

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT TECHNIQUE



SUIVI DE LA DÉCLARATION DE POLITIQUE SUR
LE SIDA DE JUIN 2011

Rapport National 2012

Mars 2012

TABLE DES MATIERES

PREFACE	3
SIGLES ET ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	6
I- APERCU DE LA SITUATION	8
1. PROCESSUS D'ELABORATION DU RAPPORT	8
2. SITUATION ACTUELLE DE L'EPIDEMIE.....	8
3. RIPOSTE AU PLAN POLITIQUE ET PROGRAMMATIQUE	9
4. RECAPITULATIF DES INDICATEURS UNGASS	11
II- APERCU DE L'EPIDEMIE DE SIDA	15
1. PREVALENCE DE L'INFECTION A VIH EN COTE D'IVOIRE	15
2. FEMINISATION DE L'EPIDEMIE.....	15
3. DONNEES SUR LES CO-INFECTIONS.....	15
4. DES COMPORTEMENTS A RISQUE PERSISTANTS	16
5. DES CONNAISSANCES SUR LE VIH/SIDA ENCORE LIMITEES	17
III- RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA	18
IV- MEILLEURES PRATIQUES	35
V- PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	37
VI- SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT (SI APPLICABLE)	37
VII- SUIVI ET EVALUATION	38
APERÇU DU SYSTEME ACTUEL	38
OBSTACLES AU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SUIVI ET EVALUATION.....	39
ESQUISSES DE SOLUTIONS AUX PROBLEMES DE SUIVI-EVALUATION	39
BESOINS EN ASSISTANCE TECHNIQUE ET RENFORCEMENT DES CAPACITES	40
CONCLUSION	40

PREFACE

Fléau des temps modernes, le VIH/sida constitue, pour le monde en général et pour nos pays en développement en particulier, une menace pour notre sécurité et notre développement. Il nous faut donc non seulement réduire son impact sur les populations mais surtout l'endiguer. Cette pandémie menace notre présent et notre futur. De ce fait, aucune politique de développement durable ne peut être menée efficacement en ignorant le facteur VIH/sida.

C'est ce souci qui sous-tend, depuis des décennies, l'engagement du Gouvernement ivoirien à s'impliquer davantage dans la lutte contre le VIH/sida pour faire reculer les ravages de cette maladie en Côte d'Ivoire.

Comme la plupart des pays, la Côte d'Ivoire a souscrit aux déclarations de UNGASS de 2001 sur l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien ainsi qu'à la nouvelle Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011.

Malgré la situation de crise que le pays a traversé au cours de ces deux dernières années (2010-2011), qui a eu des répercussions sur la réponse nationale, la volonté du Gouvernement de faire reculer l'épidémie n'a pas faibli. Cela a permis d'enregistrer des avancées notables aussi bien dans le domaine de la prévention que dans les soins et de traitement ARV.

Aussi, je me réjouis de l'élaboration de ce cinquième rapport de la Côte d'Ivoire sur le suivi de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida. Ce document permet d'apprécier les progrès réalisés depuis 2009 dans la riposte nationale. C'est ici, l'occasion pour moi de saluer et féliciter tous les acteurs nationaux et internationaux pour leur contribution fort-appreciable.

Professeur Thérèse N'DRI YOMAN

Ministre de la Santé et de la Lutte contre le sida

SIGLES ET ABREVIATIONS

AFJCI	Association des Femmes Juristes de Côte d'Ivoire
ARSIP	Alliance des Religieux engagés dans la lutte contre le Sida et les autres pandémies
ARV	Antirétroviraux
ATS	Antenne de Transfusion Sanguine
BM	Banque mondiale
CAP	Connaissance Aptitude et Pratique
CCM	Country Coordinating Mechanism
CDI	Consommateur de Drogue Injectable
CDV	Conseil de Dépistage Volontaire
CEA	Commission Economique pour l'Afrique sur le VIH/sida
CECI	Coalition des Entrepreneurs de Côte d'Ivoire pour la lutte contre le sida
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le Sida
CGECI	Coalition Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire
CIMLS	Comité Interministériel de Lutte contre le sida
CNLS	Conseil National de Lutte contre le sida
COSCI	Conseil des organisations de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire
CPN	Consultation Périnatale
DC-PNN	Direction de Coordination du Programme National de Nutrition
DMOSS	Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire
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
FAFN	Forces Armées des Forces Nouvelles
FCFA	Francs de la Communauté Financière Africaine
FDS	Forces de Défense et de Sécurité
FEMAJECI	Fédération des Mouvements et Associations de Jeunesse et d'Enfance de Côte d'Ivoire
FM	Fonds Mondial de la lutte contre le sida
FPM	Fonds de Prévoyance Militaire
GNRSE	Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
INS	Institut National de la Statistique
IO	Infection Opportuniste
IST	Infection Sexuellement transmissible
MFFAS	Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales
MJDH	Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme
MJSL	Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs
MLS	Ministère de la Lutte contre le sida
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

OBC	Organisation à Base Communautaire
OEV	Orphelin et Enfant rendu Vulnérable du fait du VIH
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
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
PNOEV	Programme National des Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida
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
REPMASCI	Réseau des Professionnels des Médias des Arts et du Sport engagés dans la lutte contre le sida et les autres pandémies en Côte d'Ivoire
RIJES	Réseau Ivoirien des Jeunes Contre le sida
RIOF	Réseau Ivoirien des Organisations Féminines
RIP+	Réseau Ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH
RNJ-CI	Réseau National Jeunes en santé et développement de Côte d'Ivoire
sida	syndrome immuno déficitaire acquis
SIG	Système d'Information et de Gestion
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USA	United States of America
USAID	United States Agency for International Development
UVICOCI	Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire
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.

La Côte d'Ivoire, signataire de la Déclaration de 2011, s'est inscrite dans cette voie. Son Plan Stratégique National 2011-2015 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 2011-2015 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 est le cinquième de la Côte d'Ivoire. 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. Il comprend sept (7) parties à savoir (i) aperçu de la situation, (ii) aperçu de l'épidémie de sida, (iii) riposte nationale à l'épidémie de sida, (iv) meilleures pratiques, (v) principaux obstacles et mesures correctives, (vi) soutien des partenaires au développement, (vii) Suivi et évaluation.

I- APERCU DE LA SITUATION

1. *Processus d'élaboration du rapport*

L'élaboration de ce rapport s'est fait d'une manière participative. La coordination du processus a été assurée par la Direction de la Planification et du Suivi-Evaluation du sida (DPSES) du Ministère de la Santé de la Lutte contre le Sida. Une équipe technique de travail composée de représentants du secteur public, du secteur privé, de la société civile et des partenaires au développement 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 responsabilisé à cet effet. Il s'agit surtout des personnes issues des structures gouvernementales en charge de l'information stratégique et de programme. La société civile a contribué à renseigner la partie B sur les engagements nationaux et moyens d'action (NCPI). Les données validées par le comité technique ont servi à l'élaboration du rapport. Une validation nationale le 29 mars 2012 a permis de recueillir les observations et commentaires de l'ensemble des acteurs de la lutte contre le sida. Ces observations ont servi à améliorer le rapport. Parallèlement, la saisie des données validées a été effectuée en ligne sur le site de l'UNGASS selon les directives d'élaboration du rapport 2012.

2. *Situation actuelle de l'épidémie*

La prévalence du VIH au sein de la population ivoirienne était de 4,7%, selon l'EIS 2005. Selon les estimations de ONUSIDA/OMS, cette prévalence est de 3,4% pour l'année 2009. Avec cette prévalence, la Côte d'Ivoire demeure un des pays les plus touchés de la sous-région Ouest-Africaine.

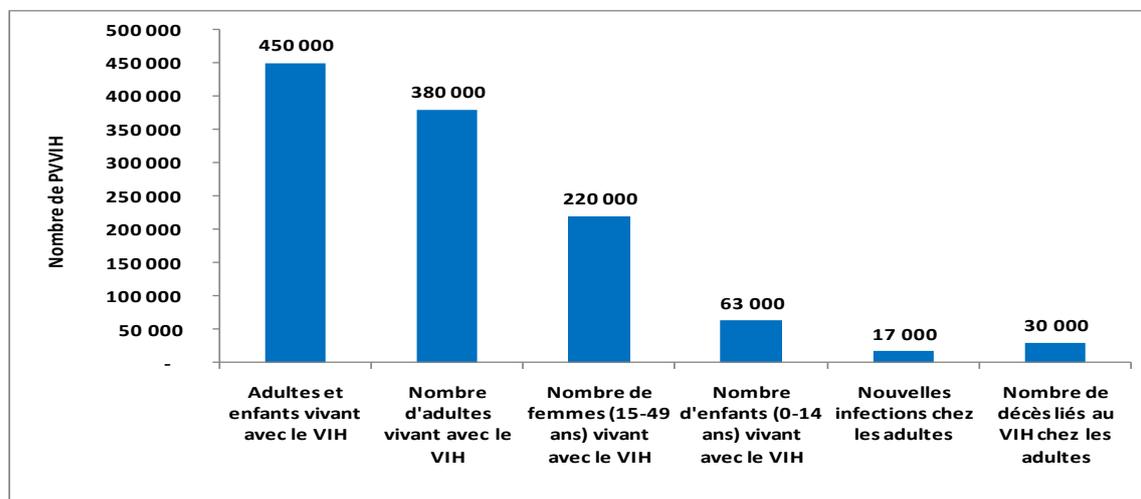
On estimait à 450 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire dont 220 000 femmes âgées de 15 ans et plus et 63 000 enfants âgés de 0 à 14 ans. Dans la population de PVVIH, on estime respectivement à 150 000 soit 38% (CD4 inférieur à 200) et 230 000 soit 59% (CD4 inférieur à 350) les plus de 15 ans, et à 29 000 (46%) les enfants qui ont besoin d'ARV¹. Le nombre de PVVIH sous traitement ARV était de 72 011 en 2009, de 82 721² en 2010 et de 89 410 en 2011 (rapport provisoire PNPEC).

Selon l'ONUSIDA, 36 000 cas de décès dus au VIH ont été estimés en 2009. En outre, ces estimations portent à 440 000 le nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du sida dans le pays et le nombre de nouvelles infections à 17 000 au cours de la même année.

¹ Source : Estimations ONUSIDA juillet 2010

² Rapport VIH secteur santé, 2011

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



Source : Estimation ONUSIDA, 2010

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. Cette approche facilite la coordination des interventions de lutte contre sida sur toute l'étendue du territoire. Dans le cadre de l'approche multisectorielle, tous les secteurs d'activité sont incités à s'impliquer et à s'organiser pour impulser la riposte nationale, le VIH/sida étant désormais considéré comme un problème de développement et de sécurité. La mise en œuvre de la multisectorialité repose sur un cadre organisationnel comportant les comités sectoriels au niveau de chaque secteur ou département ministériel. Par ailleurs, en vue de renforcer la coordination des interventions, l'Etat a trouvé nécessaire de réunifier les deux ministères en charge de la réponse nationale au VIH en un seul ministère depuis juin 2011.

La société civile est fortement impliquée pour soutenir et compléter l'action gouvernementale, à travers ses principaux réseaux de lutte contre le sida. Par ailleurs, les autorités décentralisées sont impliquées dans cette réponse nationale

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 faitières 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). Il est à noter que la riposte nationale s'inscrit dans un cadre unique d'intervention, matérialisé par le Plan

Stratégie National (PSN) de lutte contre le VIH/sida 2011-2015. Ce PSN a été décliné en plan opérationnel national 2011-2013. D'autres documents comme le plan d'appui technique et le plan national d'information stratégique ont été également élaborés pour faciliter la mise en œuvre et le suivi du PSN.

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 également perceptibles au niveau de l'accès aux ARV. Le Gouvernement ivoirien a rendu l'accès aux ARV totalement gratuit depuis 2008. Ces efforts ont permis à 89 410 personnes d'avoir accès au traitement ARV en 2011.

4. Récapitulatif des indicateurs UNGASS

Tableau 1 : Résumé exécutif des indicateurs

	Indicateurs	Valeur			Sources	
		2009	2010	2011		
D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle						
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*	83,39%			Enquête CAP 2011 dans la population des 10-49 ans dans 4 régions ³ du pays
	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	18,53%			
	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	10,04%			
	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*	76,70%			
	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	25,90%			
	1.6	Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*			3,30%	Séro surveillance sentinelle 2008
Professionnel(le)s du sexe	1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH			58,30%	
	1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	92,70%			Enquête CAP PS 2011 dans 12 régions

³ Lagunes, Montagnes, savanes, Sud Comoé

	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	50,80%			Enquête CAP PS 2011 dans 12 régions
	1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	28,60%			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			68,80%	Enquête CAP PS 2011 dans 12 régions
	1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	91,50%			
	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	61,1%		41%	
	1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	50,00%			Enquête PAPO
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 ⁴	
	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	

⁴ 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	50,3 %	46,27%		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			4%	Rapport PEPFAR
	3.3	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)			11,61%	Estimation Spectrum 2012
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*	43,9%	71%		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	67,0%			UNGASS 2010
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	31,4%	33%		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)	58 812 ⁵			

⁵ Données REDES, 2009

Objectif 7: Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement

7.1	Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)	5,9		5,6	GARP 2012
	Partie A	8		7,5	GARP 2012
	Partie B	3,75		3,8	GARP 2012
7.2	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			ND ⁶	
7.3	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*	35,7%			UNGASS 2010
7.4	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre			ND	

⁶ ND : Non Disponible

II- APERCU DE L'ÉPIDÉMIE 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 4,7% selon L'EIS 2005, répartie de manière inégale sur l'ensemble du territoire avec des taux plus élevés en milieu urbain (5,4%) qu'en milieu rural (4,1%). Les femmes sont beaucoup plus touchées que les hommes avec une séroprévalence respective de 6,9% contre 2,4%.

Des données actualisées sur la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes n'existent pas. Mais en se basant sur les données de 2008 - *les résultats ont servi dans le cadre du rapport UNGASS 2010* - on note que la répartition géographique de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes suit celle rapporté par l'EIS dans la population générale. L'épidémie semble se concentrer dans le sud du pays que ce soit en milieu rural comme en milieu urbain.

2. *Féminisation de l'épidémie*

Le rapport de la sérosurveillance sentinelle 2008 indique une séroprévalence du VIH de 4,5% chez les femmes enceintes de 15-49 ans au niveau national, désagrégée comme suit : 2,3% chez les moins de 15 ans, 1,6% chez les 15-19 ans, 4,4% chez les 20-24 ans et 6,1% chez les plus de 25 ans.

Chez les femmes enceintes en milieu urbain, la prévalence est de 5,6% chez les 15-49 ans. Réparti par tranche d'âge, ce taux est de 3,3% chez les 10-14 ans, 1,8% chez les 15-19 ans, 5,8% chez les 20-24 ans et 7,2% chez les 25 ans et plus. En milieu rural la prévalence est de 3% dans la population des femmes enceintes. Au niveau des tranches d'âge, ce taux est de 0% chez les 10-14 ans, 1,4% chez les 15-19 ans, 2% chez les 20-24 ans et 4,4% chez les 25 ans et plus.

S'agissant toujours des femmes enceintes, les résultats des activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au cours de l'année 2010 confirment la prévalence élevée. Selon le rapport annuel 2010 des indicateurs VIH du secteur santé, sur 398 643 femmes enceintes testées au cours de l'année, 16 226 ont été dépistées positives au VIH soit 4% des femmes testées.

3. *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.

En 2010, sur les 23 221 patients tuberculeux, le test du VIH a été réalisé chez 17 017 avec 4115 séropositifs soit 24%. En 2009, sur les 23 009 patients tuberculeux, le test du VIH a été réalisé chez 17 257 avec 5 212 séropositifs soit 30%.

Le dépistage et la PEC du cancer du col et de l'Hépatite B sont au stade de projet pilote. Les activités sont circonscrites respectivement à 10 sites pour le cancer du col et à 10 sites pour l'hépatite B. En se basant sur la sérologie, 10% des patients sont co-infectés VIH/VHB⁷.

4. Des comportements à risque persistants

Nous notons une persistance des comportements à risque chez les jeunes de 15-24 ans. L'EIS 2005 indiquait, en effet, que 21% de filles contre 15% de garçons ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. L'EIS mentionnait également que 73% des jeunes hommes et 56% des jeunes filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge exact de 18 ans, et que seules 12% des femmes et 30% des hommes ont utilisé un préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque. De même, 87% des femmes et 90% des hommes n'ont jamais fait le test de dépistage du VIH soit une moyenne nationale de 88,5%.

Ces tendances sont confirmées dans l'Enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques (ECAP) réalisée en 2011 par l'Institut National de Statistique (INS) dans quatre (04) régions du pays (Lagunes, Sud Comoé, Savanes, Montagnes). Sur l'ensemble des jeunes de 10-24 ans interrogés, plus de la moitié (55,5%) ont déjà eu des rapports sexuels. Près de cinq jeunes sur dix (46,7%) ont eu leur premier rapport sexuel entre 18 et 20 ans et 18,9% ont eu leur premier rapport avant l'âge de 15 ans.

Les comportements à risque se constatent également chez certaines populations clé les plus exposées aux risques de transmission du VIH. En effet 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.

Au nombre des comportements et des facteurs de risque, on note aussi les cas de violences basées sur le genre. La crise qu'a connu le pays notamment le conflit armé post électoral a accentué les viols et les agressions sexuelles. Des données consolidées issus des rapports d'activités des organisations intervenant dans le domaine des VBG, ont permis de recenser 1976 cas de VBG dont 656 cas de viols et 120 cas d'agressions sexuelles. Ces données ne concernent que quelques localités et ne sont donc pas exhaustives. (source UNFPA)

⁷ Source : Service des maladies Infectieuses du CHU de Treichville

En matière de dépistage, l'on enregistre quelques avancées. Globalement, 38% des personnes interrogées au cours l'ECAP 2011 auprès de la population générale ont affirmé avoir déjà effectué un test de dépistage du VIH. Selon le sexe, 46% des femmes ont déjà effectué un test contre 29% des hommes.

5. Des connaissances sur le VIH/sida encore limitées

En matière de connaissances sur le VIH/sida, l'EIS 2005 rapporte que la quasi-totalité des femmes et des hommes 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 74% chez les hommes. Seuls 44% des femmes et 43% des hommes savent qu'on peut réduire le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant par la prise des antirétroviraux par la mère au cours de la grossesse. 16% des femmes et 26% des hommes ont une connaissance considérée comme « complète » du VIH et du sida.

Selon les résultats de l'ECAP 2011 auprès de la population générale, 20% de la population ignorent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être porteuse du VIH (43% des jeunes, 22% des femmes et 37% des personnes sans instruction). Un peu plus du quart (26%) ignorent qu'on peut partager le repas avec un séropositif sans contracter le virus (40% des jeunes, 27% des femmes et 47% des personnes sans instruction). Plus du tiers (35%) des personnes interrogées ignorent qu'une mère séropositive peut donner naissance à un enfant sain (53% des jeunes, 35% des femmes et 57% des personnes sans instruction) et 31% ne savent pas qu'une mère peut transmettre le virus à son enfant pendant l'allaitement (36% des jeunes, 28% des femmes, 33% des personnes sans instruction). 36% des enquêtés continuent de croire que les piqûres de moustiques peuvent transmettre le VIH pendant que 26% soutiennent que le virus peut être transmis par la sorcellerie.

Les résultats de l'ECAP 2011 auprès des professionnel (le)s du sexe montrent que presque tous les PS femmes (99,7%) et tous les PS hommes (100%) interrogés ont affirmé avoir entendu parler du VIH. 83,5% des PS femmes et 92% des PS hommes savent que le préservatif est un moyen de prévention du VIH. Dans l'ensemble, 63% des PS hommes et 61,4% des PS femmes soutiennent que l'abstinence sexuelle est un mode de prévention du VIH. Mais la proportion des PS ayant une connaissance « complète » du VIH et du sida reste faible. Elle est de 28,4% chez les PS femmes contre seulement 16% chez les PS hommes.

III- RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

Des efforts considérables sont entrepris depuis plusieurs années pour renforcer la riposte nationale face au sida. Toutefois, il faut remarquer que les deux années couvertes par le présent rapport ont été marquées par une crise socio politique qui a ralenti 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 à la fois la population générale, les jeunes et les populations clés les plus exposés aux risques de transmission du VIH (PS, HSH, CDI).

*Indicateur 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**

Selon l'ECAP 2011, 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 fausses idées sur la transmission du VIH/sida est de 83,39% dont 87,88% chez les hommes et 80,23% chez les femmes.

Selon les tranches d'âge, ces proportions sont de 81,9% chez les 15-19 ans (homme : 86,2% et femmes : 78,7%) et 84,8% pour les jeunes de 20-24 ans (hommes : 89,8% et femmes : 81,7%).

Sur les deux tranches d'âge considérées, l'on constate que la proportion des hommes qui décrivent correctement les moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses est plus élevée que chez les femmes. Cette proportion augmente avec l'âge passant de 81,9% chez les 15-19ans à 84,8% chez les 20-24 ans.

Si de plus en plus, les jeunes semblent avoir des connaissances exactes sur le VIH, des efforts sont encore à faire. En effet, selon toujours les résultats de cette même enquête, 43% des jeunes ignorent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être porteuse du virus du sida. Ils sont 40% à ne pas savoir qu'on peut partager le repas avec un séropositif sans contracter le virus. Plus d'un jeune sur deux (53%) pensent qu'une mère séropositive ne peut pas donner naissance à un enfant sain. 36% ne savent pas qu'une mère peut transmettre le virus à son enfant pendant l'allaitement.

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*

Le pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans rapporté dans l'EIS était 17,6%. L'enquête CAP réalisée par l'INS en 2009 dans les zones d'Abidjan, Bouaké, Daloa, Danané, San-Pedro, Korhogo et Bondoukou sur les jeunes de 15 à 24 ans indique que 21,1% des jeunes déclarent avoir des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Selon Les résultats de l'ECAP 2011 conduite dans 4 régions, 18,53% des jeunes de 15-24 ans interrogés ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Cette proportion est de 22,69% chez les hommes et de 15,60% chez les femmes.

Par ailleurs, cette enquête indique que plus de la moitié des jeunes de 10 à 24 ans interrogés, ont déjà eu des rapports sexuels (55,5%). Dans la classe d'âge de 10-17, les jeunes sont 22,3% à avoir eu des rapports sexuels et à 86,3% dans la tranche des 18-24 ans. Ces résultats montrent bien la précocité des rapports sexuels des jeunes.

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'EIS 2005, 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 16,4%. Cette proportion est de 10,04% dans l'ECAP 2011 dont 19,6% chez les hommes et 2,9% chez les femmes.

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**

Selon les résultats de l'EIS 2005, 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 44,4%. Au cours de l'ECAP 2011, 76,7% des personnes qui ont eu plus d'un partenaire ont affirmé avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport. Cette proportion est respectivement de 77,9% chez les hommes et 70,3% chez les femmes.

Au niveau des jeunes de 15-24 ans, les statistiques sont plus faibles comparés à celles de la population générale. En effet, 57,1% des jeunes hommes et 41,2% des jeunes femmes ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours des rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant au cours des 12 derniers mois. Des efforts restent donc à faire à ce niveau pour amener les jeunes à adopter des comportements à moindre risque de transmission du VIH.

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. La proportion de femmes (3,7%) est légèrement plus élevée que celle des hommes (3,2%). A partir de ces données, le pays avait fixé la cible à 25% en 2010. Dans ce cadre, des efforts importants ont été faits pour rendre disponible les services de conseils et dépistage sur toute l'étendue du pays. Il s'agit notamment de (i) l'intégration dans les structures sanitaires du conseil et dépistage, (ii) la mise en place d'un algorithme simplifié de dépistage par piqûre au bout du doigt, (iii) la diversification du personnel de santé apte à réaliser le dépistage, (iv) le développement de stratégies nouvelles de dépistage. Ainsi à la fin 2010, on dénombrait 738⁸ sites de conseil et dépistage.

En attendant les résultats de la troisième Enquête Démographique et de santé en cours, l'ECAP 2011 conduite dans 4 régions, indique que 25,9% des personnes interrogées ont rapporté avoir fait un test de dépistage au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat. Cette proportion est de 33,8% chez les femmes contre 17,6% chez les hommes. Si cette tendance est confirmée par l'EDS, cela constituerait une avancée notable et démontrerait l'impact des activités de communication pour le changement de comportement sur les populations.

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

Le Rapport de la sérosurveillance sentinelle 2008 indique que 3,3% jeunes âgés de 15 à 24 ans sont infectés le VIH. Ce chiffre reflète surtout le pourcentage de jeunes femmes enceintes de 15 à 24 ans fréquentant un Centre de consultation Périnatale et infectées par le VIH. La répartition par tranches d'âge indique que la prévalence dans la tranche d'âge 20-24 ans est de 2,6% comparé à la tranche d'âge 15-19 qui est de 0,7%.

En faisant référence aux résultats de l'EIS 2005, la prévalence du VIH auprès des jeunes de 15-19 ans était de 0,3 %. Elle varie de 0,4% chez les jeunes femmes à 0,2 % chez les jeunes hommes. La prévalence du VIH chez les jeunes femmes de 15-24 ans augmente progressivement et de façon importante avec l'âge, passant de 0,3 % à 15-17 ans à 3,7 % à 20-22 ans pour atteindre 5,8 % à 23-24 ans. Par contre, parmi les jeunes hommes la prévalence du VIH reste faible : 0,2 % à 15-19 ans et 0,3 % à 20-24 ans.

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

Le pourcentage de professionnel (le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention VIH 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

⁸ Rapport national VIH, 2010

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*

Les données disponibles concernent les résultats de l'Enquête PAPO de 2007 et 2009 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.

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

Au cours de l'Enquête CAP 2011 en direction des PS, les PS hommes ont été aussi ciblé. Parmi les PS interrogés, 468 sont des HSH. En se basant sur les résultats de cette enquête,

l'on peut affirmer que 68,8% des Professionnels du sexe parmi les HSH sont atteints par des 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*

Sur 468 PS hommes interrogés au cours de l'ECAP 2011, 428 (soit 91,5%) ont affirmé avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme. Même si cette proportion semble élevée, il en demeure pas moins que l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels n'est pas systématique chez ce groupe de HSH. Environ 8% des PS hommes n'ont pas utilisé de préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel. De plus, la fréquence de l'utilisation du préservatif a été évaluée au cours de cette enquête. Les résultats montrent que durant la semaine précédant l'enquête et mieux depuis leur entrée dans la prostitution, moins de 3 professionnels du sexe sur 4 (73,3 %) ont affirmé avoir constamment fait usage des condoms lors des rapports sexuels.

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*

61,1% des PS parmi les HSH interrogés au cours de l'ECAP 2011 ont affirmé avoir fait un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat.

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

Les données sur cet indicateur sont presque inexistantes. L'Enquête SHARM qui devrait permettre de disposer des données sur les comportements et sur la sérologie au sein de cette population cible n'est pas encore achevée. Les informations concernant cet indicateur ont été tiré de l'étude PAPO 2007 et 2009. Selon cette enquête, 48 des 96 HSH (soit 50%) testés vivent avec le VIH. Bien que non représentative, cette prévalence du VIH est suffisamment 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.

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*

Les données concernant cet indicateur ne sont pas disponibles. Il n'existe pas de programme de distribution d'aiguilles et de seringues dans le pays. Cependant le Pays a mis en place un programme National de lutte contre le VIH (PLS-PHV) et un comité interministériel de lutte la drogue. De plus une analyse situationnelle sur les intervenants en direction des intervenants auprès des usagers de drogue est disponible. Malgré tous ces acquis le pays ne dispose pas de données pour apprécier l'atteinte de cet objectif.

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

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

Le pourcentage de femmes enceintes infectées par le 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 passé à 42,3% en 2008 pour atteindre 50,3% en 2009 et à 46,27% en 2010 (rapports DIPED). 9 648 femmes enceintes infectées sur 20 853 estimées en 2010 contre 11 064 femmes infectées en 2009 sur 22 000 estimées ont reçu un traitement ARV en vue de réduire la transmission de la mère à enfant.

Des efforts sont faits depuis plusieurs années avec l'appui des partenaires au développement. Le nombre de sites offrant les services PTME est passé de 316 en 2007 à 358 en 2008, à 554 en 2009 et à 652 en 2010 dépassant ainsi la cible de 537 sites prévus pour 2010. Le nombre de sites a plus que doublé en l'espace de quatre ans. On note également que le nombre de femmes enceintes testées qui était de 177 832 en 2007 est passé à 230 159 en 2008, à 342 698 en 2009 et 398 643 en 2010. Celles qui ont été conseillées, testées et qui ont reçu leur résultat étaient au nombre de 107 227 en 2007, 202 540 en 2008, de 325 411 en 2009 et de 386 751 en 2010.

Des progrès notables de l'entrée des femmes enceintes dans la prévention de la transmission mère-enfant, depuis 2009 ont été observés de même que la disponibilité des services de prise en charge dans les centres PTME. A ce jour toutes les 19 régions sanitaires et les 79 districts sanitaires offrent des activités de PTME c'est-à-dire, disposent d'au moins un service de PTME.

Si toutes les régions et tous les districts sanitaires sont couverts en sites de PTME, il faut remarquer qu'il existe une inégale répartition des sites à l'intérieur des districts et des régions. En termes de couverture géographique, il existe un besoin d'environ 650 sites pour la PTME sur les 1283 sites offrant la CPN. Toutefois il convient de noter que le Fonds mondial dans le cadre du Round 9 et du Plan additionnel PTME entend ouvrir 293 sites ramenant donc ce gap à 357.

Par ailleurs, l'on note une faible utilisation des services de CPN par les femmes enceintes. Par exemple, en 2010, sur 836 568 grossesses attendues 559 813 femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une CPN soit 66.9%. A cela, s'ajoute une déperdition importante entre la CPN1 et la CPN 4 (source, « Know your epidemic, know your response, MEASURE/USAID, rapport provisoire 2009).

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 femmes enceintes accouchées au cours de l'année 2011 sont estimées à 20 853. Les données de laboratoire indiquent qu'au cours de l'année 2011, 844 enfants (4%) nés de mères séropositives ont subi le test virologique au cours de leurs deux premiers mois de vie.

Il faut indiquer qu'il existe seulement 2 laboratoires qui font la PCR en Côte d'Ivoire. Ces laboratoires sont tous situés à Abidjan. Les prélèvements sont donc faits sur les sites et convoyés à Abidjan.

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

En matière de PTME, l'objectif du PSN 2011-2015 est réduire la transmission mère enfant de 8% à 3%. Les données d'estimation de Spectrum établissent à 11,6% le taux de transmission du VIH de la mère enfant. D'importants efforts restent donc à faire.

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 éligibles à un traitement antirétroviral qui y ont accès**

La crise post électorale qui a secoué le pays a eu des répercussions sur la réponse nationale face au sida. Le pillage de certains établissements sanitaires et leur fermeture momentanée, le déplacement du personnel de santé des zones de conflits a désorganisé le système de santé. Le déplacement des populations de leurs zones d'habitation vers d'autres localités, les ruptures de stocks de médicaments ARV lié aux difficultés d'approvisionnement de certains établissements sanitaires ont impacté négativement la prise en charge des PVVIH.

En dépit de ces difficultés, l'on constate des avancés notables. En effet, le nombre de sites offrant les services de prise en charge est passé de 359 en 2008 à 404 en 2009 et à 477 en 2010. Une augmentation du nombre de personnes éligibles sous traitement est aussi observée au fil des années. Le nombre est passé de 49 179 (29,7%) en 2007 à 51 820 (31,6%) en 2008, à 72 011 (43,9%) en 2009, puis à 82 721 (71%) en 2010 et enfin à 89 410 en 2011. Le nombre de nouvelles inclusions s'accroît aussi chaque année. De 22 247 en 2008, ce chiffre est passé à 29 002 en 2009 puis à 30 174 en 2010.

On note une légère hausse de la proportion d'enfants mis sous ARV en 2010 par rapport aux chiffres de 2009 (de 5 % à 5.2%). Le nombre d'enfants sous ARV en 2010 est de 5190 soit 6.3% des personnes sous traitement contre 6% en 2009.

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 également être faits

pour améliorer la qualité des services de prise en charge, pour réduire le nombre de perdus de vue et pour prévenir les ruptures de stock des ARV afin d'atteindre les cibles de l'accès universel.

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*

Selon les données sur la période de octobre 2010 à septembre 2011, 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 41%. Les données pour cet indicateur étaient de 67,0% sur la période 2008-2009. La baisse enregistrée est partie du au déplacement des populations du à la crise sociopolitique.

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 VIH⁹ s'élevait à 25% en 2010. Au cours de cette même année, sur les 23 221 patients tuberculeux, le test du VIH a été réalisé chez 17 017 avec 4115 séropositifs soit 24%. En 2009, sur les 23 009 patients tuberculeux, le test du VIH a été réalisé chez 17 257 avec 5 212 séropositifs soit 30%. La tuberculose est la plus importante infection opportuniste associée au VIH en Côte d'Ivoire.

Beaucoup d'efforts restent à faire chez les patients tuberculeux car le tiers des malades n'est pas systématiquement testé pour le VIH alors que le Conseil et Dépistage à l'Initiative du Prestataire et le test au bout du doigt ont été adoptés.

D'autre part, la recherche systématique et le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH ne sont pas effectifs dans tous les centres de prise en charge du VIH. Seulement 09 centres de prise en charge du VIH ont intégré le dépistage et le suivi des patients tuberculeux.

Le plan stratégique 2012-2016 de lutte contre la tuberculose en cours d'élaboration permettra d'apporter une réponse aux insuffisances constatées dans la lutte conjointe TB/VIH

⁹ Rapport annuel 2009 du Programme national de lutte contre la tuberculose

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*

La dernière revue des ressources et dépenses du sida (REDES) en Côte d'Ivoire ne couvre pas la période de ce rapport. Elle a été réalisée en 2009. L'enquête devant couvrir les périodes du présent rapport c'est-à-dire les années 2010 et 2011 est en cours. Toutefois, les résultats du REDES 2009 seront utilisés pour voir l'évolution des dépenses consacrées à la lutte contre le sida.

En 2009, les dépenses totales exécutées dans le cadre de la lutte contre le sida ont été estimées à 58 707 703 010 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 53,8 milliards de FCFA soit 92% des dépenses globales. Ils sont suivis des fonds publics 4,2 milliards de FCFA (7%) et des fonds privés 630 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	Année 2006	Année 2007	Année 2008	Année 2009	% contribution de chaque source sur la période 2006-2009
Fonds Publics	2 281 123 378	2 934 912 495	2 544 359 302	4 264 840 789	8%
Fonds Privés	993 834 481	1 092 771 410	1 165 078 250	630 274 659	3%
Fonds Internationaux	18 257 164 141	29 274 288 095	27 607 562 448	53 812 587 557	89%
Total	21 532 122 000	33 301 972 000	31 317 000 000	58 707 703 010	

Source des données : REDES 2008 et REDES 2009

Sur la période 2006-2009, les partenaires au développement ont contribué à hauteur de 89% du total des dépenses contre 8% pour le secteur public et 3% pour le secteur privé.

S'agissant des dépenses par chapitre d'intervention, en 2009, 35,96% des dépenses totales ont profité à la gestion et administration des programmes contre 36,12% en 2008. Les dépenses de soins et traitement ont été le second poste des interventions financées. Le total des dépenses pour ce poste s'élevait à 19,1 milliards de FCFA soit 32,5% (en 2009) contre 8,5

milliards (27,40%) en 2008. La part des dépenses pour la prévention a baissé comparé à celle de 2008. Cette part était de 33,60% en 2008 et de 21,20% en 2009.

Les autres interventions comme le soutien aux OEV (3,53%), la protection sociale et services sociaux (0,09%), l'environnement favorable (1,09%) et la recherche liée au VIH (0,86%) ont été insuffisamment financées.

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

Interventions	Année 2008		Année 2009	
	Montant (FCFA)	%	Montant (FCFA)	%
Prévention	10 523 878 465	33,60%	12 448 332 777	21,20%
Soins et traitement	8 581 898 531	27,40%	19 055 784 760	32,46%
OEV	828 492 227	2,65%	2 072 107 238	3,53%
Gestion et administration	11 311 701 141	36,12%	21 113 891 956	35,96%
Ressources Humaines	22 680 000	0,07%	2 816 307 889	4,80%
Protection sociale te services sociaux	13 119 140	0,04%	52 891 620	0,09%
Environnement favorable	30 230 496	0,10%	642 016 486	1,09%
Recherche liée au VIH (à l'exception recherche opérationnelle)	5 000 000	0,02%	506 370 284	0,86%
Total	31 317 000 000	100%	58 707 703 010	100%

Source : REDES 2009

Les besoins estimés sur la base du plan stratégique 2006-2010 étaient de 71 milliards de FCFA pour l'année 2009. Mis en comparaison avec les dépenses effectives (58,7 milliards), on peut dire que 83% des besoins ont été couverts. Le gap était de 12,3 milliards. Alors qu'en 2008, le taux de couverture des besoins était d'environ 52%.

Par ailleurs dans le cadre de la mobilisation des ressources pour le financement du PSN 2011-2015, une analyse des gaps financiers a été réalisée en 2012. Selon les résultats de cette étude, sur un besoin total de 74,76 milliards de FCFA de ressources nécessaires pour l'année 2011, 58,62 milliards ont pu être mobilisés soit un taux de couverture de 78%. Dans ces ressources mobilisées, les partenaires au développement ont contribué à hauteur de 92%.

Objectif 7 : Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement

Objectif 7.1 : *Engagements nationaux et moyens d'action (prévention, traitement, soins et soutien, droits de l'homme, participation de la société civile, genre, programmes sur le lieu de travail, stigmatisation et discrimination, ainsi que suivi et évaluation)*

La période couverte par ce rapport a été marquée par une crise politique qui s'est muée en conflit armé. Cette crise a porté un coup à la réponse nationale face au sida. Elle n'a cependant pas altéré la volonté de la Côte d'Ivoire à faire face à la pandémie. Le sida demeure une priorité sur l'agenda national. Toute la société ivoirienne se mobilise pour la lutte contre le sida.

a) Plan stratégique

Au cours de l'année 2011, la revue finale du plan stratégique 2006-2010 a été réalisée permettant de faire le point sur les principales réalisations et les progrès accomplis sur cette période. Elle a permis de relever les faiblesses à corriger pour une réponse nationale renforcée. Un nouveau plan stratégique couvrant la période 2011-2015 a été élaboré. Ce plan s'appuie sur la nouvelle déclaration d'engagement et guidé par la vision « zéro » de l'ONUSIDA. Plusieurs outils ont été aussi élaborés pour accompagner ce plan à savoir (i) un plan de l'information stratégique 2011-2015, (ii) un plan opérationnel 2011-2013 et (iii) un plan d'appui technique 2011-2013. Un plan de mobilisation des ressources est en cours d'élaboration pour compléter le dispositif opérationnel du PSN.

b) Participation de la société civile

La société civile prend une part active dans la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. Elle est impliquée dans les différents processus et à plusieurs niveaux. Elle est représentée dans plusieurs organes et structures de lutte contre le VIH/sida dont le Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation (GNRSE), la Commission National d'Ethique et de la Recherche en Sciences et de la Vie, le Forum des partenaires, le CCM, le CNLS. Elle est organisée en plate forme des réseaux et faitières intervenant dans la lutte contre le VIH et le sida et les autres pandémies. La société civile a pris une part active dans l'élaboration du plan stratégique national 2011-2015 de lutte contre le sida, dans l'élaboration du plan opérationnel 2011-2013 ainsi que dans l'élaboration du plan de l'information stratégique.

Du point de vue opérationnel, la société civile est le principal acteur dans la mise en œuvre des activités de communication pour le changement de comportement. Elle intervient dans le renforcement de la prise en charge communautaire pour le suivi des malades et la continuité des soins afin de réduire le nombre de perdus de vues. Elle apporte une contribution dans le soutien nutritionnel et alimentaire, juridique et socio-économique visant à l'accompagnement des Personnes infectées et affectées par le VIH pour l'amélioration de leur qualité de vie.

En vue d'accroître les capacités de la société civile dans la réponse nationale, des efforts sont faits depuis 2009. Il s'agit notamment du renforcement des capacités techniques, matérielles et financières et la mobilisation de ressources financières en faveur de la société civile.

Au nombre des difficultés que rencontre la société civile dans sa participation à la réponse, l'on note l'insuffisance de financement, l'absence de synergie dans la coordination des activités et sa faible implication dans les prises de décisions. On relève par ailleurs qu'elle ne bénéficie pas d'appuis techniques adéquats. Les appuis ponctuels des partenaires, ne prennent pas suffisamment en compte le renforcement pérenne de capacité technique et institutionnel de la société civile

c) Soutien politique et leadership

Les deux années couvertes par ce rapport ont été marquées par la crise sociopolitique. Cette situation a quelque peu freiné l'affirmation de l'appui politique. Par exemple les deux sessions du conseil national de lutte contre le sida n'ont pu être tenues. Ces sessions sont le lieu choisi pour discuter des grandes réalisations en matière de lutte contre le sida, des difficultés dans la mise en œuvre de la réponse nationale et de définir les grandes orientations.

Néanmoins des actions ont été posées dans ce sens. C'est par exemple la semaine nationale de la lutte contre le sida organisée en 2010 et 2011. la semaine nationale 2010 a été marquée par les journées scientifiques sur le sida avec une forte participation de l'ensemble des acteurs et la réunion du Forum des partenaires. Quant à la semaine nationale 2011, les principales activités étaient l'ouverture sous la présidence effective de la Première Dame, un atelier de partage des expériences sur les interventions de PTME, une journée de l'entreprise qui a permis de partager les expériences des comités d'entreprises de lutte contre le sida. Par ailleurs, dans le cadre du lancement de la campagne mondiale de lutte contre le sida, des festivités ont été organisées le 1^{er} décembre 2011 dans la capitale politique du pays sous la présidence effective de la Première Dame. Plusieurs acteurs politiques ont été invités pour adresser des messages sur le VIH et le sida. Ce lancement a été précédé de la semaine nationale de conseil et dépistage.

D'autres réalisations au plan politique ont été faites avec l'appui des personnes vivant avec le VIH et des populations clés les plus exposés aux risques d'infection au VIH. On peut citer l'élaboration du plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le sida, les Documents de politiques nationale du PNOEV, du PLS-PHV et du PNPEC (Norme et procédure en Conseil et dépistage, Guide de prise en charge thérapeutique etc.), PNN (Critères d'entrée et de

sortie des programmes d'assistance nutritionnelle et alimentaire dans le contexte du VIH/Sida (2010), Analyse de la Situation de la Prise en Charge Nutritionnelle et de la Sécurité Alimentaire des Personnes Infectées et Affectées par le VIH (PIAVIH) en Côte d'Ivoire (ESNAPOCI)(2011).

d) Droits de l'Homme

Afin de protéger les personnes touchées par le VIH contre la discrimination et la stigmatisation, le gouvernement a élaboré un avant projet de loi relatif à la prévention, la protection et au contrôle en matière de lutte contre le VIH/sida. Cet avant projet sera discuté en Conseil de ministres, soumis à l'assemblée nationale pour adoption avant sa promulgation par le Président de la République.

La loi proposée a pour objet :

- d'établir des mesures préventives, de contrôle et de répression en matière de VIH et de sida en prenant en compte les questions de genre;
- de promouvoir la mise en œuvre d'une prévention, d'une prise en charge efficaces et la recherche des stratégies et des programmes sur le VIH et le sida ;
- de veiller à ce que les droits des PIAVIH soient respectés, protégés et réalisés dans la lutte contre le sida ;
- de stimuler l'adoption de mesures spécifiques au niveau national pour faire face aux besoins des groupes vulnérables ou marginalisés dans le contexte de la lutte contre le sida.

Toutefois, en attendant que cette loi soit votée et promulguée plusieurs textes de portée générale existent comme indiqué dans le rapport UNGASS 2010.

S'agissant spécifiquement des violences faites aux femmes et celles victimes d'agressions sexuelles, des lois et règlements existent. C'est notamment la Loi n° : 98-757 du 23 décembre 1998 portant répression des mutilations génitales féminines et la Loi n° 81-640 du 31 juillet 1981 portant institution du code pénal. Des dispositions de ces lois permettent la répression des atteintes à l'intégrité physique morale et sexuelle (répression du viol, violence et voies de fait, répression de l'incitation à la ébauche etc.)

Par ailleurs, afin de garantir un accès équitable aux services, la Côte d'Ivoire a opté pour la la gratuité de la prise en charge médicale (Conseil et dépistage, PTME, ARV, Bilans biologiques, PCR etc) et l'extension de la couverture nationale en services de prévention et de prise en charge.

Les difficultés en matière de respect des Droits de l'Homme sont l'inexistence de centres de veille pour la lutte contre la stigmatisation, l'insuffisance de promotion autour des centres d'écoute pour la prise en charge des personnes stigmatisées, le manque de suivi des activités qui font la promotion des droits de l'Homme.

e) Prévention

Des progrès ont été réalisés depuis 2009 dans le domaine de la prévention. Ces progrès portent essentiellement sur le conseil et dépistage, la Prévention de la Transmission Mère - Enfant, la mobilisation de la société civile autour de l'abstinence et la fidélité, du port correct et systématique du préservatif, de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes touchées par le VIH.

En matière de conseil et dépistage, les efforts ont porté sur l'augmentation de l'offre de service de conseil et dépistage; (ii) la mise en place d'un algorithme simplifié de dépistage par piqure au bout du doigt (iii), la diversification du personnel de santé apte à réaliser le dépistage, (iv) le développement de stratégies nouvelles de dépistage. Ainsi à la fin 2010, on dénombrait 738 sites de conseil et dépistage.

Au niveau de la PTME, le nombre de sites offrant les services PTME est passé de 554 en 2009 puis à 633 en 2010, dépassant ainsi la cible de 537 sites prévus en 2010. Toutes les 20 régions sanitaires et les 79 districts sanitaires offrent des activités de PTME.

Au niveau des activités communautaires faisant la promotion de l'abstinence et la fidélité, du port correct du préservatif, on a assisté à une intensification des activités à l'endroit des jeunes notamment des jeunes non scolarisés avec le « projet Côte d'Ivoire Extended Response to Aids » de CIERA/PEPFAR. Cependant, il faut signaler que la crise a entraîné la rupture de financements et la fermeture de certains programmes.

f) Traitement, soins et accompagnement

On note un renforcement et un accroissement de l'offre de service de prise en charge globale, une amélioration de l'accès au traitement ARV et la prise en charge des Infections Opportunistes (IOs). Le nombre de sites de prise en charge est passé de 359 en 2008 à 404 en 2009 puis à 477 en 2010. Parallèlement, une augmentation du nombre de personnes sous traitement a été observée. De 48% en 2009¹⁰, le pourcentage de personnes éligibles au traitement et qui en bénéficient est passé à 71% en 2010.

Toujours dans le cadre du traitement, on note la mise en place d'un système de suivi des ARV, le renforcement de l'approche district dans la prise en charge des PVVIH avec l'appui à la micro planification.

Des faiblesses ont été identifiées lors de l'élaboration du PSN 2011-2015 au niveau du traitement. Il s'agit notamment de la faible qualité des services qui 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.

En matière de soins et soutien, on assiste à une intensification des interventions en direction des OEV et PVVIH (Projet CIERA/PEPFAR).

¹⁰ Rapport annuel 2009 sur le Sida

Le rapport annuel de la réponse nationale 2010 indique une augmentation du nombre des OEV pris en charge qui est passé de 92 480 OEV en 2008 à 116 500 en 2009. Sur la base de ces informations, 26% d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables, âgés de moins de 18 ans, vivant dans des foyers ont bénéficié d'offre de service (soutien scolaire, soutien nutritionnel, prise en charge médicale, soutien juridique, soutien socio-économique, etc.). Ce pourcentage est loin des cibles identifiées au niveau national, soit 40% en 2008 et 60% en 2010.

Les insuffisances à corriger dans ce domaine sont la faiblesse des ressources financières et humaines pour améliorer l'offre et la qualité des services en direction des OEV, amélioration de la prise en charge communautaire au regard des standards de qualité par le renforcement des capacités des intervenants.

g) Suivi et Evaluation

Le pays dispose d'un plan national de l'information stratégique 2011-2015. Il a été élaboré à la suite de la formulation du PSN 2011-2015. Son élaboration a suivi un processus participatif avec l'implication des organisations de la société civile, des partenaires au développement et des acteurs des secteurs public et privé. Ce plan contient un cadre de performance pour le suivi de la mise en œuvre du PSN. Il est budgétisé, avec une stratégie de collecte et d'analyse des données qui prend en compte (i) le suivi régulier des programmes, (ii) les études de comportement, (iii) la surveillance du VIH, (iv) l'évaluation et la recherche. Il comporte également (v) un ensemble normalisé d'indicateurs, (vi) des directives sur les instruments de collecte des données, (vii) une stratégie pour évaluer la qualité des données en termes de validité et de fiabilité, (viii) une stratégie d'analyse des données, et (ix) une stratégie de diffusion et d'utilisation des données.

En outre, il existe une entité représentative dénommée Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation (GNRSE) qui coordonne les activités de suivi et d'évaluation. Ce groupe comprend, en plus de la partie nationale et des partenaires au développement, la société civile représentée par le Conseil des Organisations de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI) et le Réseau Ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH (RIP+) ainsi que le secteur privé à travers la Coalition des Entreprises privées de Côte d'Ivoire contre le VIH/sida (CECI). Sous la supervision de ce groupe, le pays publie au moins une fois par an un rapport de suivi et d'évaluation sur le VIH.

En plus du rapport national, les principales réalisations en matière de suivi-évaluation portent sur (i) la revue finale du PSN 2006-2010, (ii) l'élaboration du Plan National de l'Information Stratégique, (iii) l'élaboration du rapport annuel 2009 et 2010, (iv) l'élaboration du rapport UNGASS 2010, (v) le renforcement des capacités en matière de suivi-évaluation au niveau central et au niveau décentralisé, (vi) la révision des indicateurs de suivi-évaluation en 2010, (vii) la révision des outils de collecte en 2010.

Toutefois des difficultés majeures persistent à savoir la faible disponibilité des données récentes et de qualité du fait de l'irrégularité de leur collecte, de leur faible complétude et des difficultés de gestion, ainsi que de leur faible utilisation pour la prise de décision. En

conséquence la planification et les décisions ne sont pas basées sur les faits et donc ne permettent pas l'utilisation efficiente des ressources. De même, l'insuffisance en nombre et en compétence des ressources humaines impliquées dans le S&E, contribue de la faiblesse du système.

Objectif 7.2 : *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*

Les données disponibles sur les violences faites aux femmes sont celles de l'étude conduite en 2008 par le Ministère de la Famille, de la femme et des Affaires Sociales dans 8 départements (Bouaké, Daloa, Danané, Duekoué, Guiglo, Man , Korhogo et Yamoussoukro). 8 234 femmes dont l'âge était compris entre 10 et 49 ans ont été interrogées. 90% des femmes ont affirmé avoir subi au moins une violence au cours de leur vie. S'agissant des violences au cours des 12 derniers mois qui ont précédé l'enquête, 4,8% ont été victime viol et 2,8% ont affirmé voir été victime d'attouchements sexuels.

Objectif 7.3 : *Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans**

Le taux de fréquentation scolaire des orphelins âgés de 10 à 14 ans en 2008 était de 35,7% selon les estimations de l'Institut National de la Statistique (source, rapport UNGASS 2008).

Objectif 7.4 : *Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre.*

Il n'y a pas de données disponibles pour cet indicateur.

IV- MEILLEURES PRATIQUES

➤ *Développement d'un leadership national*

Afin d'amener les institutions nationales à travailler en synergie pour plus d'efficacité, les ministères impliqués dans les activités VIH (MLS, MSHP, MFFAS, MEN) ont participé à un Programme de Développement de Leadership. Ce processus leur a permis de dégager une mission commune qui est de « **Produire des informations stratégiques de qualité en temps réel et de façon continue pour une prise de décision en matière de VIH** » avec comme vision commune « *D'ici 2013, les organes de suivi évaluation des différents ministères collaborent et produisent des informations stratégiques de qualité, disponibles, accessibles et utilisées par tous les acteurs pour réduire la prévalence du VIH en Côte d'Ivoire* ». Pour atteindre cette vision ces ministères ont défini et exécuté un plan de travail commun qui a permis de produire un dictionnaire national des indicateurs VIH et de désigner le responsable pour leur collecte. Sur la base de ce dictionnaire national, tous les outils de collectes de données VIH ont été révisés, harmonisés et validés par l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH.

➤ *Implication des autorités déconcentrées dans la gestion des activités de lutte contre le sida*

Face aux défis de la coordination de la lutte contre le sida au niveau décentralisé, le Projet d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PUMLS) en Côte d'Ivoire, financé depuis Octobre 2008 par la Banque Mondiale, a développé une stratégie d'intervention visant à renforcer le leadership des Comité Régionaux de Lutte contre le sida (CRLS) dans la coordination des activités de lutte contre le VIH/Sida dans ses 4 régions d'intervention.

La stratégie a débuté par la réalisation d'une analyse de la situation ayant permis d'évaluer les besoins du fonctionnement de la coordination au niveau régional et l'appui à l'élaboration des plans régionaux de lutte contre le sida. Dans chaque région d'intervention, il a été mis en place un comité Régional d'Approbation des projets (CRA) présidés par les CRLS pour la sélection des projets de lutte contre le sida au niveau régional. Au total, sur 330 projets soumis par les structures, 72 ont été ainsi sélectionnés et recommandés pour financement auprès du PUMLS.

Cette stratégie a permis l'implication réelle des autorités déconcentrées à travers le CRLS dans la mise en œuvre des projets au niveau régional, dans le suivi, la supervision et l'évaluation finale des projets exécutés dans leur zone géographique. Des rencontres régulières des CRLS sur la base des rapports régionaux VIH/sida ont également favorisé la complémentarité et la synergie des interventions, la collaboration multisectorielle décentralisée et la prise de décision efficace pour améliorer les interventions de lutte contre le sida au niveau régional.

➤ *Mise en place des normes ou standards de qualité dans l'offre de services de prévention et de prise en charge.*

Depuis 2008, University Research Company (URC) travaille sur le Projet d'amélioration des Soins de Santé de USAID et apporte un appui technique aux Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida et celui de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales. Ainsi, les quatre projets suivants ont été développés par URC : projet ARV- PTME, projet OEV, projet Prévention et projet Laboratoire. La mise en place de ces projets a donné quelques résultats suivants :

- projet ARV- PTME : des Equipes d' Amélioration de la Qualité (EAQ) ont été mise en place. Le pourcentage des patients sous traitement ARV perdus de vue a été réduit sur les sites et est passé de 45% en juillet 2008 à 16% en décembre, le pourcentage des enfants nés de mères séropositives, qui sont testés a augmenté progressivement pour atteindre 73% en décembre 2010 (source : Amélioration de la qualité des soins et services en Côte d'Ivoire, URC novembre 2011) ;
- projet OEV : des Equipes d' Amélioration de la Qualité (EAQ) ont été mise en place avec des standards d'activités, le niveau de vie des OEV s'est amélioré dans tous les domaines (source : Amélioration de la qualité des soins et services en Côte d'Ivoire, URC novembre 2011) ;
- projet Prévention : un document de norme sur les programmes d'éducation par les pairs a été validé en février 2011.
- projet Laboratoire : 25 laboratoires ont été impliqués dans le projet d'accréditation des laboratoire au moyen de la norme ISO 15189. Ainsi à l'issue de l'évaluation de base de mai 2010, on note une amélioration de la conformité des différents domaines techniques dans ces laboratoires en 2010 (source : Amélioration de la qualité des soins et services en Côte d'Ivoire, URC novembre 2011).

➤ *Implication de la société civile dans l'élaboration du PSN 2011-2015*

L'élaboration du PSN 2011-2015 s'est voulu un processus très participatif qui a vu l'implication effective de tous les acteurs de la lutte dont la société civile. Les acteurs de la société se sont approprié le processus et animé les discussions sur la gouvernance de la riposte nationale. Cette appropriation a permis de bien identifier et de prendre en compte les besoins de la société dans le PSN. Le PSN consacre un volet sur les systèmes communautaires avec des activités ciblées.

V- 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 culture de l'information sanitaire : Elle est en partie à l'origine de la faible disponibilité des données récentes et de qualité du fait de l'irrégularité de leur collecte, de leur faible complétude et des difficultés de gestion, ainsi que de leur faible utilisation pour la prise de décision. En conséquence la planification et les décisions ne sont pas basées sur les faits et donc ne permettent pas l'utilisation efficiente des ressources. De même, l'insuffisance en nombre et en compétence des ressources humaines impliquées dans le S&E, contribue de la faiblesse du système. Les actions majeurs entreprises pour résoudre ces problèmes sont le renforcement des capacités des acteurs impliqués dans le suivi évaluation et l'extension des unités de suivi évaluation dans certaine régions.

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 de 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.

VI- SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT (SI APPLICABLE)

Les partenaires au développement apportent un soutien important au pays dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national 2006-2010 dont les interventions visent l'atteinte des objectifs UNGASS. Ces soutiens se présentent sous forme d'appui technique et financier. En dehors des appuis toujours importants que les partenaires apportent à la

réponse national, certains soutiens spécifiques sur la période 2010 et 2011 ont été enregistrés et porte sur la réalisation de l'Enquête démographique et de santé et l'élaboration du plan stratégique 2011-2015.

Soutien à la réalisation de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSCI-III).

La Côte d'Ivoire a réalisé, en 2005, une enquête sur les indicateurs du SIDA. Cette enquête, bien que focalisée sur la production des indicateurs du sida, a permis d'estimer certains des indicateurs démographiques clés. Cette ouverture était motivée par le fait qu'aucune Enquête Démographique et de Santé (EDS) n'a été réalisée depuis 1998. Par ailleurs, la crise militaro-politique que le pays a subi a entraîné une modification profonde des conditions de vie des populations. Dans ces conditions, disposer d'un profil démographique et de santé y compris l'actualisation des indicateurs VIH permettrait non seulement de mieux apprécier la situation démographique et de santé, mais également d'identifier les domaines qui ont besoin d'interventions de façon immédiate et de planifier sereinement la reconstruction.

Ainsi, le pays a décidé de réaliser la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDSCI-III). Le processus est lancé depuis 2011 et est à la phase de collecte des données. Il bénéficie du soutien des partenaires notamment le PEPFAR, l'UNICEF à travers un financement de l'UE, l'ONUSIDA, le PUMLS, l'UNFPA, le FM. Ces partenaires financent la quasi totalité du budget de l'EDSCI-III qui se lève à environ X milliards de FCFA.

Soutien à l'élaboration du PSN 2011-2015.

Après la mise en œuvre du PSN 2006-2010, le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), a commandité l'élaboration du PSN 2011-2015. Ce PSN a été élaboré grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs et décideurs nationaux du Secteur Public, de la Société Civile, du Réseau des PVVIH, du Secteur Privé, et avec l'appui des Partenaires au développement. L'appui des partenaires (**BM, PNUD, ONUSIDA, PEPFAR, PUMLS, UNFPA**) a porté sur la mise à disposition des experts nationaux et internationaux pour conduire le processus, le financement des ateliers.

VII- 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 responsables des Centres de Surveillance Epidémiologique (CSE) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et les données non santé, par les chargés de suivi-évaluation des secteurs publics et privés et de la société civile (ONG, OBC), des Comités villageois, communaux, 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.

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. C'est également à ce niveau que sont conduites toutes les études d'impact et d'appui technique à la lutte contre 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 analysé 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 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.

A ces problèmes, il faut ajouter la multiplicité et la complexité des outils de collecte; d'où la réticence de certains personnels de santé à collecter les données en rapport avec le VIH/sida considéré comme un programme à part.

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.

CONCLUSION

En dépit de la situation de crise que le pays a traversé durant les années 2010 et 2011, des résultats encourageants, notamment en matière de prévention, de prise en charge et surtout de traitement ARV ont été obtenus.

La contribution de la société civile à la réponse nationale a été significative. Elle a pris une part active dans l'ensemble des processus qui ont été conduits au cours de ces deux années. Elle a joué un rôle prépondérant dans le soutien communautaire, surtout en matière d'observance thérapeutique et aussi de lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le respect des Droits Humains.

L'appui des partenaires techniques et financiers a été déterminant et a permis d'atténuer les effets néfastes de la crise sur le dispositif de la réponse nationale. Ils ont soutenu toutes les activités qui ont été mise en œuvre au cours de ces deux années.

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 2011-2012, 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.

L'appropriation de la réponse nationale n'a pas été facilitée par la trop grande dépendance aux financements extérieurs. La part du Budget national consacré à la santé est restée inférieure à 5%¹¹ dont moins de 0,25% est affectée à la lutte contre le sida.

¹¹ World Health statistics 2010, OMS

ANNEXES

ATELIER DE VALIDATION NATIONALE DU RAPPORT GARP 2012, LE JEUDI 29 MARS 2012

N°	Nom et prénoms	Structure	Contact	
			Tel./cel.	E-mail
1	ADANHO COMLAN	MSLS/DPSES	09 28 74 63	acomthe@yahoo.fr
2	ANOH SERGES	ALLIANCE-CI	22 52 85 70	serganoh@alliancecotedivoire.org
3	BARRY ISMAHEL ABDOUL	PUMLS	07 47 30 78	ismbarry@yahoo.fr
4	BEHIBRO ROSTAND	PNPEC	01 07 25 29	behibro@yahoo.fr
5	BINTOU SANOGO	REPMASCI		bintoufr1107@yahoo.fr
6	COULIBALY ISSOUFOU	RIP+	05 31 82 79	icoul@yahoo.fr
7	DALI AME SERGE	HAI-CI	65 10 62 08	serge.dali@hai-ci.org
8	DATE ADAMAN OUATTARA	MSLS	03 42 07 41	
9	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	47 31 93 70	ebye@un aids.org
10	ESSIS LORNG J.C.	MSLS/DPSES	40 41 95 00	
11	GUELLA MICHEL	MSLS/DPSES	07 15 96 76	michel_guella@yahoo.fr
12	KADIO AKA	MSLS/DPSES	40 41 98 52	kadiojanvieraka@yahoo.fr
13	KOUADIO BAH ARNAUD	MEASURE EVALUATION	22 52 67 80	arnaud.kouadiobah@measure-jsi.fr
14	LAFIWU OKUNLOLA	MSLS/DC-PNN	07 98 97 35	olafiwu@yahoo.fr
15	SEKA FRIDA	COSCI	07 69 15 26	sekafrida2001@yahoo.fr
16	SIHI HYPPOLITE	MSLS/DPSES	20 33 80 00	sihi_hyppolite@yahoo.fr
17	TCHODO MARCEL	CECI	04 85 03 01	tchodoj@yahoo.fr
18	TIA YAO GBOKO	MSLS/DPSES	08 77 37 70	tiayao@yahoo.fr
PERSONNEL D'APPUI				
19	BILE MADELEINE	MSLS/DPSES	05 87 31 13	bilemado@yahoo.fr
19	NEBOUT ALFRED	MSLS/DPSES	01 98 34 35	frednebout@yahoo.fr