



República de Cabo Verde
Comité de Coordenação do Combate a Sida
Secretariado Executivo

.....



Rapport de Progrès sur la riposte au SIDA au Cabo Verde - 2014



C. Postal 855 – Praia – República de Cabo Verde
Telefone (238) 2600343 Fax: (238) 2618576
E-mail: Jose.M.Reis@govcv.gov.cv
Maria.M.Ferreira@govcv.gov.cv

ACRONYMES

APIS - Aids Prevention Survey Indicators (Enquête APIS)

ARV – Anti Rétroviral

CCS-SIDA – Comité de Coordination du Combat à SIDA

CCCD – Commission de Coordination du Combat contre la Drogue

CNDS – Centre National du Développement Sanitaire

IEC – Information, Éducation et Communication

IDSR – Enquête Démographique sur la Santé Reproductive

OCB – Organisations à Base Communautaire

ONG – Organisations Non Gouvernementales

PENLS - Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA

PLS – Programme National de Lutte contre le SIDA

PTME – Prévention de la Transmission Mère-Enfant

PVVIH – Personnes Vivant avec le VIH

RPVVIHCP - Réseau National de Personnes Séropositives du Cabo-Verde

SSR – Santé Sexuelle et de la Reproduction

SIDA - Syndrome Immunodéficitaire Acquis

SSE – Services de Surveillance Épidémiologique

TARV – Traitement Antirétroviral

TS – Travailleurs de Sexe

UD – Usagers de Drogues

UDI – Usagers de Drogues Injectables

VIH – Virus de l’Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	4
1. Présentation de Cabo Verde	7
2. Politique en matière de Santé et situation sanitaire	9
3. La situation actuelle de l'épidémie VIH.....	10
4. Riposte VIH au plan politique et programmatique.....	14
Implication du secteur public, privé et société civile.....	15
Réponse Nationale	17
Préventi - 2014 Country Progress Report on de Proximité.....	17
Prise en charge des IST.....	18
La Prévention de la Transmission de VIH Mère à la Enfant	19
La Sécurité Transfusionnelle.....	20
Traitement , soins et accompagnement du VIH	21
Aperçu des indicateurs.....	22
Estimations de la taille des populations clés en VIH.....	25
Principaux obstacles et des mesures correctives.....	32
Suivi et évaluation.....	34
Conclusion.....	35

INTRODUCTION

En Juin 2001, lors de la 20^{ième} Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), les gouvernements de 189 états membres ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH. Ce faisant, ces états, y compris les organisations de la société civile et du secteur privé, se sont engagés à créer une alliance mondiale pour atteindre parmi les OMD l'objectif 6 de « stopper et de commencer à inverser le cours de l'épidémie à VIH et de sida d'ici 2015 ».

En 2006, lors de la Réunion spéciale des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja et puis, de la session de haut niveau de l'AG/Nations Unies consacrée au sida tenue à New York, les dirigeants africains ont réaffirmé leur engagement à accélérer les interventions visant à réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien pour 2010, échéance prolongée jusqu'en 2015. L'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH (AU) est une initiative programmatique qui réaffirme et donne de la vigueur aux engagements UNGASS et de la Déclaration du Millénaire

Les progrès de la riposte au sida devaient être évalués tous les deux ans à travers des rapports biennaux des pays et le Secrétaire Général des Nations Unies devait publier un rapport de synthèse mondiale tous les deux ans à partir des rapports biennaux des pays. L'ONUSIDA a été déléguée par le Secrétaire Général des Nations Unies de regrouper les rapports des différents pays (permettant d'apprécier les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement, et d'évaluer l'efficacité de la riposte nationale) et de les compiler dans un Rapport Global tous les deux ans.

Aussi, pour réaliser cet objectif de Reportage, l'ONUSIDA et ses partenaires du Programme commun et autres partenaires ont élaboré une série d'indicateurs avec de claires définitions ainsi que des mécanismes de collecte harmonisés.

Dans ce processus le Cabo Verde a produit des rapports pour les années, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011 et pour l'année 2012 le rapport en ligne, et ce rapport porte sur l'année 2013 qui s'intitule « Rapport d'activité sur le VIH-SIDA » a été élaboré selon un processus participatif et inclusif coordonné par le Secrétariat Exécutif du Comité de Coordination du Combat au SIDA (CCS-SIDA).

Lors de la 65 Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida tenue à New York en Juin 2011, une nouvelle déclaration politique dénommée « INTENSIFIER NOS EFFORPS POUR ELIMINER LE VIH/SIDA » a été élaborée (RESOLUTION 65/277) avec les 10 objectifs suivants :

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

2. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables
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
4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH
5. D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
6. Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars des États-Unis) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire
7. Éliminer les inégalités entre les sexes
8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination
9. Éliminer les restrictions en matière de déplacement
10. Renforcer l'intégration de la riposte au VIH

Pour atteindre les objectifs fixés quelques indicateurs ont été sélectionnés pour documenter les résultats relatifs à ces objectifs qui vont en étroite ligne des objectifs spécifiques de la vision ZERO de l'ONUSIDA d'ici 2015 « Zéro nouvelle infection, Zéro décès lié au sida, Zéro discrimination.

Ce rapport d'activité présente le progrès atteint pour le Cabo Verde dans le cadre de la riposte au VIH/SIDA dans le monde selon les orientations et directives de l'élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration Politique sur le VIH/SIDA de 2011 et le Guide sur les indicateurs pour le suivi et le bilan de la riposte du secteur de la Santé au VIH/SIDA. Ce travail est le fruit d'une collaboration multisectorielle impliquant à la fois des acteurs des secteurs public, privé et communautaire.

Ce document servira d'outil de sensibilisation, de Plaidoyer, d'information, d'orientations sur les décisions programmatiques, sur les efforts de mobilisation des ressources, de suivi et d'évaluation.

Ce rapport présente le progrès des indicateurs et des informations significatives de la réponse du Cabo Verde au VIH/SIDA dans la période de 1 de janvier de 2013 à 31 de décembre de 2013.

L'élaboration de ce rapport a basé sur une cadre de consultation, de dialogue et récolte de données auprès des agents d'exécution de la politique national de prévention, traitement et prise en charge des PVVIH au Cabo Verde.

Dans le but de faire la collecte des données pour le calcul des indicateurs et connaître leur point de vue sur le degré de mise en œuvre des politiques et stratégies de lutte contre le VIH au Cabo Verde, un nombre d'entretiens ont été réalisé auprès des partenaires institutionnels clés, notamment:

- Ministère de la Santé dans tous les départements et services,
- Ministère de l'Éducation,
- Ministère de Finances département du budget
- L'Institut National de Statistique ;
- Le Comité de Coordination du Combat à SIDA, CCS/SIDA;
- La Commission de Coordination du Combat contre la Drogue, CCCD;
- L'ICIEG- Institut Capverdien de l'Égalité e d'Équité de Genre :
- La CNDHC- la Commission Nationale des Droits Humains et la Citoyenneté
- Le RNPVVIH- Réseau National de Personnes vivant avec le VIH
- Les entités privés qui développent les actions de la prévention du VIH-SIDA;

Les ONG qui s'occupent de la prise en charge des PVVIH et autres groupes prioritaires, visant non seulement la collecte des données pour le calcul des indicateurs mais aussi leur point de vue sur le degré de mise en œuvre des politiques et stratégies de lutte contre le VIH au Cabo Verde, comme OMCV, VERDEFAM, Croix Rouge, MORABI, Plateforme des ONG de Cabo Verde.

1. PRESENTATION DE CABO VERDE

Le Cabo Verde est un archipel de dix îles, dont une n'est pas habitée, et huit îlots, situé dans la cote occidentale africaine. Avec une superficie totale de 4033 Km², 22 municipalités et dispose d'une population de 505.983 habitants résidents.

Tableau 1 : Population de Cabo Verde par tranche d'âge et genre, 2013

Tranche d'âge	Total		Masculin		Feminin	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0 an	10.222	2,0	5.228	2,1	4.994	2,0
1 – 4 ans	40.291	8,0	20.213	8,0	20.079	7,9
5 – 9 ans	52.146	10,3	26.008	10,3	26.136	10,3
10 – 14 ans	53.040	10,5	26.731	10,6	26.309	10,3
15 – 19 ans	55.657	11,0	27.983	11,1	27.674	10,9
20 – 24 ans	54.994	10,9	28.179	11,2	26.812	10,5
25 – 49 ans	169.046	33,4	87.692	34,9	81.355	32,0
50 – 64 ans	41.108	8,1	17.938	7,1	23.170	9,1
65 ans et +	29.482	5,8	11.411	4,5	18.071	7,1
Total	505.983	100,0	251.384	100,0	254.599	100,0

Source: INE, Projections 2010-2030

Le tableau 1 démontre que 49,5 % de la population est du sexe masculin et 50,5 % du sexe féminin. Selon le Censo de 2010, environ 62 % de la population vit dans les zones urbaines, comparativement à environ 38 % dans les zones rurales.

En ce qui concerne la situation économique du pays, les données révèlent une situation de ralentissement économique d'ici l'an 2014. Cette situation s'aggrave dans le monde entier et en particulier dans la zone euro avec l'entraînement de la crise économique et financière. Cap-Vert n'échappe pas à cette situation de crise, car il dépend des investisseurs étrangers essentiellement de la zone euro.

À l'égard de la performance du principal partenaire économique du pays - la zone euro, les informations disponibles indiquent une aggravation de la récession économique au mois de mars, et une augmentation du taux de chômage. La conjoncture économique et financière défavorable de la zone euro conditionne le financement de l'économie Cap-Verdienne, en réduisant l'exportation de marchandises, de transferts des émigrés, d'aide budgétaire et surtout d'investissement direct étranger.

Cette performance moins favorable de l'économie nationale a été déterminée par la forte baisse de la demande intérieure en raison de la baisse de la consommation et des investissements privés.

Du côté de l'offre, (selon les données de l'Institut National de la Statistique, ainsi que les indicateurs quantitatifs suivies par la Banque Mondiale) les secteurs du tourisme, de la construction et de l'agriculture ont été plus dynamiques en 2012.

L'augmentation de la demande touristique, en dépit de la récession, et les projets publics peuvent expliquer la performance plus favorable des deux premiers secteurs. Toutefois, la meilleure performance de ces secteurs n'a pas suffi à compenser les résultats peu favorables du commerce, de l'industrie manufacturière ainsi que de la pêche.

Cette faible croissance n'a pas été suffisante pour générer des emplois nécessaires pour absorber le volume de la main-d'œuvre active. Le pays a enregistré ces derniers mois une augmentation du taux de chômage, touchant principalement la deuxième ville la plus peuplée du pays - la ville de Mindelo.

Selon l'INE¹, le taux de chômage a augmenté de 4,6 points de pourcentage à 16,8 pour cent de la main-d'œuvre active. Cette situation de chômage élevé affecte surtout les jeunes, dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans, passant de 27,1 à 32,1 pour cent².

Le rapport *Economist Intelligent Unit* place le pays parmi les pays africains plus stable en 2013 et 2014, attirant l'attention sur les pressions économiques et sociales qui commencent à se faire sentir au Cap-Vert. Les données du rapport confirment une chute de 11,4% en 2012 à 7,9% en 2014. Ce document confirme un ralentissement de l'économie de 3% en 2013.

Le pays est classé selon l'indice de développement humain 0,586 un peu bas sur la moyenne des pays à revenu moyen. (0,640)

¹ Institut National de Statistique, 2013

² Rapport de la Politique Monétaire – Banque du Cap-Vert, mai 2013

2. POLITIQUE EN MATIERE DE SANTE ET SITUATION SANITAIRE

L'Etat a défini une Politique Nationale de Santé (PNS), document qui synthétise la vision commune des capverdiens en ce que concerne la configuration du secteur santé à l'horizon de 2020. Dans ce contexte, le pays est en cours de la mise en œuvre de son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012–2016, suite d'exécution des autres plans quinquennaux.

Le système public de santé du pays est composé par des suivantes structures :

- 17 délégations de santé
- 2 hôpitaux centraux
- 4 hôpitaux régionaux
- 30 centres de santé
- 5 centres de santé de la reproduction
- 1 centre de santé mentale
- 1 centre de thérapie occupationnelle
- 35 postes sanitaires
- 115 unités sanitaires de base

Outre, les structures publiques, le pays compte avec des structures privés a savoir 70 cabinets médicales, 48 cabinets dentaires, 17 laboratoires, 7 centres de physiothérapie et 5 postes d'infirmierie.

3. La situation actuelle de l'épidémie VIH

Le Cabo Verde a une épidémie du VIH de profil concentré, avec une prévalence de 0,8% dans la population générale¹ et des prévalences en populations clé de 7,9% chez les travailleuses de sexe²; 3,9% chez les usagers des drogues³ et 15% chez les hommes ayant des rapports sexuelles avec des hommes⁴.

Dès le diagnostic du premier cas de SIDA en 1986, le Cabo Verde a obtenu d'importants progrès dans le combat, prévention et traitement du VIH/SIDA, qui a gagné grand progrès avec l'introduction des antirétroviraux en décembre 2004.

Selon les rapports du SVE en 2012, 351 nouveaux cas de VIH ont été notifiés, dont 54% du sexe féminin et 46% du sexe masculin, accumulant un total de 4049 cas.

Tableau 2 : nouveaux cas VIH diagnostiqués en 2012 par formations sanitaires

Formations Sanitaires	sexe			Total
	Masculin	Féminin	Indéterminé	
Ribeira Grande	1	1	0	2
Paúl	0	1	0	1
Porto Novo	0	0	0	0
S. Vicente	16	14	0	30
S. Nicolau	1	0	0	1
Sal	6	4	0	10
Boavista	8	13	0	21
Maio	2	0	1	3
Praia	76	96	2	174
S. Domingos	1	2	0	3
Santa Cruz	7	5	0	12
Santa Catarina	27	27	0	54
S. Miguel	4	2	0	6
Tarrafal	1	7	0	8
S. Filipe	10	10	0	20
Mosteiros	1	1	0	2
Brava	0	4	0	4
Total	161	187	3	351

Source : rapport statistique du Ministère de la Santé, 2012

Le tableau 2 démontre que la municipalité dont on a plus des cas est celle de Praia, suivi de Santa Catarina (île de Santiago) et de São Vicente.

De ces 351 cas de VIH notifiés, 134 sont par VIH1, 35 par VIH2, 10 para VIH1 e 2 et 172 sont indéterminés.

L'analyse des données épidémiologiques dans le pays indique que l'épidémie de VIH au Cabo Verde se concentre sur le type 1, avec une séroprévalence de 0,8% (IDSR II, 2005).

¹ IDSR, 2005

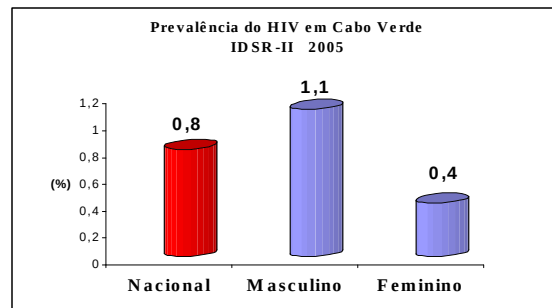
² Etude socio-comportementale et de séroprévalence VIH en travailleurs de sexe, CCS-SIDA, 2013

³ Etude socio-comportementale et de séroprévalence VIH en Usagers de drogues, CCS-SIDA, 2013

⁴ Etude socio-comportementale et de séroprévalence VIH en hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, CCS-SIDA, 2013

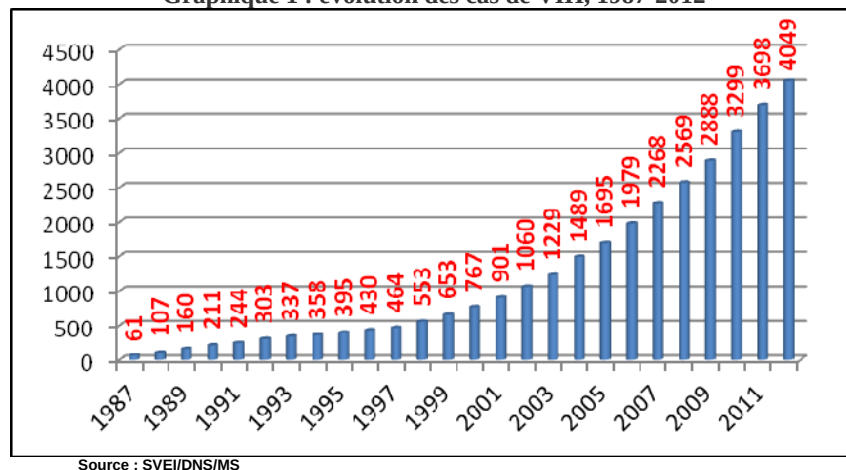
Les seules données disponibles pour la population générale, en ce moment sont ceux de la deuxième Enquête démographique sur la Santé Reproductif (IDSR II), par le biais d'un échantillon représentatif de la population du pays, de 15 à 49 ans pour les femmes et de 15 à 59 ans pour les hommes, a indiqué une prévalence de l'infection à VIH de 0,8% dans la population générale.

Toutefois, cet indicateur montre une grande variation entre les sexes et montre que l'infection touche davantage les hommes que chez les femmes, 1,1% et 0,4% respectivement, malgré les données de notification qui prouvent le contraire.



De 1987 à 2012, le total de cas cumulatifs d'infection VIH et SIDA monte à 4.049 personnes infectées avec le VIH. De ce total, 1.340 ont développé la maladie du SIDA et 866 ont décédés.

Graphique 1 : évolution des cas de VIH, 1987-2012



Selon le rapport statistique du Ministère de la Santé, le taux de détection des cas a augmenté passant de 2003 à 2012, de 37,5 à 69,4 par 100000 habitants.

Tableau 3: Taux de détection et la mortalité, 2003 à 2012

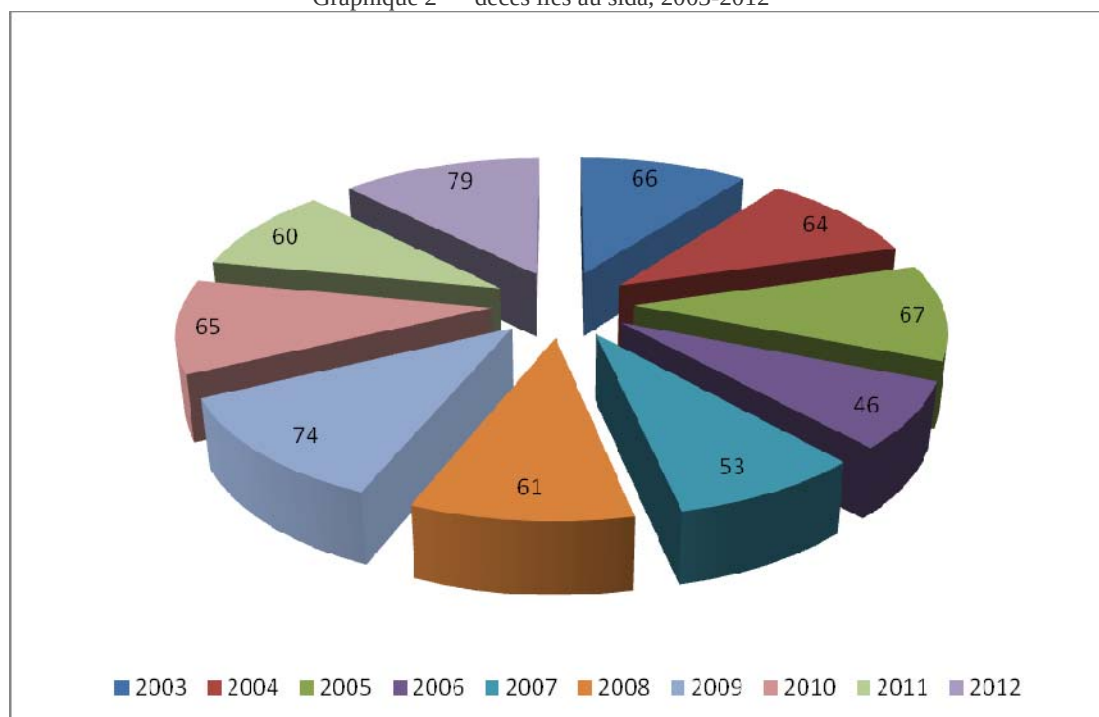
An	Population	Nouveaux cas	Taux de détection (par 100.000)	Décès *	Taux de mortalité (par 100.000)
2003	451.146	169	37,5	66	12,1
2004	456.725	260	56,9	64	14,4
2005	462.374	223	48,2	67	14,0
2006	468.093	299	63,9	46	14,5
2007	473.882	319	67,3	53	9,8
2008	479.743	276	57,5	61	11,2
2009	485.677	319	65,7	74	12,7
2010	491.683	411	83,6	65	15,2
2011	499.929	399	79,8	60	12,0
2012	505.983	351	69,4	79	15,6

Source : SVEI/DNS/MS

*les nombres présentés de décès par Sida peuvent ne pas traduire la vraie situation de décès en résultat direct avec la maladie. Dan ces nombres peuvent y compris les personnes vivant avec le VIH et qui ont décède des maladies associées et qui ont été déclarés comme étant par sida.

Le tableau-3 donne une aperçue de l'évolution de le taux de détection VIH et la mortalité par 100.000 habitants dans la période 2003-2012. En ce qui concerne l'évolution de la mortalité du VIH/SIDA, le Rapport Statistique du Ministère de la Santé 2012 montre que depuis l'introduction des ARV en décembre 2004, le taux pour 100.000 habitants a varié entre une valeur minimale de 9,8% en 2007, et une valeur maximale de 15,6 en 2012.

Graphique 2 – décès liés au sida, 2003-2012



En ce qui concerne le nombre absolu de décès lié au sida, la moyenne annuelle de 2005 à 2012 est de 60, avec un minimum de 46 décès en 2006 et un maximum de 79 en 2012.

4. RIPOSTE VIH AU PLAN POLITIQUE ET PROGRAMMATIQUE

Au Cabo Verde, l'engagement pour la riposte au SIDA est caractérisé dès le premier cas en 1986, avec une coordination nationale assurée par le Ministère de la Santé et que depuis 2001 a été élevée au niveau de la Primature. Cette décision est née des engagements pris après la Session Extraordinaire de l'UNGASS de juin 2001 visant à renforcer le leadership politique et à rendre plus effective l'appropriation de la lutte contre le Sida par les Ministères publics parties prenantes de la réponse, les Municipalités mais également le secteur privé, la société civile qui sont des acteurs pour la mise en œuvre du programme National multisectoriel de lutte contre le sida.

Les structures de coordination du programme VIH sont les suivantes :

- ✓ Le CCS-SIDA, Comité de Coordination de Lutte contre le sida, composée de 23 membres de gouvernements, entités publiques, privé et de la société civile, sous la Présidence du Premier Ministre, et Vice-présidence du Ministre de la Jeunesse, Travail et Ressources Humaines.
- ✓ Le CCS-SIDA a créé le Secrétariat Exécutif du CCS-SIDA, composé par 3 unités de services dont une unité de suivi et évaluation, une unité de finances et comptabilité et une unité de passation de marché.
- ✓ Les CMLS- comités municipaux de lutte contre le SIDA dirigés par les élus locaux

De point de plan programmatique le Cabo Verde a mis en place un Plan Stratégique National de la Lutte contre le Sida (PENLS) comprenant les volets de surveillance épidémiologique, de traitement antirétroviral et suivi des malades et le volet prévention et conseil dépistage VIH. Des plans d'actions couvrant les périodes furent élaborés. En 2001, la création du CCS/SIDA a permis de rendre l'approche multisectorielle effective avec la jonction entre le secteur public, le secteur privé et la société civile, impliquant les ministères, les organisations communautaires de base (OCB) et Organisations Non Gouvernementales (ONG).

Trois Plans Stratégiques Nationaux de VIH ont été élaborés (2002-2005, 2006-2010, 2011-2015). Le dernier plan est en cours de l'évaluation a mis parcour il prend en compte tous les aspects relatifs à la prévention, aux soins, au soutien/accompagnement, à la création de un environnement favorable et aussi les aspects de prise en charge des quelques populations clés au VIH et les aspects de suivi évaluation et de coordination.

Ce plan en cours a comme principe directeur :

- Le Renforcement de l'engagement politique au plus haut niveau dans les prises de décision et son application effective ;
- La lutte contre le VIH-SIDA est une question multidimensionnelle qui exige une approche multisectorielle ;
- La décentralisation à tous les niveaux (municipale, locale et communautaire) est fondamental pour atteindre les résultats préconisés;

- L'implication du secteur entrepreneur est important dans le domaine de la prévention et le combat contre la stigmatisation/discrimination ;
- L'engagement des PVVIH-SIDA pour une plus forte prise de conscience de la société ;
- La prise en charge des groupes prioritaires ;
- La prise en charge spécifique aux PVVIH-SIDA, visant les assurés une meilleure qualité de vie;
- Tenir en compte la forte capacité de mobilisation et éducation des leaders religieux, communautaires, syndicaux et autres.

La lutte contre le VIH-SIDA au Cabo Verde a comme axes prioritaires:

- Gestion de l'information stratégique, suivi et évaluation;
- Prévention de l'infection et accès au diagnostic précoce;
- Traitement et prise en charge;
- Promotion de l'environnement éthique et juridique favorable;
- Implication et articulation multisectorielle ;
- Capacitation et mobilisation des ressources.

Depuis avril 2010, le Cabo Verde dispose du financement de plus de 12 millions d'USD pour la composante SIDA dans le cadre du Fonds Global, la tuberculose et la malaria, plus la contribution du bureau des Nations Unies, du Ministère des Affaires Etrangères de la Coopération Luxembourgeoise, Brésil et du Gouvernement.

Implication du secteur public, privé et société civile

Le secteur de la santé - Ministère de la Santé - est considéré comme un des plus importants dans la lutte contre le VIH-SIDA au Cabo Verde. Il dirige les activités de diagnostic, traitement, assistance médicale et psychologique des PVVIH.

Le Ministère gère le Programme de lutte contre le sida, dirigée par un coordonnateur. Pour l'accès au traitement, il existe deux structures régionales de traitement multidisciplinaire et de suivi des PVVIH. Dans chaque structure une équipe de travail est responsable pour le PTME, TARV, laboratoire de dépistage, soutien psychosocial, traitement et suivi des patients.

Il y a un point focal pour la PTME intégré dans les services de santé de la reproduction qui assure la surveillance, le suivi et l'orientation des femmes enceintes jusqu' à la césarienne. Le suivi et l'orientation des adultes et des enfants est assuré par d'autres points focaux.

Le Ministère de la Santé assure l'accès gratuit et universel aux services de conseil et de dépistage volontaire, le traitement des infections opportunistes et ARV, ainsi que le diagnostic et le traitement des IST.

Dans tous les autres ministères et instituts publics, des unités ont été créées ou un point focal a été désigné pour les activités de prévention et de promotion du préservatif.

Le pays a développé des mesures de soutien aux populations vulnérables et des groupes à risque à l'échelon municipal, qui garantissent l'appui dans les domaines de logement social, substitut du lait maternel, aide alimentaire, soutien scolaire, activités génératrices de revenus, entre autres.

L'implication des PVVIH et des acteurs de la société civile, les ONG et associations communautaires a mené les appuis aux bénéficiaires de manière décentralisée et participative. Pratiquement toutes les organisations de la société civile, nationales ou locales, ont investi dans la mobilisation sociale, IEC, sensibilisation et soutien psychosocial. De soulever les actions menées par l'Association de solidarité Abraço, de São Vicente et l'Association Esperança de Santa Cruz.

La participation du secteur privé se maintient faible. Certaines entreprises nationales développent des activités d'IEC pour les travailleurs et les utilisateurs et soutiennent des activités de prévention et de la transmission verticale. Il faut soulever la participation de la TACV dans le transport des produits biologiques, le Shell dans le transport des préservatifs, le Cabo Verde Telecom dans le soutien avec du lait adapté aux enfants exposés au VIH.

Réponse Nationale

Prévention de Proximité

De point de vu programmatique la prévention primaire du VIH continue, dans le cadre du Ministère de l'Education, la formation des paires éducateurs et la multiplication des activités fondées en domaines de compétences sociales ont été privilégiés.

Les activités de proximité en IST-VIH sont dirigées aux enfants et jeunes dans les écoles formels comme informels. Comme résultats en 2013, 7349 jeunes des écoles secondaires et des communautés ont été atteints par des activités de proximité en IST et VIH et 555 paires éducateurs ont été formés en compétences sociales.

Les activités d'IEC, la sensibilisation et la promotion et la distribution des préservatifs ont été développées dans tous les îles promus par les centres de jeunesse, le CNDS, de divers ministères, des entreprises publiques et privées, ainsi que les organisations de la société civile, les ONG et associations, tant au niveau central et de la communauté.

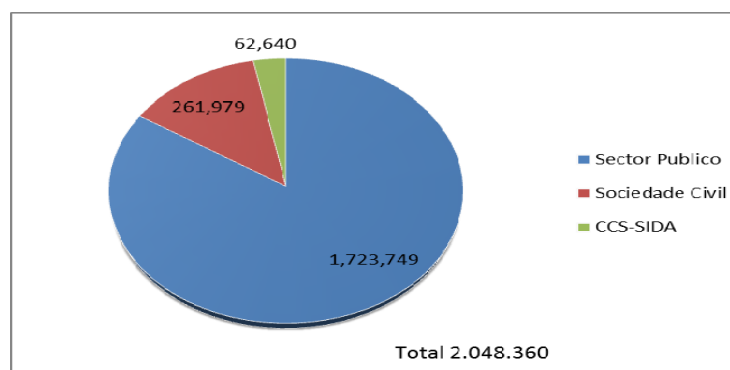
L'ICCA, Institut capverdien d'enfant e d'adolescent a encadré 181 enfants de la rue en 6 centres d'accueil dans les municipalités les plus pauvres du pays.

Les média, les écoles et les 22 municipalités ont participé dans des campagnes régulières de prévention du VIH-SIDA.

Parallèlement les ONG ont travaillé avec des populations spécifiques notamment les femmes, les migrants, les PVVIH et d'autres groups comme les travailleurs de sexe, les usagers des drogues. Selon le rapport de la Plateforme des ONG, en 2013, 5604 personnes ont été atteints par des activités de proximité en domaine d'IST-VIH dans 421 sessions communautaires ; 267 usagers de drogues et travailleuses de sexe ont été touchés par des activités de proximité, et 239 paires éducateurs ont été formés dans l'approche d'intervention en prévention de VIH.

Le Ministère de la Santé est le pivot dans les domaines de traitement antirétroviral et des infections opportunistes, conseille et dépistage, sécurité transfusionnelle, distribution des préservatifs.

Graphique 3 : distribution des préservatifs par secteur, en 2013



Source: données rapports des institutions, 2013

En matière de la distribution des préservatifs, selon les données des rapports de différentes institutions, en 2013, 2.048. 360 préservatifs ont été distribués par des structures de santé et autres partenaires de la société civile et publique.

Le Cabo Verde a comme moyen de distribution de 2.000.000 de préservatifs annuel.

Prise en charge des IST

Le contrôle des IST retenu comme une des stratégies majeures de lutte contre l'épidémie à VIH s'est renforcé au cours de cette période par des actions de renforcement des compétences des prestataires de soins, de promotion de l'approche syndromique au niveau de tous les points de prestation de services, de dépistage actif des IST.

Tableau 4 cas de IST diagnostiqués et traités en 2013

Tranche d'âge	Écoulements		ulcérations génitales		végétations		syphilis		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
0 – 1 1 Mois	0	4	0	0	0	0	0	2	6
1 – 4 Ans	8	30	0	0	2	2	0	0	40
5 – 14 Ans	13	96	3	3	0	0	0	0	115
15 – 24 Ans	188	2258	16	42	8	57	8	29	2606
>25 Ans	365	3002	35	35	10	35	11	34	3527
Age méconnue	7	49	0	0	0	0	1	4	61
Total Partial	581	5439	54	80	20	94	20	69	6357
Total	6020		134		114		89		6357

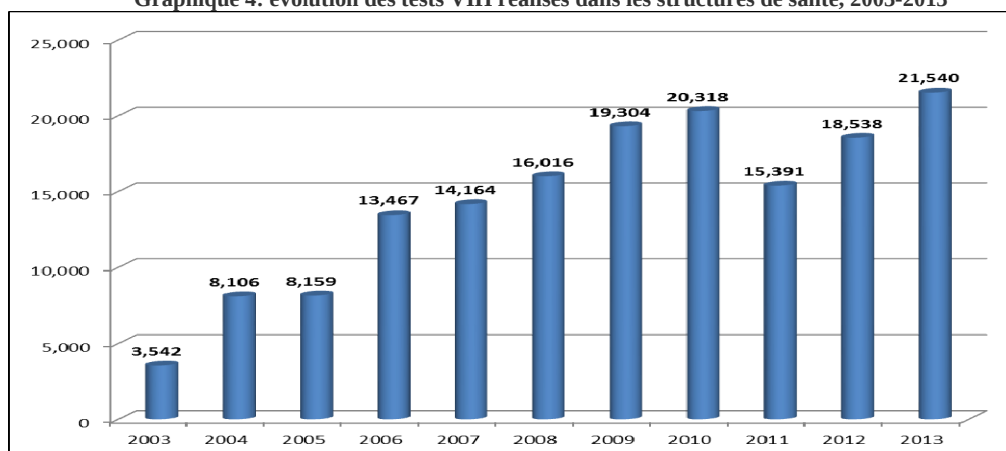
Source: Rapport de PLS, 2013

Pour la prise en charges des IST, le rapport du PLS indique que dans l'année 2013 ont été diagnostiqués et traités selon les normes, 6357 cas de IST, dont 6020 cas de écoulements ; 134 cas de ulcérations génitales ; 114 végétations vénères et 89 cas de syphilis.

Conseille et dépistage de VIH

Pour le dépistage volontaire du VIH , en 2013 , 11.462 personnes ont été dépistés VIH et on reçus leurs résultats dont 9553 personnes dans les structures de santé et 1909 dans les postes mobiles de l'ONG Verdefam .

Graphique 4: évolution des tests VIH réalisés dans les structures de santé, 2003-2013



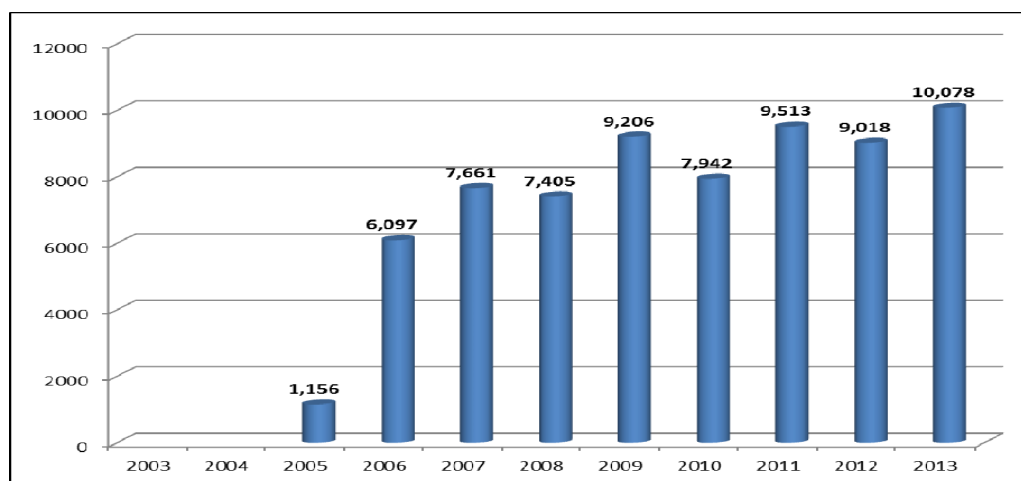
Selon le tableau 7, l'offre de tests VIH est généralisée dans l'ensemble des 30 centres de santé du pays au décours de dix ans.

En outre, pour le dépistage au sein des groupes clés en VIH, 879 travailleurs de sexe ont fait le test de VIH et ont reçu leurs résultats dans la stratégie fixe et mobile de l'ONG Verdefam.

La Prévention de la Transmission de VIH Mère à l'Enfant

La prévention de la transmission verticale a commencé en 2005 avec la formation du personnel, la création de services de PTV au niveau de la préparation du protocole de traitement. En termes de conseils et de l'accès de dépistage du VIH par les femmes enceintes, le nombre a augmenté de 2005 au 2013 avec une couverture plus de 97% de femmes enceintes qui fait un test de VIH et reçoit leurs résultats.

Graphique 5 : évolution de nombre de femmes enceintes qui fait le test VIH , 2005-2013

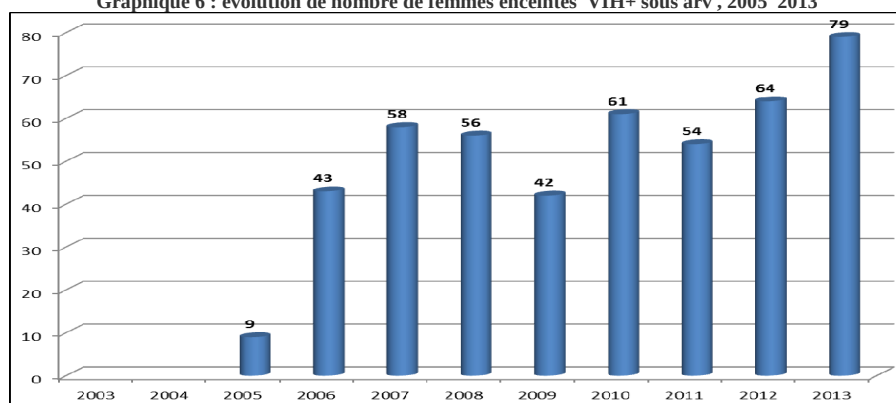


Source : unité de suivi du CCS-SIDA basé sur les rapports du PLS

Il faut dire qu'en 2013, il est attendu avoir 10398 femmes enceintes dans les services prénatals.

La couverture des femmes enceintes avec la thérapie antirétrovirale pour réduire le risque de transmission mère à l'enfant est de 100% pour toutes les femmes qui arrivent à la consultation prénatale.

Graphique 6 : évolution de nombre de femmes enceintes VIH+ sous arv , 2005 2013



Source : unité de suivi du CCS-SIDA basé sur les rapports du PLS

Les femmes enceintes séropositives sont suivies jusqu'à l'accouchement, selon le protocole existant. Les enfants nés de mères séropositives sont suivies, au moins jusqu'à 18 mois en attendant la définition de leur statut et la décision d'effectuer un suivi à établir. Les nouveaux nés sont appuysés avec le lait adapté.

La Sécurité Transfusionnelle

Au niveau de la sécurité transfusionnelle, 100% du sang collecté pour la transfusion sont testés pour le VIH, l'hépatite B et C et la syphilis.

Tableau 5 : don de sang , 2012

Structures /type de don	HAN	HBS	HRS Nord	R Grande	Sal	S. Filipe	Total National
Don volontaire	910 (68.2%)	983 (100%)	358 (91%)	331 (100%)	189 (100%)	72	2843 (85.8%)
Don familial	425 (31.8%)	0 (-)	36 (9%)	0 (-)	0 (-)	9	470 (14.2%)
Total	1335	983	394	331	189	81	3313

Source : rapport du PNST, 2012

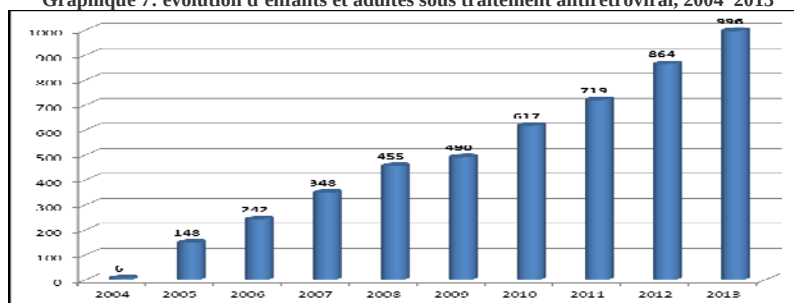
En 2012, le rapport du PNST¹ indique que 3313 don de sang ont été effectués dans les cinq structures du pays. De l'ensemble de don de sang, 85,8% représente le don volontaire et 14,2% le don familial

Traitement, soins et accompagnement du VIH

De janvier 2004 au décembre 2013, selon les données disponibles, dans les structures régionales de traitement confirment existant 1812 (758 hommes, 1054 femmes) patients vivant avec le VIH inscrits et évalués. Le graphique 4 confirme 996 sous antiretroviral dont 933 adultes et 63.

¹ Programme National de Sécurité Transfusionnelle

Graphique 7: évolution d'enfants et adultes sous traitement antirétroviral, 2004-2013



Source : (Rapport du PLS, Ministère de la Santé, 2013).

De ces 996 patients 429 sont du sexe masculins et 567 sont de sexe féminin. Selon les données disponibles (centres pour le traitement), 96,6% des patients sous traitement ARV restent dans le traitement de 12 mois après le début du traitement, ce qui peut être considéré comme satisfaisant, mais qui devrait être amélioré.

Le taux de mortalité de patients traités a diminué d'année en année, passant de 7% en 2009 à 4.1% en 2011.

Le soutien psychosocial a été un élément important du programme national de lutte contre le VIH-SIDA et a contribué à atténuer l'impact de l'épidémie parmi ceux considérés comme les plus vulnérables. En effet l'appui nutritionnel a bénéficié un total de 327 personnes vivant avec le VIH au cours de l'année, distribués dans un total de 20 municipalités, dans un effectif de 22. La plupart des bénéficiaires sont des adultes (92%), contre 8% des enfants.

Dans ce contexte, des centaines de personnes à travers le pays ont bénéficié de soutien en fonction de leurs besoins. Cependant, la réponse dans ce domaine est encore insuffisante et doit être renforcé pour améliorer l'accès des soins de longue durée pour les infectés et affectés, conformément aux critères réglementaires.

Selon le rapport de la plateforme des ONG, 528 OEV ont bénéficié du soutien scolaire, couvrant presque toutes les municipalités du pays. L'appui couvre essentiellement les orphelins (305), et les enfants en situation de vulnérabilité (223). A part le soutien scolaire, 83 jeunes ont été bénéficiés avec la formation professionnelle de longue durée.

Aperçu des indicateurs

Indicateur 1.1: Connaissances sur la prévention du VIH chez les jeunes

L'abstention, la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection à VIH.

Les résultats de l'APIS 2012, montrent que dans l'ensemble, 89,47% des hommes et des femmes de 15-24 ans ont une connaissance « approfondie » du VIH/sida (90,8% chez les femmes et 88,85% chez les hommes). En d'autres termes, ces jeunes savent qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle qui n'est pas infecté. De plus, ils rejettent les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida (transmission par les

moustiques et en partageant les repas d'une personne qui a le VIH/sida) et ils savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida.

Indicateur 1.2 : Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

L'âge aux premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans revêt une grande importance en matière de prévention du VIH. 15,02% des jeunes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (chez les jeunes hommes, 18,58%; chez les femmes 11,47%).

Indicateurs 1.3 : Rapports sexuels à haut risque

La proportion de personnes qui ont des rapports sexuels avec plus d'un partenaire homme ou femme est de 19,7%. Selon l'APIS 2012, 19,7 % des personnes âgées de 15 à 49 ans ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (34,4% chez les hommes et 5% chez les femmes). Les hommes sont de loin les plus concernés par le multi partenariat.

Indicateurs 1.4 : Utilisation du préservatif au cours de rapports sexuels à haut risque

65,5% de personnes ont déclarés dans l'APIS, avoir des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et ont utilisé un préservatif avec leur partenaire lors du dernier rapport sexuel dont, 73,2% chez les hommes et 56,9% chez les femmes.

Indicateur 1.5 : Dépistage du VIH parmi la population générale

Selon les résultats de l'APIS ,2012 37,7% de la population enquêtée avait effectué le test de dépistage du VIH et avait reçu les résultats au cours des 12 derniers mois (27,9% pour les hommes contre 47,3% pour les femmes).

Indicateur 1.6 : Prévalence du VIH chez les jeunes

Selon les registres des services de prénatales, la prévalence chez les jeunes femmes enceintes âgées de 15-24 ans est de moins de 1% dans toutes les tranches d'âges 15-19 ans et 20-24 ans.

Indicateur 1.7: Populations les plus à risque: Programmes de prévention chez les travailleuses de Sexe,

Deux questions ont été administrées pour évaluer cette indicateur dans l'étude socio-comportemental et de séroprévalence VIH : (i) connaissance d'un lieu de dépistage (77.1% affirmatives – 51,6 % des moins de 25 ans et 48,4% des plus de 25 ans) et (ii) réception de préservatifs au cours des douze derniers mois (78% affirmatives – 51,1% des moins de 25 ans et 47,9% des plus de 25 ans). Ainsi, aux deux questions posées, 59% des TS ont répondu oui (51% des moins de 25 ans et 49% des plus de 25 ans).

Indicateurs 1.8 : Utilisation du préservatif chez les Professionnelles du sexe

Lors de l'étude socio-comportemental et de séroprévalence VIH, questions suivantes ont été posées : Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel avec votre dernier client? 73,0% des Travailleuses du sexe, ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client (73,3% pour les moins de 25 ans et 66,4% pour les plus de 25 ans).

Indicateur 1.9 : Dépistage du VIH parmi les professionnelles du sexe

Selon l'étude, 30,9% des travailleurs du sexe, ont effectué le test de dépistage du VIH et ont reçu les résultats au cours des 12 derniers mois (24,4% pour les moins de 25 ans et 34,3% pour les plus de 25 ans), (étude, 2013).

Indicateurs 1.10 : Réduction de la prévalence du VIH chez les populations les plus à risque

Au sein des travailleuses de sexe, sur les 581 TS qui ont participé à l'enquête comportementale et de séroprévalence VIH, et les résultats montrent une prévalence globale de 7,7% contre 5,3% de 2011. Les résultats de l'enquête ont également révélé une augmentation de la prévalence du VIH chez les TS. La prévalence chez les TS de moins de 25 ans est de 3,9% contre 10,8% chez les plus de 25 ans.

Indicateur 1.11 : MSM dans les programmes de prévention

le première enquête (2013) chez les MSM touchés par les programmes de prévention a montré que 93,6% d'entre eux sont touchés par les programmes de prévention (96,9% chez les âgés de moins de 25 ans contre 90,6 % chez les jeunes de plus de 25 ans).

Indicateurs 1.12 : Utilisation du préservatif chez les MSM

L'étude en MSM, 2013, indique que 63,9% des MSM participant à l'étude ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. L'utilisation du préservatif chez les MSM de plus de 25 ans est 20% moins que les MSM de moins de 25 ans.

Indicateur 1.13 : Dépistage des MSM

Selon les résultats de l'étude (2013) chez les MSM, 32,2% des MSM participant à l'étude ont déjà effectué un dépistage et en connaissent le résultat (38% chez les MSM qui ont plus de 25 ans et 25,5% pour les moins de 25 ans).

Indicateur 1.14 : Prévalence du VIH chez les MSM

Chez les MSM, la prévalence du VIH est de 15,0%. dont 22,2% dans les MSM de plus de 25 ans contre 6,6% dans ceux qu'ont moins de 25 ans.

Indicateur 2.1: Dépistage chez les usagers de drogue injectable L'enquêtes menés en 2007, 2011 et 2013, révèlent que presque ils n'existent pas des usagers des drogues injectables. Toutefois dans la recherche active, parmi les usagers des drogues, moins de 15 ont déclarés que avaient déjà utilisés drogue injectables. Pourtant au niveau du pays on considère les usagers des drogues en général comme une des populations à risque.

Indicateur 2.1: Pourcentage de consommateurs de drogues atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH

L'étude menée en 2013, démontre que 62% des Usagers de drogues sont sur les programmes de prévention

Indicateur 2.3 Pourcentage de consommateurs de drogues qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Les deux études donnent des évidences que de 2011 au 2013, 13,7% et 17,9 % respectivement ont déclarés fait un test de VIH et reçu les résultats ce que démontre une faible réponse par cette population.

Indicateur 2.4 Pourcentage de consommateurs de drogues qui vivent avec le VIH

La prévalence VIH dans les UD est de 3,9% en 2013 contre 3,6% de 2011.

Objectif 1. D'ici à 2015, réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle	APIS 2009			APIS 2012		
	tous	Hommes	femmes	tous	Hommes	femmes
Population générale						

1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH*	44.75%	42,2%	47.30%	89.47%	88.85%	90.08%
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	18.80%	26.2%	12.60%	15.03%	18.58%	11.47%
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	47.90%	54.30%	41.53%	19.65%	34.35%	5.01%
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*	65.35%	73.70%	57%	59.89%	73.18%	51.08%
1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	25.5%	18.60%	32.40%	37.69%	27.86%	47.29%
1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	1%	—	1%	1%	—	1%

Les indicateurs dans la population générale

ESTIMATIONS DE LA TAILLE DES POPULATIONS CLES EN VIH

En 2013, trois études sur les populations clés au VIH ont été menées dans le pays à savoir:

- Etude socio comportemental et de séroprévalence VIH aux travailleurs de sexe
- Etude socio comportemental et de séroprévalence VIH aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Etude socio comportemental et de séroprévalence VIH aux usagers des drogues

Ces études menées avaient comme un des objectifs réaliser l'estimation de la taille des populations clés au VIH dont les résultats sont explicites dans les tableaux 6,7 et 8.

Tableau 6 : Estimation de la taille de travailleurs de sexe(TS), 2013

Sites	TS-femmes	TS-hommes	Total
Praia	598	45	643
Santa Cruz	81	12	93

Santa Catarina	88	2	90
Sal	198	25	223
S. Vicente	366	30	396
Total	1331	114	1445

Source : Etude socio comportemental et de séroprévalence VIH aux travailleurs de sexe

Selon le tableau 6, les TS du sexe féminin représente 7,8% de TS du sexe masculin. Les études ont privilégiés les 5 sites urbaines et suburbaines du pays les plus peuplés notamment Praia, Santa Cruz, Santa Catarina, São Vicente et Sal, par les travailleurs de sexe et usagers de drogues et 3 sites pour les hommes que ont des rapports sexuelles avec des hommes.

Tableau 7 : Estimation de la taille d'hommes ayant le sexe avec des hommes, (HSH) 2013

Sites	Nombre estimé
Praia	533
São Vicente	85
Sal	76
Total	694

Source : Etude socio comportemental et de séroprévalence VIH aux hommes ayant le sexe avec des hommes

Le tableau 7 démontre qu'il existe 695 HSH dans les sites étudiés.

Le tableau 8 indique que dans les différentes sites on été estimé 2192 usagers de drogues, dont 417 du sexe féminin et 1775 du sexe masculin. Le site de Praia représente 52% du poids d'UD comme dans les autres études antérieures.

Tableau 8 : Estimation de la taille des usagers des drogues ,(UD) 2013

Sites	UD du sexe masculin	UD de sexe féminin	Total
Praia	921	224	1145
Santa Cruz	59	269	328
Santa Catarina	6	60	66
Sal	38	160	198
S. Vicente	90	365	455
Total	417	1775	2192

Source : Etude socio comportemental et de séroprévalence VIH en usagers de drogues, 2013

Les indicateurs chez les Travailleuses du sexe

Professionnel(le)s du sexe			Etude 2011			Etude 2013		
			tous	hommes	femmes	tous	hommes	femmes
1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH		_____	_____	_____	59%	_____	59%
1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client		55.44%	_____	55.44%	72.90%	_____	72.90 %
1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test du VIH au		27.32%	_____	27.32%	30.90%	_____	30.90 %

		cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat						
1.10		Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vit avec le VIH	5.57%	—	5.57%	7.70%	—	7.70%

Les indicateurs chez les MSM

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			Tous	Hommes
1.11		Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les programmes de prévention du VIH	93,6%	93,6%
1.12		Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de	90.10%	90.10%
1.13		Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	32.20%	32.20%
1.14		Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	15%	15%

Les indicateurs chez les Usagers des drogues

Usagers des drogues			tous	Hommes
2.1		Pourcentage de consommateurs de drogues atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH	62%	62%
2.2		Pourcentage de consommateurs de drogues qui indiquent avoir utilisé un préservatif	82.90%	82.90%
2.3		Pourcentage de consommateurs de drogues qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	17.9%	17.9%
2.4		Pourcentage de consommateurs de drogues qui vivent avec le VIH	3.90%	3.90%

Les indicateurs de PTME

Objectif 3. Eliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici à 2015, et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida ¹			2012	2013
3.1		Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	72.74	84
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	62.9	77.97
3.3		Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	3	3.3

Les indicateurs de traitement

Objectif 4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici 2015			tous	Hommes	femmes
4.1		Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	55	56.6	53.8

	4.2	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	55	56.6	53.8
--	-----	---	----	------	------

Les indicateurs de la coïnfection VIH et TB

Objectif 5 : D'ici 2015, réduire de 50% le nombre des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH		
5.1. Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liés aux VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	En 2011 69,32%	En 2013 80%

Objectif 6 : Atteindre un niveau important dépenses annuelles mondiale (22 et 24 milliards de USD) 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	En 2011 2.550.065 USD	En 2012 3.601.972 USD	En 2013 4, 916,286 USD

Objectif 07 : éliminer les inégalités entre les sexes		
7.1. Prévalence de la violence récente du partenaire intime	21,5% des femmes ont souffert de violence de la part de leurs partenaires sexuels (4,6% pendant la grossesse): Violence physique : 19% Violence psychologique : 16% Violence sexuelle : 4%	IDSIR II, 2005

Objectif 08 : éliminer la stigmatisation et la discrimination	
Le pays, à travers son gouvernement s'est engagé par le biais du Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA 2011-2015 à promouvoir des mesures efficaces de prévention, traitement, soins et soutiens. Du point de vue des droits de l'homme le Parlement a approuvé la loi qui régule les aspects liés à la prévention, traitement et contrôle de la stigmatisation et les droits des PVVIH. Dans la lutte contre le SIDA la société civile joue un rôle essentiel en ce qui concerne la prise en charge et la promotion de meilleurs attitudes et pratiques La CNDHC depuis 2004, vient veiller à ce que les droits de la personne soient appliqués Le Réseau National des PVVIH vient participer dans le témoignage dans le secteur de travail.	Raport CCS-SIDA

--	--

Objectif 10 : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement		
10.1 Assiduité scolaire des orphelins et non orphelins âgés de 10 à 14 ans	La scolarité est obligatoire au pays jusqu'à huitième année de scolarité. Données pas disponibles.	
10.2 soutien économique externe pour les foyers les plus pauvres	Au Cap Vert selon les données disponibles il existe 26,7 % des pauvres. Selon les données recueillis au près de différents acteurs public et de la société civile, intervenant dans le soutien économique externe des foyers on estime un cout trimestriel de 11.219.113,50 USD, touchant 108.073 bénéficiaires, soit avec la pension sociale, le soutien cash pour se nourrir; l'aide scolaires aux élèves, les démunies, les handicapés et les malades chroniques. Au titre d'exemple, le Centre National de Pension Sociale, a 22.203 bénéficiaires réguliers recevant chacun une pension mensuel de 61,25 USD, équivalent 4900 Escudos Capverdiens. Sur le Programme du Ministère de L'éducation, le FICASE contribue quotidiennement à l'alimentation scolaire au niveau des écoles primaires et secondaires touchant 40.000 élèves; payement de bourse de formation aux étudiants venant des familles démunies.	

Meilleurs pratiques

On remarque au niveau du pays une amélioration croissante dans la mise en œuvre au niveau de toutes les stratégies, notamment, prévention, traitement et appui psychosocial pour la réduction de la transmission du VIH et l'amélioration de la qualité de vies des personnes vivants avec le VIH.

Comme meilleurs pratiques on peut citer :

- L'intégration des actions de prévention, conseil et dépistage volontaire dans les projets d'infra structuration du pays destinés aux travailleurs et les communautés bénéficiées ;
- L'intégration des contenus VIH dans les curricula et programmes dans toutes les écoles primaires et secondaires ;
- La solidarité et la coopération avec le Gouvernement du Brésil dans la donation des antirétroviraux;
- L'ouverture de la siège du réseau de PVVIH pour l'auto soutien et le travaille avec la stratégie de pairs éducateurs;
- L'offre du test de dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes dans les consultations prénatales;
- Augmentation des testes anonymes et volontaires au sein de la population ;
- Identification et réalisation d'études dans les groupes à risque (TS, UD/UDI et HSH) ;
- Engagement des organisations de la société civile dans la prise en charge et appui des PVVIH ;
- Introduction des médiateurs pour suivre et accompagner les femmes séropositives de sorte á éviter leurs perte de vu sur le programme.
- Le partenariat avec une entreprise pour appuyer le service de PTV en donnant le lait de substitution aux enfants exposés au VIH.

Principaux obstacles et des mesures correctives

Malgré son faible taux de prévalence dans la population en générale, le pays présent un risque d'extension très élevé, face au niveau de concentration de VIH dans les populations clé et du rapport de celles avec la population générale.

Les principaux difficultés identifiées sont:

- Le retard dans la réalisation du III IDSR, pour mesurer la prévalence VIH dans la population générale;
- Malgré l'Etat, le secteur privé et la société civil ont ménagé des efforts dans le but de réduire la propagation VIH-SIDA dans le pays, les interventions sont encore très loin du but escompté face aux besoins et préoccupations actuelles, à cause des limitations en terme de ressources (financières et matérielles) pour y arriver;
- Insuffisance des ressources humaines pour la gestion du Programme de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé;
- Insuffisance et surcharge des points focaux au niveau des différents Ministères, mais aussi au niveau des municipalités et ONG dans la mise en œuvre des plans sectoriels;
- Problèmes de suivi biologiques des patients du au transport inter les îles des produits et aussi liés à la manque des réactifs
- Insuffisance en ressources humains de qualité dans le domaine de suivi et évaluation des programmes dans tous les niveaux;
- Difficultés d'accès aux groupes de TS et ses clients ;
- Difficultés des UD /UDI à l'adhésion au traitement ARV du à leur comportement de l'abus de l'alcool et d'autres substances;
- La faible intégration des hommes/mari dans les services de SSR et y compris les services VIH-SIDA.

Mesures correctives

Afin de renforcer la lutte contre le VIH-SIDA, face à la connaissance de la dynamique d'épidémie, sont nécessaires des actions concrètes destinés à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables tels que les travailleuses du sexe, utilisateurs de drogues et hommes ayant sexe avec des hommes, notamment:

- Le gouvernement doit continuer à s'engager dans la lutte contre le VIH-SIDA à travers son intégration dans les projets de développement économique, notamment, de tourisme, infrastructures, entre autres;
- Renforcer les connaissances des différents acteurs qui participent dans les activités visant le changement de comportement et la prise en charge des PVVIH-SIDA;

- Continuer les efforts de diversification des partenariats nationaux et internationaux dans la lutte contre le VIH-SIDA;
- Renforcer les mesures d'intégration du problème VIH d'une manière transversale dans les actions de tous les ministères et autres secteurs et acteurs socioéconomiques;
- Évaluation continue de l'intégration de la problématique VIH-SIDA dans les curricula et programmes scolaires dans tous les niveaux d'enseignement;
- Faire en sorte que les opérateurs touristiques dans tout le pays soient transformés en acteurs et véhicules de sensibilisation dans la lutte contre le VIH-SIDA;
- Continuer la capacitation des points focaux dans les différents Ministères, mais aussi des représentants des ONG pour une meilleure participation;
- Continuer la recherche pour une meilleure connaissance de l'épidémie;
- Intégrer la dimension genre dans tous les domaines d'intervention (programmation, gestion, suivi/évaluation);
- Régulariser le problème de transport des produits biologiques et assurer une bonne gestion d'approvisionnement des réactifs
- Partager avec tous les partenaires le rapport et, dès maintenant, entamer un processus de intégration des indicateurs de suivi et évaluation dans tous les programmes et études menés par les différents secteurs et partenaires, particulièrement dans l'enquêtes réalisées par l'Institut National de Statistique;
- Former /préparer les ONG e OCB, particulièrement dans le domaine de la planification et gestion d'activités de lutte contre le Sida;
- Renforcer le système de suivi/évaluation aux niveaux national et local.

Soutien des partenaires du développement

Le Cabo Verde reçoit le soutien de ses partenaires techniques et notamment le système des Nations Unies, le Fonds Mondial pour le VIH, Tuberculose e Paludisme, la Coopération Luxembourgeoise et autres.

Le Programme de lutte contre le Sida a priorisé le renforcement de la prévention du VIH-SIDA et l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH au sein des populations démunies et des PVVIH au Cap Vert.

Suivi et évaluation

Malgré la mise en place de mécanismes, les systèmes et structures de S&E des partenaires sont encore faibles, surtout au niveau local et communautaire.

Le flux d'information est encore insuffisant. Les données sont utilisées pour la planification et mise en œuvre de forme satisfaisante au niveau central, ce qui ne s'applique pas souvent au niveau décentralisé.

Un grand effort a été fait pour que les données qui permettent de comprendre et suivre l'évolution de l'épidémie soient disponibles, permettant d'approfondir l'analyse de la situation. Des efforts de renforcement des systèmes de suivi et évaluation des programmes, à travers la capacitation des points focaux des Ministères et les ONG devront être renforcés.

Pour les données de connaissances et de comportements, été intégrés dans les questionnaires de l'Enquête APIS, réalisés en 2009 et en 2012 pour évaluer les effets du programme sur les attitudes de la population.

Il manque la mise en jour de la prévalence VIH dans la population générale, qui est prévu dans l'EDSR III.

Les études sur les populations clés ont été réalisés mais ils manquent le suivi de routine parmi les populations plus à risque, notamment, les consommateurs de drogues, les professionnels de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, ces derniers, s'avérant plus difficile compte tenu des préjugés très fort qui entourent cette pratique au sein de la population capverdienne.

Conclusion

En guise de conclusion, la mise en œuvre de deuxième Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA au Cabo Verde a attendue partialement l'approche multisectorielle, malgré quelques secteurs n'ont pas pu pleinement développer leurs plans d'activité et budgets.

Comme points forts on peut souligner, dans les dernières années, le maintien de taux de prévalence dans les femmes enceintes à moins de 1%, garantie d'accès au traitement avec ARV à tous les malades éligibles, dépistage de tous les femmes enceintes qu'arrivent à la consultation prénatale, la sécurité transfusionnelle à 100% et la distribution gratuit des moyens de prévention y compris le préservatif.

On a enregistré une forte participation de la société civile dans la lutte contre le VIH-SIDA dans l'ensemble du pays.

On a ressortir comme points importants la disponibilité des données sur la population clé, qui permettront élaborer un plan d'action sur la prise en charge vers les professionnels de sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

Les femmes pauvres et chefs de famille ont le plus souvent un comportement de risque contre leur volonté, parce qu'elles n'ont pas assez de pouvoir de négociation en ce qui concerne le sexe en sûreté, et puis les partenaires sexuels de ces dernières n'ont pas suffisamment conscience sur le comportement de risque.

Annexe 1 : Processus de consultation

PARTIE A

Organisation	Non/Fonction	Répondants pour la Partie NCPI					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI
CCS-SIDA	José António dos Reis Secrétaire Exécutif	x	x	x	x	x	x
	Maria Celina Ferreira Responsable Suivi/ Evaluation	x	x	x	x	x	x
	João Leal-Responsable Financier	x					
	Nelson Ribeiro Furtado-Assistent de l'Unité de Suivi et évaluation						x
Ministère de la Santé	António Moreira Directeur du Programme de Lutte contre le SIDA	x	x	x	x	x	x
	Ana Lima Assistente Social du Pole Regional de Barlavento	x	x	x	x	x	x
	Zuleica Morais- Gestionnaire des données de Barlavento						x
	Cleidir Andrade- Gestionnaire des données de Sotavento						x
	Jose de Pina - Gestionnaire des données de Sotavento						x
	Jorge Noel Barreto – Coordinateur du Programme Tuberculose					x	x
	Emely Santos Responsable de PNSR Barlavento					x	x
	Yorleidis Rosabal Responsable PNSR au Sotavento					x	x
	Regina Timas Responsable du Traitement ARV des enfants au Sotavento Djamila Fernandes Pédiatrie á l'hôpital de Praia			x		x	
	Jose Silva Rocha Responsable du Labo Elisa					x	
	Conceição Pinto , Responsable de Banque de Sangue au Barlavento			x	x	x	
Système des Nations Unies - UNPPA	Ana Paula Maximiano – Analiste du Programme de Santé de Reproduction , UNFPA	x	x	x	x		x
Institut National de Statistique	Charles René Sylva Directeur du département de démographie et social					x	x
CNDHC	Zelinda Cohen-President Conceição Carvalho Commissaire des droits Humains			x		x	
ICIEG	Elsa Fortes Coordinatrice du Réseau SOL (Appui des victimes de la VBG)	x	x	x		x	
Ministère de l'éducation	Eleonora Sousa Monteiro, Coordinatrice de sub-programme VIH		x	x	x		
ICCA	Sandra Lima – Coordinatrice du sub-programme de l'ICCA		x			x	

Partie B

Organisation	Non/Fonction	Répondants pour la Partie B				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V
Plateforme des ONG	Mário Moniz Secrétaire Exécutif de la Plateforme des ONG	x	x	x	x	x
Plateforme des ONG	José Marques- Responsable de Suivi et évaluation	x	x	x	x	x
Plate-forme des ONG	Responsable de Finance a la Lourdes Andrade	x	x	x	x	x
Morabi	Lucia Passos Presidente	x	x	x	x	x
Croix Rouge de Cabo Verde	Marisia Nascimento Coordinateur du Programme	x	x	x	x	x
Verdefam	Elisabete Xavier Directrice Executif Evandro Sa Nogueira Coordenateur du Programme	x	x	x	x	x
Reseau de PVVIH	Daniel Delgado President	x	x	x	x	x
CNDHC	Zelinda Cohen-President Conceição Carvalho Comissaire des droits Humains			x	x	