
Partie 6 : Exemple d'une réponse locale (analyse de la situation et de la réponse plus plan stratégique local) : Cas d'une Wilaya de l'extrême Sud algérien : Tamanrasset

Introduction

La méthodologie du processus de Planification Stratégique pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA telle que préconisée par l'ONUSIDA favorise la planification au niveau local. Cela est défini actuellement au niveau international par l'expression de dynamique focale qui permet de cerner les spécificités régionales et de les traiter en priorité, tout en s'intégrant dans le contexte de planification nationale.

La wilaya de Tamanrasset a été sélectionnée par le groupe d'experts nationaux sur la base de plusieurs critères de nécessité d'actions urgentes citées plus bas. Elle représentera au niveau de la planification stratégique nationale, une zone pilote pour le développement du concept de réponse locale. Lors du programme quinquennal dans le cadre des orientations stratégique et notamment le premier objectif, il est recommandé de généraliser l'approche au moins aux 05 régions sanitaires de manière à réaliser une cartographie de l'épidémie en fonction des caractéristiques régionales et de coordonner les priorités régionales avec les priorités nationales.

I. Contexte

Le processus de planification stratégique 2002-2006 projeté pour toute l'Algérie ne peut ignorer la Wilaya de Tamanrasset pour l'importance de l'infection VIH révélée par les enquêtes épidémiologiques et par les déterminants que sont les migrations, les infections sexuellement transmissibles et le travail du sexe.

De plus, Tamanrasset offre toutes les conditions pour le développement d'une réponse locale harmonisée et adaptée

Caractéristiques de la Wilaya :

La wilaya de Tamanrasset est située au Sud Est de l'Algérie entre celle d'Illizi à l'Est, celle d'Adrar à l'Ouest, elle est séparée du Mali au Sud Ouest et du Niger au Sud Est par une bande frontalière d'environ 1200 Km. Cette longue limitation désertique la rend perméable à une immigration importante et surtout clandestine.

Cette migration provient essentiellement de ces deux pays limitrophes mais également de la plupart des pays de l'Ouest et du centre de l'Afrique. Ceci entraîne un brassage de populations d'au moins 14 nationalités avec une population algérienne autochtone mais aussi provenant de la plupart des Wilayas du pays.

Cette plaque tournante de la migration qu'est Tamanrasset relayée au Nord par Ghardaïa sur la route d'Alger et d'Oran et au Sud par Ain -guezam et Tinzaouatine (respectivement sur la frontière avec le Niger et avec le Mali) attire ces populations pour différentes raisons :

- Relais en direction de l'Europe (Tamanrasset, Ghardaïa, Alger ou Oran vers l'Europe) ce qui explique la recherche de moyens financiers grâce au travail du sexe et au trafic de cigarettes, d'alcool et de drogues.
- Recherche de travail par les autochtones qui se sédentarisent dans le cadre d'un exode rural croissant important
- Recherche de travail par les algériens touchés par le chômage et provenant des wilayas du Nord.
- Affectation de fonctionnaires des secteurs publics et privés qui s'installent souvent sans leur famille.
- Présence d'un important effectif (10 à 20 000) de jeunes du Service National durant 18 à 24 mois encadrés par des militaires de carrière, avec ou sans leurs familles.

Cette grande diversité dans la composition de la population s'accompagne d'un accroissement très important de celle-ci dans la ville de Tamanrasset qui s'est multipliée par 16 en 25 ans (passant de 5000 à 80 000 habitants).

Les activités de la ville sont principalement axées autour du commerce, de la contrebande en tous genre et du travail du sexe.

Un hôpital de 210 lits avec 11 spécialités médicochirurgicales, un laboratoire, une polyclinique et des centres de santé en plus des cabinets médicaux privés de plus en plus nombreux sont répartis à travers la ville.

Objectifs

1. Etablir un diagnostic : situation et réponse (acteurs, potentialités)
2. Dégager les orientations stratégiques pour la région
3. Réaliser, avec les acteurs locaux, une étude de faisabilité et définir les actions prioritaires

Composition de l'équipe

Six experts nationaux conduits par le Pr. A. Dif : Pr. L. Mokhtari, Pr. E.G. Farès, M. J. Berrached, Pr. S. Khodja, M. A.Zeddami.

L'expert international ONUSIDA : Dr. A. Bacha

Structures visitées/rencontrées*Autorités régionales*

- Monsieur le Wali de Tamanrasset
- Monsieur le Directeur de la Santé et de la Population
- Monsieur le directeur du secteur sanitaire de Tamanrasset
- Monsieur le président du Conseil Médical
- Les représentants de tous les secteurs :
 - Formation Professionnelle
 - Education Nationale
 - Jeunesse et Sport
 - Justice
 - ANP
 - Intérieur
 - Affaires Religieuses
 - ONG

Services de santé :

Le secteur sanitaire de Tamanrasset

- Services des maladies infectieuses
- Hôpital de jour
- Centre de Transfusion Sanguine (CTS)
- Laboratoires
- Pharmacies
- Polycliniques (consultation gynécologique, planning familial, laboratoire)
- Deux (2) centres de santé (Gataa-el-oued, Sorro)
- Station de surveillance épidémiologique
- SEMEP
- Cabinets médicaux du secteur privé

Quartiers « chauds » : Gataa-el-oued et Sorro

II. Analyse de situation et de réponse

1. En termes de prévention :

Tabous et obstacles

Les visites des structures sanitaires des quartiers où se pratique le travail du sexe et les discussions qui ont eu lieu entre les différents responsables à tous les niveaux, ont permis de dégager les idées qui mettent en évidence les obstacles et les tabous qui favorisent des situations et des comportements à risque.

- Le nomadisme et les migrations de certaines populations vivant dans des conditions socioéconomiques précaires.
- L'analphabétisme, l'ignorance et l'immensité des territoires parcourus sont autant d'obstacles pour la connaissance des IST/VIH/SIDA et pour des comportements à moindre risque
- L'étendue des frontières, leur perméabilité et l'inégalité d'accès aux soins dans les trois (3) pays limitrophes constituent autant que la diversité des langues utilisées des freins à la mise en place d'un système de santé adapté.

Ces obstacles nombreux et variés sont accentués par l'existence des tabous liés à certaines croyances religieuses et à l'absence totale de connaissances pour des comportements sexuels à moindre risque. La résistance à l'utilisation du préservatif en est la principale *expression*.

Arguments favorables

Le directeur des affaires religieuses de la wilaya a quant à lui tenu un discours nettement plus tolérant et plus humaniste : « La religion n'est pas antinomique avec la science . La honte est de persévérer dans l'erreur. ».

Canaux et approches

Recommandation de relayer le message d'IEC par une prévention de proximité avec des groupes homogènes d'éducation par les pairs dans les milieux d'adolescents, de l'armée, des prisonniers, entre femmes confrontées au travail du sexe, etc.)

Moyens de prévention

La prévention des VIH/SIDA est effectuée par plusieurs secteurs (Jeunesse et les Sports, Education, Défense Nationale, Affaires Religieuse..) et coordonnée par la Direction de la Santé et de la population. Plusieurs organes ou services s'occupent de cette prévention, et notamment :

- le SEMEP du secteur sanitaire
- la station de contrôle épidémiologique
- le service de prévention de la DSP.
- Jeunesse, santé scolaire, imams, ONG

Ce qui ressort c'est:

- le manque de coordination de ces organes et services ; il serait utile de préciser les tâches et missions de chaque organe et service qui devraient être complémentaires.
- le manque de moyens de prévention, notamment l'absence quasi-totale et permanente du préservatif à la disposition des structures publiques.

2. En termes de prise en charge des IST

Le très faible niveau d'hygiène, la liberté des mœurs et l'existence d'un travail du sexe multiforme expliquent l'importance d'Infections Sexuellement Transmissibles.

Les IST ne sont que très faiblement prises en charge et ceci est confirmé par tous les médecins spécialistes ou généralistes et par les sages femmes qui examinent les malades.

La visite des structures de santé a permis d'identifier des possibilités très intéressantes de mise en place de consultations destinées à capter les IST par le diagnostic clinique et/ou biologique et surtout par un traitement/minute gratuit et par l'éducation sanitaire et la prévention (préservatif).

Trois consultations pourront être organisées au niveau de la polyclinique (gynécologie, planning familial et médecine interne)

2 consultations dans deux centres de santé situés à proximité des lieux « chauds » du travail du sexe Gataa el oued et Sorro...).

Trois médecins installés en cabinet privé reçoivent régulièrement (des consultants pour) des malades atteints d'IST et se sont déclarés prêt à collaborer pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Outre la prise en charge au niveau de ces différents lieux de consultation, une déclaration anonyme, une proposition de dépistage de l'infection VIH et l'éducation sanitaire devraient être soutenues par la distribution gratuite de préservatifs.

La prise en charge des IST à Tamanrasset devra être soutenue par :

- Une action de formation sous forme d'un cours de 8 à 12 jours dispensé par différents spécialistes venant des Facultés de Médecine du pays.
- L'équipement d'un laboratoire de la polyclinique pour le diagnostic des IST.
- Le recrutement de biologistes cliniciens, bactériologiste - parasitologue, sérologie (stages de perfectionnement).
- Enfin à terme, la création d'une spécialité IST/VIH/SIDA au niveau des facultés de médecine devrait régler la prise en charge de ce problème de santé publique à l'échelle nationale et à long terme.

3. En termes de surveillance épidémiologique

Le nombre d'infections VIH / SIDA cumulé de 1994 à août 2001 est de 261 cas dont près de 50% de nationalité algérienne .On retrouve 16 nationalités parmi les autres cas de VIH/SIDA. Parmi les cas de nationalité étrangère, le nombre le plus important est retrouvé chez les Nigériens (37 cas) et les Maliens (26 cas), posant la problématique des flux migratoires aux frontières.

Durant les deux premiers mois de l'année 2002, quinze cas de séropositivité au test ELISA, sont dépistés sur 750 tests. C'est une donnée nouvelle qui peut traduire une augmentation des cas par rapport aux années précédentes. En effet, durant ces années, les cas commencent à apparaître à partir des mouvements migratoires qui ont lieu à compter d'avril et non pas de janvier.

Le sex ratio est de 1,60 mettant en évidence que les femmes sont pratiquement autant infectées que les hommes. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 20 à 39 ans, la plus active sexuellement. Le mode de contamination le plus fréquent est la voie sexuelle. Cependant, un cas de contamination à l'hôpital a été rapporté, mettant en évidence la problématique de l'hygiène hospitalière.

La plupart des cas sont dépistés lors du don du sang, ce qui peut traduire une certaine ampleur du problème dans la population, les donneurs de sang étant une population proche de la population générale. Les séropositifs sont par ailleurs souvent perdus de vue, ce qui met en exergue l'insuffisance du système de prise en charge médicale et psychosociale.

L'enquête de séro-surveillance sentinelle du VIH, initiée en 2000 a permis d'identifier quatre femmes enceintes séropositives (séro-prévalence de l'ordre de 1%), de nationalité algérienne, sur 450 femmes enceintes dépistées, toutes jeunes (17, 18, 23 et 26 ans), mettant en évidence l'introduction de la maladie dans la population générale. Les femmes enceintes représentent le groupe à bas risque, se rapprochant de la population générale. Par ailleurs, il a été retrouvé 2 travailleuses du sexe séropositives, d'origine algérienne (21 et 40 ans) parmi (22) dépistées et une femme séropositive d'origine algérienne, âgée de 46 ans, parmi 98 patients atteints d'infections sexuellement transmissibles (IST).

Ces données mettent en évidence que la wilaya de Tamanrasset est une wilaya à risque, que les femmes, les enfants, les travailleuses du sexe et leurs clients, les migrants, les catégories démographiques jeunes sont les plus vulnérables à l'infection à VIH.

Le système de surveillance épidémiologique actuel reposant sur les résultats de la notification souffre d'insuffisances, notamment au plan de la confirmation des cas. Il reste insuffisant pour l'identification des personnes à risque et des comportements qui les exposent à ce risque. Il s'avère urgent de mettre au point un système de surveillance épidémiologique pertinent, performant, incluant la surveillance comportementale et celle des IST, sans oublier les enquêtes de séro-surveillance sentinelle. Les potentialités humaines et matérielles existent. Il suffit de les rentabiliser et de les coordonner.

4. En termes de prise en charge médicale

Elle concerne les personnes séropositives dépistées par le CDAG le CTS ou le laboratoire du secteur sanitaire

- les malades touchés par une infection opportuniste
- les malades dont l'immunité est effondrée inférieure à 200 CD4.

Elle sera assurée au niveau du service de maladies infectieuses du secteur sanitaire par un médecin spécialiste déjà formé, grâce à une bourse ONUSIDA.

Les malades pourront être suivis de façon ambulatoire au niveau d'une structure déjà aménagée (l'hôpital de jour) qui dispose d'une salle de consultation, de 4 salles d'hospitalisation, d'une salle d'attente et d'une unité de prélèvement.

La présence d'un psychologue, de deux infirmières et d'une assistante sociale (à former) est indispensable.

La disponibilité des antibiotiques, des antirétroviraux et de consommables est assurée par le secteur sanitaire grâce à un budget spécifique IST/VIH/SIDA affecté au sein du budget global du secteur sanitaire.

5. En termes de prise en charge psychosociale

Trois psychologues cliniciens exercent au niveau du secteur sanitaire de Tamanrasset, un au niveau du service de psychiatrie est chargé aussi de la prise en charge psychologique des personnes vivant avec le VIH, une au niveau de la polyclinique et l'autre est chargé de la santé scolaire.

Ils ont exprimé un certains nombres de besoins quand à la réalisation de leur mission, dont ceux relatifs aux IST/VIH/SIDA, en particulier le besoin de formation qui doit être axé sur :

- La prise en charge psychologique des personnes vivant avec le VIH
- Le counselling
- L'information relative aux IST/VIH/SIDA.

La prise en charge psycho – sociale des IST/VIH/SIDA est une mesure d'accompagnement indispensable à la prise en charge médicale, elle doit se situer à deux niveaux.

- 1) Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH, qui doit être assurée par un psychologue et une assistante sociale (à former) au niveau du service des maladies infectieuses et l'hôpital de jour.
- 2) Introduire le counselling en tant qu'élément essentiel du test de dépistage volontaire anonyme et gratuit, auprès du personnel médical et paramédical de la polyclinique, des centres de santé ainsi que des cabinets privés.

6. A propos de dépistage anonyme et gratuit

Tous les cas d'VIH dépistés jusqu'à ce jour l'ont été de façon passive par le centre de transfusion sanguine (CTS) ou par le laboratoire du secteur sanitaire (SS) de Tamanrasset. Ce dépistage concerne les donneurs de sang et les malades hospitalisés.

L'installation d'un centre de dépistage anonyme et gratuit est absolument indispensable, il devra être localisé au niveau de la station de surveillance épidémiologique. Un appareil Elisa y est déjà disponible. Le laboratoire devra cependant être équipé et aménagé convenablement.

Ce CDAG devra recevoir les personnes qui demandent à être dépistées, il aura également à traiter les prélèvements de sang de tous les porteurs d'IST qui acceptent d'être dépistés pour l'infection VIH (polyclinique, centres de santé et médecins privés).

Tout résultat négatif sera rendu par le médecin consultant accompagné par une éducation sanitaire et une distribution du préservatif.

Un résultat positif devra être d'abord confirmé grâce au sérum témoin par Elisa et/ou par une autre technique. Le résultat ne sera donné qu'après une préparation psychologique et une prise en charge convenable.

Une fiche de renseignement anonyme et codée devra accompagner chaque prélèvement destiné à éviter les doublons et à respecter l'anonymat de la personne dépistée.

La collecte de résultats positifs et leur analyse devra être centralisée au niveau de la DSP pour transmission à l'Institut National de Santé Publique (INSP) à la direction de la prévention du Ministère de la Santé et de la population et au Laboratoire National d'Alger (IPA) ou régional de contrôle (LNR) (LRC).

7. A propos des populations en situation de vulnérabilité

Deux types de population sont en situation de vulnérabilité

- Les Africains ressortissants des pays subsahariens
- Les travailleuses du sexe

Les premiers constituent 50% de la population de Tamanrasset ; leur vulnérabilité est due d'une part à leur situation socioéconomique précaire et d'autre part aux risques qu'ils font courir car venant généralement de pays à forte endémie VIH.

Les secondes constituent une population très vulnérable car :

- leurs conditions socioéconomiques sont très fragiles
- aucun contrôle médical n'est effectué au bénéfice de cette population
- leur nombre est, selon l'appréciation des différents responsables locaux, de plus en plus élevé
- l'implantation de leurs « maisons » ou « merkez » se trouve dans plusieurs quartiers de la ville (Gataa-el-oued, Sorro ...)

Le risque du manque de contrôle médical est double à la fois pour leur propre santé et pour la population « cliente », et ce pour plusieurs raisons :

- population jeune (notamment les appelés du Service National)
- population composée essentiellement d'hommes célibataires venant du Nord du pays.

Le manque de contrôle médical est doublé du peu de contrôle sécuritaire car, au fil des années, cette population s'est organisée pour échapper aux contrôles des services de sécurité (introduction de la « Fatha » qui masque une sorte de protection mafieuse par certains hommes)

La transmission par voie hétérosexuelle du VIH en Algérie étant la principale source, il est urgent de revoir totalement la stratégie de lutte à Tamanrasset, et notamment la protection et le contrôle médical du travail du sexe.

8. A propos des communautés d'origine étrangère et des dynamiques transfrontalières

La wilaya de Tamanrasset est régulièrement traversée par des populations nomades qui se déplacent d'Est en Ouest est du Nord au Sud à la recherche de pâturages pour leurs maigres troupeaux ou de marchés pour vendre ou acheter des marchandises.

L'itinéraire des caravanes est constitué par des puits bien connus qui relient des points d'eau.

Ces populations nomades sont originaires de tous les pays frontaliers (Mauritanie, Mali, Niger et probablement Libye)

Au plan linguistique le Targui est le plus utilisé mais avec plusieurs autres dialectes régionaux. L'islam est la religion la plus répandue.

Les rares études sanitaires qui ont été faites montrent un taux de natalité élevé et un taux de mortalité infantile et mortalité maternelle périnatale très élevée aussi.

Les contacts sanitaires avec ses populations sont rares et si brefs qu'ils ne permettent pas une couverture sanitaire acceptable.

Compte tenu de ces données, il est clair que la prise en charge des IST/VIH/SIDA autant que la prévention sont des plus aléatoires.

9. En termes de mobilisation des autres acteurs gouvernementaux

Le wali de la wilaya de Tamanrasset est le représentant du chef du gouvernement. Il dirige l'exécutif qui est représenté par des Directeurs de wilaya de tous les ministères (Intérieur, Finances, Education, Santé, Jeunesse et Sports, Affaires Religieuses, Travaux publics....)

Au plan militaire la wilaya de Tamanrasset est le siège de la septième région commandée par un général.

Ces deux autorités civiles et militaires sont en relation permanente et peuvent assurer une mobilisation intersectorielle dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA pour qu'un cadre institutionnel soit défini et un programme arrêté et budgétisé.

10. En termes de mobilisation du secteur associatif

Le secteur associatif est le maillon faible de la lutte contre le VIH/SIDA au niveau de la wilaya de Tamanrasset.

L'inexistence d'ONG thématiques et l'arrêt des activités de l'AAPF (comité de wilaya), ont réduit l'action du secteur associatif à des activités non planifiées réalisées lors de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le VIH/SIDA.

Un représentant d'une ONG que nous avons rencontré a exprimé son point de vue par rapport à la stérilité des actions des ONG en matière de lutte contre le VIH/SIDA, par le fait de l'existence d'une multitude de contraintes qui réduisent leurs efforts à mener des actions planifiées et pérennes.

- La présence d'un public opposant influent
- L'absence de toute forme de subventions ou d'aide nécessaire à la réalisation de leurs activités
- L'inexistence de moyens et de logistiques

Il a exprimé en outre des besoins de formation spécifique en matière *de planification des activités et de renforcement des connaissances et compétences des membres des ONG.*

La non implication du secteur associatif d'une manière effective dans la lutte contre le VIH/SIDA dans une région caractérisée par un nombre important de groupes vulnérables, et une prédominance de la population sexuellement active (15-49 ans = 43.5%), peut constituer une menace de taille à la réalisation du plan stratégique local, d'où la nécessité de renforcer les capacités des ONG existantes et d'encourager l'émergence d'autres acteurs activant au niveau des secteurs leaders dans la lutte contre le VIH/SIDA.

11. En termes de coordination et de mécanisme organisationnel de la réponse

La wilaya de Tamanrasset compte tenu de son étendue (1200 Km de frontières) sa situation géostratégique, la plaque tournante qu'elle représente sur le plan de l'immigration (une quinzaine de nationalités différentes), nécessite la mise en place d'un dispositif et/ou de mécanisme de coordination multisectoriel pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA adapté aux spécificités particulières qu'elle représente.

C'est ainsi qu'il est proposé la mise en place d'un mécanisme de coordination multisectoriel ci-après qui se traduit par deux (02) niveaux :

- Le niveau décisionnel
- Le niveau technique

Au plan du niveau décisionnel, un comité départemental est placé sous la présidence du Wali, personnalité politique et administrative .

Le coordinateur général étant le directeur de la santé et de la population de la Wilaya en vue d'harmoniser les relations entre le secteur privé, les secteurs gouvernementaux engagés dans le processus de lutte contre les IST/VIH/SIDA et les ONG et associations -*C'est l'autorité régionale dans le cadre de la coordination* -

Au plan du niveau technique, une unité de coordination technique en matière de formation de gestion financière et intéressera l'ensemble des cellules identifiées dans le cadre de la mise en place du mécanisme spécifique à la Wilaya à savoir :

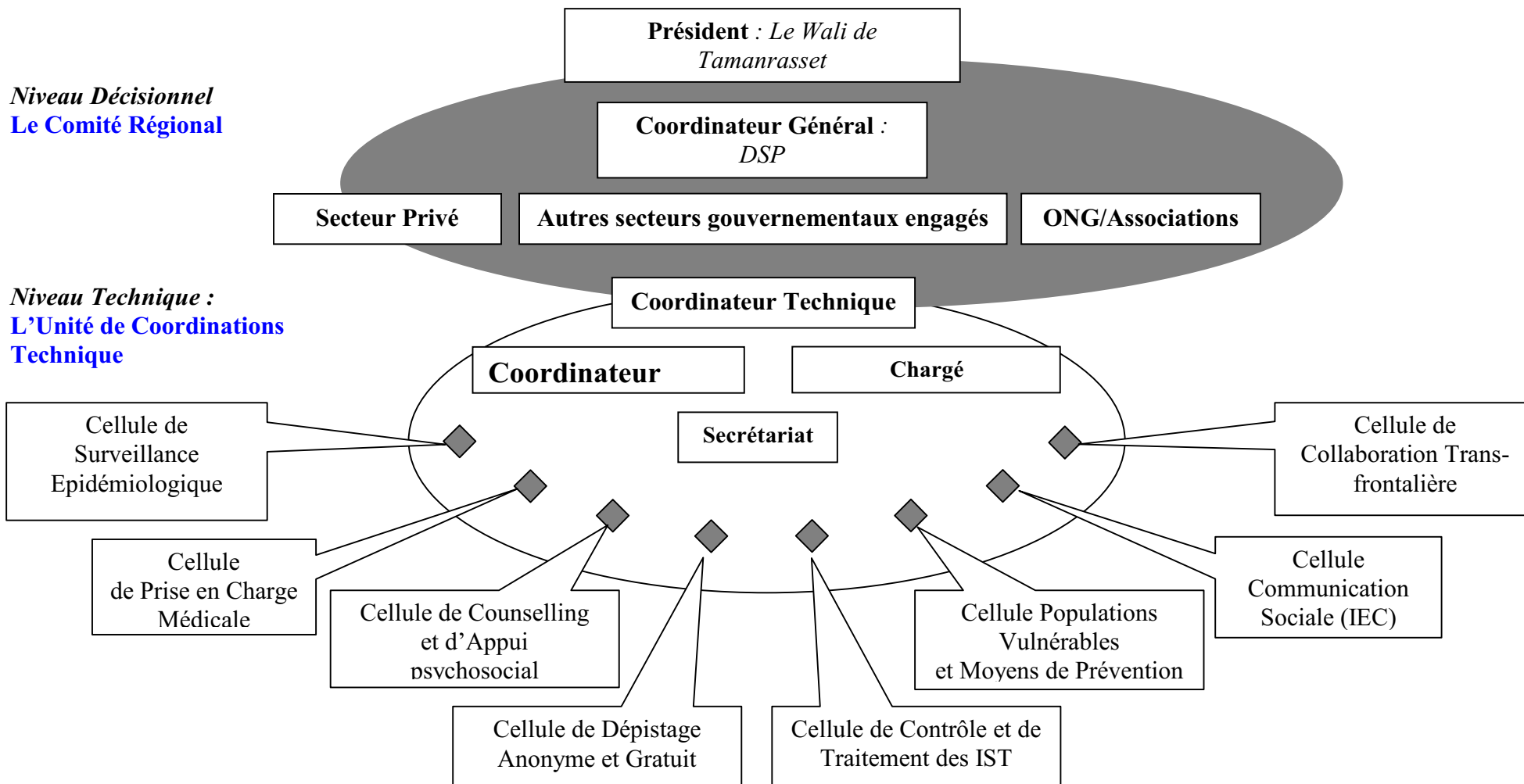
- Cellule de surveillance épidémiologique
- Cellule de prise en charge médicale
- Cellule de counselling et l'appui psychosocial
- Cellule de dépistage anonyme et gratuit
- Cellule de contrôle et de traitement des IST
- Cellule populations vulnérables et moyens de prévention
- Cellule communication sociale (IEC)
- Cellule de collaboration transfrontalière

Ce niveau technique doit obligatoirement être assisté par un secrétariat.

Cependant en matière de mécanisme de gestion financière et en vue d'alléger les procédures de paiement, il y a lieu d'adapter les procédures aux spécificités de la région. La notion de service fait exiger avant tout paiement préalable risquerait d'entraver quelque peu les démarches financières à engager dans le cadre des avances éventuelles consenties au personnel à recruter pour les actions spécifiques, ponctuelles et les menues dépenses...

Plan Stratégique IST/VIH/SIDA de la Wilaya de Tamanrasset 2002~2006

*Proposition de Mécanisme de Coordination Multi-sectoriel
Appellation provisoire : Comité Régional de Lutte contre les IST/VIH/SIDA*



III. Objectifs et stratégies du plan d'action local 'Tamanrasset'

1. Les objectifs (annexe N°11 : matrice Tamanrasset)

Les objectifs du plan stratégique de la réponse aux IST/VIH/SIDA dans la wilaya de Tamanrasset pour la période 2002-2006 sont

Objectif 1 (O-1) : Mobiliser tous les acteurs du gouvernement, de la société civile et du secteur privé, et assurer une coordination opérationnelle entre ces différents niveaux

Objectif 2 (O-2) : Assurer une surveillance épidémiologique pérennisée

Objectif 3 (O-3) : Réduire l'impact du VIH/SIDA sur les PVVIH et l'impact économique et social

Objectif 4 (O-4) : Réduire la transmission des IST et du VIH

Objectif 5 (O-5) : Réduire la vulnérabilité aux IST/VIH/SIDA

Objectif 6 (O-6) : Etablir un partenariat sous-régional et promouvoir une collaboration transfrontalière suivie

2. Les Stratégies opérationnelles

Les stratégies permettant à la wilaya d'atteindre chacun de ces objectifs sont les suivantes:

O-1 Pour mobiliser tous les acteurs du gouvernement, de la société civile et du secteur privé, et assurer une coordination opérationnelle entre ces différents niveaux

S1 Mise en place d'un nouveau mécanisme de coordination multisectorielle au niveau de la Wilaya et élaboration de document de référence sur les attributions des uns et des autres

S2 Mobilisation des acteurs autour de plans d'action spécifiques de tous les secteurs étatiques présents et renforcement des ONG et autres formes associatives de la société civile, autochtone ou d'origine externe

S3 Outillage de tous les acteurs par le développement de programmes appropriés de formation et d'acquisition de compétences

S4 Stimulation de partenariats sous régional, régional et international et promotion de collaborations transfrontalières

O-2 Pour assurer une surveillance épidémiologique pérennisée

S1 Etablissement d'un système de gestion de l'information épidémiologique sur les IST et le VIH/SIDA, codifié et harmonisé avec le mécanisme national

S2 Renforcement de la surveillance sentinelle du VIH

S3 Introduction de l'approche de surveillance comportementale (population générale et groupes en situation de vulnérabilité)

O-3 Pour réduire l'impact du VIH/SIDA sur les PVVIH et l'impact économique et social

S1 Développement d'une démarche, globale et équilibrée, d'accompagnement médico-psycho-social par une implication de relais communautaires

S2 Amélioration de la prise en charge des infections opportunistes

S3 accès codifié et gratuit aux antirétroviraux pour toutes les personnes infectées par le VIH dont l'immunité est effondrée

S4 Mise sur pied d'un centre de traitement ambulatoire (hôpital de jour) qui servirait de plate-forme pour la prise en charge

S5 Appui à l'organisation des PVVIH et soutien multiforme (juridique, social, aux orphelins, etc.)

S6 Lutte contre l'exclusion et la stigmatisation liées au VIH/SIDA

O-4 Pour réduire la transmission des IST et du VIH

S 1 Développement d'une communication adaptée au contexte socioculturel

S 2 Multiplication des actions éducatives de proximité accompagnées d'une mise à disposition pérenne de préservatifs

S 3 Promotion et accessibilité continue des préservatifs

S 4 Meilleur contrôle, diagnostique et thérapeutique, des IST courantes par un service de proximité combinant l'approche syndromique et un soutien biologique léger

S 5 Développement et promotion du dépistage volontaire, anonyme et gratuit

S 6 Renforcement de la prévention de la transmission du VIH en milieu de soins

S 7 Prévention de la transmission mère/enfant

S 8 : Maintien de la sécurité transfusionnelle

O-5 Pour réduire la vulnérabilité aux IST/VIH/SIDA

S 1 Mobilisation des groupes vivant dans des situations de vulnérabilité et/ou ayant des comportements à risque

S 2 Réduction de la vulnérabilité liée au genre

O-6 pour Etablir un partenariat sous-régional et promouvoir une collaboration transfrontalière suivie

S 1 Elaboration d'une approche sous-régionale de partenariat et de collaboration trans-frontalière impliquant dans un premier temps l'Algérie, le Mali et le Niger

IV. Evaluation budgétaire pour le plan stratégique local de lutte contre les IST/VIH/SIDA de la wilaya de Tamanrasset

Tableau N°19 : évaluation budgétaire du plan local de la wilaya de Tamanrasset
(Annexe N° 11: matrice de Tamanrasset budgétisée)

<i>Objectifs</i>	<i>Stratégies</i>	<i>Mobilisation des ressources budget nécessaire (DA)</i>
<i>Objectif 1</i>	<i>Stratégie 1</i> <i>Stratégie 2</i> <i>Stratégie 3</i> <i>Stratégie 4</i>	<i>400 000</i> <i>3 400 000</i> <i>2 400 000</i> <i>1 300 000</i>
<i>Sous total 1</i>		<i>7 500 000</i>
<i>Objectif 2</i>	<i>Stratégie 1</i> <i>Stratégie 2</i> <i>Stratégie 3</i>	<i>6 000 000</i> <i>6 700 000</i> <i>4 000 000</i>
<i>Sous total 2</i>		<i>16 700 000</i>
<i>Objectif 3</i>	<i>Stratégie 1</i> <i>Stratégie 2</i> <i>Stratégie 3</i> <i>Stratégie 4</i> <i>Stratégie 5</i> <i>Stratégie 6</i>	<i>1 000 000</i> <i>18 500 000</i> <i>450 300 000</i> <i>600 000</i> <i>500 000</i> <i>2 000 000</i>
<i>000Sous total 3</i>		<i>462 900 000</i>
<i>Objectif 4</i>	<i>Stratégie 1</i> <i>Stratégie 2</i> <i>Stratégie 3</i> <i>Stratégie 4</i> <i>Stratégie 5</i> <i>Stratégie 6</i> <i>Stratégie 7</i> <i>Stratégie 8</i>	<i>3 000 000</i> <i>300 000</i> <i>70 000 000</i> <i>2 700 000</i> <i>3 600 000</i> <i>5 100 000</i> <i>3 200 000</i> <i>2 300 000</i>
<i>Sous total 4</i>		<i>90 200 000</i>
<i>Objectif 5</i>	<i>Stratégie 1</i> <i>Stratégie 2</i>	<i>800 000</i> <i>600 000</i>
<i>Sous total 5</i>		<i>1 400 000</i>
<i>Objectif 6</i>	<i>Stratégie 1</i>	<i>Pour mémoire</i>
<i>Sous total 6</i>		<i>Pour mémoire</i>
<i>Total général</i>		<i>578 700 000</i>

Total budget : 578 700 000 DA

PPS Tamanrasset : 7,23 millions USD environ

7,72 millions d'Euro environ

N.B :

L'évaluation PPS Tamanrasset est comprise dans le PPS national. Cette évaluation concerne le PPS local dans le cadre de la mobilisation des ressources propres aux six objectifs et stratégies définis. Pour la stratégie 3 de l'objectif 3 prendre en charge la population transitant par Tamanrasset soit 14 à 16 nationalités.