien [12].

Sur le plan quantitatif, du fait d'un recueil très irrégulier, les données sont sous-évaluées. Sur le plan qualitatif, l'absence d'un système de recueil régulier de la notification du VIH et du sida ainsi que des études de surveillance de seconde génération constituent une entrave certaine à une meilleure connaissance de la situation épidémiologique, qui reste indispensable.

Selon le bilan des cas (sida et cas de séropositivité pour le VIH) déclarés en 2008 par le LNR, la wilaya de Tamanrasset et certaines wilayas de la région ouest ont enregistré des incidences les plus élevées résumées comme suit :

Tableau 5- Taux d'incidence de l'infection à VIH ((sida et cas de séropositivité pour le VIH) à Tamanrasset , Alger et certaines wilayas de la région ouest (Année 2008) LNR

Wilaya	Population estimée 2008	Cas de sida	Cas de séropositivité	Total	Taux d'incidence %
Tamanrasset		1	79	80	0,1214



	658.753				
Saida	330.675	0	33	33	0,0998
Mascara	789.102	15	48	63	0,0798
S. Bel Abbès	616.115	5	33	38	0,0616
Tiaret	871.492	7	29	36	0,0413

❖ II.2.5 Données supplémentaires sur l'épidémie dans la wilaya de Tamanrasset

La wilaya de Tamanrasset compte environ 658753 habitants (estimation 2008) dont des réfugiés, issus la plupart du Sahel et d'autres pays africains : Mali, Niger, Mauritanie, Tchad, Burkina-Faso et Sénégal. Il existe un important réseau de travail informel du sexe malien, nigérien ghanéen et algérien. La wilaya de Tamanrasset et les autres wilayas à risque élevé, en relation avec les migrations nationales et internationales posent le problème de la trilogie migration, travail du sexe et VIH/sida.

La corrélation entre la mobilité interne et le VIH/sida s'explique dans les rapports étroits qui existent entre les différents acteurs de ce mouvement. En effet, les populations qui se déplacent en Algérie sont de différentes catégories : la population transfrontalière représentée essentiellement par les Touareg qui est en perpétuel mouvement, la population active originaire du Nord du pays, les transporteurs qui s'adonnent ou non au marché informel, les militaires et enfin les professionnel(les)s du sexe qui sont souvent originaires des villes du nord du pays [13].

La dernière population citée est une source non négligeable pour l'expansion de l'épidémie du VIH/sida entre tous les types de mobilité en Algérie. De nombreuses femmes autochtones et originaires de l'Afrique Sub-saharienne exercent leur métier dans des endroits fréquentés par les jeunes adultes autochtones et les migrants.

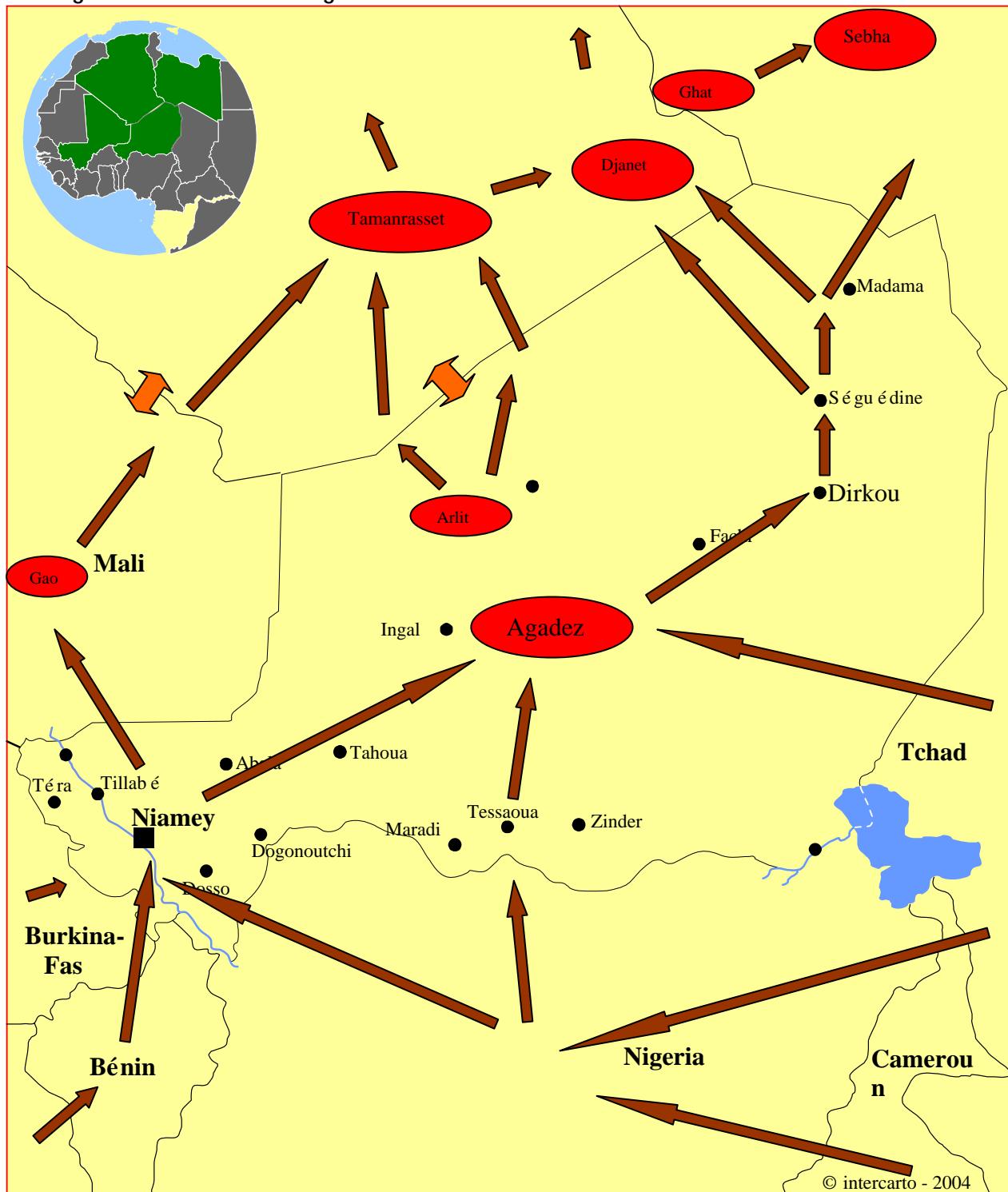
L'impact de l'infection à Tamanrasset illustre l'inégalité de sa répartition géographique dans le pays et confirme sa vulnérabilité en tant que ville frontière avec l'Afrique Sub-Saharienne.

Les populations mobiles transfrontalières ne constituent pas un groupe homogène. Elles représentent plutôt un ensemble d'individus aux trajectoires migratoires singulières, avec une diversité d'itinéraires socioculturels. Elles se réfèrent également à une pluralité de logiques sociales. Cette observation permet de réfuter l'idée selon laquelle ces populations mobiles sont exposées de la même façon au risque VIH/sida. Dans ce contexte, le rôle des conditions dans lesquelles s'effectuent mobilités et migrations internationales demeure essentiel pour ce qui concerne la vulnérabilité croissante des personnes face aux risques liés au VIH/sida.

La problématique de la mobilité-migration qui comprend des facteurs multiples (biologiques, sociaux, démographiques, multi partenariat sexuel, promiscuité) et des populations concernées parmi lesquelles figurent hommes, femmes, professionnelles du sexe, réfugiés, déplacés, doit être prise en compte.

Les populations mobiles (Figure 2), de par les inégalités multiples qui les accablent, sont ainsi de plus en plus exposées aux risques sanitaires de toute nature et, par voie de conséquence, au VIH/sida¹. Dans ce contexte, le rôle des conditions dans lesquelles s'effectuent mobilités et migrations internationales demeure essentiel pour ce qui concerne la vulnérabilité croissante des personnes face aux risques liés au VIH/sida [15].

Figure 2 : Carte des flux migratoires entre le Sahel et le Sahara central



« Extrait du document produit par Farid Lamara Paris 2005 »

¹ OMS, **International Migration, Health and Human Rights**, Health & Human Rights Publication Series, Issue n°4, December 2003.



II.2.6 Données de la file active des patients suivis 2006 - 2007

La prise en charge thérapeutique antirétrovirale et le pronostic de l'infection VIH/sida ont été améliorés par tout d'abord la mise à disposition des ARV gratuite depuis 1998 au niveau des CDR que compte le pays, élargie dans le cadre de l'initiative de l' Accès Universel, ensuite, l'élaboration périodiquement actualisée de recommandations thérapeutiques consensuelles et enfin, la mise en place graduelle d'un suivi biologique, virologique et immunologique.

Tableau 6 : Récapitulatif relatif aux patients suivis dans les CDR

	Actuellement suivis			décédés	perdus de vue	Total
	Sous ARV	Sans ARV	Total			
Année 2006	682	333	1015	282	210	1507
Année 2007	830	451	1281	294	224	1799

Source des données : Rapports des CDR (DP/MSPRH)

Cela s'est traduit par une chute de la mortalité (18.7 % en 2006 à 16.3 % en 2007) avec pour conséquence une augmentation notable de la file active (1015 en 2006 à 1281 en 2007, Tableau 7). Toutefois, il y a lieu de signaler que la plupart des patients consultent tardivement si l'on juge le pourcentage élevé de patients mis sous traitement ARV (67,2 % en 2006 et 64,8 % en 2007) et le nombre de décès, ce qui pose à l'évidence le problème du dépistage précoce de l'infection à VIH. Par ailleurs, sans remettre en cause les bénéfices des multi thérapies antirétrovirales, le soutien à l'observance est encore limité, en témoignent le pourcentage à l'échelon national des perdus de vue (13,9 % en 2007) et le nombre d'échecs virologiques relevés. [17].

❖ II.2.7 Prévalence du VIH chez les personnes dépistées volontairement dans les CDV

L'offre de dépistage volontaire, bien qu'existant dans 54 CDV intégrés aux structures de santé extra hospitalières des wilayas, rencontre encore des difficultés de différents ordres : absence d'une politique de normes et de fonctionnement des centres, faiblesse du système de référence et de contre référence entre les CDV, CDR et ONG, organisation du circuit de dépistage à l'intérieur des centres... Cette situation a été évaluée en 2007 par la Direction de la Prévention (MSPRH) et les résultats doivent permettre la mise aux normes de tous les centres de dépistage volontaire. Le nombre de personnes ayant accepté volontairement de s'adonner après consentement éclairé au dépistage volontaire est en augmentation dans certains CDV (Tableau 7).



Tableau 6 : Nombre de personnes ayant accepté volontairement de se faire dépister et résultats de la séropositivité pour le VIH au niveau des CDV de certaines wilayas en 2006 - 2007.

CDV de wilaya	Année 2006			Année 2007		
	Dépistés	Nb VIH +	% VIH +	Dépistés	Nb VIH +	% VIH +
Alger (L. Flici)	1740	7	0,4	2372	17	0,8 (**)
Mascara	37	8	21,62	---	---	---
Tamanrasset	286	1	0,35	56	1	1,78 (*)
Tiaret	4550	58	1,27	850	18	212 (*)
Tindouf	78	3	3,85	---	---	---
Tizi Ouzou	125	00	00	335	01	0,30 (*)

Source : Enquête CDV PNLS, 2006 – 2007

* 1^{er} trimestre

** 3^{ème} trimestre

Cela dénote de la prise de conscience de plus en plus forte des populations à connaître leur statut sérologique. Au plan de la séropositivité au VIH, les résultats de certains CDV confortent ceux de la séro-surveillance sentinelle du VIH de 2007, à l'instar des sites de la wilaya de Tiaret dont les taux de séroprévalence sont élevés chez les professionnelles du sexe, chez les patients IST et même chez les consultantes prénatales (Tableau 3).

Conclusion au plan de l'analyse de la situation épidémiologique et des indicateurs d'impact

L'Algérie est encore au stade de caractérisation de l'épidémie de VIH. L'absence d'institutionnalisation et de pérennisation des enquêtes de séro surveillance sentinelle ne permet pas jusqu'à l'heure actuelle de disposer d'une courbe de tendance de la prévalence du VIH au niveau des différents sites et des groupes d'étude, ce qui ne permet pas de conclure réellement à un changement dans l'évolution de la prévalence. Cependant l'épidémie semble bien installée dans les groupes les plus vulnérables et les plus à risque comme le montre l'analyse de la situation épidémiologique. Les données biologiques et cliniques indiquent un dépistage tardif de l'infection à VIH, ce qui n'est pas en faveur d'une incidence dans les tranches d'âge les plus jeunes.



❖ II.2.8 Etude des connaissances et des comportements et impact des interventions

L'Algérie est affectée par une épidémie de VIH qui se répand surtout par les rapports sexuels non protégés, en particulier dans le Sud du pays. Les PS, le personnel en uniforme (armée et police) et les populations migrantes transfrontalières constituent d'autres groupes de population qui semblent être particulièrement vulnérables.

Une surveillance comportementale bien conçue s'avère nécessaire pour expliquer les modifications des tendances de la prévalence. L'appréciation de l'évolution et des tendances de la prévalence du VIH au niveau des groupes étudiés permet de déterminer l'influence des programmes sur la diminution des taux de séroprévalence.

La connaissance du mode de transmission du VIH est indispensable pour lutter contre le VIH/sida et établir des stratégies de prévention appropriées. L'information constitue un axe important d'intervention pour sensibiliser les jeunes et les femmes ainsi que les autres populations prioritaires, qui constituent la population la plus vulnérable, avec la mise à disposition des moyens et mesures de protection nécessaires.

Une multitude d'enquêtes CAP (Connaissances, attitudes et pratiques) localisées et parcellaires donne une idée sur le niveau de connaissance des jeunes algériens. Ces diverses enquêtes ont montré une certaine résistance à l'utilisation du préservatif.

Une recherche nationale parmi les jeunes militaires montre qu'à peine le tiers (32%) des personnes enquêtées en 1999 sait que le préservatif est un moyen de protection contre le virus et 50% seulement accepterait d'utiliser un préservatif avec des partenaires occasionnelles [13]. Mais ces résultats prouvent aussi que cette sensibilisation bien que faible encore serait la conséquence des différentes campagnes d'Information Education Communication (IEC) menées autour de ce thème.

Les résultats de l'enquête MICS3 Algérie 2006 réalisée à partir d'un échantillon national représentatif de femmes de 15 à 49 ans [16] révèlent que 49.6% des femmes âgées de 15 à 49 ans connaissent au moins deux modes de transmission du VIH/sida. Les femmes urbaines sont mieux informées que les rurales sur les moyens d'être contaminées par cette infection (57.5% contre 39.6%). Les mieux informées sont celles de la région Ouest (58.9%), suivies de celles de la région Centre (40.9%), de la région Sud (47.1%) et de la région Est (43.2%). Dans cette enquête, 22.4% des femmes de 15 – 49 ans identifient correctement 2 préjugés sur la transmission du VIH dont 27.4% en milieu urbain contre 16.1% en milieu rural. Les mieux informées sont celles de la région Centre (25.5%), suivies de celles de la région Est (22.2%), de la région Sud (19.9%) et de la région Ouest (19.2%). L'enquête révèle par ailleurs que 15.4% de ces femmes ont une très bonne connaissance du VIH/sida (identifient correctement 2 moyens de prévention et 2 préjugés) avec 19.5% en milieu urbain contre 10.1% en milieu rural. Celles qui ont une très bonne connaissance sont celles de la région Centre (18.0%), de la région Ouest (14.9%), de la région Est (14.4%) et de la région Sud (10.3%).

Concernant le risque de transmission mère-enfant du VIH/sida, 4 femmes sur 5 connaissent l'existence de ce risque de transmission. La connaissance des 3 modes de transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant ne concerne que 44% des femmes enquêtées et près d'une femme sur 12 ne connaît aucun des modes de transmission mère enfant. Les attitudes qu'adoptent les gens face à des personnes infectées par le VIH/sida permettent d'apprécier le niveau de stigmatisation et de discrimination à l'égard de ces dernières. L'enquête révèle que 15% des femmes ne prendraient pas soin d'un membre de leur famille atteint du sida, que près de 2 femmes sur 5 estiment qu'une enseignante ayant contracté le virus ne doit pas être autorisée à exercer et que près d'une femme sur 2 ne s'approvisionnerait pas auprès d'un marchand atteint du sida.

Ces groupes de population, dont le niveau de connaissance est tout à fait moyen, (selon les résultats des enquêtes CAP) et qui rejettent souvent l'utilisation du préservatif ne bénéficient pas ou très peu de programmes de prévention structurés et évalués. On peut expliquer que du fait des actions



parcellaires, non coordonnées, ne touchant pas réellement les groupes à comportement à risque qui ont été identifiés (Professionnel(les) du sexe, utilisateurs de drogues injectables avec un niveau de connaissance limité sur les IST/VIH/sida, il y a une augmentation de l'épidémie dans ces groupes car il n'y a pas un réel impact de ces interventions qui ne sont même pas évaluées.

L'enquête MICS3 Algérie 2006 a aussi mis en évidence l'information insuffisante sur la transmission du VIH dans la population générale, chez les femmes âgées de 15 à 49 ans puisque seulement 15.4% de ces femmes ont une parfaite connaissance du VIH/sida (identifient correctement 2 moyens de prévention et 2 préjugés). Cependant, l'analyse par tranches d'âge permet de conclure à une meilleure connaissance des modes de transmission, corrélé avec l'âge chez les femmes puisqu'il passe de 14.3% chez les 15 - 19 ans à 17.5% chez les 20 - 24 ans. L'enquête MICS3 2006 met par ailleurs en évidence que le pourcentage de femmes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat ne concerne que 1.3 % des femmes. L'analyse par tranches d'âge permet aussi de conclure à un meilleur dépistage accompagné de la connaissance des résultats, corrélé avec l'âge chez les femmes puisqu'il passe de 0.2% chez les 15 - 19 ans, à 0.7% chez les 20 - 24 ans et à 1.3% chez les 25 - 49 ans.

La mise en place d'indicateurs nationaux et standardisés permettra d'apprécier le suivi des changements au niveau des indicateurs au fil du temps et permettra de voir dans quelle mesure le programme national et les différentes interventions réussissent à atteindre leurs objectifs. Une évaluation des résultats peut chercher à démontrer qu'une intervention a effectivement diminué le comportement à risque, alors que l'évaluation de l'impact cherchera à démontrer que le changement de comportement attribuable à l'intervention a effectivement eu un impact du point de vue de transmission moindre du VIH.

Sur le plan qualitatif, l'absence d'études socio-comportementales ne permet pas d'avoir une vision claire des comportements des personnes et de leur évolution, nécessaires à la surveillance de seconde génération. L'avenir de la surveillance épidémiologique du VIH/sida dans le pays, est basé sur le dépistage volontaire et anonyme pour identifier l'incidence de l'infection et sur les études comportementales qui permettront de réadapter les stratégies de lutte contre l'infection à VIH/sida. La nécessité se fait ressentir d'associer le secteur privé aux prochaines enquêtes de séro-surveillance sentinelles afin d'augmenter le recrutement des consultants IST, d'élargir la séro-surveillance à d'autres sites où des situations de vulnérabilité ont été identifiées. De plus, il est important de promouvoir le dépistage volontaire anonyme et gratuit au sein des 60 CDV pour estimer l'incidence de l'infection (méthode plus réactive) :

L'absence de surveillance comportementale nécessaire à la mise en place de la surveillance de deuxième génération ne permet pas d'apprécier l'évolution des comportements et l'impact des différentes interventions. L'absence d'enquêtes comportementales et d'un couplage des données biologiques et comportementales composant le système de surveillance de deuxième génération, constituent une entrave certaine à une meilleure connaissance de l'épidémie. Il y a nécessité de mettre au point des protocoles normalisés [18] avec l'appui technique approprié.

II. 3 Synthèse de l'analyse de la réponse nationale

Le PNS 2002 – 2006 s'est inscrit dans le cadre du processus de planification stratégique. Son élaboration s'est appuyée sur une analyse exhaustive de la situation et sur une démarche participative.

Ce PNS 2002-2006 a défini le cadre institutionnel à mettre en place et les orientations stratégiques nécessaires pour mobiliser l'ensemble des acteurs de la société dans le but de prévenir les IST/VIH/ Sida et d'en atténuer les effets. Il s'agit de :



- la maîtrise de l'information sur la surveillance épidémiologique des IST/VIH/sida,
- la réduction de la transmission des IST/VIH/sida en particulier parmi les populations en situation de grande vulnérabilité ;
- la réduction de la vulnérabilité aux IST/VIH/sida ;
- la réduction de l'impact du VIH/sida sur les personnes vivant avec le VIH (PVIH) ;
- la mobilisation de tous les acteurs : gouvernement, société civile, secteur parapublic et privé.

Ce PNS 2002-2006 a formulé cinq objectifs, établi des priorités autour de dix principes directeurs. Il a également identifié les conditions préalables qui devaient être remplis et il a ciblé les groupes vulnérables suivants : jeunes, femmes, travailleurs du sexe, HSH, CDI, migrants, détenus.

C'est dans ce cadre que 9 secteurs gouvernementaux et 3 ONG ont élaboré leur plan d'action opérationnel sectoriel pour la période 2002-2006.

Si le PNS 2002-2006 a clairement énoncé les préalables, les priorités, les principes directeurs et les orientations stratégiques, force a été de constater que lors de sa mise en œuvre, il n'a pas été accordé aux conditions nécessaires tout l'intérêt voulu. En effet,

- des plans opérationnels ont été certes élaborés mais ils n'ont pas fait l'objet d'une véritable budgétisation ; ils n'ont pas établi de calendrier précis des activités, et ne se sont pas dotés d'un système de suivi et évaluation.
- les objectifs de ces plans ont été ambitieux au regard des capacités existantes même s'ils étaient en adéquation avec la situation et les besoins du pays.

Néanmoins, la mise en œuvre de ce PNS a conduit à des changements notables dans la dynamique de la réponse, le renforcement de l'expertise nationale, la connaissance ainsi que la prise en charge.

Ainsi, la réponse nationale a enregistré des acquis importants qui constituent autant de points forts, mais elle s'est heurtée à un certain nombre d'obstacles qui constituent autant de points faibles qui ont d'ailleurs été identifiés lors de la Consultation Nationale pour l'Accès Universel à la prévention, aux traitements aux soins et à l'appui psycho social pour tous d'ici à 2010, qui s'est tenue à Alger les 23-24 Avril 2006.

II. 3 .1 Les points forts

Les principaux points forts qui se dégagent de l'analyse de la réponse nationale sont les suivants :

- **L'engagement politique** : Il existe une volonté politique affichée. Elle s'est inscrite dans le cadre des engagements internationaux de l'Algérie (OMD, UNGASS, Trois Principes, Accès Universel) et de l'engagement exprimé publiquement par le Chef de l'Etat. Elle s'est traduite à la fois par un appui soutenu aux actions et efforts de lutte contre le VIH/sida mais également par une appropriation de la réponse par des secteurs gouvernementaux en dehors de celui de la santé.



- **L'implication de plus en plus active des secteurs gouvernementaux et de la société civile, avec la participation des PVIH :** elle s'est faite dans un cadre multisectoriel en prenant de l'ampleur. Elle a su développer des actions de proximité visant en particulier les groupes vulnérables. Elle constitue un acquis fondamental qui concourt à donner à la riposte nationale une assise solide.
- **La gratuité de la prise en charge thérapeutique et biologique et les résultats obtenus en matière de sécurité transfusionnelle:** ils constituent des acquis importants qu'il importe de consolider.
- **L'existence d'un réseau de structures socio-sanitaires décentralisées :** ceci offre, compte tenu de la situation actuelle et de l'existence de compétences nationales, la possibilité de donner une véritable impulsion aux actions visant à développer le dépistage volontaire, et à améliorer la prise en charge notamment le continuum des soins ; elle nécessite, cependant, un effort dans l'implication des professionnels de la santé (publics / privés) dans un cadre organisé de type réseau.

II. 3 .2 Les points faibles

Les principaux points faibles identifiés sont :

- **L'inadaptation du cadre de coordination et l'absence de mécanisme de suivi & évaluation :** le cadre de coordination existant, CNLS, mis en place en 1989, comme organe consultatif auprès du Ministre de la santé est devenu totalement inadapté, faute d'un cadre juridique et de moyens adaptés, aux exigences actuelles de la coordination multisectorielle et des Trois Principes.
- **Le déficit en capacités techniques, humaines et financières :**

Le déficit en capacités techniques dans différents domaines de la réponse nationale est une des grandes faiblesses de la réponse qu'il importe de prendre en considération.

Le caractère aléatoire de l'apport financier national pose le problème de la pérennité de la réponse car il n'y a pas de ligne budgétaire spécifique au VIH/sida dans les budgets des sectoriels gouvernementaux, dont celui de la santé.

En outre, la réponse nationale a été également entravée par :

- l'offre de service limitée en matière de conseils, de dépistage ; et de prise en charge des IST ;
- la faiblesse dans l'accès aux préservatifs ;
- la persistance de fréquentes ruptures en ARV et réactifs de laboratoire ;
- les disparités dans la prise en charge thérapeutique et biologique ;
- les insuffisances dans la prise en charge psycho sociale.
- **Un environnement peu favorable à l'acceptation sociale des PVIH :** le contexte socioculturel et les tabous continuent, malgré les efforts et l'existence d'un cadre réglementaire relatif aux droits des personnes, d'engendrer des conduites de stigmatisation et de discrimination à l'égard des PVIH aussi bien dans le milieu de soins que dans les autres milieux.



- La faiblesse du système d'information et de surveillance épidémiologique qui rend aléatoire l'objectif de la maîtrise de l'information.

II. 3 .3 Les opportunités

Les principales opportunités qui s'offrent à la réponse nationale sont principalement :

- **L'appui des partenaires internationaux** qui a donné une réelle impulsion à la riposte nationale grâce à l'expertise et à l'aide dans la mobilisation des ressources financières apportées.
- **L'engagement international de l'Algérie** qui s'inscrit dans le cadre de la réponse mondiale à travers notamment l'UNGASS, les Trois Principes, et l'Accès Universel.

Chapitre III. Fondements et orientations du Plan National Stratégique 2008-2012

❖ III. 1 Vision partagée des priorités

Le PNS 2008-2012 s'inscrit résolument dans le cadre des recommandations internationales en particulier les « Trois principes » et l'Accès Universel. Sous l'autorité d'un Conseil National multisectoriel et représentatif, les orientations du PNS seront mises en œuvre par les acteurs de la société civile, les institutions et les organismes publics et privés, avec le soutien des partenaires au développement et de ONUSIDA, programme coordonnant la réponse du Système des Nations Unies.

Le PNS 2008-2012 est l'aboutissement d'un processus de planification stratégique nationale qui en s'appuyant sur les résultats obtenus, les forces et les faiblesses du précédent exercice, se tourne vers l'avenir pour permettre d'atteindre d'ici 2010 les objectifs définis par la Déclaration d'engagement sur le sida (UNGASS) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015.

La vision partagée par l'ensemble des acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH en Algérie est celle d'un pays dans lequel toutes les franges de la population seront progressivement associées pour, d'une part, se protéger ensemble et sans tabou et d'autre part, savoir rester solidaires de celles et ceux que l'itinéraire de vie à conduit à une contamination.

Les valeurs d'équité et de solidarité en matière d'accès à la prévention, aux soins et au soutien aux PVIH constituent les fondements éthiques de l'approche développée dans ce plan national. Cette vision est déclinée tout au long de cet ambitieux et néanmoins réaliste plan adapté aux politiques nationales sanitaires et au contexte social et culturel.

❖ III. 2 Facteurs de vulnérabilité

L'Algérie est classée par l'ONU SIDA comme un pays à épidémie peu active (prévalence estimée à 0,1 %) au plan du VIH/sida). L'arrivée de la pandémie en Algérie a profondément marqué les esprits mais aussi nourri l'idée erronée d'un pays épargné et que la menace venait de l'extérieur.

Toutefois, le suivi des différents programmes qui se sont succédés ainsi que la dynamique de l'épidémie en Algérie ont mis en exergue que les groupes en situation de vulnérabilité doivent faire l'objet d'une attention particulière. Divers groupes dont le profil sociodémographique est pluriel sont désormais considérés comme prioritaires. A l'instar des jeunes qui composent une frange importante de la population algérienne, les femmes, les professionnels (les) du sexe identifiés à travers des



actions de proximité, les usagers de drogues injectables connus dans le cadre d'études qualitatives, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les détenus, doivent faire l'objet d'actions de prévention de proximité adaptées à leurs contextes. Les populations migrantes transfrontalières constituent également un public prioritaire au regard des multiples vulnérabilités qu'elles rencontrent durant leurs parcours migratoires .

En effet, au cours de ces dernières années , deux éléments structurels comportent un risque de propagation de l'épidémie : il s'agit de l'environnement socio-économique favorisant l'émergence des comportements à risques notamment parmi les groupes en situation de vulnérabilité d'une part et de la position géographique de l'Algérie d'autre part , à l'interface de deux régions particulièrement touchées , l'Europe au nord et l'Afrique subsaharienne au sud (rapport UNGASS Algérie 2008).

Les normes et valeurs socioculturelles et la persistance de fausses croyances au sein de la population générale renforcent le sentiment d'être épargné. Ceci se traduit le plus souvent par une faible acceptation de l'utilisation du préservatif et une exacerbation de la position d'évitement, malgré l'exposition à des situations de risque d'infection par le VIH et les IST.

Cette situation se développe souvent au sein de populations dont les représentations socio-culturelles passent parfois du tabou à la banalisation. Cela demeure une Question tabou, comme tout ce qui entoure les problématiques liées à la sexualité, mais aussi questions banalisées car bon nombre de personnes concernées n'en mesurent pas les conséquences immédiates

Dans ce contexte, sont apparus certains comportements tels que :

- ❖ le travail du sexe avec des « mondes sociaux très hétérogènes » (travail du sexe et VIH/sida, 2006) au niveau des grandes agglomérations du pays,
- ❖ la faible utilisation du préservatif et la méconnaissance de son utilisation comme moyen de protection,
- ❖ l'usage de plus en plus important de drogues injectables avec partage de matériel auquel il faut ajouter une consommation de plus en plus importante d'alcool et de psychotropes qui diminuent les capacités en matière de prévention des IST/ VIH/sida.
- ❖ Dans certaines régions du sud, il y a des tendances préoccupantes qui pourraient faire craindre une flambée épidémique en raison des mouvements migratoires transfrontaliers, ce qui pourrait favoriser la propagation des IST/VIH/sida en raison notamment de la gravité de la situation épidémiologique en Afrique subsaharienne.

❖ III.3 Principes directeurs

L'Algérie s'est engagée dans la lutte contre les IST/VIH/sida depuis plus de 20 ans. Elle s'est inscrite dans le processus de la planification stratégique avec l'appui de l'ONUSIDA. Celui-ci s'est déjà traduit par l'élaboration et la mise en oeuvre du Plan National Stratégique 2002 – 2006 et son évaluation. Au rythme des initiatives internationales et des engagements auxquels l'Algérie a adhéré et de la dynamique de l'épidémie, les principes directeurs de fait sont :

- Le maintien d'un engagement politique à haut niveau et dans tous les secteurs clés de la société algérienne en tant qu'élément fondamental qui garantisse la mise en œuvre des orientations stratégiques du PNS 2008-2012
- La mise en place d'un cadre institutionnel national pour une mise en œuvre efficace du Plan National Stratégique 2008-2012, et conforme aux « Trois Principes » proposés par ONUSIDA : un cadre stratégique, un cadre de coordination, un cadre de suivi et évaluation sur lesquels l'Algérie s'est engagée. Leur mise en application renforcera le cadre institutionnel



- Le développement d'une approche multisectorielle tant en ce qui concerne les départements ministériels, la société civile comprenant les PVIH et les leaders d'opinion.
- L'Accès Universel à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien : objectif proné par ONUSIDA, est également adopté et mis en application par l'Algérie.
- La décentralisation de la réponse à l'échelle du territoire national afin de permettre une équité dans la réponse nationale et une implication effective des acteurs institutionnels et de la société civile dans les Wilayas et autres collectivités locales.
- La garantie de la protection des droits des Personnes vivant avec le VIH et leurs familles dans le cadre du droit commun et des conventions internationales ratifiées par l'Algérie.
- La prise en compte des contextes sociaux et culturels des personnes en situation de vulnérabilité sociale et comportementale par la mise en oeuvre d'actions ciblées de proximité et de mécanismes innovants d'accès à la prévention , aux soins et au soutien.
- La prise en compte de la promotion de l'équité en matière de genre répond à la priorité nationale pour la consolidation des progrès réalisés en matière d'égalité des sexes et de participation des femmes, en particulier en matière d'accès à l'information et la prévention du VIH.
- Le développement de partenariats intersectoriels dans le respect des rôles et fonctions de chaque institution pour permettre une synergie et une complémentarité dans les interventions.
- La promotion d'une culture de suivi et d'évaluation des interventions pour une meilleure responsabilisation de tous les acteurs impliqués (Institutions et société civile) dans la concrétisation et l'atteinte des objectifs du PNS 2008-2012

Chapitre IV Plan National Stratégique 2008-2012

❖ VI. 4 Axes stratégiques du PNS

Le Plan National Stratégique (PNS) contre les IST/VIH/sida 2008-2012 se propose comme objectif général ,à travers 4 Buts, 9 programmes, 23 objectifs , de promouvoir l'Accès Universel aux services de prévention , de soins et de traitement et d'appui à la population générale et en particulier aux groupes de population en situation de vulnérabilité sociale et comportementale. Le PNS 2008-2012 s'inscrit en complémentarité avec d'autres programmes prioritaires : plans de lutte contre la drogue, les hépatites virales, les infections nosocomiales qui intègrent la réduction des risques dans un champ plus large que la seule prévention contre les IST/VIH/sida.

Les données épidémiologiques, sur la base du système de séro-surveillance sentinelle du VIH et d'enquêtes spécifiques, confirmant les arguments en faveur d'une révision de la classification de l'épidémie en Algérie, qui passe d'une épidémie peu active à une épidémie concentrée, il s'avère donc incontournable de structurer la réponse nationale en tenant compte du contexte des populations les plus exposées au risque d'infection à VIH par le biais d'interventions ciblés et budgétisées.

Les quatre Buts ci-après prennent en compte toutes les dimensions de la lutte contre les IST/ VIH/sida en Algérie et leur complémentarité fait toute la cohérence du PNS 2008-2012 :

1. **But 1 : Renforcer la coordination nationale, le plaidoyer, le partenariat et les capacités de mobilisation des ressources dans le cadre des "Trois Principes"**
2. **But 2 : Renforcer les interventions de prévention des IST/VIH/sida et la promotion du conseil et du dépistage volontaire dans le cadre de l'Accès Universel**



3. But 3 : Renforcer la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVIH) dans le cadre de l'Accès Universel
4. But 4 : Renforcer la surveillance de l'épidémie, le S&E et la recherche

Les cibles principales par but sont insérées dans le cadre logique de suivi.

But 1. Renforcer la coordination nationale, le plaidoyer, le partenariat, les capacités et la mobilisation des ressources dans le cadre des « Trois Principes »

Ce premier axe stratégique comporte deux programmes d'actions qui couvrent toutes les dimensions de la coordination, de la gestion et de la réponse nationale conformément aux conclusions-recommandations fortes du précédent PNS, aux « Trois Principes » et aux observations d'ONUSIDA et de la Banque Mondiale. Il met l'accent sur les préalables et appuis indispensables pour un CNLS efficient et définit les modalités nécessaires selon lesquelles seront gérées la mise en œuvre et pilotage et la coordination du présent PNS 2008-2012. L'impact attendu est une mobilisation de ressources financières qui permettra de donner une impulsion à la lutte contre les IST/VIH/sida en Algérie.

Le programme 1 : concerne le renforcement des capacités de réponse des principaux secteurs de développement impliqués dans la riposte nationale à l'IST/VIH/sida à travers un objectif spécifique :

Objectif 1.1.1 : Renforcer la gestion et la coordination du Programme national par le CNLS ;
Stratégie 1.1.1.1: Mise en œuvre des Trois Principes

Le programme 2, à travers deux objectifs spécifiques, vise d'une part, à développer le plaidoyer et renforcer le partenariat national et international dans le soutien aux interventions à tous les niveaux et, d'autre part à mobiliser des ressources conséquentes pour la réponse nationale au VIH, et améliorer leur gestion transparente et efficiente

Objectif 1.2.1 : Développer le plaidoyer et renforcer le partenariat national et international dans le soutien aux interventions à tous les niveaux ;

Stratégie 1.2.1.1 : Renforcement des actions de Communication

Stratégie 1.2.1.2 : Développement des échanges au niveau national, régional et international

Objectif 1.2.2 : Mobiliser des ressources conséquentes pour la réponse nationale au VIH, et améliorer leur gestion transparente et efficiente.

Stratégie 1.2.2.1: Développement de la Stratégie Nationale de Mobilisation de Ressource

But 2 : Renforcer les interventions de prévention des IST/VIH/sida et la promotion du conseil et du dépistage volontaire dans le cadre de l'Accès Universel

Devant la faiblesse de l'accès en matière de prévention et de conseil dépistage, il s'agit de renforcer les acquis et permettre la réalisation d'actions de proximité en particulier en direction des groupes vulnérables par une meilleure redéfinition des stratégies en mettant l'accent sur la participation des publics impliqués et des méthodes d'intervention éprouvées. Des médecins de premier recours en plus de ceux des CDV, appelés à être plus nombreux, seront formés aux techniques contemporaines pour faciliter l'accès au dépistage, aux services de prévention et aux soins des populations vulnérables identifiés (jeunes, PS, HSH, migrants tel que recommandé par l'OMS et ONUSIDA). Cette formation intéressera également aussi bien les éducateurs pairs que les acteurs associatifs afin qu'ils puissent intervenir en amont et en aval des professionnels de santé.



Ce deuxième axe stratégique comporte trois programmes huit objectifs spécifiques qui couvrent la *prévention de l'infection par le VIH* en rapport avec tous les risques de transmission ; il s'agit, i de la réduction de la transmission sexuelle du VIH et des autres IST en accordant une attention particulière en direction des groupes vulnérables, ii de la réduction de la transmission du VIH par voie sanguine et iii de la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

L'impact de cet axe stratégique devrait se traduire par une baisse de l'incidence et de la prévalence du VIH et des IST.

Le programme 3 concerne la promotion des comportements sexuels à moindre risque et se décline en quatre objectifs spécifiques :

Objectif 2.3.1 : Réduire les comportements et les pratiques à risque de transmission sexuelle du VIH et des autres IST au sein de la population générale ;

Stratégie 2.3.1.1. Amélioration des connaissances sur les déterminants de la vulnérabilité et de l'exposition au risque

Stratégie 2.3.1.2. Elaboration, coordination et mise en œuvre de la stratégie nationale de Prévention et de communication pour le changement de comportement

Stratégie 2.3.1.3. Amélioration de l'accès à l'information sur les IST/VIH/ SIDA à travers les différents modes et canaux de communication

Objectif 2.3.2 : Réduire les comportements et les pratiques à risque de transmission sexuelle du VIH et des autres IST des personnes en situation de vulnérabilité et des groupes les plus exposés au risque d'infection à VIH ;

Stratégie 2.3.2.1. Accès universel aux préservatifs

Stratégie 2.3.2.2. Développement des actions de prévention et de réduction du risque IST/VIH/ SIDA auprès des jeunes structurés et non structurés

Stratégie 2.3.2.3. Développement des actions de prévention et de réduction des risques IST/VIH/ SIDA auprès et avec les femmes de toutes conditions y compris les plus vulnérables

Stratégie 2.3.2.4. Développement des actions de prévention et de réduction du risque IT/VIH/ SIDA auprès des professionnelles du sexe

Stratégie 2.3.2.5. Développement des actions de prévention et de réduction des risques IST/VIH/ SIDA auprès des Hommes ayant des relations avec des hommes (HSH)

Stratégie 2.3.2.6. Développement des actions de prévention et de réduction des risques IST/VIH/ SIDA auprès de la population carcérale auprès de la population carcérale

Stratégie 2.3.2.7. Développement des actions de prévention et de réduction des risques IST/VIH/ SIDA auprès des usagers de drogues

Stratégie 2.3.2.8. Développement des actions de prévention et de réduction des risques IST/VIH/ SIDA auprès des populations mobiles

Objectif 2.3.3 : Promouvoir et renforcer l'accès universel aux services de conseil et de dépistage volontaire du VIH ;

Stratégie 2.3.3.1. Développement de la promotion de l'accès universel au conseil et au dépistage volontaire

Stratégie 2.3.3.2. Extension de la couverture géographique de l'offre de dépistage volontaire à travers le territoire national

Stratégie 2.3.3.3. Promotion de la qualité des interventions de dépistage et de conseil selon les normes

Stratégie 2.3.3.4. Développement de la référence des personnes dépistées entre les CDV et les CDR

Objectif 2.3.4 : Améliorer la qualité de la prise en charge syndromique des IST dans les structures sanitaires publiques et privées ;

Stratégie 2.3.4.1. Développement d'une stratégie de communication de proximité pour renforcer l'accès à la prévention et la prise en charge des IST



Stratégie 2.3.4.2. Généralisation de l'approche syndromique dans toutes les structures sanitaires publiques et privées

Le programme 4 concerne la réduction de la transmission du VIH par voie sanguine ; il se décline en deux objectifs spécifiques :

Objectif 2.4.1 : Assurer l'innocuité transfusionnelle en rapport avec le VIH et les autres IST dans tout le pays ;

Stratégie 2.4.1.1. Maintien et renforcement de la Politique Nationale de sécurité transfusionnelle sur tout le territoire national

Stratégie 2.4.1.2. Renforcement de l'implication des associations de donneurs de sang

Objectif 2.4.2 : Assurer la sécurité des actes médicaux, biomédicaux et des expositions aux liquides biologiques ;

Stratégie 2.4.2.1. Généralisation des précautions universelles dans tous les milieux de soins publics et privés

Stratégie 2.4.2.2. Mise à disposition des moyens de prophylaxie dans toutes les structures de soins

Stratégie 2.4.2.3. Mise en place d'un dispositif national en matière de traitement des déchets des activités de soins à risque infectieux (DASRI)

Le programme 5 concerne la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; il se décline en deux objectifs spécifiques :

Objectif 2.5.1 : Améliorer la couverture et l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) pour toutes les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer ;

Stratégie 2.5.1.1. Développement d'une Stratégie nationale de PTME

Stratégie 2.5.1.2. Communication et mobilisation sociale pour la promotion de la PTME

Objectif 2.5.2 : Assurer la prise en charge de toutes les femmes enceintes séropositives et de tous les nouveaux nés de mère séropositive

Stratégie 2.5.2.1. Renforcement de l'accès à la prophylaxie ARV pour toutes les femmes enceintes séropositives

But 3 : Renforcer la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVIH) dans le cadre de l'Accès Universel

Cet axe stratégique comporte deux programmes et six objectifs spécifiques qui couvrent les besoins de réponse pour la réduction de l'impact du VIH sur la santé et l'amélioration des conditions de vie des PVIH particulièrement en direction des publics vulnérables et de leurs familles. Il s'agit de l'Accès Universel à une prise en charge médicale de qualité pour les adultes et les enfants d'une part, et de l'Accès universel à la prise en charge psychosociale et économique des PVIH, de leurs familles et des OEV, d'autre part. Ce domaine, essentiel, en plus de l'harmonisation indispensable et régulièrement adaptée aux données scientifiques qu'il nécessite, va se poursuivre par l'ouverture d'autres CDR au niveau du pays pour être au plus près des PVIH notamment pour les plus démunies et les vulnérables d'entre eux. Des mesures de soutien psychosocial appropriées en collaboration avec le milieu associatif seront, elles aussi, renforcées et contribueront à une meilleure prise en charge du traitement ARV et de son observance. L'impact attendu, en plus, de maintenir les PVIH dans le circuit de soins, est de renforcer et d'améliorer la prise en charge globale des PVIH et des OEV afin d'intégrer les publics en situation de vulnérabilité grâce à l'intervention des acteurs associatifs parmi lesquels l'association des PVIH « El Hayet ».

Le programme 6 concerne l'accès universel à la prise en charge médicale pour les adultes et les enfants ; il se décline en trois objectifs spécifiques :



Objectif 3.6.1 : Renforcer les capacités nationales de prise en charge thérapeutique et de suivi des PVIH adultes et enfants

Stratégie 3.6.1.1: Amélioration de la disponibilité en ARV et des médicaments des IO, des IST, notamment au niveau des CDR

Stratégie 3.6.1.2: Harmonisation de la prise en charge et du suivi au niveau des CDR

Stratégie 3.6.1.3: Renforcement de l'offre de soins au niveau des CDR

Objectif 3.6.2 : Améliorer la prise en charge des PVIH adultes et enfants, grâce notamment à l'amélioration de l'accès à des soins de qualité ;

Stratégie 3.6.2.1 : Développement d'un cadre de prise en charge multidisciplinaire adaptée aux besoins des PVIH

Stratégie 3.6.2.2: Organisation de la prise en charge des cas d'exposition à un liquide biologique contaminé

Objectif 3.6.3. Promouvoir l'adhésion et l'observance des traitements antirétroviraux (ARV) des PVIH adultes et enfants

Stratégie 3.6.3.1. : Amélioration de la qualité de l'observance

Stratégie 3.6.3.2 : Amélioration de l'adhésion aux soins

Le programme 7 : concerne l'Accès universel à la PEC psychosociale et économique des PVIH adultes (Hommes, femmes) et enfants et de leur famille ; il se décline en trois objectifs spécifiques visant à :

Objectif 3.7.1 : Renforcer, en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires, la prise en charge psychosociale des PVIH adultes et enfants ;

Stratégie 3.7.1.1: Amélioration du continuum de soins

Objectif 3.7.2 : Assurer l'insertion et/ou la réinsertion socioprofessionnelle et le développement des activités génératrices de revenus ;

Stratégie 3.7.2.1: Amélioration de l'accès aux services sociaux et aux revenus

Objectif 3.7.3 : Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVIH et des groupes vulnérables et assurer le respect des droits des PVIH.

Stratégie 3.7.3.1: Réduction de la stigmatisation et de la discrimination

But 4 : Renforcer la surveillance de l'épidémie, le S&E et la recherche

La faiblesse du système d'information et de surveillance épidémiologique actuelle rend aléatoire l'objectif de la maîtrise de l'information et du suivi-évaluation .Dans le cadre des « Trois Principes », la mise en place d'une instance de suivi-évaluation s'avère indispensable : celle-ci passe par un renforcement des capacités institutionnelles, humaines et la promotion de la recherche opérationnelle. Ce quatrième axe stratégique comporte deux programmes qui visent à améliorer la surveillance de l'épidémie, le suivi évaluation et une meilleure connaissance de la dynamique de l'épidémie grâce à la recherche opérationnelle.

La mise en œuvre et le renforcement du système de suivi &évaluation unique, cohérent et opérationnel à tous les échelons (structures d'exécution, wilayas, régional, organismes de référence, services spécialisés, ONG d'encadrement, comités ministériels le lutte contre les IST/VIH/sida et national -unité de planification, suivi, évaluation et recherche) pour l'amélioration de la mise en œuvre des interventions et l'évaluation du programme. L'impact de cet objectif stratégique, indispensable concerne la mise en œuvre concrète des activités pour une connaissance de l'évolution de l'épidémie

Le programme 8 concerne l'amélioration des performances du sous système d'information des IST/VIH/sida ; il se décline en trois objectifs spécifiques:

Objectif 4.8.1 : Identifier et clarifier les missions de la structure nationale chargée de la coordination de la surveillance épidémiologique globale du VIH/Sida et des IST

Stratégie 4.8.1.1: Mise en place du réseau national de surveillance de deuxième génération des IST/VIH/Sida

Objectif 4.8.2 : Améliorer, dans le cadre du SNIS, les performances du sous système d'Information du VIH/Sida et des IST

Stratégie 4.8.2.1: Renforcement et amélioration de la notification des cas de VIH/Sida et d' IST

Stratégie 4.8.2.2: Renforcement du système de gestion de l'information stratégique sur la situation des IST/VIH/Sida pour une amélioration de la réponse nationale

Objectif 4.8.3 : Renforcer la surveillance épidémiologique de 2eme génération et la rétro information

Stratégie 4.8.3.1: Renforcement de la séro-surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis des femmes enceintes et des groupes à comportement à risque (Patients IST, PS)

Stratégie 4.8.3.2: Mettre en place la surveillance comportementale des groupes les plus exposés aux risques (PS, HSH, CDI, détenus...) et des groupes vulnérables (jeunes, migrants)

Stratégie 4.8.3.3: Introduire et développer la surveillance intégrée biologique et comportementale aux groupes les plus exposés aux risques

Le programme 9 concerne l'amélioration des performances du dispositif de production national d'informations sur les IST/VIH/sida et la mise en œuvre et le renforcement d'un système de suivi & évaluation unique et cohérent à l'échelon national pour l'amélioration de la mise en œuvre des interventions et l'évaluation des effets /impacts du programme ; il se décline en deux objectifs :

Objectif 4.9.1 : Renforcer la coordination avec l'ensemble des partenaires impliqués

Stratégie 4.9.1.1 : Développement de la Coordination et du Suivi & Evaluation de la mise en œuvre du Plan National Stratégique

Objectif 4.9.2 : Développer un Système national de Suivi - Evaluation en vue d'appuyer la mise en œuvre des stratégies et des interventions, incluant les secteurs public et privé

Stratégie 4.9.2.1: Développement d'un Système national de Suivi-Evaluation

Stratégie 4.9.2.2: Evaluation de la mise en œuvre du Plan Stratégique

Objectif 4.9.3 : Promouvoir les travaux de recherche opérationnelle en matière de VIH/Sida et d'IST

Stratégie 4.9.3.1: Développement d'études spéciales, de recherche opérationnelle/mise en œuvre

Chapitre V. Cadre Institutionnel

L'évaluation du plan stratégique 2002-2006 avait conclu entre autre, à l'inadaptation du cadre de coordination et l'absence de mécanisme de suivi évaluation , en précisant que : le cadre de coordination existant, CNLS, mis en place en 1989, comme organe consultatif auprès du Ministre de la santé est devenu inapproprié, faute d'un cadre juridique et de moyens adaptés, aux exigences actuelles de la coordination multisectorielle et des « Trois Principes ». Il convient, avec l'évolution de l'épidémie en Algérie de mettre en place un cadre institutionnel adapté aux ambitions du Plan Stratégique 2008-2012 en cohérence et en conformité avec les "Trois Principes". Le Cadre Institutionnel sera illustré par l'organisation ci-dessus.

❖ V.1 Structure nationale de coordination

Le Conseil National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CNLS), est présidé par le Président de la République. Le C NLS est un organe permanent doté de l'autonomie administrative et financière, il dispose d'un Secrétariat Technique Permanent.

Le mandat du CNLS est ainsi défini : (a) coordonner la politique nationale de lutte contre les IST/VIHSIDA , (b) mobiliser les ressources financières nationales et internationales en faveur du Programme National de Lutte contre les IST/VIHSIDA, (c) évaluer et suivre l'ensemble des



interventions de lutte contre les IST/VIH/SIDA , (d) susciter et encourager, sur toute l'étendue de l'Algérie, des actions susceptibles de soutenir la politique nationale de lutte contre le SIDA et les IST conformément aux stratégies déterminées par cette politique.

Il est dirigé par un Président nommé par décret présidentiel, il met en œuvre les mesures entrant dans le cadre de la politique nationale de lutte contre les IST VH/sida et veille à l'exécution du plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida.

Sa composition s'appuie sur le principe de multisectorialité et comprend une représentation diversifiée (Ministères, Organisations Nationales, Organisations Syndicales, Société Civile.....).

- ❖ L'administration centrale : Plusieurs ministères prennent place à côté du ministère de la santé publique et de la population dont les ministères de l'intérieur, de la justice, de la jeunesse et des sports, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.
- ❖ Aux institutions et organismes nationaux, représentant des chambres du parlement du croissant rouge, la commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'homme etc..
- ❖ A la société civile:, associations thématiques activant dans le domaine du VIH/sida, représentant du réseau des associations activant dans le domaine du VIH/sida, associations de personnes vivant avec le VIH, organisations syndicales et organisations patronales ...etc.

Le conseil doit s'assurer d'une pérennité institutionnelle, il doit être pourvu de structures permanentes, centrales et locales. Ces entités devraient être techniques et administratives. Un rôle essentiel doit être dévolu au secrétariat technique permanent, aux unités techniques et aux délégations locales.

Le Président peut créer un comité d'honneur composé de personnalités du monde politique, scientifique culturel et sportif pour assurer le plaidoyer au soutien de la politique contre le VIH/sida.

V.1.1 Le Secrétariat Technique Permanent (STP/CNLS) est chargé de l'administration générale et du fonctionnement du conseil. Il a notamment pour mission de :

- ❖ Assurer l'assistance technique aux travaux du conseil et des unités spécialisées.
- ❖ Assurer et suivre l'exécution des décisions du conseil dans le cadre du Plan Stratégique National de lutte contre les IST/VIH/sida.
- ❖ Assurer les activités des unités techniques spécialisées
- ❖ Assurer le suivi des délégations techniques locales.
- ❖ Recueillir et examiner les rapports semestriels des comités sectoriels, des organisations nationales et des associations

V.1.2 Unités techniques spécialisées

Afin d'assurer une mise en œuvre efficace de la politique nationale et du Plan National Stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida le conseil se dotera d'unités techniques spécialisées permanentes rattachées au Secrétariat Technique Permanent dont :

- Une unité nationale de planification et de suivi évaluation des intervention
- Une unité éthique et droits de l'homme
- Une unité communication et relations publiques
- Une unité Prévention
- Une unité Prise en charge globale
- Une unité administrative et financière chargé de la gestion et du contrôle des fonds alloués au PNS de lutte contre les IST/VIH/sida.



V.1.3 Délégations techniques locales : le conseil devra avoir un prolongement organique de proximité adopté au niveau local. Des délégations techniques locales, sans être généralisées, seront créées en tant que démembrements organiques conditionnés par la situation de l'infection au niveau local. Le délégué a pour mission notamment de coordonner, appuyer et suivre avec les autorités locales et les différents acteurs impliqués, les activités de lutte contre le VIH/sida à l'échelle décentralisée.

❖ **V.2 Secteurs ministériels**

Les ministères, les institutions nationales publiques, membres du CNL contre les IST/VIH/sida doivent se doter d'une structure de coordination sectorielle, remplaçant le « Point Focal » de certains ministères dans l'organisation du précédent comité national. Les comités sectoriels doivent disposer d'un plan d'action annuel qui s'inspire des orientations du Plan National Stratégique 2008-2012. Le plan d'action sera budgétisé et comportera un chronogramme des activités.

Les comités sectoriels doivent en outre, appuyer ces plans d'actions suivant les orientations du plan national stratégique, assurer le suivi de la gestion des ressources pour la lutte contre le VIH/sida au niveau du secteur, réaliser le suivi de la mise en œuvre du plan sectoriel, assurer la collaboration avec les autres secteurs et le Secrétariat Technique Permanent du CNL IST/VIH/sida.

❖ **V.3 Société civile**

Les organisations de la société civile dont l'association des PVIH, sont partie prenante de la mise en œuvre du Plan National Stratégique 2008-2012. Leurs interventions se réaliseront dans la cadre d'un plan d'action, qui identifiera non seulement les champs de compétences de chaque association, mais également les zones d'intervention à travers le territoire national. L'implication, la répartition équitable des tâches, des responsabilités et des financements sur le territoire national et en faveur des différentes cibles et/ou bénéficiaires est une nécessité qui doit permettre une coordination plus efficace de la réponse du secteur associatif au niveau des Wilayas.

Le renforcement des capacités institutionnelles et la mise en réseau des associations en un préalable. Pour jouer pleinement leur rôle, les associations bénéficieront d'un appui institutionnel en ressources humaines, financières et matérielles ainsi que dans le domaine de la formation, du renforcement des capacités managériales, de gestion de projets et de mobilisation des ressources financières.

En outre, les activités planifiées en réponse aux besoins exprimés aux différents niveaux en matière d'information sur les IST/VIH/SIDA, de moyens de prévention de la transmission de l'infection par le VIH, de prise en charge et de soutien psychologique et socioéconomique des personnes infectées et affectées peuvent être réalisées sous forme de prestations de service par les organisations de la société civile disposant des capacités nécessaires.

Les tâches que les Organisations de la Société Civile visent notamment à :

- assurer le plaidoyer ;
- lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVIH
- soutenir les activités de prévention et de mobilisation sociale (IEC, CCC, accès aux préservatifs)
- promouvoir le conseil dépistage volontaire ;
- soutenir les activités de prise en charge (traitement ARV, suivi-accompagnement) ;
- suivre et évaluer les programmes ou activités mis (es) en œuvre par elles.
- promouvoir l'entraide et la solidarité entre et envers les membres des organisations de PVIH ;

❖ **V.4 Partenariat Multilatéral, bilatéral et privé**



Le Plan National Stratégique 2008-2012 est élaboré dans un environnement marqué par la volonté de la communauté internationale à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. L'Algérie a participé à toutes ces réunions de haut niveau qui ont énoncé les déclarations suivantes : La déclaration d'Abuja en 2001, la déclaration d'engagement , l'application des « Trois principes » ,l'Accès Universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien d'ici 2010. C'est dans cette perspective que s'inscrit ce partenariat multisectoriel entre les organismes nationaux institutionnels et associatifs et les organisations du Système des Nations Unies ainsi que les coopérations bilatérales qui a permis d'aboutir entre autre à :

- ❖ Un accord a été signé entre l'Algérie et le Programme Commun du Système des Nations Unies en date du 24 octobre 2007, pour un appui financier de près de 500 000 USD. Ce programme commun fait intervenir l'ensemble des Agences du Système des Nations Unies avec une répartition des tâches pour chacune des agences dans l'objectif d'impulser les principales
- ❖ stratégies du Programme National multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/sida de l'Algérie. Ce programme commun est animé par l'Equipe commune des Nations Unies sur le VIH/SIDA mise en place à cet effet.
- ❖ La mise en œuvre de la réponse du secteur privé :

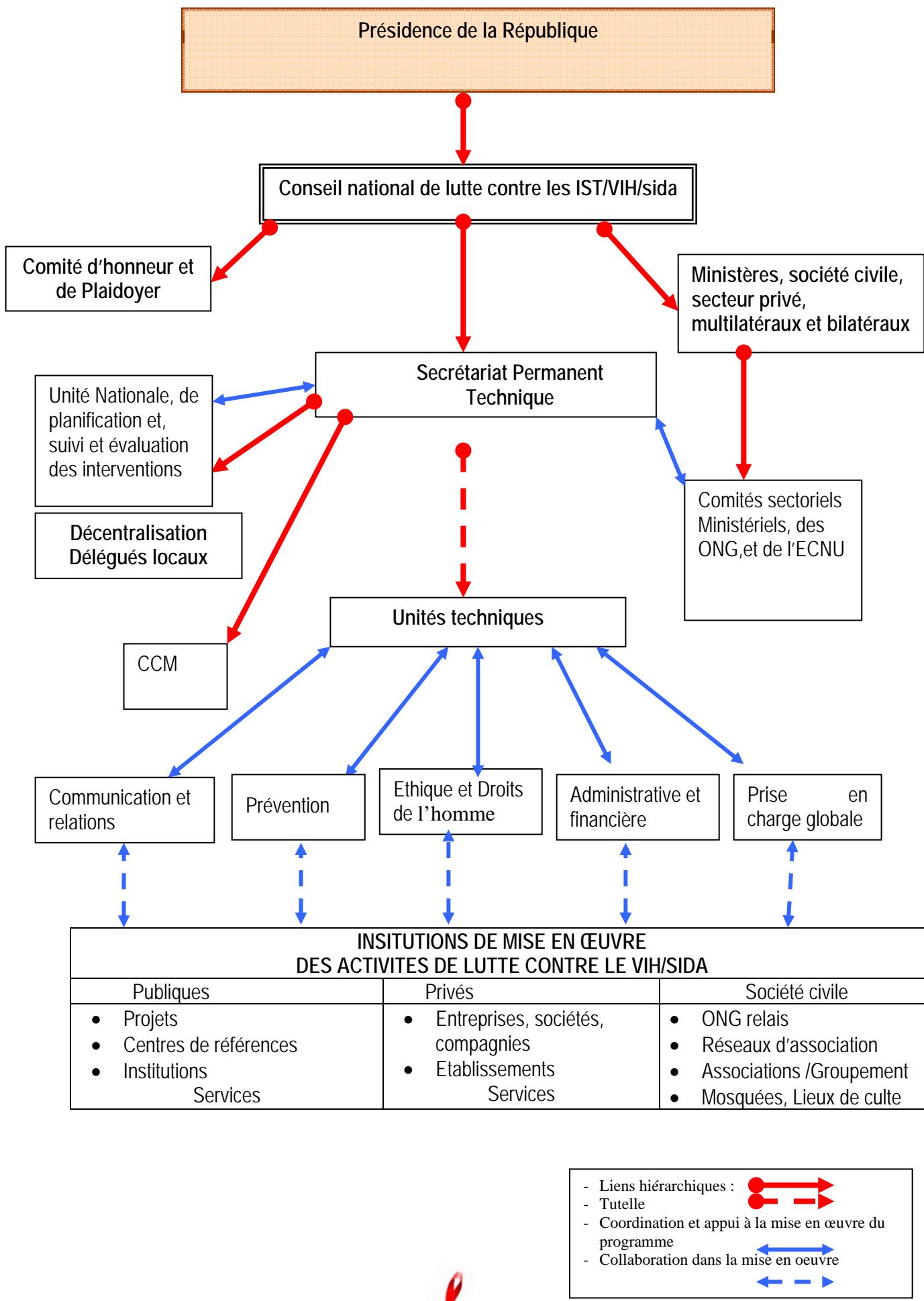
les actions du secteur privé s'inscrivent également dans le PNS 2008-2012. Dans le cadre du partenariat entre le secteur privé, l'ONUSIDA et le Comité National de lutte contre le Sida (CNLS), le Forum des Chefs d'Entreprises a été sollicité pour s'inscrire comme acteur national de la lutte contre le VIH/sida. L'intégration du Forum des Chefs d'Entreprises à la lutte en milieu de travail et à l'aide apporté aux ONG particulièrement les PVIH constitue un jalon de plus à cette multisectorialité.

Le STP/CNLS intensifiera le plaidoyer auprès du Forum des employeurs et fournira l'appui technique pour veiller à prévenir les risques d'exclusion des PVIH au sein des entreprises.

Le STP/CNLS continuera d'appuyer les organisations syndicales et professionnelles pour qu'elles s'impliquent davantage dans la prévention et la lutte contre les risques de discrimination et de stigmatisation des PVIH.

- ❖ L'implication des partenaires au développement dans le processus de planification : la mobilisation des ressources pour le financement du Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2008-2012 a déjà commencé au cours de la formulation du plan. En effet, à différentes étapes du processus et sur invitation du coordonnateur pays du PNUD et de l'ONUSIDA l'équipe national d'élaboration a organisé l'atelier de formulation de la stratégie 2008-2012 et l'atelier national de validation de cette stratégie.





Chapitre VI. Financement du Plan National Stratégique 2008-2012

L'évaluation du PNS 2002 - 2006 a montré une faiblesse dans la mobilisation des ressources extérieures et le système de suivi évaluation. Tirant les enseignements de la mise en œuvre du PNS 2008-2012, l'Algérie a opté de renforcer sa stratégie de mobilisation des ressources et son système de suivi évaluation tout en priorisant dans les actions de lutte les cibles les plus vulnérables (PS, HSH, UDI, Migrants et Détenus). Estimé pour un montant de QUATRE VINGT DOUZE MILLIONS NEUF CENT TRENTE DEUX MILLE DEUX CENT CINQUANTE QUATRE DOLLARS US (**92 932 254,00 \$ US**), le budget sera mobilisé grâce à la contribution de l'Etat, du secteur privé, des partenaires internationaux.

❖ VI.1 Mobilisation des ressources nationales

L'évaluation du PNS 2002 - 2006 a fait ressortir, parmi les faiblesses de la réponse nationale, le caractère aléatoire de l'apport financier national qui pose ainsi le problème de la pérennité de la réponse dès lors qu'il n'y a pas de ligne budgétaire spécifique au VIH/SIDA dans les budgets des comités sectoriels gouvernementaux, dont celui de la santé et que la participation du secteur privé a été quasi insignifiante.

Malgré ce caractère aléatoire, l'Etat consacre annuellement des dépenses non négligeables dans la lutte contre le VIH par le biais du dépistage et de la prise en charge des PVIH.

❖ VI.2 Mobilisation des ressources internationales

A travers le programme commun et les accords bilatéraux, le PNS mobilisera une partie du budget. Cependant, malgré les efforts fournis par l'Etat et ses partenaires, des ressources additionnelles seront indispensables pour la mise en œuvre du PNS afin d'atteindre les résultats escomptés. Pour ce faire, le STP/CNLS organisera des rencontres avec tous les partenaires au développement pour promouvoir les informations sur les besoins dans les différents domaines.

En dehors de cette phase de promotion auprès des partenaires au développement, la mobilisation des ressources financières internationales, nécessite une véritable stratégie qui sera assurée par le STP/CNLS.

Enfin dans le cadre du Fonds Mondial contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, l'Algérie devra organiser sa participation au financement du PNS en organisant sa soumission aux différents Rounds annuels du Fonds Mondial.



❖ Cadre budgétaire et Gaps Financiers

Budget Annuel

	Budget Global	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Plan opérationnel PNS Algérie	92 662 253,99 \$	23 765 364,96 \$	16 573 445,46 \$	17 968 379,68 \$	16 037 391,90 \$	18 317 671,99 \$
But 1. Renforcer la coordination nationale, le plaidoyer, le partenariat, les capacités et la mobilisation des ressources dans le cadre des "Trois Principes"	<u>12 241 235,00 \$</u>	<u>2 894 999,00 \$</u>	<u>2 378 271,00 \$</u>	<u>2 322 655,00 \$</u>	<u>2 322 655,00 \$</u>	<u>2 322 655,00 \$</u>
Programme 1 : Renforcement de la coordination et des capacités de la réponse nationale	10 764 559,00 \$	2 770 671,00 \$	2 019 928,00 \$	1 991 320,00 \$	1 991 320,00 \$	1 991 320,00 \$
Objectif 1.1.1. Renforcer la gestion et la coordination du Programme national par le CNLS ;	10 764 559,00 \$	2 770 671,00 \$	2 019 928,00 \$	1 991 320,00 \$	1 991 320,00 \$	1 991 320,00 \$
Stratégie 1.1.1.1: Mise en œuvre des Trois Principes	10 764 559,00 \$	2 770 671,00 \$	2 019 928,00 \$	1 991 320,00 \$	1 991 320,00 \$	1 991 320,00 \$
Programme 2. Renforcement du Plaidoyer, Partenariat et de la mobilisation des Ressources	1 476 676,00 \$	124 328,00 \$	358 343,00 \$	331 335,00 \$	331 335,00 \$	331 335,00 \$

Objectif 1.2.1. Développer le plaidoyer et renforcer le partenariat national et international dans le soutien aux interventions à tous les niveaux ;	1 443 916,00 \$	91 568,00 \$	358 343,00 \$	331 335,00 \$	331 335,00 \$	331 335,00 \$
Stratégie 1.2.1.1 : Renforcement des actions de Communication	1 149 616,00 \$	32 708,00 \$	299 483,00 \$	272 475,00 \$	272 475,00 \$	272 475,00 \$
Stratégie 1.2.1.2 : Développement des échanges au niveau national, régional et international	294 300,00 \$	58 860,00 \$	58 860,00 \$	58 860,00 \$	58 860,00 \$	58 860,00 \$
Objectif 1.2.2. Mobiliser des ressources conséquentes pour la réponse nationale au VIH, et améliorer leur gestion transparente et efficiente.	32 760,00 \$	32 760,00 \$				
Stratégie: 1.2.2.1: Développement de la Stratégie Nationale de Mobilisation de Ressource	32 760,00 \$	32 760,00 \$				
But 2 : Renforcer les interventions de prévention des IST/VIH/sida et la promotion du conseil et du dépistage volontaire dans le cadre de l'Accès Universel	<u>40 643 029,25 \$</u>	<u>10 726 437,25 \$</u>	<u>7 733 560,75 \$</u>	<u>7 893 809,25 \$</u>	<u>6 981 597,75 \$</u>	<u>7 307 624,25 \$</u>
Programmes 3. Réduction de la transmission sexuelle du VIH et des autres IST	33 587 860,50 \$	8 449 861,50 \$	6 145 425,00 \$	6 253 898,50 \$	6 270 812,00 \$	6 467 863,50 \$
Objectif 2.3.1. Réduire les comportements et les pratiques à risque de transmission sexuelle du VIH et des autres IST au sein de la population générale ;	2 190 408,50 \$	433 175,50 \$	483 190,50 \$	425 603,50 \$	422 835,50 \$	425 603,50 \$
Stratégie 2.3.1.1. Amélioration des connaissances sur les déterminants de la vulnérabilité et de l'exposition au risque	26 560,00 \$	26 560,00 \$				



Stratégie 2.3.1.2. Elaboration, coordination et mise en œuvre de la stratégie nationale de Prévention et de communication pour le changement de comportement	165 235,00 \$		86 575,00 \$	26 220,00 \$	26 220,00 \$	26 220,00 \$
Stratégie 2.3.1.3. Amélioration de l'accès à l'information sur les IST/VIH/ SIDA à travers les différents modes et canaux de communication	1 998 613,50 \$	406 615,50 \$	396 615,50 \$	399 383,50 \$	396 615,50 \$	399 383,50 \$
Objectif 2.3.2. Réduire les comportements et les pratiques à risque de transmission sexuelle du VIH et des autres IST des personnes en situation de vulnérabilité et des groupes les plus exposés au risque d'infection à VIH ;	23 378 770,00 \$	6 011 164,00 \$	4 333 399,50 \$	4 366 120,00 \$	4 298 876,50 \$	4 369 210,00 \$
Stratégie 2.3.2.1. Accès universel aux préservatifs	3 498 065,00 \$	702 885,00 \$	714 210,00 \$	695 485,00 \$	690 000,00 \$	695 485,00 \$
Stratégie 2.3.2.2. Développement des actions de prévention et de réduction du risque IST/VIHSIDA auprès des jeunes structurés et non structurés	2 717 286,50 \$	572 952,00 \$	545 659,50 \$	543 862,50 \$	538 137,50 \$	516 675,00 \$
Stratégie 2.3.2.3. Développement des actions de prévention et de réduction des risques IST/VIHSIDA auprès et avec les femmes de toutes conditions y compris les plus vulnérables	1 899 730,00 \$	438 915,50 \$	374 175,50 \$	362 213,00 \$	362 213,00 \$	362 213,00 \$
Stratégie 2.3.2.4. Développement des actions de prévention et de réduction du risque IT/VIHSIDA auprès des professionnelles du sexe	10 507 675,50 \$	2 414 275,50 \$	1 985 920,50 \$	2 021 737,50 \$	2 022 100,00 \$	2 063 642,00 \$
Stratégie 2.3.2.5. Développement des actions de prévention et de réduction des risques IST/VIHSIDA auprès des Hommes ayant des relations avec des hommes (HSH)	1 374 696,50 \$	705 640,50 \$	184 837,50 \$	163 194,50 \$	157 829,50 \$	163 194,50 \$

Stratégie 2.3.2.6. Développement des actions de prévention et de réduction des risques IST/VIHSIDA auprès de la population carcérale auprès de la population carcérale	1 853 786,50 \$	667 090,50 \$	288 510,50 \$	304 837,50 \$	288 510,50 \$	304 837,50 \$
Stratégie 2.3.2.7. Développement des actions de prévention et de réduction des risques IST/VIHSIDA auprès des usagers de drogues	1 017 515,50 \$	339 116,50 \$	163 830,50 \$	181 182,50 \$	163 830,50 \$	169 555,50 \$
Stratégie 2.3.2.8. Développement des actions de prévention et de réduction des risques IST/VIH auprès des populations mobiles	510 014,50 \$	170 288,50 \$	76 255,50 \$	93 607,50 \$	76 255,50 \$	93 607,50 \$
Objectif 2.3.3. Promouvoir et renforcer l'accès universel aux services de conseil et de dépistage volontaire du VIH ;	7 018 392,00 \$	1 806 202,00 \$	1 131 455,00 \$	1 259 070,00 \$	1 351 720,00 \$	1 469 945,00 \$
Stratégie 2.3.3.1. Développement de la promotion de l'accès universel au conseil et au dépistage volontaire	353 110,00 \$	174 860,00 \$	74 125,00 \$	74 125,00 \$	30 000,00 \$	
Stratégie 2.3.3.2. Extension de la couverture géographique de l'offre de dépistage volontaire à travers le territoire national	6 130 269,00 \$	1 606 469,00 \$	917 200,00 \$	1 059 700,00 \$	1 202 200,00 \$	1 344 700,00 \$
Stratégie 2.3.3.3. Promotion de la qualité des interventions de dépistage et de conseil selon les normes	533 358,00 \$	23 218,00 \$	140 130,00 \$	125 245,00 \$	119 520,00 \$	125 245,00 \$
Stratégie 2.3.3.4. Développement de la référence des personnes dépistées entre les CDV et les CDR	1 655,00 \$	1 655,00 \$				

Objectif 2.3.4. Améliorer la qualité de la prise en charge syndromique des IST dans les structures sanitaires publiques et privées ;	1 000 290,00 \$	199 320,00 \$	197 380,00 \$	203 105,00 \$	197 380,00 \$	203 105,00 \$
Stratégie 2.3.4.1. Développement d'une stratégie de communication de proximité pour renforcer l'accès à la prévention et la prise en charge des IST	189 440,00 \$	39 440,00 \$	37 500,00 \$	37 500,00 \$	37 500,00 \$	37 500,00 \$
Stratégie 2.3.4.2. Généralisation de l'approche syndromique dans toutes les structures sanitaires publiques et privées	810 850,00 \$	159 880,00 \$	159 880,00 \$	165 605,00 \$	159 880,00 \$	165 605,00 \$
Programme 4 : Réduire la transmission du VIH par voie sanguine	6 170 768,75 \$	1 986 751,75 \$	1 384 341,75 \$	1 510 066,75 \$	584 341,75 \$	705 266,75 \$
Objectif 2.4.1. Assurer l'innocuité transfusionnelle en rapport avec le VIH et les autres IST dans tout le pays ;	819 940,00 \$	360 268,00 \$	57 318,00 \$	172 518,00 \$	57 318,00 \$	172 518,00 \$
Stratégie 2.4.1.1. Maintien et renforcement de la Politique Nationale de sécurité transfusionnelle sur tout le territoire national	533 350,00 \$	302 950,00 \$		115 200,00 \$		115 200,00 \$
Stratégie 2.4.1.2. Renforcement de l'implication des associations de donneurs de sang	286 590,00 \$	57 318,00 \$	57 318,00 \$	57 318,00 \$	57 318,00 \$	57 318,00 \$
Objectif 2.4.2. Assurer la sécurité des actes médicaux, biomédicaux et des expositions aux liquides biologiques ;	5 350 828,75 \$	1 626 483,75 \$	1 327 023,75 \$	1 337 548,75 \$	527 023,75 \$	532 748,75 \$
Stratégie 2.4.2.1. Généralisation des précautions universelles dans tous les milieux de soins publics et privés	620 890,00 \$	160 890,00 \$	115 000,00 \$	115 000,00 \$	115 000,00 \$	115 000,00 \$



Stratégie 2.4.2.2. Mise à disposition des moyens de prophylaxie dans toutes les structures de soins	1 522 168,75 \$	502 143,75 \$	252 143,75 \$	257 868,75 \$	252 143,75 \$	257 868,75 \$
Stratégie 2.4.2.3. Mise en place d'un dispositif national en matière de traitement des déchets des activités de soins à risque infectieux (DASRI)	3 207 770,00 \$	963 450,00 \$	959 880,00 \$	964 680,00 \$	159 880,00 \$	159 880,00 \$
Programme 5 : Réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	884 400,00 \$	289 824,00 \$	203 794,00 \$	129 844,00 \$	126 444,00 \$	134 494,00 \$
Objectif 2.5.1. Améliorer la couverture et l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) pour toutes les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer ;	291 460,00 \$	175 762,00 \$	87 562,00 \$	11 287,00 \$	5 562,00 \$	11 287,00 \$
Stratégie 2.5.1.1. Développement d'une Stratégie nationale de PTME	123 900,00 \$	90 202,00 \$	5 562,00 \$	11 287,00 \$	5 562,00 \$	11 287,00 \$
Stratégie 2.5.1.2. Communication et mobilisation sociale pour la promotion de la PTME	167 560,00 \$	85 560,00 \$	82 000,00 \$			
Objectif 2.5.2. Assurer la prise en charge de toutes les femmes enceintes séropositives et de tous les nouveaux nés de mère séropositive	592 940,00 \$	114 062,00 \$	116 232,00 \$	118 557,00 \$	120 882,00 \$	123 207,00 \$
Stratégie 2.5.2.1. Renforcement de l'Accès à la prophylaxie ARV pour toutes les femmes enceintes séropositives	592 940,00 \$	114 062,00 \$	116 232,00 \$	118 557,00 \$	120 882,00 \$	123 207,00 \$

But 3 : Renforcer la prise en charge globale des PVIH dans le cadre de l'accès universel	<u>28 525 498,00 \$</u>	<u>6 078 734,56 \$</u>	<u>4 764 295,56 \$</u>	<u>6 251 077,28 \$</u>	<u>5 099 836,00 \$</u>	<u>6 331 554,59 \$</u>
Programme 6 : Accès universel à la prise en charge médicale des PVI adultes et enfants	24 281 841,00 \$	5 459 856,56 \$	3 917 594,56 \$	5 325 051,28 \$	4 173 810,00 \$	5 405 528,59 \$
Objectif 3.6.1. Renforcer les capacités nationales de prise en charge thérapeutique et de suivi des PVIH adultes et enfants	18 049 914,00 \$	3 690 609,56 \$	3 365 775,56 \$	3 570 912,28 \$	3 651 609,00 \$	3 771 007,59 \$
Stratégie 3.6.1.1: Amélioration de la disponibilité en ARV et des médicaments des IO, des IST, notamment au niveau des CDR	13 633 369,00 \$	2 426 445,56 \$	2 590 196,56 \$	2 773 163,28 \$	2 870 305,00 \$	2 973 258,59 \$
Stratégie 3.6.1.2: Harmonisation de la prise en charge et du suivi au niveau des CDR	4 255 905,00 \$	1 157 589,00 \$	774 579,00 \$	774 579,00 \$	774 579,00 \$	774 579,00 \$
Stratégie 3.6.1.3: Renforcement de l'offre de soins au niveau des CDR	160 640,00 \$	106 575,00 \$	1 000,00 \$	23 170,00 \$	6 725,00 \$	23 170,00 \$
Objectif 3.6.2. Améliorer la prise en charge des PVIH adultes et enfants, grâce notamment à l'amélioration de l'accès à des soins de qualité ;	1 883 647,00 \$	409 591,00 \$	404 663,00 \$	406 983,00 \$	375 045,00 \$	287 365,00 \$
Stratégie 3.6.2.1 : Développement d'un cadre de prise en charge multidisciplinaire adaptée aux besoins des PVIH	155 360,00 \$	32 000,00 \$	29 680,00 \$	32 000,00 \$	29 680,00 \$	32 000,00 \$
Stratégie 3.6.2.2: Organisation de la prise en charge des cas d'exposition à un liquide biologique contaminé	1 728 287,00 \$	377 591,00 \$	374 983,00 \$	374 983,00 \$	345 365,00 \$	255 365,00 \$

Objectif 3.6.3. Promouvoir l'adhésion et l'observance des traitements antirétroviraux (ARV) des PVIH adultes et enfants	4 348 280,00 \$	1 359 656,00 \$	147 156,00 \$	1 347 156,00 \$	147 156,00 \$	1 347 156,00 \$
Stratégie 3.6.3.1. : Amélioration de la qualité de l'observance	4 125 640,00 \$	1 315 128,00 \$	102 628,00 \$	1 302 628,00 \$	102 628,00 \$	1 302 628,00 \$
Stratégie 3.6.3.2 : Amélioration de l'adhésion aux soins	222 640,00 \$	44 528,00 \$	44 528,00 \$	44 528,00 \$	44 528,00 \$	44 528,00 \$
Programmes 7. Accès universel à la PEC psychosociale et économique des PVIH adultes et enfants et de leur famille	4 243 657,00 \$	618 878,00 \$	846 701,00 \$	926 026,00 \$	926 026,00 \$	926 026,00 \$
Objectif 3.7.1. Renforcer, en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires, la prise en charge psychosociale des PVIH adultes et enfants ;	660 085,00 \$	24 565,00 \$	163 380,00 \$	157 380,00 \$	157 380,00 \$	157 380,00 \$
Stratégie 3.7.1.1: Amélioration du continuum de soins	660 085,00 \$	24 565,00 \$	163 380,00 \$	157 380,00 \$	157 380,00 \$	157 380,00 \$
Objectif 3.7.2. Assurer l'insertion et/ou la réinsertion socioprofessionnelle et le développement des activités génératrices de revenus ;	2 707 220,00 \$	568 145,00 \$	545 775,00 \$	531 100,00 \$	531 100,00 \$	531 100,00 \$
Stratégie 3.7.2.1: Amélioration de l'accès aux services sociaux et aux revenus	2 707 220,00 \$	568 145,00 \$	545 775,00 \$	531 100,00 \$	531 100,00 \$	531 100,00 \$
Objectif 3.7.3. Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des PVIH et des groupes vulnérables et assurer le respect des droits des PVIH.	876 352,00 \$	26 168,00 \$	137 546,00 \$	237 546,00 \$	237 546,00 \$	237 546,00 \$
Stratégie 3.7.3.1: Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	876 352,00 \$	26 168,00 \$	137 546,00 \$	237 546,00 \$	237 546,00 \$	237 546,00 \$

But 4 : Renforcer la surveillance de l'épidémie, le S&E et la recherche	<u>11 522 491,75 \$</u>	<u>4 065 194,15 \$</u>	<u>1 697 318,15 \$</u>	<u>1 500 838,15 \$</u>	<u>1 633 303,15 \$</u>	<u>2 355 838,15 \$</u>
Programme 8 : Amélioration des performances du sous système d'Information des IST/VIH/Sida	7 426 494,00 \$	1 784 607,00 \$	1 925 113,00 \$	492 558,00 \$	1 891 658,00 \$	1 332 558,00 \$
Objectif 4.8.1. Identifier et clarifier les missions de la structure nationale chargée de la coordination de la surveillance épidémiologique globale du VIH/Sida et des IST	63 664,00 \$	40 644,00 \$	23 020,00 \$			
Stratégie 4.8.1.1: Mise en place du réseau national de surveillance de deuxième génération des IST/VIH/Sida	63 664,00 \$	40 644,00 \$	23 020,00 \$			
Objectif 4.8.2. Améliorer, dans le cadre du SNIS, les performances du sous système d'Information du VIH/Sida et des IST	2 647 195,00 \$	793 568,00 \$	471 233,00 \$	460 798,00 \$	460 798,00 \$	460 798,00 \$
Stratégie 4.8.2.1: Renforcement et amélioration de la notification des cas de VIH/Sida et d' IST	742 810,00 \$	365 138,00 \$	94 418,00 \$	94 418,00 \$	94 418,00 \$	94 418,00 \$
Stratégie 4.8.2.2: Renforcement du système de gestion de l'information stratégique sur la situation des IST/VIH/Sida pour une amélioration de la réponse nationale	1 904 385,00 \$	428 430,00 \$	376 815,00 \$	366 380,00 \$	366 380,00 \$	366 380,00 \$
Objectif 4.8.3. Renforcer la surveillance épidémiologique de 2eme génération et la rétro information	2 714 135,00 \$	949 895,00 \$	430 860,00 \$	31 260,00 \$	430 860,00 \$	871 260,00 \$



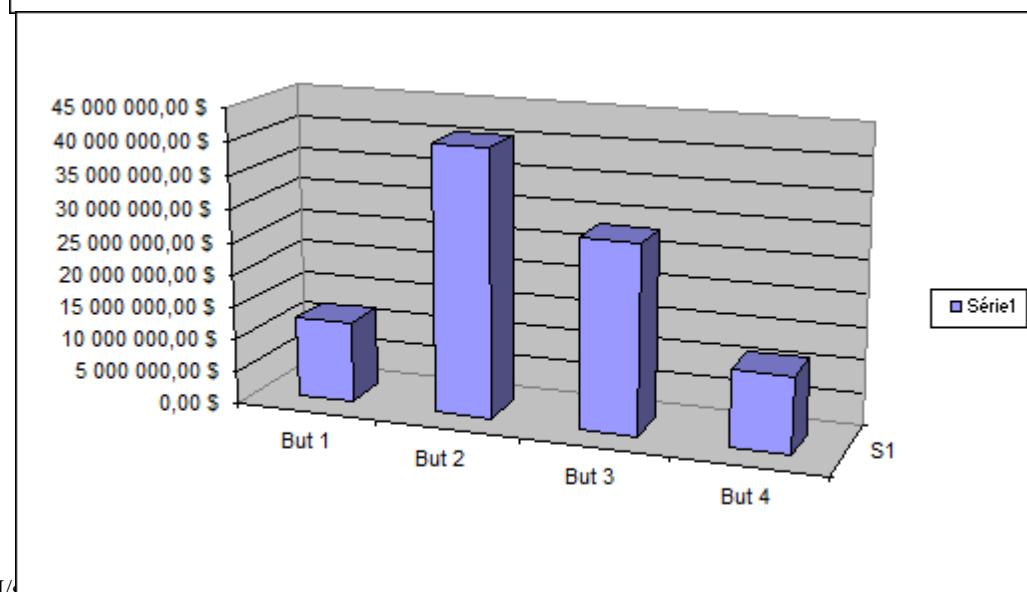
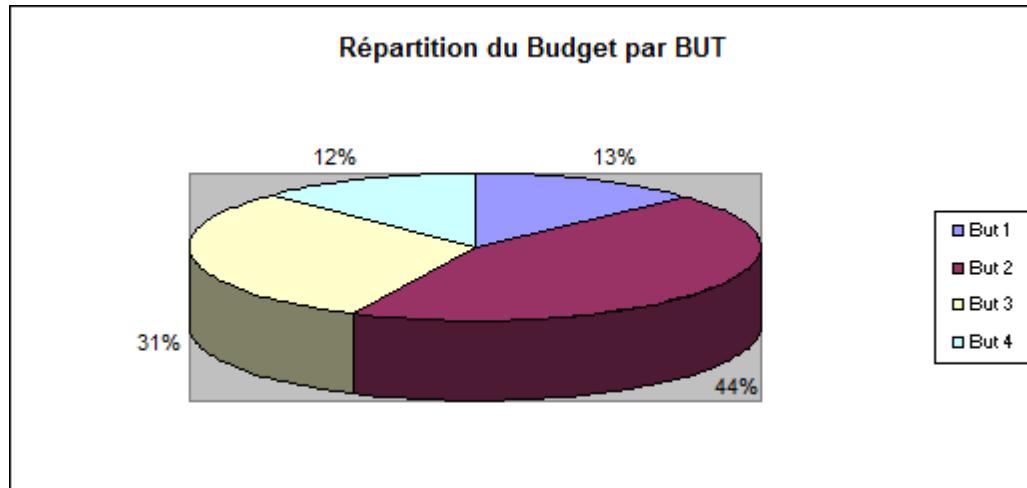
Stratégie 4.8.3.1: Renforcement de la séro-surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis des femmes enceintes et des groupes à comportement à risque (Patients IST, PS)	1 017 485,00 \$	93 645,00 \$	430 860,00 \$	31 060,00 \$	430 860,00 \$	31 060,00 \$
Stratégie 4.8.3.3: Mettre en place la surveillance comportementale des groupes les plus exposés aux risques (PS, HSH, CDI, détenus...) et des groupes vulnérables (jeunes, migrants)	16 050,00 \$	16 050,00 \$				
Stratégie 4.8.3.4: Introduire et développer la surveillance intégrée biologique et comportementale aux groupes les plus exposés aux risques	1 680 600,00 \$	840 200,00 \$		200,00 \$		840 200,00 \$
Programme 9. Mettre en œuvre et renforcer un système de suivi évaluation unique et cohérent à l'échelon national pour l'amélioration de la mise en œuvre des interventions et l'évaluation des effets /impacts du programme	5 827 497,75 \$	2 281 087,15 \$	772 205,15 \$	1 008 780,15 \$	741 645,15 \$	1 023 780,15 \$
Objectif 4.9.1 Renforcer la coordination avec l'ensemble des partenaires impliqués	1 381 932,00 \$	1 164 102,00 \$	67 830,00 \$	50 000,00 \$	50 000,00 \$	50 000,00 \$
Stratégie 4.9.1.1 : Développement de la Coordination et du Suivi & Evaluation de la mise en œuvre du Plan National Stratégique	1 381 932,00 \$	1 164 102,00 \$	67 830,00 \$	50 000,00 \$	50 000,00 \$	50 000,00 \$
Objectif 4.9.2. Développer un Système national de Suivi - Evaluation en vue d'appuyer la mise en œuvre des stratégies et des interventions, incluant les secteurs public et privé	3 770 455,75 \$	889 405,15 \$	637 945,15 \$	795 080,15 \$	637 945,15 \$	810 080,15 \$

Stratégie 4.9.2.1: Développement d'un Système national de Suivi-Evaluation	819 310,00 \$	365 030,00 \$	113 570,00 \$	113 570,00 \$	113 570,00 \$	113 570,00 \$
Stratégie 4.9.2.2: Evaluation de la mise en œuvre du Plan Stratégique	2 951 145,75 \$	524 375,15 \$	524 375,15 \$	681 510,15 \$	524 375,15 \$	696 510,15 \$
Objectif 4.9.3. Promouvoir les travaux de recherche opérationnelle en matière de VIH/Sida et d'IST	675 110,00 \$	227 580,00 \$	66 430,00 \$	163 700,00 \$	53 700,00 \$	163 700,00 \$
Stratégie 4.9.3.1: Développement d'études spéciales, de recherche opérationnelle/mise en œuvre	675 110,00 \$	227 580,00 \$	66 430,00 \$	163 700,00 \$	53 700,00 \$	163 700,00 \$



❖ Répartition budgétaire par but et gaps financiers

Répartition du Budget par But	
But 1	12 241 235,00 \$
But 2	40 643 029,25 \$
But 3	28 525 498,00 \$
But 4	11 522 491,75 \$
Budget PNS	92 932 254,00 \$



Plan global de financement	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
Etat	5 503 778,09 \$	8 467 001,85 \$	10 236 453,65 \$	11 218 977,15 \$	12 440 401,65 \$	47 866 612,39 \$
Secteur Privé	81 275,56 \$	140 540,03 \$	175 929,07 \$	195 579,54 \$	220 008,03 \$	813 332,23 \$
Coopération Belge	163 245,00 \$	152 085,00 \$				315 330,00 \$
Système des Nations Unies	500 000,00 \$	500 000,00 \$	500 000,00 \$	500 000,00 \$		2 000 000,00 \$
Total Annuel	6 248 298,65 \$	9 259 626,88 \$	10 912 382,72 \$	11 914 556,69 \$	12 660 409,68 \$	50 995 274,62 \$

Budget Annuel	23 765 364,96 \$	16 573 445,46 \$	17 968 379,68 \$	16 037 391,90 \$	18 317 671,99 \$	92 662 253,99 \$
Gap Financier Annuel	17 517 066,31 \$	7 313 818,58 \$	7 055 996,96 \$	4 122 835,21 \$	5 657 262,31 \$	41 666 979,37 \$
% annuel du Gap Financier	74%	44%	39%	26%	31%	45%

Budget Global PNS	92 932 254,00 \$	100%
Apports Financiers	50 995 274,62 \$	55%
Gap Financier	41 936 979,38 \$	45%



Chapitre VII. Mise en œuvre et Suivi & Evaluation de la réponse nationale

❖ VII.1 Gestion et coordination de la réponse nationale

La mise en œuvre du plan national stratégique 2008-2012 de lutte contre les IST/VIH/sida en Algérie, constitue un enjeux national, elle sera possible et facilité à travers la mise en place d'une coordination nationale et opérationnelle.

Plusieurs conditions doivent être réunies :

- ❖ L'Intensification des actions de formation des différentes catégories de personnels intervenants sanitaires, sociaux et associatifs et ce dans les différents domaines (prévention, soins, appui psychosocial, IEC/CCC),
- ❖ Le renforcement des capacités d'interventions des associations de PVIH et de la société civile,
- ❖ La mise en place un système de suivi- évaluation visant notamment à disposer d'une base de données et d'indicateurs nationaux (ressources, activités, résultats, impact)
- ❖ Le renforcement des capacités organisationnelles, techniques et financières, par l'inscription d'une ligne budgétaire VIH/SIDA dans le budget national au niveau des différents secteurs ministériels intervenants et des collectivités locales,
- ❖ La répartition des tâches entre tous les partenaires selon les priorités nationales et les compétences de chacun.
- ❖ la mobilisation d'autres ressources nationales et internationales en faveur de la lutte contre le VIH (secteur privé, GFATM...),

VII.1.1 Mettre en place l'organigramme du CNLS

L'identification des tâches du personnel des différentes unités techniques du CNLS, selon un référentiel d'interventions et de compétences est une condition préalable à la mise en place de l'organigramme du CNLS.

VII.1.2 Renforcer le CNLS en ressources humaines et moyens matériels

Le renforcement du CNLS en ressources humaines compétentes pour intervenir dans les différents domaines ainsi que sur le plan des moyens matériels, constitue une priorité pour une meilleure réalisation des tâches qui incombent à chaque unité technique du CNLS.

VII.1.3 Améliorer la coordination/concertation entre les différentes Institutions

Le système d'information national doit être solide et susceptible de garantir la fluidité de la communication des informations entre toutes les parties prenantes aux niveaux national, régional et local. Il est important d'améliorer la coordination/concertation entre les différentes Institutions (publiques, privées et société civile) impliquées dans la lutte contre le VIH/sida, qui va se répercuter directement sur une meilleure gestion du programme multisectoriel et un suivi – évaluation prenant en compte l'ensemble des informations destinées au CNLS.

❖ VII.2 Le Système National de Suivi & Évaluation

VII.2.1. Objectifs du Système de Suivi & Évaluation national

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNS 2008-2012, l'objectif général du système national de S&E est d'améliorer les capacités et la fonctionnalité du dispositif de S&E de la riposte nationale au VIH/sida en Algérie, cela dans une perspective d'unicité et de centralisation telle que prônée par les "Trois Principes".

L'atteinte de cet objectif général passe par la réalisation des objectifs stratégiques suivants :

- Appuyer la mise en œuvre d'une planification opérationnelle basée sur les résultats ;
- Suivre et évaluer les projets financés dans le cadre de la mise en œuvre du PNS 2008-2012 ;
- Renforcer le système d'information globale et la documentation des interventions du programme national aux niveaux central et décentralisé (*régional, wilaya et communal*) ;
- Renforcer les capacités en S&E de tous les acteurs impliqués dans la riposte nationale, et cela à tous les niveaux ;
- Renforcer le système de surveillance des IST/VIH/sida, y compris les enquêtes complémentaires, dans l'optique d'améliorer la maîtrise de l'évolution du Sida en Algérie, tant au sein de la population générale que dans les groupes de populations considérés comme vulnérables et/ou à risque d'infection au VIH ;
- Assurer régulièrement les audits, les revues et les évaluations du programme national ;
- Renforcer la recherche opérationnelle sur les IST/VIH/sida.

VII.2.2. Cadre de Suivi & Évaluation et Système d'Information

Le cadre de S&E du PNS 2008-2012 est une représentation séquentielle des étapes devant conduire à l'appréciation des résultats obtenus dans la mise en œuvre des activités pour la période quinquennale. Il repose sur des indicateurs de processus, d'effets et d'impact, qui vont permettre de mesurer le degré de mise en œuvre de la réponse. Ces indicateurs sont classés selon les objectifs poursuivis par le PNS 2008-2012.

Les objectifs ciblés de l'UNGASS 2001, et d'Abuja 2006 sur l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH, et d'appui ont été pris en compte aux niveau des effets et impacts attendus. Le système de S&E s'intègre aux systèmes préexistants, qu'il s'agit juste de réaménager à cet effet. Il fait le lien entre le suivi technique et le suivi financier, et fournit l'information utile sur les prestations de service et les activités à travers un système d'information interne.

VII.2.3. Circuit des données et responsabilités par niveau

Le schéma suivant illustre les étapes du circuit de données : la documentation des données primaires (collecte quotidienne), la synthèse sur fiche mensuelle, la remontée des rapports d'activités, l'informatisation des données et l'agrégation au niveau central.

Tableau 1 : Niveaux opérationnels du système national de S&E

ACTIVITES	Outils	RESPONSABLES	
Collecte quotidienne d'informations	Animateurs des activités Mise en œuvre & suivi des activités de terrain	Fiche de suivi/Cahier/Registre	Educateurs/animateurs, personnel de soins, formateurs, bénéficiaires, groupements, etc.
Compilation mensuelle des données primaires	Acteurs de terrain Suivi de la mise en œuvre du plan d'action du Projet	Fiche de suivi mensuel	ONG & associations
Centralisation et complétude, synthèse mensuelle des activités de suivi wilaya, informatisation (CRIS), analyse primaire des données	Coordination wilaya du S&E Suivi de la mise en œuvre du plan intégré multisectoriel wilaya	Fiche de suivi mensuel	Gestionnaire de données wilaya
Centralisation et complétude, synthèse régionale trimestrielle des activités de suivi, informatisation (CRIS), analyse primaire des données	Coordination régionale du S&E Suivi de la mise en œuvre des plans intégrés multisectoriels des wilayas de la région sanitaire	Fiche de suivi et synthèse régionale	Coordinateur régional
Centralisation et complétude, synthèse des activités de suivi mensuel, informatisation (CRIS), analyse primaire des données	Coordination sectorielle du S&E Suivi de la mise en œuvre des plans d'action sectoriels	Fiche de suivi et synthèse sectorielle	Point focal et gestionnaire de données
Orientation, consolidation, traitement & diffusion trimestrielle, gestion & administration de la base de données nationale (CRIS)	Coordination nationale du S&E	Base de données centrale, analyse, rapports	Equipe de l'autorité nationale de coordination

VII.2.4. Niveaux d'intervention du système national de S&E

Le système national de S&E s'appuie sur cinq niveaux. Les acteurs de chaque niveau jouent un rôle fondamental dans l'opérationnalisation du dispositif national de S&E.

Le premier niveau est celui des structures d'exécution, à savoir : les services déconcentrés des wilayas ministériels, les entreprises et les organisations de la société civile. Ce niveau se caractérise par son rôle principal de développer, réaliser et documenter les différentes activités menées par les acteurs de terrain au profit des bénéficiaires primaires. La documentation s'effectue sous forme de fiches d'activités quotidiennes et de fiches de synthèses mensuelles, qui serviront à l'élaboration de rapports d'activités mensuels.

Le second niveau est constitué des 48 Directions de la Santé et de la Population (DSP) du Ministère de la Santé et des Comités Multisectoriels de Wilayas de lutte contre les IST/VIH/sida (CMW). L'ancrage sur les DSP a l'avantage pour le Système National de Suivi & Evaluation de bâtir sur des structures déjà en place, pérennes et pleinement opérationnelles. Quant à la création des CMW, elle permet de répondre aux exigences de décentralisation et de multisectorialité de la riposte nationale.

Le troisième niveau correspond aux coordinateurs régionaux, basés au niveau de chacune des cinq régions sanitaires (Alger, Béchar, Constantine, Oran et Ouargla). Pour une coordination efficiente, le coordinateur régional aura à tenir des réunions trimestrielles avec les gestionnaires de données des wilayas de sa région sanitaire, et à produire un rapport trimestriel et un rapport annuel

Le quatrième niveau correspond aux organismes de référence, aux services spécialisés, aux ONG d'encadrement, ainsi qu'aux comités ministériels de lutte contre les IST/VIH/sida (CMLS). Dans le contexte, un organisme de référence est une structure de mise en œuvre qui, de part son plateau technique, la compétence de son personnel et la vocation d'encadrement d'autres structures nationales et/ou régionales, offre une expertise dans la qualité et la régularité des activités réalisées. En ce qui concerne les services spécialisés, ce sont les services ou les institutions du secteur public dont l'implication dans la lutte contre les IST/VIH/sida est notable, et qui sont susceptibles d'apporter une contribution prépondérante dans la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services et produits de prévention, de traitement, de soins et d'appui. Les comités ministériels de lutte contre les IST/VIH/sida (CMLS) seront mis en place au niveau central dans les principaux ministères ciblant les populations les plus vulnérables au VIH. Les ONG d'encadrement correspondent aux organisations de la société civile créées au niveau national et menant des interventions à ce niveau. Ce sont essentiellement des ONG à caractère professionnel opérant dans le secteur et ayant une expérience avérée dans la riposte.

Le cinquième niveau est celui du Secrétariat Technique Permanent du Conseil National de Lutte contre le Sida, et plus particulièrement de l'Unité de Planification, Suivi, Evaluation et Recherche (*autorité nationale de coordination*) - structure ultime et unique de validation et de coordination pour le système national de S&E. Au sein du STP/CNLS, l'autorité nationale de coordination du S&E sera le dépôt central de toute information en matière d'IST/VIH/sida au niveau national.

VII.2.5. Sources des données du système national de S&E et produits d'information

Le suivi de la mise en œuvre des activités constituera la principale source d'informations du programme national. Aux rapports périodiques de suivi s'ajouteront les données de la surveillance épidémiologique, des études et recherches, et des exercices d'évaluations. Celles-ci fourniront des données à travers les sources suivantes :

- La surveillance sentinel ;
- La surveillance comportementale ;
- La surveillance combinée (biologique et comportementale) – encore appelée surveillance de 2^{ème} génération ;
- La surveillance des cas d'infection à VIH, des cas de Sida et des cas de décès ;
- La surveillance de la résistance aux ARV ;
- La surveillance de la prise en charge des IST.
- Les enquêtes ménages auprès des populations (MICS et EDS) ;



- Les enquêtes sur la qualité des services et la satisfaction des bénéficiaires ;
- Le dépistage systématique du VIH dans les dons de sang ;
- L'évaluation de la résistance des gonocoques aux antibiotiques.
- Les évaluations à mi-parcours et finale du STP/CNLS ;
- L'auto-évaluation du système national de S&E ;
- Les audits (*technique et financier*) du programme national

Si les informations générées par le système national de S&E en vue d'alimenter le sous-système d'information sont correctement exploitées, le dispositif de S&E devrait permettre de fournir les produits d'information suivants :

- Les rapports trimestriels techniques et financiers des projets et programmes (rapport global et par source de financement) ;
- Les rapports trimestriels et annuels des coordinateurs régionaux ;
- Les rapports annuels du programme national, réalisé dans le cadre du PNS 2008-2012 ;
- Les rapports de documentation des interventions ;
- Les rapports de suivi des engagements internationaux (rapports biennaux UNGASS, rapports biennaux REDES, rapports sur l'Accès Universel, rapports sur les OMD, etc.).

Le cadre logique détaillé de suivi du PNS 2008-2012 est précédé par la pyramide des indicateurs principaux de façon à permettre à tous les acteurs de la réponse à s'approprié le processus de scaling up vers l'accès universel à tous.



❖ Pyramide des indicateurs de suivi & évaluation

SUIVI		EVALUATION	
APPORTS	PRODUITS	RESULTATS (effets à court et moyen terme)	IMPACTS (effets à long terme)
Ressources humaines	1) Montant des fonds nationaux et internationaux engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA	1) % 15-24 ans, des personnes parmi les populations les plus exposées possédant des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	1) % de jeunes 15-24 ans, détenus, UDI, PS, HSH, migrants et routiers infectés par le VIH 2) % de nourrissons nés infectés de mère séropositive
Ressources financières	2) % des 15-24 ans, de personnes parmi les populations les plus exposées qui, au cours des 12 derniers mois, ont effectué le test de dépistage et reçu les résultats		3) % adultes et enfants infectés par le VIH toujours en vie sous traitement antirétroviral 12, 24 mois après le début de celui-ci
Ressources matérielles	3) Nombre (%) de personnes parmi les populations les plus exposées au risque d'infection VIH, que les programmes de prévention de proximité parviennent à atteindre		
	4) Nombre de wilayas disposant de centres de conseils et de dépistage volontaires fonctionnels	2) % 15-24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois	
	5) % d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage VIH, VHB et VHC et Syphilis selon le consensus national au cours des 12 derniers mois	3) % de détenus, militaires, routiers et migrants déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois	
	6) Nombre de préservatifs distribués	4) % de HSH déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport anal avec partenaire masculin dans les 12 derniers mois	
	7) % de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu la prophylaxie ARV selon le consensus national pour réduire le risque de transmission mère-enfant	5) % de PS déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	

	8) Nombre d'établissements en mesure de fournir des soins pour l'infection à VIH, y compris la prescription des traitements ARV	6) % d'UDI déclarant avoir utilisé un préservatif lors du tout dernier rapport sexuel des 12 derniers mois
	9) % de PVVIH (adultes éligibles et enfants) qui reçoivent un traitement antirétroviral selon le consensus national	7) % d'UDI déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue
	10) Nombre de PVVIH bénéficiant du paquet de service de prise en charge psychosociale	
	11) Nombre de personnes infectées et affectées ayant bénéficié de projets générateurs de revenus	
	12) Nombre de personnes infectées, affectées et de personnes de groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination ayant reçu une assistance juridique	
	13) % de malades co-infectés par le VIH/TB notifiés et ayant reçu un traitement pour le VIH et la TB	



❖ Cadre logique de suivi du PNS 2008-2012

Nº	Objectifs / Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Données de base			Résultats attendus					Source
		Données	Année	Source	2008	2009	2010	2011	2012	
Indicateurs d'impact										
1.1	Prévalence du VIH chez les jeunes (15-24 ans)	ND			<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	ESC ²
1.2	Prévalence du VIH chez les détenus	ND			<5%	<4%	<3,5%	<3%	<2%	ESC
1.3	Prévalence du VIH chez les UDI	ND			<5%	<4%	<3,5%	<3%	<2%	ESC
1.4	Prévalence du VIH chez les PS	3.95%	2007	ESS	3.8%	3.5%	3%	2.5%	2%	ESC
1.5	Prévalence du VIH chez les hommes en uniforme	ND			<5%	<4%	<3,5%	<3%	<2%	ESC
1.6	Prévalence du VIH chez les HSH	ND			<5%	<4%	<3,5%	<3%	<2%	ESC
1.7	Prévalence du VIH chez les migrants	ND			<5%	<4%	<3,5%	<3%	<2%	ESC
1.8	Prévalence du VIH chez les routiers	ND			<5%	<4%	<3,5%	<3%	<2%	ESC
2	% de nourrissons nés infectés de mère séropositive	ND			<8%	<8%	<5%	<5%	<3%	Estimation basée sur la couverture du programme et surveillance sentinelle

² ESC signifie Enquête de Surveillance Combinée



N°	Objectifs / Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Données de base			Résultats attendus					Source
		Données	Année	Source	2008	2009	2010	2011	2012	
3	% d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement ARV 12 - 24 mois après le début du traitement entre 2008 et 2012	70%	2007	MSPRH	75%	80%	80%	85%	>90%	Rapport CNLS
Indicateurs d'effets										
4	% d'UDI qui ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors du tout dernier rapport sexuel des 12 derniers mois	ND			10%	20%	30%	50%	60%	ESC
5	% d'UDI déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	ND			10%	20%	30%	50%	60%	ESC
6	% de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	ND			5%	10%	20%	40%	60%	ESC
7	% de HSH déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	ND			10%	20%	30%	40%	50%	ESC
8	% de détenus, militaires, routiers et migrants déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	ND			20%	25%	30%	40%	50%	ESC
9	% de jeunes (15-24 ans) qui ont déclaré avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport avec une partenaire occasionnelle dans les 12 derniers mois	ND			10%	20%	50%	75%	>90%	ESC
10	% de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission	15.9%	2006	MICS 3	20%	25%	30%	40%	50%	ESC



N°	Objectifs / Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Données de base			Résultats attendus					Source
		Données	Année	Source	2008	2009	2010	2011	2012	
11	% de personnes des groupes vulnérables (professionnel(l)e)s du sexe, routiers, détenus, UDI, hommes en tenue, HSH, migrants & routiers) possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission	ND			20%	30%	40%	60%	>75%	ESC

Indicateurs de produits

<i>Bute 1 : Renforcer la coordination nationale, le plaidoyer, le partenariat et les capacités de mobilisation des ressources dans le cadre des "Trois Principes"</i>										
12	Nombre d'instances nationales et décentralisées de gestion et de coordination de la riposte créées et fonctionnelles entre 2008 et 2012	1 CNLS ; 7 CMLS	1989 ; 2006	CNLS	1 STP/CNLS ; 1 CCM ; 5 ONG d'enc. ; 5 UAR ; 7 CMLS	1 STP/CNLS ; 1 CCM ; 6 ONG d'enc. ; 5 UAR ; 8 CMLS ; 12 UGW	1 STP/CNLS ; 1 CCM ; 8 ONG d'enc. ; 5 UAR ; 9 CMLS ; 24 UGW	1 STP/CNLS ; 1 CCM ; 9 ONG d'enc. ; 5 UAR ; 10 CMLS ; 48 UGW	1 STP/CNLS ; 1 CCM ; 10 ONG d'encadrement ; 5 Coordinations régionales ; 10 CMLS ; 48 Unités de gestion de données wilaya	Rapport CNLS
13	Nombre de Ministères ayant intégré la lutte contre les IST/VIH/sida dans leur plan d'actions et ayant alloué un budget pour cette composante	7	2006	CNLS	9	11	13	15	17	Rapport CNLS
14	Nombre d'ONG et associations impliquées dans la lutte contre les IST/VIH/sida dont les capacités organisationnelles et fonctionnelles ont été renforcées entre 2008 et 2012	4	2005	CCM	6	8	12	16	20	Rapport CNLS



N°	Objectifs / Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Données de base			Résultats attendus					Source
		Données	Année	Source	2008	2009	2010	2011	2012	
15	% de (wilayas) disposant de Plan Local de Lutte contre les IST/VIH/sida et ayant alloué un budget pour cette composante	ND			25%	40%	60%	80%	100%	Rapport CNLS
16	Nombre de Comités aux niveaux national et/ou wilaya (local) de Lutte contre le sida ayant intégré un membre PVIH ou un membre d'un groupe spécifique à risque		1	1998	CNLS	2	4	6	8	
17	Montant des fonds nationaux et internationaux engagés par pour la lutte contre le SIDA		5 670 000 \$ (nationaux) 6 773 246 \$ (internationaux)	2007	CNLS					
18	Indice Composite des Politiques Nationales									Revue documentaire et entretien auprès d'informateurs clés
	But 2 : Renforcer les interventions de prévention des IST/VIH/sida et la promotion du conseil et du dépistage volontaire dans le cadre de l'Accès Universel									
19	Nombre de préservatifs distribués aux populations les plus exposées au risque (en million)	12	2006	MSPRH	12,5	13	14	15	20	Suivi de programmes
20	Nombre de supports de communication de masse diffusés / distribués pour la sensibilisation en matière de VIH/sida		900 000	2007	CNLS/CCM	1000 000	1 500 000	2 000 000	2 500 000	Suivi de programmes
21	Nombre de structures de jeunes offrant une activité d'éducation en matière de VIH/sida		58	2007	CNLS/CCM	58	70	90	110	
22	Nombre d'intervenants auprès des populations les plus exposées au risque d'infection VIH formés en matière de prévention du VIH selon les normes nationales		250	2007	CNLS/CCM	500	1 000	1 500	2500	4 000



N°	Objectifs / Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Données de base			Résultats attendus					Source	
		Données	Année	Source	2008	2009	2010	2011	2012		
23	Nombre de personnes parmi les populations les plus exposées au risque d'infection VIH, que les programmes de prévention de proximité parviennent à atteindre	5000	2007	CNLS/CCM	10 000	20 000	30 000	50 000	70 000	Suivi de programmes	
24	% de jeunes 15-24 ans qui ont effectué un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont été informé des résultats		ND		20%	35%	50%	60%	75%	ESC	
25	% de personnes parmi les populations les plus exposées au risque d'infection qui ont effectué un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont été informées des résultats		ND		20%	25%	30%	40%	50%	ESC	
26	Nombre de wilayas (local) disposant de centres de conseils et de dépistage volontaire (CDV) fonctionnels		48	2007	MSPRH	60	70	80	90	100	Rapport CNLS
27	% de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral selon le consensus national pour réduire le risque PTME		ND		10%	20%	40%	60%	100%	Suivi de programme	
28	% d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage VIH, VHB et VHC et Syphilis		100%	2006	ANS	100%	100%	100%	100%	Suivi de programme	
But 3 : Renforcer la prise en charge globale des PVVIH dans le cadre de l'Accès Universel											
29	% de personnes ayant une infection VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral selon le consensus national	55%	2007	MSPRH	55%	60%	65%	70%	80%	Suivi de programme et estimation	
30	Nombre d'établissements en mesure de fournir des soins pour l'infection à VIH, y compris la prescription des traitements ARV	8	2007	MSPRH	10	12	14	16	18	Rapport CNLS	
31	% de malades co-infectés par le TB/VIH notifiés et ayant reçu un traitement pour le VIH et la TB	ND			30%	40%	50%	60%	80%	Suivi de programme	



N°	Objectifs / Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Données de base			Résultats attendus					Source
		Données	Année	Source	2008	2009	2010	2011	2012	
32	Nombre de PVIH bénéficiant du paquet de services de prise en charge psychosociale	262	2007	Rapport ONG	1500	1 777	2 719	3 226	3 537	Suivi de programme
33	Nombre de personnes infectées et affectées ayant bénéficié de projets générateurs de revenus		2007	Rapport ONG	100	250	500	750	1 000	Suivi de programme
34	Nombre de PVIH, de personnes affectées et de personnes de groupes spécifiques victimes de stigmatisation et de discrimination ayant reçu une assistance juridique		2007	Rapport ONG	75	100	400	800	1 000	Suivi de programme
But 4 : Renforcer la surveillance de l'épidémie, le S&E et la recherche										
35	Nombre de structures de S&E mises en place aux niveaux central et décentralisé qui collectent et transmettent leurs données suivant le circuit défini	ND			1 USER + 5 UAR + 12 UAW	1 USER + 5 UAR + 24 UAW	1 USER + 5 UAR + 48 UAW	1 USER + 5 UAR + 48 UAW	1 USER + 5 UAR + 48 UAW	Rapport CNLS
36	Nombre de sites sentinelles fonctionnels effectuant la sérosurveillance du VIH et des IST selon les normes		2007	MSPRH	14	18	22	26	30	Rapport CNLS
37	Nombre d'enquêtes et études sur les IST/VIH/sida réalisées dont les résultats sont connus et diffusés		2007	MSPRH	5	18	4	4	18	Rapport CNLS



Références bibliographiques

1. Fares, Mokhtari, Ghorab, Benkaidali, Cerbah, Allahoum, Naim, Cheriet, Chikhi, Bouhadjar, Bousouf, Zoughaileche, Mohammedi. Rapport sur la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH (séro-surveillance sentinelles en 2000). Direction de la Prévention. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
2. Fares, Mokhtari, Gourari, Cheriet, Sedjal, Makhlouf, Aoureg, Cerbah, Alioua, Harzaoui, Khodja, Mohammedi. Rapport de l'enquête de séro-surveillance du VIH et de la Syphilis de 2004. Direction de la Prévention. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
3. Fares et coll. Rapport de l'enquête nationale de séro-surveillance du VIH et de la Syphilis de 2007. (A paraître). Direction de la Prévention. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.
4. Mimouni, Remaoun, Abdalla, Warner-Smith. Etude du lien potentiel entre usage problématique de drogue et VIH/SIDA en Algérie (86 pages, in French). Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle (CRAS), Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS), Octobre 2005.
5. Shepard BL & DeJong JL. Breaking the Silence and Saving Lives: Young People's Sexual and Reproductive Health in the Arab States and Iran (245 pages). International Health and Human Rights Program, Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, 2005.
6. La transfusion sanguine en Algérie pour l'année 2000 (in French). Alger, Algérie, Agence Nationale du Sang (ANS), 2000-.
7. Naim et coll. Antibiothérapie des maladies sexuellement transmissibles. La lettre du Biologiste, novembre 2000.
8. Enquête algérienne sur la santé de la famille. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière & Office National des Statistiques & Ligue des États Arabes, Juillet 2004.
9. Institut National de Santé Publique. Rapports des maladies à déclaration obligatoire, 1990 - 1998. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
10. Institut Pasteur d'Algérie, Laboratoire National de Référence de l'Infection VIH/sida. Rapport 1985 – 2006.
11. Mohammedi, Laboratoire National de Référence de l'Infection VIH/SIDA, Institut Pasteur d'Algérie (Communication personnelle, 2004).
12. Bouzeghoub, Jauvin, Recordin-Pinson, Garrigue, Amrane, Bellabes, Fleury. High Diversity of HIV type 1 in Algeria. Aids Research and Human Retroviruses 2006



13. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme. Organisation internationale pour les migrants (OIM). Mobilités Internationales et VIH/SIDA en Algérie. Rapport final Décembre 2003
14. Medjaoui et coll. Etude des connaissances, attitudes et pratiques sur les maladies sexuellement transmissibles (MST/SIDA) auprès des jeunes militaires. Ministère de la Défense Nationale, 1999.
15. Belkaïd Rezki, Graba. Sexualité chez les étudiants en médecine d'Alger (communication) à la Xème conférence internationale sur les MST/SIDA en Afrique, Abidjan, 7-11 décembre 1997.
16. Meziane et coll. Enquête CAP SIDA 2002 (Alger, Khénchela, Oran, Ouargla, Tamanrasset). Service de Communication Sociale, Institut National de Santé Publique Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière - Juillet 2002.
- 17 Bouzeghoub et coll. First observation of HIV Type 1 Drug Resistance Mutations in Algeria. AIDS Research and Human Retroviruses. Volume 24, Number 11, 2008.
18. Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête nationale à indicateurs multiples. Enquête MICS3 2006. (Rapport préliminaire). Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Office National des Statistiques.
19. Behavioral Surveillance Surveys – Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk for HIV. Arlington VA, USA, Family Health International, 2000. INDICATEURS MULTIPLES, MICS3 ALGERIE 2006



Annexe

1. Liste des participants



Annexe 1 : Liste des participants au processus d'élaboration national de validation du PNS de lutte contre les IST/VIH/sida 2008-2012

N°	Nom Prénoms	Institution
1.	Aissi Lilia	Centre de Dépistage Volontaire Bouguermine Alger
2.	Ait Kaid Djaffer	CDR EHS Alger L. Flici
3.	Ait-Oubelli Kamel	Direction de la Prévention MSPRH
4.	Ameur Rédha	BIT
5.	Amine Mohamed	CDR Central de l'Armée
6.	Amrane Achour	CDR EHS Alger L. Flici
7.	Aoudi Leila	Hôpital Central de l'Armée
8.	Aourane Kenza	CDR EHS Alger L. Flici
9.	Baroudi El Fahchouche	Croissant Rouge Algérien
10.	Batouche Djilalia	Centre de Salubrité Publique d' Oran
11.	Belamri Hakim	Direction Générale de la Sureté Nationale
12.	Belarbi Dalila	Croissant Rouge Algérien
13.	Belazzoug Toufik	Ministère de l'Education Nationale
14.	Bellebna Mohamed	Centre de Dépistage Volontaire de Saida
15.	Benmakhlof Madjid	Direction de la prévention / MSPRH
16.	Boucelham Saadia	PNUD
17.	Boudriès Charafa	CHU Alger Centre Mustapha
18.	Boufenissa Ahcen	Association « Solidarité AIDS »
19.	Boumia Aouaoueche	Ministère de la Jeunesse et des Sports
20.	Bourouba Othmane	Association « AIDS Algérie »
21.	Bouzeghoub Salima	Institut Pasteur d'Algérie
22.	Bouzid Nassima	Agence Nationale du Sang
23.	Cerbah Hamid	Hôpital de Bordj Menaiel
24.	Cheriet Aini	CHU Tizi-Ouzou
25.	Chibout Leila	OMS
26.	Chouikrat Ramdane	Hôpital de Boufarik (W.Blida)

27.	Derriche Khaled	Ministère de l'Education Nationale
28.	Djouichi Nadia	Centre de Dépistage Volontaire CHU de Annaba
29.	Farès El Ghali	CNLS
30.	Graba Mostepha Kamel	Ministère du Travail et de la Protection Sociale
31.	Hadjem Reda	Agence Nationale du Sang
32.	Khaled Safia	EHS Alger L. Flici
33.	Ladjali Malika	Institut National de la Santé Publique
34.	Lahmer Mohamed	Association « Solidarité AIDS »
35.	Lahouel Nawel	Association « El Hayet »
36.	Laouar Maamar	CDR CHU Annaba Association
37.	Lounnas Samia	ONUSIDA
38.	Meftah Meriem	Centre de Dépistage Volontaire de Tiaret
39.	Mehdi Youssef	CHU Alger Mustapha
40.	Merah Zohira	Association « El Hayet »
41.	Merbout Ghania	Direction de la Prévention / MSPRH
42.	Mesbah Smail	EHS Alger L. Flici
43.	Mohammedi Dhakia	EHS Alger L. Flici
44.	Mokrani Samia	Agence Nationale du Sang
45.	Nair Lakhdar	CDR Hôpital de Tamanrasset
46.	Nouasria Boubekeur	CDR CHU de Sétif
47.	Ouakti Fatima	Pharmacie Centrale des Hôpitaux
48.	Oubrahah Lilia	UNICEF
49.	Rahmani Messaouda	Union Générale des Travailleurs Algériens
50.	Ramdane Salima	Ministère du Travail et de la Protection Sociale
51.	Sadi Zahra	CHU Alger Centre Mustapha
52.	Sait Kamel	UNFPA
53.	Salhi Mouloud	Association « Etoile Culturelle d' Akbou »
54.	Salhi Soumaya	Union Générale des Travailleurs Algériens
55.	Seddik Rachida	Pharmacie Centrale des Hôpitaux
56.	Sidali Sabrina	Association « Santé Sidi El Houari d'Oran »

57.	Touaibia Rabah	Unité de Gestion - GFATM
58.	Yousfi Mohamed	Hopital de Boufarik (W. Blida)
59.	Zaidi Yahia	Association « AIDS Algérie »
60.	Zeddam Adel	Association « AIDS Algérie »

