



REPUBLIQUE DE DJIBOUTI

Unité-Egalité-Paix

**RAPPORT D'ACTIVITE SUR LA RIPOSTE AU SIDA A
DJIBOUTI
2012**



CTISLTP

TABLE DES MATIERES

Introduction	5
I. Aperçu de la situation	6
a) a) Degrés de la participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport	6
b) b) Situation actuelle de l'épidémie	7
c) c) Riposte au plan politique et programmatique	9
d) Récapitulatif des indicateurs	12
II . Analyse de la situation épidémiologique	14
II.1. Vue globale de l'épidémie du VIH	14
II.2. Analyse des tendances de l'épidémie de VIH à partir des groupes de population : Hétérogénéité de l'infection par le VIH sur différents aspects	15
II.3 .Surveillance comportementale	23
II.4.Analyse des modes de transmission du VIH	24
III. Riposte nationale de la lutte contre le vih/sida	25
I.1.But 1 : Réduire l'incidence du VIH par la mise en œuvre et la décentralisation des programmes de prévention	25
I.2. But 2 : Améliorer la prise en charge médicale des PVVIH	29
I.3.But 3 : Réduire les déterminants de la vulnérabilité et la précarité des PVVIH et leur famille	31
IV. Meilleurs pratiques	33
V. Principaux obstacles et mesures correctives	33
V.1. Principaux obstacles	34
V.2. Mesures correctives	35
V.I Soutient des partenaires du développement	35
V.I.1. La banque Mondiale	35
V.I.2. Le Fonds Mondial	36
V.I.3. Le système des Nations Unis	36
V.I.4.Les partenaires bilatéraux	37
V.II. Suivi et évaluation	38
V.II.1.Points forts du système de S&E	38
V.II.2.Points faibles du système de S&E	38
V.II.3.Renforcement du système de S&E	39

LISTE DES ABREVIATIONS

ABC: Associations à base communautaire
AE : Agence d'encadrement
AFD: Agence Française de Développement
AGR : Activités Génératrices de Revenus
APS : Accompagnateurs Psychosociaux
ARV : Antirétroviral
CAMME : Centrale d'Achat des Médicaments et Matériels Essentiels
CCMI : Comité de Coordination Multisectorielle Inter partenariale
CDC : Centre de Développement Communautaire
CDV : Conseil Dépistage Volontaire
CPN : Consultation Périnatale
CRIS : Country Response Information System
CSLP : Cadre Stratégique de lutte contre la pauvreté
CTILSPT: Comité technique interministériel de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose
CYT : Centre Yonis Toussaint
DASAP : Dispositif d'Appui Social Accéléré pour les personnes Vivant avec le VIH
DSME : Direction de la Santé de la Mère et l'Enfant
EDIM : Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples
ETB: Tuberculose Extra-Pulmonaire
FNUAP: Fonds des Nation Unies pour la Population
HCR: Haut Commissariat aux Réfugiés
HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes
IGAD : Autorité Intergouvernementale pour le Développement
INDS : Initiative National pour le Développement Social
IOs : Infection Opportuniste
ISS : Institut Supérieur des Sciences de la Santé
IST : Infection Sexuellement Transmissible
MENA : Moyen Orient et de l'Afrique du Nord
OEV : Orphelin et autres Enfants Vulnérables
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA: Programme Commun des Nations Unis sur le VIH/SIDA
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCR : Polymerase Chain Reaction
PEC : Prise en Charge
PIJ : Points d'Information Jeunes
PLS/Santé : Programme de Lutte contre le Sida du ministère de la santé
PNUD: Programme des Nations Unis pour le Développement
PS : Professionnelles du Sexe
PTPE : Prévention de la Transmission Parent Enfant du VIH sida
PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH
S&E: Suivi et Evaluation

SE: Secrétariat Exécutif

SIDA: Syndrome d'Immunodéficience Acquis

SNU : Système des Nations Unies

SR : Santé de la Reproduction

TARV : Traitement Antirétroviral

TB : Tuberculose

UAIC : Unité d'Appui aux Interventions Communautaires

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH: Virus d'Immunodéficience Humaine

Introduction

Conformément à ses engagements pris au niveau international, la République de Djibouti élabore son rapport d'activité sur la riposte nationale à l'épidémie du VIH/SIDA pour l'année 2012.

En effet, suite à l'Assemblée générale des Nations unies sur le Sida de l'année 2001, les États membres ont adopté la première déclaration politique contenant de nouveaux objectifs pour une riposte efficace à l'épidémie du VIH/Sida. Cette déclaration politique visait à encourager les pays vers un engagement politique national de haut niveau avec un cadre d'action multisectoriel pour le renforcement des interventions de lutte contre l'épidémie et l'atteinte des OMD en particulier le sixième et rendre compte des progrès accomplis dans la poursuite de ces nouveaux engagements. Cet engagement a été renouvelé en 2006 avec comme but l'accès universel aux services VIH et en juin 2011, les pays dont Djibouti ont adhéré à la déclaration politique visant l'intensification de la lutte contre le VIH et SIDA ainsi qu'à la résolution du Conseil de sécurité.

Pour ce faire, le pays a mis sur pied un comité de rédaction multisectorielle composé de représentant de l'ensemble des secteurs intervenants dans cette problématique. Ce comité a été placé sous l'égide du Secrétariat Exécutif de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose avec l'appui de deux consultants financés par l'ONUSIDA.

Ce présent rapport est élaboré à partir des données les plus récentes du pays pour proposer une analyse exhaustive de l'épidémie du VIH et Sida et de la riposte. Il est assorti de feuilles de résultats contenant des informations sur les questions clés qui touchent la riposte au VIH et Sida.

La République de Djibouti a élaboré son Plan Stratégique de lutte contre le VIH avec l'engagement ferme de réduire la prévalence du VIH, d'atteindre l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui psychosocial. Cet engagement à lutter contre l'infection par le VIH s'inscrit donc dans une perspective plus globale qui envisage d'harmoniser le Plan Stratégique de réponse au VIH avec les autres grandes initiatives telles que l'Initiative Nationale de Développement Social, ou le plan National de Développement Sanitaire. Ce plan stratégique 2012-2016 s'articule autour de quatre axes de résultats :

- La réduction de nouvelles infections au VIH de 50% d'ici 2016
- L'élimination de la transmission du VIH et SIDA de la mère à l'enfant
- L'Amélioration de la qualité de vie des PVVIH avec 80% qui sont sous traitement antirétroviral
- La coordination, la gouvernance, la gestion et le suivi évaluation de la réponse nationale efficiente

Cet engagement global rencontre ainsi effectivement les objectifs du Millénaire et la stratégie envisagée respecte les « Trois Principes » de l'ONUSIDA et sa vision de zéros nouvelles infections, Zéros décès liés au VIH et Zéros discrimination.

A Djibouti les interventions de la lutte contre le VIH et SIDA ont connu des difficultés notoires durant la période 2008-2011. En premier lieu il faut souligner les réductions budgétaires qui ont débuté après la clôture en juin 2008 du financement de la Banque mondiale (MAP) mis en œuvre depuis 2003. Cette situation a été aggravée depuis juin 2009 par des retards dans la reconduction du projet financé par le Fonds Mondial notamment la phase II du Round 6. Cela a occasionné une réduction d'environ 60 % du Budget alloué à la riposte nationale et provoqué la diminution considérable de certaines activités clés comme en témoignent la baisse de certains indicateurs.

Toutefois il nous paraît important de signaler en toute objectivité qu'en dépit des difficultés que Djibouti rencontre vis-à-vis de la gestion de la lutte contre le VIH et de la diminution des ressources financières, les activités essentielles de prévention, de prise en charge médicale et sociale des personnes infectées et affectées par le VIH et Sida ainsi que la prévention de la transmission de l'infection par le VIH des parents à l'enfant (PTPE) ne se sont pas interrompues malgré un affaiblissement certain du dynamisme des équipes nationales.

Dans un premier temps, un aperçu de la situation du VIH et Sida à Djibouti en mettant en exergue la participation des acteurs clés à la rédaction de ce rapport sera abordé, puis la situation actuelle de l'épidémie ainsi que les résultats de la riposte mise en œuvre au plan politique et programmatique pour y répondre. Ensuite pour illustrer les résultats un récapitulatif des indicateurs seront présentés sous forme de tableau.

Par la suite, ce présent rapport abordera un aperçu de l'épidémie du VIH et Sida à Djibouti qui traitera de la prévalence sur la base de la surveillance sentinelle initiée depuis 2006.

Cela étant, il sera question de la riposte nationale à l'épidémie qui reflétera les changements apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme en se focalisant sur les aspects de préventions, de soins, de traitement et de soutien, connaissances et changements intervenues dans les comportements et l'atténuation de l'impact du VIH.

Aussi, le comité communiquera les meilleures pratiques ou leçons apprises dans le pays à travers la mise en œuvre des interventions de lutte contre le VIH et Sida afin de pouvoir bâtir sur ces acquis dans les années à venir.

Néanmoins, le rapport étayera les principaux obstacles et mesures correctives appliqués à la lutte contre le Sida à Djibouti. Il sera également fait mention du soutien que Djibouti reçoit de ces partenaires au développement au plan bilatéral et multilatéral.

Le présent rapport sera clôturé par un aperçu sur le système de Suivi et Evaluation du pays qui sera présenté dans sa globalité en s'attardant sur ses forces et faiblesses.

I. Aperçu de la situation

a) Degrés de la participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

A l'instar des autres pays, pour élaborer son rapport d'activité sur la riposte au VIH/SIDA 2012, les autorités Djiboutiennes ont mis en place un comité de rédaction sous l'égide de l'organe de coordination technique de la réponse nationale en l'occurrence le Secrétariat Exécutif du comité intersectoriel de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose.

En effet depuis décembre 2011, un planning des activités est mis en place pour mener à bien cet exercice de portée nationale :

- Création du comité de rédaction :
Ce comité a regroupé l'ensemble des secteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA pour prendre part à la préparation et l'élaboration du présent rapport. En effet, il fut composé de représentants de la riposte nationale du secteur de la santé, les représentants des autres départements ministériels tels que l'éducation, la promotion de la femme ainsi que les représentants des agences du système des Nations Unies par le biais de l'équipe conjointe sur le VIH et SIDA, les coopérations bilatérales ainsi que la société civile. Ce dernier secteur fut représenté par une agence d'encadrement, le réseau des personnes vivantes avec le VIH/SIDA et deux associations impliquées dans le Dispositif d'Appui Social Accéléré aux Personnes vivantes avec le VIH/SIDA.
- Formation de l'équipe nationale, cette formation a été facilitée par l'équipe du siège de l'ONUSIDA:
Les membres du comité ont suivi une formation à distance sur la compréhension des indicateurs sur leurs méthodes de calcul. Cet exercice a été enrichissant et les a dotés de compétences pour mieux appréhender le travail de terrain.
- Recrutement de deux consultants nationaux :
L'équipe de rédaction a été renforcée par deux consultants nationaux en charge de la collecte de données et de l'interprétation et analyse des résultats ainsi que de la rédaction du rapport.

- Etablissement d'une matrice des indicateurs à collecter :
Pour rendre l'exercice participatif, une matrice des indicateurs avec les responsables de collecte a été mise en place, ainsi chaque membre du comité en fonction de leurs domaines de compétences s'est vu impliqué dans la collecte de données.
- Revue documentaire et exploitation des bases de données :
 - Des études comportementales réalisées en 2010 auprès des jeunes.
 - Revue du PSN 2008-2012
 - Rapport sur l'accès universel
 - Rapport Surveillance Sentinelle 2010
 - Enquêtes jeunes CAP 2010
 - Enquête CAP populations générale 2007
- Synthèse des données disponibles et calcul des indicateurs du rapport UNGASS
- Atelier de validation des données de la surveillance épidémiologique en janvier 2010.
- Atelier de validation national du rapport UNGASS, qui s'est déroulé le 29 Mars 2012, au centre Kulan. Il a permis de corriger le rapport par rapport aux commentaires et suggestions des participants.



a) Situation actuelle de l'épidémie

L'analyse de la situation épidémiologique montre une prévalence généralisée avec un taux de 2,5%. En effet, on observe une tendance à la stabilisation de l'épidémie à VIH depuis 2003, dans une fourchette de prévalence située entre 2% et 3 %.

Il apparaît une féminisation de l'épidémie avec un nombre de femmes adultes infectées par le VIH qui est de 5378 tandis que celui des hommes est de 4173 alors que les femmes représentent 44% de la population totale de Djibouti (Recensement de la population, 2009).

Le sexe ratio de la prévalence pour les jeunes de 15 à 24 ans (Femme/Homme) est de 2,4 laissant présager ainsi une ampleur de nouvelles infections plus élevée chez les filles que chez les garçons.

On observe lorsqu'on procède à une analyse approfondie des taux de prévalence chez les femmes enceinte, une hétérogénéité de l'épidémie, essentiellement concentrée dans la tranche d'âge de 20 à 34 aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Cette population représente 52% de la population âgée de 15 à 49 ans.

En 2010, la prévalence chez les donneurs de sang est en hausse et atteint le 1% alors que l'objectif du Plan stratégique national est de ramener ce taux à au moins 1% d'ici 2012.

Cette hausse pourrait s'expliquer par le type de don de sang, le profil des donneurs et le contexte global de l'évolution de l'épidémie à Djibouti.

La prévalence du VIH chez les patients tuberculeux de 15-49 ans, toutes formes cliniques confondues étaient de 13,6% en 2010, 10,0% en 2009 versus 13,7% en 2008 et 14,3% en 2007. Il est à constater que cette prévalence est constamment supérieure à 10 % !

Il y a quelques données incontournables relevées par cette revue:

- la transmission du VIH est essentiellement hétérosexuelle (83,5%).
- la transmission mère-enfant: 1,7% des cas notifiés.
- la transfusion sanguine: 0,3%.
- les cas notifiés de la transmission homosexuelle est bisexuelle représentent 0,2%; pour (14,2%) des cas notifiés le groupe de transmission n'a pas été précisé.
- la grande majorité de cas ont été notifiés à Djibouti-ville : 98,7% vs 1,3% dans les districts.

La prévalence chez les travailleuses du sexe reste très élevée. Ce qui permet de qualifier l'épidémie à Djibouti de « mixte » avec une concentration chez certains groupes à comportement à risque, comme les travailleuses de sexe et leurs clients. La séroprévalence du VIH était de 15, 4% en 2009 versus 20,3 % en 2008 (la différence est statistiquement non significative).

Plusieurs sources confirment la présence des Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH) avec des dénominations locales qui ne font pas le consensus jusqu'à présent. Une des sources est constituée par les médecins ayant des HSH dans leur file active, selon la déclaration spontanée des personnes. Il y a aussi les sources des cinq (5) informateurs-clés interrogés jusqu'ici.

Dans cette catégorie, on observe une grande conscience du risque personnel doublée de la peur de l'épidémie. Il est hautement probable que le pourcentage rapporté pour la transmission hétérosexuelle soit surestimé. Par ailleurs, outre les 0,2% des HSH qui ont osé, malgré la peur voire la terreur d'une éventuelle « vindicte populaire », déclarer leur orientation homosexuelle ou bisexuelle, il est vraisemblable que parmi les 15,9% de cas notifiés non-précisés, on trouve également des homosexuels et des bisexuels.

Selon les données comportementales recueillies en 2010, la proportion des jeunes utilisant un préservatif, lors des premiers rapports sexuels, est en nette diminution (18 % en 2010 dont 22% de garçons et 13 % contre 29 % en 2005 dont 30 % de garçons et 24 % de filles). Il apparaît également une différence pour cet indicateur entre les régions (13%) et la ville de Djibouti (25%).

Le multipartenariat sexuel chez les jeunes est en nette régression par rapport à 2005, car la proportion des jeunes déclarants avoir des rapports sexuels avec plus d'un partenaire est de 15% en 2010 contre 38 % en 2005. Il y a lieu de souligner en outre que cette pratique est plus prononcée à Djibouti-ville (19.4 %) que dans les régions (11.4%), chez les jeunes garçons (17.5%) que chez les jeunes filles (11 %). On constate une moindre utilisation du préservatif chez les filles avec des partenaires occasionnels (24.5% contre 35.9% chez les garçons). Aussi, il en ressort que l'initiative d'utilisation du préservatif est plus du ressort des jeunes garçons (80% par les garçons contre 41 % contre 41 % par les filles). Cela traduit le faible pouvoir de négociation chez les filles sur leur sexualité.

On constate en outre que la pratique des rapports sexuels payants chez les jeunes est en nette diminution (3.7 % en 2010 contre 15.5% en 2005). Concernant l'accessibilité et la disponibilité du préservatif masculin, on constate que seuls 32% des jeunes savent (en 2010) où se procurer un préservatif contre 66% en 2005.

Lorsqu'on analyse les modes de transmission du VIH, la distribution des nouvelles infections se caractérise comme ci-après :

- **36,48%** de nouvelles infections surviennent dans les couples stables au sein desquels un des partenaires est infecté par le VIH ;
- 23,96% de nouvelles infections proviennent des personnes qui ont des rapports hétérosexuels occasionnels (multi partenariat sexuel) et 11% de leurs partenaires ;
- Les travailleuses de sexe, leurs clients ainsi que les partenaires des clients contribuent à 21% de nouvelles infections ;
- 5% des individus à haut risque (TS, clients des TS et leurs partenaires, hommes à haut risque et partenaires) contribuent à 27% de l'incidence totale parmi les adultes, et
- Les nouvelles infections dues à la transfusion sanguine sont marginales : 0,3% (donnée similaire à celle de la notification des cas d'infection à VIH en 2010).

b) Riposte au plan politique et programmatique

- Sur le plan politique

Sur le plan national, que l'engagement politique et juridique de la République de Djibouti paraît le plus innovateur. En effet, en s'engageant à lutter à la fois contre l'épidémie elle-même et contre la stigmatisation des PvVs, mais également contre la discrimination des groupes prioritaires les plus vulnérables au VIH, le gouvernement djiboutien choisi de prendre une position forte qui se distingue au regard de bien d'autres pays d'Afrique et du moyen orient. L'article de Loi n° 174/AN/07/5^{ème} publiée dans le Journal Officiel de la République de Djibouti est, en effet, révélatrice du souci profond des plus Hautes Autorités du pays d'agir non seulement sur la situation des personnes infectées et affectées par le VIH/Sida, mais encore « sur les difficultés particulières des personnes les plus démunies et des groupes vulnérables, notamment les mineurs, les handicapés, les travailleurs du sexe, les femmes et les détenus » (Art 5).

L'Article 8 stipule quant à lui et de façon tout à fait remarquable : « Toute personne malade, handicapée ou appartenant à un groupe vulnérable a droit d'obtenir aide et assistance et de recevoir les moyens nécessaires pour mener une existence conforme à la dignité humaine ».

Mais l'engagement le plus récent et non des moindre concernent celui du président de la république de Djibouti son excellence Ismael Omar Guelleh qui par la signature de l'initiative présidentielle « PTPE + » traduite en une circulaire présidentielle plaçant ce programme comme priorité nationale a engagé le pays dans le renforcement du programme PTPE dans le but ultime de faire de Djibouti un pays indemne de transmission du VIH/SIDA des parents à l'enfant à l'horizon 2015.

Sur le plan sous-régional, le pays participe, par ailleurs, activement à l'Initiative des pays de l'IGAD avec l'aide des partenaires qui se mobilisent pour réduire les risques de VIH liés à la mobilité. Ainsi, en cherchant à harmoniser les politiques régionales de lutte contre le sida et à accélérer la prévention et l'accès aux soins sans discrimination, l'espoir est de voir un nombre croissant de personnes en situation de forte vulnérabilité et d'exposition au VIH du fait de leurs itinéraires migratoires pris en charge.

S.E. le Président de la République de Djibouti **Mr Ismail Omar Guelleh** en compagnie avec le Directeur Exécutif de l'ONUSIDA, **Mr Michel Sidibé**.



Initiative de la Mer Rouge sur le thème « **Mobilités, Migration et Vulnérabilité au VIH** », s'est tenue à Djibouti du 26 au 29 septembre 2010.

A cela s'ajoute la réunion de mobilisation et l'intensification des fonds, présidé par le premier ministre.

- Sur le plan programmatique

Le renforcement de la Réponse Nationale alignée à la déclaration politique de juin 2011 afin d'atteindre zéros nouvelles infections, zéros décès liés au VIH et Zéros discrimination.

Djibouti adhère avec l'appui de ses partenaires à l'Accès Universel qui est un engagement de la communauté internationale. Par le biais du Plan National Stratégique 2012-2016, le pays vise à mobiliser des ressources pour offrir de manière équitable un ensemble de services de qualité. Grâce à cela les personnes vivant avec le VIH/SIDA (hommes, femmes, adolescents et enfants) ainsi que les personnes les plus exposées aux risques des IST/VIH/SIDA pourront avoir accès sans discrimination et de façon durable à des services de prévention de soins et de soutien. Djibouti est consciente que la pérennisation de la réponse nationale doit s'appuyer sur un engagement fort de l'Etat à tous les niveaux. Dès lors, le pays s'est attelé à traduire cet engagement par un appui politique et financier, en accroissant le budget national du secteur de la santé et en accentuant les efforts de mobilisation des ressources financières au niveau international. L'opérationnalisation du PSN 2012-2016 contribuera à accroître de manière progressive la couverture des besoins sanitaires et sociaux des PVVIH dans le cadre d'un système national d'assurance maladie en réflexion. Le PSN conçu selon l'approche basée sur les résultats et les droits humains, trace un cadre d'offrir à tous les services VIH sans distinction basée sur aucune considération sociale, religieuse et philosophique.

La Consolidation de l'Approche Multisectorielle et décentralisée de la Lutte contre le VIH

L'intégration dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de la lutte contre le VIH/SIDA de l'ensemble des acteurs et des secteurs constitue un principe fondamental. C'est dans cet esprit que le Comité Interministériel de lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose dans sa composition regroupe l'ensemble des sensibilités nationales, et l'équité d'accès aux opportunités d'actions en faveur de la lutte contre le SIDA. Le processus de décentralisation basé sur les Conseils Régionaux de santé servira davantage de socle à la réponse nationale afin de pérenniser les acquis mais aussi de couvrir l'ensemble du pays, s'inscrivant dans la logique de la décentralisation du pays. Le prochain plan va consolider la décentralisation en renforçant le niveau régional et local afin d'accélérer la mise en œuvre des différentes interventions, là où les populations en ont besoin. Le PSN constituera le cadre de référence de la chaîne de résultats attendus pour la période 2012-2016. Toutes les institutions y compris la société civile participant à la mise en œuvre du PSN œuvreront sous l'égide de la coordination nationale et en concertation avec le Comité de Coordination Multisectoriel et Inter Partenariat (CCMI) qui assure le suivi stratégique de la mise en œuvre des subventions du Fonds Mondial.

L'articulation du PSN avec l'initiative Nationale de Développement Social et les Objectifs du Millénaire pour le développement et le PNDS

Le pays s'est doté en 2004 d'un Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP) pour améliorer les conditions de vie des populations. . En janvier 2007, l'Initiative Nationale de Développement Social du Président de la République (INDS) qui englobe un ensemble d'intervention multisectorielle pour lutter efficacement contre la pauvreté a renforcé ce document. . La planification stratégique de lutte contre le VIH s'intègre aux instruments de développement INDS, PNDS..., afin de contribuer également à l'atteinte de leurs objectifs. Les cibles annuelles des actions du PSN visent aussi ceux des OMD 4, 5 et 6. Ce plan stratégique intègre aussi les objectifs de la Circulaire Présidentielle pour le passage à l'échelle de la PTPE vers l'élimination de nouvelles infections parmi les enfants et garder les mères en vie en 2015.

La prise en compte des besoins essentiels des Personnes Vivant avec le VIH et les personnes les plus exposées au risque sont des populations prioritaires

Le Plan National Stratégique 2012-2016 vise à assurer les besoins sanitaires et sociaux des PVVIH et des personnes les plus exposées au risque ainsi que les personnes socialement vulnérables. A travers la mise en œuvre des orientations et des interventions du PSN, ces personnes peuvent espérer un accès à la prévention, aux soins et au soutien dans le cadre d'un ensemble cohérent de services accessibles et capables de les accueillir. Les agents de santé et les acteurs communautaires accorderont une priorité aux prestations de qualité efficaces respectant les droits humains. Une approche privilégiant l'implication des personnes sans discrimination ni stigmatisation autour des droits et des devoirs de chacun.

La prise en Compte de la Dimension Genre et équité dans la lutte contre le VIH et les IST

La prise en compte du genre comme thème transversal dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST nécessite d'aller au-delà du sexe et considérer les besoins de tous les groupes spécifiques (hommes, femmes, groupes vulnérables, minorités, etc.). Par ailleurs, il convient non seulement d'impliquer ces groupes dans les instances d'orientation, de coordination et de décision mais aussi de veiller à disposer d'une information désagrégée selon le sexe, l'âge et le profil socio-économique des populations cibles afin de répondre à leurs besoins sanitaires et sociaux.

L'alignement et l'intégration des services VIH et avec les programme de santé visant l'atteinte des OMD

Le gouvernement djiboutien s'est engagé à atteindre l'accès universel qui nécessite l'intégration des services au sein du système de santé et une synergie avec le système communautaire. Les politiques publiques de santé fondées sur les droits à la santé devront donner à chacun les mêmes opportunités pour bénéficier de la prévention des soins et de la solidarité nationale

c) Récapitulatif des indicateurs sous formes de tableau

Indicateur	Valeur		Source	Commentaire
	UNGASS 2010	UNGASS 2011		
OBJECTIF 1. D'ICI A 2015, REDUIRE DE MOITIE LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE				
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*	20.75%	11.25%	CAP 2010 13-24 ans UNICEF	L'indicateur sur le niveau des connaissances sur le VIH en baisse par rapport au niveau de 2005 ainsi que le rapprt UNGASS 2010. Il s'agit d'un indicateur composite qui combine les scores obtenus sur les réponses exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH (Q1, Q2, Q3) et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (Q4, Q5). Il vaut 11.3% chez ceux âgées de 15 à 24 ans (contre 18% en 2005).
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	15.97%	16.52%	CAP 2010 13-24 ans UNICEF	Stable par rapport à l'UNGASS 2010, Cependant, la stabilité de cet indicateur ne se traduit pas lorsqu'on analyse son évolution entre les jeunes garçons et les jeunes filles. L'âge au premier rapport sexuel montre une précocité plus prononcé chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles.
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		18.04%	CAP 2010 13-24 ans UNICEF	Le multi partenariat sexuel chez les jeunes est en nette régression par rapport à 2005. 38% en 2005
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*		33.53%		L'information n'est pas disponible on a donné les résultats pour les 13-24 ans
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		80.16%		Le taux de récupération est très important depuis le début de la prise en charge à Djibouti, le goulot persiste au niveau de l'adhésion du traitement
1.6 Pourcentage de gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH	1.42% Numérateur:39 Dénominateur:2745	1.33% Numérateur:34 Dénominateur:2564	Rapport Surveillance Sentinelle	Rapport Surveillance Sentinelle 2010

			2010	
1.7 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(e)s par les programmes de prévention du VIH		96.15%	Rapport Surveillance Sentinelle 2010	
Indicateur	Valeur		Source	Commentaire
	UNGASS 2010	UNGASS 2011		
1.8 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client		71.15%	Rapport Surveillance Sentinelle 2010	
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	84.81%	100%	Rapport Surveillance Sentinelle 2010	
1.10 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH		15.38%	Rapport Surveillance Sentinelle 2010	
Indicateurs pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	ND	ND		
OBJECTIF 2. D'ICI A 2015, REDUIRE DE MOITIE LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES				
Indicateurs pour les consommateurs de drogue injectable	ND	ND		
OBJECTIF 3. D'ICI A 2015, ELIMINER LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT ET REDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DECES MATERNELS LIES AU SIDA1				
3.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	9.58%	12%		Pourcentage en baisse, due au fait que beaucoup de femme n'ont pas bénéficié du dépistage en raison de manque de tube de prélèvement mais aussi le refus de la maladie qui persiste. Les femmes n'accepte pas l'adhésion au traitement par peur d'être stigmatiser
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		18%		Le dépistage et la prise en charge des enfants à Djibouti connaissent des difficultés.
3.3 Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	26.8%	27%		Taux stable, mais reste toujours important comme si les interventions n'existaient pas

OBJECTIF 4. D'ICI A 2015, ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL A 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

4.1 Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*	20.48%	26%		Le taux de couverture a augmenté, du faite de recrutement des personnes vivant avec les VIH parmi les accompagnateurs psychosociaux ce qui facilite la mobilisation de paire en paire autour de la prise en charge
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	70.31%	95.7%		

Indicateur	Valeur		Source	Commentaire
	UNGASS 2010	UNGASS 2011		
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	9.35%	11%		

OBJECTIF 7. AIDES INDISPENSABLES ET SYNERGIES AVEC LES SECTEURS DU DEVELOPPEMENT

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)		4%	Lois des finances	
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		2350	Rapport Ministère de la Promotion de la femme	
7.3 Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans*		ND		
7.4 Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre		ND		

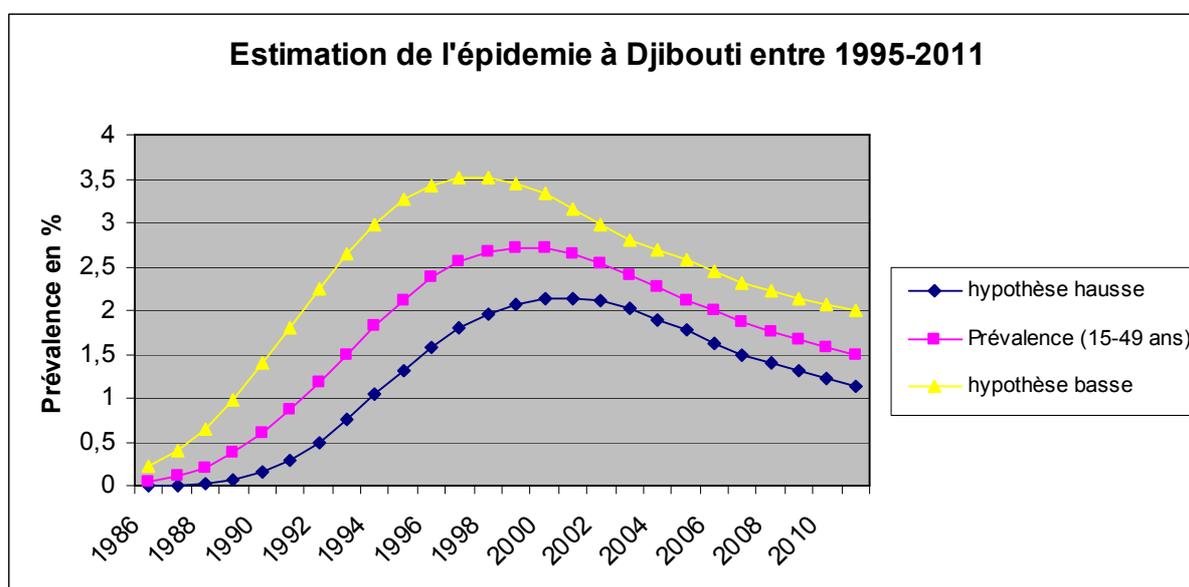
II . Analyse de la situation épidémiologique**II.1. Vue globale de l'épidémie du VIH**

L'analyse de la situation épidémiologique à Djibouti, l'analyse de sa dynamique et les tendances de l'évolution de l'infection par le VIH se fondent sur la surveillance épidémiologique. A partir des 15 sites répartis sur le territoire national, cinq groupes de population (i) les femmes enceintes, (ii) les travailleuses du sexe, (iii) les clients présentant une IST, (iv) ceux ayant une coinfection VIH et

Tuberculose et (v) les donneurs de sang, sont régulièrement suivis pour déterminer l'ampleur de l'épidémie.

Djibouti connaît une épidémie généralisée dont la séroprévalence est estimée à un taux **de 1,49% en 2011**. Ces estimations sont fournies à partir de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes réalisée régulièrement depuis 2006 en utilisant l'outil Spectrum.

Cependant, il est important de considérer que lors des rapports de surveillance sentinelle de l'épidémie pour 2009 et 2009, les échantillons pour les groupes des Travailleuses du sexe et ceux des patients ayant des IST n'ont pas été représentatives et donc leur prévalences respectives ne sont pas reportés pour ces deux années. Les cas notifiés des enfants sous traitement restent aussi en deçà de la réalité.



Ainsi, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 9549 et le nombre de décès dus au sida est d'environ 897 personnes en 2011.

II.2. Analyse des tendances de l'épidémie de VIH à partir des groupes de population : Hétérogénéité de l'infection par le VIH sur différents aspects

Depuis 2006, la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes montre de façon quasi constante une prévalence élevée dans le milieu urbain comparativement au milieu rural. Au niveau du milieu urbain, il ressort que les sites d'Arhiba, Farahad et Khor Bourhan affichent des prévalences les plus élevées (entre 2% et 4%) alors qu'au niveau des sites ruraux il n'y a pas de constance en termes de tendance, cependant on note que la prévalence du VIH dans le CMH de Tadjourah est restée constamment en dessous de 1% comme le souligne les tableaux ci-dessous :

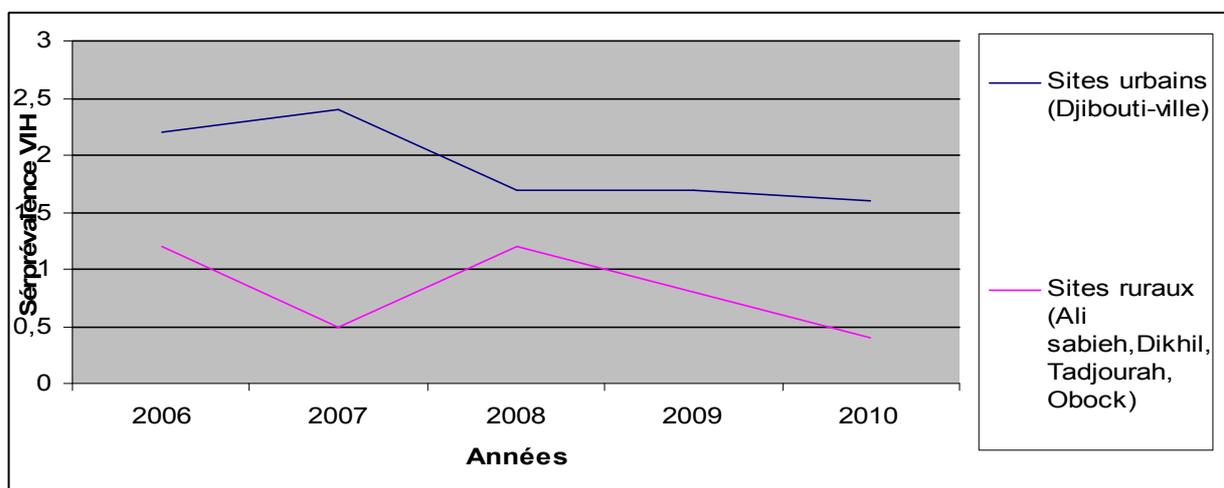
Tableau : Prévalence su VIH dans les sites sentinelles urbains

<i>Sites sentinelles urbains</i>	2007	2008	2009	2010
CSC Ambouli	3.4	2.3	2.2	0.8
CSC Arhiba	3.1	3.4	2.5	2
CSC Balbala 1	2.6	1.7	0.5	0.5
CSC Balbala 2	1.7	1.2	0.9	0.9
CSC Einguella	2.7	1.1	1.5	2.4
CSC Farahad	2.5	1.5	4.6	3.9
CSC Hayableh	0	1.8	0.8	0.6
CSC Ibrahim Balala	2.2	2.6	1.5	1.5
CSC Khor Bourhan	4.2	3.1	2.2	2.1
CSC PK 12	0	0.8	0	2.1
OPS 2	0.5	0.6	0.5	0
Total		1.7	1.7	1.6

Tableau : Prévalence su VIH dans les sites sentinelles ruraux

Sites sentinelles ruraux	2007	2008	2009	2010
CMH Ali-Sabieh	0	1.1	1.1	0
CMH Dikhil	1	1.7	0.9	0.6
CMH Obock	0	1.6	1.7	0.5
CMH Tadjourah	0.8	0.6	0.4	0.4
Total		1.2	0.8	0.4

Figure : Evolution comparative de la prévalence du VIH en milieux urbain et rural



Il apparaît aussi une hétérogénéité dans la distribution de l'infection à VIH selon le sexe avec une féminisation de l'épidémie. En effet, selon les estimations de l'ONUSIDA (Spectrum 2011), le nombre de femmes adultes infectées par le VIH est de **4746** tandis que celui des hommes est de **3528** alors que les femmes représentent 46% de la population totale de Djibouti (Recensement de la population, 2009).

L'épidémie de VIH est essentiellement concentrée dans la tranche d'âge de 20 à 34 aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Cette population représente 52% de la population âgée de 15 à 49 ans.

Sites urbains	2008	2009	2010
Femmes enceintes VIH+ (20-34 ans)	107	111	85
Total femmes enceintes VIH+ (15-49 ans)	122	127	101
%	88%	87%	84%
Sites ruraux			
Femmes enceintes VIH+ (20-34 ans)	10	7	4
Total femmes enceintes VIH+	14	10	6
%	71%	70%	67%

Sécurité transfusionnelle et VIH

Le dépistage systématique de l'infection par le VIH, de l'hépatite B, l'hépatite C ou de la syphilis dans toutes les unités de sang fait partie du protocole de routine au Centre National de Transfusion sanguine (CNTS) de Djibouti. Cette structure alimente en produits sanguins sécurisés l'ensemble du pays. Les dons de sang sont essentiellement des dons de compensation effectués par les familles et amis des patients hospitalisés ayant besoin d'être transfusés. On trouve aussi des dons volontaires issus des campagnes de collecte de sang réalisés dans les écoles, les entreprises ou les places publiques.

Depuis le démarrage de la séro-surveillance du VIH à Djibouti, en 2006, les donneurs de sang font partie des principaux groupes de surveillance. L'objectif poursuivi par la surveillance du VIH chez les donneurs de sang est de suivre la tendance de la séroprévalence chez les donneurs de sang afin de disposer de données utiles pour la sensibilisation, la surveillance des pratiques transfusionnelles et la mesure de l'efficacité des politiques et des stratégies de réduction de l'infection par le VIH dans le cadre de la transfusion sanguine. Etant donné que le groupe des donneurs de sang est constitué principalement de jeunes adultes considérés par ailleurs comme étant en bonne santé, l'évolution de la séroprévalence dans ce groupe est aussi un bon indicateur de la tendance de l'infection chez les porteurs asymptomatiques dans le pays [1].

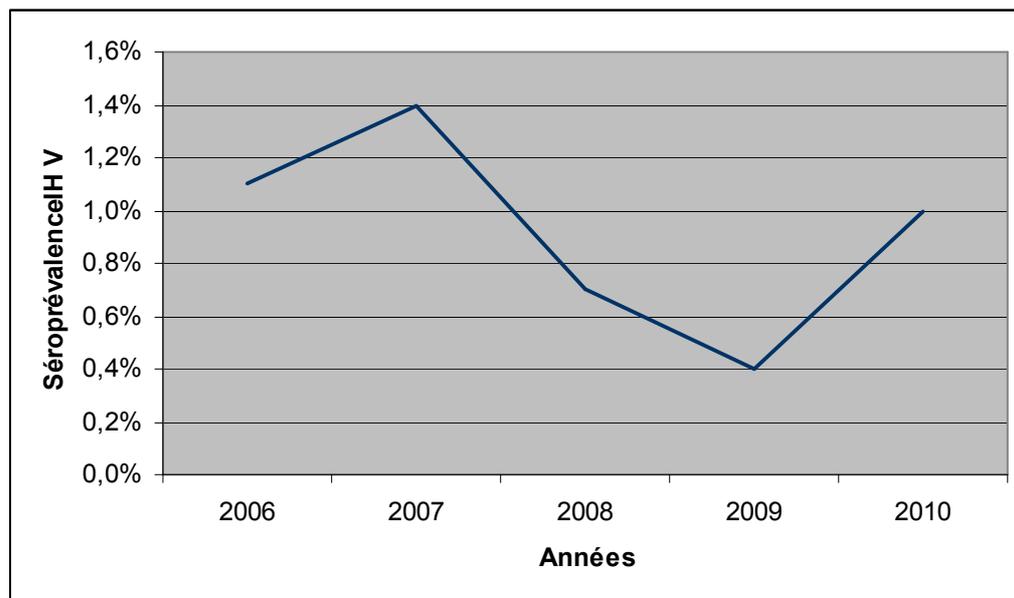
Le suivi de l'évolution de la prévalence du VIH pour l'ensemble des donneurs de sang était respectivement de 1,1% en 2006, 1,4% en 2007, 0,6% en 2008, 0,3% en 2009 et 1% en 2010. Dans la population de 15-49 ans, les prévalences du VIH étaient de 1,1% en 2006, 1,0% en 2007, 0,7% en 2008 et 0,4% en 2009. L'objectif du Plan stratégique national qui était de ramener ce taux à au moins 1% d'ici 2012 semble être compromis avec la hausse de la prévalence du VIH chez les donneurs de sang en 2010 rapportée à 1% comparé aux niveaux atteints en 2008 (0,6) et 2009(0,3). Cette augmentation interpelle l'ensemble des acteurs nationaux. S'agit-il d'un relâchement de la prévention du VIH parmi les populations constitutives des donneurs de sang, comme semble l'indiquer la régression des indicateurs comportementaux (Source : enquête comportemental chez les jeunes 2010 UNICEF), ou s'agit-il d'un relâchement des mesures de précautions universelles en matière de sécurité sanguine.

Tableau : Comparaison des séroprévalences du VIH obtenues chez les donneurs de sang de 15-49 ans dans le cadre de la surveillance sentinelle du VIH à Djibouti entre 2006 et 2010.

Années	n/N	%
2010	6/580	1,0
2009	2/566	0,4
2008	5/751	0,7
2007	7/690	1,4

2006	6/543	1,1
------	-------	-----

Figure 1 : Evolution de la séroprévalence du VIH parmi les donneurs du sang âgés de 15-49 ans dans le cadre de la surveillance sentinelle du VIH à Djibouti entre 2006 et 2010.



Co-infection VIH et tuberculose

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique à Djibouti. La prévalence de la tuberculose était estimée à 1104/100 000 en 2007 et est de en 2010. Les populations vulnérables à la TB représentées par les personnes les plus démunies, les réfugiés, les nomades, les prisonniers, les enfants et les personnes vivant s avec le VIH ont cependant un accès réduit aux soins. Le taux de détection des cas, estimé à 76%, a connu une forte amélioration (59% en 2005) et dépasse le taux fixé par le programme qui est de 70%. Le taux de succès du traitement est de 80% toujours en dessous de 85%. Les taux élevés de perdus de vue estimé à 16% [1] et l'apparition des cas de tuberculose multi résistantes expliquent en partie les faibles taux de succès thérapeutiques.

La tuberculose est connue pour être l'une des principales causes de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH. Elle est responsable d'environ 13% des décès par sida dans le monde. En Afrique, le VIH est le principal déterminant de l'augmentation de l'incidence de la tuberculose observée ces dix dernières années.

En raison du contexte d'épidémie généralisée du VIH/SIDA dans lequel se trouve Djibouti et du lien connu entre l'infection à VIH et la tuberculose, le Programme de Lutte contre le Sida – secteur santé (PLS/Santé) a choisi d'intégrer la surveillance de la séroprévalence du VIH parmi les patients pris en charge pour une tuberculose. Depuis 2006 les patients tuberculeux constituent un des principaux groupes de surveillance du VIH. Un seul site a été retenu en 2010. Il s'agit du Centre de référence pour la tuberculose Paul Faure (CPF) de Djibouti ville, où deux tiers des cas TPM+ (65% en 2005) sont

diagnostiqués et traités pendant la phase intensive. Le dépistage de l'infection à VIH y est proposé de façon systématique à tous les patients.

La prévalence du VIH chez les patients tuberculeux de 15-49 ans, toutes formes cliniques confondues étaient de 13,6% en 2010, 10,0% en 2009 versus 13,7% en 2008, 14,3% en 2007 et 14,9 en 2006.

Tableau : Séroprévalence du VIH obtenues dans le cadre de la surveillance sentinelle du VIH parmi les patients de 15-49 ans atteints de tuberculose toutes formes cliniques confondues entre 2006 et 2010.

Années	Total testé	Nombre de tests positifs au VIH	% tests positifs au VIH
2010	1338	182	13,6
2009	1190	119	10
2008	1080	148	13,7
2007	357	51	14,3
2006	355	50	14,9

Notification des cas de VIH

La notification des cas est un dispositif de surveillance du VIH qui existe dans de nombreux pays. Les données concernent les nouveaux cas d'infection à VIH notifiés au PLS/Santé par les médecins référents VIH en 2010. Elles ne portent que les cas d'infection à VIH et pas les cas de SIDA ou les cas en phase avancée de l'infection à VIH.

Dans les pays comme Djibouti où les traitements ARV sont disponibles, la notification des cas de Sida ne constitue plus un indicateur fiable de la transmission du VIH. Les données obtenues constituent par ailleurs le meilleur moyen pour prévoir l'impact futur du VIH/SIDA sur les ressources sanitaires nationales. Elles doivent cependant être interprétées avec prudence parce qu'elles ne représentent pas l'incidence du VIH et parce qu'elles dépendent beaucoup des modalités du dépistage et du dispositif de notification.

Entre 2004 et 2009, 3841 cas d'infection à VIH avaient été notifiés dont 82,3% de transmission hétérosexuelle, 1,8% de transmission mère-enfant, 0,3% de transmission sanguine et 0,2% de transmission homo/bisexuelle. En 2010, 688 nouveaux cas ont été notifiés, soit un total cumulé de 4519 cas d'infection à VIH déclarés entre 2004 et 2010 par 25 sites de prise en charge répartis dans l'ensemble du pays, y compris les districts de l'intérieur du pays.

Nous avons noté une augmentation progressive du nombre de cas entre 2004 et 2006. Il y a eu ensuite une baisse constatée à partir de 2007, probablement en raison de la diminution du nombre de médecins référents. Il s'agit en effet de médecins référents parties en spécialités ou du départ de certains

médecins expatriés. En 2010, on note à nouveau une augmentation du nombre de cas notifiés, probablement à la faveur d'un plus grand nombre de médecins référents en activité. La présence d'un nombre significatif de cas notifiés à Djibouti-ville reflète la répartition démographique du pays et la prévalence nationale. Le sex ratio confirme la féminisation de l'épidémie à Djibouti. Il constitue aussi un indicateur témoignant de l'amélioration de l'accès des femmes à la prise en charge VIH.

Les données sur les cas notifiés entre 2004 et 2010 indiquent que la transmission du VIH est essentiellement hétérosexuelle (83,5%). La transmission mère-enfant est le deuxième mode de contamination, qui représente 1,7% des cas notifiés. Ce résultat est conforme au contexte socioculturel du pays. La faible notification des cas pédiatriques est plus liée au faible dépistage des enfants qu'à une sous-déclaration. L'enfant reste encore le parent pauvre de la prise en charge VIH à Djibouti. Les praticiens qui prennent en charge les enfants doivent être davantage sensibilisés à la prise en charge pédiatrique et à l'offre du dépistage à l'initiative du soignant pour les enfants. En 2010, il n'y a pas eu de nouveau cas notifié dans le groupe « Homo/bisexuelle ». La proportion cumulée sur les 7 dernières années est de 0,2%, soit 10 cas notifiés. Même si cette proportion n'est pas élevée, elle constitue un fait qui permet de prendre en considération les besoins spécifiques de prévention de cette minorité sexuelle. La sous déclaration est naturellement influencé par le contexte socioculturel du pays. Bien qu'il ne soit pas possible de mesurer l'ampleur de cette pratique, le groupe de surveillance continue à recommander qu'une recherche-action menée en se fondant sur une approche de santé publique et de réduction des risques et de la vulnérabilité soit réalisée pour mieux documenter cette problématique

Pour (14,2%) des cas notifiés le groupe de transmission n'a pas été précisé. Le dispositif de recueil des données présente toujours des faiblesses. Il faut aussi évoquer la peur de stigmatisation pour nombre de personnes probablement liée au mode de transmission et le cumul de facteurs de risque qui ne permet pas à la personne de préciser le mode de transmission. Le renforcement du counselling pour appuyer les personnes dans l'identification des facteurs de risque contribuera non seulement à améliorer la connaissance des voies de transmission, mais aussi d'ouvrir une perspective immédiate de prévention.

Tableau : Evolution annuelle du nombre de cas d'infection à VIH notifiés à Djibouti entre 2004 et 2010.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total sur 7 ans
Hétérosexuelle	455	435	572	559	559	573	620	3773
Homo/Bi	4	1	2	2	1	0	0	10
TME	20	8	16	9	6	8	11	78
Sang	3	3	3	2	2	0	2	15
UDI	0	0	0	0	0	0	0	0
Non précisé	81	52	149	100	108	98	55	643
Total	563	499	742	672	676	679	688	4519

Surveillance du VIH chez les travailleuses de sexe

Les données sont recueillies à partir d'un dépistage confidentiel corrélé avec consentement éclairé offert au centre Yonis Toussaint, dans le cadre du Conseil Dépistage Volontaire du VIH. Les tests sont effectués sur des prélèvements dont le code permet de faire le lien avec la personne identifiée par son nom. Les éléments d'identification personnelle sont recueillis lors du conseil pré-test qui permet

d'obtenir le consentement éclairé. Les résultats sont par la suite remis aux intéressées lors d'un conseil post-test.

La prévalence du VIH dans ce groupe reste très élevée (malgré le faible effectif de l'échantillon observé et l'étendue de l'intervalle de confiance) ce qui permet de qualifier aussi l'épidémie à Djibouti de « mixte » avec une concentration chez certains groupes à risque comme les travailleuses de sexe et leurs clients. En effet, la séroprévalence du VIH était de 15,4% IC 95% [6,9-28,1] en 2009 versus 20,3% IC 95% [12,0-30,8] en 2008, différence statistiquement non significative ($p=0,556$).

Les femmes professionnelles du sexe sont stigmatisées et difficiles à atteindre. Malgré les biais liés à l'interprétation de telles données, des informations précieuses ont été obtenues permettant d'apprécier les efforts entrepris dans la prévention du VIH et la promotion des comportements sexuels à moindre risque.

Tableau: Prévalence du VIH parmi 52 professionnelles du sexe en 2009 et 79 professionnelles du sexe en 2008 colligées dans le cadre de la surveillance sentinelle du VIH à Djibouti.

	2008			2009			P*
	N	%	IC	N	%	IC	
Résultats sérologie VIH							
Sérologie positive	16	(20,3)	12,0-30,8	8	(15,4)	6,9-28,1	0,556
Sérologie négative	63	(79,3)	69,2-88,0	44	(84,6)	71,9-93,1	
Total	79	(100,0)		52	(100)		

* test de KHI-DEUX (χ^2).

D'après les données recueillies auprès de ces échantillons de 2008 et 2009, l'utilisation du préservatif, de manière consistante, par les travailleuses de sexe (TS) est de 54% en 2008 contre 71% en 2009.

Les données recueillies auprès des travailleuses de sexe de Dikhil et PK12 (40 TS) dans le cadre de l'IGAD, montrent une utilisation du préservatif de 52,8% en 2010, ce qui nuance les résultats obtenus sur base déclarative. D'après la même étude, il apparaît que 5,3% des TS sont des usagers de drogues injectables, ce qui milite en faveur de la réalisation d'une investigation pour apprécier l'ampleur de ce phénomène au niveau du pays.

Tableau : Utilisation du préservatif par 52 travailleuses du sexe en 2009 et 79 professionnelles du sexe en 2008 colligées pour la surveillance du VIH à Djibouti.

	2008			2009			P*
	N	%	IC	N	%	IC	
Utilisation du préservatif							
Jamais	8	(10,1)	4,5-19,0	5	(9,6)	3,2-21,0	0,930
Occasionnellement	28	(35,4)	25,0-47,0	10	(19,2)	9,6-32,5	0,131
Toujours	43	(54,4)	42,8-65,7	37	(71,2)	56,9-82,9	0,349
Total	79	(100,0)		52	(100,0)		

* test de KHI-DEUX (χ^2).

Les TS subissent aussi des violences sexuelles (69,2%) notamment les rapports sexuels forcés (41,7%), les violences physiques (16,7%) et le refus de payer (16,7%).

II.3 .Surveillance comportementale

Les informations récentes relatives à la surveillance des comportements proviennent d'une enquête réalisée en 2010 auprès des jeunes. Il en ressort que **la proportion des jeunes qui utilisent un préservatif lors des premiers rapports sexuels** est en nette diminution (18% en 2010 dont 22% de garçons et 13% de filles contre 29% en 2005 dont 30% de garçons et 24% de filles). Il apparaît également une différence pour cet indicateur entre les régions (13%) et la ville de Djibouti (25%).

Le **multi partenariat sexuel** chez les jeunes est en nette régression par rapport à 2005. En effet, la proportion des jeunes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire est de 15% en 2010 contre 38% en 2005. Cette pratique est plus prononcée à Djibouti ville (19.4%) que dans les régions (11.4%), chez les jeunes garçons (17.5%) que chez les jeunes filles (11%). Les filles sont moins nombreuses à **utiliser un préservatif avec des partenaires occasionnels** (24.5% contre 35.9% chez les garçons). Aussi, **l'initiative d'utilisation** du préservatif est plus du ressort des jeunes garçons (80% par garçons contre 41% par les filles), ce qui traduit le **faible pouvoir de négociation chez les filles** sur leur sexualité.

La pratique des rapports sexuels payants chez les jeunes est en nette diminution (3.7% en 2010) comparée au niveau de 2005 où 15.5% des jeunes déclaraient avoir eu des relations sexuelles payantes. Cela résulterait du fait que la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe reste très élevée (15.4% en 2009) et que conséquemment les jeunes ont tendance à réduire le risque d'infection en s'adonnant de moins en moins à cette pratique.

En ce qui concerne **l'accessibilité et la disponibilité du préservatif masculin**, de moins en moins de jeunes connaissent où se procurer un préservatif masculin. En effet, cette étude montre que seuls 32% de jeunes savent où se procurer un préservatif contre 66% en 2005. Les **lieux le plus connus par les jeunes pour s'approvisionner en préservatif masculins** sont les centres de santé communautaires (82% dont 91% des jeunes des régions), la pharmacie (50% dont 72.6% des jeunes de la capitale). Les

CDC, les boutiques, les jeunes pairs éducateurs et les associations jouent un rôle marginal dans la disponibilité des préservatifs masculins. En terme **d'accessibilité du préservatif** masculin, 11% des jeunes peuvent s'en procurer en moins de 15 minutes (7.4% à Djibouti ville et 15.5% dans les régions). Notons aussi que 44% (36% à Djibouti ville et 52% dans les régions) mettent plus d'une heure pour obtenir un préservatif, ce qui montre que le préservatif n'est pas facilement accessible pour beaucoup de jeunes. **Le préservatif féminin** n'est pas du tout vulgarisé au niveau des jeunes car seuls 5% connaissent un endroit où ils peuvent s'en procurer et il s'agit essentiellement des jeunes filles (12%). En ce qui concerne le dépistage du VIH, sur les 4020 jeunes qui ont été enquêtés, **seuls 273 ont déjà réalisé un test de dépistage du VIH (6.8%)** et parmi ceux-là, **248 ont eu connaissance de leurs résultats, soit 6,2% des jeunes dont 5.4% de garçons et 7.1% de filles (contre 8% en 2005 dont 13% de garçons et 3% de filles).**

II.4. Analyse des modes de transmission du VIH

Tableau : Population et incidence selon les modes de transmission

Comportement à risque des adultes	Nombre total avec comportement à risque	Incidence (Nb cas)	Taux d'incidence %	Incidence pour 100 000
Travailleuses du sexe	2 327	91	8,37	3 927
Clientèle des travailleuses du sexe	9 983	39	5,00	393
Partenaires de la clientèle	9 983	68	7,99	682
Sexe hétérosexuel occasionnel	66 164	197	23,96	298
Partenaires de ceux ayant des rapports hétérosexuels occasionnels	52 931	102	12,43	192
Sexe hétéro à faible risque	183 402	352	36,48	192
Pas de risque	138 060	0	0,00	0
Injections médicales	464 308	6	0,00	1
Transfusions sanguines	4 643	3	0,27	73
TOTAL POPULATION ADULTE	464 308	905		195

La distribution des nouvelles infections selon les modes de transmission est la suivante :

- Environ 36,48% de nouvelles infections surviennent dans les couples stables au sein desquels un des partenaires est infecté par le VIH,
- 23,96% de nouvelles infections proviennent des personnes qui ont des rapports hétérosexuels occasionnels (multi partenariat sexuel) et 12,43% de leurs partenaires,

- Les travailleuses de sexe, leurs clients ainsi que les partenaires des clients contribuent à 23,96% de nouvelles infections
- Les hommes à haut risque d'infection ainsi que leurs partenaires féminins contribuent à 5% de nouvelles infections
- 5% des individus à haut risque (TS, clients des TS et leurs partenaires, hommes à haut risque et partenaires) contribuent à 27% de l'incidence totale parmi les adultes.
- Les nouvelles infections dues à la transfusion sanguine sont marginales : 0,3% (donnée similaire à celle de la notification des cas d'infection à VIH en 2010) de la même manière que celles dues aux injections médicales (0,64%).

L'un des résultats qui semble surprenant est la proportion de nouvelles infections qui surviennent dans les couples stables (38,8%). L'analyse de la structure de la population selon la situation matrimoniale et l'âge, à partir des données du Recensement de 2009, montre que 41,7% de la population de 15 à 49 ans est mariée (40% sont monogames) ce qui représente une part importante de la population étudiée. Les résultats de l'enquête de surveillance des comportements dans la population générale réalisée en 2007 ont montré que 63% des personnes ne connaissent pas leur statut sérologique au VIH.

L'enquête BSS 2010 auprès des jeunes a montré un niveau encore plus faible où environ 93% ne connaissent pas leur statut sérologique contre 92% en 2005. Le faible niveau de cet indicateur montre que l'entrée dans la vie de couple se fait dans l'ignorance mutuelle des statuts sérologiques des conjoints/partenaires. Si on met en corrélation ces résultats avec les données de la surveillance sentinelle qui montrent que plus de 80% des femmes enceintes testées VIH+ retrouvent dans la population de 20 à 34 ans dont environ 40% sont mariées (RGPH 2009), cela donne une justification plausible que les nouvelles infections au sein des couples stables sont dues à l'ignorance du statut sérologique discordant entre les conjoints et à la faible utilisation du préservatif. En effet, au sein des couples stables, l'utilisation du préservatif est faible (généralement pour des fins de planning familial) ce qui augmente aussi le risque de transmission du VIH.

III. Riposte nationale à l'épidémie du sida

Djibouti s'est doté d'un cadre Stratégique National pour la période 2008-2012 dont le but principal est : **Réduire les nouvelles infections par le VIH, améliorer la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et renforcer la coordination, la gestion et le suivi et évaluation de la réponse nationale.**

Ce Plan Stratégique de lutte contre l'infection par le VIH s'inspire, s'inscrit et s'harmonise aux autres grandes initiatives tels que le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), l'Initiative Nationale de Développement Social ainsi que le Plan National de Développement Sanitaire et les objectifs de l'Accès Universel pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien, qui offrent un corpus d'interventions cohérentes pour améliorer les conditions de vie sociales et sanitaires des populations les plus démunies.

L'analyse de la riposte s'effectuera à travers les buts du PSN.

I.1. But 1 : Réduire l'incidence du VIH par la mise en œuvre et la décentralisation des programmes de prévention

Le premier but concerne la réduction de la transmission des IST/VIH à travers 5 programmes :

- ✓ **Programme 1** : Renforcement de l'accès à la prévention et aux services pour les personnes les plus exposées au risque VIH
- ✓ **Programme 2** : Développement de la communication sociale à l'échelle nationale
- ✓ **Programme 3** : Renforcement de la prévention des IST/VIH et l'accès au dépistage volontaire
- ✓ **Programme 4** : Prévention des risques d'exposition au sang de la sécurité transfusionnelle et gestion de déchets sanitaires
- ✓ **Programme 5** : Réduction de la transmission du VIH/SIDA des parents à l'enfant

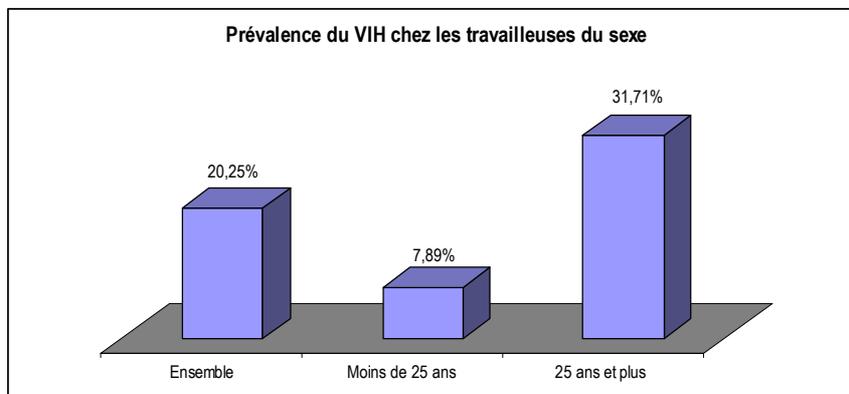
1) Dans le domaine de la réduction de la transmission du VIH/SIDA parmi les groupes vulnérables les plus exposés aux risques IST/VIH

Les dernières données de la surveillance sentinelle montrent que la situation des jeunes (moins de 30 ans) reste préoccupante avec un taux plus élevé chez les femmes âgées de 25-29 ans à 1,4 %. De même que la prévalence chez les 15-24 ans reste élevée dénotant une épidémie persistante chez les plus jeunes. Le fait également qu'il n'y ait plus de différences entre le milieu urbain et le milieu rural surtout dans cette tranche d'âge doit faire adopter d'autres stratégies pour le changement de comportement. Des stratégies qui combinent plusieurs interventions adaptés au contexte de risque.

Des structures adaptées au dépistage pour les jeunes dans des endroits autres que les structures de soins peuvent contribuer à l'augmentation du dépistage chez les jeunes. De même des moyens de prévention devraient être disponibles pour tous les jeunes et à proximité en particulier pour les jeunes filles.

La persistance des comportements à risque qui se caractérise par la faiblesse de l'utilisation du préservatif. En effet le taux d'utilisation du préservatif est de moins de 27% dans la population générale lors du dernier rapport sexuel. La persistance de comportements à risque entraîne une augmentation des nouvelles infections. Ceci explique pourquoi la dynamique de prévention dans tous les milieux doit être maintenue et renforcée.

Le taux de séroprévalence pour l'ensemble des travailleuses du sexe est de 20,25% en 2008 et 15,4% en 2009. Ce taux est encore plus élevé chez celles de 25 ans et plus (31,7%).



Les prévalences du VIH obtenues chez les Professionnelles du sexe en 2009 restent très élevées comme en 2007 et 2008. Malgré les biais possibles la prévalence élevée chez les professionnelles du sexe et leurs contextes de risque multiples indique de façon éloquent un potentiel de concentration de l'épidémie dans ce milieu comprenant les travailleuses du sexe et leurs clients. Toutefois, l'étendue et les dynamiques d'interaction au sein de ce milieu restent à documenter du fait de la fluctuation de l'offre et de la demande.

Enfin, les connaissances de la situation épidémiologique et de la prévalence parmi les autres populations hautement vulnérables, tels que les routiers, les détenus, les minorités sexuelles, les dockers, et les hommes en uniforme et les populations mobiles demeurent encore peu connues, elles doivent faire l'objet d'études selon des méthodes adaptées de surveillance bio-comportementale à base communautaire.

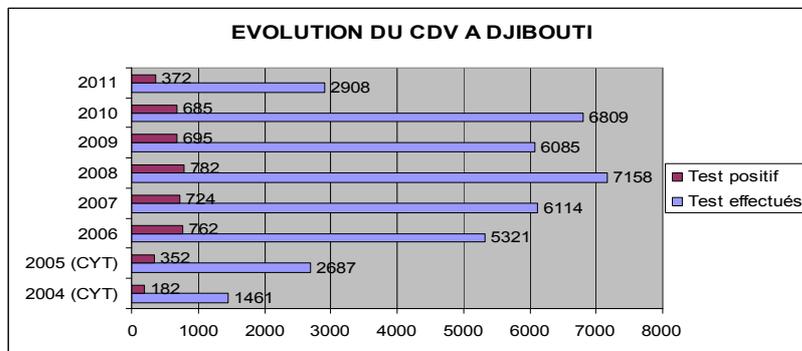
2) Dans le domaine du Dépistage

Les résultats de l'activité de dépistage se caractérisent par une diminution du nombre de personnes qui envisagent une démarche volontaire de dépistage (FIG 1).

En effet, après quelques années de progression régulière en 2006, 2007, 2008 et en 2011 on assiste à une baisse du nombre de dépistage en 2011 dont la cause est attribuée à l'absence de promotion et de mobilisation sociale de la part des ONG dont la plupart d'entre elles ne reçoivent plus de financement depuis plus d'une année. En 2011 le pays a connu entre autre une rupture de plusieurs mois des tubes de prélèvement qui a eu une conséquence considérable au niveau de la PTPE.

En outre, les CDV bien qu'ils continuent de fonctionner de façon disparate selon les régions et districts, n'ont pas bénéficié du renforcement des capacités et des compétences notamment en ce qui concerne l'utilisation de la technique du test rapide. L'analyse des données collectées montre que le niveau d'atteinte des résultats reste globalement insuffisant du point de vue des défis tels que la connaissance des populations les plus exposées et de leur accès à la prévention et aux soins selon les standards internationaux.

La formation sur le « dépistage à l'initiative des soignants » est intégrée dans le protocole national du dépistage et les agents de santé ne se sont pas approprié cette initiative en tant que nouvelle norme de dépistage dans l'espoir de faire redémarrer le dépistage et de diagnostiquer le VIH plutôt.

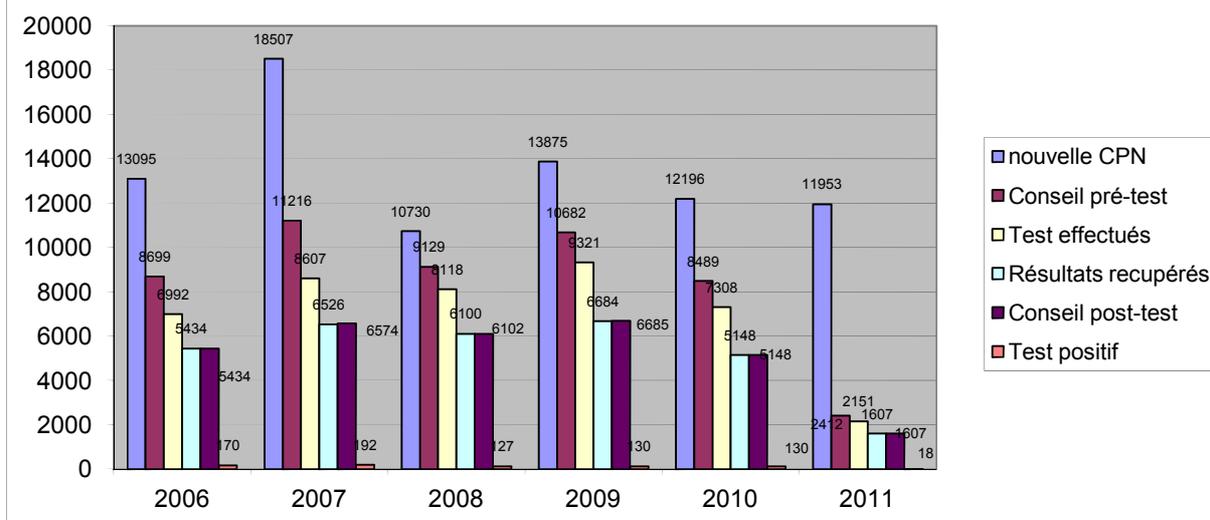


3) Programme de Transmission Parent Enfant

La prévention de la transmission du VIH/SIDA des parents à l'enfant est un programme abrité par la direction de la santé de la mère et de l'enfant du Ministère de la Santé. Le PLS de Santé donne un appui technique au programme et suit avec la coordination du programme les activités. Dans le cadre de l'appui, un renforcement des capacités des prestataires a été réalisé.

Durant l'année 2008, l'UNICEF a appuyé le ministère de la santé pour la réalisation d'un plan intégré de la prévention de la transmission du VIH des parents à l'enfant. Dans ce plan, les aspects de coordination, et de prise en charge des femmes séropositives ont été assurés par la coordination de la PTPE, les aspects de prise en charge pédiatrique par le PLS Santé, et les aspects communautaires par le Secrétariat Exécutif.

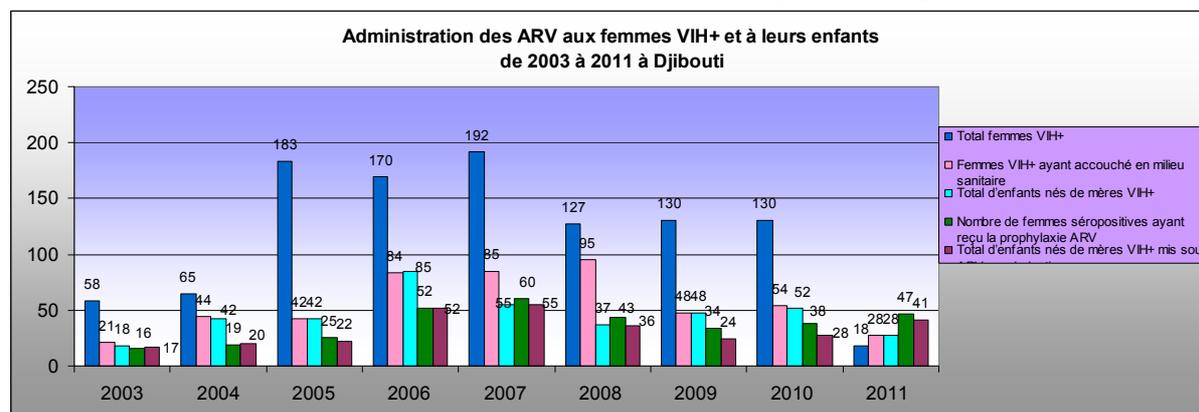
EVOLUTION DE LA PTPE A DJIBOUTI



Les résultats de la PTPE en 2011 montrent que sur 11953 femmes reçues en première CPN, 2412 (20%) ont été conseillées, 2151 (89%) ont accepté de se faire tester et parmi celles-ci, 1607 (75%) sont venues récupérer leur résultat. Sur toute l'année 2011, 18 femmes ont été testées séropositives mais 6 (33%) n'ont pas récupéré leur résultat positif.

La diminution du nombre de femme qui ont été conseillées pour le dépistage est due du faite d'une rupture de tube de prélèvement de plusieurs mois.

L'année 2010 a bénéficié d'un renforcement en nombre d'assistants psycho-sociaux au niveau des différents centres et notamment l'affectation d'une APS au niveau de la maternité de référence DAR EL HANAN ; Cela a permis d'une part de renforcer de manière décisive l'offre de dépistage aux femmes qui viennent accoucher et qui n'ont pas connaissance de leur statut sérologique, et d'autre part d'assurer un suivi optimal pour une intégration du nouveau né issu d'une grossesse PTPE dans le circuit de prise en charge.



Pour toute l'année 2011, 28 femmes séropositives ont accouché en milieu sanitaire, 47 femmes ont reçu un traitement complet prophylactique et accouché en milieu hospitalier. 28 enfants sont nés de mères séropositives. Des efforts continuent à être fait pour que ce taux diminue encore plus car ces femmes qui ne récupèrent pas leur résultat exposent non seulement leurs enfants mais également le personnel médical des maternités surtout. Ainsi l'initiative présidentielle « PTPE + » vient s'engager dans le renforcement du programme PTPE dans le but ultime de faire de Djibouti un pays indemne de transmission de VIH des parents à l'enfant à l'horizon 2015.

I.2. But 2 : Améliorer la prise en charge médicale des PVVIH

Le second but concerne la prise en charge médicale des PVVIH, il se décline à travers 3 programmes :

- ✓ Programme 6: Amélioration du diagnostic, de la prophylaxie et du traitement des Infections opportunistes (IOs)
- ✓ Programme 7 : Renforcement de l'accès universel aux ARV pour les enfants et les adultes
- ✓ Programme 8 : Amélioration de la prise en charge de la coinfection TB/VIH

1) Dans le domaine de la prise en charge médicale

Les principaux résultats attendus à travers la mise en œuvre de ce but, consiste à permettre à 70% de PVVIH de la file active nationale d'avoir accès à une prise en charge gratuite et Intégrale (IOS) d'ici la fin de 2012. Ce but vise également à assurer une couverture nationale en traitement ARV environ 80% de personnes vivant avec le VIH en indication thérapeutique d'ici à la fin 2012. Enfin à réduire à un minimum l'apparition de résistances aux médicaments ARVs d'ici 2012, ainsi que de réduire de 50% la mortalité liée à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH à la fin de 2012.

Un accent particulier était accordé aux enfants dont la prise en charge est restée limitée ces dernières années. L'exécution du programme devait également aboutir à l'amélioration de la qualité des prestations.

La politique nationale de prise en charge médicale des PVVIH a été conçue de manière à permettre un accès universel à toute personne vivant sur le territoire de Djibouti incluant les populations étrangères aux soins VIH et au traitement antirétroviral. (cf adhésion à la déclaration de l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien d'OMS/ONUSIDA - Plan Stratégique 2008-2012-). Les estimations et projections relatives à l'épidémie du VIH à Djibouti effectués à la fin 2011 par le programme de lutte contre le VIH du secteur de la santé (PLS) avec l'appui de l'ONUSIDA montre un nombre de personnes vivant avec le VIH estimé à **9.551** dont **4.314** ont besoin des traitements ARV. On note en outre une féminisation de l'épidémie car 55,1% des personnes infectées sont des femmes. La tranche d'âge de 20 – 35 ans est la plus touchée par l'épidémie, ce qui démontre une vulnérabilité accrue des femmes et probablement des inégalités dans l'accès à la prévention et aux soins de cette population.

En matière de prise en charge thérapeutique le nombre des patients sous traitement ARV est passé de **149 en 2004 à 1008 en 2010 et 1328 en 2011** comme le montre le tableau ci-dessous.

Le taux de couverture de l'accès aux soins des PVVIH est estimé à 30,8%, taux qui a considérablement augmenté depuis les dernières estimations de 2010. Au terme de l'année 2011, on relève un enrôlement annuel de **320** patients mis sous traitement ARV (vs 95 en 2010 vs 97 en 2009) soit une amélioration de près de **337%** par rapport à l'année 2010.

Pour la période du 1er janvier au 31 décembre de l'année 2011, 4.314 patients sont en indication de traitement, et seuls 1.328 en ont bénéficié soit une couverture de 30,8 %. Les moins de 15 ans représentent 3% du total de ceux qui sont sous traitement.

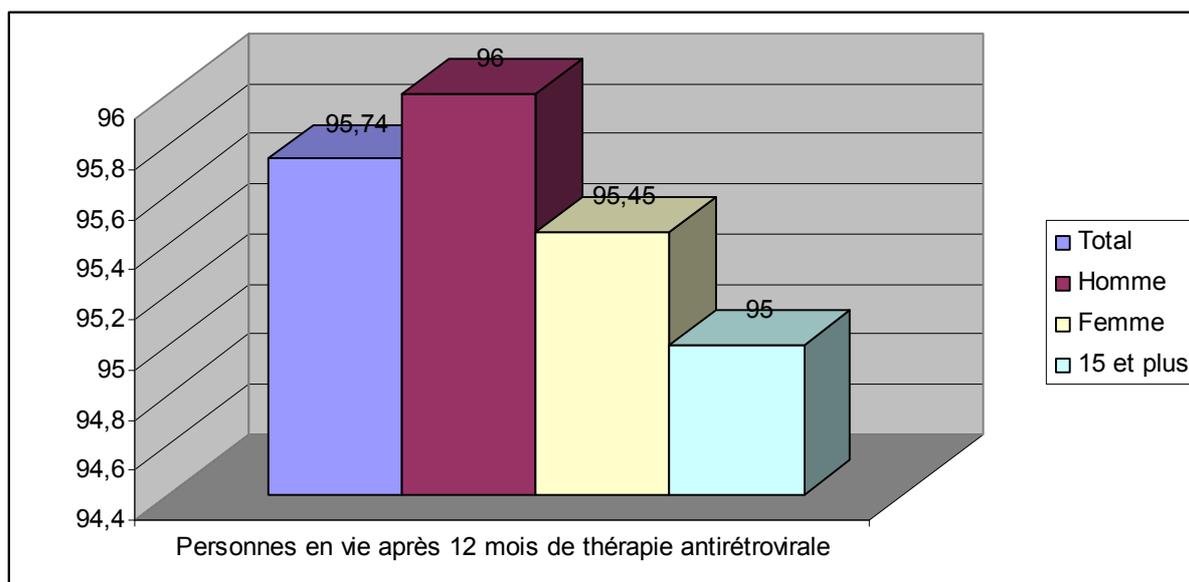
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Estimation nombre de personnes vivant avec le VIH (15-49 ans)*	11074	11471	11767	11978	12121	12216	11321	9551
Estimation du nombre de PVVIH ayant besoin d'un Traitement ARV*	2303	2720	3135	3533	3906	4235	5002	4314
Patients actuellement sous ARV et estimation des patients poursuivant un traitement ARV	149	288	512	680	816	913	1008	1328
Estimation de la couverture nationale	6%	11%	16%	19%	20,9%	21,6%	20,2%	30,8%

S'agissant du taux de personnes qui suivent le traitement 12 mois après son démarrage, il était de : **81 % en 2008 contre 95,74 en 2011. Le nombre de perdus de vue reste trop élevé de 11,3% en 2008, 14,5% en 2009, 27% en 2010 et 36% en 2011.**

C'est à ce niveau que devrait intervenir les accompagnateurs psychosociaux pour la recherche active des perdus de vue, dont l'activité a été partiellement suspendue à cause de la baisse des financements.

Selon la classification de l'OMS 80% des patients dépistés lors du CDV arrivent à la prise en charge médicale à un stade avancé de l'infection. Les personnes vivent donc longtemps sans connaître leur statut sérologique, continuant ainsi à avoir des rapports sexuels non protégés, ce qui contribue à entretenir l'épidémie.

Le graphique ci-après montre que la proportion des hommes encore en vie après 12 mois de traitement antirétroviral supérieur à celle des femmes.



On constate une augmentation de cet indicateur par rapport au rapport UNGASS 2010, il est de 95,74% vs 77,57% en 2010. Ceci peut s'expliquer par le recrutement des personnes vivant avec le VIH parmi les

accompagnateurs psychosociaux qui font une sensibilisation de paire en paire, ce qui pourrait faciliter l'adhérence et l'acceptabilité de la maladie.

2) Dans le domaine de la prise en charge de la coïnfection TB/VIH

La prévalence et l'incidence élevées de la tuberculose à Djibouti ainsi que l'épidémie généralisée de VIH place la problématique de la coïnfection à un niveau particulier compte tenu du fait que Djibouti est le deuxième pays au monde où la prévalence de la Tuberculose est la plus élevée. On retrouve une prévalence de 13,6% VIH chez les patients tuberculeux en 2007 et 11,3% en 2010

La coïnfection TB&VIH est de ce fait un volet important à prendre en considération à Djibouti du fait de la coexistence de ces deux épidémies bien que les résultats en matière de prise en charge de patients coïnfectés sont en constante amélioration. Le programme de prise en charge de la coïnfection de la Tuberculose et VIH progresse en matière de l'accès et utilisation des services de dépistage. En effet, le taux de proposition et du conseil au dépistage volontaire est passé de 41 % en 2007, à 96% en 2008 et 2011 avec des taux d'acceptation et de récupération du test qui varie entre 83% et 87 %.

Cependant des progrès restent à accomplir pour combler les carences en particulier au niveau décentralisé où la prise en charge de la coïnfection se heurte à la problématique de la prise en charge du VIH (stigmatisation, discrimination, déni, perdus de vue, etc.).

I.3.But 3 : Réduire les déterminants de la vulnérabilité et la précarité des PVVIH et leur famille

Le troisième but concerne l'accompagnement psychologique et social des PVVIH, il se décline à travers 3 programmes :

- ✓ Programme 9 : **Prise en charge psychologique et sociale intégrée des PVVIH et de leur famille en vue de consolider l'adhésion à la démarche de soins**
- ✓ Programme 10 : **Prise en charge des OEV**
- ✓ Programme 11 : **Promotion des droits des PVVIH**

Il s'agira à travers la mise en œuvre de ce but d'augmenter le nombre de sites de référence qui ont mis en place des dispositifs spécifiques de prise en charge psychologiques de 5 en 2008 à 20 en 2012. La prise en charge du volet OEV devra aboutir à augmenter nombre d'OEV bénéficiaires du paquet de services sociaux de base de 700 en 2008 à 6872 en 2012. Enfin en termes de lutte contre la discrimination la mise en œuvre du but permettra de garantir l'assistance juridique à 70% de PVVIH exprimant une demande dans ce domaine.

Le dispositif d'appui psychosocial des personnes infectées et affectées par la maladie (DASAP) assure les orientations et la gestion des interventions à l'endroit des PVVIH.

Toutefois le DASAP est essentiellement tourné vers l'assistance et sollicite très peu la participation active des PVVIH et n'apparaît pas comme un projet tourné vers l'autonomisation des bénéficiaires. Par ailleurs on note également que les prestations du DASAP n'ont pas évolué depuis 5 ans et peu d'activités nouvelles ont été intégrées. Les prestataires communautaires du DASAP sont totalement dépendants du Secrétariat Exécutif au plan financier et n'ont pas opérés une diversification des sources de financement et de bailleurs ce qui peut fragiliser la pérennisation des services proposés.

L'expérience d'assistance juridique aux PVVS auprès d'une ONG n'a pas été concluante et le maintien de la situation d'assistanat qui ne sort pas les PVVS de la précarité. Les AGR constituent un volet complexe. D'un côté, la plupart des PVVIH considèrent qu'elles représentent la solution à leur problème du fait des financements, d'un autre côté ils ne sont pas préparés pour envisager des projets viables.

La prise en charge psychologique et sociale devait être intégrée à la prise en charge globale des PVVIH à travers les interventions coordonnées et cohérentes des psychologues, des conseillers et des accompagnateurs psychosociaux dans les centres de référence de la prise en charge thérapeutique de l'infection par le VIH.

A côté des professionnels, les acteurs associatifs issus des principales associations Djiboutiennes de lutte contre le Sida dont celles qui regroupent les personnes vivant avec le VIH, devaient également s'associer pour mettre en œuvre l'accompagnement psychosocial des PVVIH.

L'expérience prometteuse de la mise en place d'un système de soutien aux PVVIH à travers l'intervention des accompagnateurs psychosociaux a connu de graves difficultés notamment après l'interruption des financements en 2009, puisque cette activité est pratiquement interrompue ce qui ne manque pas d'avoir des conséquences graves pour le suivi des PVVIH (cf. chapitre sur la prise en charge médicale).

Concernant les 5 associations de PVVIH, il a été constaté des faiblesses récurrentes à savoir une insuffisance de capacités et de formation, mais également une carence importante dans l'accompagnement des associations pour qu'elles prennent leur envol et deviennent des partenaires à par entière de la réponse nationale.

Les Associations de PVVIH, par la voix du coordonateur de leur réseau ont mis l'accent sur l'obligation d'avoir un local. Ce besoin a été comblé par la mise à la disposition du Réseau d'un Bureau de coordination par le Secrétariat Exécutif, instance de coordination de la réponse nationale et avec l'appui de l'ONUSIDA, le Bureau a été équipé du matériel bureautique et informatique, ce qui donne une crédibilité à chacun des membres du réseau et à leurs actions communes à venir et facilite leur travail au quotidien.

Cependant, le manque crucial de ressources financières pour les besoins de base (internet, transport, documents et fournitures diverses) pour chaque association, a été un sujet récurrent, tant de la part du réseau des PVVIH, que des Agences d'Encadrement.

Au vu de la situation actuelle, tous les partenaires n'ont pas caché une démobilisation quasi générale qui malheureusement s'est répercutée sur les activités programmées dans le plan stratégique national.

Il en résulte une faiblesse du niveau d'organisation et de coordination (dispersion des moyens financiers et des ressources humaines, manque de leadership, conflits internes) leur permettant d'acquérir les compétences nécessaires à la gestion de leurs structures respectives. Toute cette situation indique clairement l'importance des interventions à prévoir pour réduire les carences programmatiques.

Au niveau du programme de soutien social, entre 800 et 850 personnes essentiellement des personnes sous traitement antirétroviral reçoivent de l'appui alimentaire afin d'améliorer leur statut nutritionnel. Ce programme est mis en œuvre en collaboration avec le Programme Alimentaire Mondial(PAM).

La politique nationale de la lutte contre le VIH vise à appuyer les orphelins et enfants vulnérables avec la mise en place d'un programme spécifique pour les OEV exécuté au niveau du ministère de la promotion de la femme et des affaires sociales.

Sur un effectif estimé de 5100 OEV âgés de moins de 18 ans, seuls 700 (13,73%) ont bénéficié d'un appui multiforme comprenant les soins médicaux, l'aide scolaire, l'aide psychologique et le soutien socio-économique (Les données de cet indicateur proviennent du programme national d'appui aux orphelins et enfants vulnérables et du Ministère de la promotion de la femme, du planning familial et chargé des relations avec l'Assemblée Nationale.)

Peur de la stigmatisation et faible visibilité de l'épidémie

Malgré la présence de 5 associations de PVVIH, l'absence de parole publique de personnes séropositives est manifeste. Les résultats de l'enquête CAP 2010 montrent la persistance des pratiques discriminatoires envers les PVVIH 31.4% des jeunes pensent qu'on peut être infecté par le VIH en partageant un repas avec une personne vivant avec le VIH. Il en résulte donc que presque un jeune sur deux n'est pas du tout prêt à partager un repas avec une personne infectée par le VIH ou malade du sida. Faible acceptation sociale des PVVIH

IV. Meilleures pratiques

- Fort leadership, en effet depuis 2003 Djibouti dispose depuis d'un cadre de coordination multisectorielle présidé par le Premier Ministre et constitué par 10 départements ministériels. Ce cadre dispose des organes de coordination technique au niveau central et décentralisé. Djibouti a mis en œuvre deux plans stratégiques, et le pays est en train de finaliser le prochain plan stratégique couvrant 2012 à 2016.
- L'engagement politique s'est concrétisé sur le plan opérationnel par la mise en place d'une coordination nationale forte qui matérialise le principe de « Three Ones » et « l'Accès Universel » initiatives auxquelles la République de Djibouti a adhéré.
- La professionnalisation de la réponse communautaire est visible et progresse. Bénéficiant de l'accompagnement de six agences d'encadrement, de nombreuses associations communautaires s'approprient les différentes modalités de la réponse ; de plus en plus de projets communautaires se mettent en place à l'initiative des organisations de la société civile. Ce développement positif permet d'assurer la couverture du territoire par des actions de proximité, et une participation dynamique des ABC au niveau des grandes activités de planification.
- Depuis 2010, la mise en place du réseau des personnes vivantes avec le VIH/Sida est venu renforcer le leadership de la société civile. Cela a permis aux personnes vivantes avec le VIH/Sida d'être mieux organisés, mieux informés et mieux impliqués dans l'ensemble des décisions prises au niveau du pays dans le cadre de la lutte contre cette pandémie..
 - L'élaboration et la mise en application d'une stratégie de prise en charge globale et gratuite qui ne discrimine pas les personnes étrangères (**30 à 40% des personnes de la file active sous ARVS sont de nationalité étrangère**).
- La mise en place du Dispositif d'Appui Sociale Accéléré aux Personnes vivantes avec le VIH/Sida, initiative innovatrice car Djibouti est le seul pays de la région à exécuter un programme de cet envergure.
- A Djibouti, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PvVs et des autres groupes vulnérables est effective. En effet le gouvernement a ratifié la loi n° 174/AN/07/5^{ème} stipulant la protection des droits des personnes affectés ou infectés par la maladie...
- A côté des professionnels, les acteurs associatifs dont celles qui regroupent les personnes vivant avec le VIH, sont également s'associer pour mettre en œuvre l'accompagnement psychosocial des PVVIH. (4 PVVIH)

- A travers la mise en œuvre des différents plans stratégique national de lutte contre le VIH/Sida on s'aperçoit que le renforcement du système de santé a eu un impact sur l'amélioration du système national de suivi épidémiologique à travers :
 - une amélioration de la notification des cas de SIDA dans les centres de santé et les hôpitaux ;
 - la mise en place progressivement du CDV et l'identification des cas de séropositivité ;
 - la mise en place des sites sentinelles, notamment pour la PTME, les donneurs du sang, les consultations IST et sur la coïnfection tuberculose/VIH;
 - l'amélioration de la proposition de dépistage dans les consultations prénatales ;

V.Principaux obstacles et mesures correctives

V.1. Principaux obstacles

- A Djibouti, les interventions de la lutte contre le VIH/Sida ont connu des difficultés, en premier lieu il faut souligner les réductions budgétaires qui ont débuté après la clôture en juin 2008 du financement de la Banque mondiale (MAP) mis en œuvre depuis 2003. Cette situation a été aggravée depuis juin 2009 par des retards dans la reconduction du projet financé par le Fonds Mondial notamment la phase II du Round 6. Cela a occasionné une réduction d'environ 60 % du Budget alloué à la riposte nationale et provoquer la diminution considérable de certaines activités clés comme en témoignent la baisse de certains indicateurs.
- Un des obstacles critique est le manque d'une stratégie actualisée en matière de distribution et marketing social du préservatif. En effet, actuellement la distribution de préservatif ne se réalise qu'au niveau des centres de prise en charge et au sein de quelques associations à base communautaire, ceci limite l'accessibilité du préservatif à certains groupes vulnérable prioritaire et aux jeunes. Cela se répercute également sur les résultats tant au niveau de la couverture, mais aussi de l'utilisation, comme l'indique la dernière étude CAP chez les jeunes, le taux d'utilisation a diminué chez ce groupe et on constate aussi une précocité dans les rapports sexuels.
- L'étude sur les MOT a fait ressortir que l'épidémie se concentre sur certains groupes vulnérables hautement à risque tels que les travailleuses du sexe. Il s'avère que le pays ne dispose que très peu de connaissances sur les pratiques sexuels et comportement de ces groupes. Il faut impérativement développer les activités de recherche opérationnelle afin de mettre en place une base de données et informations stratégiques qui permettra de développer des approches afin de répondre au mieux aux attentes de ces groupes.
- Compte tenue de la faiblesse des ressources financières mobilisées cette année pour la lutte contre le VIH/Sida, le pays doit multiplier et doubler d'effort dans la mobilisation des ressources.
- Les prestataires communautaires du DASAP sont totalement dépendants du Secrétariat Exécutif au plan financier et n'ont pas opérés une diversification des sources de financement et de bailleurs ce qui peut fragiliser la pérennisation des services proposés.

V.2. Mesures correctives

- Le pays a organisé en janvier 2012, une table ronde des partenaires pour leur signifier l'urgence sanitaire dans lequel se trouve le pays dans la lutte contre le VIH/Sida et pour intensifier la lutte contre le VIH et SIDA, conformément à la déclaration d'engagement de l'Assemblée Générale des Nations Unies de juin 2011. Cette réunion a été rehaussée par le Haut patronage de SE le Premier Ministre, Président de l'organe de coordination politique de la réponse. Le Ministre de la Santé a coordonné les débats et les partenaires se sont engagés à mobiliser les ressources pour soutenir le nouveau plan. Le Gouvernement s'est engagé à mobiliser plus de ressources internes pour la lutte contre le VIH et SIDA.
 - Le Système des Nations Unies va renforcer son appui dans le cadre du nouveau plan de coopération pays pour la période 2013-2017 en renforçant le volet Prévention et prise en charge nutritionnel des personnes sous traitement antirétroviral et les femmes enceintes qui se trouvent dans le programme PTPE.
 - Djibouti va soumissionner un projet au nouveau mécanisme de financement transitoire du Fonds Mondial de lutte contre le VIH et SIDA, Tuberculose et Paludisme (TFM). La proposition est en cours d'élaboration et sera soumise au 31 Mars 2012.
 - La Banque mondiale apportera son appui dans le cadre du nouveau projet d'appui au secteur de la santé.
-
- En rapport avec le Suivi évaluation, il est prévu dans le nouveau plan stratégique 2012-2016 de réaliser des enquêtes comportementales et de séroprévalence au sein de la population générale mais aussi au sein des groupes vulnérables prioritaires hautement à risque. Dans le même temps, l'étude de la surveillance sentinelle continuera à être réalisée et il est prévu d'intégrer le groupe des travailleuses de sexe ainsi que les routiers, pour cela une stratégie d'approche va être élaborée.
 - Un document sur la politique nationale de distribution et marketing social du préservatif est disponible, mais elle sera révisée très prochainement pour répondre au mieux au nouveau besoin qui sont apparus depuis son élaboration avec formulation d'une véritable stratégie de marketing social du préservatif avec un plan de mise en œuvre très précis.
 - Une évaluation du DASAP est prévue très prochainement qui va permettre de vérifier, l'impact du DASAP sur les bénéficiaires, qui fera également ressortir les différentes pistes pour la réorientation, ou nouvelles approches à développer.

V.I. Soutien des partenaires du développement

A Djibouti les partenaires au développement se sont engagés dans la lutte contre le VIH SIDA d'une façon remarquable dès le lendemain de la première déclaration d'engagement en 2001. Le soutien sur base des deux plans stratégiques nationaux 2003-2007 et 2008-2012 a connu deux phases durant ces dix dernières années.

La première phase de 2003 à 2008 a été caractérisée par une intensification de l'appui des partenaires dont la Banque Mondiale, le Fonds mondial et la coopération bilatérale française. La deuxième phase couvrant 2009 à 2011 a été une phase de réduction des financements extérieurs consécutive à la clôture du projet

1) La Banque Mondiale

Avec le projet MAP qui a impulsé la mise en œuvre de la réponse multisectorielle avec implication de plus de 11 ministères et de la société civile. Cette contribution considérable de la Banque Mondiale a donné un élan à la

lutte contre la pandémie du VIH et SIDA à Djibouti. Depuis 2009, cette contribution s'est poursuivie à travers le projet du secteur de la Santé avec le PLS Santé en particulier dans les formations des acteurs et le suivi des activités sur terrain.

En termes de perspectives, la Banque mondiale a entamé l'évaluation du projet d'appui au secteur de la santé en cours pour formuler un nouveau qui devra démarrer dès 2013. La dimension de lutte contre le VIH et SIDA sera intégré afin d'aider le pays à combler les carences financières actuelles.

2) Le Fonds Mondial

Depuis 2005, le Fonds Mondial de lutte contre le VIH et SIDA, Tuberculose et paludisme a démarré son appui à travers le projet du Round 4 et de la première phase du round 6. Cet appui a fait progresser la prise en charge globale ; la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et le renforcement des capacités des acteurs. Depuis 2009 cet appui est apporté sous forme d'appui aux services essentiels en particulier la prise en charge médicale. Pour les deux années à venir, un projet est soumis au 31 Mars 2012 dans le cadre du mécanisme transitoire de financement afin de pouvoir poursuivre les activités essentielles de prise en charge médicale y compris la coinfection Tuberculose /VIH et de soutien psychosocial, de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

3) Le système des Nations Unies

- L'UNICEF a apporté un appui constant dans la lutte contre le sida, notamment dans le domaine du :
 - Renforcement de l'accès à la prévention et aux services pour les personnes les plus exposées au risque VIH
 - Développement de la communication sociale à l'échelle nationale
 - Renforcement de la prévention des IST/VIH et l'accès au dépistage volontaire
 - Réduction de la transmission du VIH/SIDA des parents à l'enfant
 - Prise en charge des OEV
 - Développement du partenariat national, sous régional et renforcement de la communication à tous les niveaux
 - Consolidation du système de Suivi évaluation pour une meilleure gestion de la réponse nationale au VIH
- L'ONUSIDA a apporté son appui
 - dans l'assistance technique pour la mobilisation de ressources en particulier du Fonds Mondial et la planification stratégique 2003-2007, 2008-2012 et 2012-2016 avec l'ONUSIDA
 - Dans l'assistance technique pour différentes activités de recherche opérationnelle comme le rapport MOT, rapport sur les travailleuses de sexes, l'accès universelle ect...ceci à permis au pays d'acquérir des informations stratégiques sur les groupes à haut risque.
 - Pour la prise en charge de personnes vivantes avec le VIH pour leur participation à la conférence international.
- Le Programme Alimentaire Mondial (PAM) est le partenaire clé dans la lutte contre le VIH en particulier dans le domaine d'appui social à travers le programme de soutien nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH SIDA et leurs familles. Le PAM a initié en 2011 une étude nutritionnelle des PVVIH sous ARV et les patients TB sous DOT en collaboration avec le secrétariat exécutif.
- Le PNUD à travers le projet HARPAS, appui le programme national de la lutte contre le VIH et SIDA plus particulières dans le domaine de la promotion des droits de l'homme et la dimension genre qui constitue un volet très important dans le contexte de Djibouti.
- L'OMS a apporté son appui à travers le secteur de la santé dans la prise en charge des IST et le suivi du progrès vers l'accès Universel.

- L'UNFPA apporte son appui la prévention à travers la santé de la reproduction, et intervient en partie dans le réapprovisionnement des préservatifs pour le pays.
- Le HCR apporte son appui à travers le programme en faveur des réfugiés qui met à leur disposition de service de prévention et de soins. Il intervient aussi dans le cadre de la mise en œuvre du projet sous régional financé par la Banque Mondiale à travers l'IGAD.
- L'IGAD est un partenaire clé dans la prise en charge et la prévention des populations mobiles et transfrontalières.

4) Les partenaires bilatéraux

L'apport des partenaires bilatéraux est en grande partie lié à la contribution de l'Agence Française de développement qui a apporté son appui dans le renforcement des capacités du réseau des laboratoires, la gestion de la coïnfection tuberculose et VIH ainsi que la prise en charge des maladies opportunistes jusqu'en 2011. L'USAID appui le suivi et évaluation à travers le système d'information sanitaire et mène des activités de prévention en faveur des populations mobiles en particulier les camionneurs routiers, à travers FHI 360. Le FHI360 met en œuvre des activités de prévention en faveur des camionneurs circulant le long du corridor, et la population du site. FHI 360 intervient aussi dans les centres de prise en charge, dans l'approvisionnement des consommables.

Dans le cadre de l'appui au nouveau PSN, l'USAID prévoit de renforcer le volet prévention dans le cadre du financement PEPFAR.

La coopération française a mis en place un dispositif permettant aux pays dont Djibouti à accéder à un financement pour le renforcement des capacités à travers une assistance Technique et le pays pourra y participer.

5) Récapitulatif des financements par partenaires

PARTENAIRES	2009	2010	2011	TOTAL
Fonds Mondial	559 182 572	164 177 775	229 215 837	952 576 184
AFD	299 487 329	166 314 304	0	465 801 633
UNICEF	87 546 786	143 936 416	114 722 579	346 205 781
PAM	91 017 322	67 645 589	76 661 020	235 323 931
Banque Mondiale	5 645 132	20 352 420	0	25 997 552
PNUD	20 187 328	7 410 966	5 331 630	32 929 924
ONUSIDA	10 765	111 134 099	43 664 095	154 808 958
OMS	1 808 844	0	1 066 326	2 875 170
FNUAP	6 724 963	4 210 921	4 135 568	15 071 452
HCR	7 679 502	13 875 212	17 403 507	38 958 220
IGAD	0	0	18 998 730	18 998 730
USAID	20 437 915	22 022 475	27 162 700	69 623 090

Comme on peut le constater dans le tableau ci-dessus, il y a un tarissement des financements provenant de certains partenaires, comme la banque mondiale, l'AFD, PNUD, l'ONUSIDA, d'autres sont réguliers dont leurs soutient, comme l'UNICEF, le PAM, le FNUAP, le HCR ou encor l'USAID.

La situation du fonds mondial est différente car les années 2009,2010 et 2011 coïncide avec le financement des services minimum. Cela vaut également pour l'IGAD car effet les budget prévus en 2009 et 2010 ont été suspendu à cause des difficultés de gestion qu'avait connue le pays.

Concernant l'OMS on constate que leur appui se limite au volet prise en charge et harmonisation des protocoles.

VII.Suivi et évaluation

VII.1. Points forts du système de S&E

Le système de suivi et évaluation à Djibouti est mis en place depuis 2005, puis fut renforcé en 2006 avec le recrutement d'un cadre.

Le système est défini dans un plan de suivi et évaluation national qui est en conformité avec les principes des trois OMD, et les principes en vigueur au niveau international. L'alignement des partenaires financiers au niveau d'un seul cadre budgétaire, permet d'optimiser la gestion et la redistribution des ressources du pays. De plus l'harmonisation de l'ensemble des partenaires au sein d'un cadre unique d'indicateurs, à faciliter et mieux organiser les compétences nationale en S&E.

La mise en place de ce plan suivi et évaluation, a permis à l'ensemble des acteurs tant sur le plan de la prévention que la prise en charge globale, d'apprécier les objectifs à atteindre, d'avoir une visibilité des atteintes des indicateurs en fonction des objectifs du millénaire.

L'ensemble des outils utilisés sont harmonisés au niveau des différents intervenants de la lutte contre le VIH/Sida, de la coordination au niveau de l'exécution, ceci à permis d'organiser les données afin de faciliter leurs collecte et analyse.

Le Secrétariat exécutif décentralise le suivi et évaluation au niveau des différents programmes de la santé, il forme l'ensemble des acteurs communautaires mais aussi acteurs de la prise en charge globale aux notions de bases de S&E mais aussi et surtout au remplissage des outils.

La remonté d'information se réalise de manière satisfaisante et en conformité avec la périodicité fixé a chaque acteur.

Avec l'appui de l'OMS, le pays a mis en place la surveillance sentinelle dans 11 centres de prise en charge chez les femmes enceintes de façon continue, les patients tuberculeux, les patients IST et les donneurs de sang.

VII.2. Points faibles du système de S&E

Les difficultés et le démantèlement du système de S&E à commencer avec la suspension du financement de la phase 2 du Round 6, dans lequel était prévu des activités de renforcement du système de S&E, tels que la mise en place d'une base de données, le recrutement d'un gestionnaire de base de données, l'élaboration d'un guide de contrôle de qualité des données et le développement des activités de recherche opérationnelle ect... Mais aussi par le fait que les différents intervenants ne transmettaient plus de rapport puisque les financements pour la lutte contre le VIH/Sida, ne leurs étaient plus alloués excepté pour le programme de lutte contre le VIH/Sida du ministère de la santé, qui même dans la période de service minimum recevaient des fonds.

Petit à petit, le système a perdu sa raison d'être, l'équipe travaillait avec le minimum requis, et quand le renforcement attendu ne s'est pas réalisé, la mission de l'unité s'est vu démunie.

Pendant près de cinq ans l'ensemble des données découlant des activités de la prévention et des appuis sociaux sont compilés dans des tableaux Excel, ou pour certaines informations dans des bases sur Access qui ont d'ailleurs montrée leur limite, car saturé elle n'est plus opérationnelle au jour d'aujourd'hui.

VIII.3. Les besoins en renforcement du système de S&E

- En ressources humaine, en effet l'unité se résume à un responsable qui s'occupe tant au niveau des activités de coordination, planification, e la rédaction des rapports pour la prise de décision, que dans les activités de renforcement de capacité des acteurs de la lutte contre le VIH/Sida ; la collecte de données ect... Il faut impérativement un gestionnaire de données qui devra gérer le volet de l'information et de la gestion de l'information.
- Des compétences en matière de recherche opérationnelle, notamment le développement des protocoles d'enquête biomédicale et séroprévalence. Il est important de rappeler à ce niveau que la dernière enquête de prévalence concernant la population générale effectuée par le pays date de 2002. Pour l'instant, le pays utilise les données de la surveillance sentinelle collecté chez les femmes enceintes, combien même cela est plausible, il faut tenir compte de l'étude sur les modélisations des modes de contamination qui a fait ressortir que l'épidémie se concentre aujourd'hui chez certains groupes alors que depuis 2002 elle est de type généralisée. Depuis quelques années, il est prévu d'élargir l'activité de surveillance sentinelle à d'autre centres et d'élargir à d'autre groupes la surveillance tel que les travailleuses du sexe, les détenus mais depuis qu'il y a un tarissement des financement le pays n'a pu mobiliser les fonds nécessaires pour rendre effectif ses activités d'élargissement de la surveillance sentinelle.
- Du système de stockage d'information, par la mise en place d'une base de données multisectorielle avec une interface avec le système d'information sanitaire du ministère de la santé, pour faciliter la collecte et limiter les doublons. Il faut également mettre en place le système de contrôle de qualité des données définies dans le plan de S&E.

APPENDICES (voir site)