



REPUBLIKAN'I MADAGASIKARA
Tanindrazana - Fahafahana - Fandrosoana

**VICE PRIMATURE CHARGÉE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
SECRETARIAT GÉNÉRAL
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINT CHARGÉE DE LA GESTION DES PROGRAMMES
SIDA, TUBERCULOSE ET PALUDISME**

POLITIQUE NATIONALE DE DEPISTAGE DU VIH A MADAGASCAR



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Edition 2010

AVANT-PROPOS

Selon le rapport de l'ONUSIDA et l'OMS en 2009, la situation mondiale du SIDA semble se stabiliser dans la plupart des régions, même si les prévalences continuent d'augmenter dans d'autres. Les données montrent que le nombre de Personnes Vivant avec le VIH dans le monde avoisine les 33,4 millions. Ce nombre élevé s'explique par:

- la prolongation de leur survie grâce aux thérapies antirétrovirales qui ont fait baisser à plus de 10% le nombre de décès dus au SIDA en cinq années,
- l'augmentation du nombre de personnes ayant accès à ces traitements,
- et par la croissance démographique.

Par ailleurs, durant ces huit dernières années, les activités entrant dans le cadre de la communication pour le changement de comportement, ont contribué à la diminution du nombre des nouvelles infections par le VIH, qui est de 17%.

Toutefois, l'épidémie de SIDA est loin d'être terminée. Selon le rapport, au delà du pic et de l'évolution naturelle de l'épidémie, les programmes de prévention apportent un réel changement. Les baisses observées sont dues en partie à la prévention.

Bien que Madagascar fasse partie des pays à faible prévalence, nous devrions être vigilants et renforcer nos interventions pour maintenir la prévalence à moins de 1%. Aussi, en raison de l'évolution de l'épidémie, l'extension de l'accès de la population aux services de prestations de qualité en matière de counseling, dépistage et soins, devient de plus en plus primordiale.

La Politique Nationale sur les conseils et dépistage de l'infection à VIH appliquée à Madagascar date de l'année 2005. Elle mérite d'être révisée et d'être adaptée à la situation épidémiologique et au contexte actuel du pays, selon les nouvelles recommandations de l'OMS.

Ce document de Politique Nationale servira de manuel de référence à tous les prestataires des sites, les responsables à tous les niveaux, les intervenants, les parties prenantes aussi bien au niveau du secteur public que privé. Il sera diffusé à tous les partenaires et acteurs concernés, dans le cadre du dépistage de l'infection à VIH à Madagascar.

J'adresse mes vifs remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation du présent document.

Le Vice Premier Ministre chargé de la Santé Publique,



Professeur TEHINDRAZANARIVELO Alain

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
I. ANALYSE DE LA SITUATION ET ORIENTATIONS GENERALES	8
I.1. Situation et réponse nationale face au VIH	8
I.1.1. Situation épidémiologique du VIH, du sida et des IST à Madagascar	8
I.1.2. Réponse au VIH sur le plan programmatique	8
I.1.3. Problématiques et déterminants liés au dépistage du VIH	10
I.2. Réponse du secteur santé face au VIH et au sida à Madagascar	12
I.2.1. Cadre institutionnel	12
I.2.2. Cadre juridique	14
I.3. Orientations politiques et stratégiques de la réponse face aux IST et au VIH	14
I.3.1. Dans le monde : vers un accès universel à la prévention, aux soins et au traitement	14
I.3.2. A Madagascar : vers une garantie de résultats du dépistage	15
II. VISION, PRINCIPES DIRECTEURS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA POLITIQUE NATIONALE DE DEPISTAGE DU VIH	16
II.1. Vision et principes directeurs	16
II.1.1. Vision	16
II.1.2. Principes directeurs régissant la nouvelle politique nationale	16
II.2. But et Objectif global	17
II.2.1. But	17
II.2.2. Objectif global	17
II.3. Orientations Stratégiques, objectifs spécifiques et interventions clés	17
AXE STRATEGIQUE 1 : Renforcement des dispositifs POLITIQUE, JURIDIQUE et TECHNIQUE	17
AXE STRATEGIQUE 2 : Promotion de la DEMANDE de dépistage du VIH	18
AXE STRATEGIQUE 3 : Extension de l'OFFRE de service de dépistage du VIH	19
AXE STRATEGIQUE 4 : Amélioration de la QUALITÉ des services de dépistage du VIH	21
III. CADRE DE SUIVI-EVALUATION	23
III.1. Cadre conceptuel du suivi et évaluation en matière de dépistage du VIH	23
III.1.1. Principe de base	23
III.1.2. Cadre logique	23
III.1.3. Cadre organisationnel	24
III.2. Indicateurs	25
CONCLUSION	32
ANNEXES	35

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV	: Antirétroviraux
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CD4	: Récepteur de la cellule cible de l'infection à VIH
CDT	: Centre de Diagnostic de la Tuberculose
CHD	: Centre Hospitalier de District
CHRR	: Centre Hospitalier Régional de Référence
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
COSAN	: Comité de santé
CPN	: Consultation Prénatale
CSB	: Centre de Santé de Base
CTV	: Conseil et Test Volontaire du VIH
DRS	: Direction Régionale de la Santé
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
IEC	: Information – Education - Communication
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JICA	: Agence Japonaise de Coopération Internationale
LNR	: Laboratoire National de Référence
MINSAN	: Ministère de la Santé
HSH	: Homme ayant une Relation Sexuelle avec un Homme
MSR	: Maternité Sans Risque
OCB	: Organisation Communautaire de Base
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies pour la lutte contre le sida
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PSE	: Plan de Suivi Evaluation de la réponse nationale face au VIH et au Sida 2007-2012
PNLS	: Programme National de Lutte contre les IST et le sida
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
SE/CNLS	: Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le sida
sida	: Syndrome d'Immuno -Déficiency Acquis
SR/PF	: Santé de la Reproduction/ Planning Familial
SRA	: Santé de la Reproduction des Adolescents
SSD	: Service de Santé de District
TB	: Tuberculose
TDS	: Travailleurs et Travailleuses du Sexe
TFD	: Task Force Régional
TFR	: Task Force du District
UCR	: Unité de Coordination Régionale
UDI	: Utilisateur de Drogue Injectable
UNICEF	: Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	: Organisation des Nations Unies pour la Population
UNGASS	: Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies

VIH : Virus de l'Immuno-Déficiencce Humaine
VPMS : Vice-Primature chargée de la Santé Publique

Liste des TABLEAUX et des FIGURES

Tableau 1.	Représentation de la répartition des rôles des structures de décision.....	12
Tableau 2.	Résumé des structures du système de santé dans la réponse au VIH et au sida à Madagascar	13
Tableau 3.	Modèle logique de vérification des indicateurs de suivi-évaluation de la Politique Nationale de Dépistage du VIH.....	26
Tableau 4.	Indicateurs-clés liés au dépistage, issus du PSE 2007-2012	28
Tableau 5.	Indicateurs complémentaires liés au dépistage, issus du PSE 2007-2012 ..	31
Figure 1.	Cadre logique de suivi et évaluation	23
Figure 2.	Réseau de circulation des données du PSE 2007-2012	24

Liste des ANNEXES

ANNEXE I.	ARGUMENTATION DES OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	37
ANNEXE II.	LE DEPISTAGE A L'INITIATIVE DU SOIGNANT	39

INTRODUCTION

L'extension de l'accès de la population au dépistage du VIH devient primordiale en raison de l'évolution de l'épidémie, des nouvelles possibilités de traitement et de la nécessité de réduire la stigmatisation et la discrimination. Dans le monde, chaque jour, près de 7 500 personnes sont infectées par le VIH et 5 500 meurent du sida [1]. A Madagascar, selon le rapport envoyé à l'UNGASS, basé sur des modélisations réalisées en fin 2007, près de 12.500 personnes vivaient avec le VIH (0.14% [0.08 – 0.28]) de la population adulte [20] alors que, depuis le premier cas diagnostiqué en 1987 jusqu'en fin 2008, seulement 362 personnes ont été identifiées séropositives parmi les personnes ayant accepté et passé le test VIH.

En effet, les résultats de l'approche globale de dépistage adoptée jusqu'ici sont loin d'être satisfaisants. D'un côté, le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique VIH a significativement augmenté, allant de 10 300 en 2004 à 330 236 en 2007 [20], grâce à l'adoption de la Politique Nationale sur le Conseil et le Test Volontaire (CTV) en 2005. De l'autre côté, une grande majorité de malagasy vivant avec le VIH continuent d'ignorer leur état sérologique et n'ont pas accès à des services appropriés de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

Les défis liés à ces problèmes justifient la mise à jour de la Politique Nationale de Dépistage du VIH en 2009. L'exercice a tenu compte d'une meilleure connaissance du profil épidémiologique du VIH et de son évolution et au niveau national, de l'adoption de nouvelles orientations nationales plus ciblées [4], de l'introduction de nouveaux concepts comme l'intégration des services de dépistage du VIH dans les services sanitaires de routine, ou de nouvelles recommandations mondiales comme l'accès universel et la stratégie de dépistage à l'initiative des soignants.

La présente Politique Nationale est ainsi conçue pour servir de cadre de référence pour les décideurs, les gestionnaires de programmes et tous les responsables techniques concernés par le dépistage du VIH à Madagascar. Elle se veut être inclusive et capture toutes les catégories de dépistage selon la classification de l'OMS et l'ONUSIDA, à savoir :

- le test volontaire résultant d'une démarche propre du client,
- le test diagnostique préconisé à des fins thérapeutiques dans le cas d'une personne qui présente des signes ou symptômes évocateurs de l'infection à VIH,
- le dépistage de routine comme celui réalisé par le prestataire de soins à l'ensemble des patients IST ou en consultations prénatales dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)
- le dépistage dit «obligatoire» dans les cas tels que les dons de sang, les transplantations d'organes et les greffes de tissus.

En ce sens, cette nouvelle version de la Politique Nationale de Dépistage du VIH couvre les autres politiques qui traitent des programmes spécifiques comme la Politique Nationale sur la PTME du VIH à Madagascar (2005) et la Politique Nationale sur les CTV de l'Infection à VIH à Madagascar (2005).

En termes de stratégies, cette nouvelle version préconise des approches plus ciblées, répondant aux besoins spécifiques de la population-cible. Ces stratégies sont inextricablement liées à la prise en charge globale de l'infection à VIH, afin d'assurer le bien-être des personnes testées séropositives. Elles sont axées vers les services qui visent à (i) établir un environnement favorable au dépistage du VIH, (ii) accroître la demande, (iii) étendre l'offre de services de santé intégrés et (iv) améliorer la qualité des services de dépistage du VIH. Ces quatre composantes programmatiques constituent en elles-mêmes les axes stratégiques présentés à travers le présent document.

I. ANALYSE DE LA SITUATION ET ORIENTATIONS GENERALES

I.1. Situation et réponse nationale face au VIH

I.1.1. Situation épidémiologique du VIH, du sida et des IST à Madagascar

La prévalence du VIH à Madagascar reste faible : elle est de 0,14% [0.08 – 0.28]. Le niveau est relativement bas, même dans les groupes considérés comme populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH. L'Enquête de Surveillance Biologique (ESB) menée au niveau des sites sentinelles en 2007 a montré une séroprévalence du VIH de 0,21% chez les femmes enceintes, de 0,28% chez les patients IST et de 0,52% chez les Travailleurs de Sexe (TDS) [8].

L'enquête de surveillance comportementale (ESC) a permis de constater une nette amélioration de l'intérêt manifesté par quelques groupes de population à risque au dépistage volontaire du VIH. Entre 2004 et 2006, le pourcentage de jeunes ayant fait volontairement un dépistage est passé de 3% (hommes) ou de 4% (femmes) à 6,9%. Cette évolution est de 36% à 56% pour les TDS ; elle est de 11,4% à 14,4% chez les camionneurs et de 25,2% à 42,1% chez les militaires [9].

Depuis le premier cas diagnostiqué en 1987 jusqu'en fin 2008, 362 personnes ont été identifiées séropositives parmi les personnes ayant accepté et passé le test VIH ; 162 sont sous traitement ARV, selon les données disponibles auprès de la division prise en charge du PNLIS.

Les IST demeurent un sérieux problème : la prévalence de la syphilis active a été estimée à 3.8% de la population adulte générale par l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2003-2004 ; ce qui signifierait presque 300 000 personnes infectées, parmi la population adulte du Pays [22]. Néanmoins, une certaine tendance à la baisse a été rapportée. Les ESB en 2005 et en 2007 ont mis en évidence – pour des sites identiques - la prévalence de la syphilis respectivement de 5,2% et de 4,4% chez les femmes enceintes, de 7,1% et de 6,7% chez les patients IST et de 16,6% et 12,1% chez les travailleurs de sexe [8].

I.1.2. Réponse au VIH sur le plan programmatique

Le premier Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le sida entre 2001 et 2006 visait la population générale. Un ciblage spécifique des populations clés à haut risque a été entrepris pour le PSN 2007-2012 après une nouvelle estimation de la prévalence du VIH.

a. Volet IEC/CCC

Afin d'accroître la demande des services de dépistage, on note trois réponses y afférentes, à savoir :

- le maintien de la veille informationnelle, à travers les mass média, qui entretient d'une façon permanente l'intérêt de la population,
- l'extension de la couverture en communication de proximité (stations radios locales, groupes d'écoutes communautaires, Unités Mobiles de Vidéo) et
- l'intensification de la communication interpersonnelle et de la promotion du dépistage du VIH à travers les séances de sensibilisation de masse ou de

groupe (agents communautaires, pairs éducateurs, OCB, ONG, associations, et prestataires de santé).

Jusqu'ici, la majorité des interventions destinées aux populations clés à haut risque ont visé seulement les travailleurs de sexe. Les actions mises en œuvre pour les autres groupes - les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les jeunes marginalisés, les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI), les partenaires sexuelles féminines des HSH et des UDI, les détenus hommes et les malades hospitalisés ou non avec des signes évocateurs, les travailleurs immigrants, les travailleurs itinérants (transporteurs) - sont insuffisantes voire inexistantes [26].

b. Volet prestations cliniques de prévention et de prise en charge

- Prévention et prise en charge de l'infection à VIH :

Afin de satisfaire la demande en dépistage du VIH, l'extension de la couverture en services de counseling et dépistage du VIH a été initiée, avec l'introduction du concept d'intégration des services. Au deuxième semestre 2009, 812 sites de dépistage du VIH sont fonctionnels selon l'inventaire réalisé auprès des 111 Districts sanitaires par le PNL/JICA . Parmi ces sites, on distingue:

- 716 formations sanitaires publiques et 96 privées et confessionnelles, intégrant ou non des prestations de Prévention de la Transmission Mère-Enfant,
- dont 16 Centres publics/ privés de Diagnostic de la Tuberculose (CDT).

En ce qui concerne la prise en charge médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH), on recense 34 centres de référence au niveau des Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR). Ces centres disposent de plateaux techniques de laboratoire pour les examens biologiques de base, dont 4 disposent de compteurs de CD4. Au premier semestre 2009, 54 médecins référents et 854 médecins de réseau sont formés. Sur les 22 régions de Madagascar, seule la région de Melaky ne dispose pas de médecin référent.

- Prévention et prise en charge des IST:

Les problèmes liés à la gestion des intrants de santé et l'exploitation insuffisante des compétences techniques du personnel de santé (par exemple la formation en approche syndromique) sont autant de facteurs qui rendent difficile l'intégration des activités IST et VIH.

La tendance généralisée à l'automédication reste un problème important en ce qui concerne la prise en charge des IST.

c. Volet gestion des intrants de santé liés au dépistage du VIH

Une analyse de la situation en counseling et dépistage du VIH, réalisée par le PNL/JICA, portant sur les activités de l'année 2007 et du 1er semestre 2008 a mis en évidence des problèmes aigus en matière d'approvisionnement en réactifs et consommables pour le dépistage. Les données montrent une moyenne de 20 jours de rupture de stock au niveau des sites, de 40 jours au niveau des districts sanitaires et de 52 jours au niveau des Directions Régionales de la Santé Publique au cours des 3 derniers mois avant l'enquête. Certaines régions comme Anosy, Androy et Sava se trouvent à plus de 1000km

du centre d'approvisionnement, ce qui engendre des problèmes pratiques d'acheminement.

I.1.3. Problématiques et déterminants liés au dépistage du VIH

a. Facteurs liés à l'individu limitant la demande accrue des services de dépistage du VIH

Selon un rapport d'évaluation sur la qualité des services dans les établissements de santé intégrant les services de CTV/PTME en 2008 [10], les principaux problèmes consistent à :

- la faible perception des risques encourus face à l'infection à VIH (manque de conscientisation) ou déni du sida,
- la peur de la stigmatisation et de la discrimination ainsi que le doute des individus sur la confidentialité des résultats,
- l'insuffisance d'informations exactes reçues sur les avantages de la connaissance du statut sérologique et sur la garantie d'une prise en charge globale (médicale et psychosociale) correcte, à la suite du test VIH.

En plus, il existe une ignorance généralisée en ce qui concerne les liens entre les IST et l'infection à VIH; ce qui aggrave les problèmes liés à l'éloignement des centres de dépistage.

b. Facteurs liés à l'offre de services de dépistage

Le même rapport d'évaluation de 2008 [10] a identifié les facteurs liés à la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de dépistage, à savoir :

- L'insuffisance des structures qui offrent des services de dépistage du VIH (stratégie fixe/ avancée) et la distance éloignée entre le domicile des clients et les centres existants;
- L'insuffisance de prestataires formés et qualifiés en la matière: formation sur le tas, affectation/ retraite des prestataires, surcharge de travail;
- L'inadéquation de certaines infrastructures qui ne respectent pas l'intimité et la confidentialité;
- La distance éloignée entre le domicile des clients et le centre de dépistage du VIH et l'insuffisance du système de dépistage mobile;
- L'insuffisance d'une promotion ou d'une proposition systématique d'un test VIH pour tous les clients/ patients au niveau des formations sanitaires, à l'initiative des soignants;
- L'insuffisance de rigueur dans la gestion logistique des produits VIH, source de ruptures de stock en réactifs et en consommables médicaux;
- la faiblesse du système de référence contre-référence au sein du continuum de soins;
- la faiblesse du système de suivi-évaluation des interventions, sans se diriger vers l'obtention de résultats ni de produits attendus.

Une insuffisance de ressources pour l'acquisition de produits au niveau national a aggravé les problèmes de rupture de stock.

L'absence d'indemnités de risque et l'insuffisance des mesures incitatives pour le personnel soignant sont parfois senties comme facteurs de blocage.

Facteurs liés à l'environnement politique

Le rôle central technique de la Vice primature chargée de la Santé Publique, qui n'a pas été entièrement reconnu auparavant, lui revient actuellement de plein droit. Cette faiblesse relative de la coordination de la réponse au VIH/sida à Madagascar a engendré une certaine confusion de rôles des instances de décision.

Pour le dépistage du VIH, l'approche globale adoptée pour tous les groupes de population n'a pas permis de cibler les groupes les plus exposés au risque.

c. *Facteurs socio-culturels*

La diversité et la complexité des us et coutumes malgaches constituent souvent des facteurs de risque et de vulnérabilité pour la transmission du VIH: entre autres le *fitampoha*, *tsabo raha*, *tsehan'ampela*, *sambatra*, *tsimandrimandry*, *fati-drà* et les autres pratiques similaires. Ces pratiques coutumières représentent un brassage humain favorisant des actes sexuels à haut risque. Cependant, les mesures d'accompagnement semblent insuffisantes pour limiter la propagation des IST et du VIH.

Certaines ethnies considèrent les IST comme "un signe de virilité" chez les hommes. Ces derniers trouvent tout à fait normal que des épisodes d'urétrite apparaissent, d'où l'indifférence quant à la recherche de soins appropriés. En outre, la culture malgache tolère parfois le multipartenariat, surtout dans certaines situations telles que la grossesse et la période du post-partum. Les voyages autorisent implicitement des relations extra-conjugales. De plus, l'éducation « traditionnelle » contribuerait dans certaines régions du pays à la précocité des rapports sexuels à travers les mariages précoces, la déconsidération de la virginité et l'autonomisation prématurée de la jeune fille (par exemple, en la dotant d'un logement à part dès qu'elle est nubile). La force des us et coutumes conforte la résistance au changement, excluant ou retardant par exemple l'introduction des méthodes de prévention telles que les préservatifs [27].

En milieu urbain, la mondialisation a manifestement changé le comportement des jeunes et des adolescents face à la sexualité. Il s'agit bien d'un phénomène auquel aucun Pays ne peut échapper: il brise la frontière culturelle et s'attaque même aux principes religieux. La jeunesse se trouve tiraillée entre d'une part la modernité imposée par la nouvelle technologie et la télévision et d'autre part ses propres valeurs socio-culturelles.

1.2. Réponse du secteur santé face au VIH et au sida à Madagascar

1.2.1. Cadre institutionnel

a. Structures de coordination de la réponse nationale

L'organisation de la réponse aux IST, au VIH et au sida à Madagascar est régie par le décret 2002-1156 du 30 octobre 2002. Le Comité National de Lutte contre le VIH et le sida est doté d'un Secrétariat Exécutif. Il fournit une orientation politique et stratégique, assure la coordination et le suivi-évaluation des activités.

La Vice primature chargée de la Santé Publique assure le leadership technique en ce qui concerne la réponse du secteur de la santé face aux IST, au VIH et au sida.

Le Forum des Partenaires, qui réunit toutes les parties prenantes dans la réponse face au VIH et au sida, constitue un cercle d'échanges d'informations et de réflexion stratégique, et assure une revue conjointe et continue du programme.

Tableau 1. Représentation de la répartition des rôles des structures de décision

Niveaux	Structures	Rôles
<i>Leader politique</i>	Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le sida (SE/CNLS)	Organe national garant de l'effectivité des trois principes d'unicité, à savoir (i) une instance nationale de coordination, (ii) un cadre stratégique unique et (iii) un système de suivi-évaluation unique.
<i>Leader technique</i>	Vice-Primature chargée de la Santé Publique (VPMSP)	Ministère en charge de l'exécution du plan sectoriel "Santé" de réponse aux IST, au VIH et au sida, une déclinaison du Plan Stratégique National de la réponse efficace aux IST, au VIH et au sida. Il assure le leadership technique de la réponse. Il met à disposition les moyens techniques nécessaires à l'établissement de plans nationaux de lutte contre le sida, à savoir les directives techniques et les manuels de référence, les intrants et produits de santé nécessaires, les infrastructures, les ressources humaines, les outils de gestion et de suivi-évaluation du programme.

b. Structure de mise en œuvre dans la réponse du secteur santé

Tableau 2. Résumé des structures du système de santé dans la réponse au VIH et au sida à Madagascar [11]

Niveaux	Structures	Rôles
<i>Niveau central et décisionnel</i>	Services et directions centraux	Rôle technique principal et exerce le <i>leadership technique</i> de la réponse au VIH et au sida - Validation des tests - Elaboration des documents de référence - Gestion des bases de données - Assurance et contrôle de qualité,
<i>niveau régional et tactique</i>	22 Directions Régionales de la Santé (DRS)	Coordination de l'exécution et supervision des interventions de réponse au VIH et au sida
<i>niveau district et opérationnel</i>	111 Services de Santé de District (SSD)	Supervision et suivi de la mise en œuvre de toutes les activités de réponse au VIH et au sida au niveau de toutes les structures de soins
<i>niveau périphérique</i>	3239 Centres de Santé de Base (CSB)	Soins de santé primaire, intégrant les prestations cliniques de dépistage du VIH, de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, de prévention de la transmission du VIH dans les établissements de santé, de distribution des produits de santé, à travers les prestataires des formations sanitaires et l'équipe sanitaire mobile
<i>niveau communautaire</i>	Comité de santé (COSAN)	Base du système, à la fois acteur et bénéficiaire des interventions de santé dans la réponse au VIH et au sida : maintien de la veille informationnelle sur le VIH et le sida, à travers les agents communautaires

c. Structures d'accompagnement des services de conseils et de dépistage du VIH

Le dépistage du VIH se situe à la croisée des programmes de prévention et de prise en charge. Ainsi, il s'inscrit au centre du cadre global et systémique de la lutte, comprenant différents volets de programmes et fait partie intégrante du continuum de soins. Il y a notamment :

- Les acteurs IEC/CCC et ceux qui maintiennent la veille informationnelle sur le VIH et le sida à travers des structures comme les Comités de Santé (COSAN), les associations, les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les Organisations Communautaires de Base (OCB) et les pairs éducateurs.
- Les structures de services cliniques pour la prévention et traitement des IST, pour la prise en charge de la tuberculose aux CDT, pour les consultations prénatales et de maternité sans risque (CPN/MSR), pour la Santé de la Reproduction et de Planning Familial (SR/PF), pour la Santé de la Reproduction des Adolescents (SRA) ;