

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA



DE S. TOMÉ E PRÍNCIPE

Ministério da Saúde

CENTRO NACIONAL DE ENDEMIAS

PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE, HIV, ITS e Hepatite  
LEPRA

(Unidade- Disciplina – Trabalho )

---

**PLAN NATIONAL STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LA  
TUBERCULOSE ET, VIH/SIDA, ITS e HépatiteAU SAO TOME ET  
PRINCIPE**

---

PNLT	
Coordinateur du PNLT et PNLS	Dr Bonifacio Sousa
Médecin du PNLT	Dr Martinho Nascimento
Médecin du PNLT	Dr Swasilane Bandeira
Infirmière du PNLT	Mme Gertrudes Leopoldino
Médecin du PNLS	<b>Dra Alzira Rosário</b>
Médecin du PNLS	<b>Dra Lagchar Barreto</b>
Médecin du PNLS	<b>Dr Jean Claud Fahé</b>
Assistant financier	<b>Isac Pires dos Santos</b>
Infirmière du PNLS	<b>Mme Paulina Alcantara</b>

<b>Fond National des Medicaments</b>	
Directrice	Guiomar Costa
Assistante	Emiterio Viana
<b>OMS</b>	
The WHO NPO	Dr Claudina Cruz Augusto
<b>Laboratoire</b>	
responsible	Mme Rosa Neto
Fond Global	
Conseiller Technique	
Chargé de Suivi & Evaluation TB/HIV	Dr. Valter Santos
<b>Le Centre de Sante de Lemba</b>	
MédecinDélégué de District	Dr Maida Ramos
Responsable de laboratoire	Mr Estevão S. Rosa
Responsable de pharmacie	Mme Aurelia
Le Service de Tisiologia	
Infirmière responsable	Arlindo Lombá
<b>Le Centre de Santé de Lobata</b>	
Responsable de laboratoire	Mr Matias Azevedo
Point Focal du TB	Mr Alberto Campos
Médecin du District	Dra Domingas de Sousa

**Tableau 2 : Liste des abréviations et acronymes**

Abréviations/acronymes	Déscription
ASC	Agent de santé Communautaire
BAAR	Bacille acido-alcoholo resistant
CDC	Centres for Disease Control (Atlanta)
CNE	Centre National des endémies
DST	Drug Susceptibility Test. De l'anglais, signifie test de résistance de la tuberculose
FNM	Fond national des médicaments
GFATM	Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria also referred to in French as FN: Fond Global (FG)
GLC	Green Light Committee
HAM	Hopital Dr Ayres Menezes
MSL	Médicaments (antituberculeux) de seconde ligne
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNLT	Programme National de Lutte Contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RD STP	République Démocratique de São Tomé et Principe
STP	São Tomé et Principe
TB MR	Tuberculose Multi résistante
TDO	Traitemen Directement Observé
XDR-TB	Extensively Drug-Resistant Tuberculosis. C'est le nom anglais significant Tuberculose Ultra-Résistante

## Table of Contents

---

<b>TABLE OF CONTENTS .....</b>	<b>4</b>
<b>TABLEAUX .....</b>	<b>5</b>
<b>1. SYNTHESE DU PLAN .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>2 METHODOLOGIE .....</b>	<b>6</b>
<b>3. LE CONTEXTE PAYS.....</b>	<b>7</b>
<b>4. APERÇU EPIDEMIOLOGIQUE .....</b>	<b>8</b>
4.1 LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE .....	8
4.2 APERÇU EPIDEMIOLOGIQUE DU HIV/SIDA ET LES ITS .....	10
4.2.1 <i>Prévalence, incidence et évolution de la infection du VIH à STP .....</i>	10
4.2.2 <i>Le VIH dans les populations clé .....</i>	11
4.2.3 <i>Mortalité liée au VIH.....</i>	12
4.4. 4 <i>Approche épidémiologique des Hépatite et des ITS .....</i>	13
<b>5.LE PLAN STRATEGIQUE INTEGREE DU VIH/TB, ITS ET LES HEPATITES.....</b>	<b>13</b>
5.1   QUELLE EST L'APPROCHE DE CE NOUVEAU PLAN ? .....	13
5.2   LA VISION, LA MISSION ET LES PRINCIPES .....	14
5.3   LES AXES STRATEGIQUES DE CE PLAN.....	14
5.4   CONCLUSION .....	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>6. PROGRES REALISES PAR RAPPORT AU PLANS ANTERIEURS DE TUBERCULOSE ET DE VIH/SIDA</b>	<b>15</b>
6.1. PROGRES REALISES DANS LE DOMAIN DE LA TUBERCULOSE .....	15
6.2   PROGRES REALISE PAR RAPPORT AU VIH/SIDA .....	16
<b>7. SWOT ANALYSIS .....</b>	<b>17</b>
7.1 TUBERCULOSE .....	17
7.2 VIH/SIDA .....	18
8.   LA VISION DE LA REPONSE NATIONALE DANS LE PSN 2018-2022 .....	19
<b>9. LES AXES STRATEGIQUES ET OBJECTIFS DE CE PLAN STRATEGIQUE NATIONAL</b>	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
9.1   LES FACTEURS DE REUSSITE DE CE PLAN STRATEGIQUE NATIONAL	<b>ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.</b>
3.1. RENFORCER LES MESURES DE PREVENTION POUR REDUIRE LE NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS .....	20
3.1.1. <i>Contexte stratégique.....</i>	20
3.1.2. <i>Approche stratégique.....</i>	20
3.2. REDUIRE LA MORBIDITE ET LA MORTALITE LIEES A L'HEPATITE, LA TUBERCULOSE ET LE VIH/SIDA EN AMELIORANT LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS .....	25
<i>Tuberculose .....</i>	25
3.2.1. <i>Contexte stratégique.....</i>	25
3.2.2. <i>Approche stratégique.....</i>	26
3.3. ATTEINDRE TOUTES LES POPULATIONS CLES ET VULNERABLES.....	31
3.4. AMELIORER LES DROITS DE L'HOMME PAR RAPPORT A L'ACCES AUX SERVICES.....	34
3.4.1. <i>Contexte stratégique.....</i>	34

3.5. MOBILISER LES RESSOURCES NECESSAIRES POUR METTRE CE PLAN EN ŒUVRE.....	36
3.5.1. <i>Contexte stratégique</i> .....	36
3.6. RENFORCER LE SYSTEME D'INFORMATION STRATEGIQUE .....	38
1.1. ACTIVITES TRANSVERSALES .....	40
4.3.1 <i>Renforcement des capacités de laboratoire</i> .....	41
4.3.2 <i>Le Système d'information sanitaire intégrée</i> .....	42
4.3.3 <i>Renforcement des conditions de travail des ASC</i> .....	44
□ 4.4 ACTIVITÉS STRATÉGIQUES COMPLÉMENTAIRES.....	44
□.....	45
4.4.1 <i>La mise en place d'un Observatoire de la vulnérabilités au VIH à STP, adressé aux PS et aux jeunes filles (15-25 ans)</i> . 45	
4.4.2 <i>Prévention et control des Resistances aux ARV</i> :.....	47
PLAN OPERATIONNEL .....	49

## Tableaux

---

No table of figures entries found.

## 1. SYNTHESE DU PLAN

---

*A completer*

### Introduction

---

Ce plan national stratégique de lutte contre la tuberculose, le VIH/SIDA, IST et l'hépatite vise à une intégration de l'approche de ces quatre maladies. Les plans antérieurs de tuberculose et du VIH/SIDA étaient élaborés et rédigés séparément. Pour la première fois il y a un plan stratégique de la tuberculose et du VIH/SIDA qui inclus l'hépatite et les IST aussi.

Ce plan a pris en considération les succès réalisés pendant les cinq dernières années, ainsi que les défis qui restent à être relevés et le contexte de Sao Tomé et Principe. Ce travail a été réalisé par le personnel des deux programmes à savoir tuberculose et VIH/SIDA avec le soutien de tous les partenaires sur terrain et les acteurs impliqués dans la réponse à ces maladies.

Ce plan est en accord avec l'agenda de transformation du Sao Tome et le plan de redressement du secteur sanitaire de Sao Tome et Principe.

Les activités, autant que possible, ont été présentés intégrées pour tous les quatre domaines, mais quand on a desaggregé les objectifs, sous-objectifs, et activités, on a identifié les items spécifiques avec une T quand il s'agit de la tuberculose, V pour le VIH/SIDA (c'est le cas des axes 1 et 2) et H pour les hépatites, et AT pour les objectifs et activités transversales et AS pour les activités stratégiques

---

## 2. Méthodologie

---

L'élaboration du Plan National intégrée de Lutte contre le VH/SIDA, Tuberculose, IST et Hépatite (PNLST) 2018-2022 s'est déroulé moyennant un processus participatif des acteurs clé de la réponse au VIH et à la tuberculose au Sao Tomé et Principe (STP) : coordinateur de deux programmes (VIH/SIDA et tuberculose), medecins de deux programmes, personnel infirmier de deux programmes, responsables de la suivie-évaluation, responsables de la surveillance épidémiologique, points focales du VIH dans les unités sanitaires, Agents de Santé Communautaire (ASC), représentants de la distribution des médicaments (FNM), représentants des Organisations non-gouvernementales (ONG), les partenaires (Fond Global, PNUD, OMS) et associations de la société civile, etc.

Pendant le processus on à réalisé une analyse de la situation actuelle, les faiblesses, les points forts , les risques et les opportunités. L'élaboration du plan stratégique est basee sur l'identification des axes principaux de l'action, des interventions stratégiques, et finalement la définition des activités spécifiques à chaque intervention.

Cette activité a été appuyé et guidée par les consultants de la Organisation Mondiale de la Santé (OMS), visant une appropriation effective du nouveau plan par les acteurs sur terrain. L'élaboration de ce plan s'est aussi basée sur les rapports épidémiologiques, l'évaluation finale de plans nationaux stratégiques de VIH/SIDA et de tuberculose 2013-2017, les documents stratégiques de la lutte contre le VIH et la tuberculose de l'OMS ainsi que de documents stratégiques du pays (documents de référence de développement et de santé). On a utilisé aussi la littérature scientifique pertinente pour justifier les propositions et approches spécifiques proposées. La liste de la documentation utilisé et consulté se trouve dans le chapitre des références.

Finalement, l'écriture de la première version du rapport a été faite par les consultants de l'OMS. La réunion de restitution finale avec tous les acteurs a permis d'échanger et de consolider le processus d'appropriation du nouveau plan national stratégique de VIH, tuberculose, IST et de l'hépatite.

### **3. Le contexte pays**

---

La République Démocratique de São Tomé et Principe est un archipel au cœur du Golfe de Guinée et c'est un des pays les plus petits de l'Afrique. La population est estimée à 201 785 (2018). Le taux d'accroissement naturel de la population était de 2,76% en 2014 (ref. INE). Grâce à la stabilité politique de ces derniers, São Tomé et Principe est l'un des rares pays africains les mieux classés selon les indices de liberté et de gouvernance politique (indice de 2 et une note globale de 34/40). L'économie São-toméenne, à l'instar de celles des petits Etats insulaires en développement (PEID), est fortement contrainte par l'insularité du pays, sa fragilité, la limitation des ressources et la faiblesse de la capacité d'absorption. Il en résulte une extrême vulnérabilité aux chocs exogènes et une forte dépendance de l'Aide publique au développement (APD) qui finance plus de 90% des dépenses d'investissement (en moyenne, 93,6% sur la période 2012-2015). La croissance a été soutenue, avec un taux de l'ordre de 4,5% en moyenne annuelle, tirée notamment par augmentation de l'investissement direct étranger, le lancement de nouveaux projets financés par les donateurs et l'amélioration des recettes du tourisme. Malgré les progrès importants réalisés au cours des dernières années au plan de la maîtrise des dépenses, le solde budgétaire global, s'est détérioré. La faible diversification de l'économie São-toméenne et sa forte sensibilité à la demande et aux prix mondiaux du cacao font que le solde du compte courant, hors transferts officiels, est structurellement déficitaire. En 2014, selon les données du FMI, la dette externe était estimée à 31,5% du produit intérieur brut (PIB). En regard à sa fragilité et à la forte prévalence de la pauvreté, São Tomé et Principe continue de bénéficier d'une importante aide extérieure, tant multilatérale (Banque mondiale, BAD, UE, FMI, agences du système des NU) que bilatérale (Portugal, , Brésil, Nigeria, et Angola notamment), et ce d'autant plus que les espoirs suscités par la découverte, dans les années 2000, de gisements pétroliers tardent à se concrétiser. La situation sociale à São Tomé et Principe demeure assez préoccupante au regard de la plupart des différents indicateurs de développement humain. Ainsi, le pays était classé, en 2014, dans la catégorie des pays à IDH faible, au 144ème rang mondial, sur 187 pays classés. Le Profil de pauvreté, publié en décembre 2012 par le PNUD établissait à 66,2% le taux de prévalence de la pauvreté à São Tomé et Principe. La pauvreté affecte relativement plus les femmes (71,3%) que les hommes (63,4%), et semble négativement corrélée avec le niveau d'instruction.

Il y a 32,4 naissances pour 1000 habitants ; un taux de décès de 6,8 par 1000 habitants. Le taux de mortalité maternelle est de 156 décès pour 100 000 accouchements et une mortalité infantile de 45,3 décès par 1000 habitants. L'espérance mathématique à la vie est de 65 ans. Le taux de fertilité total est de 4,25.

Le budget de la santé est estimé à 8,4 % du GDP de Sao Tome et Principe.

Le système de santé est constitué comme indique ci-dessous :

- Un hôpital central (Hôpital Dr Ayres de Menezes) à São Tomé
- Le district de Agua Grande (Centro Polyclinico de Agua Grande)
- Le district de Me Zochi (Centro de Saudé de Me Zochi)
- Le district de Cantagalo (Centro de Saudé de Cantagalo)
- Le district de Lobata (Centro de Saudé de Caué)
- Le district de Lemba (Centro de Saudé de Lemba)
- Le district de la Région Autonome de Principe (Centro de Saudé da Regiao Autonoma de Principe)

Il y a au total 27 postes de santé et 22 postes de santé communautaire.

L'organisation des Programme de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et du Programme de Lutte contre le SIDA (PNLS) est calquée sur le système de São Tomé et Principe. L'hôpital Dr Ayres de Menezes est l'unité de référence du pays. Cet hôpital dispose de services de médecine interne, pédiatrie, gynécologie-obstétrique et de chirurgie générale.

Quant au laboratoire, cet hôpital a un laboratoire général qui effectue les analyses de biochimie, d'hématologie, imunologia, bacteriologia. Il vient d'être doté d'un laboratoire de tuberculose très bien équipé mais n'est pas encore mis en marche. Le pays dispose d'une machine genXpert (GX-4) et d'un réseau de microscopie au niveau des tous les centres de santé. Les examens de culture et d'antibiogrammes se font au Cameroun à l'Institut Pasteur. Il est prévu que tous ces examens seront effectués sur place dans un avenir proche. No quadro de VIH existe um laboratori de referênciа equipado com 1 aparelho de genXpert (GX-4) para exames de carga viral, 1aparelho CD4.

## **4.Aperçu épidémiologique**

---

### **4.1 La situation épidémiologique de la Tuberculose**

Sao Tome et Principe est un pays à faible incidence de tuberculose. Il y a 93 personnes sur 100000 qui développent la tuberculose active chaque année. L'année 2016 a vu 192 cas de tuberculose enregistrés pour démarrer le traitement de tuberculose. Les tendances des dernières années ont montré une importante augmentation des cas déclarés, mais qu'on attribue à une amélioration de la détection des cas. Il y a aussi des signes précis de contrôle de la tuberculose, comme une augmentation de la mediane et la moyenne des cas

diagnostiqués et une augmentation de la proportion des cas BK-, ce qui indique une précocité du diagnostic. Pendant l'année 2016, la coïnfection TB-VIH est passée à 19,3 %. Durant la même période(2016) le rapport global de la tuberculose (OMS 2017) indique qu'au São Tomé il y a eu seulement 3 cas de tuberculose multi-résistante et 192 cas de tuberculose pharmaco-sensible.

La cascade de tuberculose n'est pas entièrement connu car il n'y a pas de données fiables sur les estimations de patients avec tuberculose pharmaco-sensible ou multi résistante. Il est donc important de déterminer cela, surtout que le nombre de tuberculeux est à la hausse.

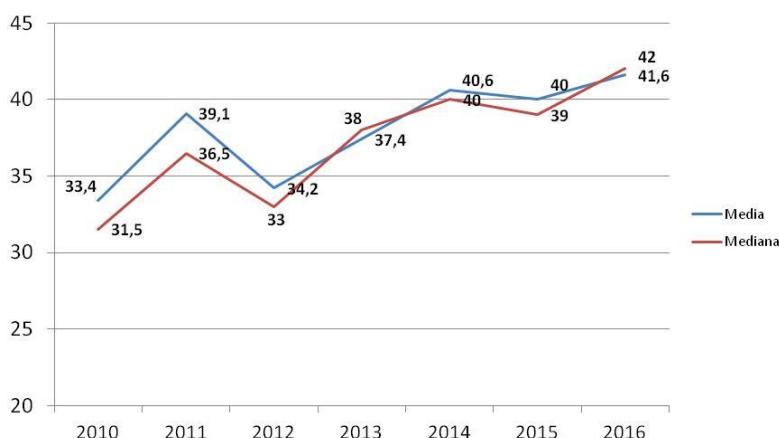
La prise en charge des malades avec tuberculose MR a commencé en 2011 ; un total de 22 malades souffrant de la tuberculose MR a été soigné entre 2011 jusqu'à présent.

Le PNLT n'a pas assez de ressources humaines au niveau national. Les agents du PNLT sont affectés dans d'autres services du Ministère de la Santé. PNUD/ Fond Global, Bresil, Portugal et l'OMS sont les principaux partenaires du PNLT en matière de lutte contre la tuberculose.

**Tableau 1 : Incidence relative et nombre de cas absolus déclarés à STP 2010-2016**

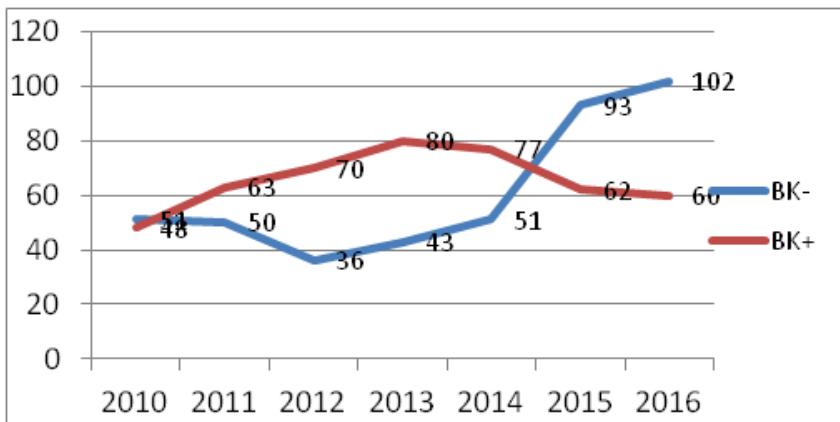


Entre Janvier et Octobre 2017, il y a seulement 102 cas de tuberculose notifiés. Il semble que les cas de tuberculose sont en baisse.



**Tableau 2 : moyenne et médiane de l'âge des nouveaux cas de TB 2010-2016**

**Tableau 3 : Nombre de cas BK+ et BK- notifiés 2010-2016**



Il reste encore des gaps importants dans la réponse à la TB, comme un taux de succès thérapeutique de 76 % qui est encore en dessous des cibles proposés par l'OMS. La plus part des patients TB sont suivis sous traitement directement observé (TDO) par les ASC. Le nombre de cas de TB-MR fluctue chaque année, mais elle se situe entre 6-7 cas, la plus part dans des zones situées dans la région de Caué. Au niveau de laboratoire il n'existe pas des moyens pour réaliser la culture ou faire l'antibiogramme et on utilise l'institut Pasteur au Cameroun comme laboratoire de référence pour faire les tests de résistance et contrôle de qualité. Autrement, il faut signaler l'acquisition récente d'un appareil de GeneXpert et l'aquisition récente du nouveau Laboratoire National de Référence de la Tuberculose qui est en train de s'équiper pour démarrer leurs activités.

## 4.2 Aperçu épidémiologique du VIH/SIDA et les IST

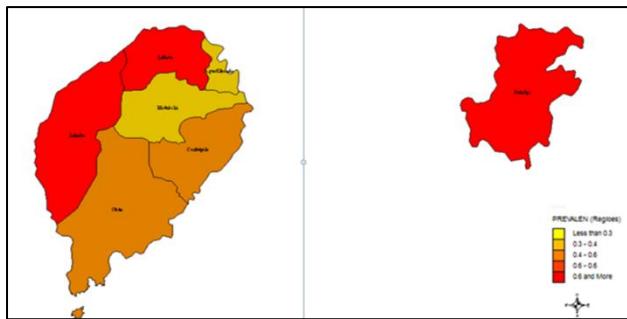
### 4.2.1 Prévalence, incidence et évolution de la infection du VIH à STP

Les données les plus récentes et des années antérieures, montrent une tendance à la baisse de l'épidémie. Les nouvelles infections ont un taux d'incidence de 0,6%, enregistré en 2013 (Rapport ONUSIDA 2014, annexe 9). Le pays est actuellement confronté à une épidémie de basse prévalence mais concentrée. La prévalence dans la population de 15 à 49 ans est passée de 1,5% en 2008(EDS 2009, page 238, annexe 2) à 0,5% en 2014 (MICS2014, page 258, annexe 10). Celle des 15 à 24 ans est passée de 0,8% en 2008 (IDS 2009- page 238, annexe 1) à 0,1% en 2014(MICS 2014- page 258, annexe 10). La prévalence chez les hommes de 30 - 35 ans est de 3% (MICS 2014, annexe 10). On a également noté une augmentation du taux de couverture thérapeutique ARV qui est passé de 48% en 2011 à 72,7% (508/699) en 2015. Cette couverture limitée encore, s'explique parce que les critères d'initiation d'ARV, dans le plan 2013-2017 étaient établis pour le seuil de 500 CD4.

En 2015, 96,6% de femmes enceintes ont utilisées les services de CPN. La couverture de la PTME était de 50% en 2011, et elle est passée à 100% en 2015, avec une prévalence de VIH qui est passée de 1,5% en 2005 à 0,2% en 2015. Le taux de transmission du VIH aux enfants nés des mères VIH est de 3,18% en 2016 (PUDR, mars 2017). Cependant, quelques préoccupations persistent, notamment l'augmentation de la prévalence du VIH chez les prisonniers qui est passée de 4% en 2013 à 6,1% en 2014 et pourraient indiquer la présence dans la société des populations « cachées » qui échappent aux programmes de dépistage.

Le taux de survie des patients sous traitement antirétroviral à 12 mois qui était de 70% en 2014 est revenu à 68% en 2015 (Rapport PNLS 2016, annexe 8). Ceci est probablement dû à la tendance à une augmentation du taux de mortalité (graphique 4). Cette hausse de la mortalité reste un des grands points faibles du programme.

Figure 1. Prévalence du VIH par région, STP MICS 2014



La séroprévalence varie en fonction du lieu de résidence (0,3% milieu urbain et 0,8% rural). La charge de la morbidité de l'infection par le VIH est inégalement répartie dans le pays (Figure 1). La région du Nord est à 0,6%, le Sud à 0,4%, le centre à 0,3%. Il faut noté que la région autonome du Principe présente la prévalence la plus élevée : 1,7% (MICS 2014, annexe 10, page 259).

Il n'existe pas de disparités selon le sexe. Cependant dans le groupe d'âge le plus touché (40-49 ans), on note une prévalence plus élevée chez les hommes (3%) et (1,7%) chez les femmes (MICS 2014, page 258annexe 10). Il faut noter comme que à STP que les nouveaux diagnostiques se réalisent dans un stade tardif de la maladie, qui sont la plus part des nouveaux cas diagnostiqués en 2016.

#### 4.2.2 Le VIH dans les populations clé

À STP les populations clé concernent les PS et les HSH, car il n'a pas été détecté des IDU jusqu'aujourd'hui. Les données disponibles se basent sur ceux qui sont dans les programmes de suivie et appui sociale, en conséquence, on considère qu'il y a une méconnaissance de leur cartographie précise et donc, des estimations précises sur leur séroprévalence.

Chez les travailleuses du sexe la séroprévalence est passée de 4,2% en 2005 à 1,1% en 2013. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, une étude réalisée en 2014 qui a entretenu 20 hommes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avec d'autres hommes a mis en exergue que cette pratique est cachée. L'analyse de la situation a montré que les HSH s'auto stigmatisent. Cette situation amène certains d'entre eux à vivre la bisexualité. (Annexe 11, page 9).L'étude a fait des recommandations qui seront considérées dans cette présente plan stratégique.

Les actions sur la population clé sont encore à ses débuts. Ces Groupes peuvent avoir un rôle important dans la réduction, l'accélération ou la stabilisation de l'Épidémie. Il est donc essentiel de cibler ces groupes, car ils jouent un rôle important aussi bien dans la dynamique de l'épidémie que dans la riposte. Comme dans d'autres pays d'Afrique sub-saharienne, il faut prendre en considération comme population vulnérable, voir même population clé même si encore les prévalences du VIH sont très faibles, les jeunes filles entre 15 et 25

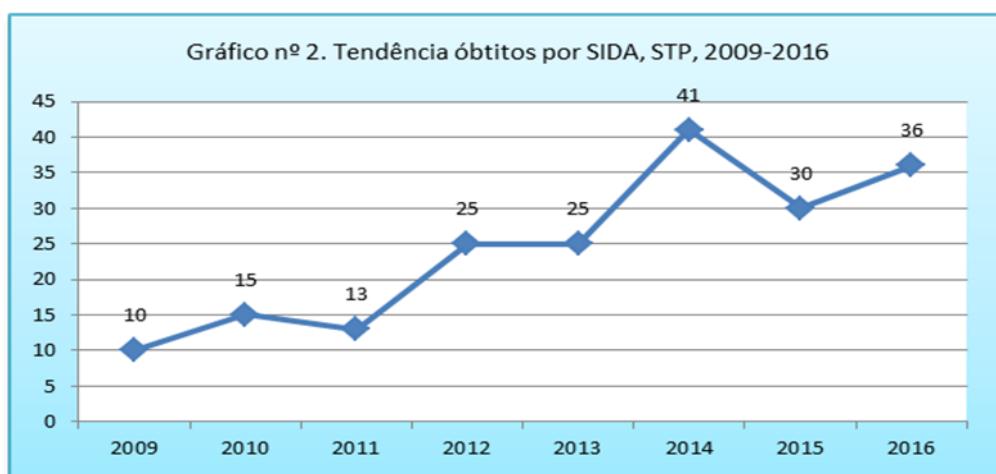
ans (ref.). Avec la contrainte de réduction de l'allocation financière, il serait judicieux de réorienter nos actions pour mieux prendre en compte les populations clés et les groupes vulnérables.

L'adoption par STP de la déclaration des Droits Humains (annexe 12), où sont inscrites les recommandations du Conseil des droits de l'homme (Assemblée générale des Nations Unies en 2011) garantie également les droits des populations clés. Le nouveau code pénal adopté en 2012 (STP, journal n° 6 de la république 2012, annexe 13) stipule que l'homosexualité n'est pas condamnée. Le pays dispose également des lois qui dépénalisent les relations sexuelles entre adultes consentants rémunérées ou pas (cas des PS).

Le Rapport des Droits Humains 2015 de STP (annexe 14, page 10) dit que la loi ne pénalise pas l'activité sexuelle consensuelle entre personne du même sexe, mais des personnes ont relaté avoir subi une discrimination sociale principalement un rejet de la famille ou amis du fait de leur orientation sexuelle. Cependant, dans le pays il n'existe aucune organisation de LGBT. (Lesbienne, Gay, Bisexuel et transsexuel).

#### 4.2.3 Mortalité liée au VIH

Graphique n ° 4. Tendance des décès du SIDTP, 2009-2016,



#### Mortalités des patients de SIDA par district en 2016

Districts	nombre total des patients	décès	%
Água Grande	451	19	4,2
Mé-zochi	83	4	4,8
Lembá	59	6	10,2
Cantagalo	53	0	0,0
Lobata	55	2	3,6
Caué	16	1	6,3
Região Autónoma do Príncipe	61	4	6,6
<b>Total</b>	<b>778</b>	<b>36</b>	<b>4,6</b>

Source: Programme National de lutte contre le sida-PNLS

La mortalité a une tendance à augmenter de 25 cas en 2011 à 36 cas en 2016, avec un pic de 41 cas en 2014. On note que c'est dans le district de Caué où il y a eu majeur pourcentage de décès, suivie du district de Lembá.

Les causes potentielles de ces décès sont mal connues, cependant nous pouvons poser les hypothèses suivantes :

- Un dépistage tardif (beaucoup de malades sont dépistés VIH dans un état avancé de la maladie).
- La coïnfection TB/VIH pèse probablement dans les décès (11% en 2016)
- La mauvaise prise en charge des Infections Opportunistes (IO).
- Une probable haute prévalence de résistance aux ARV.
- Une mauvaise adhérence au traitement ARV.
- Les perdus de vue ne constituent pas une cause directe à la mortalité, mais peuvent contribuer en tenant compte que certains perdus de vue retournent dans la phase terminale de la maladie. Le taux de perdu de vue dans le pays est de 4,5%.

#### 4.4. 4 Approche épidémiologique des Hépatite et des IST

À São Tomé et Principe, il existe des données sur l'hépatite B et l'hépatite C principalement dans la population générale. Le dépistage de l'hépatite B est effectué régulièrement lors des consultations prénatales. Données sur les banques de sang où le dépistage systématique des donneurs bienveillants montre une prévalence de 8,7% en 2016. Le programme de vaccination introduira à l'avenir un vaccin contre le VHB chez tous les enfants.

Une étude représentative réalisée en 2017 par ROTARY CLUB a montré une prévalence de l'hépatite B de 4% dans la population générale et de l'hépatite C de 0,5%. Une nouvelle étude sera prévue pour cette année 2018, dans le but de dépister l'ensemble de la population de São Tomé et Principe à la fois pour l'hépatite et d'introduire le traitement qui visera à l'élimination de l'hépatite C.

Quant aux IST, à travers l'approche syndromique, les données du programme montrent une diminution du nombre de cas diagnostiqués de 2148 cas en 2011 à 1546 cas en 2016. Il convient de noter une très grande différence entre les hommes (110 en 2011 et 172 en 2016) pour (2038 en 2011 et 1374 en 2016) chez la femme. Cette situation est probablement due à une plus grande adhésion des femmes aux consultations en général.

En ce qui concerne la syphilis, son dépistage se fait principalement au service pré-natal, où sa prévalence est en baisse, de 1,6 en 2012 à 0,9 en 2016 (données PNLS, 2017)

### 5. Le plan stratégique intégré du VIH, TB, IST et les Hépatites

#### 5.1 Quelle est l'approche de ce nouveau plan ?

Ce plan est en harmonie avec la stratégie 90-90-90 de l'Organisation Mondiale de la Santé telle que définie dans la stratégie pour mettre fin à la tuberculose et au VIH/SIDA en 2035, en ajoutant les actions spécifiques pour l'Hépatite et les IST. São Tomé et Principe vise à renforcer les mesures de prévention visant à réduire le nombre de nouvelles infections de TB 30 % entre 2018 et 2022 c'est-à-dire de 93 par 100000 à 68 par 100000 habitants. Il est aussi prévu de dépister 90 % des cas éligibles, tester 90 % des cas

symptomatiques, traiter 90 % des cas diagnostiqués avec la tuberculose et en guérir 90 %, et la mise en place de la stratégie 90-90-90 pour le VIH. Cela exige un réseau de laboratoire utilisant une des nouvelles techniques moléculaires dans chaque district par rapport au diagnostique de la TB (GeneXpert), et le renforcement de la cascade de dépistage et prise en charge du VIH et la TB. Cependant l'introduction de la technologie moléculaire se fera progressivement en commençant par Agua Grande, Cantagalo et Lemba durant les deux premières années du plan. Le reste du pays sera couvert à partir de la troisième année avec une stratégie qui dépendre des résultats du pilotage de l'implementation dans ces deux districts. Les patients avec résistance à la Rifampicine verront leurs tests répétés avant de démarrer le traitement de tuberculose multi résistante. Un accent est aussi mis sur l'amélioration de la prise en charge des patients pour réduire la morbidité et la mortalité de 50 % pendant la période du plan.

En ce qui concerne le VIH/SIDA on vise au même stratégie 90-90-90, soit que 90% des PVVIH soient diagnostiqués, 90% parmi eux pris en charge et en suivie TARV après 12 mois et 90% avec CV indétectable après 12 mois de suivie. Cela signifie la implémentation plus agressive de dépistage, pour couvrir 50% de la PG, et mieux ciblé les populations clé et vulnérables. Au même temps on vise à améliorer l'ensemble de la cascade pour retenir les patients, améliorer l'adherence, offrir une prise en charge de plus de qualité et diminuer ainsi l'échec thérapeutique et la mortalité associée. Cela signifiera des changements pratiques comme l'implémentation de la stratégie Test, Treat and Retain et la réalisation de la CV deux fois par an, au même temps de renforcer les EAT et améliorer la prévention des IO et leur prise en charge. Les activités IST seront intégrés dans l'ensemble des activités VIH, dans le domaine de l'amélioration du diagnostique et la prévention primaire. Les Hépatites, dont pour la première fois on développe une approche spécifique, on posera le focus sur la connaissance de leur épidémiologie qui sera à la base de l'élaboration des activités ciblés de control et prévention avec des financements externes au programme.

## 5.2 La vision, la mission et les principes

---

La vision est celle d'un Sao Tome et Principe sans la tuberculose, le VIH/SIDA, IST et l'hépatite.

La mission : ce plan est la première phase d'un processus qui aboutira à l'élimination de la tuberculose, du VIH/SIDA et de l'hépatite en 2035.

Les principes utilisés :

- Une approche centrée sur le patient ;
- La considération du plan de redressement du secteur sanitaire du Sao Tome et Principe ;
- L'agenda de transformation du Sao Tome et Principe ;
- L'usage de l'évidence scientifique publiée.

## 5.3 Les axes stratégiques de ce plan

---

1 <sup>er</sup> AXE : Renforcer les mesures de prévention pour réduire le nombre de nouvelles infections de tuberculose, VIH/SIDA, IST et Hépatite
2eme AXE : Réduire la morbidité et la mortalité liées a la tuberculose, VIH/SIDA, ITS et Hépatite en améliorant la prise en charge des patients
3eme AXE : Atteindre toutes les populations clés et vulnérables
4eme AXE : Améliorer les droits de l'homme par rapport à l'accès aux services
5eme AXE : Mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre le plan stratégique
6eme AXE : Renforcer le système d'information stratégique

## 6. Progrès réalisés par rapport au plans antérieurs de tuberculose et de VIH/SIDA

---

### 6.1. Progrès réalisés dans le domaine de la tuberculose

Pour le cas de la tuberculose, il y a le plan stratégique 2013-2017 qui est intitulé « Renforcement de la décentralisation et l'intégration de la lutte contre la tuberculose au Sao Tome et Principe ». Ce plan est aligné au plan national de développement sanitaire.

Ce plan vise les objectifs suivants :

- L'amélioration de dépistage envue d'augmenter le nombre des cas à soigner ;
- L'amélioration de la qualité des soins pour augmenter le taux de succès thérapeutique à plus de 85 % ;
- Le test genXpert pour tous les cas de tuberculose ;
- L'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de la tuberculose multi résistante ;
- L'amélioration de la prise en charge de la co-infection TB/VIH ;
- L'amélioration des capacités managériales au niveau du programme (PNLT)

En bref, les domaines prioritaires sont :

- Le dépistage actif des cas pour un diagnostic précoce et prise en charge immédiate sous TDO. Ceci étant possible car il y a moyen de transporter les échantillons des crachats des postes de santé vers le laboratoire. Les agents de santé communautaires font ce travail.
- Le traitement de qualité sous TDO.
- La TB-MR devrait être amélioré par le dépistage précoce et une bonne prise en charge clinique. Les tests de culture et d'antibiogramme sont réalisés à l'Institut Pasteur de Yaoundé au Cameroun.
- La prise en charge de la co-infection TB/VIH.
- La gestion programmatique.

Au total, ce plan a 151 activités : 130 ont été réalisées, 16 non-réalisées et 5 sont en cours.

Le Sao Tome a exécuté 86 % des activités qui étaient inscrit dans le plan stratégique de tuberculose cependant il y a quelques soucis qui persistent car :

- La stratégie des dépistages est essentiellement passive, surtout pour les prisonniers ;
- Le diagnostic précoce avec genXpert pour tous les cas présomptifs de tuberculose reste un rêve ;
- Le PNLT a n'a toujours pas assez de personnel ;
- L'accès aux populations clés reste limité ;
- Le taux de succès thérapeutique n'a pas atteint 85 % ;
- Le taux de la co-infection est passée de 12,8 % en 2009 à 19,3 % en 2016 ;
- Il n'y a pas de politique nationale de contrôle d'infection, de mobilisation de ressources, de plaidoyer, mobilisation sociale et sensibilisation ; de surveillance de résistance ou de pharmaco-vigilance.

## 6.2 Progrès réalisé par rapport au VIH/SIDA

---

Au niveau générale, les impacts des antérieurs programmes du VIH /SIDA sont observables dans les chapitres antérieurs : diminution progressive de l'incidence et de la prévalence, la couverture effective de la PTME et l'augmentation de la couverture du dépistage du VIH. Il restent des gaps évidents qu'il faut adresser les années à venir :

- il y a encore un taux très élevé de vulnérabilité, avec moins de la moitié des hommes et femmes avec multiples partenaires sexuelles qui ont utilisé le préservatif de manière consistante,
- une meilleure connaissance de la dynamique épidémiologique du VIH, notamment chez les populations clé,
- le taux élevé de mortalité des PVVIH en ARV,
- la faible réponse thérapeutique aux ARV,
- la situation particulière à l'île de Principe où on trouve des prévalences nettement supérieures par rapport à l'île de São Tomé.

Il faut signaler aussi l'augmentation de cas de SIDA, d'un côté positif parce que cela signifie une augmentation du dépistage mais par contre, signifie un diagnostic tardif de la infection.

Du point vue opérationnel, le progrès le plus significatif a été la décentralisation effective du programme, à travers la capacitation au niveau des districts pour le dépistage, la prise en charge et la suivie des patients.

La mise à l'échelle du dépistage communautaire a permis d'accroître l'accessibilité au dépistage (augmentation des personnes ayant bénéficié du dépistage de 17141 en 2014 à 25 770 en 2016). On estime que 25% de la population a été l'objet de dépistage pendant les 3 dernière années. La supervision formative régulière a permis d'accroître la performance des techniciens de prise en charge avec une réduction continue du nombre des abandons (11,9% en 2015 et 3,9% en 2016). La décentralisation effective des services de laboratoires pour la confirmation a permis d'augmenter significativement le niveau de détection précoce (1er

stade OMS) dans la population générale. La mise en œuvre de la subvention de FG a permis d'accroître la disponibilité des ressources humaines.

Le soutien de la coopération Brésilienne et Portugaise «saúde para todos» au PNLS a permis le financement des médicaments de 1ère ligne pour le traitement des malades du SIDA jusqu'en 2016. Le pays a fait un plaidoyer pour que la coopération portugaise et la coopération brésilienne pour l'achat des ARV de première ligne. La coopération portugaise a répondu favorablement pour continuer l'achat des ARV première ligne uniquement pour 14% de patients par année (TDF+FTC+EFV). Les ARV restant seront couverts par le Fonds Mondial (première et seconde ligne).

## 7. SWOT analysis

---

### 7.1 Tuberculose

---

Points forts:

- L'existence des registres des patients avec symptômes respiratoires au niveau des centres de santé
- Dépistage des patients vivant avec VIH systématique
- Les malades souffrant de tuberculose sont testés pour le VIH/SIDA
- La réhabilitation du laboratoire de tuberculose
- L'acquisition d'une machine genXpert
- Bonne qualité de la microscopie
- La prophylaxie à l'Isoniazide
- La couverture de (traitement directement observé) TDO est à 100 % au STP
- Bon suivi et support nutritionnel des patients TB-MR
- La décentralisation de la microscopie et de traitement de tuberculose dans tous les 6 districts ainsi qu'au territoire autonome de Principe
- La gestion des médicaments est bonne
- Bonne collaboration et coordination entre TB et VIH
- Bonne couverture du traitement ARV et traitement prophylactique avec cotrimoxazole chez les patients co-infectés

Points faibles :

- Faible taux de détection;
- Détection tardive des certains patients de TB ;
- Pas d'activités de recherche opérationnelle ;
- Fréquentes ruptures de stocks, réactifs et intrants de laboratoires
- La machine geneXpert n'est pas utilisée d'une façon optimale ;

- Interruption de l'envoi des échantillons pour la culture et test de sensibilité au Cameroun sans alternatif ;
- Dépistage de tuberculose n'est pas adéquat chez les prisonniers ;
- Le taux de succès thérapeutique inférieur à 85 % ;
- Longue durée de traitement pour les patients TB-MR ;
- Les mesures de pharmacovigilance sont inadéquates ;

Les opportunités :

- L'existence des agents de santé communautaire pour le TDO et la sensibilisation ;
- L'existence des ONG et autres partenaires qui appuient la sensibilisation et autres activités programmatiques ;
- L'implication des entreprises privées dans la lutte contre la tuberculose ;
- L'implication du fond global dans la lutte contre la tuberculose ;
- L'accès à la nouvelle technologie ;
- L'implication des communautés dans la recherche de tuberculose.

Les facteurs qui menacent la mise en œuvre du plan :

- Le taux de pauvreté en augmentation ;
- Le manque d'association des patients tuberculeux ;
- La persistance de stigma dans la communauté ;
- La diminution de financement ;
- La dépendance de l'extérieur pour financer les services de tuberculose.

## 7.2 VIH/SIDA

---

Points forts:

- L'existence d'un système d'information sanitaire opératif, avec une bonne supervision et capacité d'analyse ;
- La présence décentralisé de personnel avec une capacitation adéquate, guides de dispensation des ARV, et existence de la médication essentielle au niveau périphérique ;
- Accessibilité des unités sanitaires à la population et une bonne couverture de la CPN ;
- Disponibilité dans les unités sanitaires des tests de dépistage ;
- 
-

#### Points faibles:

- Il y a encore une méconnaissance épidémiologique et de la vulnérabilité des PC, suite à l'inexistence d'une cartographie précise de ces PC.
- La dynamique de l'épidémiologie du VIH n'est pas bien expliquée.
- Il y a aussi des gaps d'information très importants, comme l'inexistence d'études sur la prévalence des résistances aux ARV et les causes de mortalité associé au SIDA.
- Manque d'accès universel aux PVVIH au paquet basique de santé pour la suivie de la infection : hématologie et biochimie, RX, CV régulière chaque deux ans, diagnostique des IO.
- Manque d'installations physiques dans les centres de santé adéquates (p.ex. pour garder la confidentialité).
- Manque d'un système de control de qualité national des médicaments et d'un système de pharmacosurveillance sur les effets secondaires.
- Absence d'engagement politique effectif.
- 

#### Menaces:

- L'extrême dépendance du financement externe, ce qui fait le programme très vulnérable aux crises économiques mondiales et aux priorités politiques hors du control du pays.
- La présence de facteurs de vulnérabilité très répandus dans la population générale, qui fait que le pays puisse expérimenter une poussée du VIH s'il y a une introduction externe du virus, suite à des changements contextuels (p.ex. émergence de tourisme sexuel ou contact avec population de risque élevé provenant d'autres pays du continent), favorisé par l'insularité.

#### Les opportunités:

- L'insularité de STP et accessibilité de la population au système de santé, permet de visionner le control et l'éradication du VIH en 2035 avec la implémentation de stratégies adéquates.
- La présence de entreprises importantes, concentrés dans le secteur du tourisme, production de cacao, la production d'huile de palme, télécommunications, pêche, et peut être dans l'avenir le secteur pétrolier, peut permettre d'établir l'entrée du secteur privé dans les PNLS.

## 8. La vision de la réponse nationale dans le PSN 2018-2022

La vision est celle d'un Sao Tome et Principe sans la tuberculose et VIH/SIDA et hépatites.

La mission : ce plan est la première phase d'un processus qui aboutira à l'élimination de la tuberculose, du VIH/SIDA et de l'hépatite en 2035.

Cette vision ne peut être atteint que si le pays arrive à connaitre avec certitude le nombre des cas avec tuberculose pharmaco sensible et multi résistante, faire le dépistage actif pour un diagnostique précoce de la TB et le VIH et une mise sous traitement immédiat de ces deux pathologies. L'usage de diagnostique rapide chez tous les cas présomptifs de TB et l'augmentation de la couverture du dépistage du VIH, ainsi qu'une prise en charge clinique excellente qui va conduire a un succès thérapeutique d'au moins 90 %.

Les principes utilisés :

- Une approche centrée sur le patient ;
- La considération du plan de redressement du secteur sanitaire du Sao Tome et Principe ;
- L'agenda de transformation du Sao Tome et Principe ;
- L'usage de l'évidence scientifique publiée.

---

## AXE1. Renforcer les mesures de prévention pour réduire le nombre de nouvelles infections

---

### ***Tuberculose***

#### **3.1.1. Contexte stratégique**

Le nombre des personnes développant la tuberculose active continue a augmenté légèrement au Sao Tome. Il n'y a pas d'évidence que la détection a atteint son sommet. Le nombre des cas de tuberculose multi résistante est en fluctuation. Ceci est lié au laboratoire qui n'est constitué que de microscopie essentiellement.

Réduire le taux d'incidence de tuberculose de 93/100000 à 68 /100000 signifie réduire le nombre des cas de tuberculose de 190 à 149 en 2022 ; ce qui est une bonne chose car ce nombre devra tomber en dessous de 10 en 2035. Il est généralement accepté qu'il n'y a pas beaucoup de cas non-diagnostiqués. La diminution des cas de tuberculose à bacilloscopie positive et l'augmentation des cas à bacilloscopie négative est observée. Entre Janvier et Octobre 2017 ; il y a seulement 102 cas de tuberculose pharmaco-sensible. La confirmation de cette assertion ne peut venir qu'après avoir organisé le service de laboratoire avec priorité des tests moléculaires rapides comme genXpert qui devront être introduits progressivement.

#### **3.1.2. Approche stratégique**

La connaissance de la maladie et de sa transmission surtout parmi les populations à haut risque est très importante. La tuberculose dans la population carcérale n'est pas bien connue. Au Sao Tome il semble que les nouveaux cas de tuberculose sont des personnes vivant avec tuberculose latente.

Il est donc très important d'identifier les cas présomptifs de tuberculose à temps par une recherche active des contacts des tuberculeux confirmés, exclure le diagnostique de tuberculose et donner la prophylaxie à l'Isoniazid. Ceci est important à l'absence d'un vaccin efficace contre la tuberculose.

La mise en œuvre de la politique de contrôle d'infection est très importante pour une diminution de nouvelles infections.

Le renforcement de la stratégie nationale sur le plaidoyer, communication et la mobilisation sociale est aussi nécessaire.

<b>T.1</b>	<b>Meta</b>	<b>Renforcer les mesures de prévention pour réduire le nombre de nouvelles infections de tuberculose</b>
T.1.1	Objetivo	Réduire l'incidence de la tuberculose em 30 %, de 93/100 000 habitants a 68/100 000 en 2022
T. 1.1.1	Sub-objetivo;	Améliorer la couverture de la prophylaxie a l'INH
T.1.1.1.1	Intervençao estrategica 1	Mise en œuvre efective des directives de la prophylaxie a l'INH
T.1.1.1.1.2	Actividade 1	Adquerir Isoniazida para profilaxia nas crianças menores de 5 anos, no PVVIH e nos imuodepromidos por outras causas (diabeticos)
T.1.1.1.1.3	Actividade 2	Disponibilizar Isoniazida em todas as farmacias distritais
T.1.1.1.1.4	Actividade 3	Garantir a gratuidade de exames hematologicos para os pacientes com indicação para TPI
T.1.1.1.1.5	Actividade 4	Realizar sensibilização aos grupos alvos sobre a importância da profilaxia com Isoniazida
T.1.1.1.1.6	Actividade 5	Reproduzir e disponibilizar algoritmo de tratamento profilatico em todos os centros de tratamento
T.1.1.2	Sub-objetivo	renforcer les mesures de contrôle d'infection
T.1.1.2.1	Intervençao estrategica	Mise en œuvre de la politique de contrôle d'infection
T.1.1.2.1.1	Actividade 1	Avaliação da implementação da política de controlo da infecção
1.1.2.1.2	Actividade 2	Reproduzir guia de controle de infecção(n ° )
T.1.1.2.1.3	Actividade 3	Formar profissionais de saúde em matéria de controle de infecção( n° de participantes)
T.1.1.2.1.4	Actividade 4	Construir e equipar uma unidade de internamento para os doentes de TBMR que respeita as normas de controle infecção
T.1.1.2.1.5	Actividade 5	Adquirir e disponibilizar materiais de proteção individual para todas as unidades sanitárias (máscaras, respiratórias e cirúrgicas, luvas)
T.1.1.3	Sub-objetivo	Renforcer de recherche de contacts
T.1.1.3.1	Intervençao estrategica	Donner de moyens pour assurer le recherche des contacts
T.1.1.3.1.1	Actividade 1	Realizar a cartografia dos casos
T.1.1.3.1.2	Actividade 2	Organizar trimestralmente a despistagem a volta dos contactos baseando na cartografia dos casos
T.1.1.3.1.3	Actividade 3	Adquirir motorizadas para apoiar na busca dos contactos
T.1.1.3.1.4	Actividade 4	Disponibilizar combustível para busca dos contactos
T.1.1.3.1.5	Actividade 5	Capacitar os técnicos e os agentes de saúde em matéria de busca activa dos contactos
T.1.1.3.1.6	Actividade 6	Actualização do protocolo de busca activa dos contactos
T.1.1.4	Sub-objetivo	Renforcer les activités de prévention et sensibilisation

T.1.1.4.1	Intervençao estrategica	Revoir le stratégie national sur le plaidoyer, communication et mobilisation social
T.1.1.4.1.1	Actividade 1	Recrutar um consultor externo para rever a estratégia de Comunicaçao
T.1.1.4.1.2	Actividade 2	Realizar campanhas de sensibilização na comunidade , escola , igreja , serviços prisionais redução de estigma
T.1.1.4.1.3	Actividade 3	Elaborar e produzir materiais de (desdobaveis, cartazes, painéis gigantes, camisolas, chapeus...)
T-1.1.4.1.4	Actividade 4	Assegurar a comemoração o dia mundial de luta contra a tuberculose

## VIH/SIDA

### *Contexte stratégique*

Tenant en compte la cascade 90-90-90 dans son ensemble, les activités de dépistage doivent être prises au même temps comme des activités préventives pour éviter la transmission ultérieure du VIH. Le premier 90 est nécessaire pour un prise en charge effective qui pourra tourner les PVVIH en non-infectieux s'ils sont mis immédiatement sous traitement ARV. Ainsi, la prévention prend un sens élargi qu'incluent les mesures de prévention primaire (la distribution de préservatifs, le changement de comportements de risque et le cible spécifique des populations les plus vulnérables), et l'accès au dépistage autant à la population générale comme aux populations clés. Actuellement, on estime de 25% de la population adulte à STP à réalisé le test du HIV. En ce qui concerne à la transmission verticale, en 2016 on a eu zéro cas avec une couverture du dépistage pendant la CPN de 100%.

### **Approche stratégique**

Les actions à ce niveau visent à continuer d'un côté les actions de prévention primaire qui sont en cours, pour augmenter leur qualité et leur couverture, et diminuer le risque d'acquisition du VIH/SIDA. La prévention primaire inclut l'augmentation des connaissances, attitudes et pratiques par rapport aux comportements de risque vers le VIH/SIDA et les IST, et l'accessibilité aux moyens de prévention (méthodes de barrière), dans le cadre d'une approche compréhensive de la Santé Sexuelle et Reproductive, dont les politiques communes doivent être alignées et, dans un sens large, à la promotion de la femme et leurs droits de reproduction et d'émancipation sociale. En deuxième lieu élargir et renforcer la couverture du dépistage du VIH, notamment chez les PC qui ont plus d'influence dans la prévalence au niveau de la population générale. Ce point-là doit être liée à la prise en charge effective, en harmonie avec le concept de cascade des services du VIH, qui signifie la référence à la suivie et la prise adhérente aux ARV.

Finalement, STP est dans des conditions pour éliminer définitivement la transmission verticale du VIH. Il faut soutenir et renforcer pour atteindre pendant ce programme le 0 des transmissions verticales.

<b>V.1</b>	<b>Meta</b>	<i>Renforcer les mesures de prévention pour réduire le nombre de nouvelles infections de VIH/SIDA</i>
<b>V.1.1</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Mantenir l'incidence de VIH en 0,5%</b>
V.1.1.1	Sub-objetivo	90% da população estimada VIH + diagnosticada ou que conheça seu estado serológico ate 2022
V.1.1.1.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Aumentar a acessibilidade da população chave aos serviços de despistagem de VIH e ITS
V.1.1.1.1.1	Actividade 1	Realização de Estudo Bio comportamental na população chave PS (inclui ITS)
V.1.1.1.1.2	Actividade 2	Realização de Estudo Bio comportamental na população chave HSH (inclui ITS)
V.1.1.1.1.3	Actividade 3	Realizar trimestralmente campanhas de CMC e testagem voluntaria juntos aos HSH.
V.1.1.1.1.4	Actividade 4	Realizar campanhas de CMC e testagem voluntaria trimestralmente juntos às PS
V.1.1.1.5	Actividade 5	Producir anualmente instrumentos de CMC ( poster, desdobraveis) sobre prevencao das IST e HIV direcionadas aos HSH, PS e e seus clientes.
V.1.1.1.6	Actividade 6	Formar semestralmente 20 educadores de pares de HSH durante 3 dias em materia de prevencao e cuidados de VIH todos os anos
V.1.1.1.7	Actividade 7	Asegurar mensalmente subisidio de motivação para educadores de pares HSH(20 USD para 10 HSH)
V.1.1.1.8	Actividade 8	Asegurar mensalmente subisidio de motivação para educadores de pares PS(20 USD para 10 PS)
V.1.1.1.9	Actividade 9	Formar a equipa encarregue pelo estudo Bio comportamental
V.1.1.2	Sub-objetivo 1.2	50% População 15+ anos deve fazer pelo menos um teste de despistagem durante o período do PEN (2018-2022)
V.1.1.2.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Aumentar a acessibilidade da população aos serviços de despistagem com actividades de proximidade e sensibilização de VIH e as ITS.
V.1.1.2.1.1	Actividade 1	Elaborar um plano estrategico de CMC no ambito de HIV e as ITS.
V.1.1.2.1.2	Actividade 2	Formar novos quadros de saúde em materia de DIPS.
V.1.1.2.1.3	Actividade 3	Realizar <b>sessões</b> de CMC e testagem voluntaria nas igrejas (uma vez por ano)
V.1.1.2.1.4	Actividade 4	Realizar <b>sessões</b> de CMC e testagem voluntaria de HIV militar e para militar uma vez por ano

V.1.1.2.1.5	Actividade 5	Realizar <b>sessões</b> de CMC e testagem voluntaria nas comunidades trimestralmente
V.1.1.2.1.6	Actividade 6	Realizar sessões de CMC e testagem voluntaria nas escolas semestralmente
V.1.1.2.1.7	Actividade 7	Producir anualmente instrumentos de CMC ( poster, desdobraveis)
V.1.1.2.1.8	Actividade 8	Producir anualmente spots televisivos e radiofonicos.
V.1.1.2.1.9	Actividade 9	Aquisição anual de 30 mil teste rapidos para despistagem e 500 para confirmação.
V.1.1.2.1.10	Actividade 10	Aquisição de materiais para CMC (penis, vagina artificial e megafones) para os distritos sanitarios.
V.1.1.2.1.11	Actividade 11	Assegurar a comemoração do dia mundial de luta contra VIH
V.1.1.3	Sub-objetivo 3	Garantir que 90% das pessoas testadas positivas sejam submetidas ao TARV
V.1.1.3.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Implementar a estratégia testar e tratar
V.1.1.3.1.1	Actividade 1	Elaborar um guia para estratégia testar e tratar
V.1.1.3.1.2	Actividade 2	Formar 60 tecnicos por ano sobre a estratégia testar e tratar.
V.1.1.3.1.3	Actividade 3	Adquirir medicamentos ARV de 1*, 2* e 3* linha.
V.1.1.3.1.4	Actividade 4	Actualizar o protocolo terapeutico para VIH.
V.1.1.3.1.5	Actividade 5	Capacitar os técnicos de saúde em matéria de ETP (educação terapêutica)
V.1.1.3.1.6	Actividade 6	Realizar sessões de sensibilização e informação aos praticantes da medicina tradicional e parteiras tradicionais em matéria de VIH
V.1.1.3.2	<i>Intervenção estratégica</i>	Diminuir o estigma das populações chave
V.1.1.3.2.1	Actividade 1	Realizar um estudo de indice de estigma na população geral e PVVIH
V.1.1.3.2.2	Actividade 2	Aumentar o número de sessões sobre vida positiva.
V.1.1.3.2.3	actividade 3	Realizar actividade de autoajuda
V.1.1.3.2.4	actividade 4	Produção de materiais de comunicação direcionados ao estigma.
V.1.1.3.3	<i>Intervenção estratégica</i>	Reforçar acções de aconselhamento
V.1.1.3.3.1	Actividade 1	Formar novos quadros em matéria de aconselhamento
V.1.1.3.3.2	Actividade 2	Formar os membros de EAT no dominio de aconselhamento na 1ª pessoa
V.1.1.3.3.3	Actividade 3	Reprodução dos manuais de ETP

V.1.1.4	Sub-objetivo 4	Garantir que 100% das gravidas seropositivas sejam submetidas ao TARV
V.1.1.4.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Reforçar acções de PTMF nos serviços de CPN e nas maternidades
V.1.1.4.1.1	Actividade 1	Formar novos quadros em matéria de aconselhamento
V.1.1.4.1.2	Actividade 2	Formar os técnicos engajados em SSR no domínio de ETP
V.1.1.4.1.3	Actividade 3	Realizar o PCR a todas crianças nascidas de mães sero+
V.1.1.4.1.4	Actividade 4	Assegurar o apropriação de cartuchos para realização do PCR
V.1.1.4.1.5	Actividade 5	Elaborar um plano de eliminação da TMF
V.1.1.4.1.6	Actividade 6	Assegurar anualmente um encontro com 30 autores de PTMF ao nível do distrito
V.1.1.4.1.7	Actividade 7	Realizar busca activa de grávidas sero+ perdidas
V.1.1.5	Sub-objetivo 1.5	Reforçar o sistema de prevenção primária
V.1.1.5.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Aumentar as acções de CMC
V.1.1.5.1.1	Actividade 1	Formar dos ASC em CMC, aconselhamento para aderência de campanhas voluntaria
V.1.1.5.1.2	Actividade 2	Elaboração e produção de materiais de CMC
V.1.1.5.1.3	Actividade 3	Realizar de actividades de CMC a nível das diásporas
V.1.1.5.1.4	Actividade 4	Realizar acções de CMC nas comunidades
V.1.1.5.2	<i>Intervenção estratégica</i>	Aumentar a distribuição de preservativos
V.1.1.5.2.1	Actividade 1	Disponibilizar meios aos ASC para distribuição regular de preservativos
V.1.1.5.2.2	Actividade 2	Dotar os distritos sanitários de materiais e consumíveis necessários para melhor a distribuição de preservativos.
V.1.1.5.2.3	Actividade 3	Adquirir Lubrigel para HSH e os reclusos
V.1.1.5.2.4	Actividade 4	Adquirir preservativos para população geral
V.1.1.5.2.5	Actividade 5	Adquirir preservativos de sabor apelativo destinado a população chave.

AXE 2 : Réduire la morbidité et la mortalité liées à l'hépatite, la tuberculose et le VIH/SIDA en améliorant la prise en charge des patients

## **Tuberculose**

### 3.2.1. Contexte stratégique

Les deux programmes de tuberculose et de VIH/SIDA ont fait beaucoup de progrès ces 5 dernières années sous les plans stratégiques respectifs.

Quelques atouts :

- La construction d'un laboratoire de tuberculose avec genXpert ;
- Un taux élevé de guérison de tuberculose (79%) ;

Par contre :

- Le taux de succès thérapeutique pour les cas de tuberculose n'a pas encore atteint 85 % ;
- Le taux des patients VIH avec suppression de la charge virale est de 29 % ;
- Deux cas de tuberculose multi-résistante ont été dépistés et mis sous traitement durant l'année 2014 alors que le nombre des cas estimés était de 38 pour cette année. Aucun cas de TB-MR n'a été dépisté ou mis sous traitement durant l'année 2015.

### 3.2.2. Approche stratégique

Ce plan stratégique national recommande une réduction de mortalité liée à la tuberculose et au VIH/SIDA de 50 % entre 2018 et 2022. Encore un but ambitieux mais faisable. Pour ce faire il faut le décortiquer.

Pour en arriver, il faut que :

- La détection des cas de tuberculose augmente jusqu'à 90 % ;
- Cela nécessitera une stratégie de dépistage active et non pas passive ;
- Le test moléculaire devra être le test de première ligne parmi tous les cas présomptifs de tuberculose. L'introduction sera progressive. Deux premières années : Cantagalo, Lemba et Agua Grande et le reste du pays à partir de la 3ème année ;
- Le taux de succès thérapeutique des patients tuberculeux devra augmenter à 90 % ou plus ;
- La pharmacovigilance doit être mis sur pied et fonctionnel ;

T.2	Meta	<b>Réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose et au VIH/SIDA en améliorant la prise en charge des patients</b>
T.2.1	Objetivo	Mettre en œuvre la stratégie 90-90-90 pour la tuberculose
T.2.1.1	Sub-objetivo	Identifier 90 % des tous les patients souffrant de tuberculose et les mettre sous traitement approprié
T.2.1.1.1	Intervençao estrategica	Améliorer la dépistage au niveau des formations sanitaires et communauté
T.2.1.1.1.1	Actividade 1	Reforçar o rastreio da TB em todos casos presuntivos nos serviços de saúde
T.2.1.1.1.2	Actividade 2	Rever o algoritmo e a estratégia de despistagem para o rastreio dos casos
T.2.1.1.1.3	Actividade 3	Realizar cada ano busca activa da TB na comunidade basendo na cartografia de casos

T.2.1.1.1.4	Actividade 4	Assegurar a supervisao das actividades do laboratorio pelo laboratorio de Cameroun
T.2.1.1.1.5	Actividade 5	Adquirir materiais, reagentes e consumíveis para baciloscoopia e Genexpert
T.2.1.1.1.6	Actividade 6	Formar /reciclar todo o professionaldo laboratorio sobre o diagnostico da tuberculose tendo em conta a estrategia de despistagem
T.2.1.1.1.7	Actividade 7	Assegurar o controle de qualidade nivel distrital e nacional pelo laboratorio supranacional de Camerou e/ouInstituto Ricardo Jorge
T.2.1.1.2	Intervençao estrategica	Amélioration de diagnostique laboratoire de tuberculose pharmaco-sensible et TB-MR
T.2.1.1.2.1	Actividade 1	Reforçar o rastreio da TB MR em todos casos presuntivos
T.2.1.1.2.2	Actividade 2	Rever o algoritmo e a estratégia de despistagem para o rastreio dos casos
T.2.1.1.2.3	Actividade 3	Adquirir 4 aparelhos de Genexpert , equipamento para cultura no meio liquido, antiobiograma e os respetivos consumíveis
T.2.1.1.2.4	Actividade 4	Asegurar o transporte das amostras para cultura e teste de sensibilidade para CPC
T.2.1.1.2.5	Actividade 5	Adquirir materiais, reagentes e consumíveis para cultura incluindo os cartuchos
T.2.1.1.2.6	Actividade 6	Assegurar a manutenção da infraestrutura e dos equipamentos laboratorial TB
T.2.1.1.2.7	Actividade 7	Assegurar o sistema de recolha e transporte das amostras inter-distritais( malas termicas, combustivel, )
T.2.1.3	Sub-objetivo	Identifier au moins 90 % des cas de tuberculose parmi les populations clés (PVVHH, professionnels de sante, diabétiques, prisonniers)
T.2.1.3.1	Intervençao estrategica	Améliorer la stratégie de dépistage des population-clés
T.2.1.3.1.1	Actividade 1	Realizar rastreio clínico rotineiro da TB a todos prisioneiros que entram nos serviços prisionais
T.2.1.3.1.2	Actividade 2	Realizar pelo menos uma vez por ano raio x aos PVVIH e aos profisionais de saude que trabalham com pacientes de TB
T.2.1.3.1.3	Actividade 3	Formar os medicos e enfermeiros sobre diagnostico precoce de TB no PVVHIV
T.2.1.3.1.4	Actividade 4	Estudo sobre o conhecimento da TB nos profissionais de saude
T.2.1.4	Sub-objetivo	Traite avec succès au moins 90 % des patients diagnostique avec tuberculose (80 % pour les cas de TB-MR)
T.2.1.4.1	Intervençao estrategica	Traitemt tuberculose pharmaco-sensible
T.2.1.4.1.1	Actividade 1	Adquirir medicamento de 1 <sup>a</sup> linha para 900 pacientes durante 5 anos
T.2.1.4.1.2	Actividade 2	Adquirir formulações pediatricas para tratamento de 100 crianças durante 5 anos
T.2.1.4.1.3	Actividade 3	Assegurar o envio de medicamentos para RAP
T.2.1.4.1.4	Actividade 4	Multiplicar e desseminar 100 exemplares de protocolo de tratamento
T.2.1.4.1.5	Actividade 5	Reciclar 150 medicos e 300enfermiros dos postos e hospital em manejo de casos durante 5 anos
T.2.1.4.1.6	Actividade 6	Aquisição de combustivel para assegurar a aprovisionamento e armazenamento do medicamento no FNM
T.2.1.4.1.7	Actividade 7	Adquirir medicamentos para tratar efeitos secundarios
T.2.1.5	Sub-objetivo	Traite avec succès au moins 90 % des patients diagnostique avec tuberculose (80 % pour les cas de TB-MR)
T.2.1.5.1	Intervençao estrategica	Mise en œuvre des stratégies de rétentions des patients sous traitement

T.2.1.5.1.1	Actividade 1	Apoio psico social e nutrional aos pacientes de TB
T.2.1.5.1.2	Actividade 2	Assegurar a supervisao de Dot em todos os distritos (combustivel)
T.2.1.5.1.3	Actividade 3	Realizar DOT comunitário a todos os pacientes de TB (combustivel)
T.2.1.5.1.4	Actividade 4	Formar cada ano 25 prestadores do distrito sobre DOT
T.2.1.5.2	Intervençao estrategica	Assurer la recherche de perdue de vue
T.2.1.5.2.1	Actividade 1	Realizar busca dos pacientes perdidos de vista (combustivel, ....)
T.2.1.5.2.2	Actividade 2	Criar e capacitar uma equipa de apoio terapeutico para melhorar a adesão dos pacientes
T.2.1.5.2.3	Actividade 3	Disponibilizar custos de deslocação para a equipa de apoio terapeutico
T.2.1.5.3	Intervençao estrategica	Améliorer les conditions de travail des ASC
T.2.1.5.3.1	Actividade 1	Adquirir materiais e equipamentos de trabalho para os Agentes de Saude Comunitaria(, botas, capas de chuva, mochilas, blocos e esferografica)
T.2.1.5.3.2	Actividade 2	Motivar financeiramente os agentes de saude comunitaria para assegurar o tratamento e o seguimento dos doentes
T.2.1.5.3.3	Actividade 3	Advogar para inclusao do ASC nos sistema de saude
T.2.1.5.4	Intervençao estrategica	Traitement TB-MR - Introduction du schéma court de TB-MR
T.2.1.5.4.1	Actividade 1	Elaboraçao do protocolo de tratamento da TBMR esquema curto
T.2.1.5.4.2	Actividade 2	Formar 60 medicos e 75 enfermeiros em manejo de casos de TBMR durante 5 anos
T.2.1.5.4.3	Actividade 3	Assegurar o reforço de capacidade do pessoal do PNLT na gestao TBMR( externa)
T.2.1.5.4.4	Actividade 4	Adquirir medicamentos de 2ª linha para o tratamento de TBMR
T.2.1.5.4.5	Actividade 5	Assegurar a aquisição e aprovisionamento dos medicamentos para tratamento dos efeitos secundarios
T.2.1.5.5	Intervençao estrategica	Supervision- Controle de qualité des médicaments
T.2.1.5.5.1	Actividade 1	Realizar supervisões mensais e trimestrais em todos centros de tratamento
T.2.1.5.5.2	Actividade 2	Realizar controlo de qualidade dos medicamentos em todos os pontos de distribuiçao
T.2.1.5.6	Intervençao estrategica	Formation des cadres
T.2.1.5.6.1	Actividade 1	Assegurar o reforço de capacidade do pessoal do nivel central sobre a gestao de TB/VIH( plano VIH)
T.2.1.5.6.2	Actividade 2	realizar trimestralmente reunioes de comite TB/VIH (plano VIH)
T.2.1.5.6.3	Actividade 3	Organizar atelier semestral de partilha de experiencia entre os distritos(retirar esta no VIH)
T.2.1.5.6.4	Actividade 4	Realizar formações de reforço de capacidade do pessoal em materia de gestao do programa, seguimento e Avaliação e gestao do aprovisionamento
T.2.1.5.6.5	Actividade 5	Assegurar o funcionamento do programa(combustivel, material de escritorio
T.2.1.5.6.6	Actividade 6	Adptar a maquete informatica a novos instrumentos de recolha de dados (para melhorar porque já esta acima)

## ***Contexte stratégique***

La mortalité des patients VIH/SIDA est encore trop élevée à STP après un an de la mise sous traitement ARV. Des facteurs que peuvent avoir un lien sont le diagnostic tardif et la fréquence de l'échec thérapeutique suite à une mauvaise adhérence et/ou la présence de résistances aux ARV, et une mauvaise prise en charge des Infections Opportunistes (IO). L'amélioration de la cascade de services du VIH/SIDA doit impliquer la détection précoce et la prise en charge immédiate sans pertes secondaires, et l'adhérence au traitement des patients VIH/SIDA. La prise en charge précoce signifie éviter les diagnostics tardifs, qui ont une relation directe avec la survie des PVVIH, notamment en tenant en compte que à STP ne sont pas disponibles toutes les facilités pour traiter et soigner les maladies liées au SIDA.. L'adhérence correcte doit éviter les pertes secondaires et arriver au succès thérapeutique synonyme d'avoir une CV indéetectable. Finalement, le chapitre de la lutte et control contre les résistances aux ARV sera abordé dans le capitulo 4.4.2.

## ***Approche stratégique***

Dans le cadre 90-90-90, la détection précoce de l'infection du VIH a un impact direct sur l'espérance de vie des PVVIH. La stratégie de rendre accessible et augmenter la couverture du dépistage prend son sens, dans le cadre d'une approche plus active : sortir à la recherche active de la population (soit PC ou non), et sensibiliser la population de faire le dépistage et augmenter le taux de recherche passive. Ceci signifie l'augmentation des services et capacités de tout le processus (réalisations des tests, augmentation de la qualité du counseling), et la référence différentiée effective des nouveaux diagnostiqués pour prise en charge. Cette différentiation sera facilité par l'adoption de la nouvelle stratégie TTR, et le changement des critères pour commencer le TARV, dans ce cas, abandonnant le critère de 500 CD4 et bousculer vers le traitement immédiat indépendant de la CV et du niveau de CD4. Dans un autre niveau c'est ici où il faut poser les efforts pour améliorer le gap les plus important du programme, la haute incidence des échecs thérapeutiques et la manque de réduction de la CV dans la plupart des patients. Il faut des approches actives, la mise en place de ressources et leur capacitation, l'augmentation des stratégies déjà présentes pour assurer l'adhérence (renforcement des EAT et les groups GAM) ainsi que une meilleure connaissance des facteurs associés a ces résultats. Au même temps, on propose des activités d'amélioration de la prise en charge des infections opportunistes liées au VIH/SIDA. Les données de surveillance et suivie et évaluation doivent permettre un suivi particulier des patients qui n'adhèrent pas au TARV et agir immédiatement, détecter les patients vulnérables et mettre en place une couverture générale des actions pour assurer cette adhérence.

<b>V.2</b>	<b>Meta</b>	<b><u>Réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA en améliorant la prise en charge des patients</u></b>
<b>V.2.1</b>	<b><i>Objetivo específico</i></b>	<b><i>Mettre en œuvre la stratégie 90 90 90 pour le VIH</i></b>
V.2.1.2	Sub- objetivo 1	Mettre 90 % des tous les PVVIH sous traitement approprié
V.2.1.2.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Implementar a estratégia testar e tratar

V.2.1.2.1.1	Actividade 1	Elaborar um guia orientador para estratégia testar e tratar
V.2.1.2.1.2	Actividade 2	Formar 60 técnicos por ano sobre a estratégia testar e tratar.
V.2.1.2.1.3	Actividade 3	Aquisição de medicamento ARV de 1*, 2* e 3* linha.
V.2.1.2.1.4	Actividade 4	Assegurar a gratuitidade do seguimento hematobioquímico dos PVVIH
V.2.1.2.1.5	Actividade 5	Actualizar o protocolo terapêutico para HIV.
V.2.1.2.1.6	Actividade 6	Capacitar os técnicos de saúde em matéria de ETP( educação terapêutica)
V.2.1.2.2	<i>Intervenção estratégica</i>	Reforçar o aconselhamento tanto nos serviços de saúde como nas comunidades
V.2.1.2.2.1	Actividade 1	capacitar novos quadros para intensificação do aconselhamento .
V.2.1.2.2.2	Actividade 2	assegurar mensalmente custo de deslocação de 12 membros dos EAT
V.2.1.2.2.3	Actividade 3	assegurar mensalmente o salário dos EAT
V.2.1.2.2.4	Actividade 4	Formar os membros de EAT no domínio de aconselhamento na 1ª pessoa
V.2.1.2.2.5	Actividade 5	Reprodução dos manuais de ETP
V.2.1.2.3	<i>Intervenção estratégica</i>	Melhorar as acções de busca activa para aumentar a taxa de ligação do diagnóstico ao tratamento
V.2.1.2.3.1	Actividade 1	Capacitar os membros da associação Apoio a VIHDA para melhorarem a adesão e retenção dos doentes com TARV
V.2.1.2.3.2	Actividade 2	Dotar os EAT de mais materiais e meios de trabalho
V.2.1.2.3.3	Actividade 3	aquisição de medicamentos anti hipertensivos e diabéticos para os PVVIH em cuidados domiciliares
V.2.1.2.3.4	Actividade 4	Capacitar os PVVIH sobre vida positiva
V.2.1.2.3.5	Actividade 5	Disponibilizar meios ( combustível ) para assegurar os cuidados domiciliar
V.2.1.2.3.6	Actividade 6	Elaborar um guia (plano de acção) de busca activa
V.2.1.2.3.7	Actividade 7	Formação de uma equipa multidisciplinar para cuidados domiciliar
V.2.1.2.4	<i>Intervenção estratégica</i>	Reforçar as actividades de S&A
V.2.1.2.4.1	Actividade 1	Formar os RDE e os estatísticos na utilização de novos instrumentos de recolha e análises dos dados.
V.2.1.2.4.2	Actividade 2	reproduzir e disseminar os instrumentos de recolha
V.2.1.2.4.3	Actividade 3	adaptar os instrumentos de recolha para estratégia testar e tratar

V.2.1.2.4.4	Actividade 4	realizar supervisão trimestral em todas unidades sanitarias
V.2.1.2.4.5	Actividade 5	Realizer um análise detalhado das causas et factores associados a mortalidade das PVVIH
V.2.1.3	Sub- objetivo 2	90% das IO diagnosticadas e tratadas
V.2.1.3.1	<i>Interveçao estrategica</i>	Reforçar o diagnostico e o manejo das infecções oportunistas
V.2.1.3.1.1	Actividade 1	Actualização do protocolo manejo de IO
V.2.1.3.1.2	Actividade 2	Aquisição de medicamentos IO
V.2.1.3.1.3	Actividade 3	aquisicao de reagentes e testes rapidos para diagnostico da criptocose e toxoplasmose
V.2.1.3.1.4	Actividade 6	formacao dos tecnicos no diagnostico das IO
V.2.1.3.2	<i>Interveçao estrategica 2</i>	Reforçar a profilaxia das IO's
V.2.1.3.2.1	Actividade 1	Disponibilizar os medicamentos IO em todas as US
V.2.1.3.2.2	Actividade 2	Disseminação do protocolo de manejo de IO nas US
V.2.1.3.2.3	Actividade 3	Formacao de medicos e enfermeiros no manejo de IO
V.2.1.3.2.4	Actividade 4	Producao de fichas de seguimento das IO

## AXE3 : Atteindre toutes les populations clés et vulnérables

### Contexte stratégique :

La connaissance à STP des PC, notamment les PS et les HSH n'est pas bien élucidé. Les populations vulnérables au VIH/SIDA et les ITS souffrent au même temps des vulnérabilités sociales, ce qui fait la prévention et le contrôle du VIH/SIDA chez elles soit privilégiée dans le cadre de la stratégie centré sur les patients et leurs droits humains. Les populations vulnérables au VIH/SIDA et ITS à STP concernent notamment les PS et les HSH. Il faut ajouter par leurs facteurs de risque inhérents à acquérir le VIH/SIDA, comme les cas de chauffeurs mototaxis, des militaires et des prisonniers qui ont la prévalence la plus élevée de VIH (6,1% en 2015). En même temps, la prévention du VIH chez les PC est une mesure efficiente pour protéger en générale l'ensemble de la population. En ce qui concerne la TB, les prisonniers sont des populations vulnérables, ainsi comme il existe encore un certain stigma par rapport aux malades TB. Ceci est notamment vrai en ce qui concerne aux PS. Négliger ces PC peut faire échouer la stratégie 90-90-90. Les PVVIH, suite à leur condition d'infectés par le VIH, sont des populations vulnérables au stigma, qui peut difficulté la prise en charge et l'adhérence à la suivie, au même temps qui ont des droits d'accès à la santé spécifique qu'il faut assurer. Au même temps, la TB est une maladie liée à la pauvreté et aux vulnérabilités

sociales, et les malades TB souffrent aussi du stigma qui peut rendre difficile leur prise en charge et l'adhérence au traitement.

## Approche stratégique

Il faut tout d'abord une connaissance approfondie des PC, notamment les HSH et PC, avec une cartographie qu'incluant les facteurs bio-comportementales et la prévalence précise du VIH et les ITS. Cette activité est commune au point. Dans d'autres pays de l'Afrique sub-saharienne les PS ne sont pas un collectif uniforme et ont des facteurs de vulnérabilité diversifiés selon leur degré(ref.) Cette connaissance doit permettre 1) Un abordage spécifique adéquat par rapport aux activités et leur couverture et 2) Une suivie bio-comportementale de l'impact de ces activités avec des données de base.

Les jeunes filles, même si le taux d'infection de VIH ou IST n'est pas alarmant, ont des vulnérabilités spécifiques et sont devenu dans certaines régions de haute prévalence des réservoirs du VIH et cibles comme PC. Il y a à STP des facteurs sensibles qu'indiquent que les jeunes filles peuvent être une porte d'entrée au VIH (précoce des rapports sexuels, détection de phénomène de tourisme sexuel provenant de Nigeria et Angola). La suivie bio-comportementale doit permettre une évaluation de cette vulnérabilité qui peut se manifester soudainement suite à un changement contextuel (augmentation à l'exposition au VIH, voir le point). Des interventions spécifiques peuvent ressortir de ces résultats. Les chauffeurs ont été décrits comme drivers des ITS, incluant le VIH, et les prisonniers et militaires dont on réalise déjà des activités ciblés, ont une augmentation du VIH. On au même temps propose de renforcer et élargir les activités de dépistage et prise en charge des PC et améliorer la suivie clinique des PVVIH.

V. 3	Meta	Atteindre toutes les populations clés et vulnérables
V. 3.1	Objetivo específico	Améliorer l'accès des populations clés au service du VIH, TB et ITS
V.3.2.1	Sub-objetivo	Melhorar o acesso dos reclusos aos serviços de prevenção e detecção de VIH, ITS et TB
V.3.2.1.1	Intervenção estratégica	Aumentar as actividades de proximidades com os reclusos no domínio de despistagem e tratamento do VIH, TB et ITS
V.3.2.1.1.1	Actividade 1	Aumentar as acções de CMC e testagem voluntária nas cadeias de VIH
V.3.2.1.1.2	Actividade 2	Disponibilização de preservativos e lubrigel nas cadeias
V.3.2.1.1.3	Actividade 3	Formação dos educadores de pares na cadeia
V.3.2.2	Sub-objetivo	Melhorar o acesso dos HSH aos serviços de prevenção e detecção de VIH et ITS
V. 3.2.2.1	Intervenção estratégica 1	Melhorar o conhecimento da situação dos HSH para aumentar as actividades de proximidades no domínio de despistagem e tratamento
3.2.2.1.1	Actividade 1	Mapeamento dos HSH
3.2.2.1.2	Actividade 2	Realizar testagem direcionada para os HSH de VIH

3.2.2.1.3	Actividade 3	Realizar semestralmente formação de 20 educadores de pares para HSH durante 3 dias sobre actividades de prevenção de VIH
3.2.2.1.4	Actividade 4	Empoderamento dos HSH
3.2.2.1.5	Actividade 5	Realizar trimestralmente actividades de sensibilização na comunidade HSH pelo educadores de pares HSH nos distritos
3.2.2.1.6	Actividade 6	Assegurar mensalmente o custo de motivação dos esducadores de pares (20 Usd para 10 educadores)
3.2.3	Sub-objetivo	Melhorar o acesso das PS aos serviços de prevenção e detecção de TB, VIH et ITS
3.2.3.1	Interveçao estrategica 1	Melhorar o conhecimento da situação das PS para aumentar as actividades de proximidades no domínio de despistagem e tratamento
3.2.3.1.1	Actividade 1	Mapeamento das PS
3.2.3.1.2	Actividade 2	Realizar testagem direcccionada para as PS
3.2.3.1.3	Actividade 3	Realizar semestralmente formação de 20 educadores de pares para PS durante 3 dias sobre actividades de prevenção de VIH e ITS
3.2.3.1.4	Actividade 4	Realizar trimestralmente actividades de sensibilização na comunidade PS pelo educadores de pares PS nos distritos
3.2.3.1.5	Actividade 5	Assegurar mensalmente o custo de motivação dos esducadores de pares (20 Usd para 10 educadores)
3.2.3.1.6	Actividade 6	Empoderamento das PS
3.2.3.1.7	Actividade 7	Disponibilizar preservativos apelativos às PS
3.2.3.1.8	Actividade 8	Realização de consultas e tratamento da IST's
3.2.4	Sub-objetivo	Melhorar a atençao aos PVVIH
3.2.4.1	Interveçao estrategica 1	Reforçar as actividades de rastreio de TB.
3.2.4.1.1	Actividade 1	Producir fichas e algoritimo de TPI
3.2.4.1.2	Actividade 2	Rastreio para TB em todos os PVVIH mensalmente
3.2.4.1.3	Actividade 3	Formacao dos téccnicos (médicos e enfermeiros) em materia de TPI
3.2.4.1.4	Actividade 4	Advogar junto ao ministerio da saúde para que seja feito gratuitamento o RX aos PVVIH.
3.2.4.1.5	Actividade 5	Assegurar a gratuidade dos exames hemato bioquímicos
3.2.5	Sub-objetivo	Melhorar o acesso dos Militares aos serviços de prevenção e detecção de TB e VIH

3.2.5.1	Interveçao estrategica 1	Aumentar as actividades de proximidades com os militares no domínio de despistagem e tratamento
3.2.5.1.1	Actividade 1	Realizar anualmente sessoes de CMC e testagem voluntaria no momento do recrutamento dos novos militares.
3.2.5.1.2	Actividade 2	Aumentar numero de sessoes de CMC e testagem voluntaria aos miliares no fim da missao.
3.2.5.1.3	Actividade 3	Disponibilizar perservativos aos centro militares e paramilitares.
3.2.6	Sub-objetivo	Melhorar o acesso dos Mototaxistas aos serviços de prevenção e detecção de VIH
3.2.6.1	Interveçao estrategica 1	Aumentar as actividades de proximidades com os mototaxistas no domínio de despistagem e tratamento
3.2.6.1.1	Actividade 1	Assegurar semestralmente sessoes de CMC e testagem voluntaria nos mototaxistas
3.2.6.1.2	Actividade 2	Disponibilizar perservativos aos mototaxistas
3.2.6.1.3	Actividade 3	Realizar formação de 10 educadores de pares anualmente

#### AXE4 : Améliorer les droits de l'homme par rapport a l'accès aux services

##### 3.4.1. Contexte stratégique

En accord avec les principes de l'OMS, il faut une approche basée sur les droits humains et centrée sur les besoins des patients. Elle inclut que des efforts pour que ces PC, les PVVIH et les patients TB puissent avoir accès dans la cascade de services de façon effective : accessibilité au dépistage, prise en charge adéquate à leurs besoins et suivi clinique. Les PC souffrent de deux niveaux de stigma, une auto-discrimination qui les empêche avoir une autonomisation suffisante pour avoir accès spontanément aux services ou rendent difficile la prise en charge et le suivi, la faiblesse socio-économique fréquemment associé à ces populations et le stigma et la discrimination du côté de la société, incluant les professionnels de la santé qui peuvent ou bien montrer des attitudes discriminatives ou offrir des services qui ne répondent pas à leurs besoins spécifiques. À STP le stigma empêche l'accès au dépistage rendant ainsi difficile l'adhérence au TARV car les personnes affectées ont souvent tendance à se cacher.. À STP, il manque des études approfondies sur la situation du stigma chez les PC, PVVIH et patients avec TB.

##### Approche stratégique

Il faut d'abord une révision de la situation de discrimination et stigma des populations clé pour déterminer leur existence, incluant les PVVIH et patients TB. La formation du personnel de santé et des services sociaux est importante pour diminuer ces appréhensions, car ils sont en contact régulier avec ces patients, et au même temps éviter la discrimination qui peut exister au sein du système de santé. La lutte contre le stigma doit être adressé à tous les services publics et à la société en générale. La même philosophie est applicable aux autres PC (les HSH et les PS), susceptibles de discrimination et stigma. En même temps, il faut relier ces activités d'une forme transversale avec d'autres programmes sociaux et les activités des ONG qui ont un accès privilégié et non-stigmatisant. Les activités doivent inclure la formation en connaissances autant de la société, personnel de santé et les membres des PC. Il faut viser vers un *empowerment* des PC à travers de la promotions sociale et l'enlèvement de barrières à travers de changements légales. Dans ce sens, il est spécialement relevant analyser le cadre légale et détecter les lois ou normatives stigmatisâtes, que sont de barrières ou les gaps légales qu'il faudrait remplir à travers d'activités de plaidoyer et la suivie de leur implémentation.

<b>4</b>	<b>Meta</b>	<b><u>Améliorer les droits de l'homme par rapport à l'accès aux services</u></b>
4.1	<i>Objetivo específico</i>	<i>Réduire le stigma chez les populations clé</i>
4.1.1	Sub-objetivo	Reducir o estigma nas pessoas vulneráveis (TB, PVVIH)
4.1.1.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Melhorar o conhecimento sobre a situação de estigma sobre TB e HIV
4.1.1.1.1	Actividade 1	Realizar estudo sobre a situação/ indici de estigma em São Tomé e Príncipe
4.1.1.1.2	Actividade 2	Dessiminação dos resultados do estudo ao nível nacional
4.1.1.1.3	Actividade 3	Realisar sessões de CMC nas instituições publicas e privadas
4.1.1.1.4	Actividade 4	Realização de sessões de formação sobre vida positiva para os PVVIH
4.1.1.2	<i>Intervenção estratégica</i>	Aumentar o nível do conhecimento da população sobre VIH e TB
4.1.1.2.1	Actividade 1	Realizar sessões de CMC nas comunidades rurais sobre VIH e TB
4.1.1.2.2	Actividade 2	Realizar sessões de CMC nas escolas sobre VIH e TB
4.1.1.2.3	Actividade 3	Producir e reproduzir spots radiofonicos e televisivos
4.1.1.3	<i>Intervenção estratégica</i>	Criar mecanismos legais para protecção dos pacientes TB e VIH.
4.1.1.3.1	Actividade 1	Finalização do projecto lei sobre a proteção dos PVVIH
4.1.1.3.2	Actividade 2	advogar para criacao de leis de protecao da saude publica relacionada com obrigatoriedade do tratamento da TB MDR.

4.1.1.3.3	Actividade 3	Divulgação da lei de proteção dos PVVIH
4.1.2	Sub-objetivo	Reducir o estigma nas pessoas vulneráveis (PS, HSH)
4.1.2.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Reforçar o empoderamento das PS e dos HSH .
4.1.2.1.1	Actividade 1	Recrutamento de um consultor para apoiar as PS na criação de uma associação
4.1.2.1.2	Actividade 2	Realizar sessões de formação das PS e HSH sobre os seus direitos e deveres
4.1.2.1.3	Actividade 3	Realizar sessões de formação dos técnicos de saúde e os de segurança pública sobre os seus direitos e deveres

## AXE 5 : Mobiliser les ressources nécessaires pour mettre ce plan en œuvre

### 3.5.1. Contexte stratégique

Le PNLS a vu diminué progressivement la contribution financière des institutions internationales à son budget, avec une augmentation du gouvernement de STP durant les trois dernières années. Mais il faut viser à une autonomisation budgétaire, pour que le pays puisse gérer avec ses propres ressources les plans de santé et avancer vers l'indépendance financière. En même temps, il faut que le budget soit suffisant pour répondre aux défis de futur et surtout assurer l'implémentation du plan et aider STP à atteindre les buts de l'élimination du VIH/SIDA, TB en 2035. Les financements externes, effectivement, sont hors du contrôle des autorités de STP. Le changement de priorités mondiales ou crises économiques peuvent avoir un impact incontournable sur la bonne démarche des PNLS. La durabilité du programme est un engagement national pour arriver à 2035 avec succès et il dépend d'un financement suffisant et soutenu.

### Approche stratégique

Cette stratégie doit se baser dans les projections présentes et futures, dans un sens élargi jusqu'à 2035 pour atteindre le but de l'élimination de la TB et le VIH. La planification budgétaire doit permettre l'établissement de compromis pour la part du gouvernement et les autorités locales, basé sur des projections réalistes. Il est nécessaire d'encourager cet engagement à travers le rationnel coût-efficacité pour justifier la mobilisation des ressources publiques. La prévention des cas de VIH/SIDA, TB, IST ou hépatite représentera une épargne pour la prise en charge qui est nettement positive à moyen et long terme. Notamment dans certains cas concrets comme la TB-MDR qui peut signifier une charge onéreuse. Dans ce sens, il faut compléter cette prise en charge des autorités locales avec la recherche de nouvelles sources de financement privé, dans

le cadre d'une culture de la responsabilité sociale des entreprises qui opèrent à STP, et qui doivent rendre une partie de leurs bénéfices à la société de STP d'où elles les prennent.

Le plaidoyer dans les instances parlementaires et ceux qui sont en charge de la prise des décisions est nécessaire. Cet plaidoyer doit être basé sur les évidences qui sont à la base des objectifs et activités du programme. En ce qui concerne l'établissement de partenariat publique-privé, il faut viser à des engagements de longue durée, avec une participation au niveau politique des représentants du peuple de STP face aux compagnies et entreprises qui opèrent dans le pays. Cet appui peut ne être uniquement du type financier, mais aussi pour des aspects concrets, comme la facilitation de moyens comme les communications ou assistance technique dans certaines activités (facilitation du transport, appui aux activités de formation etc). L'appui peut être générale au programme ou cibler des activités ou interventions stratégiques spécifiques. Des *memorandums de understanding* doivent être signés avec d'engagements précis. Il faut implémenter une culture de la responsabilité sociale qui peuvent être inclus de plus en plus dans leur bilan d'activités et résultats.

5	Meta	<u>Mobiliser les ressources nécessaires pour mettre en œuvre le plan stratégique</u>
<b>5.1</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Mobiliser les ressources financiers</b>
5.1.1	Sub- objetivo	Reforçar o financiamento dos programas através do OGE
5.1.1.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Aumentar o financiamento na luta contra HIV e TB.
5.1.1.1.1	Actividade 1	Mobilização de maior recurso financeiro junto aos membros do governo e parceiros internacionais.
5.1.1.1.2	Actividade 2	Advocacia junto a assembleia para um maior engajamento financeiro
5.1.1.1.3	Actividade 3	elaboracao de um plano de sustentabilidade
5.1.2	Sub- objetivo	Aumentar a resposta contra TB e HIV através de financiamento privado.
5.1.2.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Criar Parcerias públicas e privadas.
5.1.2.1.1	Actividade 1	Advocacia junto as empresas publica e privadas para mobilização de recursos financeiros
5.1.2.1.2	Actividade 2	Implementar uma cooperação entre as empresas publicas e privadas com programas
5.1.2.2	<i>Intervenção estratégica</i>	Implicar as autarquias na luta contra TB e HIV.
5.1.2.2.1	Actividade 1	Estabelecer uma cooperação entre as autarquias e os programas TB e VIH
5.1.2.2.2	Actividade 2	Envolver as autarquias nas actividades distritais dos programas.

## Contexte stratégique

Le système d’information se trouve à la base de la surveillance épidémiologique. La surveillance permet de suivre l’évolution des épidémies de TB, VIH et IST, reconduire à temps les activités et actions et répondre à des situations d’émergence (épidémies, abandons du traitement), rapidement et effectivement. Elle fournit aussi la base pour les évaluations régulières et finales du programme qui permettront la mise en place de changements stratégiques, activités ou rediriger les activités mises en place. Finalement, la qualité de la base de données permettra de réaliser des recherches opératives pour saisir des évidences que peuvent alimenter le programme ou programmes dans d’autres pays, ou les programmes ultérieurs. Ainsi, le pays a besoin d’un renouvellement du système d’information, en suivant les recommandations de la OMS de implémenter les technologies digitales. Le système doit bénéficier et rendre utile pour la gestion régulière des patients aux impliqués à tous niveaux de la réponse, coordinateurs de programme, responsables de la surveillance, points focaux, ASC, personnel de laboratoire etc. Ce système d’information sanitaire est en phase de développement à STP. Il inclut tous les programmes de santé de STP et il est financé localement. Il est, donc, indépendant du PNLS mais aura des conséquences stratégiques très importantes pour atteindre leurs buts, notamment dans le domaine de la surveillance épidémiologique, le suivi et l’évaluation

## Approche stratégique

L’objectif final est que l’implémentation d’un système digital d’information sanitaire intégrale des maladies, qui puisse répondre aux besoins des programmes de TB, VIH, IST et Hépatites, avec ces piliers fondamentaux d’un système de surveillance :

- Fournir des données épidémiologiques immédiates et à jour au CNE pour agir effectivement aux nécessités (p.ex épidémies).
- Faciliter la gestion sanitaire.
- Faciliter la suivie des patients pour le personnel de santé à travers d’histoires cliniques digitales.
- Communication de résultats de laboratoire.
- Fournir les données nécessaires pour le suivi et l’évaluation du programme.
- Fournir des données de qualité qui seront à la base pour des recherches de type opérationnel.

L’implémentation du système intégré dépasse le présent programme, et il sera développé en parallèle au PNLS, car il implique tous les systèmes de santé. Le PNLS doit veiller pour que le système puisse intégrer les besoins spécifiques du programme, dans leur dimension de suivie et évaluation comme pour appuyer les activités quotidiennes (par exemple, qu’il puisse intégrer la suivie DOT pour les ASC, voir l’activité 6.1.1.1.3). C’est un outil que doit rester à STP, et l’implémentation doit être progressive

et adéquate aux capacités techniques, de connaissances et matérielles au niveau central et périphérique. La consolidation de cet outil doit être un objectif en soi même à STP. Pendant la période de transition jusqu'à l'implémentation du SIS, il faut renforcer le système avec les outils qui sont en place aujourd'hui.

Au même temps il est nécessaire de mieux connaître les connaissances, attitudes et pratiques des PVVIH et patients avec TB pour déterminer les risques inhérents de perte de suivi et mettre en place des stratégies plus effectives (p.ex. adresser les activités des EAT).

<b>6</b>	<b>Meta</b>	<b>Renforcer le système d'information stratégique</b>
6.1	<i>Objetivo específico</i>	<i>Améliorer la collecte des données pour permettre l'utilisation des données dans la prise de décision</i>
6.1.1	Sous-objetivo	Melhorar a produção, utilização e gestão da informação no domínio de luta contra TB e HIV.
6.1.1.1	<i>Intervenção estratégica</i>	Reforço da vigilância epidemiológica
6.1.1.1.1	Actividade 1	Acções de capacitação aos técnicos de vigilância epidemiológica no domínio de colecta e produção de dados com qualidade
6.1.1.1.2	Actividade 2	Reprodução de instrumentos e colecta de dados (Fichas e Manuais de procedimentos) de TB e VIH
6.1.1.1.3	Actividade	Adaptação de sistema integrado de vigilância para TB e VIH (DIHS2)
6.1.1.2	<i>Intervenção estratégica</i>	Reforço da vigilância comportamental
6.1.1.2.1	Actividade 1	Realização de um estudo CAP para TB e VIH
6.1.1.2.2	Actividade 2	Dessimilação dos resultados do Estudo para tomada de decisão
6.1.2	Sous-objetivo	Implementar sistema vigilância ES a os fármacos
6.1.2.3	<i>Intervenção estratégica</i>	Adaptar no seguimento dos doentes o rastreio de ES e a sua notificação
6.1.2.3.1	Actividade 1	Elaboração guia clínico de deteção ES
6.1.2.3.2	Actividade 2	Elaboração e implementação ficha de notificação ES
6.1.2.3.3	Actividade 3	Formação pessoal saúde na deteção e manejo dos ES

Activités spécifiques pour l'Hépatite :

## **Contexte stratégique**

À STP il y a une méconnaissance de la situation en égard des Hépatite B et Hépatite C, mais il est prévu la introduction de la vaccine contre le VHB chez les enfants dans le PEV, et le dépistage de VHB dans la CPN se réalise de forme systématiques. En accord avec les données en Afrique continentale, il faut attendre des prévalences de 10% pour la VHB et 5% pour la VHC, mais ces données ne peuvent être prises comme des estimations dans le contexte particulier et insulaire de STP:

### **Approche stratégique:**

Il faut d'abord une connaissance de la situation réelle des VHB et VHC à STP et mesurer le problème du point de vue de la Santé Publique, et établir des actions concrètes pour mettre en place les mesures de prévention et control, en accord avec les indications de la OMS. En tout cas, il faut signaler que STP a reçu tout récemment l'offre d'appui d'une organisation filantropique pour appuyer cet aspect négligé de la santé à STP qui va soutenir les activités spécifiques, hors du présent plan.

<b><u>H.1</u></b>	<b><u>Meta</u></b>	<i>Implementar programa de control e prevençao das Hepatites viras</i>
<i>H.1.1</i>	<i>Objetivo específico</i>	Criar as bases para um programa de controlo e prevençao das Hepatites B
<i>H.1.1.1</i>	Sub-objetivo	Conhecer a situação epidemiologica da VHB e VHC
<i>H.1.1.1.1</i>	<i>Intervenção estratégica</i>	Realizar um estudo epidemiologico sobre as VHB e VHC
<i>H.1.1.1.1.1</i>	Actividade 1	Planificar e implementar um estudo de prevalencia da VHB e VHC
<i>H.1.1.1.1.2</i>	Actividade 2	Disseminar os dados
<i>H.1.1.1.1.3</i>	Actividade 3	Elaborar um plano estratégico de control e prevençao das VHB e VHC em base a os resultados do estudo.

### **Activités transversales**

---

### **Justification :**

Les activités transversales concernent ces aspects dont affectent à différents programmes, TB, VIH, IST et autres, et que ne peuvent être pris en compte en égard d'un seul programme. Les interventions spécifiques doivent être pris dans le contexte des besoins générales d'un aspect concret (p.ex. laboratoire), et

harmonisés avec les plans génériques (dans le cas du laboratoire, le Plan Stratégique Nacional pour les laboratoires).

#### **4.3.1 Renforcement des capacités de laboratoire**

##### ***Contexte stratégique***

Le changement de paradigme de l'abordage du VIH et la TB tient comme conséquence le renforcement du rôle centrale du laboratoire, suite à l'augmentation des échantillons pour dépister TB, la mise en place du GeneXpert en première ligne du diagnostic de la TB (déplaçant la baciloskopie au niveau de la suivie des patients), et la mise en œuvre de la détermination de la CV deux fois par an. À STP on est en train de mettre en place le Plan Stratégique National des Laboratoires, dans lequel doive se encadrer les activités et changements spécifiques suite a cet nouveau PNLST intégré.

##### ***Abordage stratégique***

Il faut d'emblée un diagnostique de situation et une évaluation des capacités qui doivent être mises en œuvre, du point vue matériel (nombre d'appareils, conditions matérielles pour les accueillir, etc.) et des capacités techniques au niveau central et périphérique pour leur utilisation, maintenance, interprétation et utilisation des résultats et gestion des données, ce qui concerne aux techniciens de laboratoire des unités périphériques mais aussi aux cliniciens. Il faudra ajouter les estimations de besoins matériels (consommables, réactifs) en relation au nombre d'échantillons qu'on estime . En deuxième lieu, il faudra développer un plan d'implémentation, harmonisé avec le Plan Stratégique National des Laboratoires, que doit inclure un système de supervision et l'établissement effectif d'un système en réseau des laboratoires existants à STP. La implementation des nouvelles capacités au niveau de laboratoire doivent s'entreprendre d'une forme progressive et par rapport à l'expérience acquise pendant les experiences preliminaries. Le nombre d'appareils GeneXpert et leur placement sera décidé à partir de cette experience préalable en équilibre avec les moyens et resources disponibles.

<b>AT 1</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Os laboratórios central e periféricos tem as capacidades técnicas e materias para assumir as novas tarefas emanadas do novo PNLST</b>
AT 1..1	Sub-objetivo	Reforçar à area de laboratório ao nível central e periférico
AT 1.1.1	Intervençao estrategica	Capacitar au nível material, condições e técnicas dos laboratorios
AT 1.1.1.1	Actividade 1	Avaliaçao das situaçao e melhorias precisas em relaçao as novas exigências

AT 1.1.1.2	Actividade 2	Elaboraçao plano de necesidades materiais
AT 1.1.1.3	Actividade 3	Elaborar plano de implementaçao e sustentabilidade
AT 1.1.1.4	Actividade 4	Elaborar e implementar o plano de supervisao e manutenção
AT 1.1.1.5	Actividade 5	Atividades de capacitaçao do pessoal de laboratorio e tecnicos de saúde e ASC na colheita, indicaçoe de amostras e interpretaçao de resultados
AT 1.1.2	Intervençao estrategica	Acquisiçao e implementaçao de novos equipamentos
AT 1.1.2.1	Actividade 1	Estudo de necesidades de equipamentos e reagentes
AT 1.1.2.2	Actividade 2	Compra das equipas
AT 1.1.2.3	Actividade 3	Implementaçao das novas equias segúm o plano de implementaçao

#### 4.3.2 Le Système d'information sanitaire intégrée

##### *Contexte stratégique*

Le système d'information sanitaire à STP se base aujourd'hui sur le remplissage de formulaires en format papier qui circulent des niveaux les plus périphériques aux niveaux distritales, suite à la décentralisation du système de santé. L'information migre alors vers le CNE ou se centralise toute l'information de la vieille sanitaire de la TB et le VIH. Le système est retro alimenté par des supervisions régulières des responsables de laboratoire et les points focales de TB/HIV et au niveau central du personnel du CNE. Ce système est coûteux et lourd, et lent. Il ne permet pas de détecter au temps des épidémies ou des situations ou tendances qui ont besoin d'une intervention correctrice ou le rédirectioner. Au même temps, dépend de la complétion au temps et complète des formulaires, ce qui n'est pas le cas.

Un système plus flexible, rapide, efficace et de qualité, donc, est nécessaire pour améliorer la performance et la qualité du système de vieille et suivie et évaluation, et au même temps faciliter le travail au niveau périphérique pour un meilleure suivie et prise en charge des patients.

##### *Abordage stratégique*

À STP est en cours le développement et l'implémentation d'un système d'information sanitaire intégrée, qui vise tous les programmes de santé. Le SIS est une opportunité que s'aligne avec les indications de la OMS de bousculer vers l'utilisation des technologies digitales pour la surveillance, suivie et évaluation

de ces trois maladies. Cet programme à leur budget spécifique mais doit répondre aux besoins stratégiques et spécifiques des deux programmes :

- Implémentation d'un système de suivi des patients sous DOT et en TARV à travers d'applications de cellulaire.
- Information au temps des activités et des résultats de laboratoire au CNE pour la surveillance épidémiologique et la réponse immédiate aux sources épidémiques et aux abandons de suivi.
- Disponibilité de données de qualité pour la supervision, suivi et évaluation du programme.
- Fournir des bases de données de qualité nécessaire pour réaliser des études opérationnelles.
- Faciliter le travail journalier des médecins et les techniciens de santé qui sont responsables du diagnostique et la suivi des patients.

Le SIS doit atteindre et relier les activités de tous les niveaux de l'activité du PNS : au niveau communautaire (ASC), Unités sanitaires, laboratoire et le CNE.

AT2	Objetivo	<b>Implementar do sistema integrado de vigilancia sanitaria que responda nos aspectos HIV e TB</b>
AT 2.1	Sub-objetivo	O SIS integra e responde as necesidades estrategicas do PNLS e PNLT
AT 2.1.1	Intervençao estrategica	Introduzir no desenvolvimento do SIS estas necesidades
AT 2.1.1.1	Actividade 1	Elaboraçao das necesidades e informaçoes especificas de TB e HIV
AT 2.1.1.2	Actividade 2	Atelier/reunioes de desenvolvimento do SIS resepcto as necesidades de HIV e TB
AT 2.2	Sub-objetivo	Os atores do PNLS e PNLT estan capacitados e usan apropiadamente o SIS
AT 2.2.1	Intervençao estrategica	Formaçao, capacitaçao e supervisao dos atores
AT 2.2.1.1	Actividade 1	Fazer atelier de formaçao dos atores que van usar o SIS
AT 2.2.1.2	Actividade 2	Establecer um protocolo de implementaçao e transiçao do sistema antigo pelo SIS resepcto TB e HIV
AT 2.2.1.3	Actividade 3	Elaborar protocolos de manejo do SIS respecto TB e HIV
AT 2.2.1.4	Actividade 4	Establecer un programa de supervisao do uso adequado do SIS respecto TB e HIV

#### 4.3.3 Renforcement des conditions de travail des ASC

##### *Contexte stratégique*

Une des remarques des évaluations du PNLS et le PNLT 2013-2017 c'était la faiblesse des activités au niveau communautaire qui sont en charge des ASC. Les ASC ont des responsabilités qui ne sont pas en accord avec les conditions de travail, les moyens et les incentifs qu'ils reçoivent. Notamment en ce qui concerne à la TB ils sont responsables de la plupart de l'activité DOT et de leur succès. Dans le prochain plan national ils auront un rôle encore plus important. Il est tout à fait nécessaire de les renforcer et assurer ainsi la qualité de leur travail.

##### *Abordage stratégique*

On propose des appuis aux ASC au niveau de per diem et en fournissant des moyens matériels pour faciliter leur tâche. Au même temps, il faut augmenter les capaciter pour répondre aux nouveaux défis du programme. Il faudrait aussi une reconnaissance de leur rôle et travail dans le système de santé.

AT 3	Objetivo	Melhorar a performance do trabalho dos ASC
AT 3.1	Sub-objetivo	Equilibrar os meios materiais e as condições de trabalho com as responsabilidades dos ASC
AT 3.1.1	Intervençao estrategica	Améliorer les conditions de travail des ASC
AT 3.1.1.1	Actividade 1	Adquirir materiais e equipamentos de trabalho para os Agentes de Saude Comunitaria(, botas, capas de chuva, mochilas, blocos e esferografica)
AT 3.1.1.2	Actividade 2	Motivar financeiramente os agentes de saude comunitaria para assegurar o tratamento e o seguimento dos doentes
AT 3.1.1.3	Actividade 3	Advogar para inclusao do ASC nos sistema de saude

#### 4.4 Activités Stratégiques complémentaires

##### **Justification**

Les activités complémentaires s'adressent à des aspects qui représentent des menaces pour arriver à atteindre les objectifs 90-90-90. Ils ne sont pas particulières à STP mais jusqu'à au jour on n'a pas posé

l'attention spécifique à ces facteurs. Leur mise en place doit permettre d'éviter et contrôler ces menaces : l'augmentation de la vulnérabilité au VIH, à travers des populations qui se sont démontré clés pour la dynamique épidémiologique en Afrique sub-saharienne, les PS et les jeunes filles de 15-25 ans, et la lutte et control contre les résistances aux ARV.

#### **4.4.1 La mise en place d'un Observatoire de la vulnérabilités au VIH à STP, adressé aux PS et aux jeunes filles (15-25 ans).**

##### ***Contexte stratégique***

Les PS et les jeunes filles sont les populations qui ont plus d'influence dans l'évolution générale de l'épidémie du VIH. Ceci est très évident dans les pays sub-sahariens, où on constate une relation directe entre la prévalence du VIH chez les PS et la prévalence dans la Population générale (ref). Plus récemment on a posé l'attention sur les jeunes filles de 15-25 ans qui sont des populations très vulnérables avec des risques 8 fois ou plus d'acquérir le VIH par rapport aux garçons du même âge dans les pays de haute prévalence. Au delà de la considération au niveau individuelle de leurs droits pour être protégés contre l'épidémie, la prévention du VIH chez ces populations à son sens du point vue de la Santé Publique. Elles sont les portes d'entrée de nouveaux cas à STP s'il y a des changements contextuels significatifs. Effectivement, on a constaté ces derniers années une augmentation de la précocité des relations sexuelles et des grossesses précoces chez les adolescentes, et la présence plus fréquente de la prostitution, incluant chez les jeunes filles, et des réseaux sexuels avec des étrangers venus du continent. Il faut signaler les Utilisateurs de Drogues Injectables, comme une PC pour le VIH, dont leur présence n'a pas été détecté à STP, mais ils sont présents et même constituent un grave problème de sociale et de Santé Publique dans d'autres petits états insulaires de l'Afrique (Cabo Verde, Mauritius et Seychelles). Il est tout à fait pertinent la mise en garde pour surveiller la présence de ce phénomène et agir energiquement si on détecte leur présence. La implantation du phénomène UDI est un grave problème qui va au-delà de la prévention contre le VIH et qu'il faut tout à fait prévenir. En plus, comme expliqué dans le contexte pays, STP à une population très jeune (moyenn d'âge de 18,4 ans), qui est la cible de cet observatoire (notamment les jeunes filles), mais aussi les plus vulnérables aux pratiques UDI quant elles sont introduites. La mise en place d'un observatoire permettra mieux connaître ces vulnérabilités, les suivre et agir en conséquence (toujours centré sur le patient) pour éviter le risque que cela suppose pour atteindre les objectifs du programme de VIH, et détecter précocement ces vulnérabilités ou des signes d'introduction du VIH, incluant les UDI, et agir en conséquence.

##### ***Abordage stratégique***

À STP existe un programme de **o Instituto Nacional para promoção da Igualdade e Equidade de Género (INPG)**, qui vise les populations de PS et des jeunes filles dans le sens élargi de SSR. Cet programme inclut des activités de suivie et évaluation et intervention. Cela peut constituer la base pour établir des activités

régulières de suivie pour déterminer cet niveau de vulnérabilité et la inclusion des activités spécifiques de prévention si nécessaire. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles structures ou activités, mais de les coordonner avec le PNLS et mieux cibler.

Les données spécifiques à tenir en compte dans ces deux populations sont:

- Taux de grossesses chez les adolescentes.
- Prévalence et incidence de ITS et HIV.
- Utilisation consistante du condom.
- Nombre de partenaires sexuels et type.
- Age, origine et profil sociodémographique des partenaires sexuels.
- Prévalence du sexe transactionnel dans leurs diverses formes.
- Typologie des clients du sexe transactionnel et des PS.
- Âge du premier rapport sexuel.
- Nombre de partenaires sexuels la dernière année/mois.
- Observation de UDI.

AS 1	Objetivo	<b>Disminuir a ameaça do incremento da vulnerabilidade au HIV/SIDA em populações chave: PS e mulheres jovens 15-25 anos</b>
AS 1.1	Sub-objetivo	Estabelecimento de um sistema de vigilância bio.comportamental nas PS
AS 1.1.1	Intervenção estratégica	Estabelecer uma ligação efectiva e regular das atividades do departamento de género e a mulher
AS 1.1.1.1	Actividade 1	Estabelecer un protocolo de trabalho conjunto HIV et o INPG referente as PS
AS 1.1.1.2	Actividade 2	Implementar o protocolo de vigilância continua
AS 1.1.1.3	Actividade 3	Elaboração de relatórios 2 anuais pela ação (atelieres)
AS1.2	Sub-objetivo	Estabelecimento de um sistema de vigilância bio.comportamental nas mulheres 15-25 anos
AS 1.2.1	Intervenção estratégica	Estabelecer uma ligação efectiva e regular das atividades do departamento de género e a mulher
AS 1.2.1.1	Actividade 1	Estabelecer un protocolo de trabalho conjunto HIV o INPG referente as mulheres jovens
AS 1.2.1.2	Actividade 2	Implementar o protocolo de vigilância continua
AS 1.2.1.3	Actividade 3	Elaboração de relatórios pela ação
AS1.2	Sub-objetivo	Estabelecimento de um sistema de vigilância de presença dos UDI

AS 1.2.1	Intervençao estrategica	Establecer um sistema de informaçao para informar a presença de UDI em STP
AS 1.2.1.1	Actividade 1	Establecer un protocolo de trabalho conjunto PNLST e INPG que inclui a deteçao de atividade UDI.
AS 1.2.1.2	Actividade 2	Implementar o protocolo de vigilância continua de UDI.
AS 1.2.1.3	Actividade 3	Elaboraçao de relatorios pela ação respecto a os resultados.

#### 4.4.2 Prévention et control des Resistances aux ARV :

##### Contexte stratégique

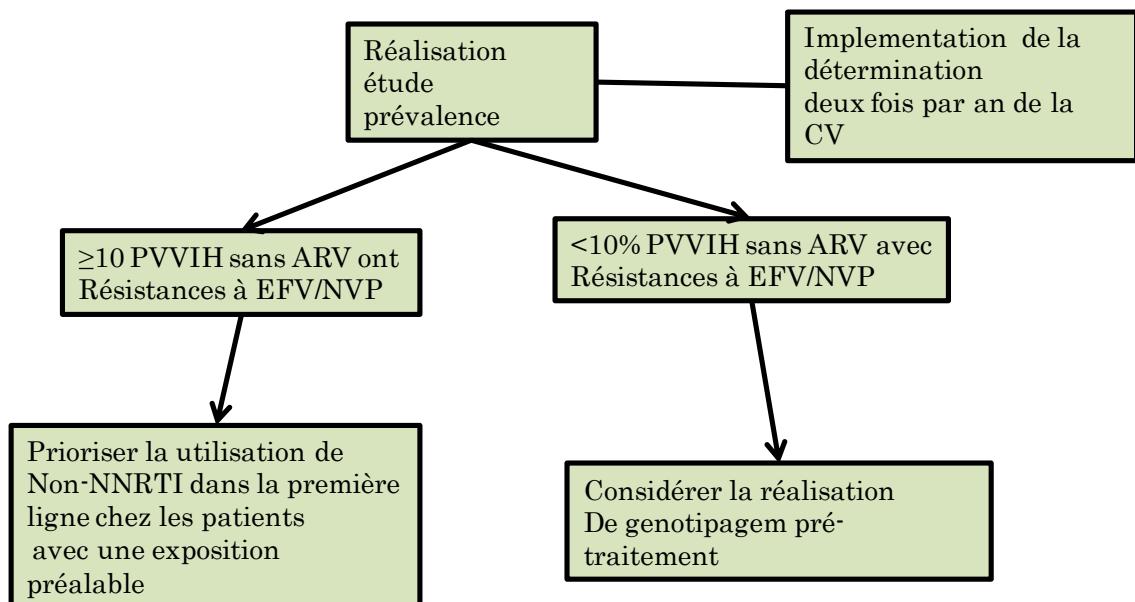
La résistance aux ARV, notamment aux NNTI, est en augmentation constante, notamment dans l’Afrique Sub-saharienne (ref.). Ce phénomène est un important souci qui pose un défi pour atteindre le but 90-90-90. La infection avec une souche résistante aux NNTI chez les patients en pre-treatment avec résistance augmente les probabilités l’échec de la suppression de la CV, l’échec thérapeutique et la mortalité associée au HIV/SIDA (ref.). La manque de suppression virale augmente le risque de transmission de souches, et en plus seront des souches résistantes, et la nécessité d’implémenter régimes de deuxième ligne avec une augmentation importante des coûts (ref.). La prévention et control des Résistances aux ARV doit être un priorité dans le programme de control et prévention du VIH/SIDA, comme il a été recommandé par la OMS.

À STP il n'y a pas des estimations directes de la prévalence des résistances, non pas dans ceux qui n'ont pas reçu traitement et ceux qui sont actuellement en traitement, mais les données cliniques et laboratoire plus récentes soulignent que seulement 29% des patients sous ARV sont en suppression virale et que l'échec thérapeutique atteint les 25%. Il y a des signes d'alarme de résistances, avec une manque de suivi adéquate (réalisation de la CV une fois par an au lieu de deux fois comme recommandé, à cause de la manque d'appui budgétaire pour l'acquisition de réactifs). Les résistances aux ARV peuvent être à la base des faibles résultats du troisième 90.

À STP, où on propose d'implémenter dans l'actuel programme la stratégie *Test and Treat*, signifie que tous les PVVIH seront mis sous ARV et les patients sous ARV vont doubler. Ce problème doit être adressée d'une forme prioritaire.

##### Abordage stratégique

Tout d'abord, il faut connaître le taux de résistances, notamment aux NNTI, pour déterminer s'il faut adapter les médicaments de première ligne chez les PVVIH. Une prévalence chez les patients qui ne sont pas en ARV  $\geq 10\%$  est une indication pour bousculer d'emblée à deuxième ligne de ARV comme le premier choix, selon le diagramme ci-dessous



L'objectif est de assurer que le traitement ARV reste effective et que le risque de l'impact reste minimale. La politique de lutte contre les résistances aux ARV est basée dans deux principes, rédigés par la OMS :

Prévenir les résistances et répondre à leur présence : suivie adéquate des PVVIH sous ARV et promotion de l'adhérence.

- Suivie et vieille des résistances : réalisation des études de prévalence et des études de suivi réguliers.
- Recherche et innovation : facteurs associés, publications des résultats et utilisation des nouvelles technologies.
- Capacitation des laboratoires : mise en œuvre de la réalisation de la CV deux fois par an chez tous les patients PVVIH.

À STP il faut prioriser la suivie et la vieille des résistances à travers de la réalisation des études de type transversal, qui incluant les patients HIV en pre-ARV et les patients HIV sous ARV en 1) suppression de la CV, 2) sans suppression virale et 3) patients qui ont expérimenté un échec thérapeutique. Suite à ces résultats, il faudra mettre en place les stratégies adéquates selon les indications de la OMS.

Les activités de contrôle et prévention correspondent aux activités qui visent à l'amélioration de la suivie et l'adhérence développées dans le but stratégique.

AS 2	<b>Objetivo</b>	<b>Prevenir e controlar a emergência de resistências a os ARV</b>
AS 2.1	Sub-objetivo	Conhecer a taxa de prevalencia de resistencias nos PVVIH
AS 2.1.1	Intervençao estrategica	Establecimento de estudo de prevalencia das resistencias
AS 2.1.1.1	Actividade 1	Realizar um estudio nos diferentes PVVIH (pre, em, falência)
AS 2.1.1.2	Actividade 2	Disseminaçao dos resultados
AS 2.2	Sub-objetivo	Conseguir um tratamento adquado apra o ARV
AS 2.2.1	Intervençao estrategica	Adaptar o protocolo de tratamento aos PVVIH segúm o resultado do teste de prevalência
AS 2.2.1.1	Actividade 1	Elaborar protocolo manejo ARV segúm resultados estudo prevalência
AS 2.2.1.2	Actividade 2	Formaçao pessoal de saúde
AS 2.2.2.2	Actividade 3	Asegurar tratamentos de 1 <sup>a</sup> , 2 <sup>a</sup> et 3 <sup>a</sup> ligna
AS 2.3	Sub-objetivo	Conseguir boa monitoria da CV nos PVVIH
AS 2.3.1	Intervençao estrategica	Capacitar o sistema de saúde e as areas de laboratorio para fazer CV
AS 2.3.1.1	Actividade 1	Implementaçao GenXpert para fazer CV
AS 2.3.1.2	Actividade 2	Modificar protocolo para realizar CV cada 6 meses
AS 2.3.1.3	Actividade 3	Formaçao técnicos de saúde e pessoal de laboratorio para realizar CV e interpretar resultados

## Plan operationnel

A completer par équipe PNLST/Inclure calendaire d'implémentation des activités

## Plan de suivie et évaluation

**Tableau logique des objectifs et indicateurs clés de l'impact, effect et de résultat pour le VIH/SIIDA**

Nº de indicador	Código do Indicador WHO	INDICADOR	Dados de base	METAS ANUAIS						Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e de relatório dos dados
				2019	2020	2021	2022	2023	2024			
1 IMP	HIV-13	Percentagem de Mulheres e Homens com idade de 15 a 24 anos Infectados com HIV	ND							Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
2 IMP	HIV-1-6	%das crianças infectadas das mulheres contaminadas pelo HIV, que deram a luz nos últimos 12 meses:	2,9% (1/35*100) Meta era 6%	3%	2%	1%	0%	0%	0%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
3 IMP	HIV-1-10	%de PS (femininas) infectadas com HIV			TBD					Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
4 IMP	HIV-1-9a	%de HSH infectados com HIV			TBD					Relatório de Pesquisa	Cada 3 anos	CDT, Distritos, PNLS
5 IMP	TB/HIV-5	Numero e %de pacientes TB que fizeram teste de HIV e receberam aconselhamento e resultado	99,3% (141/142*100) Meta era 100% (houve um óbito)	100%	100% (172/172)	100% (180/180)	100% (190/190)	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
6 IMP	TB/HIV-6	TB/HIV-6(M): Percentagem de pacientes novos e recaídas de tuberculose infectados com HIV em TARTV	100% (23/23*100)	100%	100% (28/28)	100% (25/25)	100% (23/23)			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
7 IMPACTO		Numero de grávidas estimadas seropositivas	34	34	31	30	29	15	15	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
8 IMPACTO	HIV-13	Numero de crianças sero+positivas estimadas	2	1	1	1	1	1	1	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
9 IMPACTO	HIV-13.a	Numero de PVVIH estimados	1054	1046	1036	1026	1018	1011	1007			
10 OUT(RES)	HIV-0-1	%de adultos e crianças que estão sob tratamento antiretroviral, 12 meses depois de ter iniciado o tratamento.	72,4% (105/145*100) Meta não atingida mais de 85%	90%>90%	>90%	90%>90%	90%>90%	>90%	>90%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
11 OUT(RES)	HIVO-10	%de mulheres e homens com idade de 15-24 anos que fizeram mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses e que declarou utilizar preservativos na sua ultima relação sexual	33.% Mics 2014							Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
12 OUT(RES)	HIVO-12	Percentagem de Pessoas que estão sobre TARTV que tem carga viral suprimida	59,2% (471/796)		70,5% (688/976)	81,4% (790/970)	90,4% (870/962)	90,1% (860/954)	91,9% (870/946)	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
13 OUT(RES)	HIVO-5	%das PS que declara ter usado preservativo com o seu cliente mais recente	55,8% (IBBS 2018)							Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
14 OUT(RES)	HIVO-	%de mulheres com idade de 15-24 anos, com mais de um parceiro nos últimos 12 meses, que declarou ter usado preservativo na sua ultima relação sexual	48% MICS2014			60%				Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
15 OUT(RES)	HIVO-	%de mulheres com idade 15-49 anos que fizeram teste de VIH e receberam resultados, nos últimos 12 meses (MICS2014=38,5%)	38,5% MICS2014			45%				Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS

Nº de indicador		Código do Indicador WHO	INDICADOR	Dados de base	METAS ANUAIS							Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e de relatório dos dados	
					2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025				
16	OUT(RES)	HVO	%da população de risco (trabalhadoras de sexo) que identificou corretamente os meios de prevenção da transmissão sexual do VIH e rejeitou os falsos conceitos					TBD				Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS	
17	OUT(RES)	HSSO-6	Número de distrito de Saúde fornecendo relatórios completos e em tempo Previsto	7	7	7	7	7	7	7	7	7	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
18	COBERTURA	TCS-1(M)	TCS-1(M): Porcentagem de pessoas vivendo com HIV atualmente recebendo terapia anti-retroviral	97,3	>90	>90	>90	>90	>90	>90	>90	>90	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
19	COBERTURA	TB/HIV-6(M)	TB/HIV-6(M): Percentagem de pacientes novos e recaídas da tuberculose infectados com VIH sob TARV durante o período	100% (23/23*100)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
20	COBERTURA		Nº de homens que fizeram testes e receberam aconselhamento e resultados dos testes HIV	6137 Meta era 4049	5183	6183	7183	8183	9183	10183			Registo de consulta,	Trimestral e anual	ONG's, INPG, PNLS
21	COBERTURA		Nº de mulheres que fizeram testes e receberam aconselhamento e resultados dos testes HIV	9361 Meta era 7104	8316	9316	10316	11316	12316	13316			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
22	COBERTURA	TCS1.1	Numero de pacientes de SIDA recebendo o TARV (2ª linha) conforme as directrizes nacionais	42 Meta era 40			49	53	56				Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
23	COBERTURA	PMTCT-3.1	Número e %de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV que fizeram teste de HIV nos 2 meses após o nascimento	100% (35/35*100) Meta era 35	31	26	23	20	17	15			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
24	COBERTURA		Numero de paciente com IST que receberam tratamento adequado nas unidades sanitárias	1412 (todos os que tiveram foram tratados)	100%	100%	100%	100%	100%	100%			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
25	COBERTURA		Numero de preservativos masculinos distribuídos nos sistemas de saúde e nas ONGs	520067 %	7972715,5	8218617	8471222						Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
26	COBERTURA	PMTCT-2.1	Percentagem de gravidas seropositivas que receberam ARV completo para PTMF	102,9% (35/34*100) **spectrum 2020	>96%	>96%	>96%	>96%	>96%	>96%			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
27	COBERTURA	TCS11	Percentagem de PVVH recebendo TARV	97,3% (842/865*100) Meta era 90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%		Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
28	COBERTURA	KPI-c	Números de PS alcançadas através das sessões sensibilizações nas comunidades com pelo menos uma IEC/CMC sobre HIV,	425	425	485	510	530	555	579			Registo de consulta relatorio ONG,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS

Nº de indicador		Código do Indicador WHO	INDICADOR	Dados de base	METAS ANUAIS						Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e de relatório dos dados	
					Indicador de impacto	2019	2020	2021	2022	2023	2024			
29	COBERTURA		Numero de profissionais de saúde formados sobre prevenção universal	90	90	90	90	90	90	90	90	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
30	COBERTURA	TCS1.c	Numero de PVVIH sob TARV Crianças	28	15	13	12	10	9	8		Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
31	COBERTURA	TCS1.1	Numero de PVVIH sob TARV	842 (93,5% 978/1046)	(94,2% 976/1036)	(94,5% 970/1026)	(94,5% 962/1018)	(94,3% 954/1011)	(94,1% 948/1007)			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
32	COBERTURA		Numero de HSH estimados	(90,8% 189/208 (2018))		(85% 189/222)	(84,7% 195/230)	(86% 205/238)	(86% 218/253)	(86% 224/261)		Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
33	COBERTURA		Numero de profissionais de sexo estimados	425 425/2184	425/2184	572/2288	598/2393	625/2502	653/2612	681/2725		Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
34			Numero de paciente HIV+ que recebem tratamento profilático com cotrimoxazol para doenças oportunistas		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
35		PMTCT-3.1	Numero e percentagem de crianças nascidas de mãe seropositivas que iniciaram profilaxia com cotrimoxazol 2 meses após o nascimento	62,8% (22/35*100) Denominador Spectrum	31	26	23	20	17	15		Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
36			Numero de paciente com IST que receberam tratamento adequado nas unidades sanitárias	1412	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
37			Numero de unidades sanitárias que não reportaram ruptura de stock mais de 1 semana, dos medicamentos recomendados para IST em qualquer tempo durante esses 3 meses	41	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
38			% de unidade de sangue transfundido nos últimos 12 meses que foram adequadamente testados para hepatite C, HBS, HIV de acordo com a recomendações de guidelines da WHO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
39	OUT(RES)	PTMF-1	Percentagem de mulher grávida que conhece o seu estatus	100% (6457/6457)	100% (7206/7206)	100% (7353/7353)	100% (7512/7512)	100% (7688/7688)				Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
40	OUT(RES)	TB/HIV7	Percentagem de PVVIH recebendo TARV e que iniciaram tratamento preventivo para TB		50,2 (490/976)	54,6 (530/970)	64,6 (622/962)					Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
41	COBERTURA	KPI-F	Numero de pessoas na prisão que receberam pacotes preventivos	85% (170/200) 2018	92% (230/250)	96% (240/250)	100% (250/250)					Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS

**Tableau logique des objectifs et indicateurs clés de l'impact, effect et de resultat pour la tuberculose.**

Nº de indicador		Codigo do Indicador WHO	Indicadores	Dados de base	Metas anuais							Fonte dos dados/ métodos de recolha	Frequência de recolha	Responsável de recolha e de relatório	
					Impacto	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025			
1	IMP	TB I-2	Taxa incidência(por 100.000 hb)	60,6% (125/206423*100000)	77	70	65	62	59	55	Relatório anual PNLT	anual	PNLT		
2	IMP	TB I-3M	Taxa de Mortalidade de TB por 100.000 habitantes	6,8% (14/206423*100000)	4,7% (4,2%*(10/212540*100000)	3,6%*(8/218576*100000)	3,1% (7/224157*100000)	2,6% (6/228840*100000)	2,1% (5/233622*100000)	Relatório Anual	Anual	PNLT			
3	Out(Res)	TB O-2a	Taxa de sucesso terapêutico todos formas (curados+os que completaram o tratamento) registados durante cada ano	71,1% (108/152*100)	90%	>90%	>90%	>90%	>90%	>90%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatórios dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT		
4	Out(Res)	TB O-4M	Taxa de sucesso terapêutico dos casos TB-MDR confirmados por laboratório	80% (4/5*100)	2018	85,7% (6/7)	87,5% (7/8)	87,5% (7/8)	85,0%	85,0%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes MDR	Anual	PNLT		
5	COB	TCP-1 (M)	Numero de casos notificados TB todas as formas, bacteriologicamente confirmado mais clinicamente diagnosticados (inclui os novos e recaídas)	142	200	172	180	190			Relatório anual PNLT	anual	PNLT		
6	COB	TCP-3	Número de laboratórios que realizam controlo de qualidade externo de microscopia para BAAR, regularmente	8	8	8	8	8	8	8	Relatórios de supervisão e relatórios	Trimestral e anual	LNR & PNLT		
7	COB	TB/HIV-5	Proporção de pacientes TB notificados que foram testados por VIH e cujo resultado foi positivo	16,2% (23/142*100)	13,50%	16,3% (28/172)	13,9% (25/180)	12,1% (23/190)			Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT		
8	COB	TB/HIV-3.1	Proporção de pacientes TB testados positivos por VIH e que recebem uma profilaxia em cotrimoxazole	100% (23/23*100)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo e relatórios do PNLT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT		
9	COB	MDR TB-3 (M)	Número de casos de TB-MDR/ RR, que iniciaram o tratamento de 2ª linha	2	7	7	8	8			Registo e fichas de tratamento da TB-MR, relatórios do PNLT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT		
10			Número de casos novos de TB BK + reportados às autoridades sanitárias	41	75	105	110	116	120	124	Relatório PNLT	Trimestral e anual	PNLCT		
11			Taxa de sucesso terapêutico dos NC TB BK+ (curados+os que completaram o tratamento)	ND	95%	95%	95%	95%	95%	95%	Relatório PNLT	Semestral e anual	PNLT		
12			Percentagem de casos TB tratados com sucesso com envolvimento dos ASC		90%	90%	90%	90%	90%	90%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT		
13			% de supervisões dos CDT realizadas (com relatórios) sobre o número de supervisões planificadas	100%	100%	100%	100%	100%			Relatórios do PNLT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT		
14			Taxa de detecção de NC TPM+	33,3% (42/125*100)		75%	80%	80%			Registo e relatórios do PNLT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT		
15			Número de crianças menores de 5 anos que receberam profilaxia com Isoniazida	203	194	180	170	160			Relatório e registo PNLT	Anual/trimestral	CDT, Distritos, PNLT		
16			Percentagem de sintomaticos respiratorios registados dentre os sintomaticos respiratorios estimados por ano	65,3% (1293/1980*100)	75%	80%	85%	90%			Relatório e registo PNLT	Anual/trimestral	CDT, Distritos, PNLT		

## INFORMATION ET DIFFUSION DE DONNÉES

La diffusion des données sera un élément important du suivi et d'évaluation. Il entretient une bonne collaboration en partageant des informations, ce qui motive les responsables de la collecte des données à poursuivre leur travail une fois qu'ils reconnaissent son utilité.

~

Le CNE / PNLT / PNLS en collaboration avec toutes les parties prenantes ont la responsabilité de coordonner et d'assurer la diffusion des informations à tous les niveaux:

- partenaires au développement;
- acteurs d'exécution;
- sous-bénéficiaires;
- structures d'exécution
- la population.

Les données serviront à la prise de décision. Des rapports trimestriels et annuels sur les informations collectées au niveau national seront produits. Ceux-ci, à leur tour, seront diffusés à tous les acteurs du processus et au grand public.

Les données et informations seront utilisées par les districts sanitaires et au niveau central, dans la gestion, la rectification, l'orientation et la reprogrammation des actions dans un processus d'évolution en spirale.

### Le budget

Le budget total de ce plan pour 5 ans s'élève à 139 387 588,01 DBS, soit 1 728 503,77 euros.

Le budget d'intervention se trouve dans le tableau ci-dessous.

### Resumé du budget par interventions

Itens	Objectivfs/Stratégies	Coût 2018	Coût 2019	Coût 2020	Coût 2021	Coût 2022	Total Geral 2018 - 2022
	<b>Total Geral</b>	<b>25 046 580,45</b>	<b>24 211 370,82</b>	<b>30 645 551,57</b>	<b>29 673 619,26</b>	<b>28 634 314,40</b>	<b>139 387 588,01</b>
	<b>Total Geral da Intervençao estrategica</b>	<b>8 701 415,61</b>	<b>10 613 335,77</b>	<b>11 313 123,54</b>	<b>11 380 625,76</b>	<b>9 622 308,97</b>	<b>52 806 961,14</b>
T.1.1.1.1	<b>Mise en oeuvre efective des directives de la prophylaxie a l'INH</b>	<b>179 874,00</b>	<b>152 474,00</b>	<b>179 874,00</b>	<b>152 474,00</b>	<b>179 874,00</b>	<b>844 570,00</b>

T.1.1.2.1	<b>Mise en œuvre de la politique de contrôle d'infection</b>	235 601,45	156 670,72	1 152 401,45	156 670,72	218 101,45	1 919 445,78
T.1.1.3.1	<b>Donner de moyens pour assurer le recherche des contacts</b>	311 245,15	233 854,48	290 460,25	1 223 854,48	290 460,25	2 349 874,61
T.1.1.4.1	<b>Revoir le stratégie national sur le plaidoyer, communication et mobilisation social</b>	234 700,00	234 700,00	234 700,00	551 885,00	234 700,00	1 490 685,00
AT 1.1.1	<b>Capacitar au nível material, condições e técnicas dos laboratorios</b>	95 855,68	99 580,68	125 574,43	159 350,68	92 795,68	573 157,15
AT 1.1.2	<b>Acquisiçao e implementaçao de novos equipamentos</b>	837 960,00	837 960,00	837 960,00	851 615,07	837 960,00	4 203 455,07
H.1.1.1.1	<b>Realizar um estudo epidemiologico sobre as VHB e VHC</b>	-	-	490 000,00	376 441,00	-	866 441,00
AS 1.1.1	<b>Establecer uma ligação efectiva e regular das actividades do departamento de género e a mulher</b>	1 600,00	1 600,00	3 880,00	1 600,00	1 600,00	10 280,00
AS 1.2.1	<b>Establecer uma ligação efectiva e regular das actividades do departamento de género e a mulher</b>	-	-	3 880,00	1 600,00	1 600,00	7 080,00
AS 1.2.1	<b>Establecer um sistema de informaçao para informar a presença de UDI em STP</b>	-	-	2 400,00	2 400,00	2 400,00	7 200,00
V.1.1.1.1	<b>Aumentar a acessibilidade da população chave aos serviços de despistagem de VIH e ITS</b>	455 396,64	1 689 826,54	455 396,64	455 396,64	455 396,64	3 511 413,10
V.1.1.2.1	<b>Aumentar a acessibilidade da população aos serviços de despistagem com actividades de proximidade e sensibilização de VIH e as ITS.</b>	1 657 627,50	1 249 940,04	1 130 728,50	1 147 266,00	1 249 940,04	6 435 502,08
V.1.1.3.1	<b>Implementar a estratégia testar e tratar</b>	2 723 697,55	3 097 806,69	3 096 666,69	3 097 806,69	3 096 666,69	15 112 644,31
V.1.1.3.2	<b>Diminuir o estigma das populações chave</b>	703 351,16	378 543,60	378 543,60	378 543,60	378 543,60	2 217 525,56
V.1.1.3.3	<b>Reforçar acções de aconselhamento</b>	151 395,38	151 395,38	151 395,38	151 395,38	151 395,38	756 976,90
V.1.1.4.1	<b>Reforçar acções de PTMF nos serviços de CPN e nas maternidades</b>		1 253 848,14	1 176 151,50	1 703 357,00	1 253 848,14	6 563 356,28
V.1.1.5.1	<b>Aumentar as acções de CMC</b>	275 477,60	237 502,00	275 477,60	131 336,00	339 393,60	1 259 186,80

<b>V.1.1.5.2</b>	<b>Aumentar a distribuição de preservativos</b>	837 633,50	837 633,50	1 327 633,50	837 633,50	837 633,50	4 678 167,50
	<b>Total Geral da Intervenção estratégica</b>	<b>10 716 597,44</b>	<b>9 486 239,05</b>	<b>11 543 942,27</b>	<b>9 690 272,58</b>	<b>10 691 023,27</b>	<b>52 128 074,63</b>
<b>T.2.1.1.1</b>	<b>Améliorer la dépistage au niveau des formations sanitaires et communauté</b>	720 809,71	718 809,71	718 809,71	718 809,71	718 809,71	3 596 048,55
<b>T.2.1.1.2</b>	<b>Amélioration de diagnostique laboratoire de tuberculose pharmaco-sensible et TB-MR</b>	1 760 444,74	1 758 444,74	3 473 444,74	1 758 444,74	1 758 444,74	10 509 223,70
<b>T.2.1.3.1</b>	<b>Améliorer la stratégie de dépistage des population-clés</b>	71 497,69	71 497,69	71 497,69	561 497,69	561 497,69	1 337 488,45
<b>T.2.1.4.1</b>	<b>Traitemennt tuberculose pharmaco-sensible</b>	502 958,16	467 958,16	502 958,16	467 958,16	502 958,16	2 444 790,80
<b>T.2.1.5.1</b>	<b>Mise en œuvre des stratégies de rétentions des patients sous traitement</b>	763 947,69	819 500,00	763 947,69	697 000,00	763 947,69	3 808 343,07
<b>T.2.1.5.2</b>	<b>Assurer la recherche de perdue de vue</b>	155 152,79	96 320,00	96 320,00	96 320,00	96 320,00	540 432,79
<b>T.2.1.5.3</b>	<b>Améliorer les conditions de travail des ASC</b>	706 022,63	706 022,63	706 022,63	706 022,63	706 022,63	3 530 113,13
<b>T.2.1.5.4</b>	<b>Traitemennt TB-MR - Introduction du schéma court de TB-MR</b>	688 217,59	627 761,82	690 617,59	627 761,82	688 217,59	3 322 576,40
<b>T.2.1.5.5</b>	<b>Supervision- Controle de qualité des médicaments</b>	213 600,00	213 600,00	213 600,00	213 600,00	213 600,00	1 068 000,00
<b>T.2.1.5.6</b>	<b>Formation des cadres</b>	613 285,00	1 080 687,00	613 285,00	613 285,00	1 080 687,00	4 001 229,00
<b>AT 2.1.1</b>	<b>Introduzir no desenvolvimento do SIS estas necessidades</b>	-	2 000,00	-	-	-	2 000,00
<b>AT 2.2.1</b>	<b>Formaçao, capacitaçao e supervisao dos atores</b>	-	106 712,16	-	-	-	106 712,16
<b>AS 2.1.1</b>	<b>Estabelecimento de estudo de prevalencia das resistencias</b>	1 225 000,00	-	-	-	-	1 225 000,00
<b>AS 2.2.1</b>	<b>Adaptar o protocolo de tratamento aos PVVIH segum o resultado do teste de prevalênciia</b>	147 000,00	147 000,00	147 000,00	147 000,00	147 000,00	735 000,00
<b>AS 2.3.1</b>	<b>Capacitar o sistema de saúde e as areas de laboratorio para fazer CV</b>	287 447,69	98 000,00	98 000,00	98 000,00	98 000,00	679 447,69
<b>V.2.1.2.1</b>	<b>Implementar a estratégia testar e tratar</b>	686 000,00	661 500,00	865 421,00	735 000,00	808 500,00	3 756 421,00

V.2.1.2.2	<b>Reforçar o aconselhamento tanto nos serviços de saúde como nas comunidades</b>	590 888,80	571 638,80	1 038 190,80	590 888,80	1 038 190,80	3 829 798,00
V.2.1.2.3	<b>Melhorar as acções de busca activa para aumentar a taxa de ligação do diagnóstico ao tratamento</b>	614 069,14	551 236,35	610 069,14	551 236,35	610 069,14	2 936 680,12
V.2.1.2.4	<b>Reforçar as actividades de S&amp;A</b>	269 044,28	209 400,00	305 044,28	460 200,00	269 044,28	1 512 732,84
V.2.1.3.1	<b>Reforçar o diagnóstico e o manejo das infecções oportunistas</b>	629 713,85	578 150,00	629 713,85	575 750,00	629 713,85	3 043 041,55
V.2.1.3.2	<b>Reforçar a profilaxia das IO's</b>	71 497,69	-	-	71 497,69	-	142 995,38
	<b>Total Geral da Intervenção estratégica</b>	1 722 266,00	399 266,00	464 366,00	444 141,34	480 891,34	3 510 930,68
AT 3.1.1	<b>Améliorer les conditions de travail des ASC</b>	1 323 000,00	-	-	-	-	1 323 000,00
V.3.2.1.1	<b>Aumentar as actividades de proximidades com os reclusos no domínio de despistagem e tratamento do VIH, TB et ITS</b>	39 725,70	39 725,70	39 725,70	39 725,70	39 725,70	198 628,50
V. 3.2.2.1	<b>Melhorar o conhecimento da situação dos HSH para aumentar as actividades de proximidades no domínio de despistagem e tratamento</b>	157 682,38	157 682,38	157 682,38	157 682,38	194 432,38	825 161,90
3.2.3.1	<b>Melhorar o conhecimento da situação das PS para aumentar as actividades de proximidades no domínio de despistagem e tratamento</b>	73 460,81	73 460,81	73 460,81	128 236,15	128 236,15	476 854,73
3.2.4.1	<b>Reforçar as actividades de rastreio de TB.</b>	86 747,69	86 747,69	151 847,69	76 847,69	76 847,69	479 038,45
3.2.5.1	<b>Aumentar as actividades de proximidades com os militares no domínio de despistagem e tratamento</b>	2 000,00	2 000,00	2 000,00	2 000,00	2 000,00	10 000,00
3.2.6.1	<b>Aumentar as actividades de proximidades com os mototaxistas no domínio de despistagem e tratamento</b>	39 649,42	39 649,42	39 649,42	39 649,42	39 649,42	198 247,10
	<b>Total Geral da Intervenção estratégica</b>	432 223,08	294 000,00	3 677 715,00	3 693 438,08	4 366 012,50	12 463 388,66
4.1.1.1	<b>Melhorar o conhecimento sobre a situação de estigma sobre TB e HIV</b>	294 000,00	294 000,00	294 000,00	294 000,00	784 000,00	1 960 000,00

<b>4.1.1.2</b>	<b>Aumentar o nível do conhecimento da população sobre VIH e TB</b>	138 223,08	-	-	138 223,08	-	276 446,16
<b>4.1.1.3</b>	<b>Criar mecanismos legais para protecção dos pacientes TB e VIH.</b>	-	-	3 258 500,00	3 136 000,00	3 136 000,00	9 530 500,00
<b>4.1.2.1</b>	<b>Reforçar o empoderamento das PS e dos HSH .</b>	-	-	125 215,00	125 215,00	446 012,50	696 442,50
	<b>Total Geral da Intervenção estratégica</b>	-	-	-	547 861,50	-	547 861,50
<b>5.1.1.1</b>	<b>Aumentar o financiamento na luta contra HIV e TB.</b>	-	-	-	547 861,50	-	547 861,50
<b>5.1.2.1</b>	<b>Criar Parcerias públicas e privadas.</b>	-	-	-	-	-	-
<b>5.1.2.2</b>	<b>Implicar as autarquias na luta contra TB e HIV.</b>	-	-	-	-	-	-
	<b>Total Geral da Intervenção estratégica</b>	3 474 078,32	3 418 530,00	3 646 404,76	3 917 280,00	3 474 078,32	17 930 371,40
<b>6.1.1.1</b>	<b>Reforço da vigilância epidemiológica</b>	57 798,32	2 250,00	57 798,32	2 250,00	57 798,32	177 894,96
<b>6.1.1.2</b>	<b>Reforço da vigilância comportamental</b>	-	-	-	498 750,00	-	498 750,00
<b>6.1.2.3</b>	<b>Adaptar no seguimento dos doentes o rastreio de ES e a sua notificação</b>	3 416 280,00	3 416 280,00	3 588 606,44	3 416 280,00	3 416 280,00	17 253 726,44

*Annexes : documents de référence*