

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé

PLAN NATIONAL STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA

2020-2024

 **ONUSIDA**

Edition 2020

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE
Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé

PLAN NATIONAL STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA 2020-2024



Préface

Depuis le premier cas enregistré en Algérie, l'Etat s'est investi dans la riposte au sida à travers, notamment, un engagement politique exprimé et réaffirmé au plus haut niveau par le maintien du recours à un financement conséquent avec plus de 97% du budget alloué sur le seul budget de l'Etat.

Ceci a permis, grâce à l'implication et à la mobilisation de tous les acteurs autour du comité national multisectoriel de prévention et de lutte contre les IST/VIH/Sida, d'assurer à titre universel et gratuit toutes les prestations y compris le traitement antirétroviral (ARV) pour tous, de porter le taux de couverture antirétrovirale à plus de 70 % et de stabiliser le nombre de nouveaux cas d'infection VIH à moins de 1000 par an.

Le processus de planification stratégique dans lequel s'est inscrite l'Algérie s'est traduit par l'élaboration et la mise en œuvre de quatre plans nationaux stratégiques depuis 2002.

Le présent Plan National Stratégique (PNS), dans sa conception, avec une approche participative multisectorielle, impliquant tous les acteurs gouvernementaux, la société civile et les partenaires au développement, vise à renforcer la riposte nationale face au sida, au regard du profil épidémiologique et de la dynamique de l'épidémie en axant les efforts sur les populations vulnérables et les populations à haut risque d'expositions au VIH par l'accès universel aux services de prévention, de soins de qualité dans un environnement favorable non stigmatisant et non discriminant et d'atténuer l'impact de l'épidémie.

Ce Plan s'inscrit aussi dans tous les engagements souscrits par l'Algérie dans les différentes déclarations internationales et régionales, notamment la Déclaration d'Alger sur l'accélération du dépistage du VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord et la stratégie de l'ONUSIDA qui vise à mettre fin au sida d'ici 2030.

Les objectifs de ce Plan National Stratégique se veulent être à la fois réalistes et ambitieux afin de prévenir de nouvelles infections liées au VIH, d'élargir l'accès aux soins de santé de qualité et d'atténuer l'impact de l'épidémie et afin de les atteindre, nous invitons tous les acteurs de la riposte, la société civile, le secteur privé, les communautés et les partenaires internationaux à soutenir activement la mise en œuvre de ce plan stratégique.

Pr Abderrahmane BENBOUZID

Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Remerciements

Le présent plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida 2020-2024 a été élaboré sous la direction du Docteur Djamel Fourar, Directeur Général de la Prévention au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière avec l'appui du Fonds Mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de l'ONUSIDA par :

Ont participé à l'élaboration du plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida 2020-2024 :

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

Dr HAMMADI Samia, Sous-directrice de la lutte contre les maladies prévalentes et de l'alerte sanitaire (DGPPS)

Dr SID MOHAND Hakim, chargé du programme IST/VIH auprès de la DGPPS.

Au titre de l'Unité de Gestion du programme Fonds Mondial

Dr CHERFI Zahia, Coordinatrice du Programme et son équipe

Au titre du Système des Nations Unies

Mr. ZEDDAM Adel, Directeur ONUSIDA-Algérie et son équipe

Dr KHELIFI Houria, Chargée de Prévention et Contrôle des Maladies OMS -Algérie

Dr KESSAL Ilyes, Chargé de Programme, Développement de la Petite Enfance & Santé, UNICEF-Algérie

Au titre des participants

Tous les représentants des différents secteurs gouvernementaux, les professionnels de la santé et tous les membres des Organisations de la Société Civile qui ont participé aux ateliers de concertation et de restitution (voir liste en annexe).

Au titre d'experts nationaux :

Pr Smail Mesbah

Pr Fadila Toudeft

Au titre d'expert international :

Dr Daouda Ba

Les rédacteurs de ce document tiennent à exprimer leurs vifs remerciements à l'ensemble des partenaires nationaux et internationaux qui ont contribué activement aux différentes étapes du processus de l'élaboration dudit Plan.

Sommaire

Liste des acronymes	7
Liste des tableaux	9
Liste des figures	9
Liste des Annexes	9
1- Introduction	11
2- Contexte	12
2.1- Contexte international	12
2.2- Cadre général de l’Aalgerie	13
2.2.1- Sur le plan geographique	13
2.2.2- Sur le plan demographique	14
2.2.3- Sur le plan sanitaire	14
3- Analyse de la situation epidemiologique	16
3.1- Situation generale de l’epidemie	16
3.2- Situation de l’epidemie au sein des populations cles	20
3.3- Situation de l’epidemie à VIH au sein des populations en contexte de vulnerabilite	22
3.4- Situation epidemiologique des IST et des co-infections de l’infection VIH	23
3.4.1- Les infections sexuellement transmissibles	23
3.4.2- Les co-infections de l’infection VIH	24
3.5- Facteurs de vulnérabilité et de propagation de l’infection VIH	25
4- Analyse de la réponse	26
4.1- En matière d’offre de service	26
4.1.1- Dans le domaine de la prévention	26
4.1.2- Dans le domaine du dépistage	26
4.1.3- Dans le domaine du traitement	27
4.2- En matière de prévention	28
4.3- En matière de dépistage	31
4.4- En matière d’élimination de la transmission mère-enfant du VIH	33
4.5- En matière d’infections sexuellement transmissibles	34
4.6- En matière de prise en charge globale des PVVIH	35
4.7- En matière de réponse communautaire	37
4.8- En matière de genre, de droit humains et de lutte contre la discrimination	39
4.9- En matière de suivi-évaluation et de gestion de l’information strategique	40
4.10- En matière de financement	41
4.11- En matière de situation vis-a-vis de la cible des 90.90.90.	42
4.12- Atouts et défis	43
4.12.1- Atouts	43
4.12.2- Défis	44
5- VISION ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES	45
5.1- Vision stratégique globale	45

5.2- Orientations strategiques	47
6- CADRE DES RESULTATS	49
6.1- But et objectifs	49
6.1.1- But	49
6.1.2- Objectifs	49
6.2- AXE STRATEGIQUE 1 : Prévention de la transmission du VIH et des IST	49
6.3- AXE STRATEGIQUE 2 : Dépistage et prise en charge de l'infection VIH et des IST	59
6.4- AXE STRATEGIQUE 3 : Droits humains, genre et environnement favorable	71
6.5- AXE STRATEGIQUE 4 : Gouvernance, financement et information stratégique	74
7- CADRE DE SUIVI & EVALUATION	80
7.1- Objectifs du dispositif national de suivi & evaluation	80
7.2- Produits d'informations générés par le système de routine	81
7.3- Produits d'informations générés par le système non routinier	81
8- CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DU PNS	81
8.1- Dispositif de coordination au niveau central	81
8.2- Dispositif de coordination au niveau régional	83
9- CADRE BUDGETAIRE	84
9.1- Analyse du budget	84
9.2- Mobilisation des ressources financières du PNS	88

LISTE DES ACRONYMES

ARV	Antirétroviraux
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	Country Coordinating Mechanism
CD	Centre de Dépistage
CD4	Cluster de différenciation 4
CDI	Consommateurs de drogues par voie injectable
CDR	Centre de Référence pour les IST/VIH/Sida
CHU	Centre Hospitalo-universitaire
CND	Conseil National de Déontologie
CNDH	Conseil National des Droits de l'Homme
CNPLS	Comité National de Prévention et de Lutte Contre le Sida
CPN	Consultation prénatale
CTS	Centre de Transfusion Sanguine
CV	Charge Virale
CW	Comité de Wilaya
DGPPS	Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé
DPC	Direction de la Protection Civile
DSP	Direction de la Santé et de la Population
EHS	Etablissement Hospitalier Spécialisé
EHU	Etablissement Hospitalier Universitaire
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
EPH	Etablissement Public Hospitalier
EPSP	Etablissement Public de Santé de Proximité
eTME	Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
FM	Fonds Mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes
IBBS	Enquête Bio-comportementale Intégrée
IPA	Institut Pasteur d'Algérie
IST	Infection Sexuellement Transmise
LNR	Laboratoire National de Référence
MAE	Ministère des Affaires Etrangères
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MENA	Middle East and North Africa
MESRS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MF	Ministère des Finances
MFEP	Ministère de la Formation et de l'Enseignement Professionnels
MICLAT	Ministère de l'Intérieur, des Collectivités Locales et de l'Aménagement du Territoire
MJ	Ministère de la Justice
MJS	Ministère de la Jeunesse et des Sports
MSNFCF	Ministère de la Solidarité Nationale de la Famille et de la Condition de la Femme
MSPRH	Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

MTESS	Ministère du Travail de l'Emploi et de la Sécurité Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONS	Office National des Statistiques
ONU Femmes	Organisation des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des Femmes
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PCH	Pharmacie Centrale des hôpitaux
PEC	Prise en charge
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNS	Plan National Stratégique
PNSE	Plan National de Suivi-Evaluation
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
PS	Professionnelle du sexe
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RS	Rapport sexuel
S&E	Suivi & Evaluation
SEMEP	Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SR/PF	Santé reproductive et planification familiale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TIC	Technologies d'Informations et de Communications
UDI	Utilisateur de Drogue Injectable
UGP	Unité de Gestion de Programme
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VHB	Virus de l'hépatite virale B
VHC	Virus de l'hépatite virale C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WB	Western blot

Liste des tableaux

Tableau 1	Structures publiques de santé- Algérie 2017	14
Tableau 2	Structures privées de santé -Algérie 2017	15
Tableau 3	Evolution des effectifs et des ratios de couverture sanitaire 1962-2017	15
Tableau 4	Séroprévalence de l'infection VIH chez les populations clés 2014-2019	22
Tableau 5	Infection VIH et co-infections en Algérie - Année 2018	24
Tableau 6	Séroprévalence VHB-VHC-Syphilis chez les populations clés en Algérie en 2019	25
Tableau 7	Part des populations clés dans les activités de dépistage des CD 2015-2018	32
Tableau 8	Taux de positivité des tests de dépistage du VIH dans les CD 2015-2018	33
Tableau 9	Prévision budgétaire par axe stratégique (en milliers de Dinars Algériens)	85
Tableau 10	Répartition du budget selon les résultats d'effet (en Dinar Algérien)	86

Liste des figures

Figure 1	Situation géographique de l'Algérie	13
Figure 2	Evolution du nombre estimé de PVVIH en Algérie 2000-2018	16
Figure 3	Evolution du taux d'incidence estimé du VIH dans les 2 genres 2000-2018	17
Figure 4	Evolution du nombre estimé de nouvelles infections VIH en Algérie 2000-2018	17
Figure 5	Evolution du taux d'incidence p.100000 du VIH en Algérie chez les 2 genres 2010-2019	18
Figure 6	Evolution des cas de séropositivité et de sida 2010-2019	18
Figure 7	Nombre estimé de nouvelles infections VIH par tranches d'âge chez les deux genres en Algérie, 2000-2018	19
Figure 8	Evolution du taux d'incidence spécifique par âge du VIH en Algérie, 2010-2018	19
Figure 9	Evolution du nombre de cas de décès par VIH chez les 2 genres en Algérie de 2000 à 2018	20
Figure 10	Evolution du taux de prévalence du VIH (%) chez les PS en Algérie 2000-2019	21
Figure 11	Evolution du taux de prévalence du VIH (%) chez les HSH en Algérie 2000-2019	21
Figure 12	Evolution du taux de prévalence du VIH (%) chez les CDI en Algérie 2014-2019	22
Figure 13	Taux de prévalence de la Syphilis chez les CPN et les populations clés	24
Figure 14	Cartographie de Centres de Dépistage	27
Figure 15	Cartographie des Centres de Référence des IST/VIH/sida	28
Figure 16	Evolution des indicateurs de connaissances et de comportements chez les jeunes de 15 à 24 ans 2010-2017	29
Figure 17	Evolution du nombre de tests commercialisés et des tests réalisés dans les CD 2014-2018	31
Figure 18	Evolution du taux de personnes dépistées connaissant leur statut VIH 2010-2018	32
Figure 19	Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral en Algérie entre 1998 et 2019	35
Figure 20	Evolution du taux d'accès au traitement ARV et de la suppression de la charge virale 2010-2018	37
Figure 21	Evolution de la réponse par rapport à la cible des 90.90.90. 2010-2018	42
Figure 22	Gaps par rapport à la cible des 90.90.90.	43

Liste des Annexes

Annexe 1	Indicateurs clés du cadre de performance du PNS 2020-2024	89
Annexe 2	Liste des participants à l'élaboration du PNS 2020-2024	101

1- INTRODUCTION

Dès le début de l'épidémie de l'infection VIH/Sida, l'Algérie s'est investie dans la riposte au sida de façon volontariste et déterminée à travers un engagement politique régulièrement réaffirmé et traduit par un financement conséquent avec plus de 95% du budget alloué par le Trésor Public qui garantit à titre gratuit et universel toutes les prestations y compris le traitement ARV pour tous et une approche participative et multisectorielle qui a impliqué tous les acteurs gouvernementaux, la société civile et les partenaires au développement.

Cette riposte nationale s'est inscrite, depuis 2002, dans le processus de planification stratégique axé sur les résultats préconisés par l'ONUSIDA, et c'est dans ce cadre, que s'inscrit le présent Plan National Stratégique de Lutte contre les IST/VIH/sida (PNS) 2020-2024.

Aussi, ce PNS se veut être la traduction de tous les engagements auxquels l'Algérie a souscrit, notamment, la Déclaration d'Alger sur l'accélération du dépistage du VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord et la stratégie ONUSIDA qui vise à mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030 à travers l'objectif intermédiaire des cibles 90.90.90.

A cet effet, le présent PNS vise à accélérer et amplifier la riposte nationale au regard de la dynamique de l'épidémie à travers un ensemble de stratégies et d'interventions qui visent à rompre la chaîne de transmission des IST/VIH et à assurer un accès universel à la prévention, au dépistage et aux soins tout en améliorant la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et des patients atteints d'IST au sein d'un environnement non discriminant à travers une riposte pérenne et résiliente.

Ce plan a été élaboré selon une démarche participative, inclusive et multisectoriel à travers un processus de partage dans le cadre d'un dialogue pays avec les secteurs gouvernementaux, la société civile, le secteur privé et les partenaires afin d'obtenir un consensus non seulement sur l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse mais également sur le cadre, les orientations stratégiques ainsi que les stratégies et interventions pour chacun des quatre (04) axes stratégiques identifiés et retenus.

Cependant, le caractère ambitieux des objectifs de ce PNS appelle tous les acteurs de la riposte nationale à prendre, dès à présent, la mesure du défi opérationnel que représente sa mise en œuvre et rend compte, ainsi :

- de la nécessité d'une gouvernance au niveau national et local opérationnelle, mobilisée et coordonnée,
- de l'importance d'un renforcement rapide et soutenu des capacités techniques, matérielles et financières des différents intervenants et,
- de l'intérêt pour chaque intervenant, dans un souci d'efficacité, d'efficience et de redevabilité, d'apporter sa pleine contribution, en toute responsabilité, dans la mise en œuvre des interventions qui lui sont dévolues.

2- CONTEXTE

2.1- CONTEXTE INTERNATIONAL

La communauté internationale s'est engagée à mettre fin à l'épidémie du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Cette volonté de mettre fin à la chaîne de transmission du VIH est réaffirmée à travers les objectifs de développement durable pour la période 2016-2030 en particulier celui relatif à la santé (objectif 3) notamment la cible 3.3 sur les maladies transmissibles, qui appelle à mettre fin à l'épidémie du sida et la stratégie mondiale de l'OMS du secteur de la santé contre le VIH 2016–2021.

L'OMS à travers cette stratégie mondiale vise l'élimination de la transmission du VIH dans un contexte qui assure des conditions de vie en bonne santé et promeut le bien-être de tous à tout âge. Ainsi, il s'agit pour les cibles intermédiaires notamment celles de l'année 2020 d'arriver à ramener le nombre de nouvelles infections par le VIH à moins de 500 000 à travers le monde ; de dépister 90 % des personnes vivant avec le VIH, de mettre sous traitement 90 % des personnes dépistées positives au VIH et d'obtenir une suppression de la charge virale chez 90% des personnes sous traitement ARV.

Afin d'atteindre ces cibles ambitieuses, la stratégie mondiale repose sur une approche de santé publique dont le but est de prévenir les maladies, d'améliorer la santé et de prolonger la vie de l'ensemble de la population à travers les orientations stratégiques suivantes : (i) des données pour cibler les actions (ii) des interventions à fort impact (iii) des services dispensés dans une optique d'équité (iv) des solutions financières viables et (v) des innovations pour accélérer les progrès.

Malgré l'engagement pris en 2016 dans le cadre des ODD de « mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030 », de nombreux pays ne sont pas en voie d'atteindre cet objectif. Il ressort des données de l'ONUSIDA qu'en 2018, à l'échelle mondiale, 1,7¹ [1.4–2.3] millions de personnes sont devenues nouvellement infectées par le VIH parmi lesquelles 6 200 adolescentes et jeunes femmes sont contaminées par le VIH chaque semaine, 770 000 [570 000–1.1 millions] personnes sont décédées de maladies liées au sida. Ces décès s'expliquent principalement par le faible accès aux traitements antirétroviraux.

En 2018, les progrès vers les objectifs 90-90-90 montrent que 37,9 millions de personnes dans le monde vivaient avec le VIH. Parmi elles, 79% [67%–92%] connaissaient leur statut sérologique. Parmi les personnes qui connaissaient leur statut sérologique, 78% [69%-82%] avaient accès au traitement et de celles qui avaient accès au traitement 86% [72%–92%] ont vu leur charge virale supprimée grâce à un traitement continu.

Bien que des progrès considérables aient été accomplis concernant la couverture des services, la mise sous ARV de 82% des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH et la réduction des disparités, tout le monde n'a pas cependant accès aux tests de dépistage, au traitement et aux soins et les cibles de 2020 risquent d'être manquées si la cadence n'est pas accélérée.

Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, en 2018, les personnes vivant avec le VIH ont été estimées à 240 000 [160 000– 390 000], les nouvelles infections à 20 000 [8500–40 000] avec 18 000 [7700–37 000] qui sont survenues chez les personnes âgées de plus 15 ans. Dans la région MENA, en 2018, le nombre de nouvelles contaminations a augmenté de 10% et les populations clés et leurs partenaires sexuels ont représenté 95% des nouvelles infections à VIH.

Toutefois, moins de 50 % des populations clés ont eu accès à des services combinés de prévention du VIH à cause des barrières à l'accès aux soins, tels que la stigmatisation et la discrimination en milieu de soins et les conditions difficiles d'intervention des organisations de la société civile dues aux contextes politique, culturel et sociétal de la région.

Comblant cet écart entre les populations clés et la population générale quant à l'accès aux services de prévention et de soins permettrait de réduire considérablement les nouvelles infections dans la région MENA. Ainsi, il est urgent de s'attaquer aux facteurs structurels qui créent les inégalités ainsi qu'aux obstacles à la prévention et au traitement du VIH chez les populations clés. Le dépistage du VIH des populations clés, porte d'entrée pour rompre la chaîne de transition du VIH, constitue un enjeu majeur dans la région MENA.

Des six régions de l'OMS, la région Moyen-Orient et l'Afrique du Nord a eu le taux de couverture le plus faible (28% [16–47%]) quant à l'accès au traitement antirétroviral des femmes enceintes vivant avec le VIH. Cette situation montre l'importance d'accélérer les programmes d'élimination de la transmission mère enfant dans la région MENA.

Quant aux décès, ils sont de 8400 [4800– 14 000] sur la même période. Les personnes accédant au traitement en 2018 sont de 78 800 [69 400– 82 000], soit un taux de 32% [18–54%].

Malgré les progrès obtenus dans la région MENA en termes d'accès aux traitements antirétroviraux, au dépistage et à la prise en charge des populations clés moteurs de l'épidémie, ceux-ci constituent un enjeu majeur dans un contexte de ressources limitées et de passage à la transition pour les financements du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour certains pays de la Région.

2.2- CADRE GENERAL DE L'ALGERIE

2.2.1- SUR LE PLAN GÉOGRAPHIQUE

L'Algérie est située au nord-ouest du continent Africain, au sud de la mer méditerranée et au centre du Maghreb, et elle constitue, par sa superficie (2 381 741km²), le plus vaste pays d'Afrique. Avec 1200 km de côtes et 6343 km de frontières terrestres, l'Algérie est ouverte sur la Méditerranée au Nord et est frontalière du Nord-Ouest, au Sud et à l'Est avec respectivement sept (07) pays : le Maroc, la République Arabe Sahraouie Démocratique, la Mauritanie, le Mali, le Niger, la Libye et la Tunisie (Figure 1).



L'Algérie est, sur le plan administratif, divisée en 48 wilayas et 1541 communes. Ses frontières méridionales immenses sont connues pour être le siège de mouvements migratoires de populations très anciens qui pratiquent un troc séculaire.

Par sa position géographique et son potentiel économique, l'Algérie, qui est à la fois une zone de passage vers l'Europe et une terre d'accueil, continue d'enregistrer un afflux de populations, en provenance de pays sub-sahariens.

Figure 1 : Situation géographique de l'Algérie
Source : Institut National de Cartographie-Algérie

2.2.2- SUR LE PLAN DÉMOGRAPHIQUE : Une part toujours importante de la population jeune sexuellement active avec un recul de l'âge au mariage favorisant les comportements à risque.

De 10 millions d'habitants, en 1962, au lendemain de l'indépendance, la population algérienne a quadruplé en l'espace de 50 ans pour passer à 42,2 millions au 1er janvier 2018. La population algérienne, après sa transition démographique, amorcée dans les années 1970, se caractérise, selon les données de l'Office National des Statistiques, par :

- **Une part toujours importante de la population jeune** : Au 1^{er} janvier 2018, la population des moins de 30 ans a représenté 54% de la population globale, celle des moins de 25 ans 45%, et celle des moins de 5 ans 11,8% ; cette caractéristique accompagnée du recul de l'âge du mariage (35ans pour l'homme et 30 ans pour la femme) constituent des facteurs favorisant l'émergence des comportements à risques ;
- **Une augmentation régulière de la population âgée** : La tranche de population âgée de plus de 60 ans, amorcée dans les années 1990, connaît une tendance à l'augmentation et représente 9,1%, actuellement ;
- **Une augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance** qui est passée de 49 ans en 1962 à l'indépendance à 77,6 ans en 2017, avec une régression relativement lente du taux de mortalité infantile qui est passé de 46,5 pour mille naissances vivantes en 1990 à 21 pour mille naissances vivantes en 2017, et un taux de mortalité maternelle passant de 117,4 pour cent mille naissances vivantes en 1999 à 57 pour cent mille naissances vivantes en 2017.

2.2.3- SUR LE PLAN SANITAIRE : Un potentiel appréciable

2.2.3.1- En matière d'offre de soins

L'offre de soins en Algérie, se caractérise par un maillage territorial relativement dense avec quelques inégalités en raison de l'étendue du territoire et de la densité de la population. Elle repose sur les structures publiques hospitalières et extra-hospitalières qui en constituent le pivot comme le montre le tableau suivant :

Tableau 1 : Structures publiques de santé - Algérie 2017

Type d'établissement	Nombre de structures	Nombre de lits
3^{ème} niveau		
Centre Hospitalo-universitaire	15	13 755
Établissement Hospitalo-universitaire	01	770
2^{ème} niveau		
Établissement Hospitalier Spécialisé	81	13 124
Établissement Public Hospitalier	206	40 506
Établissement Hospitalier	09	1 533
1^{er} niveau		
Établissement Public de Santé de Proximité		
• Polycliniques	1 706	6 643
• Salles de soins	6 207	
• Maternités	434	
TOTAL	8 659	76 331

Source : Ministère de la Santé -Direction Générale des Services de Santé

L'accès aux soins dans l'ensemble de ces structures publiques demeure gratuit, depuis 1974, pour tous les citoyens et pour l'ensemble des prestations fournies.

Quant au secteur privé, il disposait, en 2017, de près de 6000 lits hospitaliers, 23 563 cabinets médicaux entre médecins spécialistes, médecins généralistes et chirurgiens-dentistes, et un peu plus de 10000 officines pharmaceutiques comme le montre le tableau suivant :

Tableau 2 : Structures privées de santé - Algérie 2017

Établissements Hospitaliers	
Établissements Hospitaliers Privés	197 avec 5 811 lits
Établissements de Jour	365
Cabinets Médicaux	
Cabinets Médicaux de Spécialistes	9 042
Cabinets Médicaux de Généralistes	7 298
Cabinets Médicaux de Chirurgie Dentaire	6 514
Cabinets Médicaux de Groupe	709
Officines Pharmaceutiques	
Officines pharmaceutiques	10 602

Source Ministère de la Santé – Direction Générale des Services de Santé

Actuellement, les structures privées ne sont pas impliquées dans la prise en charge des cas de sida mais interviennent dans le dépistage.

2.2.3.2- En matière de ressources humaines pour la santé

De 500 médecins, en 1962, les efforts qui ont été consentis en matière de formation médicale et paramédicale ont permis à l'Algérie de disposer, en 2017, d'un effectif en personnels de santé avec des ratios nationaux de couverture sanitaire appréciables, comme le montre le tableau, ci-dessous :

Tableau 3 : Évolution des effectifs et des ratios de couverture sanitaire en personnels de soins 1962-2017

Année	1962		1999		2017	
	Effectifs	Ratios	Effectifs	Ratios	Effectifs	Ratios
Médecins Généralistes	1278 dont 937 étrangers	1/25 643 hbts	17 318	1/1750 hbts	32 025	1/1118 hbts
Médecins Spécialistes			8 253	1/3594 hbts	29 733	1/1268 hbts
Chirurgiens-Dentistes	171 dont 85 étrangers	1/72 848 hbts	8 086	1/3752 hbts	11 874	1/3020 hbts
Pharmaciens	216 dont 30 étrangers	1/41 667 hbts	4600	1/6134 hbts	11 108	1/3470 hbts
Paramédicaux	4834	1/2979 hbts	86 056	1/346 hbts	149 075	1/325 hbts

Source Ministère de la Santé – Direction Générale des Services de Santé

3- ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

3.1- SITUATION GÉNÉRALE DE L'ÉPIDÉMIE

Une épidémie qui demeure peu active et concentrée dans les groupes de population les plus exposés au risque.

Depuis la notification obligatoire, en 1990, des cas de sida et de séropositivité au VIH, le profil épidémiologique de l'infection VIH a toujours été celui d'une épidémie de type peu active, avec une prévalence dans la population générale faible inférieure à 0.1% mais concentrée dans les groupes de population clés [Professionnelles du sexe (PS), Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et Consommateurs de drogue par voie Injectable (CDI)].

Selon les données du rapport national de la riposte au Sida en Algérie de l'année 2018, à partir des estimations du logiciel de l'ONUSIDA EPP-Spectrum :

- **Le nombre estimé de PVVIH (adultes et enfants) est de l'ordre de 16000 personnes dont 7000 femmes et près de 500 enfants de moins de 15 ans :** Cependant, selon le rapport du Laboratoire National de Référence (LNR), au 30 septembre 2019 et depuis le début de l'épidémie, un total cumulé de 13 000 (dont 1930 au stade SIDA) a été recensé avec pour principal sérotype le VIH1 à plus de 99%.



Le principal mode de transmission observé est le mode hétérosexuel soit à titre occasionnel (48,5%) ou dans le cadre de l'hétérosexualité stable (23,5%), soit à travers la profession du sexe (27,4%), suivi du mode homosexuel chez les hommes (9,3%)².

La transmission est devenue essentiellement autochtone et aucune région du pays n'a été épargnée, sachant que les taux de notifications les plus élevés sont observés dans les régions Ouest et Centre.

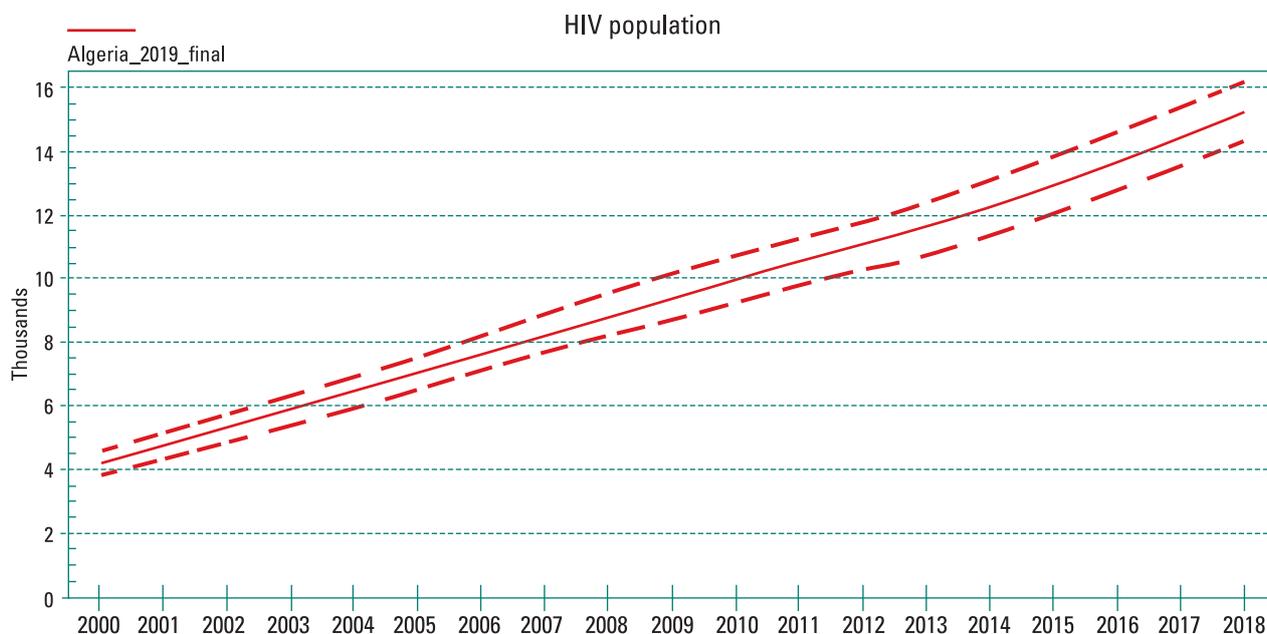


Figure 2 : Évolution du nombre estimé de PVVIH en Algérie 2000-2018

Source : Estimation Spectrum ONUSIDA 2018

- **Le nombre estimé d'adultes de plus de 15 ans nouvellement infectés** : Une évolution stationnaire au cours de ces deux dernières années : au cours de ces dernières années, bien qu'on ait observé une tendance à la baisse des taux d'incidence du VIH chez les deux genres passant de 0,028 p.1000 (2015) à 0,017 p.1000 (2018) chez l'homme et de 0,011 à 0,008 p.1000 chez la femme entre les deux années (Figure 3), le nombre estimé de nouvelles infections à VIH a connu une augmentation progressive passant de 600 cas en 2000, à 900 cas en 2010 pour rester stationnaire autour de 1000 nouveaux cas par an entre 2017 et 2018 (Figure 4).

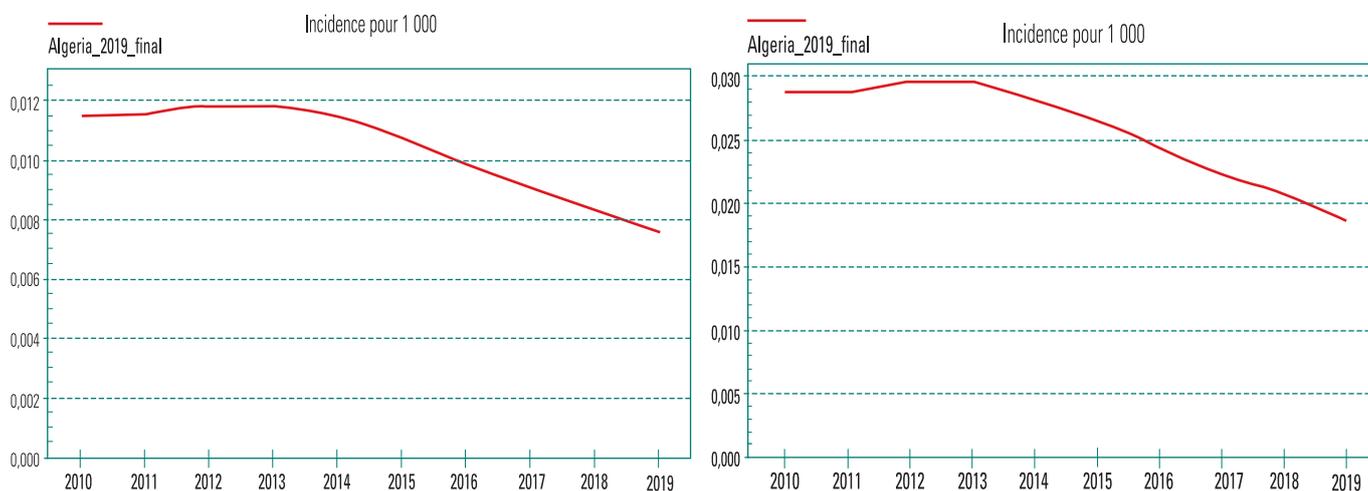


Figure 3 : Évolution du taux d'incidence estimé du VIH chez les 2 genres Algérie 2000 - 2018

Source : Estimation Spectrum ONUSIDA 2018

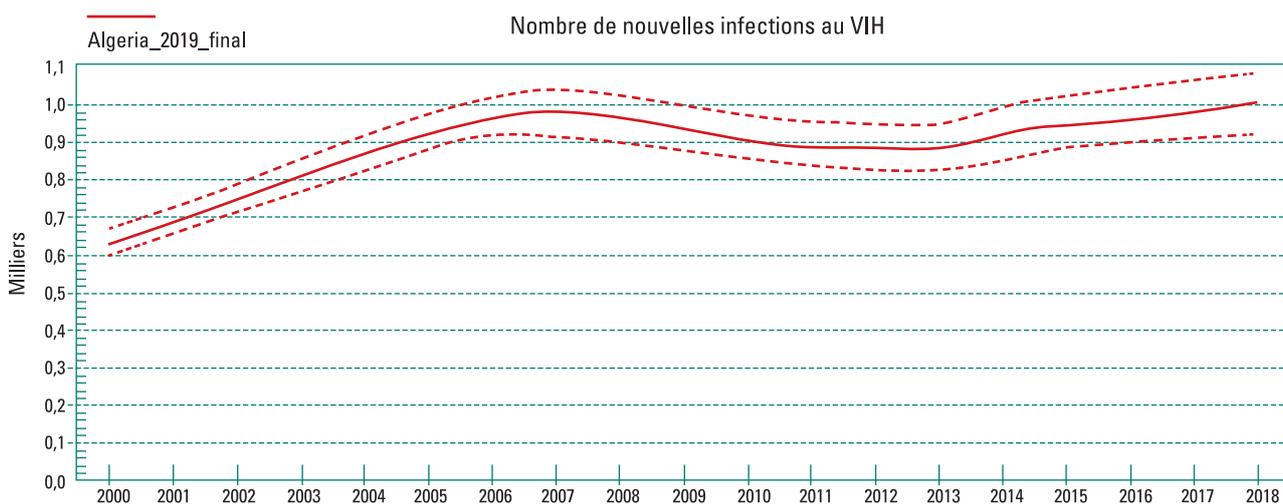


Figure 4 : Evolution du nombre estimé de nouvelles infections en Algérie 2000-2018

Source : Estimation Spectrum ONUSIDA 2018

Selon les données du LNR :

- La même tendance est observée à partir de l'analyse des données du LNR, où les données, rapportées à la population de référence, objectivent une évolution stationnaire du taux d'incidence brute et des taux spécifiques par genre de 2010 à 2017, oscillant entre 1,5 et 1,9 p.100000 chez le genre féminin et 1,5 et 2 p.100000 chez le genre opposé (Figure 5) ;

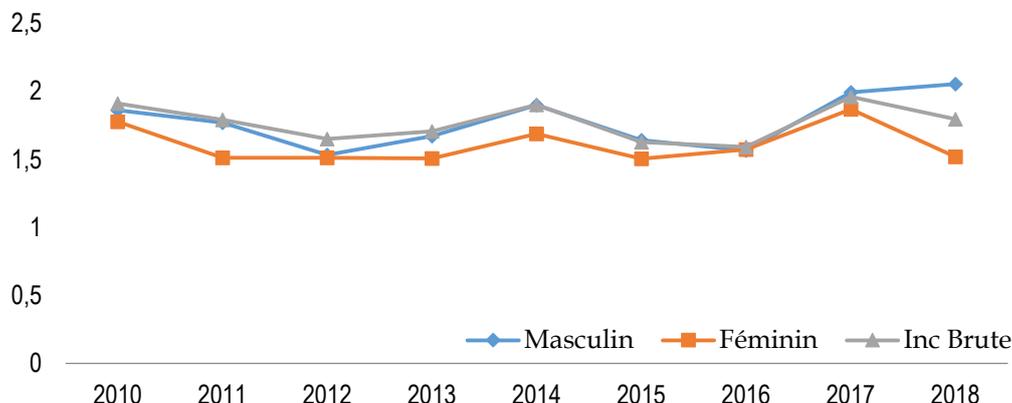


Figure 5 : Evolution des taux d'incidence p.100000 du VIH en Algérie chez les deux genres de 2010 à 2019 (Source LNR)

- Mais, le nombre de nouvelles infections diagnostiquées a augmenté de plus de deux fois entre 2010 et 2019, passant 4867 cas à 11070 cas, alors que celui des cas de sida maladie a connu une évolution relativement stationnaire passant de 1170 en 2010 à 1930 en 2019 (Figure 6).

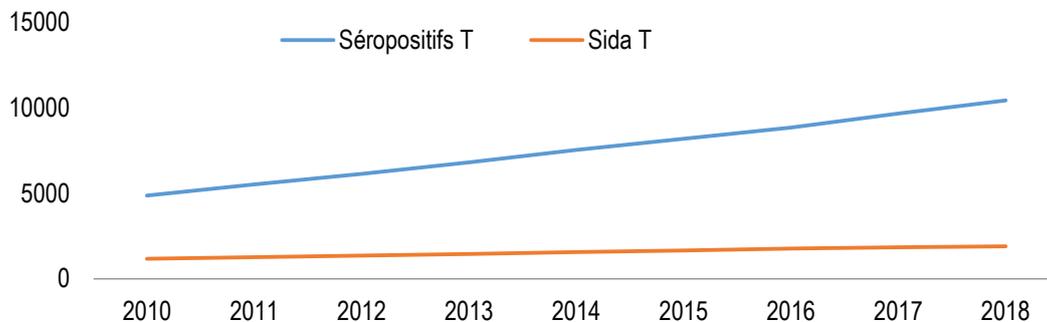


Figure 6 : Evolution des cas cumulés de séropositifs et de sida en Algérie de 2010 à 2019

(Source LNR)

- Les estimations par âge montrent que l'épidémie du VIH touche toutes les tranches d'âge de 15 à 59 ans avec une prédilection entre 20 et 54 ans. Le nombre de nouvelles infections diagnostiquées chez les enfants de 0-4 ans est en augmentation à partir de 2010, ce qui conforte l'hypothèse d'une amélioration du diagnostic chez le nouveau-né et le nourrisson, (Figure 7).

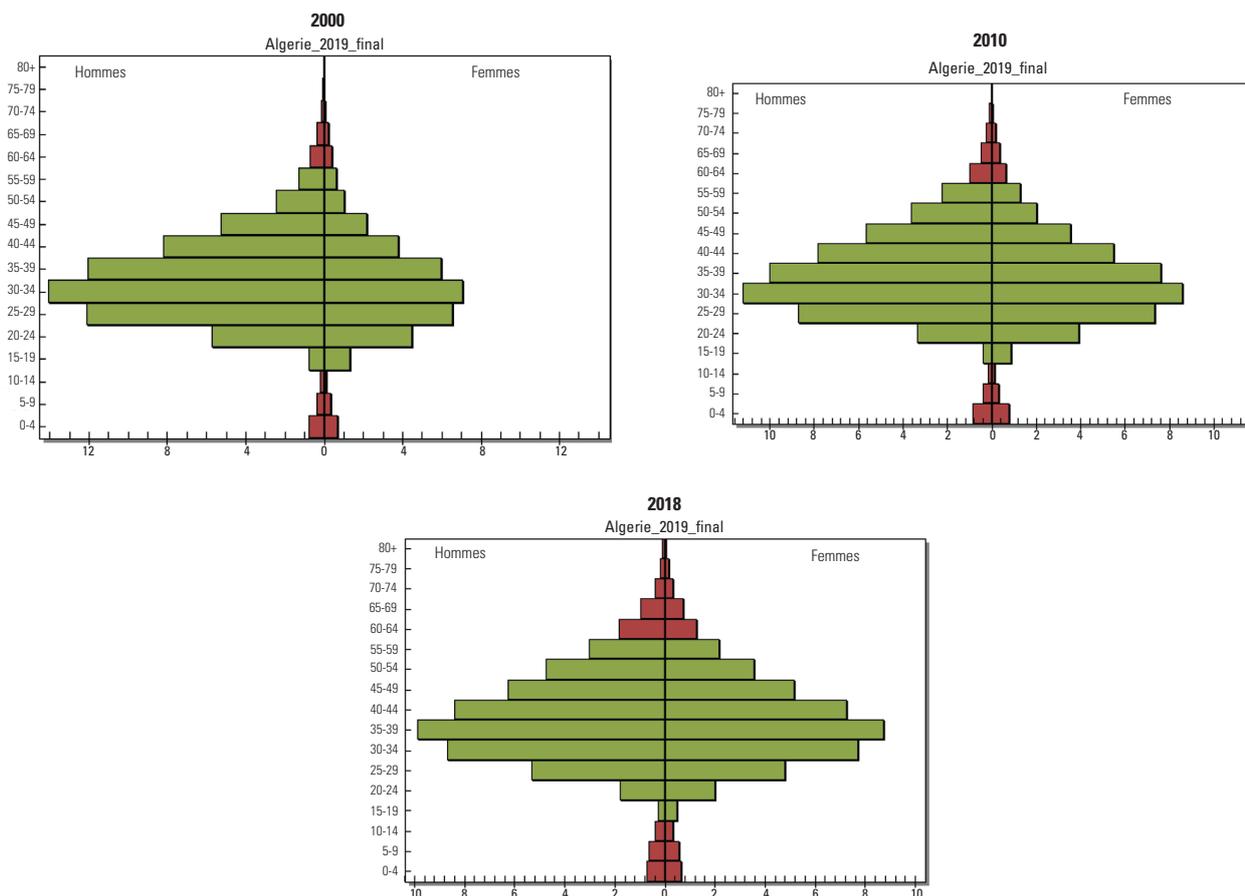


Figure 7 : Nombre estimé de nouvelles infections par tranches d'âge chez les 2 genres en Algérie : 2000-2018

Source : Estimation Spectrum ONUSIDA 2018

Ces données sont confortées par celles du LNR qui montrent une incidence spécifique par âge plus élevée chez les 20-54 ans avec un léger pic chez les 0-4 ans (6,1 p.100000). Par ordre de fréquence décroissante, les taux d'incidence les plus élevés sont observés dans les tranches d'âge 30-34 ans (29,9 p.100000 cas), 35-39 ans (25,9 p.100000), 40-44 (24,3 p.100000) et 20-29 (21,9 cas p.100000). Les jeunes de 20 à 24 ans enregistrent un taux de 11,9 cas p.100000 (Figure 8).

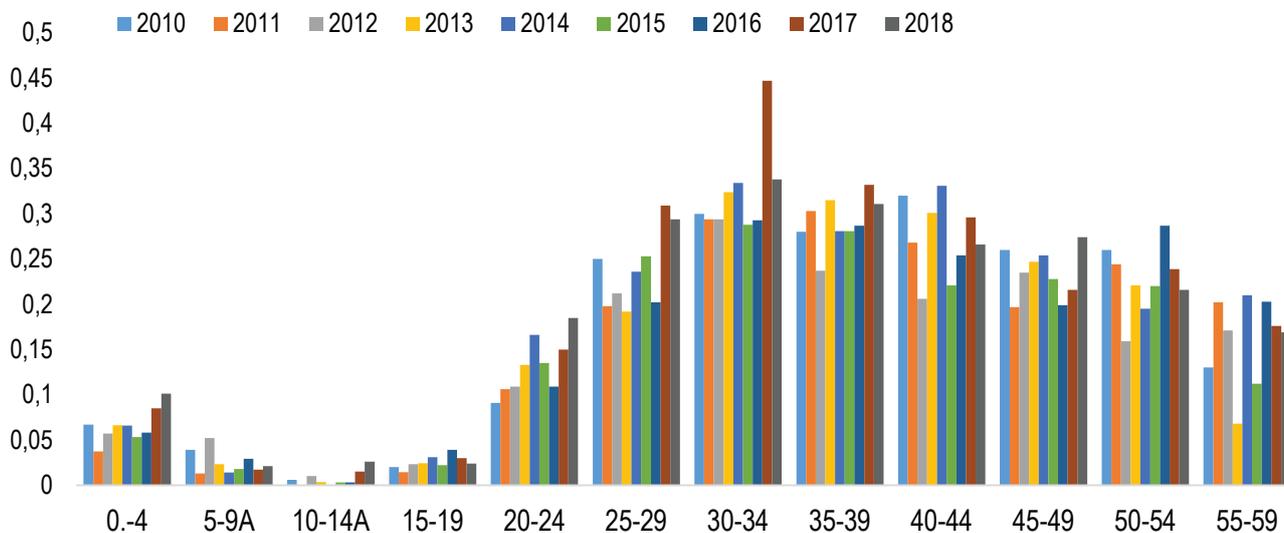


Figure 8 : Evolution des taux d'incidence spécifique par âge du VIH en Algérie de 2010 à 2018

(Source LNR)

- **Concernant le genre** : une tendance à la féminisation au cours de la dernière décennie : si en 2000, l'infection était plus fréquente chez homme que chez la femme, ces dernières années, l'infection touche aussi bien la femme que l'homme de façon équitable. Ceci qui conforte le mode de transmission hétérosexuel de l'infection en Algérie ;
- **Le nombre de décès d'adultes et d'enfants dus au Sida estimé connaît une tendance baissière chez les deux genres** :

La diminution du nombre de décès est plus marquée chez la femme, à partir de 2009, pour atteindre 50 cas en 2018. Chez l'homme, cette diminution est observée à partir de 2012 pour atteindre 100 décès en 2018 (Figure 10).

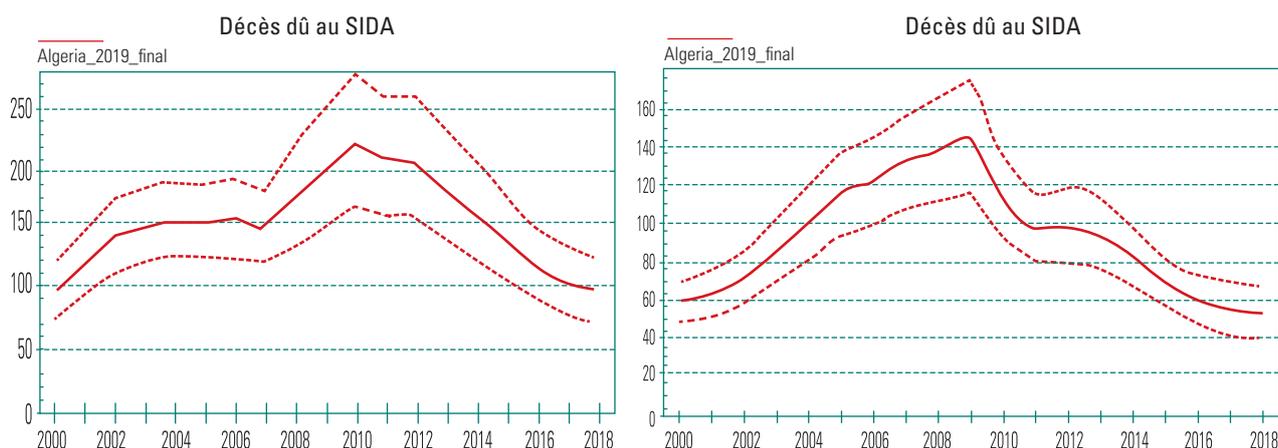


Figure 9 : Evolution du nombre de décès par VIH chez les deux genres en Algérie de 2000 à 2018

Source : Estimation Spectrum ONUSIDA 2018

3.2- SITUATION DE L'EPIDEMIE AU SEIN DES POPULATIONS CLES

Plus de 9/10 des nouvelles infections sont souvenues chez les populations clés, en 2018, dans la région MENA

Compte tenu du caractère concentré de l'épidémie dans le pays, les populations clés jouent un rôle important dans la dynamique de la transmission de l'infection VIH.

Elles constituent, de ce fait, un véritable enjeu pour la riposte et rendent compte de l'importance d'une bonne connaissance de l'évolution de leur séroprévalence et de leur cartographie. Cependant, leur taille n'a pas fait l'objet d'études régulières et, en 2019, une étude portant sur l'estimation de la taille de ces populations clés (PS, HSH, CDI) a été réalisée au niveau de 4 sites. Cette enquête a été combinée par une étude bio-comportementale afin d'estimer la prévalence en leur sein.

■ Les professionnelles du sexe

Les résultats des différentes études parcellaires de séroprévalence portant sur cette population montrent une tendance haussière entre 2002 et 2019 puisque les taux de prévalence sont passés de 2,8%, en 2000, à 3,78%, en 2004, à 3,95%, en 2007³.

L'étude IBBS réalisée, en 2019, a révélé une prévalence encore plus élevée avec 7,21% soit 72 fois plus élevée que la population générale. Dans cette étude et à partir des extrapolations, le nombre total de PS, en Algérie, a été estimé à 35 158 soit 0,35% des femmes adultes de 18 à 49 ans.

3- Plan National Stratégique IST/VIH/sida 2016-2020

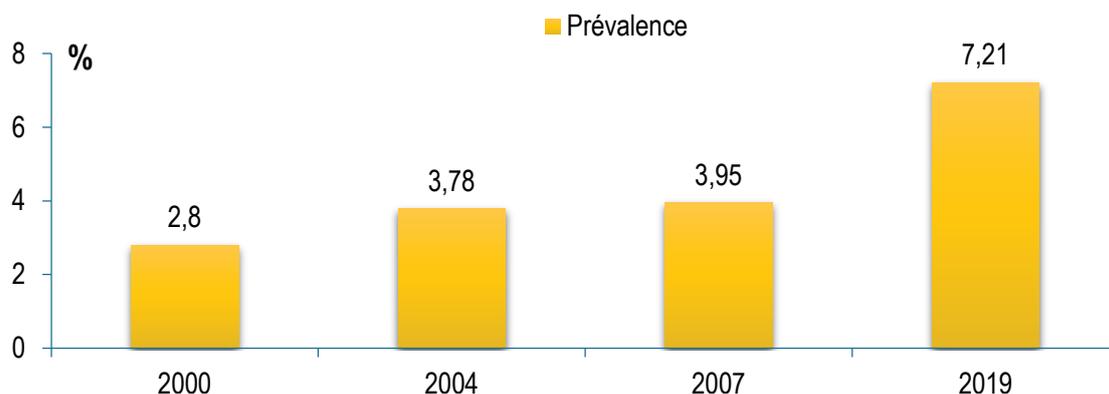


Figure 10 : Evolution du taux de prévalence du VIH (%) chez les PS en Algérie 2000-2019
Source Etude IBBS chez les PS, 2019

■ Les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes

Les données sur les (HSH) ont été longtemps limitées aux seules données des centres de dépistages qui sont considérées comme non représentatives. Ainsi, les taux de prévalence retrouvés, ces dernières années, ont été respectivement de 6,8%, en 2014, 4,3 %, en 2016 et 2,4%, en 2018. L'étude réalisée, en 2019, a mis en évidence une prévalence de 2,3% qui apparaît plus basse.

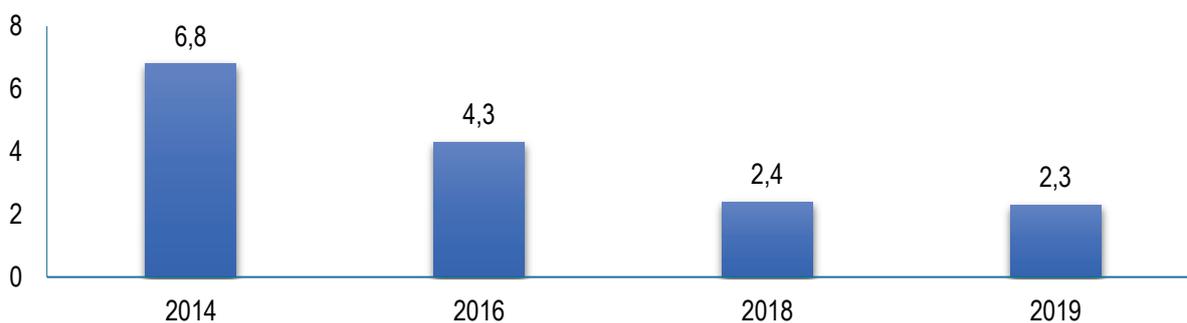


Figure 11 : Evolution du taux de prévalence du VIH (%) chez les HSH en Algérie 2000-2019
(Source Etude IBBS chez les PS, 2019)

Dans cette étude et à partir des extrapolations, le nombre total de HSH, en Algérie, a été estimé à 92 407 soit 0,71% de la population masculine âgée de 18 à 59 ans.

■ Les consommateurs de drogues par voie injectable

Les données sur les CDI ont été également limitées, aux seules données non représentatives des centres de dépistage, avec, ces dernières années, des taux de prévalence de 1,1% en 2014, 4,3 % en 2016 et 0,9% en 2018.

L'étude IBBS réalisée, en 2019, a permis de préciser le poids de la part de cette population clé avec une prévalence de 2,2%. Dans cette étude et à partir des extrapolations, le nombre total de CDI, en Algérie, a été estimé à 17 020 soit 0,21% de la population âgée de 18 à 49 ans.

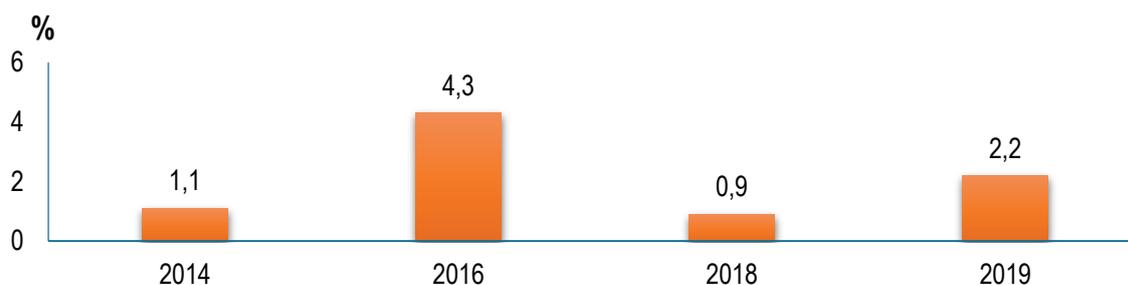


Figure 12 : Evolution du taux de prévalence du VIH (%) chez les CDI en Algérie 2014-2019

Source : MSPRH Etude IBBS chez les populations clés (PS, HSH et CDI) - 2019

En résumé, la séroprévalence de l'infection VIH au sein des populations clés est illustrée dans le tableau 4, ci-après :

Tableau 4 : Séroprévalence de l'infection VIH chez les populations clés en 2019

	Nombre de cas testés	Nombre de cas VIH+	Séroprévalence
PS	416	30	7,21%
HSH	405	09	2,22%
CDI	270	05	2,2%

Source : MSPRH Etude sur l'estimation de la taille chez les populations clés (PS, HSH et CDI) – 2019

3.3- SITUATION DE L'EPIDEMIE A VIH AU SEIN DES POPULATIONS EN CONTEXTE DE VULNERABILITE

Pour cette catégorie de population en contexte de vulnérabilité représentée par les jeunes, les femmes, les hommes en uniforme, les détenus et les populations mobiles (nomades, migrants, routiers) tels que définis par le précédent PNS, seules les données concernant les populations mobiles essentiellement les migrants se sont avérées disponibles. Ceci pose avec acuité tout problème de la disponibilité de l'information dans la mise en œuvre du PNS.

Ainsi, pour cette population de migrants, il ressort ce qui suit :

- **Concernant leur taille :** Selon les données du Ministère de l'Intérieur, des Collectivités locales et de l'Aménagement du territoire, 3500 migrants, issus de 24 pays africains, sont enregistrés, par semaine, aux frontières du sud Algérien⁴, soit un flux annuel de 168 000 arrivés. Les estimations faites par l'OIM sur la base d'une étude sur la cartographie des migrants réalisée au 1^{er} trimestre 2019⁵, ont donné un nombre de 19740 migrants implantés dans 3 wilayas ciblées. Ces migrants étaient originaires de plus de 20 pays de nationalités différentes de la région subsaharienne.
- **Concernant leur situation épidémiologique :** L'étude IBBS 2019 chez les migrants a mis en évidence un taux de prévalence du VIH de 2,2% chez l'ensemble de la population enquêtée avec un caractère chez les femmes (5,83%) vs 1,42% chez les hommes.

4- Le Quotidien d'Oran, 21 novembre 2018

5- MSPRH/OIM, Elaboration d'une cartographie des lieux et estimation de la taille des migrants dans 3 wilayas cibles (Alger, Oran, Tamanrasset), avril 2019

3.4- SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DES IST ET DES CO-INFECTIONS DE L'INFECTION VIH

3.4.1- LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

■ Situation générale

D'une façon générale, la situation épidémiologique des IST est mal connue du fait du faible recours aux structures de santé dans un grand nombre de cas, de la **sous déclaration manifeste** et des contraintes liées au diagnostic biologique.

Cependant, les données de la surveillance passive du système national des maladies à déclaration obligatoire (MDO), donnent un aperçu de cette situation épidémiologique dans la population générale.

- **En ce qui concerne la syphilis** : En 2018, l'incidence rapportée était de 2,95 cas pour 100000 habitants avec un sex-ratio de 0,98 ; l'adulte jeune (20 – 44 ans) étant le plus touché avec un taux de 67,9% suivi des sujets âgés entre 45 et 64 ans avec un taux de 15,64% ;
- **En ce qui concerne les urétrites gonococciques et non gonococciques** : Ces données parcellaires indiquent une incidence à 0,1 cas pour 100000 habitants ; les hommes semblent être plus touchés que les femmes avec un sex-ratio de 2,58 ;
- **En ce qui concerne l'hépatite virale B** : Sur une période de 10 ans, le taux d'incidence du VHB a pratiquement doublé, passant de 4,47, en 2009, à 8,36 cas pour 100000 habitants en 2018. L'infection au VHB semble toucher l'adulte jeune (20-44 ans) et autant de femmes que d'hommes générant un sex-ratio de 1,1.

■ Situation chez les populations clés et vulnérables

Bien qu'il n'existe pas d'enquête de population permettant d'estimer leur prévalence, certains travaux réalisés dans le cadre de la séro-surveillance sentinelle entre 2004 et 2007 ont rapporté :

- **Chez les femmes enceintes** : Une prévalence de la syphilis stable passant ainsi de 0,88% en 2004 à 0,83% en 2007 ;
- **Chez les consultantes prénatales** : Une séroprévalence de la syphilis, observée dans le cadre d'un travail de thèse⁶, qui était passée de 0% à 0,5% entre 2008 et 2010 ;
- **Chez les professionnelles du sexe** : Une prévalence de la syphilis, en 2004, qui était de 8,6% à Tamanrasset et de 31,3% à Sidi Bel Abbes. En 2012, la première enquête intégrée bio-comportementale, en Algérie, chez les travailleuses du sexe à Oran⁷, a montré une prévalence de la syphilis de 7,33% ; elle était plus élevée dans la tranche d'âge 40-45 ans (66,7%) et chez les TS de bas niveau d'instruction (de 19,23% chez les TS de niveau primaire ou analphabète et de 7,9% chez celles qui ont un niveau d'instruction moyen ($p=0.3$). En 2019, la prévalence de la syphilis a été de 4,6%⁸.
- **Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** : L'enquête bio-comportementale réalisée en 2019 montre que la séroprévalence de la syphilis parmi les 387 HSH dépistés était de l'ordre de 02,84%(IC à 95% [1,9-4,5]) avec une différence selon les sites et les âges.

6- F.Toudeft, Tendances évolutives de l'infection à VIH/sida et surveillance de 2ème génération, 2010.

7- MSPRH, Enquête intégrée de surveillance bio-comportementale sur le VIH/sida chez les travailleuses du sexe à Oran, 2012.

8- Source : MSPRH Etude IBBS chez les populations clés (PS, HSH et CDI) - 2019

Le taux de séroprévalence chez les jeunes de moins de 25 ans est de 1,2% contre 4,1% chez les HSH âgés de plus de 25 ans. Aucun cas n'a été observé chez les 18-20 ans et le taux des cas positifs augmentait avec l'âge des participants à partir de 25 ans.

- **Chez les consommateurs de drogue injectable** : L'étude bio comportementale réalisée, en 2019, a montré un taux de séroprévalence de la syphilis chez les CDI de 1,48% (04/269) dont 03 cas chez les 25-49 ans et un seul chez les moins de 25 ans⁹.

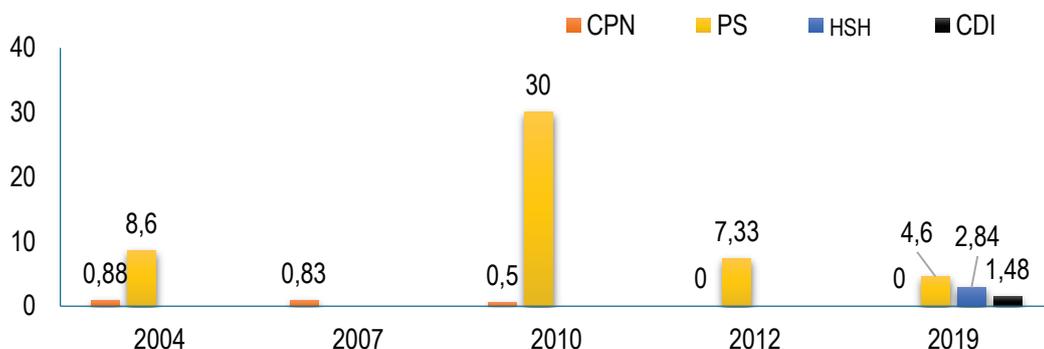


Figure 13 : Taux de prévalence de la syphilis chez les CPN et les populations clés en Algérie (Réf : 8;9;10;11)

3.4.2- LES CO-INFECTIONS DE L'INFECTION VIH

Selon le rapport national de la riposte au Sida, au titre de l'année 2018, la situation des co-infections au VIH, au niveau des CDR, s'établit comme suit :

Tableau 5 : Infection VIH et co-infections en Algérie - Année 2018

Type de co-infection	Nombre cas BK	Nombre cas VHB	Nombre cas VHC	Nombre cas VIH	%
Co-infection VIH-BK	276				14,7
Co-infection VIH-VHB		22		1877	1,2
Co-infection VIH-VHC			12		0,6

Source : Rapport de la Riposte nationale au Sida année 2018

Par ailleurs, les données de la séroprévalence de la syphilis, de l'infection VHB et de l'infection VHC, chez les populations clés (PS, HSH, CDI), issues des études bio-comportementales réalisées, en 2019, montrent les résultats suivants :

- Chez les PS, les séroprévalences retrouvées étaient de 4,7% pour la syphilis, 3,4% pour le VHB et 1,5% pour le VHC ;
- Chez les HSH, les séroprévalences retrouvées étaient de 2,8% pour la syphilis, 3,6% pour le VHB et 0,26 % pour le VHC ;
- Chez les CDI, les séroprévalences retrouvées étaient de 1,48% pour la syphilis, 2,6% pour le VHB et 22,55% pour le VHC.

9- Source : MSPRH, étude bio comportementale IST/VIH/SIDA auprès des UDI en Algérie - 2019

Tableau 6 : Séroprévalence VHB -VHC - Syphilis chez les populations clés en 2019

Populations clés	VHB			VHC			SYPHILIS		
	Nb	VHB+	SP%	Nb	VHC+	SP%	Nb	Sy+	SP%
PS	413	14	3,38	407	05	1,22	414	19	4,58
HSH	285	14	3,64	383	01	0,26	387	11	2,84
CDI	267	06	2,24	264	60	22,72	267	04	1,49

Source : MSPRH Etude sur l'estimation de la taille chez les populations clés (PS, HSH et CDI) - 2019

Cette situation rend compte de l'importance de l'intensification des interventions auprès des populations clés et vulnérables.

3.5- FACTEURS DE VULNERABILITE ET DE PROPAGATION DE L'INFECTION VIH

En dépit d'une situation de faible prévalence du VIH/sida (<0,1%) dans la population générale, l'épidémie est, toutefois, concentrée dans les populations clés et l'Algérie demeure un pays vulnérable à l'infection VIH en raison de la conjugaison de plusieurs facteurs qui constituent autant de risques de propagation de l'épidémie du VIH.

Il s'agit notamment de :

- **Ses conditions sociodémographiques** marquées par une part toujours importante de la population jeune sexuellement active avec un recul de l'âge au mariage favorisant les comportements à risque ;
- **Sa situation géographique** : en tant que plus grand pays d'Afrique marqué par une grande mobilité interne et transfrontalière ;
- **Une connaissance insuffisante sur les modes de transmission et de prévention du VIH (chez les jeunes, les femmes et les populations clés) avec un recours limité aux moyens de prévention chez les populations clés** et pour conséquence des comportements à risque élevés aggravés par un sentiment de stigmatisation, et des situations de violences basées sur le genre ;
- **Une situation des IST marquée par une tendance à l'augmentation dans les populations clés et vulnérables.**

Malgré les efforts, tous ces facteurs continuent d'évoluer dans un environnement peu réceptif aux questions liées à la sexualité.

4- ANALYSE DE LA REPONSE

4.1- EN MATIERE D'OFFRE DE SERVICE

En Algérie, les objectifs de réduire le nombre de nouvelles contaminations par le VIH et d'optimiser les chances thérapeutiques des personnes infectées, ont toujours constitué une priorité qui repose sur la promotion de la prévention, l'incitation au dépistage et la facilitation de l'accès au traitement dont l'initiation s'est inscrite, depuis 2016, dans l'option « tester et traiter ».

Cette riposte nationale au Sida s'est toujours appuyée sur le renforcement du système de santé pour qu'il devienne pérenne et résilient avec un souci constant d'assurer le continuum de soins pour toute PVVIH dépistée.

4.1.1- Dans le domaine de la prévention

La prévention de l'infection VIH, axe prioritaire de la riposte nationale, s'est voulue être l'illustration même de la multisectorialité de cette riposte à travers la mobilisation et l'implication de plus en plus active des acteurs gouvernementaux et de la société civile.

Elle s'est principalement traduite par :

- **Un effort d'intégration des activités de prévention** dans les différentes structures de santé publiques de proximité ;
- **La multiplication des actions de prévention par les organisations thématiques de la société civile (OSC) auprès des populations clés et vulnérables** à travers notamment la mise en place de programmes structurés de prévention à l'endroit de ces populations par les associations qui ont acquis une expertise technique et qui disposent d'éducateurs pairs et d'accompagnateurs socio-sanitaires rompus à la tâche ;
- **L'organisation de campagnes de sensibilisation** ponctuelles du grand public à travers les médias publics et privés.

Cependant, un certain nombre de facteurs continuent de limiter l'accès des populations cibles à l'offre de prévention, dont principalement :

- **Le caractère limité de la couverture géographique des organisations de la société civile** en raison de leur concentration dans quelques wilayas du pays pour développer leurs activités de proximité à l'endroit des populations clés et vulnérables ;
- **L'inadéquation des capacités techniques et financières des acteurs de la réponse** pour développer leurs actions de proximité et de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) dans les différents milieux : jeunes, détenus, Hommes en uniforme, populations clés et vulnérables
- **L'environnement social** qui est demeuré, d'une façon générale, peu favorable à l'acceptation des populations clés.

Cette situation rend compte de la nécessité de renforcer les capacités des structures et des intervenants dans l'offre de prévention combinée.

4.1.2- Dans le domaine du dépistage

Le dépistage a, également, constitué un axe de la riposte au sida, qui s'est caractérisé par :

- **Une approche volontariste et graduelle** à travers la mise en œuvre du dépistage systématique et obligatoire du don du sang et des organes, en 1998, puis du dépistage à l'initiative du soignant avec des indications progressivement élargies, et du dépistage volontaire, initié dans les années quatre-vingt-dix, et consacré, en 2010, par la création des Centres de Dépistage à raison d'au moins 01 par wilaya ; cette offre a été complétée par un dépistage extramuros à travers des unités mobiles de dépistage.

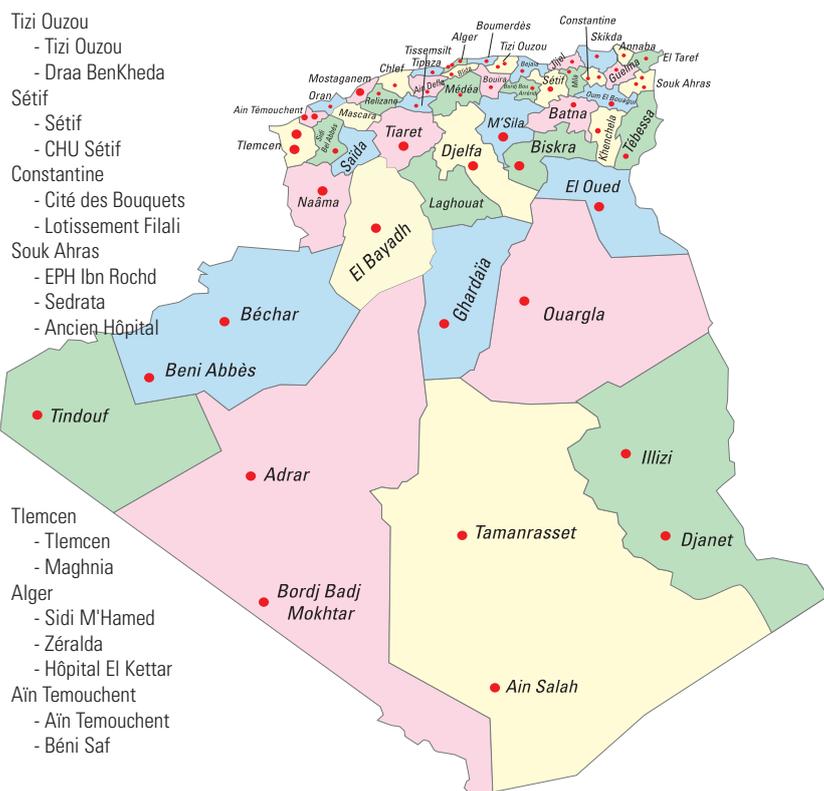


Figure 14 : Cartographie des Centres de dépistage

- Une offre intégrée (VIH, VHB, VHC, Syphilis) médicalisée et fondée sur la gratuité des prestations dans l'ensemble des structures publiques de santé ;

- Une offre basée sur un référentiel national reposant sur des algorithmes intégrant les TDR conformes aux stratégies de l'ONUSIDA et de l'OMS et inscrite dans un objectif de simplification de nature à limiter le recours à la confirmation par le western blot.

Cependant, cette offre de dépistage s'est avérée marquée par :

- Une offre qui est demeurée médicalisée et limitée principalement aux centres de dépistage, aux centres de référence des IST/VIH/sida et aux laboratoires d'analyses médicales des structures publiques et privées dotés du personnel et des moyens requis ;

- Un rôle limité pour les organisations communautaires avec toutefois une implication récente dans le cadre de projets communs « associations - secteur de la santé », garantissant la médicalisation du dépistage.

C'est devant ce constat et le caractère limité des modèles de dépistage du VIH utilisés, qu'il est apparu primordial, pour les autorités sanitaires, d'élaborer, en 2019, la stratégie nationale d'accélération du dépistage, dans le but :

- D'une part, d'accélérer l'accès au dépistage du VIH par la levée des barrières, la diversification de l'offre ainsi que l'introduction d'approches innovantes, notamment communautaires, et d'interventions ciblées à haut impact, et
- d'autre part, de développer et de renforcer les partenariats non seulement entre les acteurs du dépistage (secteur public, associations, secteur privé) mais également entre les structures de dépistage et les services de soins dans l'objectif d'une instauration rapide du traitement antirétroviral et d'une suppression durable de la charge virale.

4.1.3- Dans le domaine du traitement

Le dispositif de prise en charge des PVVIH a, aussi, toujours constitué un axe fondamental de la riposte nationale, il s'est caractérisé par :

- Une offre de soins, d'emblée, intégrée à travers la création, depuis 1996, de Centres de Référence pour les IST/VIH/sida (CDR), avec pour principales missions : i) le dépistage des IST et de l'infection à VIH, ii) la prise en charge et le suivi clinique, psychologique, social et thérapeutique des personnes touchées par l'infection à VIH, les infections opportunistes et les IST ;

■ Concernant la population générale : Peu d'actions ont été initiées

Les initiatives menées sont celles relatives à l'organisation annuelle de la journée mondiale du sida ainsi que les activités d'information et de sensibilisation réalisées en milieu scolaire et universitaire, qui ne sont pas capitalisées au niveau national.

■ Concernant les populations vulnérables

De tous les travaux réalisés, à ce jour, au profit de ce groupe de population, il ressort que :

• Chez les jeunes :

- **Les taux des connaissances sur les IST/VIH et leur gravité sont appréciables, mais, les connaissances approfondies sur ces maladies, à la fois sur leurs modes de transmission ainsi que sur les moyens de les prévenir, restent relativement médiocres** ; en effet, malgré les efforts, le pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH, est passé de 7,5% des jeunes en 2014¹⁰ à 15,5% (19,9% chez les hommes et 10,3% chez les femmes) dans une étude réalisée dans 4 wilayas du pays en 2017 ;
- **Les comportements sexuels à risque sont observés dans des taux relativement préoccupants** avec une évolution stationnaire en fonction du temps à travers les différents groupes de jeunes, en effet : le pourcentage de jeunes déclarant avoir eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans est passé de 10% en 2010 à 37,7 % en 2014¹¹ le pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport a été de 52,4% en 2010, de 40,5% en 2015 et de 45,2% en 2017 (Figure16).

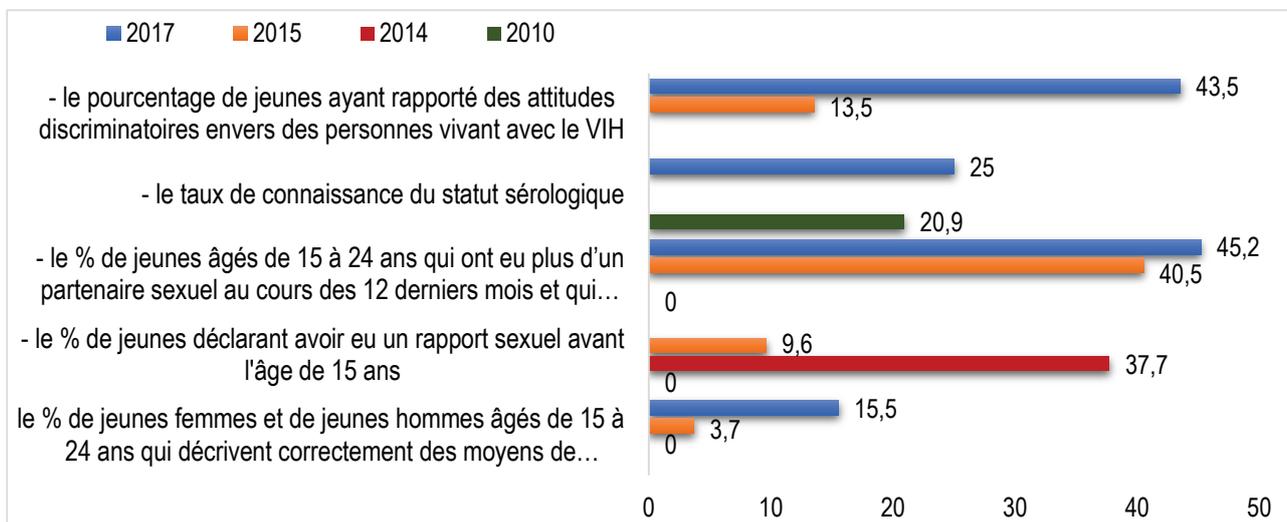


Figure 16 : Evolution des indicateurs de connaissances et de comportements chez les jeunes de 15 à 24 ans de 2010 à 2017

- **Chez la population carcérale** : Les détenus bénéficient d'une série d'interventions en matière de prévention des IST/VIH. En 2018, 71 détenus vivant avec le VIH, sur une population carcérale estimée à 68 000, ont été suivis au niveau des CDR pour la prise en charge de l'infection à VIH.

10- ONS, Sondage VIH/sida auprès des jeunes et de la population générale (15-49 ans) réalisé en 2014.

11- MSPRH-DP/CNPLS, Plan National Stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida 2016 – 2020, avec l'appui de l'Onusida

- **Concernant les populations clés :** Des programmes structurés ont été initiés à travers la prévention combinée.

Avec l'appui des partenaires techniques et financiers, les populations clés ont pu bénéficier de plusieurs interventions dont les principales ont porté sur i) la Communication pour le Changement de Comportement (CCC), ii) la distribution de préservatifs, iii) le renforcement des capacités opérationnelles des organisations de la société civile pour les activités de proximité à travers l'intervention des pairs éducateurs, superviseurs et accompagnateurs socio-sanitaires.

L'analyse des données disponibles concernant ces programmes permet de relever que :

- **Le nombre de personnes parmi les populations clés qui ont bénéficié de programme de prévention du VIH reste relativement faible :** en effet, selon les rapports des OSC, membres du CNPLS, qui interviennent auprès de ces populations, cette proportion a été, en 2018, de : 27,8%¹² pour les professionnelles du sexe, 24,4%¹³ pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de 9,3%¹⁴ pour les consommateurs de drogue injectable ;
- **Les connaissances sur les modes de transmission du VIH et sur les moyens de le prévenir au sein des populations clés demeurent faibles** selon les études IBBS (2019) : en effet, seuls 16,3% des HSH ; 11,5% des PS et 28,7% des UDI possèdent tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus ;
- **La faible connaissance sur le VIH des populations clés est associée à des comportements à risques élevés** marqués par i) **un multipartenariat sexuel fréquent** (64,7% chez les HSH, 43,7% chez les PS et 14,7% chez les CDI) ii) **un taux d'utilisation du préservatif bas** (de 58,6% chez les HSH, de 57,3% chez les PS et de 60,5% chez les CDI) ; iii) **le recours à la profession du sexe** chez 32,5% des HSH enquêtés et 10,2% des CDI qui avaient déclaré avoir des rapports sexuels dans un but commercial.

Cette analyse situationnelle montre que des insuffisances persistent malgré les efforts réalisés à travers les OSC dans le domaine de la prévention. Il s'agit notamment :

- **De l'inégalité dans l'accès aux programmes de prévention combinée** dispensés par les OSC en raison de la limitation de leurs champs d'action à quelques wilayas seulement ;
- **Du faible accès aux préservatifs et au matériel d'injection stérile :** 49,4% des CDI avaient déclarés en avoir utilisé au cours des rapports sexuels (RS) réalisées durant les six derniers mois précédent l'enquête ;
- **Des résistances aux changements de comportements,** observés chez des populations clés suivies dans le cadre du programme des OSC.

Cette situation rend compte de la nécessité d'intensifier les activités de prévention à l'endroit des populations clés, d'élargir le champ d'intervention des associations aux autres wilayas du pays, d'intégrer les partenaires des populations clés dans les programmes de prévention combinée, et d'améliorer la promotion et la mise à disposition des produits de prévention.

- **Concernant les populations mobiles essentiellement les migrants : Une réalité faiblement prise en charge**

En Algérie, le nombre de migrants est en constante augmentation. Ces derniers ont bénéficié de peu d'actions de prévention structurée en raison notamment de l'absence d'information sur

12- Rapport OSC 2018

13- Rapport OSC 2018

14- Rapport OSC 2018

les programmes de prévention, et de leur sentiment de discrimination de la part des services de santé. L'analyse des données disponibles à travers les résultats de l'enquête IBBS 2019 permet de relever les faits suivants :

- **Un faible accès aux programmes de prévention :** Seuls 2,39% des migrants ont bénéficié de programmes de prévention au cours des 12 mois précédant l'enquête ;
- **Des taux de connaissances sur les IST et le VIH médiocres :** Malgré des taux de connaissances générales sur les IST (58,1%), sur les moyens de prévention du risque de transmission du VIH (52,6%) acceptables, ceux des modes de transmission du VIH ont été trouvés médiocres (5,8%) chez les deux genres ;
- **Des comportements sexuels à risque, déclarés par une proportion non négligeable de migrants sans distinction par âge avec :**
 - **des partenaires sexuels multiples :** 35,7% d'entre eux avaient déclaré avoir plus de deux partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête dont 39,7% des hommes et 24% des femmes ;
 - **une faible utilisation du préservatif :** Le pourcentage de migrants ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel a été de 40,9% (287/702), plus élevé chez les hommes (46,2%) (242/524) que chez les femmes (25,3%)(45/178) (p=10-6).

Cette situation montre que des programmes structurés devront être initiés au profit des populations mobiles avec des facilités à l'accès aux prestations.

4.3- EN MATIERE DE DEPISTAGE

Le dépistage avait été inscrit dans le deuxième axe prioritaire du PNS 2016-2020, avec pour but « l'intensification des activités de dépistage dans la population générale, des populations les plus exposées au risque, des femmes enceintes, des populations mobiles, des détenus et des hommes en uniforme ». Les efforts consentis, dans ce cadre, ont permis d'enregistrer des résultats encourageants, illustrés par les données suivantes :

- **Un accroissement régulier du nombre de personnes ayant subi un dépistage dans les centres de dépistage** selon les données des derniers rapports d'activités de ces derniers ;
- **Un nombre de plus en plus élevé de tests de dépistage distribués** dans les autres structures (CDR, CHU, EPH, Laboratoires publiques et privés.....).

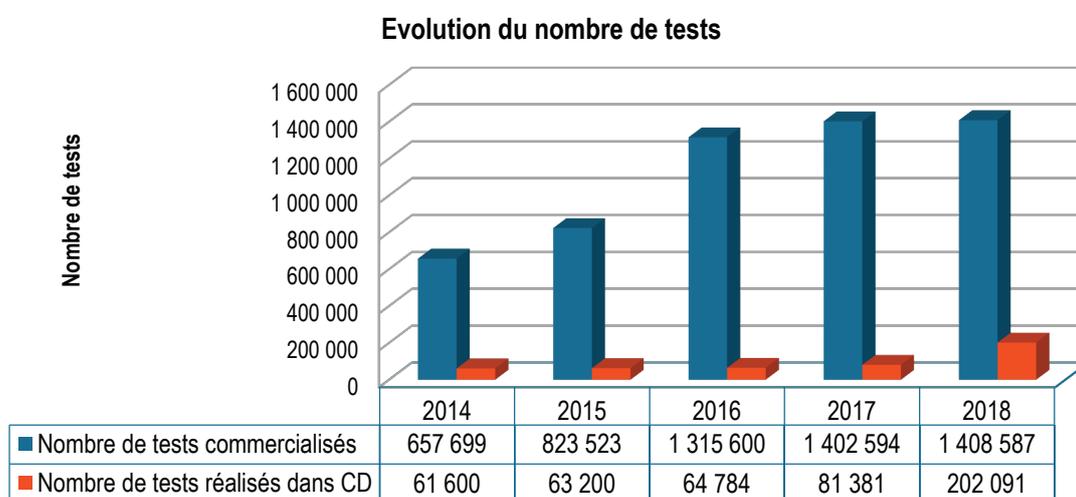


Figure 17 : Evolution du nombre de tests commercialisés et réalisés dans les CD 2014-2018

Source MSPRH – DGPPS, Rapport d'activités des CD

- **Un nombre de personnes séropositives dépistées qui ont pu connaître leur statut vis-à-vis du VIH, de l'ordre de 86%, ces dernières années**, selon les estimations de l'ONUSIDA, soit à 4 point du premier objectif des 90.90.90. pour 2020.

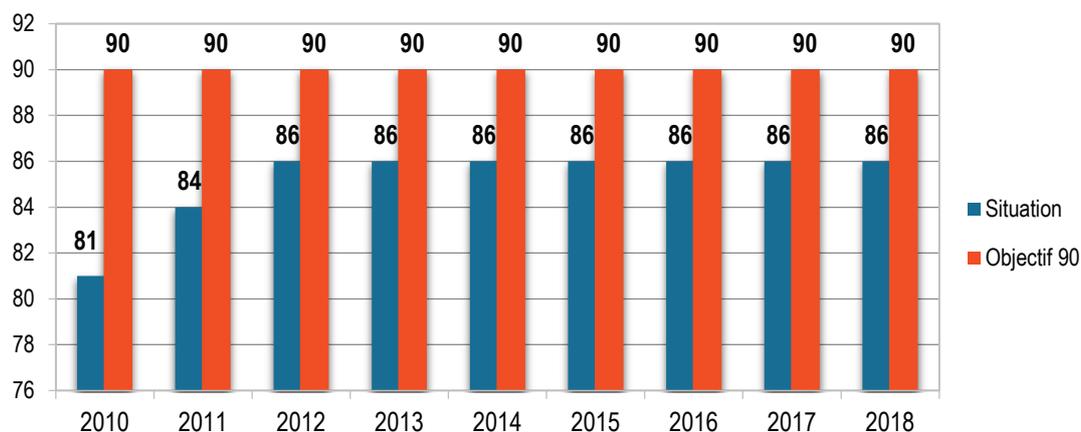


Figure 18 : Evolution du taux de personnes dépistées connaissant leur statut VIH 2010-2018
Source : Estimation Spectrum ONUSIDA 2018

Cependant, l'analyse tendancielle montre une stagnation de la proportion des PVVIH qui connaissent leur statut, ce qui nécessite que des efforts devront être, encore, consentis pour être au rendez-vous de 2020.

Par ailleurs, si les efforts d'élargissement du dépistage ont permis d'augmenter, de façon substantielle le nombre de tests de dépistage pratiqués, il n'en demeure pas moins que l'analyse du dépistage, par rapport à l'enjeu représenté par les populations clés, compte tenu du caractère concentré de l'épidémie de l'infection VIH, fait ressortir ce qui suit :

- **Une approche de dépistage peu orientée vers les populations clés** qui en ont le plus besoin et dont l'accès s'est avéré limité dans les CD ;

Tableau 7 : Part des populations clés dans les activités de dépistage des CD 2015-2018

	2015		2016		2017		2018	
Population générale	51 386	99,6%	63 707	99,33%	80 368	98,75%	198 935	98,4%
PS	83	0,4%	337	1,77%	101	1,25%	858	1,6%
HSH	15		124		75		1176	
CDI	12		421		236		345	
Migrants	93		202		601		777	
Total	51 588		64 787		81 381		202 091	

Source : DGPPS-MSPRH – Bilan des activités des CD

- **Un faible rendement du dépistage dans les Centres de Dépistage peu fréquentés par les populations clés** : plus de 98% des personnes qui font l'objet d'un dépistage sont issues de la population générale et leur taux de positivité est demeuré faible, entre 0,17% et 0,58%. Par contre, pour un nombre extrêmement faible de tests de dépistage pratiqués au sein des populations clés, le taux de positivité moyen, au cours de ces dernières années, a été pratiquement multiplié par 13 ; cette situation confirme encore une fois de plus l'intérêt du dépistage ciblé.

Tableau 8 : Taux de positivité des tests de dépistage du VIH dans les CD 2015-2018

Année	2015			2016			2017			2018		
	Nb tests	Nb tests+	%									
Population générale	51 386	96	0,18	63 707	370	0,58	80 368	366	0,45	198 935	353	0,17
Populations clés	203	10	4,95	1084	53	4,8	1013	64	6,31	3156	67	2,2
	51 588			64 784			81 981			202 091		

Source : DGPPS-MSPRH – Bilan des activités des CD2015-2018

- **Un cadre réglementaire peu adapté aux exigences de l'accélération du dépistage pour permettre l'introduction d'approches innovantes** telles que le dépistage communautaire, voire l'auto-dépistage, de façon adaptée au contexte national ;
- **Des opportunités manquées persistantes** du fait, notamment du caractère non systématique de la proposition de dépistage lors de l'examen prénuptial, de l'examen prénatal, et devant une comorbidité (IST, tuberculose) ;
- **Des obstacles récurrents** du fait des difficultés d'accès aux centres assurant le dépistage : i) manque d'information et d'indication sur l'adresse, ii) localisation éloignée, iii) horaires d'ouverture inappropriés (horaires administratifs, iv) peur de la stigmatisation en rapport avec la qualité de l'accueil et le respect de la confidentialité.

4.4- EN MATIERE D'ELIMINATION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNS 2016-2020, la stratégie eTME a été mise à l'échelle. Cette stratégie s'est articulée autour de 3 axes portant respectivement sur : i) la réduction de moitié de l'incidence des nouvelles infections à VIH, ii) la réduction de 90% de la transmission verticale du VIH, et iii) le maintien en vie de $\frac{3}{4}$ des femmes enceintes séropositives et de leurs enfants.

■ En matière de prévention primaire dans l'objectif d'une réduction de moitié de l'incidence des nouvelles infections à VIH :

De l'évaluation de la stratégie d'eTME, réalisée en 2019, il ressort les résultats suivants :

- **Une amélioration du dépistage** avec une augmentation de 50% du nombre de femmes dépistées dans les cinq wilayas qui ont fait objet de l'évaluation, avec un nombre qui a doublé entre 2015 et 2017 passant de 7 807 à 15 293¹⁵, avec cependant des occasions manquées du fait du caractère non systématique de la proposition de dépistage ;
- **Une faible implication du système communautaire** dans la mise en œuvre de la stratégie d'eTME.

15- MSPRH/DGPPS, Evaluation de la Stratégie nationale d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Algérie (Années couvertes par l'évaluation : 2013-2018), septembre 2019.

■ En matière de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans l'objectif d'une réduction de 90% de cette transmission verticale du VIH :

L'évaluation de la stratégie d'eTME, en 2019, a mis en évidence :

- **L'amélioration de l'accès aux soins et de la prise en charge des femmes enceintes séropositives**, comme le montre l'évolution du pourcentage de femmes enceintes séropositives recevant un traitement ARV qui est passée ainsi de 8,92% (2012) à 74% (2018)¹⁶ ;
- **La baisse du taux de nouvelles infections chez les enfants de moins de 2 ans** qui est passé de 42,3% en 2015 à 24,6% en 2018 soit une diminution de 41,8%.

■ En matière de soins et traitement aux mères et aux enfants infectés, dans l'objectif du maintien en vie de 3/4 des femmes enceintes et des enfants séropositifs

Cette évaluation a montré :

- **Une augmentation de 90% du taux d'enfants nés de mères séropositives recevant des ARV**, pour réduire la transmission mère-enfant selon les directives nationales, qui est passé de 4,8% en 2012 à plus de 95% en 2018 ;
- **Une mise sous traitement ARV de 100% des femmes enceintes vivant avec le VIH** et qui le continuent après l'accouchement ;
- **Des insuffisances persistantes dans la prise en charge pluridisciplinaire des femmes enceintes séropositives et dans le suivi du diagnostic précoce chez le nouveau-né de mère séropositive**, avec un pourcentage d'enfants bénéficiant du diagnostic précoce dans les 2 premiers mois de vie et qui ont reçu leurs résultats de 53%.

4.5- EN MATIERE D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

En Algérie, la prise en charge des IST est intégrée au sein de toutes les structures de santé mais plus spécifiquement dans les Centres de Référence des IST/VIH/SIDA au nombre de 15 à travers le pays avec une disponibilité des médicaments contre les IST.

Cependant et d'une façon générale, la situation actuelle des IST se caractérise par les faits suivants :

■ Un système de notification des cas inopérant : au niveau national, il n'existe pas de système efficace de notification et de suivi des cas permettant d'apprécier l'épidémiologie des IST :

- Les seules données disponibles sont celles relatives aux populations clés à travers les récentes enquêtes bio comportementales, réalisées, en 2019, qui ont montré des prévalences d'IST de 4,58% chez les PS ; 2,84% chez les HSH ; 1,49% chez les CDI ;
- Les données sur les autres IST curables dans la population générale (gonococcie, chlamydie, trichomonose, syphilis au stade primaire) restent indisponibles.

■ Une connaissance assez disparate des symptômes des IST chez les populations clés :

- Lors des enquêtes IBBS de 2019, près du quart des PS (24,3%), 15% des HSH et 16,6% des CDI ont déclaré avoir déjà contracté une IST les 12 derniers mois précédent l'enquête ; ce qui montre des pratiques sexuelles non protégées ;

16- MSPRH/DGPPS, Evaluation de la Stratégie nationale d'élimination de la transmission du VIH

- Parmi les populations clés qui ont eu des IST, 71,4%¹⁷ des UDI, 89% des HSH et 93% des PS ont eu recours aux structures sanitaires pour le traitement. Cependant on note une part non négligeable qui a pratiqué l'auto médication et le recours au guérisseur (5,4% pour les UDI, 4% pour les HSH) ce qui augmente le risque de résistances.

■ Une actualisation du référentiel national de prise en charge des IST dans la perspective du PNS 2020-2024

En 2019, le guide de prise en charge, élaboré en 2006, a été actualisé en tenant compte d'une part, de l'émergence de la multirésistance aux antibiotiques des bactéries responsables des IST, notamment *Neisseria gonorrhoeae* (NG) et *Mycoplasma genitalium* (MG), signalées dans toutes les régions du monde et d'autre part, en intégrant les nouvelles recommandations de l'OMS concernant le dépistage et le traitement de la syphilis chez la femme enceinte et le dépistage des Virus du Papillome Humain (VPH) oncogènes chez les femmes sexuellement actives pour connaître l'ampleur du problème afin d'en introduire la vaccination.

4.6- EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PVVIH

Depuis l'avènement du 1er cas de VIH en Algérie, la prise en charge médicale du VIH est gratuite pour l'ensemble des personnes vivant avec le VIH. Cette gratuité de la prise en charge médicale est réaffirmée dans la nouvelle loi sanitaire de 2018 qui maintient le principe de gratuité des soins. Ce principe est renforcé par l'adoption de la stratégie « tester et traiter » pour rompre la chaîne de transmission à l'horizon 2030.

■ Plus de 4/5 des PVVIH diagnostiquées sont sous ARV

Effectués au sein des CDR, les points de prestation de soins sont restés à 15 depuis 2015 malgré les efforts réalisés entre 2014 et 2015 passant de 8 à 15.

Cette offre de soins a permis une augmentation régulière et significative de la file active des PVVIH sous traitement ARV qui a pratiquement doublé entre 2014 et 2018 passant de 6032 cas à 13 000 cas (Figure 19).

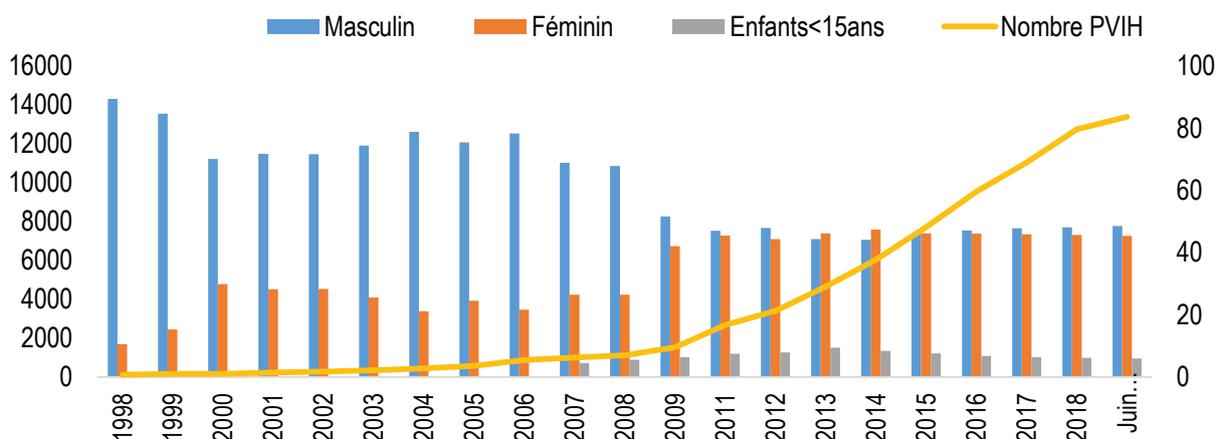


Figure 19 : Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral en Algérie entre 1998 et 2019
(Source CDR)

17- Enquête Bio comportementale chez les UDI, 2019

Estimé à 15295¹⁸ en 2018, le nombre de PVVIH recevant un traitement antirétroviral est de 12759¹⁹ soit 91,2% des personnes diagnostiquées avec une prise en charge pédiatrique couvrant plus de 96% des enfants et un taux d'inclusion moyen annuel de 1000 patients. Selon le rapport de la riposte, la prise en charge ARV selon les âges est de 96,02% pour les enfants (<15 ans), 90,6% pour les hommes et les femmes de plus de 15 ans.

L'analyse de la distribution de la prise en charge selon les âges montre que des efforts pour la prise en charge des hommes et des femmes de plus de 15 ans, permettraient de relever d'avantage cet indicateur qui a enregistré des résultats flatteurs car dépassant la cible du deuxième 90.

■ **Mais un accès faible chez les populations clés, principal réservoir de l'épidémie**

Malgré ces résultats, une épidémie peu active, la situation de la prise en charge cache une autre facette si on tient compte de certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques notamment celle des populations clés et vulnérables dont les études bio-comportementales, réalisées en 2019, ont montré des prévalences 72 fois plus élevées que la moyenne nationale avec un accès faible aux services de prise en charge.

Les facteurs spécifiques limitant l'accès de ces populations aux services de prévention et de traitement se résument de la manière suivante : i) faible couverture par les programmes de prévention des OSC, ii) absence de modèles différenciés de soins et de prestation de services adaptés à leurs besoins (adaptation des horaires, vacation de spécialistes, etc.), iii) environnement peu favorable à leur acceptation et risque de stigmatisation et de discrimination en milieu de soins, iv) absence de passerelles entre les OSC et les structures publiques de santé et manque de supervisions périodiques.

■ **Une persistance des difficultés d'approvisionnement en intrants**

Concernant les médicaments, bien que le gouvernement finance la totalité de l'achat des ARV, il subsiste, toutefois, des difficultés d'approvisionnement en intrants (médicaments ARV et réactifs) du fait notamment des quantités peu attractives pour les fournisseurs et des procédures d'achat.

Au regard des coûts d'achat des médicaments, l'utilisation de certains mécanismes d'achat comme l'introduction d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et/ou l'utilisation de la plateforme Wambo.org pourraient permettre de réaliser des gains substantiels qui peuvent être réorientés vers le financement des domaines peu couverts notamment la prévention combinée à l'endroit des populations clés.

■ **Un décalage entre les protocoles thérapeutiques en vigueur et les nouvelles recommandations de l'OMS**

S'agissant des protocoles thérapeutiques, les données des CDR montrent un décalage entre les récentes recommandations de l'OMS et celles pratiquées sur le terrain. Ainsi, il apparaît, dès lors, opportun d'actualiser le guide de la prise charge en application des recommandations de l'OMS à l'intention du personnel médical.

■ **Une faible performance dans la suppression de la charge virale**

Concernant la charge virale, chez les personnes recevant un traitement antirétroviral, les données du laboratoire national de référence (LNR) mentionnent qu'en 2018 sur l'ensemble des

18- Estimation Spectrum ONUSIDA, 2018

19- Rapport de la riposte ONUSIDA, 2018

PVVIH sous traitement, seules 8678 PVVIH ont eu leur charge virale supprimée représentant ainsi 39,92% de la file active. **La tranche d'âge de plus 15 ans constitue celle qui plombe les résultats de la suppression virale.**

Cependant, les données collectées par le système de routine ne permettent pas d'apprécier les facteurs explicatifs car ne fournissant pas d'informations concernant les personnes chez qui la mesure de la CV est effectuée et celles relatives aux nouvelles inclusions.

■ Un taux de résistance primaire aux ARV élevé

Selon le rapport de la surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux en Algérie, on note **un taux de résistance primaire élevé (27,47%)** dépassant le seuil de l'OMS et **un taux de résistance acquise du VIH-1 aux ARV de 66,97% qui est en net augmentation ces dernières années.**

Malgré, les avancés réalisées, ces dernières années, et, comme le montre la figure 10, l'accès au service de traitement des populations clés et la suppression virale constituent un défi majeur.

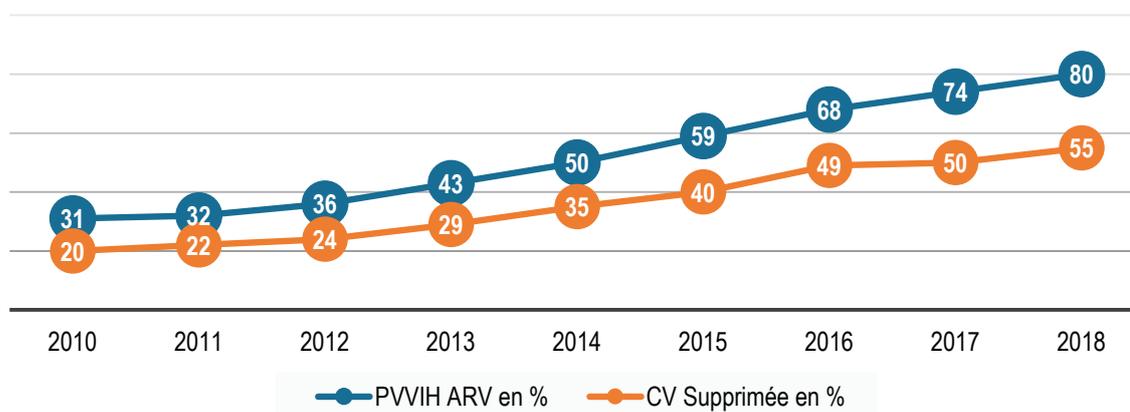


Figure 20 : Evolution de l'accès au traitement et la suppression virale chez les PVVIH 2010-2018

Source : Rapport National de la Riposte 2018 MSPRH – ONUSIDA : Logiciel Spectrum

4.7- EN MATIERE DE REPOSE COMMUNAUTAIRE

En Algérie, dans la Loi relative aux associations de Janvier 2012, le mouvement associatif est considéré comme un acteur incontournable dans le développement du pays dans ses composantes, sociale, économique et sanitaire.

Dans ce cadre et au regard du caractère « concentrée » de l'épidémie dans les populations clés, la réponse communautaire est de plus en plus considérée comme un domaine d'intervention essentiel face aux principaux défis de la riposte nationale que sont l'accès aux services de santé aux populations cibles et le renforcement de l'acceptation sociale des populations clés et vulnérables et des PVVIH avec la lutte contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation et une attention particulière au genre et aux droits humains.

A cet effet, la mobilisation communautaire et associative a notamment fait l'objet de :

- **Une intégration, dans la gouvernance nationale de la riposte, des principales associations thématiques de lutte contre le VIH/sida** en qualité de membre à part entière dans le Comité National de Prévention et de Lutte contre les IST/VIH/sida (CNPLS) qui est un organe permanent de consultation, de concertation, de coordination et de suivi et évaluation de l'ensemble des activités de la riposte nationale au VIH/sida ;
- **Une implication de plus en plus active des organisations de la société civile à travers les prestations de prévention de proximité et de soutien** aux populations clés et les populations vulnérables afin de faciliter l'accès à l'offre de service en matière de lutte contre l'infection VIH .
- **La mise en œuvre d'un nombre appréciable d'activités structurées auprès des populations clés et vulnérables** portant notamment sur la fourniture d'un paquet de services adapté dans le cadre des programmes de prévention combinée.

Si tous ces efforts ont permis à la réponse communautaire de disposer actuellement d'une expertise technique et d'une capacité d'action appréciables pour l'implémentation des activités de prévention structurée, il n'en demeure pas moins que ces interventions sont loin de couvrir les besoins des populations clés et vulnérables au risque VIH.

En effet, cette réponse communautaire continue de se heurter à un certain nombre de contraintes et d'obstacles, il s'agit principalement de :

- **La faiblesse du financement des associations en raison de l'absence de financement domestique et des capacités réduites des associations dans la mobilisation des ressources** ce qui limite la réponse communautaire dans la mise à l'échelle des interventions auprès des populations clés et vulnérables ;
- **L'absence de cadre formalisé de collaboration et de coordination entre les associations entre elles et avec les structures publiques de santé** devant permettre le développement d'un partenariat solide pour renforcer et pérenniser la réponse communautaire ;
- **L'insuffisance de la couverture géographique des interventions communautaires ;**
- **Le déficit en capacités humaines et techniques** des associations au regard des exigences de la réponse communautaire par rapport aux besoins des populations clés et vulnérables ;
- **La sous-utilisation des outils de gestion et des outils de collecte et du manque de reporting des données validées** des interventions de proximité auprès des populations clés et vulnérables.

Au regard de ce qui précède le développement du système communautaire devra constituer l'une des priorités du PNS dans l'objectif d'une offre de service pérenne et de qualité.

4.8- EN MATIERE DE GENRE, DE DROIT HUMAINS ET DE LUTTE CONTRE LA DISCRIMINATION

En matière de droits humains et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, l'Algérie dispose d'un cadre général caractérisé par :

- **Un arsenal juridique conséquent** qui considère que la stigmatisation et la discrimination fondées sur l'état de santé réel ou présumé constituent une atteinte à un droit fondamental, qu'elles constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins, et qu'elles sont inadmissibles au regard des règles élémentaires d'éthique et de déontologie ;
- **La garantie des droits des PVVIH et leurs familles** en vertu du droit commun et des conventions internationales ratifiées par l'Algérie, qui constitue l'un des fondements du PNS 2016-2020 ;
- **La promulgation de deux circulaires ministérielles propres au milieu de soins**, l'une relative à la prise en charge des PVVIH dans le cadre du continuum des soins autour des CDR et l'autre, ayant trait à la lutte contre la discrimination en milieu de soins.

Cependant, des situations de stigmatisation et de discrimination, notamment en milieu de soins, sont régulièrement déplorées, comme rapporté dans :

- **L'étude «Stigma Index», réalisée en 2015**, qui a fait état de diverses manifestations de la discrimination et stigmatisation subies par les PVVIH à cause de leur statut sérologique et/ou de leur appartenance aux populations clés et vulnérables :
 - 53,29 % des personnes interrogées, sans différence sensible selon le sexe, ont essuyé au moins une fois un refus par les services de santé provoquant un refus et/ou une réticence à la fréquentation des structures de santé de peur d'être discriminé ;
 - 48,3% des PVVIH ont manifesté un refus de se rendre dans des centres de soins par peur de la réaction du personnel de santé ou par craintes d'actes non honorés ;
- **L'étude CAP en matière de Santé Reproductive, Planning Familiale et IST/VIH/sida, auprès des jeunes de 15 à 24 ans et des populations clés en Algérie²⁰, réalisée en 2017** qui a montré que parmi les populations clés qui ont déclaré avoir évité de demander des soins de santé en raison de la stigmatisation et la discrimination, 81,3% étaient des PS et 68,9% des HSH.

Considérant que l'élimination des pratiques discriminatoires dans les établissements de santé est un facteur favorisant l'atteinte de la cible 90.90.90, il a été reconnu l'importance du plaidoyer de haut niveau en faveur des droits humains, contre les discriminations et pour un accès large et équitable aux services de santé pour les PVVIH et les populations clés et vulnérables.

Dans ce cadre et dans la perspective du PNS 2020-2024, il a été envisagé, à l'issue de rencontres entre les différentes parties prenantes, i) d'élaborer une stratégie nationale sur les droits humains et le VIH alignée sur le Plan National Stratégique IST/VIH/sida, ii) de créer un comité d'alerte, au niveau national et décentralisé, de lutte contre la discrimination liée au VIH/sida en milieu de soins, iii) de renforcer les capacités de tous les intervenants en matière de lutte contre la discrimination dans le cadre des Droits Humains.

20- Etude CAP - Jeunes et populations clés 2017

4.9- EN MATIERE DE SUIVI-EVALUATION ET DE GESTION DE L'INFORMATION STRATEGIQUE

■ Des avancées et des acquis

Au cours de ces dernières années, l'Algérie a enregistré des avancées importantes en matière de suivi et évaluation de la lutte contre les IST/VIH/sida grâce aux efforts du gouvernement et à l'appui des partenaires techniques et financiers.

Ces avancées ont été notées par la mise en place du cadre normatif aux niveaux national et local, dans le cadre de la connaissance de la dynamique de l'épidémie à travers la mise en place des enquêtes périodiques au sein des populations clés ; l'actualisation des outils de collecte de données du secteur communautaire, le renforcement des capacités des acteurs en suivi et évaluation ; le projet d'implémentation du dossier électronique des patients à travers le DHIS2.

Ces acquis sont confortés par un personnel acquis au changement positif et à l'amélioration pour le suivi-évaluation, au niveau des structures de santé en charge du dépistage (CD, laboratoires) et de la prise en charge (CDR), mais aussi au niveau du système communautaire.

■ Une faiblesse dans la production des données de routine au niveau de tous les secteurs intervenants, dans la supervision de la qualité, ainsi que dans l'analyse des données programmatiques pour la prise de décision.

Le suivi du programme analysé en fonction de certains points de prestation notamment les centres de dépistage, les centres de référence, les laboratoires, les PMI et maternités ainsi que le système communautaire, a montré l'existence de procédures claires de collecte et de transmission des données à tous les niveaux de prestations.

Des registres des patients et des autres utilisateurs de services, existent, cependant, ils sont nombreux et disparates. L'anonymat n'est pas toujours garanti et les codes attribués dans certaines situations de dépistage sont propres à l'année de prestation, ce qui entraîne une impossibilité de repérage des doublons.

Par ailleurs, malgré le respect du délai de transmission des canevas au niveau ministériel (semestriels et annuels) par les responsables des structures, on note un manque d'organisation dans le reporting des informations par un personnel mal informé, entraînant des difficultés dans le suivi des activités, dans la détection des doublons au niveau des structures et une incapacité d'une analyse correcte des canevas au niveau central (MSPRH) et intermédiaire (DSP). A cela s'ajoute un faible niveau de mise en œuvre du plan de travail budgétisé en suivi et évaluation du PNS 2016-2020.

En outre, la collecte, la supervision de la qualité de données, l'analyse et l'utilisation des données programmatiques pour affiner et renforcer la qualité des interventions restent un défi majeur.

4.10- EN MATIERE DE FINANCEMENT

■ Un financement largement couvert par les ressources publiques mais une répartition optimale maximiserait l'impact

Le financement de la lutte contre le Sida est très largement assuré par les ressources publiques du pays (96%) notamment pour les activités de dépistage et de traitement pour la population en général.

Cependant le niveau réel des dépenses consacrées au VIH en Algérie n'est pas connu avec précision étant donné l'absence de comptes et sous comptes nationaux de la santé récents, de plans opérationnels sectoriels budgétisés et d'exercices d'estimation rigoureuse annuelle des dépenses nationales de lutte contre le Sida.

Cette volonté d'investir dans la riposte aux IST/VIH/sida marque comme par le passé l'engagement du gouvernement à rompre la chaîne de transmission du VIH.

■ Un financement qui ne couvre pas le soutien de certaines interventions susceptibles d'inverser la dynamique de l'épidémie notamment celles des populations clés et vulnérables

Selon les données financières, les domaines non couverts représentent un déficit de 4% du budget du PNS 2016-2020 et qui concerne particulièrement les activités des organisations de la société civile (OSC) à l'endroit des populations clés et vulnérables (PCV). Toutefois, l'appui des partenaires techniques et financiers a permis de résorber une partie de ce GAP financier.

Ainsi, avec l'interruption de certains financements extérieurs des programmes de proximité des populations clés et vulnérables, il se posera, dès lors, la question de la continuité de ces activités à une échelle suffisante par des financements domestiques pour des acteurs non étatiques, sous l'angle particulier des organisations de la société civile.

L'évaluation de la préparation de la transition a identifié les lacunes suivantes :

- **Une absence de co-financement Etat-FM des activités de prévention des OSC en direction des populations clés** pour la période de la mise en œuvre de la subvention actuelle (2017-2019) afin de créer les conditions d'une relève et d'une pérennité des interventions et des services en direction des populations clés ;
- **Une absence de mécanismes de financement public mis en place dans le secteur de la santé pour soutenir de manière durable les interventions des OSC** en direction des populations clés ;
- **Une forte dépendance des activités de prévention des populations clés envers les financements extérieurs** avec un risque de perte des acquis.

Les exigences de l'accélération de la riposte nationale rendent les OSC algériennes incontournables pour atteindre les populations clés et offrir des services de prévention et d'accompagnement pour mettre fin à l'épidémie du sida à l'horizon 2030.

Il est **par conséquent crucial d'envisager des mécanismes nationaux de financement des OSC pour remplacer et étendre les activités financées par les partenaires techniques et financiers dans le cadre d'un plan d'accélération de la riposte.**

La nouvelle loi sur la santé de 2018 identifie les mécanismes nationaux (Art 329 à 334) de financement du système national de santé qui sont : (i) financement du secteur public (ii) les organismes de sécurité sociale (iii) les collectivités locales (iv) les entreprises économiques (v) les assurances économiques (vi) les bénéficiaires de soins.

Cependant, une étude sur l'efficacité allocative des ressources permettant une modélisation de l'impact afin de déterminer la répartition qui sera porteuse d'impact sur la santé dans une optique de pérennisation et de résilience constitue un moyen important pour orienter les investissements.

4.11- EN MATIERE DE SITUATION VIS-A-VIS DE LA CIBLE DES 90.90.90.

Dans sa riposte au Sida, l'Algérie s'est toujours inscrite dans un processus de planification stratégique axée sur les résultats selon une démarche multisectorielle participative et inclusive dans le cadre des stratégies de l'ONUSIDA.

C'est ainsi que l'actuel Plan National Stratégique qui couvre la période 2020-2024 a fait sienne la stratégie de l'ONUSIDA qui vise, dans le cadre des Objectifs de Développement Durable (ODD), à mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030 à travers l'atteinte de l'objectif des 90-90-90 d'ici à 2020.

■ Des résultats encourageants dans un contexte d'épidémie concentrée et en déclin

Les efforts consentis ont permis d'enregistrer des résultats encourageants, illustrés par les données suivantes, selon les estimations de l'ONUSIDA (Figure 21) :

- **86% des personnes dépistées ont pu connaître leur statut vis-à-vis du VIH, ces dernières années ;**
- **80% des personnes vivant avec le VIH ont reçu le traitement antirétroviral, en 2018, sachant que ce taux n'était que de 31% en 2010 ;**
- **55% des personnes sous traitement antirétroviral ont vu leur charge virale supprimée, en 2018 ;**

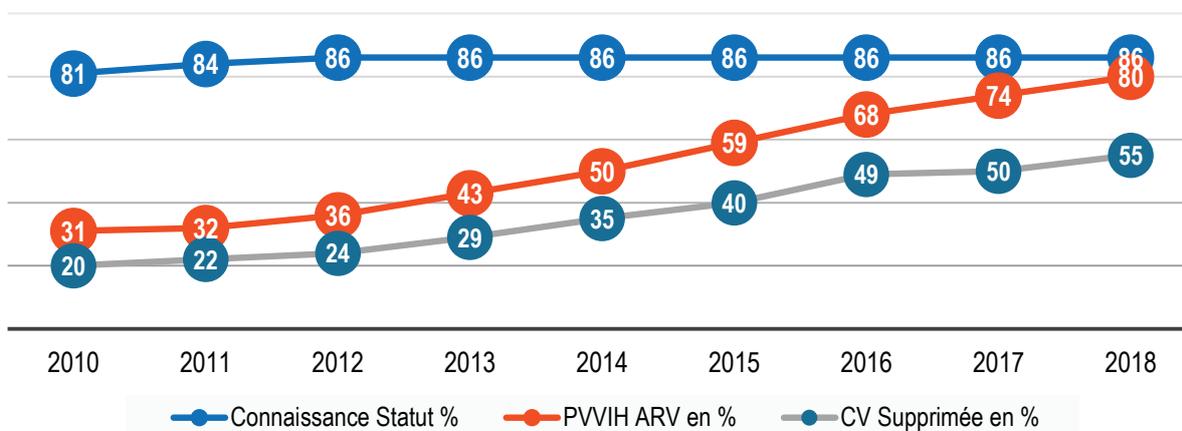


Figure 21 : Evolution de la réponse par rapport aux 90.90.90, 2010-2018

Source : Rapport National de la Riposte 2018
MSPRH – ONUSIDA : Logiciel Spectrum

■ Mais des efforts à consentir pour réduire les Gaps

Malgré ces résultats encourageants, l'atteinte des cibles des 90.90.90 reste un défi en Algérie, compte tenu des Gaps, particulièrement celui relatif à la suppression durable de la charge virale chez les personnes recevant un traitement antirétroviral comme le montre la figure 22.

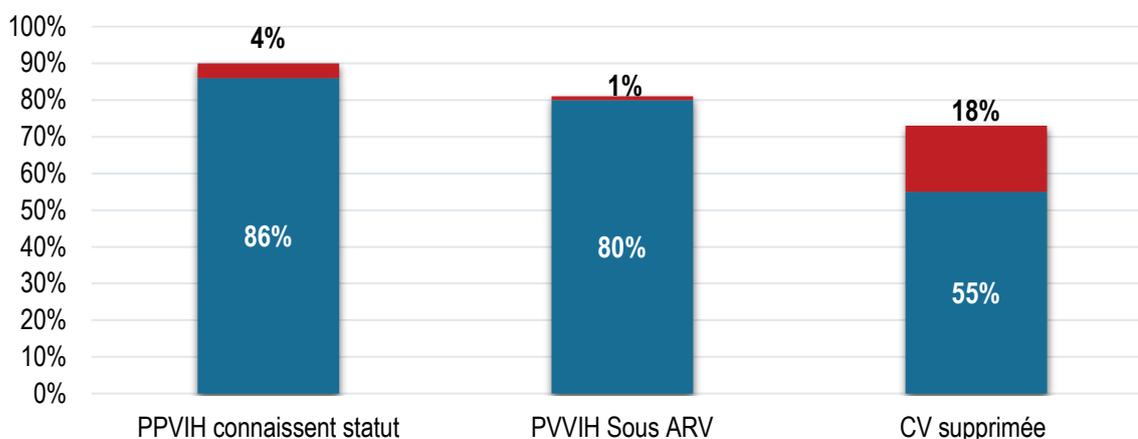


Figure 22 : Gaps par rapport aux cibles des 90.90.90

Source : Rapport National de la Riposte 2018
MSPRH – ONUSIDA : Logiciel Spectrum

Cette situation rend compte de la nécessité non seulement de l'accélération du dépistage orienté vers les populations clés et vulnérables, et de l'optimisation de la connexion dépistage-traitement, mais également et surtout, de la capacité des CDR à offrir à chaque PPVIH une prise en charge optimale, accessible, facilitée et de qualité de nature à permettre une observance durable du traitement.

4.12- ATOUTS ET DEFIS

4.12.1- Atouts

Les atouts dont dispose l'Algérie dans sa riposte au sida sont appréciables et constituent autant de facteurs d'appui à l'accélération de cette riposte dans l'objectif des 90.90.90 et de la fin de l'épidémie en 2030.

Il s'agit principalement des facteurs suivants :

- **L'engagement politique constant** en faveur de la lutte contre le sida exprimé, notamment, à travers le caractère universel et gratuit pour toutes les prestations et le caractère de priorité accordé à la riposte au Sida ;
- **Le financement de plus de 95% de la riposte par les ressources publiques ;**
- **Le potentiel en infrastructures de santé dédiées à la lutte contre le sida** aussi bien pour la prévention, le conseil, le dépistage et les soins à travers les 15 CDR, les 62 CD et le LNR, appuyés par les structures de santé de proximité réparties à travers le territoire national ;
- **L'acquisition d'une expertise nationale avec un personnel qualifié** aussi bien au niveau des professionnels de la santé qu'au niveau des associations ;

- **L'existence d'un arsenal juridique conséquent** qui considère que la stigmatisation et la discrimination fondées sur l'état de santé réel ou présumé, constituent une atteinte à un droit fondamental, qu'elles constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins, et qu'elles sont inadmissibles au regard des règles élémentaires d'éthique et de déontologie.

4.12.2 - Défis

En dépit des progrès réalisés et dès lors que l'Algérie a défini son approche comme étant celle d'un pays engagé à affiner et à accélérer la riposte au VIH en vue de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, elle se trouve, de ce fait, confrontée aux principaux défis suivants qui portent sur la nécessité de :

- **Développer l'accès à la prévention et aux connaissances sur le sida** avec une attention particulière pour les actions de proximité auprès populations clés et des populations vulnérables ;
- **Accélérer le dépistage, en référence à la Déclaration d'Alger sur l'accélération du dépistage du VIH en Afrique du Nord et au Moyen Orient du 22 décembre 2015** en ciblant de façon particulière les populations clés et qui n'ont pas suffisamment accès au dépistage ;
- **Renforcer la connexion entre le dépistage et la prise en charge des PVVIH, dans le souci d'une offre de proximité de qualité** pour permettre à toute personne dépistée d'être aussitôt traitée et à toute personne traitée de voir sa charge virale supprimée dans les délais requis ;
- **Améliorer le dépistage et la prise en charge des IST, dans le souci d'une offre élargie de qualité ;**
- **Accélérer la mise en œuvre de la stratégie nationale d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH**, selon les recommandations de l'évaluation effectuée, en 2019, pour atteindre l'objectif assigné ;
- **Éliminer la stigmatisation et les pratiques discriminatoires notamment dans les établissements de santé** afin de créer des environnements favorables tout au long du parcours de santé (prévention, dépistage, soins) permettant d'assurer un accès large et équitable aux services de santé pour les PVVIH et les populations clés et vulnérables ;
- **Améliorer la disponibilité de l'information stratégique et le suivi-évaluation** dans le but d'évaluer les actions de la riposte pour en améliorer la performance.

Ces différents défis appellent à un renforcement de :

- **La gouvernance à toutes les échelles de la riposte** à travers une démarche plus participative et plus inclusive des acteurs de la riposte aussi bien au niveau national qu'au niveau local ;
- **La réponse communautaire en tant qu'approche stratégique** de nature à permettre un accès facilité à la prévention, au dépistage et aux soins aux populations clés et vulnérables.

5- VISION ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

5.1- VISION STRATEGIQUE GLOBALE

Cette vision stratégique globale découle d'une approche concertée avec l'ensemble des acteurs de la riposte (secteurs gouvernementaux, organisations de la société civile, partenaires et experts) ; elle s'est basée sur une analyse partagée des résultats de l'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse qui a permis d'arrêter avec toutes les parties prenantes une vision partagée résolument inscrite dans le cadre des objectifs et des déclarations internationales auxquelles l'Algérie s'est engagée afin d'affiner et d'accélérer sa riposte au VIH dans le but mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

5.1.1- CADRE REFERENTIEL : Un souci de s'inscrire dans les stratégies et les objectifs internationaux et de les adapter au contexte local et dans les priorités de la riposte nationale

Soucieuse de s'inscrire dans les stratégies et les objectifs internationaux de la lutte contre le sida, l'Algérie, tout en veillant à apporter sa contribution à la riposte mondiale, a, à chaque fois, intégré, dans sa riposte nationale, les objectifs des différentes déclarations internationales et régionales.

Il s'agit principalement de :

- La Déclaration politique de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH/sida du 11 juin 2011 : «intensifier nos efforts pour éliminer le VIH», et celle de 8 juin 2016 : « accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030 » ;
- La cible ambitieuse des 90.90.90. à l'horizon de 2020 préconisée par l'ONUSIDA ;
- Les déclarations régionales, notamment : i) l'Appel à l'Action d'Alger des femmes leaders de la Région Mena, en 2014, qui avait pour l'objet de faire progresser l'égalité entre les sexes et la réponse au Sida ii) la Déclaration d'Alger sur l'accélération du dépistage du VIH en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, en 2015, pour répondre au défi de l'accélération du dépistage du VIH dans le contexte de la région.

5.1.2- FONDEMENTS ET PRINCIPES DIRECTEURS : Une riposte fondée sur les valeurs d'équité, de droits humains et de solidarité, basée sur une approche de planification axée sur les résultats préconisés par l'ONUSIDA et qui repose sur :

■ LE MAINTIEN DE L'ENGAGEMENT POLITIQUE :

En Algérie, l'engagement et l'implication des autorités politico-administratives est un facteur essentiel de réussite de tout programme de santé, il découle des dispositions de la Constitution et des principes fondamentaux de la politique sanitaire qui confèrent aux pouvoirs publics un rôle pivot majeur dans la mise en œuvre des programmes de santé.

C'est le cas de la lutte contre le sida qui a été, dès son début, érigée, en une priorité nationale et dont le maintien de l'engagement politique avec un financement conséquent est un des meilleurs gages de la pérennité des interventions.

■ LA CONSOLIDATION DE L'ACCES UNIVERSEL ET GRATUIT A L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS DE PREVENTION, DE DEPISTAGE ET DE SOINS :

Principe constant de la politique sanitaire de l'Algérie, l'accès universel et gratuit aux programmes nationaux de santé en général et à la prévention, au dépistage et aux soins du VIH, en particulier, devra être, dans le contexte de l'accélération de la riposte non seulement maintenu mais consolidé dans un double objectif de qualité et d'efficacité de l'offre de service.

■ LA CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES A L'ACCEPTATION DES POPULATIONS CLES ET DES PVVIH TOUT AU LONG DU PARCOURS DE SANTE EN S'APPUYANT SUR LE RESPECT DU DROIT A LA SANTE, LA PROMOTION DE L'EQUITE EN MATIERE DE GENRE ET LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION :

Muni d'un cadre juridique conséquent et considérant que l'un des fondements du PNS 2020-2024 est la garantie des droits des PVVIH et de leurs familles dans le cadre du droit commun et des conventions internationales ratifiées par l'Algérie, il sera essentiel, notamment en milieu de soins, de veiller, tout au long du parcours de santé (prévention, dépistage, soins) à créer des environnements favorables à l'acceptation des populations clés et des PVVIH.

■ LE RENFORCEMENT SOUTENU DES ACTIVITES ET DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES POUR MIEUX ATTEINDRE LES POPULATIONS CLES ET VULNERABLES :

Au regard du caractère « concentrée » de l'épidémie de VIH en Algérie, l'enjeu majeur est d'atteindre, particulièrement, les populations clés et vulnérables qui demeurent relativement peu touchées par l'offre de service alors que leurs comportements les exposent fortement au risque d'infection VIH et qu'elles constituent un facteur essentiel de la dynamique de l'épidémie en Algérie. A cet égard, la réponse communautaire devra constituer un axe stratégique de la réponse nationale.

■ LE RECOURS A DES INTERVENTIONS INNOVANTES ET A HAUT IMPACT :

Le caractère limité de l'efficacité et de l'impact des interventions et des offres de services actuels, rendent compte, de la nécessité, comme d'ailleurs, recommandé par l'OMS et l'ONUSIDA, d'introduire des méthodes innovantes reconnues comme étant efficaces et à haut impact telles que la PrEP, le dépistage communautaire voire l'autotest de façon adaptée au contexte national, afin non seulement d'optimiser l'efficacité et l'impact des actions de lutte contre le VIH mais également de concourir au recul radical du nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au VIH tout en améliorant en parallèle la santé et le bien-être de toutes les PVVIH.

■ L'AMELIORATION DE L'OFFRE DE SERVICE (PREVENTION, DEPISTAGE, TRAITEMENT) DANS UN TRIPLE SOUCI DE QUALITE, D'INTEGRATION ET DE DECENTRALISATION :

L'exigence de l'accélération de la riposte devra s'accompagner d'une offre de service centrée sur les besoins des populations clés et vulnérables et des PVVIH, ancrée sur les principes des droits de la personne et de l'équité en santé, pour cela, elle devra être mise en œuvre de nature à assurer et faciliter l'accès et le continuum des soins (prévention, dépistage, soins) à travers une plus grande proximité des interventions par un personnel formé doté des moyens requis selon un processus d'intégration graduelle dans les structures de proximité.

■ LE DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT INTERSECTORIEL ENTRE LE SECTEUR PUBLIC, LES ORGANISATIONS DE LA SOCIETE CIVILE ET LE SECTEUR PRIVE :

L'une de caractéristiques majeures de la riposte nationale au Sida a été la démarche multisectorielle initiée, en 1994, et consacrée, en 2014, par la mise en place, par décret exécutif du premier ministre, d'un cadre de coordination multisectoriel selon les « Trois Principes » regroupant des représentants des secteurs gouvernementaux, des associations et du secteur privé.

Cependant, cette consécration, sur le plan organique, devrait pouvoir trouver son prolongement sur le plan programmatique afin de potentialiser, optimiser, et pérenniser les actions des différents partenaires notamment, celles auprès des populations clés à travers des partenariats locaux (secteur public, OSC, secteur privé) de nature à développer de façon efficace la réponse communautaire et mobiliser les ressources financières domestiques.

■ L'AMELIORATION DE LA DISPONIBILITE DE L'INFORMATION STRATEGIQUE ET LA PROMOTION DE LA CULTURE DU SUIVI-EVALUATION :

Partant du principe qu'il est fondamental de disposer de données de qualité pour planifier, suivre et évaluer l'accès aux services de prévention, de dépistage et de soins, les populations couvertes, la qualité et l'acceptabilité tout au long du parcours de soins et considérant la faible qualité des informations d'aide à la décision, il est apparu, essentiel de veiller à assurer la disponibilité d'une information stratégique au moyen d'indicateurs et de méthodes normalisées, suivant les directives de l'OMS et de l'ONUSIDA, afin d'améliorer la précision des données, de suivre les nouvelles infections VIH, d'évaluer les résultats tout au long de la chaîne de services liés au VIH, et de prendre, à temps, les mesures appropriées.

5.2- ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Par son engagement à affiner et à accélérer sa riposte nationale dans le but de mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030, et par la nature des défis auxquels elle est confrontée et qu'elle doit relever et des acquis qu'elle doit consolider, l'Algérie s'attachera, pour la période 2020-2024, à développer sa riposte dans le cadre des orientations stratégiques suivantes :

- **INTENSIFIER LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION COMBINÉE AVEC UNE ATTENTION PARTICULIÈRE POUR LES POPULATIONS CLÉS ET LES POPULATIONS VULNÉRABLES**, à travers, la mise en œuvre de programmes multisectoriels de proximité de façon plus soutenue et mieux coordonnée et l'élargissement de l'offre aux différents outils de la prévention combinée tels que la PrEP, la PPE ;
- **INTENSIFIER LE DÉPISTAGE PAR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE NATIONALE D'ACCÉLÉRATION DU DÉPISTAGE**, à travers notamment :
 - La mise en œuvre d'approches stratégiques de dépistage efficaces, innovantes et respectant les droits humains telles que le dépistage communautaire et l'autotest selon le contexte national,
 - La réorientation et l'intensification des actions de dépistage envers les populations les plus exposées au risque du VIH et qui n'ont pas suffisamment accès au dépistage ;

- **OPTIMISER ET DÉCENTRALISER LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH DANS LE SOUCI D'UNE OFFRE DE PROXIMITÉ DE QUALITÉ**, à travers notamment :
 - La création de réseaux locaux CD-CDR selon des procédures devant permettre une orientation assistée des personnes dépistées notamment les populations clés où le rôle des éducateurs pairs est prépondérant ;
 - Le développement des partenariats locaux entre les structures publiques et les associations et le secteur privé de nature à promouvoir de façon efficace la réponse communautaire et à impliquer davantage le secteur privé ;
 - L'optimisation de l'offre de soins devant permettre aux PVVIH de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire globale.
- **ORGANISER LE DÉPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES IST DANS LE SOUCI D'UNE OFFRE ÉLARGIE DE QUALITÉ**, à travers notamment :
 - La mise en œuvre des recommandations du nouveau référentiel national des IST.
- **ACCÉLÉRER LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE NATIONALE D'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH**, à travers :
 - L'élargissement du dépistage systématique à toutes les femmes enceintes ;
 - La garantie d'une prise en charge pluridisciplinaire optimale de toutes les femmes enceintes dépistées séropositives ainsi que de leurs enfants.
- **ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LES PRATIQUES DISCRIMINATOIRES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ** à travers notamment :
 - Le renforcement des capacités de tous les intervenants en matière de lutte contre la discrimination dans le cadre des Droits Humains ;
 - La mise en place d'un dispositif d'alerte sur la lutte contre la discrimination liée au VIH/sida en milieu de soins.

Ces interventions devront être soutenues par la mise œuvre d'interventions transversales tout aussi stratégiques qui portent sur :

- **LE RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE AUX NIVEAUX NATIONAL ET LOCAL** qui nécessite une plus grande mobilisation du cadre de concertation, de coordination, de suivi et d'évaluation au niveau national et la mise en place, dans le cadre de la décentralisation de la gouvernance au niveau local, des comités de wilaya ;
- **LE DÉVELOPPEMENT SOUTENU DE LA RÉPONSE COMMUNAUTAIRE** par le renforcement des capacités humaines, techniques et financières des organisations de la société civile et la mobilisation des ressources financières domestiques (publiques-privées) ;
- **L'AMÉLIORATION DE LA DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION STRATÉGIQUE ET LE SUIVI-ÉVALUATION** dans le but d'évaluer les actions de la riposte sur la base d'objectifs annuels pour en améliorer la performance à travers :
 - La production des données de qualité actualisées au moyen d'indicateurs et de méthodes normalisées, suivant les directives de l'OMS et de l'ONUSIDA ;
 - Le renforcement du dispositif de suivi-évaluation afin de permettre de i) suivre l'accès et la qualité de l'offre de service de prévention, de dépistage et de soins, ii) d'évaluer les résultats tout au long de la chaîne de services liés au VIH afin de prendre, à temps, les mesures appropriées, (iii) de planifier les actions sur la base des évidences.

6- CADRE DES RESULTATS

6.1- BUT ET OBJECTIFS

6.1.1- But

Le présent plan stratégique vise à accélérer et amplifier la riposte nationale au regard de la dynamique de l'épidémie à travers un ensemble de stratégies et d'interventions qui visent à rompre la chaîne de transmission du VIH et des autres IST et à assurer un accès universel à la prévention, au dépistage et au soins tout en améliorant la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH au sein d'un environnement non discriminant à travers une riposte pérenne et résiliente.

6.1.2- Objectifs

Les différents objectifs de ce plan stratégique s'inscrivent dans le cadre d'une riposte pérenne et d'un système de santé résilient. Ainsi, le plan stratégique vise les objectifs suivants :

- Intensifier les actions de prévention combinée avec une attention particulière pour les populations clés, les populations vulnérables et les femmes enceintes ;
- Accélérer les activités de dépistage du VIH et des autres IST en ciblant de façon particulière les populations clés, les populations vulnérables et les femmes enceintes ;
- Renforcer et optimiser la prise en charge globale et de qualité des PVVIH et des patients atteints d'IST ;
- Promouvoir la protection des droits humains dans une optique de lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les violences basées sur le genre ;
- Assurer l'équité en matière de genre à tous les niveaux de la mise en œuvre du programme de la riposte nationale au VIH ;
- Veiller à la production des données de qualité et de renforcer le dispositif de suivi & évaluation afin de permettre une évaluation régulière des résultats et de prendre, à temps, les mesures appropriées.

6.2- AXE STRATEGIQUE 1 : PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET DES IST

Ce premier axe stratégique vise à intensifier les interventions de prévention combinée avec une attention particulière pour les populations clés et les populations vulnérables, à travers, la mise en œuvre de programmes multisectoriels de proximité de façon plus soutenue et mieux coordonnée et l'élargissement de l'offre aux différents outils de la prévention combinée.

Il s'articule autour des mesures qui s'inscrivent dans le cadre de la prévention primaire, et qui visent à diminuer l'incidence du VIH, par la réduction des facteurs et/ou des comportements à risques.

Cet axe comprend deux sous axes à savoir la prévention combinée d'une part et l'élimination de la transmission de la Mère à l'Enfant (eTME) d'autre part.

6.2.1- Résultats d'impact

- D'ici 2024, le nombre de nouvelles infections à VIH sera réduit à moins de 500 infections par an.
- Situation actuelle 2018 : 1300 nouvelles infections

6.2.2- Résultats d'effet, produits, stratégies, activités, principaux intervenants et partenaires

6.2.2.1- Prévention combinée

- Effet 1.1.1-** Au moins 75% des populations vulnérables (jeunes, détenus, populations mobiles, Hommes en uniforme, ...) adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection liés aux IST et au VIH.
- Effet 1.1.2-** 95% des populations clés (PS, HSH, CDI) adoptent des attitudes et pratiques qui réduisent le risque d'infection par le VIH et les autres IST.
- Effet 1.1.3-** 100% des accidents exposants aux liquides biologiques (AELB) notamment en milieu de soins sont pris en charge selon les directives nationales.

Effet 1.1.1- Au moins 75% des populations vulnérables (jeunes, détenus, populations mobiles, Hommes en uniforme, ...) adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection liés aux IST et au VIH.

Produit 1.1.1.1- 75% des jeunes de 15 à 24 ans ayant des comportements à risque bénéficiant de programmes adaptés de prévention combinée		
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants
Développement des interventions de proximité et de soutien basées sur la prévention combinée au profit des jeunes scolarisés et non scolarisés avec l'implication des secteurs ministériels concernés	Développer des programmes sectoriels et/ou intersectoriels de proximité de CCC sur la réduction des risques liés aux IST/VIH auprès des jeunes structurés et non structurés	Responsables CNPLS + CW
	Produire des supports d'information et de communication adaptés aux jeunes	Intervenants - MJS - MSPRH - MFEP - MESRS - MSNFCF - MEN - OSC
	Utiliser les technologies de l'information et de la communication pour faire passer des messages auprès des jeunes	
	Renforcer les capacités des jeunes sur la prévention des IST/VIH/sida	
	Intégrer dans les programmes de prévention de proximité la fourniture et l'accès facilité aux moyens de prévention adaptés chez les jeunes scolarisés et non scolarisés	
	Renforcer les capacités opérationnelles et l'offre des structures destinées aux jeunes, des ministères concernés	
Produit 1.1.1.2- 50% des adultes de 25 à 49 ans ayant des comportements à risque bénéficiant de programmes adaptés de prévention combinée		
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants
Mise en œuvre d'un programme d'information et de communication adapté aux adultes de 25-49 ans dans une optique de prévention combinée	Développer des programmes sectoriels et/ou intersectoriels de proximité de CCC sur le VIH et les IST en tirant profit des opportunités et des structures offertes par les secteurs concernés (maisons de culture, milieux de travail, mosquées, ..)	Responsables CNPLS + CW
	Développer un programme multisectoriel de communication sur la prévention des risques liés aux IST/VIH à travers les médias et les réseaux sociaux	Intervenants - MSPRH - MFEP - MESRS - MSNFCF - OSC
	Intégrer dans les programmes de prévention de proximité la fourniture et l'accès facilité aux moyens de prévention adaptés	

Produit 1.1.1.3- 80% des détenus et du personnel pénitencier bénéficient de programmes adaptés de prévention combinée		
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants
Développement et mise en œuvre d'un paquet de services adaptés au contexte de détention	Développer un programme adapté d'information et de formation sur la prévention des IST/VIH/sida en milieu carcéral pour le personnel pénitencier et le personnel médical	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MJS - MSPRH - OSC
	Renforcer les capacités du personnel pénitencier et du personnel médical en milieu carcéral sur la prévention et le traitement des IST/VIH/sida	
	Organiser des séances régulières d'IEC/CCE en milieu carcéral	
Produit 1.1.1.4- 70% des Hommes en uniforme ayant des comportements à risque bénéficient de programmes adaptés de prévention combinée		
Renforcement de l'accès à la prévention des risques d'exposition et de transmission liés aux IST/VIH/sida chez les Hommes en Uniforme	Développer un programme d'information et de sensibilisation sur la prévention des IST/VIH/sida auprès du personnel de la Sûreté Nationale, de la Protection Civile et de l'Armée	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MDN - MICLAT - MSPRH - DGSN - DPC
	Concevoir des outils adaptés de communication sur la prévention combinée destinés au personnel de la Sûreté Nationale, de la Protection Civile et de l'Armée	
Produit 1.1.1.5- 50% des populations mobiles ayant des comportements à risques bénéficient de programmes adaptés de prévention combinée		
Mise en œuvre d'un programme de prévention combinée à l'endroit des populations mobiles	Développer un programme de prévention combinée à l'endroit des populations mobiles	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MICLAT - MAE - MSPRH - MSNFCF - DPC
	Renforcer les capacités du personnel sanitaire dans la prise en charge des populations mobiles	
	Développer un programme de formation des éducateurs pairs, des superviseurs et des accompagnateurs socio-sanitaires migrants sur la prévention combinée	
	Intégrer, dans les programmes de prévention de proximité, la fourniture et l'accès facilité des populations mobiles aux moyens de prévention combinée	
	Concevoir des outils adaptés de communication sur la prévention combinée destinés aux populations mobiles	

Effet 1.1.2- 95% des populations clés (PS, HSH, CDI) adoptent des attitudes et pratiques qui réduisent le risque d'infection par le VIH et les autres IST.

Produit 1.1.2.1- 95% des professionnelles du sexe (PS) possèdent les connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle des IST/VIH et les mettent en application				
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants	Partenaires	
Développement et opérationnalisation d'un programme de proximité de prévention combinée à l'endroit des PS	Actualiser la cartographie des hotspots des PS	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MSNFCF - MICLAT - OSC	ONUSIDA Nations Unies	
	Actualiser la cartographie des interventions à l'endroit des PS			
	Elaborer un programme de prévention combinée à l'endroit des PS			
	Renforcer les capacités des travailleurs de proximité (éducateurs pairs, superviseurs, accompagnateurs socio-sanitaires) des PS sur la prévention combinée			
	Organiser des séances régulières d'IEC/CCC, et d'accompagnement à l'endroit des PS			
	Mettre en place des services différenciés à l'endroit des PS			
Produit 1.1.2.2- 95% des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) possèdent les connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle des IST/VIH et les mettent en application	Faciliter et garantir l'accès aux kits de prévention adaptés aux PS.			
	Produit 1.1.2.2- 95% des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) possèdent les connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle des IST/VIH et les mettent en application			
	Développement et opérationnalisation d'un programme de proximité de prévention combinée à l'endroit des HSH	Actualiser la cartographie des hotspots des HSH	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MFEP - MESRS - MSNFCF - OSC	ONUSIDA Nations Unies
		Actualiser la cartographie des interventions à l'endroit des HSH		
		Elaborer un programme de prévention combinée à l'endroit des HSH		
		Renforcer les capacités des travailleurs de proximité (Educateurs pairs, Superviseurs, accompagnateurs socio-sanitaires) des HSH sur la prévention combinée		
Organiser des séances régulières d'IEC/CCC, et d'accompagnement à l'endroit des HSH				
Mettre en place des services différenciés à l'endroit des HSH				
Faciliter et garantir l'accès aux kits de prévention adaptés aux HSH				
Elaborer le référentiel national de l'implémentation de la PrEP sur la base des recommandations de l'étude d'acceptabilité et de la faisabilité de la PrEP				

Produit 1.1.2.3- 95% des consommateurs de drogues injectables (CDI) possèdent les connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle des IST/VIH et les mettre en application			
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants	Partenaires
Développement et opérationnalisation d'un programme de proximité à l'endroit des CDI	Actualiser la cartographie des hotspots des CDI	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MICALAT - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Actualiser la cartographie des interventions à l'endroit des CDI		
	Elaborer un programme de prévention combinée à l'endroit des CDI		
	Renforcer les capacités des travailleurs de proximité (éducateurs pairs, accompagnateurs socio-sanitaires) sur la prévention combinée		
	Organiser des séances régulières d'IEC/CCC et d'accompagnement à l'endroit des CDI		
	Mettre en place des services différenciés à l'endroit des CDI		
	Faciliter et garantir l'accès aux kits de prévention adaptés aux CDI.		
Effet 1.1.3- 100% des accidents exposants aux liquides biologiques (AELB) notamment en milieu de soins sont pris en charge selon les directives nationales			
Produit 1.1.3.1- 100% des structures sanitaires (publiques et privées) appliquent les mesures de prévention et assurent une prise en charge adéquate des AELB conformément aux directives nationales en la matière			
Mise à l'échelle du programme de prévention des risques d'exposition et de transmission liés aux IST/VIH par les liquides biologiques dans les structures de santé publiques et privées	Mettre en place des mécanismes d'application et de suivi des directives nationales en matière de prévention et de prise en charge des AELB	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Développer un circuit de prise en charge des cas d'exposition à un AELB auprès des structures de santé publiques et privées		
	Développer un programme de formation spécifique sur la prévention et la prise en charge des AELB auprès des prestataires de soins		
	Développer un plan de sensibilisation sur les violences basées sur le genre et la prévention des risques de transmission du VIH auprès des acteurs associatifs		

Effet 1.2.1- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 2 %			
Produit 1.2.1.1- 75% des femmes vulnérables en âge de procréer bénéficient de programmes adaptés de prévention combinée			
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants	Partenaires
Renforcement de l'accès à la prévention des risques d'exposition et de transmission liés aux IST et au VIH chez les femmes en âge de procréer	Développer des programmes de proximité sectoriels et intersectoriels de CCC sur la réduction des risques liés au VIH et aux IST, intégrant les violences faites aux femmes	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSNFCF - MSPRH - MJS - MFEP - MESRS - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Intégrer, dans les programmes de prévention de proximité, la fourniture et l'accès facilité aux moyens de prévention (préservatifs, dépliants, af-fiches...)		
Produit 1.2.1.2- 67% des femmes vulnérables en âge de procréer ont accès à un service gratuit et anonyme de dépistage du VIH et connaissent leurs résultats			
Mise à l'échelle de l'accès à un service de qualité de dépistage gratuit et anonyme du VIH auprès des femmes de 15 à 49 ans	Développer et intégrer le conseil et dépistage (volontaire/initiative du soignant) auprès des femmes lors du bilan prénatal et prénatal et lors de toute opportunité de recours aux services de santé, publics et privés	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MSNFCF - MJS - MFEP - MESRS - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Développer des programmes de dépistage mobile et /ou communautaire adaptés pour les femmes en âge de procréer à travers les structures de santé publiques et privées		
	Organiser la référence des femmes dépistées positives entre les structures de dépistage (publiques et privées) et les CDR		
Développer un programme intersectoriel de lutte contre la violence basée sur le genre			

Produit 1.2.1.3- 100% des femmes enceintes qui fréquentent les structures de santé sont dépistées et connaissent leur statut sérologique au VIH			
Stratégie	Interventions		
Renforcement des capacités des prestataires de soins en charge du suivi prénatal sur le conseil et le dépistage du VIH des femmes enceintes	Développer un plan national de formation sur l'eTME (dépistage, prise en charge, suivi et évaluation) des prestataires de soins des structures de santé (publiques, parapubliques et privées)	Responsables/Intervenants Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - OSC	Partenaires ONUSIDA Nations Unies
	Opérationnaliser le plan national de formation sur l'eTME		
Mise à l'échelle des services gratuits et de dépistage du VIH auprès des femmes enceintes suivies en consultations dans les structures de santé publiques et privées	Promouvoir la proposition systématique du dépistage lors de la première consultation prénatale ou le plus tôt possible au cours de la grossesse par les prestataires de soins (publics, parapublics et privés)	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Développer la proposition d'un deuxième test de dépistage à 24 semaines de la grossesse aux femmes enceintes appartenant aux populations clés		
Produit 1.2.1.4- 100% des cas d'IST (VHB, VHC et syphilis) diagnostiqués chez les femmes enceintes sont pris en charge conformément au protocole national			
Renforcement de l'accès au dépistage des IST et une prise en charge de qualité chez toutes les femmes enceintes suivies en consultations dans les structures de santé publiques et privées	Promouvoir le diagnostic précoce des IST et une orientation de qualité dans toutes les structures en charge du suivi des CPN (publiques, parapubliques et privées)	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Développer un programme d'information et de sensibilisation sur l'approche syndromique des IST auprès des sages-femmes		
	Développer un circuit de prise en charge de qualité entre les CPN et les structures de diagnostic et de traitement des IST		
Produit 1.2.1.5- 40% des conjoints des femmes enceintes séropositives sont dépistés et connaissent leur statut sérologique			
Promotion du dépistage du VIH auprès des conjoints des femmes enceintes	Elaborer et mettre en œuvre des directives visant à développer la proposition de dépistage pour les conjoints/partenaires des femmes enceintes testées positives	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Développer la référence des conjoints/partenaires des femmes enceintes, dépistés positifs entre les structures de dépistage (publiques ou privées) et les CDR		

Produit 1.2.1.6- 100% des femmes enceintes dépistées séropositives sont orientées et accompagnées vers le CDR conformément aux directives nationales			
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants	Partenaires
Renforcement des mécanismes de référence et d'accompagnement des femmes enceintes dépistées séropositives vers les CDR	Développer un programme de formation des personnels en charge des CPN, des PMI, des maternités (publiques ou privées) sur l'orientation et l'accompagnement des femmes enceintes dépistées séropositives	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Mettre en place des réseaux de soins centrés sur les CDR avec les structures de dépistage et les maternités (publiques et privées)		
Produit 1.2.1.7- 100% des femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH bénéficient du traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission à leur enfant			
Amélioration de la qualité de la PEC du VIH chez les femmes enceintes et allaitantes VIH+	Développer un programme de formation du personnel de santé sur la prise en charge des femmes enceintes et/ou allaitantes séropositives au VIH	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Renforcer la disponibilité des ARV pour les femmes enceintes et/ou allaitantes VIH+		
	Organiser la recherche active des femmes enceintes VIH + sous ARV en retard de rendez-vous ou perdus de vue		
Produit 1.2.1.8- Le taux de rétention des femmes enceintes séropositives sous traitement ARV à 12 mois est de 100%			
Renforcement des mécanismes d'adhésion aux soins et de suivi de toutes les femmes séropositives sous thérapie antirétrovirale	Développer un programme de suivi et de prise en charge de qualité pour toutes les femmes enceintes séropositives à travers le système communautaire	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Développer un plan de suivi et d'évaluation pour toutes les femmes enceintes dépistées séropositives		
	Doter les laboratoires auprès des CDR d'équipements et de réactifs pour assurer la mesure de la charge virale (CV) de façon pérenne		
Développer la cohorte nationale des enfants séronégatifs nés de mères séropositives			

Produit 1.2.1.9- 100% de nouveau-nés de mères séropositives bénéficient d'un diagnostic précoce du VIH			
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants	Partenaires
Renforcement des mécanismes de dépistage précoce des enfants nés de mère séropositive	Développer le circuit de diagnostic précoce du VIH chez tous les enfants nés de mères séropositives	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - PCH - LNR - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Développer un programme de formation continue des prestataires des laboratoires sur le diagnostic du VIH		
Produit 1.2.1.10- 100% des enfants nés de mères séropositives sont traités conformément au protocole national			
Renforcement des capacités de prise en charge thérapeutique du VIH et des IST chez tous les enfants nés de mères séropositives	Développer un programme de formation sur la prise en charge des enfants nés de mères séropositives, auprès des professionnels de santé (généralistes, pédiatres et gynécologues, sages-femmes) au niveau de toutes les structures publiques et privées	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - PCH - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Doter tous les CDR en moyens pour le suivi et le traitement des nouveaux nés de mères séropositives		
	Assurer la disponibilité des ARV sous leurs formes pédiatriques au niveau de tous les CDR		

6.3- AXE STRATEGIQUE 2 : DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION VIH ET DES IST

Ce deuxième axe stratégique qui s'inscrit résolument dans l'atteinte de la cible des 90.90.90 vise à i) accélérer le dépistage du VIH et des autres IST, à travers, notamment, la mise en œuvre de stratégies efficaces et innovantes avec une attention particulière pour les populations clés et vulnérables selon une approche communautaire basée sur le partenariat entre les CD et les OSC ii) optimiser la connexion entre le dépistage et la prise en charge des PVVIH dans le souci d'une offre de proximité de qualité, devant permettre à toute PVVIH dépistée de bénéficier d'une prise en charge globale optimale et de voir sa charge virale supprimée, iii) assurer une offre de services de qualité pour permettre une prise en charge adéquate de tout patient atteint d'IST.

Trois sous axes ont été ainsi développés. Il s'agit : i) du dépistage du VIH et des coinfections, ii) de la prise en charge du VIH et des comorbidités, iii) du dépistage et de la prise en charge des IST.

6.3.1- Résultats d'impact

- Le nombre de décès liés au VIH est réduit de 50%
- Situation actuelle 2018 : 145

6.3.2- Résultats d'effets, produits, stratégies, activités, principaux intervenants et partenaires

6.3.2.1- Dépistage du VIH et des coinfections

Effet 2.1.1 : 65% des populations vulnérables (jeunes, femmes, détenus, populations mobiles, détenus, Hommes en uniforme, ...) ont bénéficié du dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis conformément aux directives nationales en la matière et ont pris connaissance de leurs résultats.

Effet 2.1.2 : 80% des populations clés (PS, HSH, CDI) ont bénéficié du dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis conformément aux directives nationales en la matière et ont pris connaissance de leurs résultats.

Effet 2.1.3 : 100% des adultes et des enfants vivant avec le VIH (PVVIH) dépistées sont pris en charge dans les centres de référence.

Effet 2.1.1- 65% des populations vulnérables (jeunes, femmes, détenus, populations mobiles, détenus, hommes en uniforme, ...) ont bénéficié du dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis conformément aux directives nationales en la matière et ont pris connaissance de leurs résultats

Produit 2.1.1.1- 65% des jeunes de 18-24 ans ayant des comportements à risques sont dépistés et connaissent leurs résultats sérologiques au VIH			
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants	Partenaires
Diversification et élargissement de l'offre de dépistage auprès des jeunes de 18 à 24 ans ayant des comportements à risques	Développer des programmes sectoriels de promotion du conseil et dépistage (volontaire) auprès des jeunes structurés et non structurés (des 2 genres) en profitant des occasions et des structures offertes par les secteurs impliqués	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH ; - MJS - MFEP ; - MESRS - MEN ; - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Développer des programmes de dépistage mobile et /ou communautaire adaptés pour les jeunes (des 2 genres) structurés et non structurés		
	Organiser la référence des jeunes dépistés positifs entre les structures de dépistage, les OSC et les CDR		
Produit 2.1.1.2- 45% des adultes de 25 à 49 ans ayant des comportements à risques sont dépistés et connaissent leurs résultats sérologiques au VIH			
Diversification et élargissement de l'offre de dépistage gratuit et anonyme du VIH auprès de la population de 25 à 49 ans ayant des comportements à risque	Promouvoir le conseil et le dépistage volontaire auprès de la population de 25 à 49 ans	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH ; - MTESS - MFEP ; - MESRS - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Élargir les opportunités de l'offre de dépistage à l'initiative du soignant lors du recours aux soins de la population de 25 à 49 ans ayant des comportements à risque		
	Étendre l'offre de dépistage aux autres structures de soins : Consultations médicales (IST, hépatites, tuberculose), SR/PF, PMI, CISA		
Produit 2.1.1.3- 70% des détenus sont dépistés et connaissent leur statut sérologique au VIH			
Renforcement de l'accès au service de dépistage gratuit et anonyme du VIH auprès des détenus	Promouvoir et faciliter l'accès au conseil et au dépistage (volontaire et à l'initiative du soignant) en milieu pénitentier	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MJ	ONUSIDA Nations Unies
	Organiser la référence des personnes détenues dépistées positives entre les milieux pénitentiers et les CDR		

Produit 2.1.1.4- 60% des Hommes en uniforme vivant avec le VIH sont dépistés et connaissent leur statut sérologique au VIH			
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants	Partenaires
Renforcement de l'offre de dépistage gratuit et anonyme du VIH auprès des Hommes en uniforme	Promouvoir et faciliter l'accès au conseil et au dépistage (volontaire et à l'initiative du soignant) chez les hommes en uniforme	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MDN - MICL - MF - MSPRH	ONUSIDA Nations Unies
	Organiser la référence des hommes en uniforme dépistés positifs entre ces structures et les CDR		
Produit 2.1.1.5- 45% des populations mobiles vivant avec le VIH sont dépistées et connaissent leur statut sérologique au VIH			
Renforcement du dépistage gratuit et anonyme du VIH auprès des populations mobiles	Promouvoir et faciliter l'accès au conseil et au dépistage (volontaire et à l'initiative du soignant) notamment au niveau des sites et points de dépistage à proximité des populations mobiles	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MICL - MAE - MSFCF - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Organiser la référence de personnes mobiles dépistées positives entre les structures de dépistage et les CDR		
Effet 2.1.2- 80% des populations clés (PS, HSH, CDI) ont bénéficié du dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis conformément aux directives nationales en la matière et ont pris connaissance de leurs résultats			
Produit 2.1.2.1- 80% des PS sont dépistées du VIH et connaissent leurs résultats			
Diversification de l'offre de dépistage gratuit et anonyme du VIH auprès des PS	Promouvoir et faciliter l'accès au conseil et au dépistage (volontaire et à l'initiative du soignant) par les paires éducatrices PS	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Mettre en place le dépistage communautaire, dans le cadre d'un partenariat entre les OSC et les CD pour les besoins des PS		
	Inclure le dépistage du VIH dans le cadre d'une approche globale de prévention adaptée aux PS		
	Proposer aux PS et à leurs partenaires un test VIH tous les 6 mois		
Organiser la référence des PS dépistées positives entre les structures de dépistage (fixes ou mobiles) et les CDR	Entreprendre une étude de faisabilité de l'autotest selon une approche communautaire		

Produit 2.1.2.1- 80% des PS sont dépistées du VIH et connaissent leurs résultats (Suite)			
Stratégie	Interventions principales	Responsables/Intervenants	Partenaires
Optimisation de la rentabilité des structures de dépistage	Améliorer les conditions d'accueil et la qualité de l'offre de dépistage	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Assurer une formation périodique du personnel médical, paramédical et d'accueil sur la prise en charge des PS		
	Développer des partenariats avec les OSC		
Produit 2.1.2.2- 80% des HSH sont dépistés du VIH et connaissent leurs résultats			
Diversification de l'offre de dépistage gratuit et anonyme du VIH auprès des groupes HSH	Promouvoir et faciliter l'accès au conseil et au dépistage (volontaire et à l'initiative du soignant) par les pairs éducateurs HSH	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Mettre en place le dépistage communautaire, dans le cadre d'un partenariat entre les OSC et les CD pour les besoins des HSH		
	Inclure le dépistage du VIH dans le cadre d'une approche globale de prévention adaptée aux HSH		
Optimisation de la rentabilité des structures de dépistage	Organiser la référence des HSH dépistés positifs entre les structures de dépistage (fixes ou mobiles) et les CDR	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Améliorer les conditions d'accueil et la qualité de l'offre de dépistage		
	Assurer une formation périodique du personnel médical, paramédical et d'accueil sur la prise en charge des HSH		
Produit 2.1.2.3- 80% des CDI sont dépistés du VIH et connaissent leurs résultats	Développer des partenariats avec les OSC	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Promouvoir et faciliter l'accès au conseil et au dépistage (volontaire et à l'initiative du soignant) par les pairs éducateurs CDI		
	Mettre en place le dépistage communautaire, dans le cadre d'un partenariat entre les OSC et les CD pour les besoins des CDI		
Diversification de l'offre de dépistage gratuit et anonyme du VIH auprès des CDI	Inclure le dépistage du VIH dans le cadre d'une approche globale de prévention adaptée aux CDI	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Organiser la référence des CDI dépistés positifs entre les structures de dépistage (fixes ou mobiles) et les CDR		

Stratégie	Interventions principales	Responsables/Intervenants	Partenaires
Optimisation de la rentabilité des structures de dépistage	<p>Améliorer les conditions d'accueil et la qualité de l'offre de dépistage</p> <p>Assurer une formation périodique du personnel médical, paramédical et d'accueil sur la prise en charge des CDI</p> <p>Développer des partenariats avec les OSC</p>	<p>Responsables CNPLS + CW</p> <p>Intervenants - MSPRH - OSC</p>	<p>ONUSIDA Nations Unies</p>
Produit 2.1.2.4- 80% des PS, des HSH et des CDI atteints d'une hépatite B et/ou C sont dépistés et connaissent leurs résultats			
Diversification et élargissement de l'offre de dépistage intégré et gratuit auprès des populations clés (PS, HSH, CDI)	<p>Promouvoir le conseil et le dépistage intégré (VIH, syphilis, hépatite B et C) par les pairs éducateurs</p> <p>Organiser et développer les actions de dépistage intégré (y compris avec les tests rapides combinés validés) mobile et/ou communautaire auprès des populations clés</p>	<p>Responsables CNPLS + CW</p> <p>Intervenants - MSPRH - OSC</p>	<p>ONUSIDA Nations Unies</p>
Produit 2.1.2.5- 80% des PS, des HSH et CDI atteints de la syphilis sont dépistés et connaissent leurs résultats			
Diversification et élargissement de l'offre de dépistage intégré et gratuit auprès des populations clés (PS, HSH, CDI)	<p>Promouvoir le conseil et le dépistage intégré (VIH, syphilis, hépatite B et C) par les pairs éducateurs</p> <p>Organiser et développer les actions de dépistage intégré (y compris avec les tests rapides combinés validés) mobile et/ou communautaire auprès des populations clés</p>	<p>Responsables CNPLS + CW</p> <p>Intervenants - MSPRH - OSC</p>	<p>ONUSIDA Nations Unies</p>
Effet 2.1.3- 100% des adultes et des enfants vivant avec le VIH dépistés sont pris en charge dans les centres de référence			
Produit 2.1.3.1- 100% des adultes et enfants dépistés séropositifs sont orientés et accompagnés vers le CDR conformément aux directives nationales			
<p>Mise en place de mécanismes de passerelles entre les structures de dépistage et les structures de prise en charge</p>	<p>Créer des réseaux locaux CD et CDR pour assurer une orientation assistée à toute personne dépistée séropositive</p> <p>Développer des partenariats locaux avec les OSC pour assurer l'orientation et l'accompagnement des personnes issues des populations clés dépistées séropositives</p> <p>Développer un programme de formation des intervenants sanitaires et communautaires sur l'orientation et l'accompagnement des adultes et enfants dépistés séropositifs vers les CDR</p>	<p>Responsables CNPLS + CW</p> <p>Intervenants - MSPRH - OSC</p>	<p>ONUSIDA Nations Unies</p>

6.3.2.2- Prise en charge du VIH et des comorbidités

- Effet 2.2.1-** Au moins 90% des adultes et des enfants vivant avec le VIH (PVVIH) dépistés bénéficient du traitement antirétroviral conformément au consensus national de prise en charge.
- Effet 2.2.2-** Au moins 90% des PVVIH bénéficiant de traitement antirétroviral ont une charge virale indétectable
- Effet 2.2.3-** 90% des cas de comorbidité ont bénéficié de soins et traitements adaptés conformément au guide national de prise en charge de l'infection VIH et des Infections Opportunistes (IO).
- Effet 2.2.4-** 50% des PVVIH et leurs familles bénéficient d'un soutien psychosocial approprié.

Effet 2.2.1- Au moins 90% des adultes et des enfants vivant avec le VIH (PVVIH) dépistés bénéficiant du traitement antirétroviral conformément au consensus national de prise en charge			
Produit 2.2.1.1- 100% des CDR offrent des soins et traitements adaptés et gratuits à toutes les PVVIH			
Stratégie	Interventions principales	Responsables/Intervenants	Partenaires
Accroissement des capacités opérationnelles des CDR	Etendre l'offre de soins des CDR aux zones géographiques peu couvertes	Responsables CNPLS + CW	ONUSIDA Nations Unies
	Doter les CDR en moyens requis pour assurer une offre de soins de qualité	Intervenants - MSPRH - PCH - OSC	
	Mettre en place des réseaux locaux autour des CDR pour assurer à toute PVVIH une prise en charge multidisciplinaire		
	Assurer la disponibilité des ARV (adultes et enfants) au niveau des CDR en renforçant le système d'approvisionnement, de stockage, de distribution et de régulation		
Produit 2.2.1.2- Des approches différenciées sont développées pour la prise en charge des populations clés et vulnérables			
Adaptation de l'offre de soins des CDR aux besoins des populations clés et vulnérables	Développer les soins différenciés dans les centres de prise en charge, aux populations clés et vulnérables	Responsables CNPLS + CW	ONUSIDA Nations Unies
	Renforcer les capacités du personnel médical, paramédical et de soutien dans la prise en charge des populations clés et populations vulnérables	Intervenants - MSPRH - OSC	
Produit 2.2.1.3- 100% des CDR n'ont pas connu de rupture en médicaments et autres intrants de lutte contre le VIH/sida			
Renforcement du système d'approvisionnement des produits de santé	Effectuer une mise à jour de la file active des CDR	Responsables CNPLS + CW	ONUSIDA Nations Unies
	Elaborer un guide de quantification	Intervenants - MSPRH - PCH - LNR	
	Former les cadres du niveau central et local sur la méthodologie de quantification et de planification		
	Sécuriser le financement des ARV et autre produit de santé pour le VIH		

Effet 2.2.2- Au moins 90% des PVVIH bénéficiant de traitement antirétroviral ont une charge virale supprimée			
Produit 2.2.2.1- Le taux de rétention des PVVIH sous traitement ARV à 12 mois est de 100%			
Stratégie	Interventions principales	Responsables/Intervenants	Partenaires
Renforcement de l'adhésion aux soins chez les adultes et les enfants sous thérapie antirétrovirale	Développer un programme de suivi et de prise en charge de qualité pour améliorer l'adhésion aux soins et l'observance au traitement ARV chez PVVIH (adultes et enfants) mises sous thérapie antirétrovirale	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - PCH - LNR - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Doter les laboratoires régionaux d'appareillages, d'automates et de réactifs pour mesurer la CV de façon pérenne		
	Développer un programme de formation sur l'éducation thérapeutique destiné aux intervenants sanitaires et communautaires		
	Développer un plan de suivi et d'évaluation pour toutes les PVVIH		
Produit 2.2.2.2- 100% des PVVIH sous traitement ARV accèdent à un suivi biologique de qualité			
Renforcement des capacités opérationnelles des laboratoires des CDR	Doter tous les laboratoires des CDR en moyens requis pour le suivi biologique (équipements, réactifs, et intrants nécessaires)	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - PCH - LNR	ONUSIDA Nations Unies
	Mettre en place un système d'assurance qualité des laboratoires qui réalisent la charge virale		
Produit 2.2.2.3- 100% des PVVIH présentant une résistance primaire ou secondaire aux antirétroviraux bénéficient d'une prise en charge adaptée			
Systématisation de l'accès à une prise en charge adaptée en cas de résistance primaire ou secondaire aux antirétroviraux à toutes les PVVIH	Doter les laboratoires régionaux d'appareillages, d'automates et de réactifs pour mesurer la CV de façon pérenne	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - LNR	ONUSIDA Nations Unies
	Mettre en place la technique du génotypage au niveau des laboratoires régionaux		
	Assurer l'approvisionnement régulier des réactifs pour le test de génotypage au niveau du LNR et des laboratoires régionaux		

Effet 2.2.3- 90% des cas de comorbidités ont bénéficié de soins et traitements adaptés conformément au guide national de prise en charge de l'infection VIH et des Infections Opportunistes (IO)			
Produit 2.2.3.1- 100% des coinfections TB/VIH bénéficiant d'une prise en charge adaptée			
Stratégie	Interventions principales	Responsables/Intervenants Partenaires	
Systématisation de la prise en charge adaptée pour toutes les PVIH présentant une coinfection TB/VIH	Renforcer le dépistage de la tuberculose et du suivi périodique des patients atteints par la tuberculose au niveau des CDR	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Promouvoir le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant à tous les patients dépistés tuberculeux		
	Développer la référence des patients (adultes et enfants) tuberculeux dépistés positifs pour le VIH entre les structures sanitaires et les CDR		
Produit 2.2.3.2- 100% PVIH présentant d'autres infections opportunistes autres que la tuberculose, bénéficiant d'une prise en charge adaptée			
Systématisation de l'accès à une prise en charge adaptée pour toutes les PVIH présentant des infections opportunistes autres que la tuberculose	Améliorer de la disponibilité des médicaments pour le traitement des IO au niveau des CDR	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - PCH - Secteur privé	ONUSIDA Nations Unies
	Renforcer les laboratoires en moyens de diagnostic des infections opportunistes autres que la tuberculose		
	Renforcer le suivi biologique des PVIH atteints d'infections opportunistes autres que le VIH		
Produit 2.2.3.3- 100% PVIH présentant une coinfection VIH/VHB et/ou VHC bénéficiant d'une prise en charge adaptée			
Systématisation de l'accès à une prise en charge adaptée pour toutes les PVIH présentant des coinfections VIH/VHB et/ou VHC	Améliorer la disponibilité des thérapeutiques adjuvantes adaptées au niveau des CDR	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Secteur privé - PCH	ONUSIDA Nations Unies
	Doter les laboratoires des CDR en moyens requis pour le diagnostic des hépatites B et C		
	Développer la mise en place d'un plateau technique approprié à la prise en charge des hépatites		

Effet 2.2.4. 50% des PVVIH et leurs familles bénéficient d'un soutien psychosocial approprié			
Produit 2.2.4.1- 80% des PVVIH bénéficient d'un soutien psychologique			
Stratégie	Interventions principales	Responsables/Intervenants	Partenaires
Renforcement de l'accès et la qualité du soutien psychologique chez toutes les PVVIH	Développer un programme de formation continue sur la prise en charge psychologique des PVVIH destiné aux psychologues des CDR	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MSNFCF - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Produit 2.2.4.2- 50% des PVVIH et leur famille bénéficient d'un soutien social		
Extension de l'accès au soutien et à la prise en charge sociale de qualité à toutes les PVVIH et à leurs familles	Développer un mécanisme intersectoriel d'accès aux services sociaux et aux revenus pour toutes les PVVIH	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MTESS - MSNFCF - MFP - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Développer un programme de formation professionnelle pour les PVVIH et les personnes affectées en vue de leur autonomisation		
	Améliorer l'accès aux services sociaux et aux revenus des PVVIH et leurs familles		

6.3.2.3- Dépistage et PEC des IST

- Effet 2.3.1-** 80% des personnes consultant pour IST ont bénéficié du diagnostic conformément aux directives nationales.
- Effet 2.3.2-** 100% des patients atteints d'IST et dépistés dans les structures de santé sont correctement pris en charge selon le Guide national.

Effet 2.3.1- 80% des personnes consultant pour IST ont bénéficié du diagnostic précoce conformément aux directives nationales			
Produit 2.3.1.1- 80% des personnes consultant pour IST sont diagnostiquées et orientées vers une structure de prise en charge			
Stratégie	Interventions principales	Responsables/Intervenants	Partenaires
Renforcement de l'accès au diagnostic précoce et de qualité chez toutes des personnes atteintes d'IST	Développer un programme de promotion du conseil et dépistage des IST	Responsables CNPLS + CW	ONUSIDA Nations Unies
	Développer un plan de formation et de recyclage pour les prestataires de santé (publics, parapublics et privés) sur le diagnostic précoce des IST	Intervenants - MSPRH - Secteur privé - MJS - MTESS - MESRS - PCH - MJS - MTESS - MESRS	
	Renforcer les laboratoires des CDR en moyens (réactifs et équipements) pour le diagnostic des IST		
Effet 2.3.2- 100% des patients atteints d'IST et dépistés dans les structures de santé sont correctement pris en charge selon le Guide national			
Produit 2.3.2.1- 80% des prestataires de soins maîtrisent l'approche syndromique de prise en charge des IST conformément au guide national			
Renforcement des capacités des prestataires de soins au niveau de toutes les structures de santé (publics, parapublics et privés), sur le diagnostic et la prise en charge syndromique des IST	Développer un plan intersectoriel de formation et de recyclage auprès des prestataires de santé (publics, parapublics et privés) sur la prise en charge syndromique des IST	Responsables CNPLS + CW	ONUSIDA Nations Unies
	Elaborer des affiches et des dépliants portant sur les protocoles de prise en charge syndromique des IST	Intervenants - MSPRH - MJS - MTESS - MESRS - Secteur privé	
Produit 2.3.2.2- 100% des personnes atteintes d'IST et leurs partenaires bénéficient à temps d'une prise en charge syndromique conformément au guide national de PEC des IST			
Extension de l'accès à une prise en charge optimale et de qualité des personnes atteintes d'IST au niveau des structures publiques et privées	Généraliser l'approche syndromique des IST dans toutes les structures sanitaires publiques, parapublics et privées	Responsables CNPLS + CW	ONUSIDA Nations Unies
	Veiller à la disponibilité des médicaments pour le traitement des IST au niveau des pharmacies publiques et privées	Intervenants - MSPRH - MTESS - Secteur privé - PCH - OSC	
	Renforcer la PEC des IST chez les populations clés et vulnérables avec le concours des OSC		

6.4- AXE STRATEGIQUE 3 : DROITS HUMAINS, GENRE ET ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Ce troisième axe stratégique se réfère aux principes fondamentaux de la législation algérienne qui considère que la stigmatisation et la discrimination fondées sur l'état de santé réel ou présumé constituent une atteinte à un droit fondamental et un obstacle majeur à l'accès aux soins et par conséquent un frein à l'atteinte des objectifs de la riposte nationale.

Le bien-être et le sentiment d'acceptation sont fondamentaux dans l'adoption de comportements à moindre risque aux IST/VIH/sida. La peur de la stigmatisation affecte la volonté de se faire dépister ou de se faire traiter. L'entourage, souvent mal informé, ne réagit pas toujours de façon adéquate. De nombreuses personnes vivant avec le VIH se trouvent au moins une fois confrontées à des situations de stigmatisation ou de discrimination.

Aussi, le respect du genre et des droits humains constituent des piliers qui sous-tendent toute la riposte au VIH/sida. Pour cela, les interventions retenues visent l'élimination de la stigmatisation et des pratiques discriminatoires et la promotion du genre et sont considérées comme essentielles pour créer des environnements favorables aux PVVIH et aux populations clés et vulnérables tout au long du parcours de santé afin de leur assurer, dans l'équité et l'égalité des genres, un accès large aux services de santé à tous les niveaux.

6.4.1- Résultats d'impact

- Les obstacles liés au respect des Droits Humains et à l'équilibre de genre sont réduits

6.4.2- Résultats d'effet, produits, stratégies, activités, principaux intervenants et partenaires

Effet 3.1- Les dispositifs juridiques et réglementaires interdisant la stigmatisation et la discrimination et protégeant les PVVIH sont appliqués

Effet 3.2- La question de l'équité et de l'égalité en matière genre est prise en compte dans toutes les stratégies de mise en œuvre de la riposte nationale aux IST/VIH/sida.

Effet 3.1- Les dispositifs juridiques et réglementaires interdisant la stigmatisation et la discrimination et protégeant les PVVIH sont appliqués			
Produit 3.1.1- 90% du personnel des structures publiques et privées connaissent les droits des PVVIH et les appliquent			
Stratégie	Interventions principales		Partenaires
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination et des violences basées sur le genre	Former les professionnels de santé en matière de droits humains et déthique médicale liés à la lutte contre le VIH	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MICLAT - MJ - CND - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies CNDH
	Élaborer des outils de CCC adaptés sur les droits humains		
Mise en place de services juridiques liés au VIH	Organiser des cycles de formation sur les droits humains et leur respect auprès des responsables des OSC et des éducateurs pairs	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MJ - CND - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies CNDH
	Organisation de cycles de formation sur les droits humains et leur respect à l'endroit des médias		
	Élaborer des outils de CCC adaptés sur les droits humains		
	Mettre en place un système de gestion des plaintes		
	Assurer une assistance sociojuridique aux plaignants pour la gestion des plaintes		
Produit 3.1.2- 90% des PVVIH, des populations clés et les migrants connaissent leurs droits et les font appliquer			
Promotion des de notions de droit sur le thème « Connaissez vos droits »	Mettre en œuvre des actions d'IEC/CCC au bénéfice des PVVIH, des populations clés et vulnérables basées sur les droits humains	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MJ - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies CNDH
	Réaliser un livret de synthèse des lois et dispositions juridiques relatives à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en langues arabe et française		
	Élaborer des outils de CCC adaptés sur les droits des PVVIH et sur la stigmatisation et la discrimination et les voies de recours en langues arabe et française		

Effet 3.2- La question de l'équité et d'égalité en matière de genre est prise en compte dans toutes les stratégies de mise en œuvre de la riposte nationale aux IST/VIH/sida			
Produit 3.2.1- La question de l'équité en matière de genre est prise en compte dans les planifications opérationnelles de la riposte au sida			
Stratégie	Interventions principales		Partenaires
Intégration de l'équité en matière de genre dans tous les plans opérationnels de mise en œuvre de la riposte nationale aux IST/VIH/sida	Diffusion et suivi des directives sur l'intégration de l'équité en matière de genre		Responsables CNPLS + CW Intervenants - Ministères impliqués - Secteur privé - OSC
	Respect de l'équité en matière de genre dans tous les plans opérationnels de la riposte aux IST/VIH/sida		
Produit 3.2.2- Les intervenants sont formés et sensibilisés sur la prévention de la violence basée sur le genre			
Lutter contre la violence basée sur le genre	Mettre en place un circuit de prise en charge et de suivi adéquats des victimes de violence basée sur le genre		Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - MJ - Secteur privé - OSC
	Développer un programme de formation sur la prévention et la prise en charge de la violence basée sur le genre		
	Elaborer des outils de CCC adaptés sur la violence basée sur le genre		
			ONUSIDA Nations Unies CNDH

6.5- AXE STRATEGIQUE 4 : GOUVERNANCE, FINANCEMENT ET INFORMATION STRATEGIQUE

Ce quatrième axe stratégique vise à relever trois défis transversaux résultant de l'analyse de la réponse nationale. Il s'agira, premièrement, d'améliorer la gouvernance à travers la réactivation du CNLPS et des Comités de Wilaya de lutte contre les IST/VIH/sida dans le sens d'une plus grande synergie entre tous les acteurs de la réponse. En deuxième lieu, il s'agira, non seulement, d'optimiser l'impact du financement public, mais également, à travers la mise en place de mécanismes de financement domestique, de préserver les acquis et de couvrir de manière durable les interventions susceptibles d'inverser la dynamique de l'épidémie notamment celles envers les populations clés et vulnérables. Troisièmement, il s'agira de veiller à la production des données de qualité et de renforcer le dispositif de suivi & évaluation afin de permettre une évaluation régulière des résultats et de prendre, à temps, les mesures appropriées.

Ainsi, cet axe est composé de trois sous axes : (i) Gouvernance (ii) Pérennisation du Financement (iii) Informations stratégiques.

6.5.1- Résultats d'impact

- D'ici 2024, la gouvernance et la coordination au niveau central et local ainsi que le suivi et évaluation du PNS sont efficaces et efficaces dans une optique de pérennisation de la riposte et d'un système communautaire de lutte contre les IST/VIH/sida résilient.

6.5.2- Résultats d'effet, produits, stratégies, activités, principaux intervenants et partenaires

6.5.2.1- Gouvernance

- **Effet 4.1.1-** La gestion et la coordination de la riposte au niveau central et local sont efficaces et efficaces.

Effet 4.1.1- La gestion et la coordination de la riposte au niveau central et local sont efficaces et efficientes			
Produit 4.1.1.1- Les mécanismes de la coordination sont effectifs et opérationnels (CNPLS et ses démembrements)			
Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants	Partenaires
Renforcement de la coordination de toutes les actions et activités inhérent à la riposte aux IST/VIH/sida à travers le CNPLS et ses entités décentralisées	Assurer le renouvellement périodique des instances de coordination de la riposte	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Ministères impliqués - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Assurer la tenue des réunions statutaires des organes de gouvernance de la riposte		
Produit 4.1.1.2- Les entités en charge de la coordination technique sont renforcées au niveau central et au niveau de la wilaya			
Renforcement des capacités des membres du CNPLS et de ses entités décentralisées à jouer pleinement leurs rôles	Organiser des formations des membres du CNPLS et de ses entités décentralisées sur la riposte aux IST/VIH/sida	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Ministères impliqués - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Editer régulièrement une parution visant à maintenir le niveau d'information des différents membres		
	Redynamiser des commissions thématiques du CNPLS		
Produit 4.1.1.3- La coordination et le partenariat entre les différents intervenants (gouvernement, société civile, secteur privé) sont renforcés au niveau central et au niveau des wilayas			
Renforcement des liens entre les différents groupes d'intervenants (gouvernement, société civile, secteur privé) dans toutes les actions de planification, de suivi et d'évaluation	Mettre en place des cadres de concertation régulière entre les différents groupes d'intervenants (gouvernement, société civile, secteur privé)	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Ministères impliqués - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Institutionnaliser des réunions régulières aux étapes essentielles de mise en œuvre de la riposte		

6.5.2.2- Pérennisation du financement

Effet 4.2.1- 100% des engagements financiers de l'Etat pour la lutte contre le VIH sont mobilisés et investis dans des interventions à haut impact

Effet 4.2.1- 100% des engagements financiers de l'Etat pour la lutte contre le VIH sont mobilisés et investis dans des interventions à haut impact		Responsables/Intervenants	Partenaires
Stratégie	Interventions		
Développement d'un plaidoyer auprès du gouvernement pour le financement des activités de proximité des OSC	Réaliser une étude sur l'efficacité allocutive des ressources	Responsables CNPLS + CW Intervenants - Ministères impliqués - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Mener des actions de plaidoyer à l'endroit des décideurs pour l'appui financier des OSC intervenant au profit des populations clés et des populations vulnérables		
	Mobiliser les ressources publiques pour le financement des OSC intervenant à l'endroit des populations clés et vulnérables		
Produit 4.2.1.2- Les OSC de lutte contre le VIH disposent des capacités pour la mobilisation des ressources domestiques et des appuis extérieurs			
Renforcement des capacités techniques et managériales des organisations de la société civile pour la mobilisation des ressources	Appuyer les OSC de lutte contre les IST/VIH/sida dans la mise en place des outils de gestion (Manuel de procédures, outils de pilotage des projets et programmes)	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Ministères impliqués - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Former le personnel des OSC de lutte contre les IST/VIH/sida dans la formulation de projet et programme et sur les stratégies de recherche de financement (Fund Raising)		
	Effectuer le Mapping des financements pour les interventions des OSC de lutte contre le VIH/sida		
	Appuyer l'organisation de tenues de forum des partenaires pour le financement des OSC		
Produit 4.2.1.3. La contribution du secteur privé et des Wilaya au financement de la lutte contre le sida est effective			
Développement d'un plaidoyer à l'endroit du secteur privé et des Wilayas	Organiser des rencontres avec le secteur privé pour le financement de la lutte contre les IST/VIH/sida	Responsables CNPLS + CW Intervenants - MSPRH - Ministères impliqués - Secteur privé - OSC	ONUSIDA Nations Unies
	Mettre en place un mécanisme de suivi du financement par le secteur privé		
	Mettre en œuvre le plan de transition		

6.5.2.3- Information stratégique

- Effet 4.3.1-** 100% des structures de dépistage et de prise en charge des IST et du VIH produisent des données de qualité dans les délais requis
- Effet 4.3.2-** Des informations stratégiques sur les IST et le VIH sont disponibles à tous les niveaux et utilisées pour la prise de décision.

Effet 4.3.1- 100% des structures de dépistage et de prise en charge des IST et du VIH produisent des données de qualité dans les délais requis		
Produit 4.3.1.1- Les supports de notification et de rapportage des informations au niveau des structures de diagnostic et de prise en charge des IST/VIH/sida (publics et privées, CT, CDR, CD) et des OSC sont disponibles et mis en application à 100%		
Stratégie	Interventions	
Renforcement des mécanismes de recueil et de rapportage des informations relatives aux IST/VIH/sida aux niveaux central, intermédiaire et périphérique	<p>Mettre en application les supports de collecte et de rapportage des données au niveau de toutes les structures en charge des IST et du VIH/sida (Laboratoires, cliniques et cabinets publics et privés, Centres de Transfusion, CDR, CD, PMI, maternités et les OSC)</p> <p>Actualiser les supports de collecte et de rapportage des données des OSC</p> <p>Elaborer des outils standardisés de collecte des données sur le dépistage et le suivi biologique des PVIH au niveau des laboratoires</p> <p>Organiser des cycles de formations au niveau régional et sur site sur le suivi & évaluation en incluant les structures publiques, privées et les OSC</p> <p>Diffuser des instructions ministérielles pour renforcer le recueil et la collecte des informations relatives aux IST et au VIH auprès des structures de diagnostic et de prise en charge (Laboratoires, cliniques et cabinets publics et privés, Centres de Transfusion, CDR, CD, PMI, maternités) et des OSC</p> <p>Organiser des réunions d'évaluation régulières des activités de collecte des données et informations sur les IST/VIH/sida aux niveaux national et intermédiaire</p>	<p>Responsables/Intervenants</p> <p>ONUSIDA Nations Unies</p> <p>Responsables CNPLS + CW</p> <p>Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> - MSPRH - DSP - Secteur privé - LNR - OSC
	<p>Produit 4.3.1.2- Les données de qualité sur le VIH/sida et les IST sont produites et disponibles</p>	
	<p>Amélioration de la gestion, la transmission et la fiabilité des données</p>	<p>Responsables CNPLS + CW</p> <p>Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> - MSPRH - DSP - Secteur privé - LNR - OSC
	<p>Forme le personnel des structures sanitaires dans l'utilisation du DHIS2</p> <p>Organiser des supervisions formatives sur la qualité des données</p> <p>Organiser des audits sur la qualité des données</p>	<p>ONUSIDA Nations Unies</p>

Produit 4.3.1.2- Les données de qualité sur le VIH/sida et les IST sont produites et disponibles (suite)

Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants	Partenaires
<p>Développement et mise en œuvre d'un plan d'amélioration de la qualité des données VIH</p>	<p>Élaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité des données</p> <p>Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la collecte des données au contrôle et à la validation des données</p>		
<p>Effet 4.3.2- Des informations stratégiques sur les IST et le VIH sont disponibles à tous les niveaux et utilisées pour la prise de décision</p>			
<p>Produit 4.3.2.1- Les informations stratégiques relatives à la gestion de la lutte contre l'épidémie sont disponibles dans les délais pour les décideurs, les planificateurs et les partenaires</p>			
<p>Renforcement de la production des informations stratégiques</p>	<p>Elaborer et mettre en œuvre l'agenda de la recherche sur le VIH et sida et les IST</p> <p>Développer des partenariats avec les institutions de recherche et des experts</p> <p>Organiser périodiquement des journées scientifiques sur le VIH, le sida et les IST</p> <p>Mettre en place des bases de données robustes et interconnectées pour la collecte des données</p> <p>Renforcer la rétro-information et la diffusion de l'information</p> <p>Capitaliser les données du système communautaire</p> <p>Mettre en place un mécanisme d'alerte précoce pour la gestion des médicaments et produits de santé</p>	<p>Responsables CNPLS + CW</p> <p>Intervenants - MSPRH - DSP - OSC</p>	<p>ONUSIDA Nations Unies</p>
<p>Renforcement de la connaissance sur la dynamique de l'épidémie</p>	<p>Réaliser des études sur les modes de transmission</p> <p>Réaliser des études sur l'estimation de la taille des populations clés et des populations vulnérables</p>	<p>Responsables CNPLS + CW</p> <p>Intervenants - MSPRH - MESRS - DSP - OSC</p>	<p>ONUSIDA Nations Unies</p>
<p>Renforcement de la surveillance comportementale, de la surveillance épidémiologique, de la surveillance des résistances aux traitements</p>	<p>Réaliser des études bio comportementales et des études CAP</p> <p>Réaliser des études sur la résistance aux ARV</p> <p>Assurer la diffusion et la mise en œuvre des résultats des travaux/études/enquêtes réalisés dans le cadre de l'amélioration des connaissances liées aux IST et au VIH</p> <p>Assurer une surveillance régulière des sérotypes de VIH circulants à partir du LNR</p> <p>Développer un mécanisme de transmission automatique des sérums au niveau du LNR à partir des laboratoires publics et privés</p>	<p>Responsables CNPLS + CW</p> <p>Intervenants - MSPRH - MESRS - LNR - PCH - DSP - OSC</p>	<p>ONUSIDA Nations Unies</p>

Stratégie	Interventions	Responsables/Intervenants	Partenaires
<p>(Suite) Renforcement de la surveillance comportementale, de la surveillance épidémiologique, de la surveillance des résistances aux traitements</p> <p>Produit 4.3.2.2- La situation de la résistance aux ARV et aux traitements des coinfections prioritaires est régulièrement suivie et sert à la révision des directives de prise en charge des PWVIH</p> <p>Intensifier la surveillance de la résistance du VIH aux ARV et des coinfections prioritaires aux traitements antibactériens et antimycosiques</p>	<p>Assurer l’approvisionnement régulier des réactifs pour le test de génotypage au niveau du LNR</p> <p>Mise en œuvre et diffusion des résultats des études planifiées sur la résistance aux ARV</p> <p>Développer un mécanisme de surveillance régulière des co-infections aux antimicrobiens au niveau des laboratoires régionaux de diagnostic</p> <p>Mettre en place un programme de contrôle qualité des laboratoires régionaux à partir du LNR/VIH/sida</p> <p>Assurer la disponibilité des kits d’antimicrobiens (réactifs antibactériens et antimycosiques) au niveau des laboratoires régionaux de diagnostic</p>	<p>Responsables CNPLS + CW</p> <p>Intervenants - MSPRH - MESRS - LNR</p>	<p>ONUSIDA Nations Unies</p>

7- CADRE DE SUIVI & EVALUATION

L'atteinte des objectifs ciblés dans le cadre de la mise en œuvre du PNS 2020-2024 nécessite la mise en place de mécanismes de suivi & évaluation permettant d'apprécier l'atteinte des résultats et de fournir de l'information à temps opportun, aux différentes parties prenantes, pour guider la prise de décisions basée sur des données probantes.

La mesure des résultats du PNS s'appuie également sur les Directives internationales en matière de mise en application des « Trois principes » notamment celui relatif à un seul cadre de suivi et évaluation au niveau national à travers le secrétariat permanent du CNPLS.

Gage de transparence et de redevabilité les mécanismes de suivi & évaluation permettront à tous les acteurs de la mise en œuvre du PNS 2020-2024 de produire des données régulières, fiables et accessibles permettant à toutes les parties prenantes d'apprécier les résultats et de fonder leurs réflexions sur une base de données fiable.

Ainsi, ils constituent le cadre de référence pour le suivi effectif de la mise en œuvre des activités et la mesure des effets et impacts des interventions auxquels tous les acteurs doivent contribuer dans une optique d'unicité du système national de suivi et évaluation. Le plan de suivi et évaluation qui accompagne ce présent plan stratégique fournit les détails de ces mécanismes de suivi et évaluation.

Le cadre de suivi et évaluation de la riposte s'aligne sur le dispositif national d'information sanitaire du pays à travers la collecte de données de routine et non routinières, mis en place au sein du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière pour la lutte contre les IST/VIH/sida.

7.1- OBJECTIFS DU DISPOSITIF NATIONAL DE SUIVI & EVALUATION

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNS 2020-2024, l'objectif général du dispositif national de S&E est de produire des informations fiables de qualité et pertinentes en temps réel, accessibles et utilisées par tous les acteurs pour une prise de décision en matière de VIH dans une optique d'unicité et de centralisation.

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

- Suivre et évaluer toutes les actions de la réponse nationale aux IST/ VIH/sida ;
- Mesurer les progrès réalisés au regard de la mise en œuvre du PNS 2020-2024 ;
- Comprendre la dynamique de l'épidémie en Algérie ;
- Renforcer le système d'information globale et la documentation des interventions des projets et programmes de lutte contre les IST/VIH/SIDA aux niveaux central et décentralisés (Wilaya);
- Renforcer les capacités en S&E des acteurs impliqués dans la riposte nationale, aux niveaux national et périphérique ;
- Promouvoir l'utilisation des données et informations relatives au VIH/sida dans la prise de décision ;
- Renforcer la recherche opérationnelle sur les IST/VIH/sida ;
- Assurer les audits, les revues annuelles, à mi-parcours et finale de façon systématique.

La mesure des performances du PNS 2020-2024 nécessitera la collecte des données et informations provenant du système de routine et celles générées par le système non routinier.

7.2- PRODUITS D'INFORMATIONS GENERES PAR LE SYSTEME DE ROUTINE

Il s'agit de tous les rapports générés par le système national d'information sanitaire parmi lesquels on peut citer :

- Les rapports programmatiques du secteur public et des OSC ;
- Les rapports des CD, CDR et des laboratoires ;
- Les rapports de supervisions ;
- Les rapports mensuel, trimestriel, semestriel et annuel des structures de mise en œuvre ;
- Les canevas de notification des cas à travers le système des MDO.

7.3- PRODUITS D'INFORMATIONS GENERES PAR LE SYSTEME NON ROUTINIER

Ils concernent tous les rapports d'études, d'évaluations, du système de Surveillance de l'infection à VIH/sida, des enquêtes bio-comportementales, les enquêtes effectuées auprès des populations clés et vulnérables ainsi que les enquêtes spécifiques diverses.

Les mécanismes de suivi et évaluation seront déployés de manière participative, à travers le développement de partenariats avec les différents acteurs et programmes.

Le système de suivi évaluation s'appuiera également sur les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

8- CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DU PNS

Pour une gouvernance optimale de la riposte, le gouvernement a mis en place un cadre institutionnel et organisationnel impliquant l'ensemble des secteurs à travers sa vision multisectorielle et décentralisée de la lutte contre les IST/VIH/sida.

8.1- DISPOSITIF DE COORDINATION AU NIVEAU CENTRAL

Dans le cadre des «Trois Principes-Three Ones», le CNPLS est l'instance unique de coordination de la réponse nationale avec comme bras technique le secrétariat technique permanent. Cette structure de gouvernance est prolongée au niveau décentralisé à travers les wilayas.

Ces structures de gouvernance sont complétées par des commissions techniques spécialisées par lesquelles celles en charge des projets financés par le Fonds Mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

■ Le Comité National de Prévention et de lutte contre le Sida (CNPLS) :

La Structure nationale de coordination a fait l'objet d'un décret exécutif du Premier Ministre (n°12-116 du 11 mars 2012) qui a mis en place le Comité National de Prévention et de Lutte contre les IST/VIH/sida (CNPLS).

Ce comité national, présidé par le Ministre en charge de la santé, « est un organe permanent de consultation, de concertation, de coordination et, de suivi et évaluation de l'ensemble des activités de prévention et de lutte contre les IST et le sida ». Il est doté de l'autonomie administrative et financière ; il dispose d'un Secrétariat Technique Permanent au sein de la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé.

■ Le Secrétariat Technique Permanent (STP/CNPLS)

Il est chargé de l'administration générale et du fonctionnement du Comité. Il a notamment pour mission de :

- Assurer l'assistance technique aux travaux du comité et des commissions techniques permanentes,
- assurer et suivre l'exécution des décisions du comité dans le cadre du PNS,
- assurer les activités des commissions techniques permanentes,
- assurer le suivi des comités de wilaya,
- recueillir et examiner les rapports semestriels des comités sectoriels, des organisations nationales, des associations et des comités de wilaya.

■ Commissions techniques spécialisées

Afin d'assurer une mise en œuvre efficace du Plan National Stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida, le CNPLS est doté de commissions techniques permanentes suivantes : *Commission Prévention et Communication ; Commission Prise en Charge Globale et Droit des Malades ; Commission Surveillance Epidémiologique, Suivi & Evaluation et Recherche Opérationnelle, et Commission « CCM » qui est une commission ad-hoc.*

Le CNPLS pourra se doter de toute autre commission jugée pertinente dans la mise en œuvre du Plan National Stratégique.

Par ailleurs, les activités du CNPLS, en référence à l'article 15 du décret sus-cité, doivent faire l'objet d'un rapport annuel qui est transmis au Premier ministre.

■ Structures sectorielles de coordination

Les ministères, les institutions nationales publiques, membres du CNPLS sont dotés de structures de coordination sectorielle qui déclinent les orientations du Plan National Stratégique au niveau des différents secteurs à travers un plan d'action budgétisé élaboré et suivi par les comités sectoriels en collaboration avec le Secrétariat Technique du CNPLS. Ces départements ministériels sont appuyés par la société civile et secteur privé.

• Les Départements ministériels :

Les ministères impliqués au premier plan sont le ministère de la Santé, de la Défense, des Affaires Etrangères, de l'Intérieur et des Collectivités Locales, de la Justice Garde des Sceaux, des Finances, des Affaires Religieuses et des Wakfs, de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de Recherche Scientifique, de la Formation et de l'Enseignement Professionnel, du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, de la Solidarité nationale, de la Famille et de la Condition de la femme, de la Jeunesse et des Sports, et de la Communication.

• La société civile :

Les organisations de la société civile intervenant pour la lutte contre les IST/VIH/sida dont l'association des PVVIH sont parties prenantes de la mise en œuvre du Plan National Stratégique 2020-2024.

Leurs interventions s'inscrivent dans le cadre de la complémentarité des actions gouvernementales et se réaliseront dans le cadre d'un plan d'action, qui identifiera non

seulement les champs de compétences de chaque association, mais également les zones d'intervention à travers le territoire national.

L'implication, la répartition équitable des tâches, des responsabilités et des financements sur le territoire national et en faveur des différentes cibles et/ou bénéficiaires, est une nécessité qui doit permettre une coordination plus efficace de la riposte du secteur associatif au niveau des wilayas. Pour jouer pleinement leur rôle, les associations bénéficieront d'un appui institutionnel en ressources humaines, financières et matérielles ainsi que dans le domaine de la formation, du renforcement des capacités managériales, de gestion de projets et de mobilisation des ressources financières.

- **Le secteur privé :**

Les actions du secteur privé s'inscrivent également dans la réponse nationale pour la lutte contre les IST/VIH/sida. L'Union Nationale des Opérateurs de la Pharmacie (UNOP), représentant du secteur privé au CNPLS jouera le rôle de point focal du secteur privé pour mobiliser les autres intervenants afin d'appuyer la riposte nationale au sida.

- **Partenaires techniques et financiers :**

Les organisations du Système des Nations Unies ainsi que les partenaires internationaux interviennent dans le cadre du partenariat entre le CNPLS. Ils sont parties prenantes sur toutes les étapes de la mise en œuvre du PNS et apportent une assistance technique et financière.

8.2- DISPOSITIF DE COORDINATION AU NIVEAU REGIONAL

Le CNPLS dispose, dans chaque wilaya, d'un comité de prévention et de lutte contre les IST/VIH/sida dénommé le comité de wilaya (CW). Le CW « est chargé, dans le cadre des missions, des orientations et des recommandations du comité national, de la coordination, du suivi et de l'évaluation de l'ensemble des activités de prévention et de lutte contre les IST/VIH/sida au niveau de la wilaya ».

Le CW, présidé par le wali, est composé des directeurs des départements ministériels membres du CNPLS et présents dans la wilaya ainsi que de certaines organisations nationales (croissant rouge, scouts musulmans) et d'associations activant dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les IST/VIH/sida.

Le CW tient ses réunions régulières tous les trois mois, élabore « un rapport annuel portant bilan de ses activités en matière de prévention et de lutte contre les IST/VIH/sida » et le transmet au Président du CNPLS via son secrétariat technique permanent.

9- CADRE BUDGETAIRE

L'estimation du budget a été faite en fonction du cadre de résultats et des actions majeures du Plan National Stratégique 2020-2024. Elle s'inspire de la budgétisation axée sur les résultats et du modèle des coûts unitaires.

Cette estimation du budget s'est déroulée de la manière suivante :

- Identification des actions majeures du PNS en fonction des produits (extrants) escomptés ;
- Définition et saisie des coûts unitaires sur la base du PNS précédent et des subventions en cours ;
- Définition des hypothèses de quantification des besoins ;
- Saisie des données et affectation des ressources.

Les ressources financières nécessaires pour l'atteinte des résultats du PNS 2020-2024 sont estimées à 19 milliards de DA soit environ 161 millions USD.

9.1- ANALYSE DU BUDGET

La répartition annuelle du budget suit une augmentation progressive d'une année à une autre pour accélérer la suppression de la chaîne de transmission du VIH en vue de mettre fin à l'épidémie du Sida.

L'axe dépistage et prise en charge qui traduit la stratégie « tester et traiter » et les 90-90-90 consomme près de 85% du budget prévisionnel, la prévention primaire 7,6%, la Gouvernance et le suivi & évaluation 5,1% et les Droits Humains, Genre et Environnement favorable 2,7%.

Tableau 9 : Prévission budgétaire par axe stratégique (en milliers de DA)

Axes Stratégiques	Coûts annuels des axes et effets (en milliers DZA)					Coût des 5 ans	
	2020	2021	2022	2023	2024	2020-2024	%
AXE STRATÉGIQUE 1 : Prévention de la transmission du VIH	165 320 488	230 001 787	294 214 012	358 025 974	421 510 109	1 469 077 351	7,6%
AXE STRATÉGIQUE 2 : Dépistage et prise en charge de l'infection VIH et des IST	2 374 470 404	2 796 812 100	3 243 321 968	3 692 926 967	4 189 398 917	16 296 930 356	84,7%
AXE STRATÉGIQUE 3 : Droits humains, genre et environnement favorable	91 886 462	103 086 786	83 515 079	138 714 273	94 896 143	512 098 745	2,7%
AXE STRATÉGIQUE 4 : Gouvernance, financement et information stratégique	166 032 786	190 632 303	197 513 554	205 082 930	213 409 244	972 670 818	5,1%
Total du PNS 2020-2024	2 797 710 141	3 320 532 976	3 818 564 614	4 394 750 144	4 919 219 394	19 250 777 270	100%

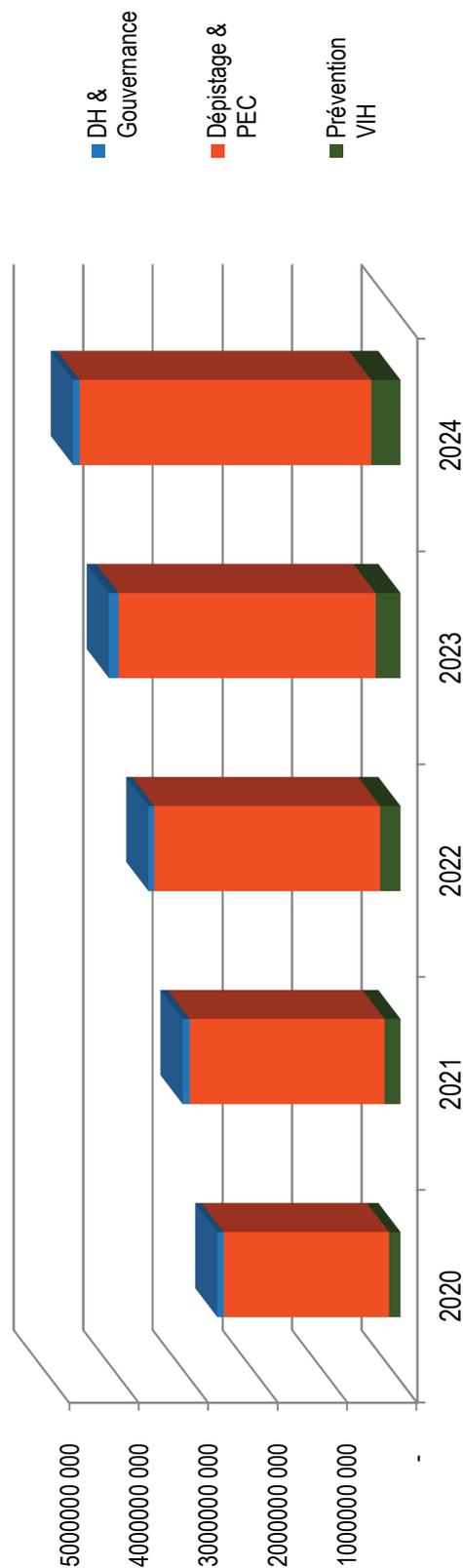


Tableau 10 : Répartition du budget selon les résultats d'effet (en Dinar Algérien)

Axes et Effets	Coûts annuels des axes et effets en milliers de Dinars					Coût des 5 ans 2020-2024
	2020	2021	2022	2023	2024	
Axe stratégique 1 : Prévention de la transmission du VIH	165 320	230 002	294 214	358 026	421 515	1 469 077
Effet 1.1- Au moins 75% des populations vulnérables (jeunes, détenus, populations mobiles, détenus, Hommes en uniforme, ...) adoptent des attitudes et pratiques qui les protègent du risque d'infection par les IST/VIH	98 852	142 961	188 133	234 332	281 523	945 802
Effet 1.2- 95% des populations clés (PS, HSH, CDI) adoptent des attitudes et pratiques qui réduisent le risque d'infection par le VIH.	11 182	16 003	21 005	26 194	31 574	105 958
Effet 1.3- 100% des accidents exposants aux liquides biologiques (AELB) notamment en milieu de soins sont pris en charge selon le guide national de prévention et de prise en charge en charge des AES.	10 264	17 705	25 865	34 796	44 556	133 185
Effet 1.4- 80% des personnes atteintes d'IST ont bénéficié du diagnostic précoce conformément aux directives nationales	45 023	53 333	59 211	62 704	63 862	284 132
Axe stratégique 2 : Dépistage et prise en charge de l'infection VIH et des IST	2 374 470	2 796 812	3 243 322	3 692 927	4 189 399	16 296 330
Effet 2.1- 65% des populations vulnérables (jeunes, femmes, détenus, populations mobiles, détenus, Hommes en uniforme, ...) ont bénéficié du dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis conformément aux directives nationales en la matière et ont pris connaissance de leurs résultats.	446 614	548 658	653 526	761 005	871 170	3 280 974
Effet 2.2- 80% des populations clés (PS, HSH, CDI) ont bénéficié du dépistage du VIH, des hépatites B et C et de la syphilis conformément aux directives nationales en la matière et ont pris connaissance de leurs résultats.	49 283	75 011	101 708	129 403	158 123	513 527
Effet 2.3- Le taux transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 2%	569 670	706 950	869 292	1 060 612	1 286 089	4 492 613
Effet 2.4- 100% des adultes et des enfants vivant avec le VIH (PVVH) dépistés sont pris en charge dans les centres de référence	688 998	768 271	837 409	892 985	951 487	4 139 149
Effet 2.5- 90% des PVIH bénéficiant de traitement antirétroviral ont une charge virale indétectable	327 922	343 136	355 331	354 866	353 996	1 735 251
Effet 2.6- 90% des cas de co-morbidité ont bénéficié de soins et traitements adaptés conformément au consensus national de prise en charge	12 716	13 584	14 507	15 489	16 533	72 829
Effet 2.7- 50% des PVVH et leurs familles bénéficient d'un soutien psychosocial approprié	279 268	341 202	411 549	478 567	552 000	2 062 587

Axes et Effets	Coûts annuels des axes et effets en milliers de Dinars					Coût des 5 ans 2020-2024
	2020	2021	2022	2023	2024	
Axe stratégique 3 : Droits Humains, Genre et Environnement favorable	91 886	103 087	83 515	138 714	94 896	512 099
Effet 3.1- Les dispositifs juridiques et réglementaires interdisant la stigmatisation et la discrimination et protégeant les PVVIH sont appliqués	36 126	47 326	27 754	82 954	39 135	233 295
Effet 3.2- La question de l'équité en matière genre est prise en compte dans toutes les stratégies de mise en œuvre de la riposte nationale aux IST/VIH/sida	55 761	55 761	55 761	55 761	55 761	278 803
Axe stratégique 4 : Gouvernance, Financement et Information stratégique	166 033	190 632	197 514	205 083	213 409	972 671
Effet 4.1- La gestion et la coordination de la riposte au niveau central et local sont efficaces et efficaces	67 800	67 800	67 800	67 800	67 800	339 000
Effet 4.2- 100% des structures de dépistage et de prise en charge des IST et du VIH produisent des données de qualité dans les délais requis	51 230	51 230	51 230	51 230	51 230	256 150
Effet 4.3- 100% des engagements financiers de l'Etat pour la lutte contre le VIH sont mobilisés et investis dans des interventions à haut impact	47 003	71 602	78 484	86 053	94 379	377 521
Total du PNS 2020-2024	2 797 710	3 320 533	3 818 565	4 394 750	4 919 219	19 250 777

9.2- MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DU PNS

9.2.1- Mobilisation des ressources domestiques

L'Etat a toujours consacré des dépenses non négligeables dans la riposte au Sida. Près de 95% de la riposte nationale sont couvertes par les ressources publiques. Cependant, une analyse de l'efficience allocative permettrait une meilleure orientation des investissements publics.

Avec l'affranchissement des subventions du Fonds mondial, des investissements supplémentaires à l'endroit des populations clés et vulnérables s'avèrent indispensables.

Ainsi des mécanismes d'appui des organisations de la société civile devront être trouvés pour le financement des activités de proximité à l'endroit des populations clés et vulnérables. Il s'agira de mobiliser plus de ressources au niveau gouvernemental et du secteur privé pour garantir la pérennité des programmes de proximité à l'endroit des populations clés et vulnérables et la durabilité de la réponse au VIH.

Aussi, les OSC devront faire un plaidoyer à l'endroit des pouvoirs publics pour un financement institutionnalisé des activités de proximité à l'endroit des populations clés et vulnérables. Par ailleurs, le plan de transition devra être mis en œuvre.

9.2.2- Mobilisation des ressources internationales

Malgré les efforts fournis par l'Etat, des ressources additionnelles sont nécessaires pour la mise en œuvre du PNS afin d'atteindre les objectifs escomptés. A travers le Cadre de Coopération Stratégique Nations Unies/Algérie (programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida) et autres partenariats, le PNS 2020-2024 mobilisera des ressources additionnelles destinées au renforcement des interventions notamment auprès des populations vulnérables au risque VIH.

Pour ce faire, le CNPLS organisera des rencontres avec tous les partenaires au développement pour définir les besoins d'appui technique dans les différents domaines. Dans cette perspective, des actions doivent être initiées pour lever les contraintes relatives à la mobilisation des ressources extérieures par les OCS.

Le financement d'Initiative 5% constitue actuellement une opportunité pour l'Algérie qui vient d'être éligible notamment pour les organisations de la société civile.

ANNEXE 1- Indicateurs clés du cadre de performance du PNS 2020-2024

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
Indicateurs d'impacts												
1		Nombre de nouvelles infections au VIH au sein de la population générale	1300	2018	Spectrum	1100	900	700	500	< 500	Annuelle	CNLPS MSPRH ONUSIDA
2		Mortalité liée au sida	145	2018	Spectrum	130	115	100	85	72	Annuelle	CNLPS MSPRH ONUSIDA
3		Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, vivant avec le VIH	2,3%	2019	Etude IBBS HSH	/	/	<= 2,3%	/	/	Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH
4		Pourcentage de PS vivant avec le VIH	7,21%	2019	Etude IBBS PS	/	/	<= 7,21%	/	/	Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH
5		Pourcentage de CDI vivant avec le VIH	2,2%	2019	Etude IBBS CDI	/	/	<= 2,2%	/	/	Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH
6		Pourcentage de populations mobiles vivant avec le VIH	Migrants 2,2%	2019	Etude IBBS Migrants	/	/	<= 2,2%	/	/	Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH
7		Pourcentage estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois	11,28%	2018	Rapport de la Riposte 2018	≤5%	≤5%	≤ 2%	≤2%	≤2%	Annuelle	CNLPS MSPRH ONUSIDA
Indicateurs d'effets												
8		Pourcentage de populations vulnérables (jeunes, populations mobiles, détenus, hommes en uniforme...) ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et ayant déclaré utiliser un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Jeunes 20-24 ans 45,2% Adultes 25-49 ans ND Migrants 59,9 Hommes en uniforme ND	2017	Etude CAP SRPF chez les jeunes et les populations clés (3 wilayas)		TBD			75%	Tous les 3 ans	CNLPS MSPRH
				2019	Etude IBBS Migrants			≥ 80%	/	75%	Tous les 3 ans	CNLPS MSPRH
							/	≥ 80%	/	/	Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
9		Pourcentage de jeunes âgés de 20 à 24 qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	9,6%	2015	Etude CAP SSR chez les jeunes (enquête parcellaire)			4,8%	/		Tous les 2 ans	CNLPS MSPRH
10		Pourcentage de professionnels du sexe ayant déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	57,3%	2019	Etude IBBS PS			76,1%	/		Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH
11		Pourcentage d'hommes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire de sexe masculin	58,5%	2019	Etude IBBS HSH	/	/	76,75%	/		Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH
12		Pourcentage de CDI qui indiquent avoir utilisé un matériel stérile (à usage unique) lors de leur dernière injection de drogue	83,9%	2019	Etude IBBS CDI	/	/	89,45%	/		Tous les 2 ans ou 3 ans	CNLPS MSPRH
13		Pourcentage d'accidents d'exposition aux liquides biologiques (AELB) pris en charge selon les directives nationales	ND			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Annuelle	CNLPS MSPRH
14		Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous ARV qui ont une charge virale indétectable (parmi tous ceux actuellement sous traitement qui font l'objet de mesure de la charge virale indépendamment de quand ils ont commencé le traitement ARV)	47,86%	2018	Rapport de la Riposte	56,3%	%64,7	73,1%	81,6%	90%	Annuelle	CNLPS MSPRH
Indicateurs de produits												
15		Pourcentage de jeunes âgés de 20 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	15,5%	2017	Etude CAP SRPF chez les jeunes et les populations clés (3 wilayas)			51,2			Tous les 2 ans	CNLPS MSPRH
16		Pourcentage d'adultes âgés de 25 à 49 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	ND					36%			Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
17		Pourcentage de PS possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	11,5%	2019	Etude IBBS PS			68%			Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH
18		Pourcentage de HSH possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	16,3%	2019	Etude IBBS HSH			67%			Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH OSC
19		Pourcentage de CDI possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	28,7%	2019	Etude IBBS CDI			61%			Tous les 2 ou 3 ans	CNLPS MSPRH OSC
20		Pourcentage de jeunes âgés de 20 à 24 ans ayant bénéficié de programmes adaptés de prévention combinée	ND			27,4%	39,3%	51,2%	63,1%	75%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
21		Pourcentage des hommes en uniforme ayant bénéficié de programmes adaptés de prévention combinée	ND			26%	37%	48%	59%	70%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
22		Pourcentage de détenus et du personnel pénitencier ayant bénéficié de programmes adaptés de prévention combinée		48%	59%	70%	64,7%	73,1%	81,6%	90%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
23		Pourcentage de populations mobiles ayant bénéficié de programmes adaptés de prévention combinée	Migrants subsahariens 3,3%	2019	Rapport OSC	11,9%	21,4%	30,9%	40,5%	50%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
24		Pourcentage de PS ayant bénéficié de programmes de prévention combinée	27,8%	2018	Rapport d'activité OSC 2018	41%	55%	68%	82%	95%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
25		Pourcentage de HSH ayant bénéficié de programmes de prévention combinée	24,4%	2018	Rapport d'activité OSC 2018	39%	53%	67%	81%	95%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
26		Pourcentage de CDI ayant bénéficié de programmes de prévention combinée	9,3%	2018	Rapport d'activité OSC 2018	26,5%	43,62%	60,7% CW	77,8%	95%	Annuelle	CNLPS + CW MSPRH OSC
27		Pourcentage de structures sanitaires (publiques et privées) qui appliquent les mesures de prévention et assurent une prise en charge adéquate des AELB conformément aux directives nationales en la matière	10%	2014	PNS 2016-2020	60%	70%	80%	90%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
28		Pourcentage de femmes en âge de procréer bénéficiant de programmes adaptés de prévention combinée	ND			23%	36%	49%	62%	75%	Annuelle	CNLPS MSPRH
29		Pourcentage de femmes en âge de procréer dépistées au VIH et connaissent leur résultats	ND			21%	33%	44%	56%	67%	Annuelle	CNLPS MSPRH
30		Pourcentage de femmes de 15 à 49 ayant été dépistées pour la syphilis dans la période de rapportage et qui connaissent leur résultats	ND			13%	26%	39%	52%	65%	Annuelle	CNLPS MSPRH
31		Pourcentage de femmes enceintes suivies en CPN dépistées au VIH et qui connaissent leur statut sérologique	77%	2018	Rapport de la riposte 2018	81,6%	89,2%	90,8%	95,4%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
32		Pourcentage de femmes enceintes dépistées positives pour l'hépatite B et prises en charge conformément au protocole national	ND			80%	85%	90%	95%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
33		Pourcentage de femmes enceintes dépistées positives pour l'hépatite C et prises en charge conformément au protocole national	ND			80%	85%	90%	95%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
34		Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales dont leurs conjoints ont fait l'objet de dépistage du VIH et qui ont reçu leurs résultats	ND			16%	22%	28%	34%	40%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
35		Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou sont en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	25,4%	2017	Rapport de la riposte MSPRH	22,8%	20,3%	17,7%	15,2%	12,7%	Annuelle	CNLPS MSPRH
36		Pourcentage de femmes en âge de procréer victimes de violences sexuelles prises en charge selon les directives nationales	ND			15%	30%	45%	65%	75%	Annuelle	CNLPS MSPRH
37		Pourcentage de femmes enceintes dépistées séropositives qui sont orientées et accompagnées vers le CDR conformément aux directives nationales	74%	2018	Rapport de la Riposte 2018	79,2%	84,4%	89,6%	94,8%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
38		Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des ar dans le but de réduire le risque de TME	84,11%	2018	Rapport de la riposte 2018	100%	100%	100%	100%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
39		Taux de rétention des femmes enceintes séropositives sous traitement ARV	ND			80%	85%	90%	95%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
40		Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	53%		Rapport de la Riposte 2018	62,4%	71,8%	81,2%	90,6%	100	Annuelle	CNLPS MSPRH
41		Pourcentage des enfants nés de mères séropositives traités conformément au protocole national de prise en charge des IST et du VIH	>95%	2018	Estimation Spectrum	>95%	97%	>98%	99%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
42		Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives, qui ont bénéficié d'orientation et d'accompagnement vers le CDR le plus adapté	>95%		Rapport de la Riposte 2018	96%	97%	98%	99%	100	Annuelle	CNLPS MSPRH
43		Pourcentage des femmes enceintes atteintes d'IST diagnostiquées et prises en charge selon les directives nationales	ND			80%	85%	90%	95%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
44		Pourcentage de femmes enceintes dépistées positives pour la syphilis et prises en charge conformément au protocole national	ND			20%	40%	60%	80%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
45		Pourcentage des populations vulnérables (jeunes, femmes, populations mobiles, détenus, hommes en uniforme...) testé pour le VIH et qui connaissent leur statut sérologique au VIH	Jeunes 10,1%	2017	Etude CAP chez les jeunes 2017	21%	32%	43%	54%	65%	Annuelle	CNLPS MSPRH
			Adultes 45%	2014	Estimé	47%	49%	51%	53%	55%	Annuelle	CNLPS MSPRH
			Migrants 2,9%	2019	Rapport OSC	11%	20%	28%	37%	45%	Annuelle	CNLPS MSPRH
			Détenus 80%	2018	MJ	72%	74%	76%	78%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH
46		Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont fait un test VIH au cours de la période de rapportage et connaissant les résultats	Homme en uniforme 40%	2018	MDN	44%	48%	52%	56%	60%	Annuelle	CNLPS MSPRH
			14,9%	2018	Rapport OSC 2018	28%	41%	54%	67%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
47		Pourcentage de professionnels du sexe qui ont fait un test VIH au cours de la période de rapportage et connaissant les résultats	17,4%	2018	Rapport OSC 2018	30%	42%	55%	67%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
48		Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont fait un test VIH au cours de la période de rapportage et qui en connaissent les résultats	5,6%	2018	Rapport OSC 2018	20%	35%	50%	65%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
49		Pourcentage d'adultes et enfants dépistés séropositifs au VIH et qui sont sous traitement	83,4%	2018	Rapport de la Riposte	86,7%	90%	93,4%	97%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
50		Pourcentage de CDR qui offrent des soins et traitements adaptés et gratuits à toutes les PVVIH national	93,7%	2019	MSPRH	93,7%	100%	100%	100%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
51		Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH connus pour suivre un traitement antirétroviral 12 mois après avoir commencé	91,4%	2018	Rapport de la Riposte	93,1%	94,80%	96,5%	98,3%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
52		Pourcentage de PVVIH présentant une résistance primaire ou secondaire aux antirétroviraux et bénéficiant d'une prise en charge adaptée	ND		Source	100%	100%	100%	100%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
53		Pourcentage de patients tuberculeux séropositifs au VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale pendant le traitement antituberculeux	50%	2020	Estimé	60%	70%	80%	90%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
54		Pourcentage de PVVIH présentant une coinfection VIH/VHB et/ou VIH/VHC et qui bénéficient d'une prise en charge adaptée	Hépatite B 50%			80%	85%	90%	95%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
55			Hépatite C 50%			80%	85%	90%	95%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
56		Pourcentage de PVVIH présentant d'autres infections opportunistes autres que la tuberculose et bénéficiant d'une prise en charge adaptée	80%	Estimé	MSPRH	80%	85%	90%	95%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
57		Pourcentage de PVVIH bénéficiant d'un soutien psychologique approprié	60%	Estimé	PSN 2016-2020	64%	68%	72%	76%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH
58		Pourcentage de PVVIH et leurs familles bénéficiant d'un soutien social approprié	18%	Estimé	PSN 2016-2020	24%	31%	37%	44%	50%	Annuelle	CNLPS MSPRH
59		Pourcentage de prestataires de soins qui maîtrisent l'approche syndromique de prise en charge des IST conformément au guide national	30%	2020	Estimé	40%	50%	60%	70%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH
60		Pourcentage de personnes atteintes d'IST diagnostiquées et orientées vers une structure de prise en charge	30%	2020	Estimé	40%	50%	60%	70%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH
61		Pourcentage des personnes et leurs partenaires atteintes d'IST bénéficiant à temps d'une prise en charge syndromique conformément au guide national de PEC des IST	30%	2020	Estimé	44%	58%	72%	86%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH
62		Pourcentage de populations mobiles atteintes d'IST précocement prises en charge dans les structures publiques et privées de santé	Migrants ND			16%	32%	48%	64%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
63		Pourcentage de PS atteintes d'IST précocement prises en charge dans les structures publiques et privées de santé	ND			16%	32%	48%	64%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
64		Pourcentage de HSH atteints d'IST précocement pris en charge dans les structures publiques et privées de santé	ND			16%	32%	48%	64%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
65		Pourcentage de CDI atteints d'IST précocement pris en charge dans les structures publiques et privées de santé	ND			16%	32%	48%	64%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
66		Pourcentage de professionnels du sexe qui a été dépisté positif à la syphilis active	4,6%	2019	IBBS PS	3,86%	3,12%	2,38%	1,68%	0,92%	Annuelle Données de routine	CNLPS MSPRH OSC
67		Pourcentage de professionnels du sexe qui a été dépisté positives pour l'hépatite B	3,4%	2019	IBBS PS	2,86%	2,3%	1,78%	1,24%	0,68%	Annuelle Données de routine	CNLPS MSPRH OSC
68		Pourcentage de professionnels du sexe qui a été dépisté positives pour l'hépatite C	1,5%	2019	IBBS PS	1,26%	1,02%	1,78%	0,54%	0,3%	Annuelle Données de routine	CNLPS MSPRH OSC
69		Pourcentage de HSH qui a été dépisté positif pour la syphilis	2,84%	2019	IBBS HSH	2,39%	1,94%	1,49%	1,04%	0,57%	Annuelle Données de routine	CNLPS MSPRH OSC
70		Pourcentage de HSH qui a été dépisté positif pour l'hépatite B	3,6%	2019	IBBS HSH	3,02%	2,44%	1,86%	1,28%	0,72%	Annuelle Données de routine	CNLPS MSPRH
71		Pourcentage de HSH qui a été dépisté positif pour l'hépatite C	0,26 %.	2019	IBBS HSH	0,22%	0,18%	0,14%	0,1%	0,06%	Annuelle Données de routine	CNLPS MSPRH OSC
72		Pourcentage de CDI qui a été dépisté positif pour la syphilis	1,48%	2019	IBBS CDI	1,24%	1%	0,76%	0,52%	0,3%	Annuelle Données de routine	CNLPS MSPRH OSC
73		Pourcentage de CDI qui a été dépisté positif pour l'hépatite B	2,6%	2019	IBBS CDI	2,18%	1,76%	1,34%	0,92%	0,52%	Annuelle Données de routine	CNLPS MSPRH OSC

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
74		Pourcentage de CDI qui a été dépisté positif pour l'hépatite C	22,55%	2019	IBBS CDI	18,95%	15,35%	11,75%	8,15%	4,51%	Annuelle Données de routine	CNLP MSPRH OSC
75		Pourcentage de PVVIH connaissant leurs droits fondamentaux en particulier ceux liés à la stigmatisation et la discrimination et les voies de recours	30%	2020	Estimé	42%	54%	66%	78%	90%	Annuelle	CNLP MSPRH OSC
76		Pourcentage de professionnel (le)s du sexe qui ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois	81%	2017	Rapport Riposte 2017	70,8%	60,6%	50,4%	40,2%	30%	Annuelle	CNLP MSPRH OSC
77		Pourcentage de professionnel (le)s du sexe qui ont évité de se faire dépister au cours des 12 derniers mois	ND			70%	60%	50%	40%	<30%	Annuelle	CNLP MSPRH OSC
78		Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont évité de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois	69%	2017	Rapport Riposte 2017	61,2%	53,4%	45,6%	37,8%	30%	Annuelle	CNLP MSPRH OSC
79		Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont évité de se soumettre au test du VIH au cours des 12 derniers mois.	ND			65%	56,2%	47,5%	38,8%	<30%	Annuelle	CNLP MSPRH OSC
80		Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues et qui évitent de demander des soins de santé au cours des 12 derniers mois	ND			70%	60%	50%	40%	30%	Annuelle	CNLP MSPRH OSC
81		Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues et qui ont évité de se faire dépister au cours des 12 derniers mois	ND			70%	60%	50%	40%	<30%	Annuelle	CNLP MSPRH
82		Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des 12 derniers mois	75%	2015	Rapport Index de stigmatisation et de discrimination des PVVIH en Algérie	66%	57%	48%	39%	<30%	Annuelle	CNLP MSPRH OSC
83		La coordination est assurée à travers le CNPLS et ses entités décentralisées	Oui	2019	MSPRH	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	Annuelle	CNLP MSPRH OSC
84		Pourcentage des intervenants formés/sensibilisés sur la prévention de la violence basée sur le genre	ND			16%	32%	48%	64%	80%	Annuelle	CNLP MSPRH OSC

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
85		Volume du financement des OSC de lutte contre les IST/VIH/sida VIH pour les activités de proximité à l'endroit des populations clés et des populations vulnérables (En millier) provenant des ressources domestiques	0%	2019	MSPRH		44 212	68 812	75 693	83 263	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
86		Pourcentage des OSC de lutte contre le VIH qui a bénéficié de formations sur la gestion et la mobilisation des ressources domestiques et des appuis extérieurs	100	2019	MSPRH	100%	100%	100%	100%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
87		Nombre de PV de réunions du CNPLS transmis par an	0	2019	MSPRH	2	2	2	2	2	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
88		Nombre de PV de réunions par commission transmises par an	0	2019	MSPRH	16	16	16	16	16	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
89		Nombre de PV de réunions des CWPLS transmis par an	0	2019	MSPRH	15	16	32	32	32	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
90		Pourcentage des membres du CNPLS et de ses entités décentralisées ayant reçu des formations sur la riposte aux IST/VIH/sida	ND			20%	30%	40%	50%	60%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
91		Nombre des réunions annuelles organisées dans le cadre de la mise en œuvre de la riposte au VIH/sida	ND 60%	2019	MSPRH	68%	76%	84%	92%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
92		Taux de promptitude et de complétude des données et des rapports au niveau des structures périphériques de diagnostic et de prise en charge	20%	2019	Estimé	50%	100%	100%	100%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
93		Pourcentage des indicateurs programmés sur la riposte aux IST/VIH/sida renseignés par an	35%	2018	Rapport de la riposte	44%	53%	62%	71%	80%	Annuelle	CNLPS MSPRH
94		Pourcentage des études réalisées	80%	2019	MSPRH	84%	88%	92%	96%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH

N°	Code	Indicateur	Données de base		Valeurs cibles					Fréquence de collecte	Entité responsable	
			Valeur	Année	Source	2020	2021	2022	2023			2024
95		Pourcentage de laboratoires régionaux transmettant les sérums positifs au VIH au niveau du LNR au cours de la période de rapportage	ND			80%	85%	90%	95%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
96		Pourcentage de laboratoires régionaux de diagnostic ayant reçu des visites de supervision et de contrôle qualité à partir du LNR	ND			20%	40%	60%	80%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
97		Pourcentage de CDR transmettant les informations sur les résistances des PVIH traités aux ARV au niveau du LNR au cours de la période de rapportage	ND			50%	62,5%	75%	87,5%	100%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC
98		Pourcentage de CDR transmettant les informations sur les résistances des PVIH traités aux antimicrobiens au niveau du LNR au cours de la période de rapportage	ND			20%	30%	40%	50%	60%	Annuelle	CNLPS MSPRH OSC

ANNEXE 2- Liste des participants à l'élaboration du PNS 2020-2024

Au titre des Secteurs Institutionnels

Dr Samia HAMMADI, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Dr Hakim SID MOHAND, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Dr Lotfi HAMCHI, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Mme Achouak KACIMI EL HASSANI, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Mme Samia MESBAH, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

Mme Habiba KHERROUR, Ministère des Affaires Etrangères

Mme Zohra BELKESSAM, Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Mr Rabeh KHALFI, Ministère de la Formation et de l'Enseignement Professionnels

Mr Mohamed BENHAMED, Ministère de la Jeunesse et des Sports

Mr Khadidja KHELIFI, Ministère de la Communication

Mr Slimane GADA, Ministère de la Communication

Mme Hizia DAHAR, Ministère de l'Intérieur, des Collectivités Locales

Pr Azzedine BENOURETS, Ministère de la Défense Nationale

Dr Reda SAHNOUNE, Ministère de la Justice

Mme Khadidja ADDA, Ministère des Affaires Religieuses et des Wakfs

Mr Fateh DAUDI, Office National de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

Dr Zahia CHERFI, Unité de gestion - Programme du Fonds Mondial

Mr Riad ATEK, Unité de gestion - Programme du Fonds Mondial

Pr Mustapha GRABA, Unité de gestion - Programme du Fonds Mondial

Dr Djohar HANNOUN, Institut National de Santé Publique

Dr Saliha MESLAM, Institut National de Santé Publique

Dr Meriem HAMMADI, Agence Nationale du Sang

Pr Nassima ACHOUR, EHS El Hadi Flici

Dr Soraya MAHRANE, EHS El Hadi Flici

Dr Amel ZERTAL, EHS El Hadi FLICI

Dr Fatma Zohra ZMIT, EHS El Hadi FLICI

Pr Achour AMRANE, EHS El Hadi FLICI

Pr Salima BOUZEGHOUB, LNR pour le VIH, Institut Pasteur d'Algérie

Dr Hynda MEHALEB, EHS Blida

Dr Mohamed YOUSFI, EPH Boufarik

Au titre des Associations

Mr Othmane BOUROUBA, Association « AIDS Algérie »

Mr Abderraouf KAMEL, Association « AIDS Algérie »

Dr Mahmoud BELHOUT, Croissant Rouge Algérien

Mme Nawel LAHOUEL, Association « El Hayet PVVIH »

Mr Ahcène BOUFENISSA, Association « Solidarité AIDS »

Mr Abdelbaki GHERBI, Scout Musulmans Algériens

Mr Mourad TOUBAL, Scout Musulmans Algériens

Mr Nacer BOURI, Union Générale des Travailleurs Algériens

Au titre des Nations Unies

Mr Adel ZEDDAM, ONUSIDA

Dr Ilyes KESSAL, UNICEF

Dr Houria KHELIFI, OMS

Au titre du Secteur Privé

Dr Lies LEMMOUCHI, Union Nationale des Opérateurs de la Pharmacie

Au titre des Consultants

Mr Daouda BA, Spécialiste en économie de la santé

Pr Fadhila TOUDEFT, Épidémiologiste

Pr Smail MESBAH, Infectiologue

