

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union – Discipline - Travail

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT TECHNIQUE



**SUIVI DE LA DECLARATION DE
POLITIQUE SUR LE SIDA DE JUIN
2011**

***RAPPORT NATIONAL DE LA COTE
D'IVOIRE 2014***

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
I- APERCU DE LA SITUATION	6
1. PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT	6
2. SITUATION ACTUELLE DE L'EPIDEMIE	6
3. RIPOSTE AU PLAN POLITIQUE ET PROGRAMMATIQUE.....	6
4. RECAPITULATIF DES INDICATEURS UNGASS.....	8
II- APERCU DE L'EPIDEMIE DE SIDA	12
1. PREVALENCE DE L'INFECTION A VIH EN COTE D'IVOIRE	12
2. DONNEES SUR LES CO-INFECTIONS	12
3. DES COMPORTEMENTS A RISQUE PERSISTANTS.....	13
4. DES CONNAISSANCES SUR LE VIH/SIDA ENCORE LIMITEES	13
III- RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA	15
IV- PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	35
CONCLUSION	38

RAPPORT PROVISOIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
CAP	Connaissance Aptitude et Pratique
CDI	Consommateur de Drogue Injectable
CDV	Conseil de Dépistage Volontaire
CECI	Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire pour la lutte contre le sida
CGECI	Coalition Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire
COSCI	Conseil des organisations de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire
CPN	Consultation Périnatale
DIPE	Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EGPAF	Elisabeth Glaser Pediatric Aids Foundation
EIS	Enquête sur les Indicateurs du Sida
ENSEA	Ecole Nationale de Statistique et d'Economie Appliquée
FCFA	Francs de la Communauté Financière Africaine
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IST	Infection Sexuellement transmissible
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida
OEV	Orphelin et Enfant rendu Vulnérable du fait du VIH
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/sida
PAPO-HV	Projet d'Assistance aux Populations Hautement Vulnérables
PNPEC	Programme National de Prise en Charge
PEPFAR	President Emergency Plan for Aids Release
PLS/PHV	Programme de Lutte contre le Sida chez les Populations Hautement Vulnérables
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PS	Professionnelle du Sexe
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PUMLS	Projet d'Urgence Multisectoriels de Lutte contre le Sida
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REDES	Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le sida
RIOF	Réseau Ivoirien des Organisations Féminines
RIP+	Réseau Ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH
sida	syndrome immuno déficitaire acquis
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine

INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, plusieurs rencontres de haut niveau ont eu lieu dans le cadre de la lutte contre le sida. Au niveau mondial, les Etats, lors du sommet du millénaire en 2000, se sont fixés, entre autres objectifs, de combattre le VIH/sida, le Paludisme et d'autres maladies (objectif 6), avec pour cible de stopper et commencer à inverser la tendance actuelle de l'épidémie à l'horizon 2015 (cible 7). De même, en juin 2001, 189 Etats membres de l'Organisation des Nations Unies, ont adopté, lors d'une session spéciale, la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida. Les objectifs communs de cette Déclaration dite de « UNGASS » étaient de ralentir la propagation du VIH/sida et d'en atténuer les effets. Au regard de l'ampleur de l'épidémie, la Déclaration impliquait, de facto, le renforcement de la riposte aux niveaux national, régional et mondial.

Dix ans après l'adoption de cette déclaration, les progrès réalisés ont été examinés à l'occasion de la Réunion de Haut Niveau de l'Assemblée Générale de l'ONU en 2011. A cette réunion, une nouvelle Déclaration politique sur le VIH/sida qui inclut de nouveaux engagements et de nouveaux buts a été adoptée. Cette déclaration s'appuie sur les deux déclarations politiques précédentes, c'est à dire la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006.

La Réunion de haut niveau sur le sida de 2011 a marqué un tournant dans la riposte mondiale au sida. Dans son rapport à l'Assemblée générale de l'ONU, le Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies, Ban Ki-Moon, a déclaré : « Nous devons prendre des décisions audacieuses qui transformeront radicalement la riposte au sida et nous aiderons à parvenir à un résultat de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida ». Ainsi, les États membres de l'ONU se sont engagés a :

1. Réduire de moitié la transmission du VIH par voie sexuelle d'ici 2015;
2. Réduire de 50% la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables d'ici 2015 ;
3. Garantir qu'aucun enfant ne naisse avec le VIH ;
4. Accroître l'accès à la thérapie antirétrovirale pour que 15 millions de personnes reçoivent un traitement salvateur d'ici 2015;
5. Réduire de 50% la mortalité due à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2015;
6. Comblent définitivement le manque de ressources mondiales pour la lutte contre le sida et travailler pour accroître les financements de 22 milliards de dollars à 24 milliards de dollars d'ici 2015 et reconnaître que les investissements dans la riposte au sida est une responsabilité partagée ;

7. Éliminer les inégalités entre les sexes et les violences et abus sexuels et renforcer la capacité des femmes et des filles à se protéger contre le VIH ;
8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH ou touchées par lui, à travers la promotion des lois et des mesures qui assurent la pleine réalisation de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales ;
9. Éliminer les restrictions liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence ;
10. Éliminer les systèmes parallèles concernant les services liés au VIH pour renforcer l'intégration de la riposte au sida dans les efforts mondiaux en matière de développement et de santé.

La Côte d'Ivoire, signataire de la Déclaration de 2011, s'est inscrite dans cette voie. Son Plan Stratégique National 2012-2015 de lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST est fondé sur la vision commune de tous les acteurs de la lutte contre le sida de relever le défi du point 6 des OMD d'ici à 2015. Il s'inscrit dans la ferme volonté du gouvernement de Côte d'Ivoire, des acteurs de la société civile et des partenaires au développement, de placer à nouveau le pays sur le chemin de la croissance et du développement durable, après les crises successives. Cohérente avec la vision "zéro" de l'ONUSIDA, la vision du PSN 2012-2015 est ainsi formulée : « **En Côte d'Ivoire, la progression du VIH est stoppée, son évolution est inversée, aucun enfant ne naît infecté par le VIH, et l'impact du sida sur les populations en général, sur les groupes hautement vulnérables en particulier est atténué, pour le développement du pays et le bien-être de tous** ».

Le présent rapport fait le point de la riposte au sida en intégrant les indicateurs de la déclaration de 2011 et ceux de l'accès universel. Il a été élaboré sous l'égide du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida avec l'appui des partenaires au développement.

I- APERCU DE LA SITUATION

1. Processus d'élaboration du rapport

L'élaboration de ce rapport s'est fait d'une manière participative avec les acteurs du secteur public, secteur privé, société civile, partenaires au développement. La coordination du processus a été assurée par la Direction Générale de la lutte contre le sida (DGLS) du Ministère de la Santé de la Lutte contre le Sida. Une équipe technique de travail a été mise en place pour rédiger le rapport.

Trois (03) phases ont caractérisé le processus d'élaboration du rapport : (i) collecte des données, (ii) rédaction du rapport, (iii) validation du rapport.

La collecte des données s'est faite de façon active par les membres du groupe de travail. Il s'agit surtout des personnes issues des structures gouvernementales en charge de l'information stratégique et de programme. Les données validées par le comité technique ont servi à l'élaboration du rapport.

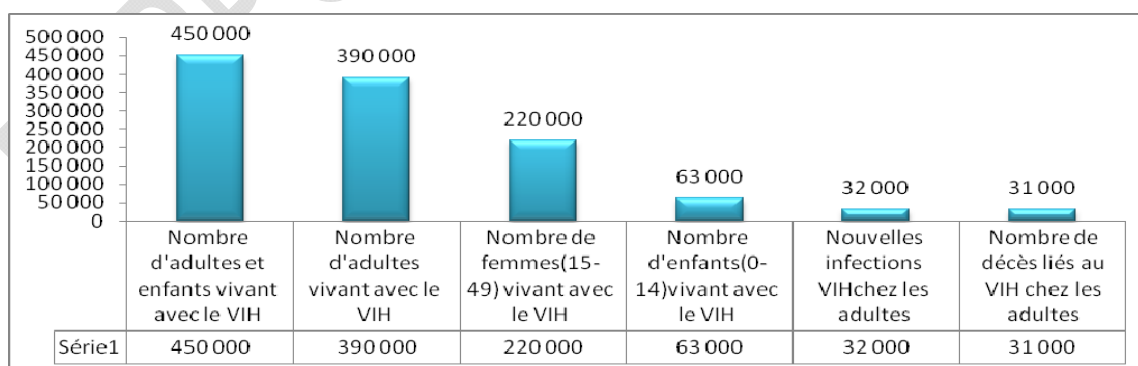
2. Situation actuelle de l'épidémie

La prévalence du VIH au sein de la population ivoirienne est de 3,7%, selon l'EDSCI-III.

On estimait à 450 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire dont 220 000 femmes âgées de 15 ans et plus et 63 000 enfants âgés de 0 à 14 ans. Le nombre de personnes sous ARV est de 109 925 à fin 2012.

Selon l'ONUSIDA, 31 000 cas de décès dus au VIH ont été estimés en 2012. En outre, ces estimations portent à 380 000 le nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du sida dans le pays et le nombre de nouvelles infections à 32 000 au cours de la même année

Figure 1 : Aperçu de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire



source : Estimation ONUSIDA

3. Riposte au plan politique et programmatique

La lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire repose essentiellement sur une stratégie décentralisée et multisectorielle. La mise en œuvre de cette politique est caractérisée par

l'application des trois principes clés. La décentralisation a consisté à organiser la riposte aux niveaux régional, départemental, communal et villageois, à travers la création des Comités régionaux, départementaux, communaux et villageois de lutte contre le Sida. Dans l'approche multisectorielle, tous les secteurs d'activité sont incités à s'impliquer et à s'organiser pour impulser la riposte nationale. La multisectorialité repose sur un cadre organisationnel comportant les comités sectoriels au niveau des départements ministériels.

La société civile est fortement impliquée pour soutenir et compléter l'action gouvernementale, à travers ses principaux réseaux de lutte contre le sida.

Cet élan collectif de renforcement de la riposte nationale bénéficie, en outre, de l'apport considérable du secteur privé dont l'action est portée par les principales faîtières que sont la Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire pour la lutte contre le VIH/sida (CECI) et la Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI).

Au niveau régional, la Côte d'Ivoire contribue aux initiatives sous-régionales en matière de lutte contre le VIH/sida comme le projet de prévention et de prise charge des IST/VIH/sida le long du Corridor Abidjan-Lagos.

Les efforts de lutte dans le cadre de la riposte nationale sont perceptibles au niveau de l'accès aux ARV. En 2013, on a dénombré 112 920 personnes dont 5467 enfants sous traitement ARV.

RAPPORT PROGRESSIF

4. Récapitulatif des indicateurs

Tableau 1 : Résumé exécutif des indicateurs

	Indicateurs	Valeur			Sources
		2011	2012	2013	
Objectif 1 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle					
population générale	1.1	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*		18,42%	EDSCI-III
	1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans		18,23%	
	1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois		11,4%	
	1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*		28,48%	
	1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat		12,62%	
	1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*		1,3%	
Professionnel(le)s du sexe	1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH		58,31%	Enquête CAP PS 2011 dans 12 régions
	1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client		92,68%	
	1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat		50,78%	

	1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	28,65%			Enquête PAPO
Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes	1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH			31,45%	SHARM, 2012
	1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme			70,26%	
	1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat			61,23%	
	1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH			18,8%	
Objectif 2: D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables						
	2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues			NA ¹	
	2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport			NA	
	2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection			NA	
	2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat			NA	
	2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH			NA	

¹ NA : Non Applicable

Objectif 3: D'ici à 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida						
	3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	29%	37,5%	47,13%	MSLS
	3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie		15,1%	12,2%	Données PEPFAR
	3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)		25%		Estimation Spectrum
Objectif 4: D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH						
	4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès	45%	50,26%		MSLS
	4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale		60,30%	62,4%	Données PEPFAR
Objectif 5: D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH						
	5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	33%	42,58%		MSLS (rapports PNLT)
Objectif 6: Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire						
	6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement (million de FCFA)	50 030			

Objectif 7: Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement					
	7.1	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences domestiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois		31,2%	EDSCI-III
Objectif 10: Renforcer l'intégration du VIH					
	10.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*		46,3%	EDSCI-III

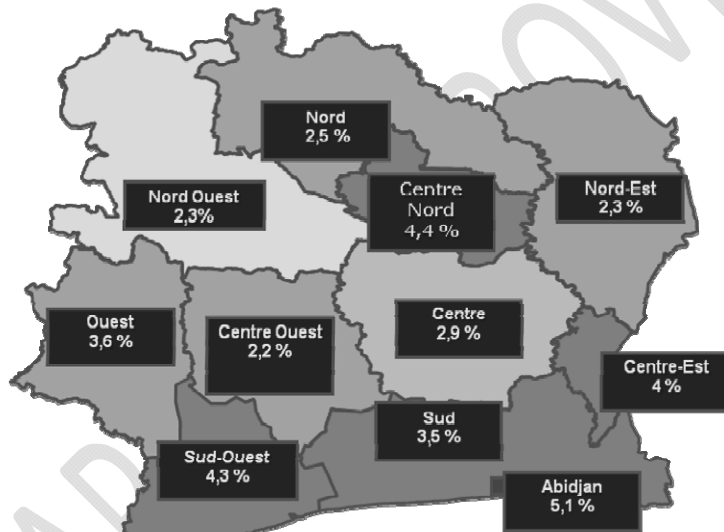
RAPPORT PROVISOIRE

II- APERCU DE L'EPIDEMIE DE SIDA

1. Prévalence de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire

La prévalence nationale de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire est de 3,7% selon L'EDSCI-III, 2012. Les femmes sont beaucoup plus touchées que les hommes avec une séroprévalence respective de 4,6% contre 2,7%. La prévalence reste légèrement plus élevée en milieu urbain (4 %) qu'en milieu rural (3 %). La répartition géographique de la prévalence est inégale sur l'ensemble du territoire. La ville d'Abidjan (5,1 %), le Centre-Nord (4,4 %), le Sud-Ouest (4,3 %) et le Centre-Est (4 %) et l'Ouest (4 %) sont les régions où les niveaux de prévalence sont les plus élevés. A l'opposé, dans les autres régions, les prévalences sont inférieures à la moyenne nationale (3,7%). Les régions Centre-Nord, Nord-Ouest, Ouest et Sud-Ouest ont connu une augmentation de la prévalence du VIH, alors que le reste du pays a connu une baisse comparée à l'EIS de 2005.

Répartition géographique inégale



Source : EDSCI III - Côte d'Ivoire 2012

2. Données sur les co-infections

La tuberculose constitue la principale infection opportuniste (36%) et la première cause de décès (32%) chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Depuis l'avènement de l'infection à VIH, on note une progression de 10% des cas de tuberculose chaque année.

3. *Des comportements à risque persistants*

L'on note une persistance des comportements à risque chez les jeunes de 15-24 ans. Parmi ces jeunes, 20% de femmes et 14% des hommes ont eu des rapports sexuels avant l'âge exact de 15 ans (EDSCI-III, 2012). Ces chiffres étaient respectivement de 21% chez les filles contre 15% chez les garçons en 2005 (EIS, 2005).

Les résultats de l'EIS indiquaient que 73% des jeunes hommes et 56% des jeunes filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge exact de 18 ans. Même si cette tendance est la baisse, l'on constate que les chiffres restent toujours élevés. Ces chiffres sont de 69% chez les femmes et 48% chez les hommes (EDSCI-III, 2012).

Les comportements à risque se constatent également chez certaines populations clé les plus exposées aux risques de transmission du VIH. Une Enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques conduite en 2011 auprès des Professionnels (les) du sexe femmes et hommes par l'ENSEA dans douze (12) villes du pays a révélé que l'utilisation systématique du préservatif n'est pas effective. Environ 7% des PS femmes et 8% des PS hommes ont affirmé n'avoir pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Seulement 43% des PS femmes ont affirmé avoir utilisé un préservatif avec leur partenaire non payant lors du dernier rapport sexuel. Si des PS affirment être capables de refuser des relations sans préservatif, ils sont dans une proportion moindre à pouvoir résister lorsque le montant proposé par le client est très élevé. Seulement une proportion de 29% des femmes déclare être capable de refuser des rapports sexuels, aussi élevé que soit le montant proposé. On note qu'une proportion de 62% est dans l'incapacité de refuser. S'agissant des PS hommes, 55% ont affirmé ne pas être du tout capable de refuser des relations sexuelles sans préservatif lorsque la somme d'argent en jeu est élevée.

Toujours au sujet des populations clé, une étude menée en 2012 à Abidjan a montré que plus d'un tiers des HSH (35,0%) interrogés ont eu plus de trois partenaires sexuels hommes pour des rapports anaux au cours des 12 derniers mois. Lors du dernier rapport sexuel avec un homme, les préservatifs ont été utilisés dans une proportion de 69,6%. L'usage systématique du préservatif avec des hommes était peu fréquent puisque seuls 34,0% des HSH ont affirmé avoir toujours utilisé lors des rapports anaux au cours des 12 mois précédant l'étude. Seuls 26,7% des HSH utilisaient de manière systématique des lubrifiants à base d'eau. L'utilisation conjointe et systématique du lubrifiant à base d'eau et du préservatif a été rapportée par 10,1% des HSH.

4. *Des connaissances sur le VIH/sida encore limitées*

En matière de connaissances sur le VIH/sida, l'EDSCI rapporte que la quasi-totalité des femmes (94%) et des hommes (98%) ont entendu parler du VIH/sida.

Parmi les femmes, 60% savent que le préservatif est un moyen de prévention du VIH/sida. Cette proportion est de 80% chez les hommes. Par ailleurs, 52,1% des femmes contre 42,3% des hommes savent que le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de TME peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère pendant la grossesse.

Les résultats de l'EDSCI-III indiquent seulement 14% des femmes et 25% des hommes ont une connaissance « approfondie » du sida. Est considéré comme ayant une connaissance approfondie, tout enquêté qui affirme (i) qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida et qui rejette les idées locales erronées sur le sida, (ii) que le virus du sida ne peut être transmis par les piqûres de moustiques, (iii) que le virus du sida ne peut pas être transmis par des moyens surnaturels et (iv) qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'une personne qui a le virus du sida,

RAPPORT PROVISOIRE

III- RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

Des efforts considérables sont entrepris depuis plusieurs années pour renforcer la riposte nationale face au sida. Le pays sort de plusieurs années de crise socio politique qui a eu des répercussions sur les interventions de lutte contre le sida. Les résultats obtenus sont mesurés à travers les 7 objectifs et les indicateurs qui en découlent.

Objectif 1: D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle

Cet objectif cible la population générale et les populations clés les plus exposés au risque de transmission du VIH (PS, HSH, CDI).

A. POPULATION GENERALE

Indicateur 1.1 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Selon les données de l'EDSCI-III, le Pourcentage des femmes et des hommes de 15 à 24 ans qui ont à la fois correctement identifié les modes de prévention de la transmission sexuelle du VIH/sida et rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH/sida est de 18,4% dont 24,6% chez les hommes et 15,7% chez les femmes.

En effet, 69% des jeunes de 15-24 ans (65,7% des femmes et 76,7% des hommes) ont affirmé au cours de l'EDSCI-III, que le risque de transmission du VIH peut être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté. De même, 66% (61% des femmes et 77.5 des hommes) de cette tranche d'âge ont déclaré que le risque de transmission du VIH peut être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport. Par ailleurs, 65% (62% des femmes et 71% des hommes) ont soutenus qu'une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive. S'agissant des principales idées fausses concernant la transmission du virus, moins de la moitié 47,8% (47.9% des femmes et 47,7% des hommes) des jeunes interrogés savent que le virus ne peut pas être transmis par les piqûres de moustiques. 68% (67,2% des femmes et 70,6% des hommes) savent qu'on ne peut pas contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive.

Indicateur 1.2 : *Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans*

Parmi les jeunes de 15-24 ans, 18,2% (20% de femmes et 14% des hommes) ont eu des rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exacts selon les résultats de l'EDSCI-III. Ce pourcentage était de 17,6% dans l'EIS, 2005.

Chez les femmes, dans le groupe d'âge de 15-17 ans, 21% ont eu les premiers rapports sexuels avant 15 ans et dans le groupe d'âge 18-19 ans, 74% des jeunes ont eu les premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans. Chez les hommes, dans le groupe d'âge de 15-17 ans, 16% ont eu les premiers rapports sexuels avant 15 ans et dans le groupe d'âge 18-19 ans, 46% des jeunes ont eu les premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans.

Indicateur 1.3 : *Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois*

Selon l'EDSCI-II, le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois est de 11,4% (3,5% chez les femmes et 28,6% chez les hommes). Cette proportion était de 16,4% dans l'EIS, 2005.

Indicateur 1.4 : *Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport*

Le pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel était de 28,5%. Ces proportions sont de 29,7% chez les femmes et de 35,7% chez les hommes.

Au niveau des jeunes de 15-24 ans, les statistiques sont plus élevées comparés à celles de la population générale. En effet, parmi les jeunes qui ont plus d'un partenaires au cours des 12 derniers mois, 56,5% des jeunes hommes et 34,2% des jeunes femmes ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant les derniers rapports sexuels. (EDSCI-III)

Indicateur 1.5 : *Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat*

L'Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS) en 2005 a établi à 3,5% la proportion de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage au VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat. Cette proportion est passée à 12,6% en 2012 selon les résultats de l'EDSCI-III.

L'on note que 62% des femmes âgées de 15- 49 ans n'ont jamais effectué de test de dépistage. En outre, 14% des femmes ont effectué un test au cours des 12 derniers mois et ont reçu le résultat. S'agissant des hommes, 75% des hommes âgés de 15- 49 ans n'ont jamais effectué de test de dépistage. Ils sont 9%, les hommes qui ont effectué un test au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu le résultat.

Indicateur 1.6 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH

En faisant référence aux résultats de l'EDSCI-III, la prévalence du VIH auprès des jeunes de 15-24 ans est de 1,3 %. Selon le sexe, elle est de 2,2% chez les jeunes femmes et de 0,3 % chez les jeunes hommes.

Chez les femmes, la prévalence du VIH augmente avec l'âge : 0,1% chez les 15-17 ans contre 3,6% chez les 20-24 ans. Chez les jeunes hommes, elle est de 0,2% chez les 15-17 ans contre 0,5% à 20-24 ans.

Chez les femmes de 15-24 ans, la prévalence augmente très rapidement avec l'âge : de 0,2 % à 15-19 ans, elle passe à 1,7 % à 18-19 ans et atteint un maximum de 4,9 % chez les femmes de 23-24 ans. A l'opposé, la prévalence reste inférieure à 1% jusqu'à 23-24 ans chez les hommes.

B. POPULATIONS CLES

B.1 : Professionnel(le)s du sexe

Indicateur 1.7 : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH

Par rapport aux données rapportées dans le rapport GARP 2012, il n'y a pas de nouvelles données pour cette population. Le pourcentage de professionnel (le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention VIH rapporté dans le GARP 2012 est de 58,3%. En effet, 3608 PS sur les 6188 interrogés au cours de l'ECAP 2011 ont indiqué savoir le lieu où l'on pouvait se rendre pour se faire dépisté et ont également affirmé avoir reçu des préservatifs au cours des 12 derniers mois. Il faut signaler que la population des PS depuis plusieurs années déjà est classée comme une cible prioritaire pour les interventions de lutte contre le sida. A cet effet, plusieurs partenaires soutiennent les activités à l'endroit de cette cible. Les interventions VIH en direction des PS qui initialement étaient concentrés dans la ville d'Abidjan ont connu une extension dans plusieurs autres villes du pays.

Indicateur 1.8 : *Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client*

Les Données issues de l'ECAP 2011 auprès des PS hommes et femmes indiquent que 92,7% des PS ont rapporté avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client. Ces proportions sont de 92,8% chez les PS femmes et de 91,5% chez les PS hommes. Ces résultats sont encourageants et confirmeraient que les messages de sensibilisation parviennent effectivement aux professionnels (le)s du sexe. Mais des efforts restent à faire parce que ces données indiquent aussi que les rapports contractés par les professionnels (le)s du sexe ne sont pas systématiquement protégés. Les risques d'une telle attitude sont d'autant plus perceptibles qu'environ 7 % des contacts sexuels du dernier jour qui a précédé l'enquête se sont déroulés sans usage des préservatifs. De plus, seulement 43% des PS femmes ont affirmé avoir utilisé un préservatif avec leur partenaire non payant lors du dernier rapport sexuel.

Indicateur 1.9 : *Pourcentage parmi les professionnel(le)s du sexe ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat*

Les résultats de l'ECAP conduite en 2008 auprès des professionnelles du sexe à Abidjan et dans les villes de l'intérieur (Bouaké, Daloa, Danané, Duékoué, Man, San Pedro et Yamoussoukro) montraient qu'environ la moitié (50,9%) des PS interrogés ont subi un test VIH dans les douze derniers mois et connaissent le résultat. Ce résultat est similaire à celui de l'ECAP 2011 auprès des PS dans 12 régions du pays. Selon cette dernière enquête, 50,8% des PS ont subi un test VIH dans les douze derniers mois et connaissent le résultat.

Indicateur 1.10 : *Pourcentage des professionnels du sexe qui vivent avec le VIH*

Il n'existe pas de données récentes sur cet indicateur. Les données disponibles concernent les résultats de l'Enquête PAPO de 2007 et 2009 qui ont été déjà rapportées dans les rapports GARP précédents. L'étude a été réalisée dans 5 cliniques de la Côte d'Ivoire qui offrent des services au PS. Ce sont les cliniques de confiance (CDC) et CAMES à Abidjan, la clinique Centre Espérance de San Pedro, la clinique ASAPSU de Yamoussoukro et la clinique CAMES de Gagnoa. Selon cette Enquête, 28,6% des PS testés pour le VIH ont eu un résultat positif.

B.2 : Hommes des rapports sexuels avec des hommes

Indicateur 1.11 : *Pourcentage des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteint par les programmes de prévention du VIH*

Les seules données disponibles sur le pourcentage de HSH atteint par les programmes de prévention du VIH sont celles de l'étude menée à Abidjan en 2012 auprès de cette population. Les résultats de cette étude indiquent que 31,4% des HSH sont atteints par les programmes de prévention du VIH. En effet, sur 601 personnes interrogées, 189 sont atteints par les programmes de prévention du VIH.

Indicateur 1.12 : *Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme*

Au cours de l'année 2012, une étude sur les facteurs de risques associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Abidjan a permis de mesurer la prévalence de l'infection au VIH, de la gonococcie et de la chlamydie dans cette population. Elle a également permis de déterminer les facteurs associés à l'infection au VIH et à estimer la taille de la population des MSM à Abidjan. Selon les données de cette étude, l'usage systématique du préservatif est peu fréquent puisque seuls 34,0% des MSM auraient toujours utilisé un préservatif lors des rapports anaux au cours des 12 derniers mois. Au dernier rapport sexuel avec un homme, les préservatifs ont été utilisés dans une proportion de 69,6%. Les données qualitatives ont montré que, selon la moitié des participants, le préservatif n'est pas utilisé, en particulier avec le partenaire régulier, en raison de la longue durée de la relation et de la confiance dans le partenaire, et ce, même si aucun test de dépistage du VIH ou des IST n'a été effectué au préalable. Toujours dans ces données qualitatives, pour les partenariats sexuels occasionnels, le caractère pressé et non prévu des relations sexuelles, dans la majorité des cas, de même que la consommation d'alcool et les rapports sexuels tarifés dans une moindre mesure, sont autant de facteurs pouvant influencer sur l'utilisation du préservatif.

Indicateur 1.13 : *Pourcentage parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat*

Selon les résultats de l'étude conduite auprès des HSH en 2012, sur 601 personnes interrogées, 368 ont affirmé avoir fait un test de VIH dans les 12 derniers mois et en connaissent le résultat soit 61%.

Indicateur 1.14 : *Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH*

Les données de l'étude sur les HSH indiquent que sur 601 personnes testées pour le VIH, 113 ont reçues un résultat positif, soit une prévalence de 18,8% au sein de cette population. Cette

prévalence du VIH est importante pour attirer l'attention sur la nécessité de faire de la population des HSH une priorité de la lutte contre l'infection à VIH et le sida. Ce groupe pourrait constituer un relai de transmission du VIH au sein de la population, d'autant plus que certains HSH sont mariés ou entretiennent des rapports sexuels avec les femmes.

C. CONSEIL ET DEPISTAGE

C.1. Conseils et dépistage du VIH

Indicateur 1.16 : Dépistage du VIH et autre conseil chez la femme et chez l'homme de 15 ans et plus

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH est importante pour l'accès au traitement, au soin, aux services d'appui et à la prévention du VIH. Il existe différents modèles de dispensation des services de dépistage et de conseil. Il y a le conseil et dépistage volontaire c'est à dire à l'initiative de l'utilisateur et le conseil et dépistage à l'initiative des prestataires de soins (CDIP).

Le rapport d'activité du Programme national de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PNPEC) indiquait à la fin de l'année 2012 que 1 056 782 personnes âgées de plus de 15 ans ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent leur résultat. Parmi ces personnes, l'on dénombrait 531 649 femmes enceintes. Sur l'ensemble des personnes testées, 71 779 personnes ont reçu un résultat positif.

Des efforts importants ont été entrepris pour rendre disponible les services de conseil et dépistage. Il s'agit notamment (i) de l'intégration dans les structures sanitaires du conseil et dépistage, (ii) de la mise en place d'un algorithme simplifié de dépistage par piqure au bout des doigts, (iii) la diversification du personnel apte à réaliser le dépistage, (iv) le développement de stratégies nouvelles de dépistage.

A la fin 2012, on dénombre 1 114 sites de conseil et dépistage pour environ 2 000 établissements sanitaires que compte le pays.

Tous les districts sanitaires disposent de services de conseil et dépistage. Cependant, l'on note des disparités et une faiblesse de couverture des espaces sanitaires à l'intérieur de certains districts. Plusieurs défis demeurent dont :

- l'accroissement de l'offre et du renforcement de la qualité des prestations ;
- l'accroissement de la fréquentation des services CD ;
- le renforcement des liens entre les sites CD et les sites de PEC aussi bien au niveau des services de santé que des services communautaires à travers la référence et la contre référence ;
- l'implication accrue du communautaire et du secteur privé dans la mise en œuvre des activités de CD.

Indicateur 1.16.1 : Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des kits de tests rapides qui ont connu des ruptures de stock au cours des 12 derniers mois

Pas de données disponibles

C.2. infection sexuellement transmissibles

La partie sur les infections sexuellement transmissibles se décline en dix (10) indicateurs. Ces indicateurs portent sur le dépistage et le traitement des IST chez la femme, l'homme, les professionnels du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les données disponibles ne permettent pas de renseigner les indicateurs tels que libellés dans ce rapport.

Indicateur 1.17.1 : Pourcentage de femmes ayant consulté dans les services dispensant des soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation.

Indicateur 1.17.2 : Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis.*

Indicateur 1.17.3 : Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals, séropositives à la syphilis et qui ont reçu un traitement.

- Indicateur 1.17.4 : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui présentaient une syphilis active*
- Indicateur 1.17.5 : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui présentaient une syphilis active*
- Indicateur 1.17.6 : Nombre de cas de syphilis (primaire/secondaire et latente/statut inconnu) chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois*
- Indicateur 1.17.7 : Nombre de cas de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances) déclarés au cours des 12 derniers mois*
- Indicateur 1.17.8 : Nombre de cas de gonorrhée chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois*
- Indicateur 1.17.9 : Nombre de cas d'écoulement urétral chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois*
- Indicateur 1.17.10 : Nombre de cas d'ulcérations génitales chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois*

Objectif 2 : D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables

Cet objectif est mesuré à travers les indicateurs suivants :

- Indicateurs 2.1 : Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues*
- Indicateurs 2.2 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport*
- Indicateurs 2.3 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir/ utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection*
- Indicateur 2.4 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat*
- Indicateur 2.5 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH*

- Indicateur 2.6.a : Nombre estimé de consommateurs d'opiacés*
- Indicateur 2.6.b : Nombre de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes*
- Indicateur 2.7.a : Nombre de sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues*
- Indicateur 2.7.b : Nombre de sites de traitement de substitution aux opioïdes*

Les données concernant ces indicateurs ne sont pas disponibles. Il n'existe pas de programme de distribution d'aiguilles et de seringues dans le pays. Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida à travers le Programme de lutte contre le sida chez les populations hautement vulnérables en collaboration avec le Fonds Mondial et Médecins du monde est entrain de réaliser une étude auprès des usagers de drogue dont les objectifs sont (i) d'estimer la taille des UDI, (ii) d'établir une cartographie des UDI, (iii) d'identifier les facteurs de risque, (iv) de déterminer la prévalence du VIH et (v) d'identifier les besoins. Cette étude permettra à terme de déterminer des stratégies spécifiques pour des interventions de lutte contre le sida auprès des ces populations.

RAPPORT PROVISoire

Objectif 3 : D'ici à 2015, éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida

Indicateur 3.1 : *Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant*

Le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux dans l'optique de réduire le risque de transmission mère-enfant est en nette progression. De 17,2% en 2007, ce chiffre est de 42,45% en 2012 et de 47,13% en 2013. Cette proportion est en dessous des prévisions du plan stratégique 2012-2015. La cible pour 2012 était de 55% et de 60% en 2013. Des efforts importants restent donc encore à faire pour atteindre les objectifs fixés au niveau national et aussi au plan international.

Au niveau des établissements de santé offrant des services de PTME, Le nombre a augmenté progressivement. Le nombre de site PTME est passé de 147 en 2007 à 554 en 2009 et à 981 à fin 2012. On estime à environ 1774 le nombre d'établissements de santé qui doivent offrir les services de PTME.

Pour corriger les insuffisances constatées dans les activités de PTME, un plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été élaboré en 2012 et est en cours de mise en œuvre.

Indicateur 3.1.a : *Pourcentage de femmes vivant avec le VIH et recevant une prophylaxie antirétrovirale pour elles-mêmes ou leur bébé lors de la période d'allaitement*

Pas de données disponibles

Indicateur 3.2 : *Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie*

Le nombre de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie est de 5395 à fin 2012. La valeur d'estimation du nombre de femmes enceintes ayant besoin de PTME est de 44 241 selon les estimations du plan d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (e-TME). Ce qui permet de conclure que le pourcentage d'enfant nés de mère séropositive au VIH et qui ont subi un test virologique pour le VIH est de 12,2%.

Indicateur 3.3 : *Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)*

Les données d'estimation de Spectrum établissent à 25% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. D'importants efforts restent donc à faire au niveau du pays pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Indicateur 3.4 : *Pourcentage (%) de femmes enceintes qui ont été testées pour le VIH et ont reçu leurs résultats - pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures), y compris ceux dont le statut VIH précédemment connu**

L'identification du statut sérologique d'une femme enceinte vis-à-vis du VIH assure un point d'entrée pour qu'elle bénéficie des services de PTME et pour l'adaptation de la prévention, des soins et des traitements à ses besoins. Selon le rapport du secteur santé, 550 870 femmes enceintes sur 824 060 attendues ont été testées pour le VIH au cours de l'année 2012, soit 66.85%. Parmi les femmes enceintes testées, 531 649 ont retiré leur résultat. *Ainsi, le pourcentage des femmes enceintes testées pour le VIH et ont reçu le résultat est de 64.5%*. Le test s'est révélé positif pour 20 987 femmes.

Indicateur 3.5 : *Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH au cours des 12 derniers mois**.

L'implication des hommes est d'une importance cruciale pour fournir des services axés sur la famille, aux femmes enceintes séropositives au VIH, à leur nourrisson et aux autres membres de leur famille. Elle représente également un outil important de prévention de l'infection à VIH et elle peut aider les couples séronégatifs à le rester. Le dépistage du partenaire est la première étape pour impliquer les partenaires masculins, indépendamment du statut sérologique du couple vis-à-vis du VIH. Au cours de l'année 2012, seulement 24 359 femmes enceintes ont eu leur partenaire masculin testé pour le VIH. Ce qui représente 4.5% de l'ensemble des femmes enceintes ayant consulté dans un service de CPN en 2012. A ce niveau, beaucoup d'efforts restent à faire pour impliquer les conjoints masculins dans la prévention du sida au niveau des couples.

Indicateur 3.6 : *Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou par test de numération des CD4*

Les femmes enceintes séropositives au VIH qui répondent aux critères cliniques et immunologiques pour recevoir un traitement ARV doivent le recevoir. Le Traitement

préserve la santé maternelle et réduit le risque de transmission de la mère à l'enfant. Les femmes qui ne répondent pas encore aux critères d'éligibilité pour le traitement doivent recevoir une prophylaxie par ARV selon les directives. En 2012, sur 44 241 femmes séropositives attendues, 20 987 ont été dépistées séropositives et parmi elles, 7 490 ont été évaluées pour l'éligibilité à la thérapie antirétrovirale, soit 36 % des femmes enceintes dépistées séropositives au cours de l'année et 17% de femmes enceintes séropositives estimées.

Indicateur 3.7 : *Nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, à qui a été fournie une prophylaxie par antirétroviraux (ARV) pour réduire le risque de transmission mère-enfant précoce au cours des six premières semaines de vie*

Le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit de manière importante par la prophylaxie par ARV pendant la période d'allaitement (si allaitement), par des pratiques d'accouchement sûres, et des pratiques à moindre risque d'alimentation du nourrisson. Au cours de l'année 2012, moins du quart (9112 enfants sur 44 241, soit 20.6%) des enfants nés de femmes séropositives au VIH ont reçus la prophylaxie par antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement (post-partum précoce, dans les 6 premières semaines).

Si on compare le nombre des enfants nés de femmes séropositives au VIH qui ont reçus la prophylaxie par antirétrovirale pour prévenir la TME et le nombre de femmes enceintes dépistées séropositives (20 987) en 2012, on note que moins de la moitié (43.9%) des enfants ont reçu la prophylaxie.

Indicateur 3.8 : *Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein*.*

Les données ne sont pas disponibles pour cet indicateur.

Indicateur 3.9 : *Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance*.*

En raison des contraintes en termes de ressources et des problèmes logistiques pour diagnostiquer l'infection à VIH chez le jeune nourrisson, tous les nourrissons nés de femmes séropositives au VIH doivent recevoir une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX), à partir de la 4ème à la 6ème semaine après la naissance, et la poursuivre jusqu'à ce que le diagnostic d'infection à VIH ait été éliminé et que les nourrissons ne soient plus à risque d'être infectés par le VIH par l'allaitement au sein. Sur un total de 44 241 enfants attendus, seulement 4951

(11.2%) ont commencé la prophylaxie CTX dans les deux mois suivant la naissance au cours de l'année 2012.

Indicateur 3.10 : *Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTC3 (3ème dose vaccination diphtérie, coqueluche, tétanos)*

Pas de données disponibles pour cet indicateur

Indicateur 3.11 : *Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données.*

Les services de soins prénatals sont la porte d'entrée de la PTME. Selon les recommandations nationales, une femme enceinte devrait faire au moins quatre consultations prénatales. Le nombre de femmes enceintes qui ont consulté au moins une fois dans un service de CPN durant la grossesse est de 535 958 en 2012 pour un total de 824 060 attendues, soit 89%. Mais cette valeur ne renseigne pas assez sur l'utilisation des services de CPN par les femmes. En effet, l'on constate une déperdition importante entre la CPN 1 et la CPN 4.

Objectif 4 : D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

Indicateur 4.1 : *Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral parmi tous les adultes et les enfants vivant avec le VIH*

En dépit des difficultés que le pays a connues, notamment la crise militaro politique des ces dix dernières années et la crise post électorale, l'on constate des avancés notables en matière de traitement ARV. En effet, le nombre de sites offrant les services de prise en charge est passé de 359 en 2008 à 497 en 2011 et à 537 en 2012. Une augmentation du nombre de personnes éligibles sous traitement est aussi observée au fil des années. Le nombre est passé de 49 179 en 2007, à 93 065 en 2011, à 109 925 en 2012 et à 112 920 en 2013. Le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2012 était estimé à 450 000. *Le pourcentage d'enfants et d'adultes qui ont reçu un traitement antirétroviral en 2012 parmi toutes les personnes infectées est donc de 24.4%.*

Cependant selon les critères d'éligibilité retenu dans le pays, le nombre de personnes ayant besoin de traitement en 2012 était estimé à 190 000. Ainsi, 58% des personnes en besoin de traitement ont eu accès au traitement en 2012. L'objectif selon le PSN 2012-2015 est de permettre à 52% des PVVIH éligibles d'avoir accès au traitement en 2012 et 80% à l'horizon 2015. Sur cette base, l'on peut affirmer que la cible pour 2012 est atteinte et le pays est sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de 2015.

Le nombre de nouvelles inclusions est passé de 22 247 en 2008, à 29 002 en 2009, à 25 595 en 2011 et 30 656 en 2012.

On note une légère baisse de la proportion d'enfants sous ARV dans la file active entre 2010 et 2012. En 2010, le nombre d'enfant sous ARV était de 5190 soit 6,3% du total des PVVIH sous ARV contre 5579 (5,1%) en 2012 et à 5467 (4,8%) en 2013.

Bien que les ARV soient gratuits en Côte d'Ivoire, beaucoup d'efforts restent à faire pour l'amélioration de la prise en charge thérapeutique. Des efforts doivent être faits pour améliorer la qualité des services de prise en charge et pour réduire le nombre de perdus.

Indicateurs 4.2 : *Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale*

La thérapie antirétrovirale se prend à vie. Mesurer la rétention sous traitement est critique pour documenter l'efficacité des programmes, extrapoler leur impact et identifier les

obstacles pour leur extension et amélioration. Le pourcentage d'enfants et d'adultes dont on sait qu'ils sont toujours en vie 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale est de 62.4%. Ces données ne couvrent que les sites de traitement soutenus par le PEPFAR. Les données pour cet indicateur étaient de 67,0% sur la période 2008-2009 et de 60.3% en 2012. La baisse enregistrée entre la période 2008-2009 et 2011 est en partie due au déplacement des populations lors de la crise sociopolitique et à la désorganisation du système de santé.

Pour la rétention à 24 mois et 60 mois, les données ne sont pas disponibles

Indicateurs 4.3.a : *Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux.*

La thérapie antirétrovirale (TAR) est la pierre angulaire d'un traitement efficace contre le VIH, et la mesure du pourcentage des établissements de santé qui la dispensent apporte des informations précieuses sur la disponibilité des antirétroviraux. A fin 2012, l'on dénombrait environ 537 établissements de santé dans lesquels le traitement ARV était dispensé. Il faut noter que le pays compte un peu plus de 2000 établissements publics de santé avec environ un peu moins de la moitié avec une compétence médicale.

Indicateurs 4.3.b : *Nombre d'établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral pédiatrique*

S'agissant de la prise en charge pédiatrique, des efforts sont à faire. Le nombre de sites de prise en charge pédiatrique est en progression. A fin 2012, on dénombrait 333 sites offrant les services de traitement antirétroviral pédiatrique.

Indicateurs 4.4 : *Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu une rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois.*

Sur environ 537 établissements sanitaires dispensant des ARV, 107 établissements ont connu des ruptures de stocks pour au moins un antirétroviral au cours de l'année 2013, soit 20%.

Indicateurs 4.6 : Soins de l'infection à VIH

Les données pour cet indicateur couvrent la période allant du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013. Au cours de cette période, on a dénombré 156 249 personnes infectées qui étaient inscrites pour des soins de l'infection à VIH.

Indicateurs 4.7.a : *Pourcentage de personnes sous TAR chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé et chez qui il y a suppression de la charge virale au cours de la période considérée*

Indicateurs 4.7.b : *Pourcentage de personnes sous TAR chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé et pour qui la charge virale était inférieure ou égale à 1000 copies/ml après 12 mois de traitement*

Pas de données disponibles pour ces deux indicateurs

Objectif 5 : D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

Indicateur 5.1 : *Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH*

Le pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH s'élevait à 13.1% en 2012. En effet, au cours de l'année 2012, le nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé ayant reçu une association d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé au plan national (aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programmes national contre la tuberculose) est 2 940. Le nombre estimé de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH est de 22 500.

Indicateur 5.2 : *Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH nouvellement inscrits dans les services de soins et chez qui une tuberculose active a été détectée*

Au cours de l'année 2013, le nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrits dans les services de soins chez qui une tuberculose active a été détectée s'élevait à 2 297. Dans le même temps, on a enrôlé dans les services de soins 112 935 Personnes vivant avec le VIH.

Objectif 6 : Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Indicateur 6.1 : Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

En 2011, les dépenses totales exécutées dans le cadre de la lutte contre le sida ont été estimées à 50 029 584 740 FCFA. Trois grandes sources ont alimenté le financement. Ce sont les fonds publics, les fonds privés et les fonds internationaux. Les fonds internationaux constituent la plus importante des sources avec une contribution à hauteur de 43,8 milliards de FCFA soit 87% des dépenses globales. Ils sont suivis des fonds publics 5,9 milliards de FCFA (12%) et des fonds privés 352 millions de FCFA (1%). Ces tendances sont celles observées depuis 2006. Les fonds internationaux ont toujours été la source la plus importante du financement.

Tableaux : Evolution des dépenses par source et par année

Sources	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Fonds Publics	2 281 123 378	2 934 912 495	2 544 359 302	4 264 840 789	2 327 349 000	5 860 897 100
Fonds Privés	993 834 481	1 092 771 410	1 165 078 250	630 274 659	520 640 000	352 256 200
Fonds Internationaux	18 257 164 141	29 274 288 095	27 607 562 448	53 812 587 557	53 499 205 000	43 816 431 440
Total	21 532 122 000	33 301 972 000	31 317 000 000	58 707 703 010	56 347 194 000	50 029 584 740

Source des données : REDES 2008, REDES 2009 et REDES 2012

L'analyse des dépenses par chapitre d'intervention fait apparaître qu'en 2011, environ 43% des dépenses ont été affectées aux soins et traitement. Le total des dépenses pour ce poste s'élevait à 21,69 milliards de FCFA. Le second poste de dépense a été la gestion et l'administration des programmes avec un montant total de 17,99 milliards de FCFA, soit 36% des dépenses.

Les dépenses de la prévention ont baissé aussi bien en volume qu'en part dans les dépenses totales ces deux dernières années. Ainsi d'un montant d'environ 12,45 milliards de FCFA en 2009, ce montant est passé à 8,25 milliards en 2010 et à 7,63 milliards de FCFA en 2011. La part des dépenses de prévention dans le total est passé de 21,2% en 2009 à 14,6% en 2010 et à 15,3% en 2011.

La gestion et l'administration des programmes demeurent un poste important avec une moyenne de 36% du total des dépenses chaque année.

Les autres interventions comme le soutien aux OEV (2,7%), la protection sociale et services sociaux (0,2%), l'environnement favorable (1,09%) et la recherche liée au VIH (0,06%) ont été insuffisamment financées en 2011 tout comme d'ailleurs les années précédentes.

Tableau 2: Evolution des dépenses consacrées au sida par catégorie 2008- 2009

Interventions	Année 2008		Année 2009		2010		2011	
	Montant (FCFA)	%	Montant (FCFA)	%	Montant (FCFA)	%	Montant (FCFA)	%
Prévention	10 523 878 465	33,6%	12 448 332 777	21,2%	8 244 623 000	14,6%	7 629 502 000	15,3%
Soins et traitement	8 581 898 531	27,4%	19 055 784 760	32,5%	22 973 970 000	47,8%	21 686 321 500	43,3%
OEV	828 492 227	2,6%	2 072 107 238	3,5%	1 527 764 000	2,7%	1 354 933 000	2,7%
Gestion et administration	11 311 701 141	36,1%	21 113 891 956	36%	20 964 690 000	37,2%	17 983 503 000	35,9%
Ressources Humaines	22 680 000	0,07%	2 816 307 889	4,8%	2 210 605 000	3,9%	1 050 549 000	2,1%
Protection sociale et services sociaux	13 119 140	0,04%	52 891 620	0,09%	116 490 100	0,2%	118 702 500/	0,2%
Environnement favorable	30 230 496	0,10%	642 016 486	1,09%	285 064 700	0,51%	174 299 300	0,35%
Recherche liée au VIH	5 000 000	0,02%	506 370 284	0,86%	23 987 200	0,04%	31 773 700	0,06%
Total	31 317 000 000	100%	58 707 703 010	100%	56 347 194 000	100%	50 029 584 000	100%

Source : REDES 2009, REDES

Objectif 7 : Eliminer les inégalités entre les sexes

Indicateur 7.1 : *Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois*

Selon les résultats de l'EDSC-III, le pourcentage de femmes de 15-49 ans en union ou en rupture d'union qui ont subi diverses formes de violence selon l'âge actuel. Dans l'ensemble, 32 % des femmes ont subi des violences physiques seulement, un peu moins de 1 % des violences sexuelles seulement, 5 % à la fois les violences physiques et sexuelles. Au total, 38 % des femmes ont subi des actes de violences physiques ou sexuelles. La proportion des femmes qui ont subi des actes de violences physiques ou sexuelles est élevée dès les jeunes âges et augmente sensiblement avec l'âge du fait, en partie, d'une augmentation de la durée d'exposition : elle passe de 27 % à 15-17 ans à 34 % à 18-19 et atteint 44 % à 20-24 ans. Au-delà, les générations plus âgées semblent avoir été moins fréquemment agressées.

Objectif 8 : Eliminer la stigmatisation et la discrimination

Indicateur 8.1 : *Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans ayant rapporté des attitudes discriminatoires envers des personnes vivant avec le VIH*

La stigmatisation et la discrimination représentent des obstacles majeurs à l'accès universel aux programmes de prévention et de traitement. Pour évaluer le niveau de stigmatisation en Côte d'Ivoire à l'égard des personnes vivant avec le VIH, au cours de l'EDSCI-III, Il a été demandé aux femmes et aux hommes qui avaient entendu parler de la maladie quelle attitude ils adopteraient s'ils se trouvaient confrontés à certaines situations impliquant des personnes vivant avec le VIH/sida. Plus précisément, il leur a été demandé s'ils seraient prêts à prendre soin chez eux d'un parent ayant contracté le VIH, s'ils achèteraient des légumes frais chez un commerçant vivant avec le VIH, s'ils pensaient qu'une enseignante ayant contracté le VIH mais qui n'est pas malade devrait être autorisée à continuer à travailler et enfin s'ils pensaient qu'il fallait garder secret l'état d'un membre de la famille ayant contracté le VIH.

Les résultats montrent que 81 % des femmes ont déclaré qu'elles seraient prêtes à s'occuper chez elles d'un membre de la famille ayant le sida contre 86% chez les hommes. Dans un peu plus de la moitié des cas, (53 %) les femmes et (55%) des hommes ont déclaré qu'ils achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH ; environ les deux tiers (67 %) des femmes (64%) des hommes pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH et qui n'est pas malade devrait être autorisée à continuer d'enseigner ; enfin, on constate qu'environ 26% des femmes et 37% des hommes pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH. Globalement, moins d'une femme

de 15-49 ans sur dix (8 %) et 16% des hommes se montreraient non stigmatisantes si elle se trouvait confrontée aux quatre situations citées

Objectif 10 : **Renforcer l'intégration du VIH**

Objectif 10.1 : *Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans**

Le taux actuel de fréquentation des enfants âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires est de 46.3% selon les données de l'EDSCI-III alors qu'il est de 70.6% chez les enfants du même groupe d'âge dont les deux parents sont en vie.

Objectif 10.2 : *Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre.*

Pas de données disponibles pour cet indicateur.

RAPPORT PROVISOIRE

IV- PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

Plusieurs obstacles ralentissent la réponse nationale. Il s'agit entre autre de :

La faiblesse de la qualité des services : Elle constitue un frein à la fréquentation des structures de prévention et de prise en charge. Cette faiblesse est due entre autres à la démotivation du personnel médical et para médical, ainsi qu'à l'insuffisance des infrastructures et au manque d'équipements. A ce sujet, URC apporte un appui au Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida depuis 2008 pour le développement de normes ou standards de qualité dans l'offre de services de prévention et de prise en charge.

L'insuffisance de la coordination des activités : Elle ne permet pas d'orienter les interventions et d'avoir une bonne visibilité des activités des différents acteurs sur le terrain. Ceci est à l'origine de duplications d'interventions et d'utilisation inadéquate des ressources ; A cet effet, plusieurs acteurs décentralisés impliqués dans la coordination des activités ont eu leurs capacités renforcées sur la coordination des activités VIH.

L'insuffisance de la PEC communautaire des PVVIH : La prise en communautaire n'existe que dans certaines grandes villes. Elle n'est pas toujours disponible dans le milieu rural. A cela, s'ajoute l'insuffisance de synergie des interventions entre le volet communautaire et le volet médical qui est un obstacle majeur à un meilleur suivi des PVVIH. Cela est à l'origine du nombre élevé de perdus de vue 33% (source : Indicateurs d'Alerte Précoce, 2011).

La réponse du secteur privé face au sida reste faible : Cette situation ne permet pas un accès aux services de prévention à tous les travailleurs ainsi qu'à leur famille. De nombreux comités d'entreprise ne sont plus fonctionnels réduisant ainsi l'offre de service. Pour y remédier, le secteur privé représenté par Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire pour la lutte contre le VIH/sida (CECI), a porté principalement ses actions sur la redynamisation et la création de comités d'entreprises.

V- SUIVI ET EVALUATION

Aperçu du système actuel

Le système actuel de suivi et évaluation de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire s'articule autour de trois niveaux : le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central.

Au niveau périphérique se mènent les activités ou actions à l'endroit des populations cibles. C'est le niveau opérationnel, premier niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information. Les informations médicales sont recueillies par les chargés de Surveillance Epidémiologique (CSE) du Ministère de la Santé et de la lutte contre le sida et les données non santé, par les chargés de suivi-évaluation des secteurs publics et privés et de la société civile (ONG, OBC), départementaux et régionaux.

Le niveau intermédiaire est celui où se font les activités de coordination, d'appui et de mesure des résultats. C'est le deuxième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures intermédiaires et périphériques. Il est assuré d'une part par les Districts Sanitaires et les Directions regionales sanitaires à travers leurs chargés de Suivi evaluation

Le niveau central est constitué par le MSLS/DPSES, qui assure la gestion du Système National de Suivi Evaluation. A ce niveau, sont traitées et diffusées aux partenaires toutes les informations programmatiques et financières sur le VIH/sida.

Dans la mise en œuvre de ce cadre, le système de santé renseigne tous les indicateurs relatifs à la prise en charge médicale des PVVIH à travers le Système d'Information et de Gestion (SIG). Les données communautaires sont collectées par les districts. Les directions régionales sanitaires analysent et produisent un rapport contenant les données santé et communautaires.

Obstacles au fonctionnement du système de suivi et évaluation

Des problèmes persistent entravant le bon fonctionnement du système. Au nombre de ces problèmes, l'on retiendra la non appropriation du cadre de Suivi & Evaluation par les acteurs, entraînant la mise en œuvre de systèmes parallèles de rapportage par certains partenaires et le non partage des informations recueillies faute de leadership en la matière. On note également l'insuffisance de la culture de l'information par les acteurs qui se traduit par un faible intérêt porté à l'activité de rapportage, base du suivi.

On note également une faiblesse des capacités des ressources humaines en nombre et en qualité, ainsi qu'une forte mobilité du personnel liée à un manque de motivation menaçant la pérennité du système.

Esquisses de solutions aux problèmes de suivi-évaluation

Pour palier ces difficultés, les solutions suivantes sont proposées. La première solution consiste en la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation du SIG (Système d'Information et de Gestion). Il s'agit, notamment, de rendre disponibles les outils de collecte dans tous les établissements sanitaires (environ 1500) afin d'améliorer les performances du système d'information sanitaire en général, le volet concernant le VIH/sida en particulier. A cet effet, l'accent sera mis sur la complétude et la promptitude des données d'une part, et sur la formation des agents, la mise à disposition du manuel de procédures sur l'utilisation du SIG, la supervision et l'organisation régulière de réunions de coordination pour la présentation et la discussion des rapports au niveau de chaque district et au niveau de chaque région, d'autre part.

Le renforcement du système national de suivi-évaluation à travers l'opérationnalisation du troisième principe du « Three One's » relatif au cadre unique de suivi-évaluation.

Besoins en assistance technique et renforcement des capacités

Les besoins d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi-évaluation se présentent comme suit : (i) renforcement de la gouvernance et du leadership du MSLS en matière de suivi et évaluation, (ii) appui aux renforcements des capacités des responsables chargés de suivi évaluation aux niveaux central et décentralisé, (iii) appui à la conception et à la mise en place d'une base de données nationale pour répondre aux besoins de prise de décisions et d'établissement d'un rapport national sur l'épidémie.

RAPPORT PROVISOIRE

CONCLUSION

Les données utilisées pour ce rapport sont celles des années 2012 et 2013, c'est-à-dire un an ou deux après la crise que le pays a connu en 2011. La conjugaison des efforts du gouvernement et ses partenaires a permis d'obtenir des résultats assez significatifs allant dans le sens de l'amélioration des services de prévention et de prise en charge.

On note particulièrement un renforcement des activités de prise en charge et du traitement ARV et dans les activités de PTME. Le nombre de site offrant le traitement ARV (y compris le traitement pédiatrique) et les services de PTME en nette progression. Il en est de même sous traitement ARV et des femmes reçus dans les services de PTME.

En dépit du contexte de sortie de crise du pays, le VIH/sida a été maintenu sur l'agenda politique. Le Gouvernement a continué à allouer un budget qui atteint 5,9 milliards de FCFA contre 2,3 milliards FCFA en 2009. L'appui financier et technique des partenaires au développement reste très important, plus de 80% des dépenses totales.

La contribution de la société civile comme signalé dans les précédents rapports reste déterminante.

Si des progrès ont été enregistrés au cours de la période, des faiblesses demeurent et doivent être corrigées. En effet, au cours l'élaboration du PSN 2012-2012, les acteurs ont reconnu que la réponse nationale n'est pas suffisamment pertinente pour faire face à la situation et à l'émergence de nouvelles infections au sein des populations clé les plus exposés aux risques de transmission du VIH. La réponse ne prend pas suffisamment en considération de nouveaux groupes à risques que sont les femmes et les jeunes filles, très exposées aux violences sexuelles, ni les enfants victime d'exploitation sexuel.

L'accès aux traitements et la prise en charge des malades sous traitement a monopolisé l'attention politique, la mobilisation des ressources, la répartition des ressources humaines, etc. Une approche plus globale et équilibrée devra être trouvée pour assurer une allocation efficiente des ressources entre la prévention et la prise en charge.

ANNEXES

RAPPORT PROVISOIRE

RAPPORT PROVISOIRE