

**PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE RWANDAISE
COMMISSION NATIONALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA
B.P 7162, Tel. 582018
Fax. 583325
E-mail :cnls@rwanda1.com**

**PLAN NATIONAL DE SUIVI ET D'EVALUATION
POUR LES PROGRAMMES DU VIH/SIDA
(2002-2006)**

Kigali, décembre 2002

Liste des abréviations

ANSP+	Association nationale de Soutien aux Personnes Séropositives
ARV	Anitrétroviral
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CDLS	Commission District de Lutte contre le SIDA
CESAG	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CNLS	Commission Nationale de Lutte contre le SIDA
CNJ	Conseil National de la Jeunesse
CNF	Conseil National des Femmes
CPLS	Commission Provinciale de Lutte contre le SIDA
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESC	Enquête de Surveillance Comportementale
GSTSE	Groupe de Soutien Technique en Suivi et Evaluation
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MEASURE	Monitoring & Evaluation to Assess and Use Result
NU	Nations Unies
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour le SIDA
PNLS	Programme National de Lutte Contre le SIDA
PVVIH	Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
PTME	Prévention de la Transmission Mère à Enfant
S&E	Suivi et Evaluation
SIS	Système d'Information Sanitaire
TRAC	Treatment Research AIDS Center/Centre de Recherche sur le SIDA (TRAC)
UNGASS	Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies

REMERCIEMENTS

Ce document a été mis au point par la CNLS/Rwanda, grâce au financement de l'USAID. Il a bénéficié de la contribution de nombreuses personnes et organismes. Nous citons notamment MEASURE Evaluation pour son appui technique à la conception et au développement de ce Plan. La CNLS présente à ces deux Institutions ses sincères remerciements, et plus particulièrement à leur personnel notamment Barbara Sow (USAID/Rwanda), Erin Eckert & Stéphanie Mullen toutes deux de MEASURE Evaluation et Leontine Gnassou du CESAC.

Nous tenons également à remercier la Sous Commission & la Direction du Suivi et Evaluation de la CNLS qui a pris cette initiative importante pour la planification de la CNLS. Nous ne pouvons pas oublier les importantes contributions des membres du Groupe de Soutien Technique de S & E et les autres partenaires, qui ont contribué à l'atelier de formulation des indicateurs du 2 Octobre 2002 organisé par la CNLS à l'hôtel NOVOTEL de Kigali.

Kigali, le 18 décembre, 2002

Monseigneur Emmanuel KOLINI

Président de la CNLS

TABLE DES MATIERES

Liste des sigles et abréviations.....	1
Remerciements.....	2
Synthèse.....	4
CHAPITRE I.	
Introduction.....	6
Historique	
Objectifs	
Méthodologie	
Raisons d'être du Plan de S&E	
Notions de S&E	
Eléments d'un bon système de S&E	
CHAPITRE II. Surveillance épidémiologique et comportementale.....	10
Surveillance sentinelle	
Surveillance routinière	
Surveillance comportementale	
CHAPITRE III. Les Programmes de lutte contre le SIDA.....	14
Prévention	
Surveillance	
Prise en charge	
Pauvreté et genre	
Promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle	
CHAPITRE IV. Rôles de la CNLS et ses relations avec les autres agences et bailleurs.....	21
Unité de S&E	
Intervenants dans la lutte	
ONGs locales et internationales	
Coopérations bilatérales et multilatérales	
Plan de formation en S&E	
CHAPITRE V. Dissémination et utilisation des données.....	27
Niveaux de dissémination	
Cibles rapports annuels	
Indicateurs	
CONCLUSIONS.....	30
ANNEXES	31
Annexe I : Liste des personnes interviewées	
Annexe II : Groupe de Soutien Technique en S&E	
Annexe III : Cheminement des données	
Annexe IV : Structures nationales de Coordination	
Annexe V : Format du rapport annuel	
Annex VI : Revue generale des indicateurs	
Annexe VII : Indicateurs	
Annexe VIII : Indicateurs de performance de la CNLS	
Annexe VII : Références	

SYNTHESE DU PLAN NATIONAL DE SUIVI ET EVALUATION 2002-2006

Le Plan National de Suivi et Evaluation 2002-2006 est un instrument de mesure, d'évaluation et de la vérification de la mise en exécution du PNM. Il vise à suivre et à évaluer la qualité des interventions et la tendance du VIH/SIDA, notamment par l'entremise de la surveillance épidémiologique sentinelle, de la surveillance routinière, comportementale et la surveillance de 2^e génération (voir indicateurs). Il s'agit d'un document complémentaire aux Cadre Stratégique et PNM 2002-2006. Il joue le rôle de thermomètre pour voir régulièrement l'état d'avancement des Interventions de lutte contre le SIDA au Rwanda, en fonction des axes programmatiques, des objectifs, et des différents secteurs que contiennent le Cadre Stratégique et le PNM. Ces secteurs sont les suivants :

Le Secteur *public* avec le Ministère de la Santé et les autres Ministères - Le Secteur *privé* regroupant les Entreprises para-étatiques et privées -Le Secteur *communautaire* avec plusieurs sous-secteurs tels que le sous-secteur associatif/ONGs, le sous-secteur confessionnel (catholiques, protestants et musulmans), le sous-secteur de la société civile (syndicats, groupe de Droits de l'homme), et le sous-secteur des organisations de masses politiques (structures organisationnelles de la jeunesse et des femmes) - Le Secteur des *structures de coordination* constituées par les organes qui coordonnent la lutte au niveau national et décentralisé(CNLS, CPLS et CDLS)

Ce Plan National de S & E 2002-2006 a été inspiré à la fois par les indicateurs du Cadre Stratégique, les objectifs & orientations des Nations Unies(rapport de S & E de 2000 de l'ONUSIDA) et les orientations politiques du Sommet du Millénaire(Septembre 2000). Il se fonde sur l'approche participative en consultant les experts Nationaux regroupés dans le Groupe de Soutien Technique en S & E d'une part, et d'autre part des experts trouvés sur le terrain de lutte contre le SIDA du Rwanda. Ceci pour répondre aux exigences de la lutte qui est désormais multisectorielle, pluridisciplinaire, communautaire et décentralisée.

Cette approche inspire une partie importante de ce Plan qui est le tableau des Indicateurs Nationaux 2002-2006 dans la lutte contre le SIDA. Ces indicateurs ont été élaborés sur la base des cinq axes constituant l'orientation politique de lutte contre le SIDA au Rwanda. Ces axes sont le renforcement des mesures de prévention, le renforcement de la surveillance de l'épidémie, l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées, le renforcement des mesures de réduction de la pauvreté & l'intégration du genre dans la lutte contre le VIH/SIDA, le renforcement de la réponse, promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle.

Le Plan de S & E a fondé sa valeur intrinsèque sur le cadre conceptuel de Planification en S & E, lequel cadre rappelle la logique entre les Intrants → Extrants → Résultats → Impact. Les Apports sont les différentes ressources entrant en jeu pour les Programmes SIDA, les produits étant les Politiques & les Services relatifs aux interventions SIDA, les résultats étant les connaissances du VIH, les comportements sexuels, la recherche, le traitement, l'Impact étant la prévalence du VIH, la morbidité.

Ce Plan montre dans les deux derniers chapitres ce que le Gouvernement(par le biais de la CNLS) attend des acteurs (société civile, forum des ONGS). C'est dans cette logique que le Plan de S & E exige un système de notification des données de la base vers le Gouvernement,

des Programmes Nationaux vers le Gouvernement et comment les résultats des recherches doivent être canalisés vers l'organe de coordination nationale qui est la CNLS en passant par le TRAC. Dans la même optique, le Plan recommande une dissémination des données régulière qui devront être échangées entre les Partenaires et le Gouvernement.

CHAPITRE I. INTRODUCTION

A. Historique du VIH/SIDA au Rwanda et situation épidémiologique

Au Rwanda, les premiers cas du VIH ont été notés et diagnostiqués en 1983. Par conséquent, le Ministère de la Santé, responsable de la lutte contre le SIDA, a mis en place des planifications conséquentes et aujourd'hui, nous en sommes au Cadre stratégique 2002-2006 produit en mai 2002 par la CNLS.

Jusque là, le suivi et l'évaluation systématique n'existaient pas dans tous ces plans, alors qu'en 1997, l'enquête nationale montrait une prévalence du VIH de 11,1%. L'insuffisance du système de collecte de données et l'absence de mécanisme de dissémination présageaient de la difficulté à orienter les interventions et à apprécier leur impact (voir chap.V).

B. Les Objectifs généraux du Plan National Multisectoriel (PNM) 2002-2006

En mai, 2002, la Commission Nationale de Lutte Contre le SIDA (CNLS) a adopté un Plan National Multisectoriel de Lutte Contre le SIDA pour les années 2002-2006 selon le Cadre Stratégique National. Le PNM est le résultat d'un processus participatif des intervenants de tous les secteurs (le secteur public, y compris la santé, éducation, etc. ; le secteur privé regroupant les entreprises; le secteur communautaire regroupant les ONG, les associations, les groupes religieux, les structures de coordination de lutte contre le SIDA comme le CNLS, CPLS et CDLS). Ainsi, cette approche multisectorielle, pluridisciplinaire, décentralisée et communautaire a permis de mobiliser les actions de toutes disciplines, de tous les niveaux d'intervention (central, régional, périphérique.) Les résultats de cette rencontre ont abouti aux objectifs suivants:

Objectifs	Ref.
Stabiliser à 13% le taux de prévalence du VIH/SIDA de 2002 à 2006	Axe I
Endiguer la propagation du VIH/SIDA et des maladies associées telles que les ISTs et la TB durant la période d'exécution du PNM	Axe II
Réduire l'impact des ISTs et du VIH/SIDA, de la TB sur les individus, les familles et les communautés durant la période d'exécution du PNM	Axe III
Intégrer les dimensions du genre/VIH dans le pays durant la période d'exécution du PNM	Axe IV
Renforcer le partenariat et les capacités nationales des structures d'exécution et de coordination du PNM 2002-2006	Axe V

C. La Méthodologie de l'élaboration du plan de S & E

Le Plan de S & E 2002-2006 est aussi un produit du processus stratégique multisectoriel de lutte contre le SIDA au Rwanda. Les étapes franchies dans ce processus sont essentiellement les suivantes:

- 1) Les visites et interviews chez et avec les Intervenants Potentiels dans la lutte contre le SIDA au Rwanda
- 2) Les Réunions de conception, de concertation et de consultation avec le Groupe de Soutien Technique de Suivi et Evaluation-VIH/SIDA au Rwanda

Les Réunions de conception, de concertation et de consultation avec la Sous Commission de Suivi et Evaluation de la CNLS

3) La Revue documentaire

Les visites et Interviews

Depuis le mois de septembre 2002, une série de visites et interviews ont été réalisées auprès des intervenants potentiels sélectionnés (*voir liste en Annexe I*) afin de connaître le système de S & E existant au Rwanda dans le domaine de la lutte contre le SIDA. Un plus grand nombre d'interviews ont été organisées avec le secteur Santé Communautaire qui est en avance dans la lutte. Aussi, les experts en S & E ont-ils proposé quelques éléments de S & E discutés avec le Groupe de Soutien Technique et la Sous-Commission de S & E de la CNLS.

Les Réunions avec le Groupe de Soutien Technique de Suivi et Evaluation et Sous-Commission de Suivi et Evaluation de la CNLS

Dans ce processus d'élaboration du Plan de S & E, les éléments trouvés dans le Système de S & E au Rwanda ont été toujours partagés, comme dit plus haut, avec le Groupe de Soutien Technique et la Sous-Commission. Il en a été de même que pour les nouveaux éléments proposés pour améliorer le Système. Ce qui a permis de recueillir au fur et à mesure les commentaires de ce Groupe important dans le S & E des activités VIH/SIDA au Rwanda et de la Sous-Commission de S & E de la CNLS (*voir liste en Annexe II.*)

Malgré les multiples occupations, le Secrétaire Exécutif de la CNLS a toujours participé à ces réunions qui étaient organisées dans les locaux de la CNLS ce qui a montré l'importance accordée à ce plan.

Les indicateurs qui se trouvent dans ce Plan de S&E ont fait l'objet d'un consensus national obtenu lors de l'atelier réunissant la CNLS, la Sous-Commission, et les partenaires nationaux et internationaux. Les indicateurs ont pris en compte les recommandations de l'ONUSIDA et celles de UNGASS (Session Spéciale de l'Assemblée Generale des Nations Unies sur le VIH/SIDA).

La Revue documentaire

Quelques documents indispensables ont été consultés pour référence, et les documents qui sont repris en annexe ont inspiré les idées de l'élaboration du présent Plan National de S & E 2002-2006.

D. Raison d'être du Plan de Suivi et Evaluation

La Nouvelle Commission Multi-Sectorielle de lutte contre le SIDA, CNLS a jugé indispensable de suivre et d'évaluer systématiquement les activités de lutte contre le SIDA. En effet, ceci permettra au Gouvernement d'orienter les interventions sur la base des éléments non seulement étudiés minutieusement (& chiffrés) mais aussi et surtout planifiés à l'échelle nationale et internationale.

De manière globale, le but du Plan de S & E est d'une part d'orienter et de renforcer les méthodes de Surveillance du VIH/SIDA au Rwanda, ainsi que d'améliorer le système de traitement et de dissémination des données relatives au VIH/SIDA; et d'autre part, d'utiliser le Plan qui est un document complémentaire aux Cadre stratégique et PNM 2002-2006, pour

vérifier au fur et à mesure s'il y a un progrès tel qu'indiqué dans les objectifs de ces 2 documents stratégiques et de planification (**ref. b**); dans l'optique de la vision globale du Rwanda de réduction et/ou stabilisation de l'incidence du VIH/SIDA; et tel que les indicateurs nationaux le stipulent (ref. annexe VI).

Enfin notons également que ce Plan de S & E vise à faire appliquer certaines résolutions des Nations Unies (voir indicateurs d'UNGASS) et des décideurs Politiques (voir les indicateurs du Sommet du Millénaire réunis en Septembre 2000).

E. Quelques notions en Suivi & Evaluation

Le suivi vérifie si les intrants prévus sont utilisés quotidiennement, si les activités progressent tel que planifié, alors que l'évaluation se concentre sur ce qui a été achevé, accompli et leur impact sur la population. Elle se fonde généralement sur les éléments et niveau du système de S & E pour expliquer l'évolution des choses et les résultats atteints par les Programmes. Ces niveaux sont: Les intrants/ Apports, les extrants/ Produits, les résultats/Résultats et l'impact/impact.

Niveaux	Description
Intrants/Apports	Ressources, équipements, personnels mis à la disposition des Programmes
Extrants/Produits	Les services/activités, IEC, Connaissances transmises ou soins donnés, condoms vendus.
Résultats/Résultats	Comportements à risque, pratiques de soins, soutien, traitement etc...
Impact/Impact	Incidence, survie, qualité de vie...

(Ref doc ONUSIDA, << Guides en S & E des Programmes Nat., Genève, juin 2000 >>).

F. Les éléments d'un bon système de S & E

Un système cohérent comporte plusieurs avantages, dont l'utilisation plus efficace des données et des ressources, en évitant la duplication des efforts et en vérifiant que les indicateurs et les méthodes d'échantillonnage restent comparables dans le temps. Ceci est important lorsque les ressources sont limitées. Un système de S&E complet est utile à la fois aux responsables de programmes, aux chercheurs et aux bailleurs de fonds. Il leur permet d'utiliser les données existantes, et leur évite ainsi la répétition des enquêtes ou des études d'évaluation de base. Une bonne coordination des besoins de S&E doit permettre une meilleure utilisation des ressources. Les systèmes S&E performants partagent des éléments communs. Ceux-ci sont mentionnés dans le tableau suivant:

Unité de Suivi et Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une unité de S & E qui est établie au sein de la CNLS ▪ Un budget alloué au S & E d'environ 10% du budget national ▪ Une contribution gouvernementale significative au budget de S & E ▪ Un lien formel du S & E établi avec les institutions de recherche ▪ Un lien formel du S & E établi avec les principales ONGs et les Bailleurs de fonds ▪ Un lien formel avec une expertise épidémiologique ou ▪ Avoir dans l'Unité une expertise dans le domaine des sciences sociales ou comportementales ▪ Avoir dans l'Unité une expertise dans le domaine de gestion des données et des statistiques ▪ Avoir dans l'Unité une expertise de la diffusion des données
Objectifs clairs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La commission Nationale de lutte contre le SIDA doit avoir des objectifs et cibles bien définis ▪ Des évaluations régulières doivent être faites de l'état d'avancement de la mise en œuvre des plans de la Commission Nationale ▪ Lien entre l'Unité et d'autres secteurs de la société et coordination des besoins de S & E nationaux avec ceux des bailleurs des fonds
Indicateurs Nationaux
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence des indicateurs nationaux prioritaires et supplémentaires aux différents échelons de S & E ▪ Existence des indicateurs pouvant être comparés dans le temps et/ou avec d'autres pays
Système d'analyse et de collecte des données
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importance d'un Plan général de collecte et d'analyse des données à l'échelon national ▪ Importance d'un Plan d'analyse d'indicateurs aux différents échelons de S & E ▪ Importance également d'une surveillance de 2e génération permettant l'imputation des données comportementales aux données de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA
Existence d'un Plan de dissémination des données
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importance d'un Plan de diffusion des données à l'échelle nationale ▪ Large distribution du rapport annuel de S & E ▪ Tenue des conférences annuelles entre les décideurs et les acteurs des programmes pour diffuser les résultats des recherches et les résultats de S & E, ▪ Existence d'un bureau de diffusion des données et un bureau de coordination des besoins de la diffusion des systèmes de S & E nationaux avec ceux des Bailleurs de fonds

Ref. doc. ONUSIDA << Guides en S & E des Programmes Nationaux, Genève, juin 2000>>

CHAPITRE II : SURVEILLANCE DE L'ÉPIDÉMIE

La surveillance implique le suivi routinier de la maladie (surveillance épidémiologique de la maladie) ou, plus rarement, celui des comportements à risque (surveillance comportementale) à l'aide d'un même système de collecte de données à long terme. La surveillance est utile pour la description d'une épidémie et de son étendue ; elle peut aussi contribuer à prédire les tendances futures et le ciblage des programmes de prévention nécessaires. La surveillance s'effectue généralement au niveau du district et au niveau national.

Dans le cas du VIH, les systèmes de surveillance suivent généralement l'impact en termes de séroprévalence et parfois aussi de prévalence des IST, et les résultats, en termes de comportements sexuels à risque. La combinaison des résultats des deux systèmes sur la prévalence du VIH et des IST, ainsi que sur les comportements à risque est ce qu'on appelle « la surveillance de seconde génération ». Ces informations délimitent les nouvelles populations et comportements à risques sur lesquels le programme devra se concentrer. (ONUSIDA, 2000.)

A. Surveillance sentinelle

L'OMS a demandé, dès l'initialisation du Programme National de Lutte contre le SIDA, que soit identifiée dans chaque pays la population sentinelle représentative des adultes sexuellement actifs afin de mesurer l'étendue de l'épidémie du VIH et d'identifier les populations vulnérables. Partout, les femmes enceintes se présentant dans les centres de consultations prénatales et les patients atteints d'IST sont les groupes les plus fréquemment sélectionnés pour la surveillance du VIH. Le Rwanda ne fait pas exception à la règle, où la surveillance sentinelle des femmes enceintes, des patients atteints d'IST et des donneurs de sang a été instaurée en décembre 1988 dans deux sites : Muhima et Gkondo (Kigali). En 1991, la couverture géographique des postes sentinelles a été étendue à dix autres sites répartis à parts égales entre le Rwanda urbain et rural. (Cadre stratégique Nationale de lutte contre le VIH/SIDA , 2002-2006)

Le génocide de 1994 a perturbé la surveillance sentinelle et épidémiologique, de même que les possibilités de recherches sur le VIH/SIDA. À la suite du génocide, certains sites ont poursuivi leurs travaux de surveillance jusqu'en 1996, bien que la qualité des données soit médiocre (Évaluation PSN 1998-2001). En 1997, sous l'effet d'une restructuration majeure du Programme National contre le VIH/SIDA, le système de surveillance a subi une nouvelle interruption.

En 1997, le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), sous l'égide du Ministère de la Santé, a décidé de mener une enquête de séroprévalence de la population afin de déterminer si les résultats de la surveillance sentinelle du VIH de 1996 parmi les femmes enceintes fréquentant les services de consultations prénatales, reflétaient ou non la prévalence de l'infection à VIH dans la population générale. L'étude visait également à estimer la prévalence des taux d'infection à VIH, à évaluer l'effet de la migration sur le profil épidémiologique de l'infection à VIH au Rwanda et à fournir les données de séroprévalence de base de l'après-guerre pour la planification, l'élaboration de stratégies de lutte et de prévention du VIH/SIDA et la formulation de politiques appropriées.

L'étude a montré que la surveillance sentinelle de 1996 avait surestimé la prévalence de l'infection à VIH par un facteur proche de 2 dans la tranche d'âge comprise entre (15 à 19 ans) de la population générale (les deux sexes confondus), tandis que les résultats avaient sous-estimé, par un facteur de 2, dans les tranches d'âge supérieures à 35 ans et plus.

En 1998, les responsabilités de surveillance épidémiologique et de recherche ont été confiées au TRAC nouvellement formé (successeur de l'ancien PNLs). Le TRAC a rétabli les postes de surveillance sentinelle des femmes enceintes et des patients (hommes et femmes) atteints d'IST sur 10 sites, dont 6 en milieu rural, 3 en milieu urbain et 1 en milieu semi-urbain. Des analyses de sang et dépistages du VIH ont été effectués selon les méthodes anonymes non corrélées recommandées par l'OMS. Toutes les femmes enceintes en première consultation prénatale ayant accepté de donner du sang pour dépistage de la syphilis et du VIH ont été incluses dans l'échantillon, jusqu'à ce qu'un total de 400 cas ait été atteint. Pour la surveillance des IST, un échantillon de 400 cas a également été sélectionné dans trois des postes sentinelles, parmi tous les patients atteints d'ulcères génitaux (femmes) ou d'écoulement urétral (hommes) et ayant accepté de donner du sang pour le dépistage de la syphilis.

Le TRAC a répété l'enquête de surveillance sentinelle en 2002, procédant de nouveau au dépistage du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes et de la syphilis chez les patients atteints d'IST en 25 sites (deux – urbain/rural – par province). La périodicité de cette enquête de surveillance devra être annuelle.

Indicateurs (pages 47-48)

- Le taux de prévalence du VIH dans la population générale
- La prévalence de VIH parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans

B. Information sanitaire routinière

Le système d'information sanitaire (Système d'information Santé, dit SIS) a été créé en 1998, sous la direction du Ministère du Plan. Les rapports mensuels des formations sanitaires dégagent des informations sur le nombre de cas de SIDA présumés, de cas symptomatiques d'IST, de tuberculose et d'autres infections opportunistes. Les rapports trimestriels de tous les hôpitaux de district, à l'exception des hôpitaux de référence non encore inclus dans le SIS, font état des cas de VIH/SIDA présumés et confirmés. Les hôpitaux élaborent également un rapport mensuel des décès. Cependant, ils indiquent rarement le SIDA comme cause de décès pour des raisons de confidentialité.

Les initiatives PTME, ARV, CDV et autres programmes IEC sont autonomes et ne présentent dès lors pas de rapports au SIS à travers les établissements de santé. Ces programmes sont toutefois encouragés à présenter leurs statistiques au TRAC, au Ministère de la Santé et à la CNLS.

Indicateurs (page 47)

- Le taux d'incidence des maladies associées au VIH

C. Surveillance comportementale

Après plusieurs années de concentration sur la surveillance épidémiologique pour suivre l'évolution de l'épidémie, on a noté un intérêt particulier lors des années 90 pour la collecte d'informations de meilleure qualité sur la connaissance et sur les comportements exposant au risque de transmission du VIH. En 1992 et 2000, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Rwanda a recueilli des données sur les tendances au niveau national. L'EDS de 1992 comptait de nombreux indicateurs de santé sexuelle et reproductive, mais ce n'est qu'en 2000 qu'un module VIH précis a été inclus dans le questionnaire. Ces enquêtes auprès des ménages sont représentatives sur le plan national ; elles sont conçues pour fournir une information sur les tendances de la fécondité, la connaissance et la pratique de la planification familiale, la mortalité infantile précoce, les divers indicateurs de santé et nutrition maternelle et infantile, le VIH/SIDA, la mortalité adulte et maternelle et les indicateurs du programme de lutte contre le paludisme. Dans la section consacrée au VIH/SIDA, ces questions visent à évaluer l'impact de l'épidémie sur la mortalité adulte, la connaissance des méthodes de prévention du SIDA, l'activité sexuelle en dehors du mariage, l'usage du préservatif et le dépistage du VIH. Le questionnaire traite également de la stigmatisation du SIDA et de l'acceptabilité des messages relatifs au SIDA dans les médias, du dépistage du VIH, de l'itinéraire thérapeutique et aux autres comportements adoptés face aux IST, du nombre de partenaires sexuels, etc.

L'EDS est un solide instrument du suivi de l'évolution de la connaissance et des comportements au niveau national. Forte d'une expérience internationale de plus de 30 ans, cette enquête produit des données comparables dans le temps au niveau interne, et dans l'espace, au niveau externe, avec les autres pays de la région. Les données peuvent du reste être désagrégées en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'éducation et de la résidence urbaine ou rurale. La faiblesse de l'EDS tient au fait que l'enquête n'est pas conçue pour recueillir des données propres à des populations à risque (à l'exception des jeunes) et qu'elle ne se prête pas aux estimations au niveau du district (bien que l'enquête de 2000 présente des données pour certains districts).

Afin de mieux cerner ces populations à risque, IMPACT a mené des études de surveillance comportementale (ESC) au Rwanda, en 2000, chez trois groupes dont la surveillance est jugée importante dans le pays : les jeunes de 15 à 19 ans, les prostituées et les camionneurs. Ces trois études se sont concentrées sur les caractéristiques socio-démographiques, les comportements sexuels, la connaissance et l'utilisation du préservatif, les attitudes et les comportements à l'égard du VIH/SIDA, la connaissance des IST et l'utilisation du préservatif. Une deuxième série d'ESC sera menée en 2003 ; elles incluront les jeunes de 15 à 24 ans et les prostituées. Idéalement, des ESC continueront à être effectuées dans ces groupes à risque tous les 2 à 4 ans.

Indicateurs (pages 34-39)

- Connaissance des moyens de prévention générale du VIH/SIDA
- Connaissance des moyens de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Utilisation de préservatif au cours du dernier rapport sexuel à haut risque
- Age médian au premier rapport sexuel parmi les jeunes hommes et femmes
- Les adultes et les jeunes (15 à 24 ans) ayant connu plusieurs partenaires au cours de l'année dernière

- Faveurs sexuelles en contrepartie d'argent ou de cadeaux
- Les rapports sexuels parmi les jeunes célibataires (âgés de 15 à 24 ans) au cours des 12 derniers mois
- Le conseil/dépistage volontaire
- Le taux de prévalence du VIH dans les groupes à risque (jeunes, prostituées, prisonniers)

CHAPITRE III : DOMAINES PROGRAMMATIQUES

Une étape importante de l'élaboration d'un plan S/E se fonde sur la connaissance des interventions et des systèmes en place, des systèmes de suivi et évaluation et les obstacles rencontrés. D'année en année, tandis que s'étendent les connaissances relatives au VIH et à son environnement, la stratégie mondiale de lutte contre la pandémie du VIH/SIDA continue à souligner et à développer les approches préventives aptes à réduire la propagation de l'infection et son impact sur la vie des familles et des collectivités. Ainsi, d'importantes ressources ont été consenties aux travaux visant à changer les comportements, concernant, notamment, la réduction du nombre de partenaires sexuels. Outre ces messages, de nouvelles approches préventives gagnent du terrain dans la lutte contre le VIH/SIDA : prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), conseil et dépistage volontaire (CDV), sécurité sanguine, etc. Au Rwanda, les stratégies de la prévention comprennent la communication pour le changement de comportement (CCC), le conseil et dépistage volontaire (CDV), le contrôle et la gestion des infections sexuellement transmissibles (IST) – y compris l'utilisation du préservatif, la sécurité de la transfusion sanguine.

Ces dernières années, les efforts mondiaux se sont donc mobilisés sur l'apport de ressources accrues aux soins et soutien des personnes atteintes du VIH et de leur famille. Ces types de programmes se concentrent, par exemple, sur la gestion clinique des infections opportunistes, les soins à domicile des malades chroniques, les soins et le soutien des orphelins et d'autres communautés affectées. À cet égard, la promotion de l'accès aux soins et au traitement offre un contexte convivial de dépistage et amoindrit le désespoir de ceux dont le diagnostic est positif au VIH en l'absence de traitement ou de soutien. On peut espérer qu'une approche intégrée de la prévention et du traitement favorisera une plus grande ouverture d'esprit sur la question de la séropositivité et en réduira la stigmatisation. Avec le temps, l'intérêt grandissant pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde en développement s'est accompagné d'une baisse des coûts des antirétroviraux, au profit de nombreuses victimes qui n'auraient sinon pas eu les moyens de les obtenir.

Face à l'élaboration, l'essai et l'amélioration de nouvelles et d'anciennes approches, le système S/E exhaustif revêt une importance encore plus grande. Il est nécessaire de tenir une information constante et actualisée sur les interventions entreprises et sur leur réponse aux attentes.

Le suivi et l'évaluation ont évolué, ces dernières années, grâce à la publication du guide de l'ONUSIDA présentant un processus de suivi et d'évaluation des activités relatives au VIH par l'entremise d'un ensemble d'indicateurs sur la prévention et une série d'outils de collecte de données au niveau du programme national. Outre la question du suivi et de l'évaluation des mesures préventives, le guide présente les indicateurs de soins et de soutien possible. L'évolution rapide des expériences en matière de soins et soutien face au VIH rend évidente la nécessité de normes de suivi et d'évaluation au niveau national. Il est dès lors essentiel pour la Commission Nationale de Lutte Contre le SIDA et tous les intéressés de disposer d'une orientation appropriée sur la manière de suivre et d'évaluer les interventions contre le VIH/SIDA.

Cette partie du Plan S/E propose les consignes de suivi et d'évaluation des zones de concentration clés de la réponse nationale au VIH/SIDA, sous l'égide du Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2002-2006, l'on distingue 5 axes :

1. Prévention de la transmission du VIH/SIDA

2. La Surveillance de l'épidémie
3. La Prise en Charge Globale des Personnes infectées et/ou affectées.
4. Pauvreté et Genre dans la lutte contre le VIH/SIDA
5. Promotion du Partenariat et de la Coordination Multisectorielle

A. Prévention de la transmission du VIH/SIDA

Au Rwanda, l'objectif général de cet axe est de stabiliser à 13% la prévalence du VIH/SIDA dans l'ensemble de la population du pays de 2002 à 2006. La prévalence accrue du VIH/SIDA tel que l'indique l'analyse de la situation appelle un nouveau défi dont la prévention de la transmission sera le dispositif central.

Il faut renforcer la lutte par des mesures de prévention plus dynamiques pour les cinq prochaines années en élargissant l'expérience de la communication pour le changement de comportements qui a fait ses preuves dans d'autres pays notamment de l'Afrique Subsaharienne, car même si les efforts consentis à travers de nombreuses actions de sensibilisation (IEC/ CCC), le VIH continue à faire de nombreuses victimes et les diverses actions menées aussi bien au niveau national qu'au niveau régional n'ont pas eu un impact significatif sur le ralentissement de la propagation de l'infection à VIH dans le pays.

Les objectifs intermédiaires des domaines d'actions prioritaires sont au nombre de deux. Il s'agit de :

1. Changer les comportements à risque dans les groupes cibles (femmes, jeunes, prostituées, enfants non accompagnés, militaires, prisonniers)
2. Renforcer les stratégies préventives de lutte contre le VIH/SIDA, les IST et la tuberculose

Cette approche comprend huit domaines d'actions prioritaires qui sont les suivants :

- Renforcement des comportements à faible risque par l'IEC /CCC
- Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST et de la tuberculose
- Promotion du conseil – dépistage volontaire, confidentiel et anonyme
- Prévention des risques d'infection accidentelle
- Promotion de l'utilisation des préservatifs
- Promotion de la sécurité transfusionnelle
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)
- Développement des interventions transrégionales de prévention du VIH/SIDA en faveur des routiers, des réfugiés et des personnes déplacées.

Indicateurs (pages 34-39)

- Les soins et prévention d'IST
- VIH et Tuberculose
- Les structures de conseil/dépistage volontaire
- Les districts sanitaires comprenant au moins un centre offrant un dépistage de l'infection à VIH
- Les formations sanitaires suivant des directives de prévention de la transmission accidentelle du VIH
- Pourcentage d'unités de sang transfusé ayant fait l'objet d'un test VIH
- Taux de séropositivité au VIH parmi les donateurs de sang.

- Les femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH
- Les formations sanitaires qui offrent des consultations prénatales dans les services publics, au cours desquelles des services de conseil et test volontaire pour le VIH sont dispensés.
- Les femmes séropositives qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pendant leurs grossesses
- Les enfants séropositifs nés des mères infectées.
- Les provinces qui ont des programmes opérationnels de prévention du VIH ciblant au moins 3 groupes cibles
- L'Indice national de politique de prévention du VIH/SIDA

B. Renforcement de la Surveillance de l'Épidémie

L'objectif général est de contrôler l'évolution du VIH/SIDA et des Maladies associées telles que les IST et la Tuberculose durant la période d'exécution du plan. Il met en évidence l'importance d'avoir une banque de données aussi bien épidémiologiques (taux de morbidité, mortalité, prévalence, incidence) que socio-économiques et comportementales (identification des groupes à risque, étude ethnographique et impact économique de même qu'au niveau médical (suivi des essais cliniques).

La connaissance de ces données est nécessaire pour une prise de décision judicieuse en matière de prévention et de prise en charge. C'est sans doute ce qui a conduit le Gouvernement rwandais à créer en mars 2001 le TRAC dont la mission s'inscrit parfaitement dans cet axe stratégique et ceci grâce aux programmes de contrôle des IST et la surveillance épidémiologique.

Les objectifs intermédiaires de cet axe visent à améliorer le système de collecte de données sur les IST, la tuberculose et le VIH dans l'ensemble des Formations Sanitaires du pays et à assurer une Notification des cas d'IST, de tuberculose et de VIH dans la majorité de ces structures.

Par ailleurs, il vise à réaliser des études épidémiologiques et socio-comportementales sur ces infections afin de disposer de données actualisées et valides sur le VIH, sur les infections associées et les déterminants de l'épidémie.

Cette approche comporte quatre domaines d'actions prioritaires qui sont les suivants :

- Notification de cas d'IST, de SIDA et de Tuberculose
- Organisation de la séro-surveillance du VIH et des IST, de la bactériosurveillance de la tuberculose et de la surveillance de la résistance desdits germes
- Réalisation d'études épidémiologiques
- Réalisation d'études socio-comportementales (CAP) et sur l'impact économique du VIH/SIDA dans la population.

Indicateurs (pages 39-40)

- Existence d'un système de surveillance annuelle du VIH, un plan d'analyse et de dissémination de ses informations.
- Surveillance chez les jeunes

- Surveillance chez les prostituées
- Surveillance chez les prisonniers
- Surveillance chez les camionneurs
- Bactériovigilance de la tuberculose
- Collecte des données sur les cas de SIDA
- Collecte des données sur les cas de tuberculose
- Collecte des données sur les cas de IST

C. La Prise en Charge Globale des Personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA.

L'objectif général de cet axe, comme il est stipulé dans le Cadre Stratégique consiste à améliorer le bien-être des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. Il s'agit de réduire l'impact de l'infection à VIH/SIDA, des IST et de la tuberculose sur les PVVIH, leurs conjoints, les orphelins du SIDA et les veufs (veuves) du SIDA.

Il s'agit ici des interventions conduisant à fournir aux PVVIH et aux personnes affectées, une assistance matérielle, technique, médicale et juridique. Ce sont notamment les éléments suivants : l'octroi de fonds aux PVVIH et aux personnes affectées facilitant des activités génératrices de revenus, qui donne la possibilité de s'insérer dans le tissu économique national, la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH qui nécessite la disponibilité et la baisse des coûts des médicaments (médicaments essentiels, ARV) et l'existence d'un service de counselling efficace.

Il ne faut pas oublier le plaidoyer pour la protection des Droits et la Sécurité des PVVIH pour que les PVVIH soient protégées contre les politiques discriminatoires (stigmatisation, licenciements abusifs dans certaines institutions, exigence de certificat du statut sérologique dans l'offre d'emploi, etc). Il en est de même que pour la dimension éthique de la lutte redynamisée qui met l'accent sur le caractère volontaire et confidentiel du dépistage.

Les objectifs intermédiaires de cet Axe de Cadre Stratégique 2002-2006 sont de quatre ordre : Il s'agit de :

1. Assurer l'accès aux conseils et aux soins hospitaliers et ambulatoires aux personnes dépistées, aux enfants non accompagnés, aux veuves et aux familles.
2. Assurer l'accès aux soins et conseils communautaires aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.
3. Promouvoir l'implication multisectorielle et pluridisciplinaire des PVVIH notamment par le concept GIPA.
4. Assurer l'accès au soutien socio-économique des personnes dépistées et aux enfants non accompagnés, aux veuves et aux familles.

Cette approche comporte huit domaines d'actions prioritaires qui sont les suivants :

- La formation à la Prise en charge et Dissémination des Guides Nationaux de Prise en charge
- Le développement d'un Réseau d'Approvisionnement en équipements médico-sanitaires, des MEG et des ARV au niveau national et provincial
- L'adoption du Conseil – Dépistage au niveau des structures de santé
- Le développement des Stratégies de Prophylaxie et de Traitement des IO et par les ARV
- Le développement de centres de Traitement Ambulatoires (CTA)

- Le développement des Services Sanitaires de base au niveau Communautaire
- L'Organisation du Soutien Psycho-économique et juridique des cibles concernées
- Le renforcement des Stratégies novatrices d'Implication des PVVIH dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Indicateurs (pages 40-42)

- La coordination entre les FOSA et les associations réalisant les activités avec les PVVIH
- Les programmes de visite à domicile
- Les organisations qui ont des programmes pour protéger les droits psychologiques et juridiques des séropositifs
- La participation active de PVVIH
- Les ARV pour les séropositifs de stade avancé
- Le diagnostic et le traitement des infections opportunistes
- La prophylaxie de tuberculose pour les cas de VIH+
- Les formations sanitaires fournissant les ARV
- Les formations sanitaires avec médicaments en stock pour les infections opportunistes et les soins palliatifs
- L'indice national de soins et de la politique de soutien
- Le contrôle de qualité des tests de VIH

D. Pauvreté et Genre dans la lutte contre le VIH/SIDA

Cette action vise principalement l'intégration des dimensions pauvreté et genre dans les actions de lutte contre le VIH/SIDA. La politique de lutte contre le SIDA au Rwanda nous rappelle que la relation pauvreté et le VIH/SIDA sera mise en exergue parce que les personnes pauvres notamment les femmes ou les jeunes filles ont des besoins fondamentaux à satisfaire (s'alimenter, s'habiller, dormir dans de logements décentes, etc). La pauvreté entraîne la mendicité, la prostitution, le vol. Tous ces comportements contribuent à la propagation des IST et du VIH.

Concernant le genre, cette dimension n'est pas encore mise en pratique dans toutes les politiques de développement socio-économique au Rwanda. Ce qui fait que la femme est considérée comme « une laissée pour compte » dans le processus global de décisions pour le développement. On peut se réjouir du fait que dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, il est prévu que la femme peut décider de s'informer sur les meilleures mesures de prévention des IST/VIH et de gérer sa sexualité sans aucune contrainte. Même si cela est vu comme un vœu, il faut rappeler que l'intégration de cette dimension dans la lutte contre le VIH/SIDA apparaît comme une nécessité urgente et incontournable quand on sait que la femme représente une tranche importante de la population.

Les objectifs intermédiaires visent à améliorer les conditions socio-économiques des PVVIH, des orphelins et des veuves. Ils ne perdent pas de vue non plus les conditions socio-économiques et juridiques des jeunes filles et des femmes.

Ces objectifs ne pourront être atteints que grâce à la mise en œuvre des activités de quatre domaines d'actions prioritaires. Il s'agit :

- De la mise sur pied d'activités génératrices de revenus

- De l'amélioration de l'accès des PVVIH et leurs familles aux services divers (emploi, mutuelle, scolarisation, alphabétisation, crédits, etc.)
- De l'amélioration de l'accès des jeunes filles et des femmes aux opportunités socio-économiques
- De la promotion de la protection juridique de la femme en général et des enfants en particulier (petites filles et petits garçons) contre le viol, les sévices corporels, l'exploitation et la domination

Indicateurs (pages 42-45)

- La fréquentation scolaire des orphelins et non-orphelins
- L'éducation sur le HIV/SIDA ou aptitudes utiles dans la vie
- Les orphelins de moins de 15 ans
- Les initiatives communautaires pour les soins des orphelins et les enfants vulnérables
- Les associations féminines et associations des PVVIH ayant bénéficié de soutien pour les activités génératrices de revenus
- Les programmes à base communautaire qui fournissent les services sociaux pour les PVVIH et leurs familles
- Les programmes à base communautaire qui privilégient l'accès aux opportunités socio-économiques des jeunes filles et femmes.
- L'indice national de la politique sur les droits de l'homme du plan stratégique

E Promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle

L'objectif général ici est de renforcer le partenariat et les capacités des structures nationales d'exécution et de Coordination du PNM 2002 – 2006. La mise en œuvre de la réponse nationale et son élargissement, exigent un cadre institutionnel organisé et fonctionnel, capable de coordonner et d'orienter l'ensemble des activités de lutte contre le SIDA qui sont mises en œuvre sur le Territoire National. Pour être efficace, cet axe requiert que la lutte contre la pandémie se fonde sur une approche multisectorielle et pluridisciplinaire appuyée par un partenariat national et international.

A la lumière de l'évaluation du Plan stratégique national (1998 –2001) du Rwanda, le renforcement de la coordination apparaît, aujourd'hui, comme un véritable défi à relever pour sauvegarder les acquis antérieurs de la lutte. C'est pourquoi une attention particulière a été accordée à l'axe cinq dans le cadre Stratégique National 2002-2006, ainsi qu'à la CNLS, structure chargée de la Coordination nationale de la lutte contre le VIH/SIDA.

En effet, sur le plan fonctionnel, cette structure n'a pas encore atteint sa vitesse de croisière par faute de moyens et de mécanismes adéquats. La CNLS a mis en place des structures décentralisées (CPLS,CDLS) mais qui ne sont pas encore suffisamment opérationnelles.

Les objectifs intermédiaires de cet axe visent à impliquer tous les partenaires, tous les acteurs nationaux et tous les partenaires régionaux et internationaux dans la lutte contre le VIH/SIDA dans le pays.

Cette approche comporte six domaines d'actions prioritaires suivants :

- Renforcement du partenariat régional et international

- Développement du plaidoyer pour la mobilisation en faveur de la lutte
- Renforcement des capacités fonctionnelles des structures des secteurs impliqués dans la lutte.
- Développement de la recherche
- Renforcement de la décentralisation des structures et des interventions de la lutte contre le VIH/SIDA.
- Amélioration de la coordination multisectorielle des interventions

Indicateurs (pages 45-47)

- Le budget nationale planifié pour les programmes VIH
- Le budget national dépensé pour les programmes VIH
- Les fonds gouvernementaux par rapport aux autres sources des fonds dépensés pour les programmes de lutte contre VIH
- Les plans d'actions de CDLS et CPLS en collaboration avec tous les partenaires
- La réalisation des rapports trimestriels
- Les visites de supervision et de suivi par la CNLS aux CPLS
- Les visites de supervision et suivi par la CPLS aux CDLS
- La coordination au niveau central par la CNLS et ses partenaires
- La collaboration avec les autres secteurs et les partenaires
- La mise à jour des indicateurs
- Les politiques de prévention ou de soins et les programmes VIH/SIDA au niveau des institutions publiques et privées
- L'indice national de la politique du plan stratégique

CHAPITRE IV. ROLE & RELATIONS DE LA CNLS AVEC LES PARTENAIRES

La CNLS en tant qu'organe du Gouvernement chargé de la politique, de la coordination et du S & E de toutes les activités liées au VIH/SIDA, fonctionne grâce à ses interactions avec des structures décentralisées, les secteurs & intervenants dans la lutte contre le SIDA d'une part et d'autre part avec les bailleurs. (ref. PNM 2002-2006 p.72). Ainsi, en ce qui concerne le Suivi et l'Évaluation, le présent Plan va se focaliser sur le rôle et les relations entre l'Unité de S & E de la CNLS avec les autres composantes de la CNLS, avec les intervenants/secteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA et avec les Bailleurs.

A. Unité de suivi et d'évaluation

1. Composition de l'Unité

Composée par la Direction et la Sous-Commission chargées de S & E à la CNLS, cette Unité travaille de façon complémentaire avec les autres départements de la CNLS, notamment celui chargé de la coordination & mobilisation des ressources et celui chargé de la politique et recherches. Toutefois, cette Unité de S & E comporte également une partie non structurelle: c'est le Groupe de Soutien en S & E (GSTSE). Ce groupe a été créé par la CNLS, à la demande de l'Unité de S & E pour permettre à cette unité d'avoir non seulement un réseau national de S & E mais surtout pour appuyer techniquement cette Unité. Ce groupe est composé des responsables/techniciens des Programmes importants de lutte contre le SIDA au Rwanda (*voir en annexe I.*) Aussi, cette Unité de S & E a-t-elle un niveau de réputation recommandée par l'ONUSIDA.

Pour revenir sur la Sous-Commission de S & E, elle est constituée par certains Commissaires de la CNLS venant des secteurs importants de la Société Rwandaise dont la Présidence de la République, le Ministère ayant le Genre dans ses attributions, l'Association Nationale des personnes séro-positives, le Ministère de l'Éducation et le Ministère de la Défense (*voir en annexe II.*) Cette Sous-Commission fait partie intégrante aussi du GSTSE.

2. La Direction chargée du suivi et de l'évaluation

Elle est composée au niveau national d'un Directeur et de 2 techniciens (Analyste & Assistant Technique en S & E). Le Directeur est le responsable de tout ce qui est relatif au S & E au niveau de la CNLS; l'analyste s'occupe de la base des données de la CNLS et concourt à l'analyse des données recueillies au niveau du terrain. Par contre, l'assistant technique du S & E participe à la planification, aux visites de supervisions et à l'analyse des données des interventions en collaboration avec le Directeur.

Il est nécessaire de noter que cette Direction ne saurait intervenir efficacement sans l'appui des agents des CPLS d'une part, des points focaux de la CNLS retrouvés au niveau des établissements publics (ministères et para-étatiques), privés (entreprises, institutions para-étatiques)..

3. Base des données

Tel que susmentionné, une base des données est installée au niveau de la CNLS, lesquelles données permettent à la CNLS d'être informée journalièrement sur la pandémie du VIH/SIDA. Elle est alimentée par les bases des données des partenaires de la CNLS et toute autre base de données possédant des informations en rapport avec le VIH. Ainsi sont facilitées les analyses visant à faire le rapprochement entre le VIH et les autres secteurs, facteurs, composantes de la vie nationale (voir rubrique « analyse » pour les détails).

4. Collecte des données

La collecte des données devra être faite systématiquement par les intervenants, partenaires de la CNLS et parfois par les bailleurs. Systématique parce qu'il a été constaté que les informations sur le VIH/SIDA sont longtemps restées éparpillées et par conséquent non coordonnées et guère utiles pour la société Rwandaise. La CNLS, par l'intermédiaire de son Unité de S & E devra coordonner cette collecte avec à l'appui un calendrier convenu avec ses partenaires et bailleurs rendant plus rationnelle la lutte contre le SIDA au Rwanda. Ci-dessous se trouve une liste des données indispensables qui devront être collectées jusqu'en 2006.

Calendrier de la Collecte des données

Activités	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Acteur
Enquête multisectorielle des services (formations sanitaires & ailleurs)								Macro/USAID
EDS								Macro/USAID
BSS-Prostituée								FHI/Impact
BSS-Camionneurs								FHI/Impact
BSS-Militaire								TRAC/CDC
Enquête IST								FHI/Impact
Enquête MICS								UNICEF
Enquête des écoles								MINIDUC
Evaluation de PNM (CNLS)								CNLS
Indice d'Effort du Programme SIDA + UNGASS								ONUSIDA
Enquête VIH/SIDA								Measure
Suivi des programmes								Partenaires
Système d'information sanitaire								SIS
Surveillance sentinelle du VIH								TRAC/CDC
Surveillance séropositifs population								TRAC/CDC

5. Les études complémentaires

Certaines études complémentaires sont importantes pour enrichir les données relatives au VIH/SIDA au Rwanda. Voir ci-dessous la liste des études supplémentaires qui sont proposées pour 2002-2006 :

- a.) Analyses de la situation de HIV/SIDA entre 1990-2000 (en 2003)
 - Epidémie de HIV/SIDA

- Connaissances & Attitudes
- Comportement sexuel
- Impact démographique du VIH/SIDA
- Données : EDS 1992 & 2000, CAP, surveillance/SIS

*Exécutants possibles de l'enquête ayant été contactés : MACRO Intern/ONAPO + TRAC
+ Planification & Suivi et EV. d'UNICEF + Direction Statistiques/MINECOFIN.*

b.) Evaluation interne de la capacité de CNLS(en 2003)

- Une revue interne
- « Mapping » des capacités
- Déterminer les grandes lacunes/insuffisances dans la capacité d'une organisation
- Concourir à la planification des interventions pour augmenter la capacité
- Etayer une stratégie pour le suivi et l'évaluation des activités du renforcement des capacités.

Exécutants possibles de l'enquête ayant été contactés : MEASURE

c.) Enquête sur le VIH/SIDA (Enquête des indicateurs) (en 2006)

- Couvre les indicateurs clés du cadre stratégique
- Enquête individuelle
 - Caractéristiques démographiques
 - Mariage et concubinage
 - Antécédents et comportements en matière de sexualité
 - IST
 - Connaissance du VIH/SIDA et interventions de lutte contre la maladie
 - Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH, genre, counseling, etc.
 - Accouchement et soins prénatals
- Enquête auprès des ménages
 - Soins et soutien
 - Problèmes de santé communautaire et l'assistance pour le VIH
 - Sources d'assistance pour PVVIH
 - Assistance personnelle aux PVVIH

*Exécutants possibles de l'enquête ayant été contacté : MACRO International/ONAPO + TRAC
+ Planification & Suivi et EV. d'UNICEF + Direction Statistiques*

d.) Enquête "Place" ou dans les cas échéants au niveau << des lieux de travail >> en 2004

- Accent sur les endroits à risque de transmission du VIH (par exemple, les hôtels pour les camionneurs, les bars dans les zones commerciales, etc.)
- Les lieux de rencontre des partenaires sexuelles
- Détaille les réseaux sexuels qui sont utilisés pour le développement des interventions de prévention de VIH

Exécutants possibles de l'enquête : Attendre les propositions des partenaires.

e.) Etude qualitative

- utilisation des services de VCT, PTME, ARV
- d'autres sujets, dont l'Enquête Anthropologique traitant de l'âge moyen des premiers rapports sexuels au Rwanda.

Exécutants possibles de l'enquête ayant été contactés : Attendre les propositions des partenaires mais probablement un anthropologue de l'Université Nationale sera proposé par l'USAID.

f.) Analyse de la surveillance de seconde génération

Cette formule recommandée par les experts en S & E pour collecter les données mettra en exergue la relation entre l'enquête comportementale et l'enquête sérologique, corrélant ainsi les hypothèses avancées par ces deux enquêtes puisqu'il s'agit d'une analyse comparative. Ce type d'analyse est complexe et ne peut pas apparaître dans les rapports annuels mais doit être planifié par la CNLS en collaboration avec le TRAC et d'autres intervenants disposant des capacités nécessaires.

g.) Enquête sur les lieux du travail

- Evaluer les politiques de prévention ou du soin et les programmes VIH/SIDA au niveau des institutions publiques et privées
- Enquête recommandée par UNGASS

6. Analyse

L'analyse des données est le préalable nécessaire pour orienter les activités de lutte contre le SIDA au Rwanda. Une fois que les données sont recueillies par la Direction de S & E (par le biais de son Analyste ou son Assistant technique), il est logique que l'étape suivante soit l'analyse. Cette analyse doit être basée sur l'exploitation des indicateurs préalablement élaborés par les intervenants. Une copie des résultats de chaque recherche ou analyse faite dans le pays devra donc être envoyée à la CNLS pour la Direction de S & E afin de faciliter cette opération (*Voir Figure I : Cheminement des données en Annexe III.*)

Les résultats de recherche ou autres informations court-circuitant la CNLS ne seront pas pris en compte et n'auront aucune valeur à l'échelon national; même si ces résultats sont diffusés sur le terrain.

Pour éviter une mauvaise collaboration entre la CNLS et un quelconque intervenant, il est nécessaire que tout le monde fasse connaître à la CNLS ce qui se fait. L'Unité de Suivi et Evaluation planifie de faire l'analyse 2 fois par an (en juin et en décembre).

B. Intervenants/Secteurs

Les Structures Nationales de Coordination, (*voir Annexe IV*), relatent exactement les relations entre la CNLS et les secteurs et autres structures décentralisées coordonnant les activités de lutte contre le SIDA. En revanche, il faudrait ajouter que la plupart de ces secteurs et structures n'existent que depuis une année et que des formations planifiées déjà par la CNLS vont leur être dispensées pour les orienter et les mettre au courant de la nouvelle politique multi-sectorielle de lutte contre le SIDA et dans le S & E.

Les structures décentralisées antérieures étaient les CPLS (Comités des Provinces) et les CDLS (Comités des districts). Des comités des cellules devront être également mis en place pour décentraliser le plus possible les activités de lutte contre le SIDA. Les secteurs public et

privé prennent également part à la lutte contre le SIDA au Rwanda, raison pour laquelle des points focaux ont été demandés par la CNLS dans chaque établissement étatique et para-étatique. Les points focaux devront essayer de planifier dans leurs services des activités de prévention et même de prise en charge selon les moyens. Le suivi et l'évaluation fera partie intégrante de cette planification des points focaux. Par ailleurs, le secteur privé compte l'APPELAS (Association du Secteur privé et para-étatique de lutte contre le SIDA). Cette association coordonne les initiatives remarquables pour la plupart du secteur privé mais on retrouve les établissements para-étatiques comme la prise en charge des employés des Banques Nationales ou autres. Encore une fois le S & E s'y intègre. Les initiatives à ce niveau devraient être reportées à la CNLS pour un meilleur suivi mais aussi pour une parfaite coordination.

C. Les ONG locales & internationales et les activités confessionnelles

Le Forum des ONGs, l'ANSP+ et les Alliances religieuses jouent un rôle important au niveau de la coordination. La CNLS ne fait qu'orienter ces structures existantes du point de vue coordination des activités. Le personnel rattaché à ces structures travaille étroitement avec l'Unité de S & E de la CNLS, comme des points focaux. En fait, il s'agit d'apporter une assistance technique à ces structures ou d'organiser des formations de formateurs en S & E. En bref, les quelques intervenants (250 environs) qui figurent sur le répertoire de la CNLS appartiennent à l'un ou l'autre secteur cité dans les rubriques b et c.

D. Les coopérations bilatérales et multilatérales

Au Rwanda, comme la plupart des fonds de lutte contre le SIDA viennent des Agences des NU et des Coopérations, il est bien entendu important que le S & E de la CNLS disposent d'informations venant des coopérations et des Agences des NU, consécutivement à leurs indicateurs puisqu'ils ont leurs services ou départements de S & E qui peuvent naturellement alimenter la base des données de la CNLS. A présent, l'Unité de S & E travaille en étroite collaboration avec l'USAID, l'ONUSIDA et l'UNICEF, que ce soit dans le Groupe de Soutien Technique ou lors d'autres occasions d'échanges d'informations.

Ces échanges se feront lors des conférences de S&E ou autres réunions de travail; et c'est là que se définiront les modalités de collaboration intense entre le Gouvernement et les Bailleurs de fonds, en ce qui concerne le S & E. Le Groupe de Soutien Technique de S & E en est un exemple.

E. Plan de formation en matière de suivi et d'évaluation

I ère Partie : Formation sur les Notions Elémentaires en S & E(+ recyclage)

1. Bénéficiaires : Agents de S & E/CNLS
 Agents des Secteurs
2. Moment de formation : Février 2003, mars 2004, 2005 et 2006
3. Durée de formation : 10 jours
4. Lieux de formation : Dakar/Sénégal
 Kigali/Rwanda
5. Formateurs : MEASURE Evaluation
 MACRO International
 Autres

II ième Partie : Notions Elémentaire en S&E et Formation des Formateurs sur l'analyse et l'interprétation des données

(+ **recyclage**)

1. Bénéficiaires : Agents du Secteur de Coordination(CPLS)
Points Focaux du Secteur Privé
Points Focaux du Secteur Public
Points Focaux du Secteur Communautaire
2. Moment de formation : Août 2003, juillet 2004, 2005 et 2006
3. Durée de formation : 6 jours
4. Lieux de formation : Kigali Rwanda
Provinces du Rwanda
5. Formateurs : MEASURE Evaluation
Direction S & E/CNLS
Autres

CHAPITRE V : DIFFUSION ET UTILISATION DES DONNEES

Dans la logique de chaque plan de S & E, un plan de diffusion et d'utilisation des données doit être envisagé. En effet, c'est pure perte que de rassembler les données et de les garder dans les tiroirs, comme cela se passe dans certaines administrations. Tous les Rwandais à tous les niveaux doivent connaître les résultats des efforts fournis par les programmes de prévention, de prise en charge, etc. Il en va de même pour les résultats des recherches sur le VIH/SIDA. Mais comme nous parlons des programmes, nous devons mentionner les niveaux de diffusion & d'utilisation des données, les cibles et le rapport annuel qui doit contenir tout ce qui précède et faire référence aux Indicateurs Nationaux.

A. Niveaux de diffusion et utilisation des données

De la manière la plus simple, ces schémas veulent montrer simplement qu'au Rwanda le Plan national de S & E se basera toujours sur les Indicateurs de couverture Nationale indiquant un changement quelconque ou progrès des Programmes VIH/SIDA. Les lacunes seront naturellement notées pour corrections.

1. Districts

Les cibles premières sont donc la population au niveau des districts et même des cellules. A ce niveau, les responsables/gestionnaires des Programmes des districts devraient s'assurer que le Plan de diffusion satisfait aux besoins de ce niveau qui est prioritaire au Rwanda. L'utilisation des informations à ce niveau devrait être conséquente. Ils doivent se poser la question de savoir si eux-mêmes maîtrisent les données produites et disséminées pour les utiliser ou si ces données reflètent la réalité et que les effets de leur programme ont contribué à changer les données proprement dites. Nous pouvons même aller plus loin et recommander que le milieu rural soit visé à ce niveau. Car plus de 85% des Rwandais vivent dans ces milieux. L'appropriation des données à ce niveau et leur utilisation rassureraient à la fois tout le Rwanda et les responsables de lutte contre le SIDA en particulier (CNLS, CPLS, bailleurs).

2. Provinces

Le niveau des Provinces est important, c'est là que les données doivent être partagées et utilisées à bon escient. Ce niveau est capital car la plupart des Programmes de coordination se concentrent ici. La CNLS a même prévu des structures appelées CPLS, pour permettre et faciliter non seulement la coordination des activités mais aussi asseoir une structure solide de collecte des données, dissémination, et d'utilisation efficiente des ressources/données.

3. National

C'est le niveau central qui a toujours été le plus problématique. En effet, c'est au niveau national que sont conçus les mécanismes de collecte, de diffusion et d'utilisation des données. Malheureusement, très souvent ceux qui doivent mettre en exécution ces mécanismes ne le font pas à temps. Les raisons sont multiples: insuffisance des ressources humaines et financières ou leur affectation difficile et tardive et l'instabilité des agents. Compte tenu de l'ampleur de la pandémie du VIH/SIDA au Rwanda, les choses devraient se

concevoir, être planifiées et s'exécuter rapidement, au vu de toutes les conséquences que cela représente pour les vies humaines.

Le Plan de S & E de la CNLS – au niveau de la diffusion et de l'utilisation des données – met les Provinces au centre, devant mettre au courant les Rwandais et veiller à l'utilisation des données parce que le Gouvernement y a toujours mis les moyens minimums pour assurer la vie saine des populations. La CNLS, en tant que Organe du Gouvernement, a respecté cela et cherche à ravitailler les CPLS dans la mesure du possible. C'est pour cela que chaque CPLS a présentement 2 agents permanents avec un équipement d'informatique complet et une connection à Internet est en cours pour faciliter la communication. Un site web de la CNLS est déjà créé. Une fois les données seront échangées, toute personne qui le désire, pourra les avoir sur ce site. Le Gouvernement Rwandais a toujours montré sa volonté dans cette matière, tous les autres acteurs devront également y mettre la leur.

4. International

Le niveau International enfin doit connaître et partager ce qui se passe au Rwanda. Il y a des déclarations importantes des NU, de l'ONUSIDA ou des régions qui ont besoin d'échanger des informations. C'est l'échange d'informations de S&E à ce niveau qui pourra faciliter ce processus. La participation dans des colloques d'échanges internationaux doit être envisagée dans le plan de dissémination et d'utilisation des données pour la vision nationale & générale de S & E. et montrer par ailleurs à l'opinion internationale sur ce qui se fait dans le Pays.

B. Cibles

Compte tenu de ce qui précède, les utilisateurs potentiels de la diffusion et de l'utilisation des données sont :

- Les CDLS, qui reste le niveau le plus proche de la population
- Les CPLS, pour la Coordination Provinciale
- Les Structures du Gouvernement & Ministères
- Les ONGs, Associations et leur forum
- Les organismes confessionnels, leurs Programmes et leurs fora
- Les Institutions ayant des bases des données sur la Santé
- Les maisons de la presse
- Les séropositifs et leur forum
- Le secteur privé, employeurs et les bailleurs
- Les universités et instituts de recherche

NB: Nous savons que certaines de ces cibles peuvent être comprises dans d'autres mais nous les considérons séparément compte tenu de l'influence qu'elles ont vis-à-vis de la population Rwandaise, et dans leurs programmes spécifiques de lutte contre le SIDA. Ces cibles doivent donc recevoir les informations et elles doivent à leur tour les utiliser à bon escient. Ce sont, en fait des partenaires que la CNLS devra inclure dans toute planification possible de lutte contre le SIDA. Aussi, le plan national de S & E doit-il en tenir compte.

C. Rapport annuel

Le Rapport annuel sur le VIH est le premier instrument de diffusion des données. Il fait le point des interventions et traite également d'autres activités, telles que les recherches faites et

même les résumés des réunions importantes, les décisions des bailleurs, les fonds alloués, les mesures de planifications ultérieures, le plaidoyer, les politiques futures adoptées dans la lutte contre le SIDA etc. (*Voir Annexe V pour le contenu de ce rapport.*)

D. Indicateurs

Comme dit plus haut dans la partie introductive (ref. Chap.I, d), ce document de S & E reste un document complémentaire aux Cadre Stratégique et PNM. L'une de ses valeurs intrinsèques est sa composante liée aux indicateurs nationaux qui joueront le rôle de thermomètre de tout ce qui a été planifié dans la lutte contre le SIDA au Rwanda. Toute dissémination et toute utilisation des données devront se référer naturellement à ces indicateurs conçus et adoptés avec les partenaires lors l'atelier du 2 octobre 2002 à Kigali à l'hôtel des Diplomates(NOVOTEL). (*Voir Plan d'Indicateurs tableau Annexe VI.*)

Ces indicateurs ont été inspirés par les indicateurs du Cadre Stratégique de la CNLS, les récents indicateurs des Nations Unies (UNGASS) et les indicateurs provenant des objectifs du Millénaire pour le développement (Sommet du Millénaire de septembre 2000).

Ce Sommet qui a réuni les dirigeants politiques du monde entier a fixé un ensemble d'objectifs mesurables et assortis de délais pour lutter contre la pauvreté, la faim la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement, la discrimination à l'égard des femmes, les droits de l'homme, la bonne gouvernance et la démocratie. C'est la raison pour laquelle ce Plan de S & E a intégré les indicateurs de ce Sommet consistant à mesurer le progrès de ses objectifs spécifiques axés sur le VIH/SIDA car ils visent à stopper la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle avant l'an 2015.

CONCLUSION

La lutte contre le SIDA au Rwanda étant une priorité cruciale du Gouvernement, il est évident que les moyens et les outils seront mis en place pour lutter contre cette pandémie. Ce Plan National de Suivi et Evaluation est l'un de ces outils élaborés par la CNLS pour répondre au besoin immédiat des interventions sur terrain.

La CNLS invite donc tous les intervenants dans la lutte contre le SIDA, les CPLS, les CDLS, les Partenaires sectoriels et les Bailleurs à s'y référer afin d'harmoniser les efforts et plus spécifiquement de permettre à la CNLS de suivre et d'évaluer ces interventions, dans l'objectif de corriger les erreurs et de faciliter les orientations du Gouvernement dans cette matière. La référence aux Indicateurs Nationaux de ce Plan à chaque instant de toute intervention devrait être des exercices quotidiens des responsables des Programmes de lutte contre le SIDA au Rwanda. La lecture du Cheminement des données est recommandée pour faire parvenir à la CNLS les informations exigées. La conformité aux Plans d'action Sectoriels sera également une des clés de la réussite des Interventions de lutte contre le SIDA au Rwanda.

La CNLS remercie encore une fois tous ceux qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à l'élaboration de ce Plan.

Kigali, 20 décembre 2002

Annexe I.

LISTE DES PERSONNES CONTACTEES/INTERVIEWEES

1. Barbara Sow, Technical Adviser/USAID-Rwanda
2. Beth Drabant, Health Officer/USAID-Rwanda
3. Joan LaRosa, Deputy Director/USAID-Rwanda
4. Ivan Hermans, Country Programme Adviser/ONUSIDA-Rwanda
5. Dr Bandora Philippe, Secrétaire Exécutif/CNLS-Rwanda
6. Dr Ruben Sahabu, Directeur a.i/TRAC-Rwanda
7. Valerie Koscelnik Chief of Party/CDC-Rwanda
8. Hubert Kagabo, Directeur Suivi et Evaluation/CNLS-Rwanda
9. Deborah Murray, Country Director FHI/IMPACT-Rwanda
10. Dr Martin Ngabonziza, Conseiller Technique FHI/IMPACT-Rwanda
11. Tom Merrick, Program Advisor, World Bank Institute, Washington, DC
12. Miriam Schneidman, Sr. Health Specialist, World Bank Washington, DC
13. Sheila Dutta, Health Specialist, World Bank/ACT Africa, Washington, DC
14. Dr Eugénie Kayirangwa, Responsable Surveillance Epidém./TRAC-Rwanda
15. Shengero Christine Solange, Coordinateur PMTCT/TRAC-Rwanda
16. Elvanie Umunyana Nyankesha, Programme Assistant PMTCT/TRAC
17. Marie Claire Mukantagwabira, CPLS/Kigali-Ville
18. Aline Mukerabirori, Responsable des Stocks, Vente et Marketing CAMERWA
19. Dr Charles Murego, Directeur Santé MINADEF, Commissaire de la CNLS,
Président de la Sous-Commission de Suivi et Evaluation à la CNLS.
20. Dr Blaise Karibushi, Directeur Programme de Tb et lèpre/Minisanté Rwanda
21. Jean Shirimpumu, CPLS Byumba
22. Sylvestre Mutabaruka, MIGEPROFE, Commissaire de la CNLS
Membre de la Sous-Commission de Suivi et Evaluation à la CNLS
23. Rose Kabuye, Présidente CPLS Kigali-Ville
24. Nshimiyimana Appolinaire, CPLS Kigali-Ville
25. Boubacar Sow, Resident Advisor, Macro International/ONAPO
26. Jean Bosco Ruzibuka, Director ONAPO-Rwanda
27. Bernard Barrère, Senior Demographic Expert
Macro International, Headquarters/USA
28. Mohamed Ayad, Regional Coordinator, Middle East & Francophone Africa
Demographic & Health Surveys, Macro International, Headquarters/USA
29. Dr Limlim Robert: Coordinateur des Programmes/UNICEF-Rwanda
30. Christian Solofo Dimby : Administrateur de Programme, Planification Sociale
UNICEF/Rwanda.
31. Dr Rwagacondo E : Directeur a.i Epidémiologie/Minisanté
32. Dr Vianney Nizeyimana, Directeur de la Planification/Minisanté
Responsable de SIS

Annexe II.

GROUPE DE SOUTIEN TECHNIQUE EN SUIVI ET EVALUATION

1. Mme Barbara Sow : Conseiller Technique –USAID, tél.08302133
2. Dr Eugène Rurangwa : Santé Reproductive
Secrétaire Exécutif a.i de GLIA, tél.08305024, 510917
3. Dr Karibushi Blaise : Dir. Programme Nat. de lutte contre la Lèpre & la TB
tél.08300920
4. Dr Laurien Nyabienda : Directeur de l'ARBEF-Rwanda, tél.08535882
5. Dr Ruben Sahabu: Directeur a.i du TRAC, tél.08531939
6. Mr Emmanuel Ngoga : Responsable du Projet SIDA/World Relief- Rwanda
tél.08454598
7. Mme Cathérine Bitwayiki : Chargée du VIH/SIDA et des Questions Transversales au sein de la Fédération Rwandaise du Secteur Privé , tél.08422416
8. Mr Régis Ruhanga : Coord. du Forum des ONGs de lutte contre le SIDA
tél.08513857
9. Dr Murego Charles : Minadef & Président de la S/C de Suivi & Ev./CNLS
tél.08301049
10. Dr Chantal Kabagabo : Présidence de la République
tél.08302942, 511729
11. Mme Dorothy Wibabara : Présidente de l'ANSP+
tél.08521671,08493833
12. Mr Emmanuel Rusanganwa : Coordinateur SIDS/Min.de l'éducation
tél.08507790
13. Mr Sylvestre Mutabaruka : Min.du Genre et Promotion de la femme
tél.08650063
14. Mr Hubert Kagabo: Directeur de Suivi et Evaluation/CNLS, tél.08511070
15. Mme Izabiriza Brigitte : Coordinatrice Projet CNLS-PNUD RWA 99/028, tél.08302173
16. Mr Ivan Hermans : ONUSIDA Rwanda, 08301998, 510623

La Sous Commission de Suivi et Evaluation/CNLS est composée par:

1. Dr Murego Charles : Président
2. Dr Chantal Kabagabo
3. Mme Dorothy Wibabara
4. Mr Emmanuel Rusanganwa
5. Mr Sylvestre Mutabaruka
6. Mr Hubert Kagabo

Equipe d'expertise pour l'élaboration de ce Plan:

International

Stephanie Mullen(MEASURE, JSI Research and Training Institute)

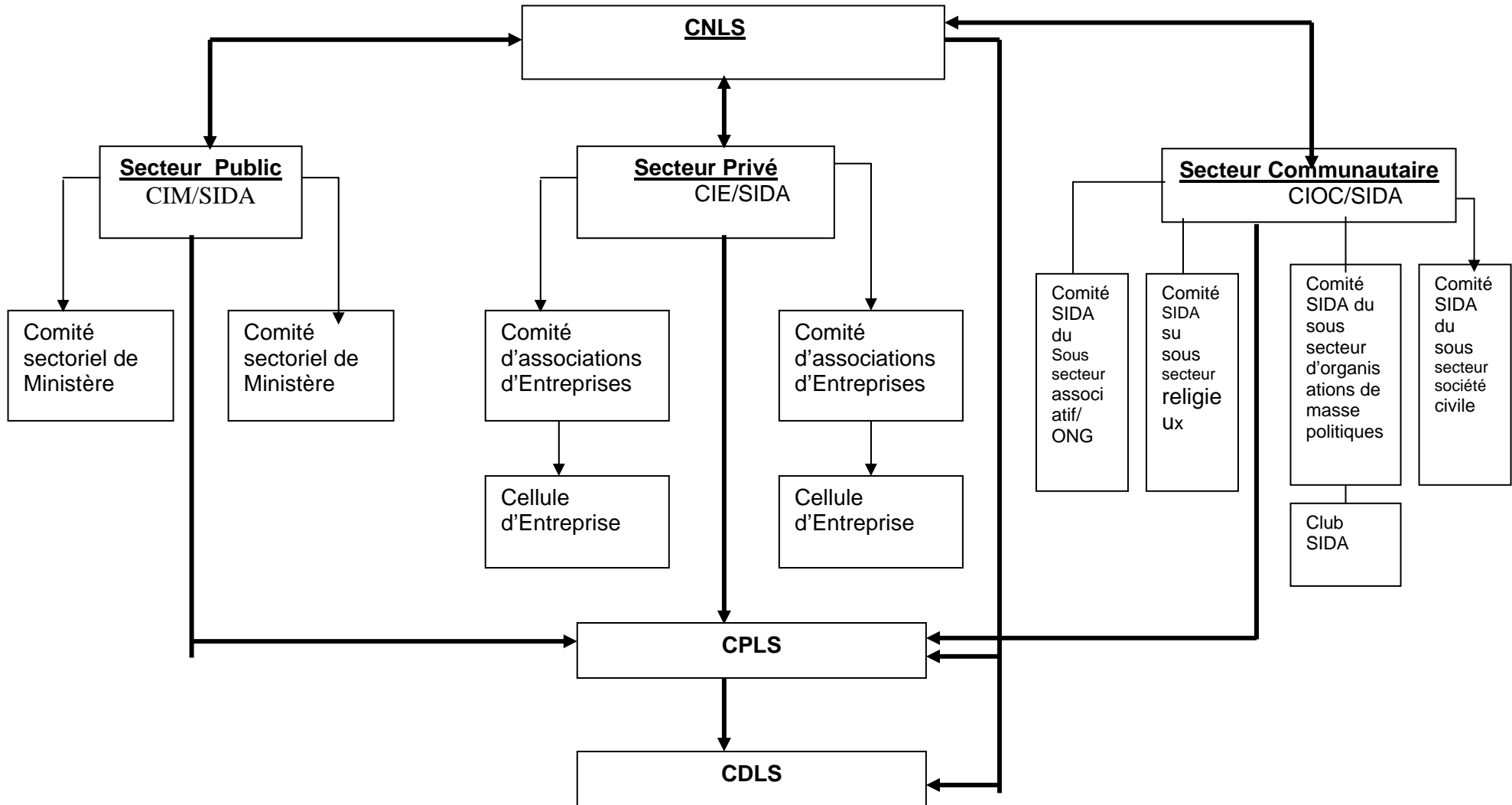
Erin Eckert (MEASURE, MACRO International)

Léontine GNASSOU (Enseignante en Suivi/Evaluation des programmes de santé au CESAG)

National

Hubert Kagabo(CNLS)

Figure II : Structures nationales de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA par secteur d'intervention



Annexe V

FORMAT DE RAPPORT ANNUEL DU VIH/SIDA AU RWANDA

I. Introduction

II. La surveillance de VIH/SIDA

A. La surveillance sentinelle

1. Aperçu de système
2. L'analyse et tendance des résultats suivant les indicateurs relatifs
3. Conclusion

B. Le système d'information sanitaire

1. Aperçu de système
2. Analyse et tendance des résultats suivant les indicateurs relatifs
3. Conclusion

C. La surveillance comportementale

1. Aperçu de système
2. Analyse et tendance des résultats suivant les indicateurs relatifs
3. Conclusion

D. D'autres recherches

III. Descriptions des programmes VIH/SIDA (selon l'aperçu des activités, analyse et tendance des résultats suivant les indicateurs relatifs et conclusions)

A. Prévention de la transmission du VIH/SIDA

- IEC
- PTME
- VCT
- Promotion des condoms

B. Le soin et soutien des personnes infectées et/ou affectées

- ARV
- Les activités à base communautaire

C. Pauvreté et Genre dans la lutte contre le VIH/SIDA

D. Promotion du Partenariat et de la Coordination Multi-sectorielle

- CPLS
- Secteurs
- Forum des ONG
- D'autres acteurs

IV. Résultats et l'impact des programmes de lutte contre le VIH/SIDA

V. Conclusion générale

Annexe VI:

REVUE GENERALE DES INDICATEURS PAR DOMAINES DE PROGRAMMATION ET PRIORITE

36 Indicateurs Prioritaires	Ref	31 Indicateurs Additionnels	Ref
Axe Stratégique I: Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA (10 prioritaires, 11 additionnels)			
Connaissance de prévention générale du VIH/SIDA	1.1	L'âge médian au premier rapport sexuel parmi les jeunes hommes et femmes	1.4
Connaissance de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	1.2	Echange informelle des relations sexuelles pour l'argent ou des cadeaux	1.6
Utilisation des préservatifs au cours des derniers rapports sexuels à haut risque	1.3	Le conseil/dépistage volontaire	1.8
Les adultes et les jeunes (15 à 24 ans) ayant connu plusieurs partenaires l'année passée	1.5	VIH et Tuberculose	1.10
Les rapports sexuels parmi les jeunes célibataires (âgés de 15 à 24 ans) au cours des 12 derniers mois	1.7	Les districts sanitaires comprenant au moins un centre offrant un dépistage de l'infection à VIH	1.12
Les soins et prévention d'IST	1.9	Les formations sanitaires suivant les directives de prévention de transmission accidentelle du VIH	1.13
Les structures de conseil/dépistage volontaire	1.11	Taux de séropositivité au VIH parmi les donneurs de sang.	1.15
Pourcentage d'unités de sang transfusé ayant fait l'objet d'un test VIH	1.14	Les femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH	1.16
Les femmes séropositives reçoivent un traitement antirétroviral complet pendant leurs grossesses	1.18	Les formations sanitaires qui offrent des consultations prénatales dans le service public, au cours desquelles des conseils et test volontaire pour le VIH sont dispensés.	1.17
Les enfants séropositifs nés des mères infectées.	1.19	Les provinces ayant les programmes opérationnels de la prévention du VIH qui ciblant au moins 3 groupes	1.20
		L'indice d'efforts des Programmes SIDA(IEPS)	1.21
Axe Stratégique II: Renforcement de la surveillance de l'épidémie (4 prioritaires, 7 additionnels)			
La collecte des données les cas de SIDA	2.1	La collecte des données sur les cas de tuberculose	2.2
Le contrôle de qualité des tests de VIH	2.9	La collecte des données sur les cas de IST	2.3
Système de surveillance annuelle du VIH, un plan d'analyse et la dissémination de ses informations.	2.10	Surveillance chez les jeunes	2.4
		Surveillance chez les prostituées	2.5
		Surveillance chez les prisonniers	2.6
		Surveillance chez les camionneurs	2.7
		Bactériovigilance de la tuberculose	2.8
Axe Stratégique III: Amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées (6 prioritaires, 5 additionnels)			
Grandes entreprises qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail	3.3	La coordination entre les CPLS et les associations ayant les activités PVVIH	3.1
Participation active de PVVIH	3.4	Les programmes de visite à domicile	3.2
L'indice national de soins et de la politique de soutien	3.5	Diagnostic et traitement des infections opportunistes	3.7
ARV pour les séropositifs de stade avancé	3.6	Prophylaxie de tuberculose pour les cas de VIH+	3.8
Formations sanitaires fournissant les ARV	3.9	Les attitudes de tolérance envers les personnes infectées par le VIH	3.11
Formations sanitaires avec les ARV en stock	3.10		
Axe Stratégique IV: Renforcement de la réduction de la pauvreté et intégration de la dimension genre dans la lutte du VIH/SIDA (5 prioritaires, 3 additionnels)			
Scolarisation des orphelins et non-orphelins	4.1	Les orphelins de moins de 15 ans	4.3

36 Indicateurs Prioritaires	Ref	31 Indicateurs Additionnels	Ref
L'éducation sur le VIH/SIDA ou les aptitudes utiles dans la vie	4.2	Les initiatives communautaires pour les soins des orphelins et les enfants vulnérables	4.4
Les programmes à base communautaire qui fournissent les services sociaux pour les PVVIH et leurs familles	4.6	Les associations féminines et d'associations des PVVIH ayant bénéficié de soutien pour les activités génératrices de revenus	4.5
Les programmes à base communautaire qui privilégient l'accès aux opportunités socio-économiques des jeunes filles et femmes.	4.7		
L'indice national de la politique sur les droits de l'homme.	4.8		
Axe Stratégique V: Renforcement de la réponse, promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle (8 prioritaires, 4 additionnels)			
Les dépenses de budget nationales pour les programmes VIH	5.2	Le budget national planifié pour les programmes VIH	5.1
Les fonds gouvernementaux par rapport aux autres sources des fonds ou dépensés des programmes VIH	5.3	Achèvement des rapports trimestriel	5.5
Les plans d'actions de CDLS et CPLS en collaboration avec toutes ses partenaires	5.4	Achèvement des visites de supervision et suivi par la CPLS aux CDLS	5.7
Achèvement des visites de supervision et suivi par la CNLS aux CPLS	5.6	Collaboration des sous/Ssecteurs avec ses partenaires	5.9
Coordination au niveau central avec CNLS et ses partenaires	5.8		
La mise à jour des indicateurs	5.10		
Politiques de prévention ou de soin et les programmes VIH/SIDA au niveau des institutions publiques et privées	5.11		
L'indice national de la politique du plan stratégique	5.12		
Les Indicateurs d'Impact (3 prioritaires, 1 additionnel)			
Le taux de prévalence du VIH dans la population générale	6.1	Le taux d'incidence des maladies associées au VIH	6.3
Le taux de prévalence du VIH dans les groupes à risque (jeunes, prostituées, prisonniers)	6.2		
La prévalence de VIH parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans	6.4		

PLAN D'INDICATEURS NATIONAUX POUR LE SUIVI & L'ÉVALUATION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA 2002-2006

(P)= Indicateur Prioritaire (A)=Indicateur Additionnel

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
Axe Stratégique I: Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA				
1.1. Connaissance de prévention générale du VIH/SIDA	<p>Pourcentage des adultes et les jeunes âgés de 15-24 qui identifient correctement les moyens de prévention de l'infection à VIH et qui rejettent les deux idées fausses les plus fréquentes localement concernant la transmission ou la prévention du VIH. (UNGASS) (P)</p> <p><i>Numérateur:</i> Nombre des interviewés (ages 15-24 ans) qui identifient correctement toutes les réponses au cinq questions <i>Dénominateur:</i> Nombre des interviewés (15-24) qui ont répondu au cinq questions (y compris « ne sait pas »)</p>	<p>Bi-annuel</p> <p>4 ans</p>	<p>Enquête Indicateurs SIDA</p> <p>EDS</p>	<p>Measure</p> <p>USAID CNLS</p>
1.2. Connaissance de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	<p>Pourcentage de population qui identifient correctement les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (par âge et sexe) (UNAIDS) (P)</p> <p><i>Numérateur :</i> le nombre de personnes interrogées qui répondent que la transmission du VIH par des femmes séropositives peut être prévenue par la prise de médicaments durant la grossesse. <i>Dénominateur:</i> Le nombre total de répondants à l'enquête.</p>	<p>Bi-annuel</p> <p>4 ans</p>	<p>Enquête Indicateurs SIDA</p> <p>EDS</p>	<p>Measure</p> <p>CNLS</p> <p>USAID</p>
1.3. Utilisation des préservatifs au cours de dernier rapport sexuel à haut risque	<p>Pourcentage des interviewés 15-24 ans et 25-49 ans qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire extra-conjugal ou occasionnel, au cours des 12 derniers mois, parmi les jeunes et adultes ayant participé à l'enquête. (UNGASS & UNAIDS) (P)</p> <p><i>Numérateur :</i> Le nombre qui a indiqué avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire extra-conjugal et occasionnel, au cours des 12 derniers mois <i>Dénominateur:</i> Le nombre total de répondants à l'enquête.</p>	<p>Bi-annuel</p> <p>4 ans</p>	<p>Enquête Indicateurs SIDA</p> <p>EDS</p>	<p>Measure</p> <p>CNLS,</p> <p>USAID</p>
1.4. L'âge médian au premier rapport sexuel parmi les jeunes hommes et femmes	<p>L'âge médian est l'âge auquel la moyenne des jeunes hommes ou femmes, âgés de 15 à 24 ans, ayant participé à l'enquête, ont eu leur premier rapport sexuel avec pénétration. (UNAIDS). (A)</p> <p>Dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages ou d'enquêtes s'adressant spécialement aux jeunes, on demande aux personnes interrogées si elles ont déjà eu un rapport sexuel avec pénétration. Une courbe est ensuite tracée pour chaque âge, en fonction</p>	<p>Bi-annuel</p> <p>4 ans</p>	<p>Enquête Indicateurs SIDA</p> <p>EDS</p>	<p>Measure</p> <p>CNLS,</p> <p>USAID</p>

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
	du pourcentage des personnes indiquant avoir eu un rapport sexuel. L'âge pour lequel la courbe dépasse 50% est l'âge médian du premier rapport sexuel. En moyenne, les personnes indiquant avoir un certain âge, auront en réalité six mois de plus.			
1.5. Les adultes et les jeunes (15 à 24 ans) ayant connu plusieurs partenaires l'année passée	<p>Pourcentage de gens (jeunes âgés de 15 à 24 ans et adultes) qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois. (UNAIDS) (P)</p> <p><i>Numérateur</i> : Nombre des répondants qui notifient des rapports sexuels avec une personne qui n'est pas leur conjoint, ou qui n'est pas la personne avec qui ils ont vécu au cours des 12 derniers mois.</p> <p><i>Dénominateur</i> : Nombre des répondants qui rapportent avoir eu des rapports sexuels durant la même période.</p>	<p>Bi-annuel</p> <p>4 ans</p>	<p>Enquête Indicateurs SIDA</p> <p>EDS</p>	<p>Measure CNLS,</p> <p>USAID</p>
1.6. Echange informel des relations sexuelles pour l'argent ou des cadeaux	<p>Pourcentage des hommes/femmes (par groupe d'âge et par sexe) qui ont donné/reçu de l'argent ou cadeaux pour avoir des relations sexuelles(A)</p> <p><i>Numérateur</i> : Nombre des répondants qui ont donné/reçu de l'argent ou cadeaux pour avoir des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois.</p> <p><i>Dénominateur</i> : Nombre des répondants qui rapportent avoir eu des rapports sexuels durant la même période.</p>	<p>Bi-annuel</p> <p>4 ans</p>	<p>Enquête Indicateurs SIDA</p> <p>EDS</p>	<p>Measure CNLS,</p> <p>USAID</p>
1.7. Les rapports sexuels parmi les jeunes célibataires (âgés de 15 à 24 ans) au cours des 12 derniers mois	<p>Le pourcentage de jeunes célibataires (âgés de 15 à 24 ans) qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, parmi les jeunes célibataires ayant participé à l'enquête. (P)</p> <p><i>Numérateur</i>: Le nombre des jeunes célibataires qu'ont eu le rapport sexuel au cours des 12 derniers mois.</p> <p><i>Dénominateur</i>: Le nombre des jeunes gens célibataires interrogés.</p>	<p>Bi-annuel</p> <p>4 ans</p>	<p>Enquête Indicateurs SIDA</p> <p>EDS</p>	<p>Measure CNLS,</p> <p>USAID</p>
1.8. Le conseil/dépistage volontaire	<p>Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans, parmi toutes les personnes enquêtées qui ont, à une période ou une autre, volontairement demandé un test VIH, l'ont obtenu et ont reçu les résultats. Il est suggéré que des données soient également collectées pour celles demandant un test VIH, l'obtenant et recevant les résultats au cours des 12 derniers mois (UNAIDS) (A)</p> <p><i>Numérateur</i> : Nombre des personnes qui ont demandé un test et reçu les résultats</p>	<p>Bi-annuel</p> <p>4 ans</p>	<p>Enquête Indicateurs SIDA</p> <p>EDS</p>	<p>Measure CNLS</p> <p>USAID</p>

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
	<i>Dénominateur</i> : Nombre des répondants de l'enquête.			
1.9. Les soins et prévention d'IST	Pourcentage des malades ISTs dans les formations sanitaires qui ont été bien diagnostiqués, traités et conseillés suivant les directives nationales. (UNGASS) (P) <i>Numérateur</i> : Nombre des malades d'IST, qui ont été pris en charge selon les norms nationaux <i>Dénominateur</i> : Nombre des malades d'IST dont l'interaction client prestataires a été observée	Annuel	Enquête de IST	CNLS IMPACT TRAC USAID
1.10 VIH et Tuberculose	Proportion des nouveaux cas de VIH qui sont consultés pour tuberculose et qui ont commencé le traitement préventif l'année dernière (A) <i>Numérateur</i> : Nombre des nouveaux cas de VIH qui sont consultés pour tuberculose et qui ont commencé le traitement préventif l'année dernière <i>Dénominateur</i> : Nombre total des nouveaux cas de VIH dans l'année dernier	Annuel	Rapport du programme	TRAC SIS
1.11. Les structures de conseil/dépistage volontaire	Nombre de structures de conseil/dépistage volontaire, confidentiel et anonyme suivant les directives nationales. (P)	Annuel	Rapport du programme	TRAC CNLS
1.12. Les districts sanitaires comprenant au moins un centre offrant un dépistage de l'infection à VIH	Pourcentage de districts sanitaires comprenant au moins un centre offrant un dépistage de l'infection à VIH suivant les directives nationales. (ONUSIDA) (A) <i>Numérateur</i> : Nombre des districts sanitaires comprenant au moins un centre offrant un dépistage de l'infection à VIH suivant les directives nationales. <i>Dénominateur</i> : Nombre des districts sanitaires	Annuel	Rapport du programme	TRAC CNLS
1.13. Les formations sanitaires suivant les directives de prévention de transmission accidentelle du VIH	Pourcentage de formations sanitaires suivant les directives de prévention de transmission nosocomiale du VIH, pratiquant des procédures correctes de stérilisation, traitement des déchets et utilisisent des gants chirurgicaux. (ONUSIDA) (A) <i>Numérateur</i> : Le nombre des formations sanitaires ayant des normes écrites de pratiques sans risques, une procédure de stérilisation adéquate, traitement des déchets et des gants chirurgicaux toujours en stock. <i>Dénominateur</i> : Le nombre de toutes les formations sanitaires	Annuel	Rapport du Programme	TRAC DSS Banque Mondiale
1.14. Pourcentage d'unités de sang transfusé ayant fait l'objet d'un test VIH	Pourcentage d'unités de sang transfusé au cours des 12 derniers mois, ayant fait l'objet d'un test VIH adéquat, conformément à des directives nationales ou de l'OMS. (ONUSIDA) (P) <i>Numérateur</i> : Le nombre d'unités de sang ayant fait l'objet d'un test VIH adéquat,	Annuel	Rapport du programme	CTS

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
	conformément à des directives nationales ou de l'OMS, transfusé au cours des 12 derniers mois. <i>Dénominateur:</i> Le nombre d'unités de sang transfusé au cours des 12 derniers mois			
1.15. Taux de séropositivité au VIH parmi les donneurs de sang.	Le Taux de séropositivité au VIH parmi les donneurs de sang(A) <i>Numérateur:</i> Le nombre des donneurs de sang qui sont séropositifs <i>Dénominateur:</i> Le nombre des donneurs de sang	Annuel	Rapport du programme	CTS
1.16. Les femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH	Pourcentage de femmes conseillées au cours de la prise en charge de leur grossesse la plus récente, qui ont accepté de subir un test et ont reçu les résultats, parmi toutes les femmes enceintes au cours des deux années précédant l'enquête. (ONUSIDA) (A) <i>Numérateur :</i> Le nombre de femmes ayant fréquenté des CP pour leur dernière grossesse au cours des deux dernières années, qui ont reçu lors de ce suivi conseil et test VIH, et ont obtenu les résultats du test, <i>Dénominateur :</i> Le nombre total de femmes interrogées au cours de l'enquête.	Annuel	Informations des programmes	TRAC
1.17. Les formations sanitaires qui offrent des consultations prénatales dans le service public, au cours desquelles des conseils et test volontaire pour le VIH sont dispensés.	Pourcentage de patientes fréquentant des consultations prénatales du service public, au cours desquelles de service de conseil et test volontaire pour le VIH est dispensée par du personnel formé ou bien les femmes sont orientées vers des services VCT. (UNAIDS) (A) <i>Numérateur:</i> Le nombre de patientes suivies au cours de l'année précédente, aux consultations prénatales offrant le test volontaire pour le VIH et le conseil post-test donné par un personnel qualifié (ou patientes orientées vers d'autres services) <i>Dénominateur:</i> Le nombre total des femmes suivies aux consultations prénatales inclus dans l'enquête au cours de l'année précédente	Annuel	Rapport du Programme et Enquête de formation sanitaire	TRAC USAID/ Macro
1.18. Les femmes séropositives reçoivent un traitement antirétroviral complet pendant leurs grossesses	Pourcentage de femmes suivies en consultations prénatales sélectionnées, ayant un test positif au cours de l'année précédente, qui dans le but de prévenir la transmission mère-enfant, reçoivent un traitement antirétroviral complet répondant aux directives nationales et internationales. (UNGASS & ONUSIDA) (P) <i>Numérateur :</i> Le nombre des femmes qui ont un test positif, reviennent pour chercher les résultats et reçoivent un traitement antirétroviral complet (de même que le bébé), comme indiqué dans le protocole de traitement approuvé à l'échelle nationale (ou répondant aux normes OMS/ONUSIDA). <i>Dénominateur :</i> Le nombre de toutes les femmes séropositives, qu'elles soient ou non revenues chercher les résultats du test.	Bi-annuel	Enquête de formation sanitaire & rapports du programme	TRAC USAID/ Macro

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
1.19. Les enfants séropositifs nés des mères infectées.	<p>Pourcentage d'enfants séropositifs nés des mères infectées. (UNGASS) (P)</p> <p>Le calcul de cet indicateur est le suivant :</p> <p>Cette formule prend la moyenne pondération de probabilité de PTME pour les femmes enceintes qui reçoivent et ce qui ne reçoivent pas les antirétroviraux; les pondérations sont les proportions des femmes qui reçoivent et qui ne reçoivent pas les antirétroviraux, respectivement.</p> <p>Indicateur = { $T*(1-e) + (1-T)$ } * v</p> <p>Donne: T = proportion des femmes enceintes séropositives qui reçoivent les antirétroviraux v = taux de PTME dans l'absence de traitement antirétroviral e =efficacité de traitement de l'antirétroviral fourni</p> <p>T est le même que l'indicateur en haut (1.18.)Les valeurs standardisées de 25% et 50%, respectivement, peuvent être utilisées pour v et e.</p> <p>Toutefois, s'il y a les estimations scientifiques d'efficacité d'un traitement spécifique D'antirétroviral (comme névirapine) sont disponibles, ceci peut être utilisé dans la formule à la place des valeurs standardisées.</p>	Annuel	Estimation basée de couverture du programme	TRAC CNLS
1.20. Les provinces ayant les programmes opérationnels de prévention du VIH qui ciblant au moins 3 groupes	<p>Pourcentage des provinces qui ont les programmes opérationnels de prévention du VIH ciblant au moins 3 groupes cibles(A)</p> <p><i>Numérateur:</i> Nombre des provinces qui ont les programmes opérationnels de prévention du VIH ciblant au moins 3 groupes <i>Dénominateur:</i> Nombre des provinces</p>	Annuel	Rapport du Programme	CPLS
1.21. L'indice d'efforts des Programmes SIDA(IEPS)	<p>Représente le score attribué à un programme national par un groupe défini d'individus bien informés, auxquels on a posé des questions concernant 90 domaines différents de programmation, regroupés en 10 composantes principales (A)</p>	Bi-annuel	Enquête spécial d'IEPS	CNLS, Policy Project, ONUSIDA

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
Axe Stratégique II: Renforcement de la surveillance de l'épidémie				
2.1. La collecte des données sur les cas de SIDA	Pourcentage des formations sanitaires ayant collecté des données sur les cas de SIDA suivant les directives nationales(P) <i>Numérateur:</i> Nombre des formations sanitaires ayant collecté des données sur les cas de SIDA suivant les directives nationales <i>Dénominateur:</i> Nombre des formations sanitaires	Annuel	Rapport du Programme	SIS, Minisante, TRAC
2.2. La collecte des données sur les cas de tuberculose	Pourcentage des formations sanitaires ayant collecté des données sur les cas de tuberculose suivant les directives nationales(A) <i>Numérateur:</i> Nombre des formations sanitaires ayant collecté des données sur les cas de tuberculose suivant les directives nationales <i>Dénominateur:</i> Nombre des formations sanitaires	Annuel	Rapport du Programme	PNILT
2.3. La collecte des données sur les cas de IST	Pourcentage des formations sanitaires ayant collecté des données sur les cas de IST suivant les directives nationales(A) <i>Numérateur:</i> Nombre des formations sanitaires ayant collecté des données sur les cas de IST suivant les directives nationales <i>Dénominateur:</i> Nombre des formations sanitaires	Annuel	Rapport du Programme	SIS, Minisante, TRAC
2.4. Surveillance chez les jeunes	Etude/Enquête de surveillance chez les jeunes(A) Nombre d'étude ou enquête de surveillance chez les jeunes	2-5 ans	Enquête spéciale & BSS	TRAC & CNLS
2.5. Surveillance chez les prostituées	Etude/Enquête de surveillance chez les prostituées(A) Nombre d'étude ou enquête de surveillance chez les prostituées	2-5 ans	Enquête spéciale & BSS	TRAC IMPACT CDC
2.6. Surveillance chez les prisonniers	Etude/Enquête de surveillance chez les prisonniers(A) Nombre d'étude ou enquête de surveillance chez les prisonniers	2-5 ans	Enquête spéciale & BSS	TRAC IMPACT CDC
2.7. Surveillance chez les camionneurs	Etude/Enquête de surveillance chez les camionneurs(A) Nombre d'étude ou enquête de surveillance chez les camionneurs	2-5 ans	Enquête spéciale & BSS	TRAC & CNLS
2.8. Bactériovigilance de la	Nombre d'étude ou enquête de surveillance de la bactériovigilance de la	2-5 ans	Enquête	TRAC

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
tuberculose	tuberculose (A) Etude/Enquête de surveillance de la bactériologie de la tuberculose		spéciale	CDC
2.9. Le contrôle de qualité des tests de VIH	Pourcentage des tests de VIH qui bénéficient à un contrôle de qualité interne et externe (P) <i>Numérateur</i> : Nombre des tests de VIH qui bénéficient à un contrôle de qualité (par test interne et externe) par année <i>Dénominateur</i> : Nombre des tests de VIH qui sont fait par année	Annuel	Les registres laboratoires	TRAC
2.10. Système de surveillance annuelle du VIH, un plan d'analyse et la dissémination de ses informations.	L'Existence d'un système de surveillance annuelle du VIH, un plan d'analyse et de dissémination de ses informations. (P)	Annuel	Rapport du Programme	TRAC CNLS
Axe Stratégique III: Amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées				
3.1. La coordination entre les CPLS et les associations ayant les activités PVVIH	Pourcentage des CPLS qui font les réunions au moins une fois par trimestre avec les associations ayant les activités du PVVIH (A) <i>Numérateur</i> : Nombre des CPLS qui font les réunions au moins une fois par trimestre avec les associations ayant les activités du PVVIH <i>Dénominateur</i> : Nombre des CPLS	Annuel	Rapport du programme	CPLS CNLS
3.2. Les programmes de visite à domicile	Pourcentage des provinces ayant des programmes de visite à domicile. (A) <i>Numérateur</i> : Nombre des provinces ayant des programmes de visite à domicile. <i>Dénominateur</i> : Nombre des provinces	Annuel	Rapport du programme	CPLS CNLS ANSP+
3.3 Grandes entreprises qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail	Pourcentage des grandes entreprises qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail (UNGASS) (P) <i>Numérateur</i> : Nombre des Grandes Entreprises qui ont mis en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail <i>Dénominateur</i> : Nombre total des entreprises au Rwanda	Annuel	Rapport du programme	CPLS ANSP+
3.4. Participation active de PVVIH	Pourcentage des CDLS qui impliquent la participation active de PVVIH (P) <i>Numérateur</i> : Nombre des CDLS qui impliquent la participation active de PVVIH <i>Dénominateur</i> : Nombre des CDLS	Annuel	Rapport du Programme	CDLS ANSP+
3.5. L'indice national de soins et de la politique de soutien	L'indice national de soins et de la politique de soutien (UNGASS et UNAIDS) (P)	Annuel	L'Indice d'Effort du	ONUSIDA

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le pays a révisé ses politiques nationales de pharmaceutique et ses pratiques concernent les antirétroviraux et des autres médicaments liés au VIH/SIDA 2. Le pays a une politique pour renforcer le système de soin y compris l'approvisionnement des médicaments relatif au HIV/SIDA 3. Le pays a une politique pour fournir les services de soins psychosociaux aux personnes affectées par VIH/SIDA y compris les groupes marginaliser 4. Le pays a une politique qui prend en compte les besoins des orphelins et les autres enfants vulnérables <p>Un indice est compilé à partir des scores attribués dans les différents domaines. Le score est calculé comme un pourcentage, avec le zéro correspondant à l'absence d'effort et le 100 au maximum d'effort.</p>		Programme SIDA (IEPS).	
3.6. ARV pour les séropositifs de stade avancé	<p>% des séropositifs de stade avancé ayant bénéficié des ARV (UNGASS) (P)</p> <p>Le nombre des personnes (les adultes et les enfants) avec un état de VIH avancé qui reçoivent actuellement les traitements antirétroviraux peut être calculé comme le suivant :</p> <p>A: Nombre des personnes qui reçoivent le traitement en début d'année ; plus B: Nombre des personnes qu'ont commencé le traitement dans les derniers 12 mois ; moins C: Nombre des personnes pour lesquelles le traitement était terminé dans les derniers 12 mois (y compris ceux qui sont décédés)</p> <p>Le nombre des personnes avec l'état avancé de VIH est considéré – pour le but de Cet indicateur—10% (pour les épidémies précoces) ou 20% (les épidémies stabilisées) du nombre total des personnes qui sont infectée présentement. Ce dernier est estimé en utilisent les données de surveillance sentinelle le plus récent.</p> <p><i>Numérateur:</i> Nombre des personnes avec un état de VIH avancé qui reçoivent les traitements antirétroviraux suivant les directives nationales <i>Dénominateur:</i> Le nombre des personnes avec un état de VIH avancé</p>	Annuel	Estimation basée sur la prévalence nationale et les rapports du programme	TRAC SIS
3.7. Diagnostic et traitement des infections opportunistes	Pourcentage des FOSA formées en diagnostic et traitement des infections opportunistes suivant la politique nationale (A)	Annuel	Rapport du programme	TRAC

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
	<i>Numérateur</i> : Nombre des FOSA formées en diagnostic et traitement des infections opportunistes suivant la politique nationale <i>Dénominateur</i> : Nombre des FOSA			
3.8. Prophylaxie de tuberculose pour les cas de VIH+	Pourcentage des FOSA formées en prophylaxie de tuberculose suivant la politique nationale (A) <i>Numérateur</i> : Nombre des FOSA formées en prophylaxie de tuberculose suivant la politique nationale <i>Dénominateur</i> : Nombre des FOSA	Annuel	Rapport du programme	TRAC
3.9. Formations sanitaires fournissant les ARV	Pourcentage des formations sanitaires fournissant les ARV suivant la politique nationale de santé (P) <i>Numérateur</i> : Nombre des formations sanitaires fournissant les ARV suivant la politique nationale de la santé <i>Dénominateur</i> : Nombre des formations sanitaires	Annuel	Rapport du Programme	TRAC
3.10. Formations sanitaires avec les ARV en stock	Pourcentage d'établissements de soins, disposant d'un stock constant des ARV agréés n'ayant pas connu une rupture de stock d'ARV au cours des 12 derniers mois (P) <i>Numérateur</i> : Nombre d'établissements de soins disposant constamment en stock des ARV, n'ayant signalé aucune rupture de stock au cours des 12 derniers mois <i>Dénominateur</i> : Nombre total d'établissements (FOSA).	Annuel	Enquête des formations sanitaires (SPA)	MACRO TRAC
3.11 Les attitudes de tolérance envers les personnes infectées par le VIH	Pourcentage de personnes exprimant des attitudes de tolérance envers les personnes infectées par le VIH, parmi toutes les personnes interrogées de 15 à 49 ans. (A)	Bi-annuel	EDS, Enquête de population	CNLS, USAID, TRAC
Axe Stratégique IV: Renforcement de la réduction de la pauvreté et intégration de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/SIDA				
4.1. Scolarisation des orphelins et non-orphelins	Proportion d'orphelins âgés de 10 à 14 ans, relevée au cours d'une enquête auprès des ménages, qui sont scolarisés, par rapport aux enfants du même âge non-orphelins également scolarisés. (UNAIDS & UNGASS) (P) L'indicateur est construit en comparant la proportion d'enfants âgés de 10 à 14 ans, définis comme orphelins, qui sont scolarisés, avec celle des enfants du même âge, non-orphelins, qui sont également scolarisés. Il peut être aussi utile de mesurer séparément les tendances dans le temps des pourcentages d'orphelins et de non-orphelins parmi les enfants scolarisés. La différence entre les deux donnera une idée	Annuel	Rapport des structures éducation & EDS Enquête ONUSIDA	Miniloc, mineduc, Programme de lutte contre la pauvreté & statistiques CNLS

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
	<p>de l'impact du décès parental sur la scolarité.</p> <p>Enregistrement à l'école par les élèves orphelin (1) <i>Numérateur:</i> Nombre des enfants qui ont perdu un ou deux parents ET qui sont inscrits à l'école <i>Dénominateur:</i> Nombre d'enfants qui ont perdu un ou deux parents</p> <p>Enregistrement à l'école des élèves Non-orphelin(2) <i>Numérateur:</i> Nombre des enfants, avec deux parents vivants, qui habitent avec au moins un parent ET qui sont à l'école <i>Dénominateur:</i> Nombre des enfants, avec deux parents vivants, qui habitent avec au moins un parent</p> <p>Calcul la proportion de (1) à (2).</p>			
4.2. L'éducation sur le VIH/SIDA ou les aptitudes utiles dans la vie	<p>Pourcentage des écoles ayant des enseignants ayant été formés en éducation sur le VIH/SIDA ou les aptitudes utiles dans la vie et ayant dispensé ce cours durant l'année scolaire dernier. (UNGASS) (P)</p> <p><i>Numérateur:</i> Nombre des écoles ayant des enseignants ayant été formés en éducation sur le VIH/SIDA ou aptitudes utiles dans la vie et ayant dispensé ce cours régulièrement <i>Dénominateur:</i> Nombre des écoles dans l'enquête</p>	Annuel	Enquête des écoles & M&E du Minieduc	World Relief, Mineduc UNESCO
4.3. Les orphelins de moins de 15 ans	<p>Pourcentage d'enfants âgés de moins de 15 ans dont la mère, le père ou les deux parents sont décédés, d'après une enquête menée auprès des ménages. (ONUSIDA & UNGASS additionnel) (A)</p> <p><i>Numérateur:</i> Nombre des enfants qui sont âgés de moins de 15 ans au moment de l'enquête, et dont la mère ou le père ou les deux sont décédés <i>Dénominateur:</i> Nombre des enfants de moins de 15 ans cités par les répondants au cours de l'enquête.</p>	4-5 ans	EDS & Enquête MICS (Unicef)	Minaloc ONAPO
4.4. Les initiatives communautaires pour les soins des orphelins et les enfants vulnérables	<p>Pourcentage des CDLS qui ont les initiatives communautaires ayant un appui pour les soins des orphelins et l'enfant vulnérable(A)</p> <p><i>Numérateur:</i> Nombre des CDLS qui ont les initiatives communautaires ayant un appui pour les soins des orphelins et l'enfant vulnérable <i>Dénominateur:</i> Nombre des CDLS</p>	Annuel	Rapport du Programme & CNLS	Minaloc ONGs Associations

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
4.5. Les associations féminines et d'associations des PVVIH ayant bénéficié de soutien pour les activités génératrices de revenus	<p>Pourcentage des associations féminines et des associations des PVVIH ayant bénéficié de soutien pour les activités génératrices de revenus(A)</p> <p><i>Numérateur:</i> Nombre des associations féminines et des associations des PVVIH ayant bénéficié de soutien pour les activités génératrices de revenus</p> <p><i>Dénominateur:</i> Nombre des associations féminines et d'associations des PVVIH</p>	Annuel	Rapport du Programme & CNLS	ANSP+ Migeprofe
4.6. Les programmes à base communautaire qui fournissent les services sociaux pour les PVVIH et leurs familles	Nombre des programmes à base communautaire qui fournissent les services sociaux pour les PVVIH et leurs familles (P)	Annuel	Rapport du Programme & CNLS	ANSP+ Migeprofe, Minaloc
4.7. Les programmes à base communautaire qui privilégient l'accès aux opportunités socio-économiques des jeunes filles et femmes.	<p>Pourcentage de CDLS qui ont des programmes à base communautaire qui privilégient l'accès aux opportunités socio-économiques des jeunes filles et femmes. (P)</p> <p><i>Numérateur:</i> Nombre de CDLS qui ont des programmes à base communautaire qui privilégient l'accès aux opportunités socio-économiques des jeunes filles et femmes.</p> <p><i>Dénominateur:</i> Nombre de CDLS</p>	Annuel	Rapport du Programme & Minedofin, programme de lutte contre la pauvreté	Minaloc, CNJ, CNF, Migeprofe
4.8. L'indice national de la politique sur les droits de l'homme.	<p>L'indice national de la politique sur les droits de l'homme (ONUSIDA & UNGASS) (P)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le pays a une législation, régulation et/ou d'autres mesures qui éliminent toute forme de discrimination contre les droits des personnes qui vivent avec VIH/SIDA 2. Le pays a une structure légale et politique qui protège les droits d'emploi et les bénéfices des travailleurs qui vivent avec le VIH/SIDA et qui sont affectés par VIH/SIDA 3. Le pays a une politique pour promouvoir les droits des femmes et des filles affectées ou qui sont à risques de VIH/SIDA 4. Le pays a des régulations pour assurer que les protocoles de recherche sur le VIH sont évalués par les comités d'éthique indépendants. <p>Un indice est compilé à partir des scores attribués dans les différents domaines. Le score est calculé comme un pourcentage, avec le zéro correspondant à l'absence d'effort et le 100 au maximum d'effort.</p>	Annuel	L'Indice d'Effort du Programme SIDA (IEPS).	CNLS & Secteurs

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
Axe Stratégique V: Renforcement de la réponse, promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle				
5.1. Le budget national planifié pour les programmes VIH	<p>Pourcentage de budget national planifié pour les programmes de prévention et de soins VIH, par adulte âgé de 15 à 49 ans. (A)</p> <p><i>Numérateur:</i> Somme d'argent de budget national, planifiée aux programmes de prévention et de soins VIH, par adulte âgé de 15 à 49 ans.</p> <p><i>Dénominateur:</i> Nombre des adultes âgés de 15 à 49 ans</p>	Annuel	Budget gouvernemental	CNLS
5.2. Les dépenses de budget nationales pour les programmes VIH	<p>Pourcentage de budget national du gouvernement dépensé pour les programmes de prévention et de soins VIH (total et par secteur) (P)</p> <p><i>Numérateur:</i> Somme d'argent dépensé pour les programmes de VIH par année de budget national</p> <p><i>Dénominateur:</i> Somme d'argent dépensé par année de budget national</p> <p>Spécifie le montant total dépensé pour les programmes VIH par année</p> <p>Spécifie le montant total dépensé par année de budget national</p>	Annuel	Budget gouvernemental	CNLS MINECOFIN Bailleurs
5.3. Les fonds gouvernementaux par rapport aux autres sources des fonds des programmes VIH	<p>Proportion de fonds total pour VIH de gouvernement par rapport avec autres sources des fonds (comme les projets bilatéraux, ONG, les institutions privées) (P)</p> <p><i>Numérateur:</i> Somme d'argent total dépensé par le gouvernement pour les programmes de VIH par année</p> <p><i>Dénominateur:</i> Somme d'argent total dépensé pour les programmes de VIH de toutes les sources (gouvernement, les projets bilatéraux, ONG, etc.) par année</p> <p>Spécifie le montant total dépensé pour les programmes VIH par année et par source des fonds</p>	Annuel	Budget gouvernemental et les autres acteurs clé	CNLS MINECOFIN Bailleurs
5.4. Les plans d'actions de CDLS et CPLS en collaboration avec toutes ses partenaires	<p>Pourcentage des CPLS et des CDLS qui fournissent un plan d'action en collaboration avec tous ses partenaires (P)</p> <p><i>Numérateur :</i> Nombre des CPLS et des CDLS qui élaborent un plan d'action en collaboration avec tous ses partenaires</p> <p><i>Dénominateur :</i> Nombre des CPLS et des CDLS</p>	Annuel	Rapport du Programme & rapports CNLS & CPLS	CNLS, CPLS CDLS secteurs Forum des ONG
5.5. Achèvement des rapports	Pourcentage de CPLS et CDLS qui fournissent les rapports trimestriels (A)	Trimestriel	Rapport	CNLS,

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
trimestriel	<i>Numérateur</i> : Nombre de CPLS et CDLS qui fournissent les rapports trimestriels <i>Dénominateur</i> : Nombre de CPLS et CDLS		CNLS	CPLS & CDLS
5.6. Achèvement des visites de supervision et suivi par la CNLS aux CPLS	Pourcentage de CPLS qui reçoivent les visites de supervision et suivi de la CNLS chaque trimestre. (P) <i>Numérateur</i> : Nombre de CPLS qui reçoivent les visites de supervision et suivi de la CNLS chaque trimestre. <i>Dénominateur</i> : Nombre de CPLS	Trimestriel	Rapport CNLS	CNLS & CPLS
5.7. Achèvement des visites de supervision et suivi par la CPLS aux CDLS	Pourcentage de CDLS qui reçoivent les visites de supervision et suivi de la CPLS chaque trimestre. (A) <i>Numérateur</i> : Nombre de CDLS qui reçoivent les visites de supervision et suivi de la CPLS chaque trimestre. <i>Dénominateur</i> : Nombre de CDLS	Trimestriel	Rapport CNLS	CPLS & CNLS
5.8. Coordination au niveau central avec CNLS et ses partenaires	Nombre des réunions de coordination au niveau central avec CNLS et ses partenaires chaque année. (P)			CNLS & partenaires
5.9. Collaboration des sous/Ssecteurs avec ses partenaires	Pourcentage de Sous/Ssecteurs fournissant un plan en collaboration avec ses partenaires (A) <i>Numérateur</i> : Nombre de S/Ssecteurs fournissant un plan en collaboration avec ses partenaires <i>Dénominateur</i> : Nombre de S/Ssecteurs	Annuel	Rapport CNLS, CPLS & CDLS	CNLS & Secteurs Forum des ONG
5.10. La mise à jour des indicateurs	Pourcentage d'indicateurs régulièrement mis à jour(P) <i>Numérateur</i> : Nombre d'indicateurs régulièrement mis à jour <i>Dénominateur</i> : Nombre d'indicateurs	Annuel	Rapport CNLS	CNLS
5.11. Politiques de prévention ou de soin et les programmes VIH/SIDA au niveau des institutions publiques et privées	% des institutions qui ont mis sur place des politiques de prévention ou du soin, et ayant des programmes VIH/SIDA (UNGASS) (P) <i>Numérateur</i> : Nombre des employeurs (privé et public) avec les politiques VIH/SIDA et les régulations sur la prévention de stigmatisation et discrimination sur la base d'infection de VIH et les activités de prévention. <i>Dénominateur</i> : Nombre des employeurs dans l'enquête (au moins 30)	Bi-annuel	Enquête de place de travail & rapport du programme	CNLS APPELAS
5.12. L'indice national de la politique du plan stratégique	L'indice national de la politique du plan stratégique (UNGASS) (P)	Annuel	L'Indice d'Effort du	CNLS & Secteurs

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le pays a intégré dans son plan le développement général 2. Le pays a un comité national de coordination multisectorielle de VIH/SIDA qui fonctionne 3. Le pays a un forum pour l'interaction entre le gouvernement, le secteur privé, et la société civile sur le VIH/SIDA qui fonctionne 4. Le pays a un forum de coordination de VIH/SIDA pour les organisations de société civile 5. Le pays a fait une évaluation de l'impact socio-économique de VIH/SIDA et a développé une stratégie multisectorielle pour les jeunes et pour la main-d'oeuvre 6. Le pays a une stratégie qui traite les thèmes de VIH/SIDA parmi ses services militaires <p>Un indice est compilé à partir des scores attribués dans les différents domaines. Le score est calculé comme un pourcentage, avec le zéro correspondant à l'absence d'effort et le 100 au maximum d'effort.</p>		Programme SIDA (IEPS).	
Les Indicateurs d'Impact				
6.1. Le taux de prévalence du VIH dans la population générale	<p>Prévalence du VIH dans la population générale (P)</p> <p><i>Numérateur:</i> Nombre d'individus enquêtés ayant un test VIH positif <i>Dénominateur:</i> Nombre total d'individus enquêtés qui ont été testés pour le VIH.</p>	5 ans	Enquête Nationale	TRAC MINIPLA N
6.2. Le taux de prévalence du VIH dans les groupes à risque (jeunes, prostituées, prisonniers)	<p>Prévalence du VIH parmi les membres d'un groupe de population bien défini, ayant un risque plus élevé de contracter ou de propager le VIH. (P)</p> <p><i>Numérateur:</i> Nombre d'individus faisant partie d'un groupe particulier de population à risque, ayant un test VIH positif au niveau d'un site sentinelle, <i>Dénominateur:</i> Nombre total d'individus de ce groupe de population qui ont été testés pour le VIH.</p>	2-5ans	Enquête spéciale	TRAC CNLS
6.3. Le taux d'incidence des maladies associées au VIH	L'incidence des maladies associées au VIH (par exemple la TB) (A)	Annuel	Hôpitaux	TRAC SIS
6.4. La prévalence de VIH parmi les femmes enceintes de 15 à 24 ans	Pourcentage de tests VIH positifs sur des échantillons de sang prélevés chez des femmes âgées de 15 à 24 ans, au cours de la surveillance sentinelle lors de consultations prénatales sélectionnées. (ONUSIDA & UNGASS) (P)	Annuel	sentinelle surveillance du VIH	TRAC CNLS

Indicateur	Définition d'Indicateur	Périodicité	Source Nationale	Acteurs
	<p><i>Numérateur:</i> Nombre des femmes âgées de 15 à 24 ans ayant un test VIH positif au cours de la surveillance sentinelle lors de consultations prénatales.</p> <p><i>Dénominateur:</i> Nombre total des femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont été testées pour le VIH.</p>			

INDICATEURS DE PERFORMANCE DE LA CNLS POUR LA PERIODE 2002-2006
(Réf Objectifs du Cadre stratégique .& PNM de la CNLS)

A la fin de 5 ans (2006), le Rwanda aura atteint les objectifs suivants :

1. La PMTCT garantie à 100 % dans 230 Centres de Santé suivis par le Programme National
(Réf. Axe I., objectif intermédiaire n°1, domaine1.7). *
2. Un Système de surveillance sentinelle assuré à 95 % dans tous les hôpitaux de référence, avec un Plan d'analyse et de diffusion des informations.
(Réf. Axe II, objectif intermédiaire 4).
3. Augmentation à 80 % des Centres de conseils et de soins accessibles aux PVVIH, aux enfants, aux veufs(ves) et aux membres des familles des PVVIH
(Réf. Axe III, objectif intermédiaire n°6)
4. Assurance à 90 % au niveau du soutien psycho- économique, de la protection et de la promotion des droits des PVVIH (Réf Axe III, objectif intermédiaire n°7)
5. Amélioration à 100% des conditions socio-économiques et juridiques pour les jeunes filles et des femmes face aux conséquences du VIH/SIDA
(Réf. Axe IV, objectif intermédiaire n°10)
6. Augmentation à 85 % des structures des PVVIH participant à la lutte contre le SIDA ayant des capacités organisationnelles
(Réf Axe V, objectif intermédiaire n°12).
7. Développement à 95 % des structures de coordination multisectorielle des activités de lutte contre le SIDA à tous les niveaux du pays
(Réf. Axe V, objectif intermédiaire n° 13) **

* Centres de Santé = (structures sanitaires étatiques et para-étatiques)

** Central(12 CPLS) + Intermédiaire et périphérique(106 CDLS)

Annexe IX

REFERENCES

1. Evaluation du Plan Stratégique 1998-2001, Kigali, juin 2002.
2. Cadre Stratégique de la CNLS, Kigali, Mai 2002.
3. Plan National Multi-sectoriel de la CNLS, Kigali, mai 2002.
4. Guides de Suivi et Evaluation des Programmes SIDA Nationaux, Genève, Juin 2000.
5. Surveillance de l'Infection à VIH/SIDA par Postes Sentinelles : 1998-1999, PNLs.
6. Population Based Serosurvey, PNLs, 1997.
7. List of Core UNGASS Indicators, Nations Unis, Genève, 2002
8. Enquête Démographique et de Santé, ONAPO, Kigali 2000.