



República de Cabo Verde
Comité de Coordenação do Combate à Sida

Secretariado Executivo

.....

Rapport de Situation National à l'intention de l'UNGASS

Cap vert

Janvier 2006 – Décembre 2007



C. Postal 855 – Praia – República de Cabo Verde
Telefone (238) 2600343 FAX: (238) 2618576
E-mail: ccssida@cvtelecom.cv

I. TABLE DES MATIÈRES

II. APERÇU DE LA SITUATION

- a) Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport
- b) La situation actuelle de l'épidémie
- c) La riposte au plan politique et programmatique
- d) Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

III . APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

IV. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDÉMIE

V. MEILLEURES PRATIQUES

VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT

VII. SUIVI ET EVALUATION

ANNEXES

ANNEXE 1 - PROCESSUS DE CONSULTATION/PREPARATION DU
RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE LA *DECLARATION
D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/SIDA*
(*VOIR FEUILLE DE COUVERTURE EN EXCELL*)

ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE SUR L'INDICE NATIONAL
COMPOSITE DES POLITIQUES

ANNEXES 3 - LISTES DES RÉPONDANTS

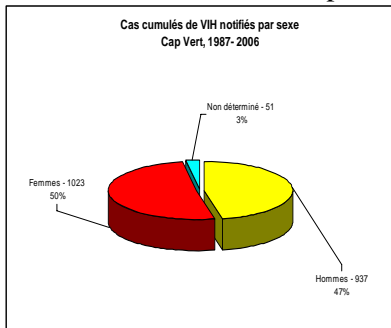
II. Aperçu de la situation

a) Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

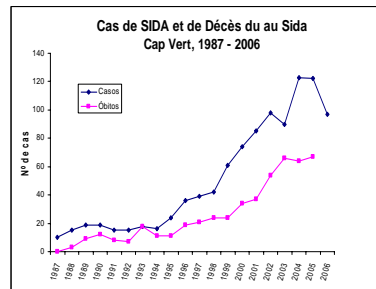
Pour la rédaction de cet rapport un processus des entretiens avec les représentants des principales ONG, les partenaires au développement , ainsi que les secteurs institutionnels clés, notamment, la Santé, l'Éducation, l'Institut National de Statistique, la Commission de Coordination de la Lutte contre la Drogue, entre autres ont été effectués visant non seulement la collecte des données pour le calcul des indicateurs mais aussi leur point de vu sur le degré de mise en œuvre des politiques et stratégies de lutte contre le VIH au Cap Vert.

b) La situation actuelle de l'épidémie

Les premiers cas de SIDA ont été diagnostiqués au Cap Vert en 1986. A partir de cette date plusieurs études ont été réalisées pour déterminer la prévalence du VIH dans la population. En 1988/89 a été réalisé la première enquête nationale de séroprévalence, sur un échantillon de 5790 personnes, donnant un taux de prévalence de 0.46%. A partir



de 1989 la surveillance sentinelle (des femmes enceintes) (deux au départ pour atteindre progressivement sept sites¹ à partir de 2001) se réalise annuellement et les résultats d'année en année montrent une fluctuation de la prévalence entre 0,5 et 1,5%.



L'analyse des données de notification des cas, au cours des 3 dernières années montre une légère décroissance du nombre des cas de SIDA et une stabilisation des décès par SIDA (voire graphique ci-contre). Le nombre total de cas connus de personnes qui sont infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2006 est de 2011. De ces cas rapportés, 1019 (50,7%) ont développé le SIDA et 535 (52,5%) ont décédé.

En 2006, l'incidence rapportée pour l'infection était de 61,4/100.000. Soit disant 299 nouveaux cas d'infection ont été notifiés , 194 du sexe féminin: 51 cas chez les moins de 15 ans et 248 dans les plus de 15 ans. Par sexe, 104 étaient du sexe masculin et 194 du sexe féminin.

La surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes entre 1989 et 2006, indique une tendance globale stable de la prévalence dans la population sexuellement active. Avec une marge d'erreur de 5%, on estime que la prévalence dans la population sexuellement active au Cap-Vert, se situerait autour de 1%.

Entre 1986 et 1996 le virus prédominant était le VIH2. Actuellement le virus prédominant est le VIH (En 2006, 67% VIH1, 28% VIH2 et 5% VIH1+2).

Une enquête de séroprévalence réalisée dans le cadre de l'Enquête Démographique et de Santé en 2005, dans un échantillon de 5596 femmes de 15 – 49 ans et hommes de 15 – 59 ans, a identifié un taux de prévalence du VIH de 0,8%, dont 1,1% dans le sexe masculin et 0,4% dans le sexe féminin.

Par région, la région de Sotavento qui inclut les îles de Santiago, Maio, Fogo et Brava, sont les plus touchées avec un taux de prévalence de 1,1%. La région de Barlavento, incluant les îles, de Santo Antão, São Vicente, São Nicolau, Sal et Boavista ont enregistré un taux de prévalence de 0,1%.

Ainsi que, suite aux résultats de l'enquête nationale de séroprévalence de 2005 (EDS) et à l'analyse des tendances générales des résultats des sites sentinelles sur les 15 dernières années, l'épidémie du VIH/SIDA au Cap-Vert qui était considérée comme une épidémie généralisée à faible prévalence, a été requalifiée comme étant en une épidémie de basse prévalence. En effet, comme l'indique un rapport du Ministère de la Santé en 2003, les données disponibles montrent que l'épidémie de VIH/SIDA a un niveau de prévalence faible et les tendances restent inférieures à 5% dans les sous-groupes de population tels que les donneurs de sang et les femmes enceintes dans tous les sites. Par ailleurs, une étude comportementale et de séroprévalence réalisée auprès des consommateurs de drogues dans les prisons et les établissements de traitement a montré une prévalence de 1,7%. Le même étude a montré un taux de prévalence de 14,3% chez les consommateurs de drogues injectables. Il faut noter, cependant que l'échantillon était très petit : seule 14 consommateurs de drogues injectables ont été identifiés pendant l'étude.(CCCD/ONUUDC, 2007).

c) La riposte au plan politique et programmatique

La réponse nationale, déclenchée depuis l'identification du premier cas, en 1986, a bénéficié de l'**appui politique** de hautes autorités de l'Etat et, depuis 2002, le Premier Ministre est le Président du CCS-SIDA, le comité multisectoriel responsable de la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA. Le PENLS 2002-2006 est multisectoriel et décentralisé, impliquant fortement les différents **secteurs de l'État**, de même que la **société civile** au niveau national et des Municipalités. Les Associations de personnes vivant avec le VIH sont aussi impliquées dans les réunions de planification et de prise de décision.

Ce cadre de planification tout en définissant le cadre légal et institutionnel de la lutte contre le VIH/SIDA a défini les directives et les domaines d'interventions au nombre de 10 dont la prise en compte des groupes vulnérables (domaine 5). Les objectifs généraux identifiés visaient : i) La réduction de la prévalence de l'infection par le VIH, ii) L'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, iii); Le renforcement de la capacité nationale de réponse à l'épidémie et

iv) ; L'amélioration des connaissances sur l'épidémie, sa dynamique et ses impacts. Ce cadre stratégique a été mis en œuvre à travers un plan d'action de référence pour un coût de 22 millions de dollars pour la période 2002 - 2006.

Un nouveau plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2006 – 2010 a été adopté en juin 2006 par le gouvernement, dont le coût a été estimé à de 24 millions de dollars US.

Une emprunt obtenue auprès de la BM permettra de continuer le renforcement du réseau national de banques et laboratoires de dépistage du VIH, garantir les soins intégrés aux PVVIH/SIDA pour la période 2007/08, généraliser la PTME, et élargir l'accès de la population au CDV et traitement des IST, entre autres dans le cadre de la mise en œuvre du PENLS, 2006-2010.

L'engagement et appui politique du Gouvernement dans la lutte contre le SIDA se reflète dans l'**allocation des ressources nationales**, au niveau des différents budgets sectoriels.

Santé

La secteur santé reste un secteur prioritaire pour le renforcement de sa capacité de détection, diagnostique, mais aussi des ressources humains, en qualité et en quantité.

La thérapie ARV a été initié au Cap Vert en Décembre 2004. Depuis lors, la totalité des personnes qui sont inscrits dans les registres des services de santé et qui présentent des critères cliniques et immunologiques pour l'initiation de la thérapie ARV sont couvertes, y inclus plusieurs membres issus de groupes vulnérables, tels que les CDI , ce qui se configure comme un pas important pour l'accès universel.

L'appui psychosocial dans le secteur santé prévoit l'appui psychologique aux PVVIH et famille affecte. La société civile prend le relais pour l'appui socio-économique et, aussi, psychologique. Des progrès ont été fait au niveau de la référence/contre référence entre la santé et la société civil, une dimension indispensable dans le contexte de basse prévalence du pays.

La sécurité transfusionnelle du point de vue du VIH est assurée depuis le début de l'épidémie, avec le dépistage de tout sang recueilli, mais des progrès considérables ont été fait au niveau de l'organisation et des documents stratégiques d'encadrement, perspectives d'élargissement du system incluses, bien comme au niveau de l'actualisation professionnelle. De même l'application des précautions universelles a été grandement renforcée, dans le contexte du traitement des déchets hospitalier.

Le renforcement de la participation de la société civile , y inclus la dynamisation pour la création de(s) associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA représente aussi une priorités compte tenu de l'existence à ces jours des attitudes de préjuges au sein de la société au regard des PVVIH.

Education

Le secteur de l'éducation est considéré aussi comme un secteur clés compte tenu de l'importance de l'adoption des comportements sexuels à moindre risque et de l'éducation des jeunes pour la vie active. Pour cela les messages de prévention sur les IST/VIH/SIDA sont intégrés dans le curriculum de l'enseignement de base et secondaire. Les enseignants ont été formés dans une perspective de compétences sociales et des centres d'Information, Education et Orientation ont été créés dans quelques écoles secondaires (éducation par les paires).

Il faut aussi mentionner que l'effort pour atteindre les jeunes en particulier par l'abordage centrée sur les compétences, est catalysé par les Centres de Jeunesse et Centres satellites, ou nombre 24 dans les 17 Municipalités du pays. Ces Centres travaillent avec les jeunes scolarisés mais aussi avec les jeunes en dehors de l'école.

- ***Entreprises publique et privés***

Au niveau du Ministère des Infrastructures et Transport des activités de sensibilisation des travailleurs dans la construction des axes routiers, de l'ampliation du Port de Praia, dans le cadre de la signature d'un Protocole entre le CCS-Sida et le Project MCA/Cap Vert..

Des entreprises, notamment , SHELL, ENACOL, ENAPOR, TELECOM, entre autres développent des activités de prévention régulièrement auprès de leur travailleurs. En général les initiatives sont centrées sur l'IEC, informations sur le CDV, bien comme les aspect juridiques et de protection des droits de l'homme sur le local de travail. L'accès au traitement se fait par la voie des structures publique de santé.

- ***Orphelins et enfants vulnérables (OEV)***

Un effort important s'est fait pour l'identification de OEV, soit au niveau national, soit au niveau local. Une étude réalisée par la Fondation Capverdienne de Solidarité a identifié un total de 5486 orphelins, dont 58 sont orphelins du Sida.

Les partenaires locaux de la société civil, en partenariat avec les Mairies de 7 des 17 Municipalités (en vertu de la décentralisation des services de promotion sociale a se niveau), ont pu faire parvenir un appui à près de 400 orphelins et autres enfants vulnérables qui, dans la grande majorité des cas, bénéficient d'un appui a la scolarité et, parfois, d'appui nutritionnel.

- ***Droits de la personne***

Suite a des démarches jusqu'à présent entreprises, incluant la participation du Cap Vert, à travers d'un de ses députés au Parlement dans un workshop sous-régional, pour l'élaboration de législation type a adapter et adopter par le pays et à la mobilisation de décideurs politiques et de parlementaires du Ministère de la Justice et de la Commission Nationale pour les Droits de L'Homme, une Loi sur la protection des droits des personnes vivant avec le VIH a été approuvé en 2007, devant entrée en vigueur

immédiatement. La Loi se base dans les principes de l'accès universel aux soins de prévention, traitement et psychosocial.

Du même, la Constitution consacre le principe de la non discrimination.

Complémentairement, un article du Code Pénal prévoit des sanctions pour la transmission intentionnelle de IST..

Par ailleurs, les campagnes de IEC, soit dans les medias, soit dans les matériels produits et communication interpersonnelle, incluent, de forme régulière , la lutte contre la discrimination des PVVIH.

- **Recherche**

Dans le domaine de la recherche des améliorations ont été faites depuis 2005.

En effet , un certain nombre d'études sur les aspects comportementaux et sérologiques du VIH/SIDA, ont été réalisés , a savoir :

L'EDS-II réalisé en 2005, intégrant les aspects comportementaux et sérologiques dans le domaine du VIH/SIDA a apporté des informations très utiles à la compréhension et caractérisation de l'épidémie, surtout en ce qui concerne sa répartition par sexe, tranche d'âge et répartition géographique.

Une étude qualitative sur estimative de la tailles de deux populations à haut risques pour le VIH/SIDA et les professionnels de sexe , a identifié le nombre et les lieux de concentration des consommateurs de drogues(y inclus les consommateurs de drogues injectables) et des professionnels de sexe. Cet étude a identifié aussi les principales axes d'intervention auprès de ces groupes. CCCD/CCS-Sida/NU Cap Vert

Une enquête sur la consommation de drogues au Cap Vert , incluant le niveau de connaissances et les aspects comportementaux par rapport aux VIH/SIDA a été réalisée, entre décembre 2006 et février 2007, dans la communauté, les prisons et les établissements de traitement (Comunidade da Granja de S. Filipe et Tendas Al Shadai), dont les données n'étaient pas disponibles au moment de l'élaboration de ce rapport.

En 2007, une étude de séroprévalence réalisée auprès des consommateurs de drogues en général dans les prisons et les établissements de traitement (Comunidade da Granja de S. Filipe et Tendas Al Shadai) a identifié un taux de prévalence de 1,7%. La même étude a trouvé un taux de prévalence chez les consommateurs de drogues injectables de **14,3%** mais il faut noter que la taille de l'échantillon était trop petit (seulement 14 personnes), CCCD/ONUDC/MS, 2007.

Un Comité National d'Éthique pour l'analyse des projets de recherche en santé a été installé officiellement en 2007.

d) Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

Les indicateurs 1 et 2 font parties des Annexes 6 et 7

	Valeurs de l'indicateur 2006	Valeur de l'indicateur 2007	Sources/Commentaires
INDICATEUR DU PROGRAMME NATIONAL			
3. Pourcentage des unités de sang provenant des dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes d'assurance de qualité	71,5	60,7%*	Laboratoires de dépistage du VIH des hôpitaux centraux de Praia e Mindelo
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à un stade avancé sous association d'antirétroviraux	24,2 %HF (22,9% H ; 25,2% F) <15 ans - 37% ; 15 et plus – 23,4%	28,3% HF (28,3% H ; 28,4%F) <15 ans – 34,3% ; 15 ans et plus - 27,9%	Numérateur : Registres des patients sous TARV, Pólo régionaux à Praia et Mindelo Dénominateur : Données consolidées (EPP/SPECTRUM 2000), Dakar, Mai, 2007
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives a qui on a administrées des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère enfant.	31,3%	51,5%	Programme National de Santé Reproductive, Poste sentinelle 2006
6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administré un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	4,7	3,4%	Numérateur : Registres des patients sous TARV, Pólo régionaux à Praia et Mindelo Dénominateur : Données consolidées (EPP/SPECTRUM 2000), Dakar, Mai, 2007
7. Pourcentage de femmes et hommes âgés de 15-49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	10,1% HF (10,1% H ; 10,1% F) 15-19 ans - 3,4% ; 20-24 ans – 12,8% ; 25-49 ans – 12,7%		EDS, 2005
8. Pourcentage parmi les populations les	Non Disponible	Non Disponibl	

plus à risques ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.		e	
9. Pourcentage parmi les populations les plus à risque que les programmes de prévention parviennent à atteindre	Non Disponible	Non Disponibl e	
10. Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables (0-17) vivants dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Non applicable	Non applicab le	Indicateur suivi seulement par les pays avec prévalence de 5% et plus
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	100%	100%	Données du Ministère d'Education
	Taux de scolarisation écoles primaires : 96,5% HF (96,1 F ; 96,8% H) Taux de solarisation écoles secondaires : 58,5% HF (61,9% ; 55,2%)		Données du Ministère d'Education

INDICATEUR DE CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS			
	Valeurs de l'indicateur 2006	Valeur de l'indicateur 2007	Source/Commentaire
12. Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non orphelins âgés de 10 à 14 ans	Non applicable		Indicateur suivi seulement par les pays avec prévalence de 5% et plus
13. Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Indice composite : 37,6% HF (36,9%H ;38%F) 15-19 ans – 37,7% ; 20-24 ans – 37,5%,		EDS, 2005
14. Pourcentage parmi les populations les plus à risque des personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Non Disponible	Non Disponible	
15. Pourcentage de jeunes femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	29,9% HF (41,4%H ; 24% F) 15 – 19 ans – 29,8% 20 – 24 ans – 30,1%		EDS, 2005
16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	52,3%HF (69,0%H ;43,4%F) 15-19 ans – 86,4% ; 20 – 24 ans – 70,6% 25 – 49 ans – 36,1 %		EDS, 2005
17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	57,4% HF (72,2% H ; 45,8%F) 15-19 ans – 70,3% ; 20 – 24 ans – 61,4 % 25 – 49 ans – 47,1 %		EDS, 2005
18. Pourcentage de professionnel(le)s de sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Non Disponible	Non Disponible	
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin	Non Disponible	Non Disponible	
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Non Disponible	Non Disponible	
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue.	Non Disponible	Non Disponible	

INDICATEUR D'IMPACT			
22. Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15-24 ans infectés par le VIH	0,5%F 15-19 -0,0% 20-24 - 0,8%	Non Disponible	Postes sentinelles 2006
	Total 15 -19 ans : 0,0% (N=1594) 20 - 24 ans : 0,3% (N=1009) Hommes 15 - 19 : 0,0% (N = 844) 20 - 24 : 0,5% (N= 477) Femmes 15 -19 : 0,0% (N= 750) 20 - 24 : 0,1% (N = 532)		EDS, 2005
23 Pourcentage des consommateurs de drogues injectables infectés para le VIH	ND	14,3% HF (14,3%H ; 0,0%F)	CCCD/ONUUDC, 2007
24.Pourcentage d'adultes et enfants VIH positifs encore en vie 12 mois après l'initiation de la thérapie ARV	82,9% HF (80,6%H ;84,6 %F) < 15 - 86,7% 15 e + - 82,5%	89,1%HF (92,9%H ; 86,4%F) < 15 - 100% 15 et + - 87,5%	

III . Aperçu de l'Épidémie de SIDA

Les données des postes sentinelle chez les femmes enceintes de 2006 ainsi comme les données issus de l'EDS 2005, dont la publication des résultats a été fait en 2006, sont analysés ci-dessous, puisque les données des postes sentinelle 2007 ne sont pas encore disponibles due au fait que la période de fonctionnement s'écoule dans les mois d'octobre et novembre.

En 2006, seules les postes sentinelle chez les femmes enceintes à Praia et à Mindelo (Urbains) ont fonctionnés. Cette décision a été prise après une évaluation du coût bénéfice faite aux autres postes sentinelles (Porto Novo, Ribeira Grande, Sal, S. Filipe) entre la période 2002-2004 qui a montré systématiquement une basse échantillonnage et un résultat négatif des testes. Pour le poste sentinelle d'Assomada les activités ont été repris en 2007, compte tenu de l'importance de cette région pour l'épidémie. En 2006 sa fermeture avait été dicté par des contraintes au niveau du laboratoire

Ainsi, les résultats des postes sentinelles pour 2006 ont identifié un taux de prévalence du VIH de **0,9%** dans l'ensemble des deux postes, dont, **1,7% à Praia (N 583) et 0,3% à Mindelo (N 722).**

Chez les jeunes de 15 à 24 ans la prévalence était de 0,5%. Dans la tranche d'âge de 15-19 ans aucun cas n'a été signalé, mais entre le 20 – 24 ans la prévalence était de **0,8%** .

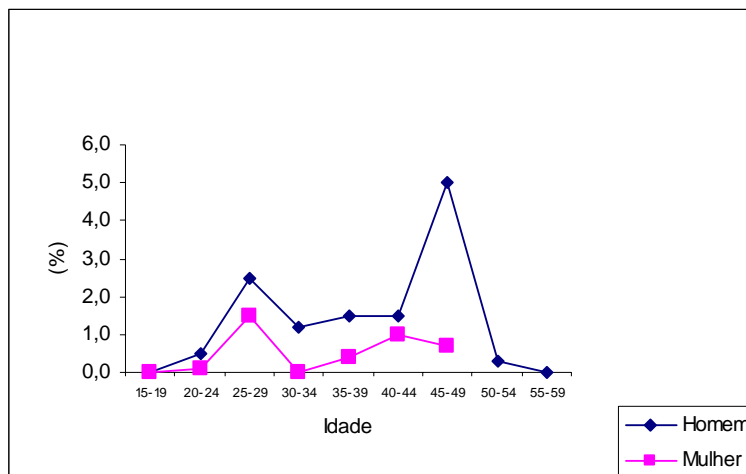
Parmi les moins de 25 ans la prévalence était de **0,4%** (3/724) et dans la tranche d'âge 25 et plus ans la prévalence était de **1,5%** (9/584)

L'enquête national de séroprévalence réalisé dans le cadre de l'EDS (2005) dans un échantillon de 5596 femmes de 15 – 49 ans et hommes de 15 – 59 ans , a identifié un taux de prévalence du VIH de **0,8%**, dont **1,1%** dans le sexe masculin et 0,4% dans le sexe féminin.

Par région, la région de Sotavento, qui inclus les îles de Santiago, Maio, Fogo et Brava, sont les plus touchées avec un taux de prévalence de 1,1% . La région de Barlavento, incluant les îles, Santo Antão, S. Vicente, S. Nicolau Sal et Boa Vista a enregistré un taux de prévalence de 0,1%. À Praia, la capital du pays, le taux de prévalence était de **1,7%**.

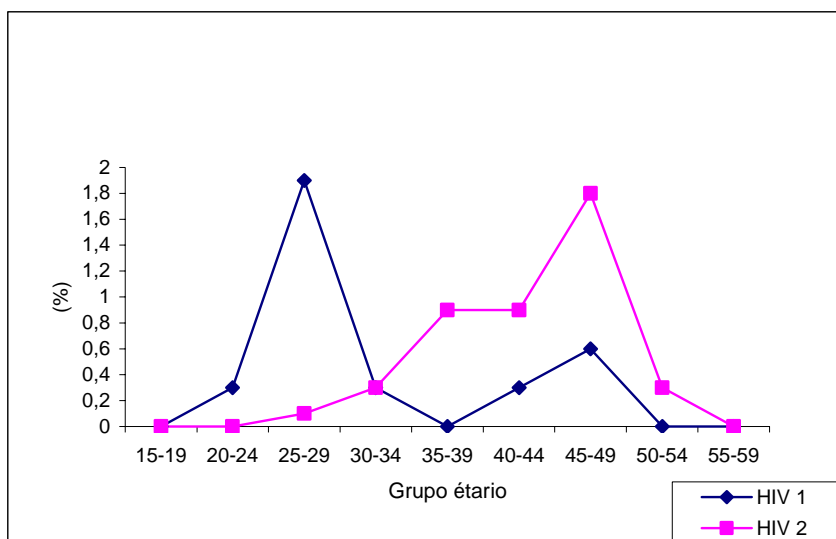
Le milieu urbain a enregistré un taux de prévalence de **0,9%** contre **0,6 %** dans le milieu rural.

Le graphique ci-dessous montre la répartition par tranches d'âge et sexe, EDS, 2005



Parmi les 15-24 ans (Voir tableau récapitulatif des indicateurs UNGASS)

Le graphique ci-dessous montre la répartition par tranches d'âge et type de virus, EDS, 2005



Concernant les populations plus à risque, une étude de séroprévalence réalisée auprès des consommateurs de drogues en général dans les prisons et les établissements de traitement (Comunidade da Granja de S. Filipe et Tendras Al Shadai) a identifié un taux de prévalence de 1,7%. La même étude a trouvé un taux de prévalence chez les consommateurs de drogues injectables de **14,3%** mais il faut noter que la taille de l'échantillon était trop petit (seulement 14 personnes), CCCD/ONUDC/MS, 2007.

IV. Riposte nationale à l'épidémie

Un nouveau plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2006 – 2010 a été adopté en juin 2006 par le gouvernement, dont le coût a été estimé à de 24 millions de dollars US.

Ce nouveau cadre partant des acquis du précédent cadre définit quatre domaines d'intervention prioritaires, quatre objectifs généraux et treize objectifs spécifiques, a savoir :

	Domaines prioritaires	Objectifs généraux
1	Prévention globale de la transmission du VIH	Réduire la propagation du VIH en assurant l'accès universel au moyen de prévention
2	Qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA	Améliorer la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, en assurant l'accès universel au traitement et aux soins
3	Implication des secteurs publiques, privé et de la société civile en général, dans la mise en œuvre du PMLS	Renforcer la participation des ministères, autres que la santé, des municipalités, des OBC et des ONG et des privés dans la mise en œuvre du PMLS
4	Gestion (information stratégique / suivi et évaluation et financière) et coordination du PMLS	Assurer la gestion et la coordination de la riposte nationale multisectorielle au VIH/SIDA, dans le respect des « trois principes »

De façon spécifique, le cadre propose entre autres activités :

Accroître de 12% à 80% le pourcentage de la population générale y compris les groupes à haut risque qui ont effectué un test de dépistage de VIH et connaissent leur statut sérologique VIH d'ici 2010

Amener au moins 80% des utilisateurs de drogues injectable (UDI), des professionnel(le)s du sexe et d'autres populations à risque à connaître leur statut sérologique

Accroître de 30% à 80%, la proportion de personnes (adultes et enfants) infectées par le VIH bénéficiant d'un suivi médical et psychosocial régulier

Accroître à 90% le nombre d'orphelin et enfants vulnérables éligibles bénéficiant d'un appui scolaire

De 2006 à 2010, le cadre juridique pour la prévention de la discrimination, pour les droits et devoirs des PVVIH/Sida doit être élaboré, approuvé et mise en œuvre

De 2006 à 2008 dans les municipalités de Praia, Santa Catarina, S. Vicente et Fogo au moins une association d'appui aux PVVIH doit être créée

D'ici 2010, les associations d'appui au PVVIH sont impliquées et opérationnels dans la mise en œuvre du PMLS.

Actuellement , avec des efforts qui ont été fait pendant la mise en œuvre du PENLS, 2002-2006 la lutte contre le VIH/SIDA est intégrée dans toutes les stratégies sectorielles de développement, le document de stratégie de réduction de la pauvreté, et les autres programmes de développement du pays.

Santé

La *Politique Nationale de Santé* a été approuvée en 2006 et le Plan National de Développement Sanitaire 2008-2011 est en cours d'élaboration. La première orientation programmatique de la Politique est la lutte contre les maladies transmissibles prioritaires. Le principe de l'attention dirigée à des groupes cibles spécifiques est également fondamental. Les IST/VIH/SIDA sont la première priorité des maladies transmissibles et les directives incluent le counseling, en particulier chez les jeunes, le diagnostic précoce et systématique des IST, son traitement adéquat et suivi des partenaires sexuels, l'appui psychologique aux séropositifs et malades du SIDA, les activités de réduction de la transmission verticale, l'institutionnalisation de la TARV et la réduction à zéro des infections hospitalières (précautions universelles et sécurité de l'hémothérapie). La tuberculose est la deuxième maladie transmissible prioritaire. Le panier de base des soins intégrés de santé de la femme (AISM) inclue la PTME et pour la santé reproductive des adolescents, les directives incluent l'établissement d'une relation privilégiée avec le secteur jeunesse et la programmation d'interventions conjointes avec les Centres de Jeunesse.

Les stratégies nationales de maîtrise de la maladie investissent fondamentalement dans la prévention de nouvelles infections, compte tenu des caractéristiques de l'épidémie du VIH/SIDA au Cap Vert, en intégrant un spectre élargi de services, qui sont des portes d'entrée précoce pour l'identification de l'infection et son suivi (traitement des IST, test anonyme et volontaire, PTME).

INDICATEURS UNGASS (2006-2007)

Analyse des indicateurs des Programmes nationaux et d'impact

Indicateur 3 : Tous les unités de sang sont testés a 100% pour le VIH. Cependant, compte tenu du principe d'assurance de la qualité externe recommandé dans les directives pour les indicateurs UNGASS le pourcentage des unités de sang provenant des dons et soumises à un dépistage du VIH selon les principes d'assurance de qualité était de **71,5% et 60,7 % en 2006 et 2007**, respectivement. Il faut souligné que cette diminution entre 2006 et 2007 se doit à l'étendue de la dépistage du VIH à d'autres laboratoires/Banques de Sang (Hôpital Baptista de Sousa a S. Vicente, incluant la Délégation de Santé de Sal et Ribeira Grande) dont le control de qualité externe n'a pas encore été mise en place. .

Indicateur 4 :Le pourcentage d’adultes et d’enfants atteints d’une infection à un stade avancé sous association d’antirétroviraux était de **24,2 % et 28,3%** en 2006 et 2007 respectivement.. Néanmoins, tous les patients inscrits et suivi par les services de santé qui on des critères cliniques et/ou immunologiques sont en traitement avec ARV.

Indicateur 5 : Le pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui on a administrées des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère enfant a enregistré une augmentation de **31,3% en 2006 à 51,5%** en 2007

Le schéma utilisé au Cap Vert est l’association de AZT+Nevirapine

Ce tableau ci-dessous montre la répartition par schéma

Schéma	Total femmes enceintes selon le schéma utilisé de prévention de la TME	
	2006	2007
Dose unique de Nevirapine	Non appliqué	Non appliqué
Schéma associant 2 ARV	17	38
Schéma associant 3 ARV	Non appliqué	Non appliqué
ART administré aux femmes enceintes justiciables dans traitement	5	10

* Dans quelques cas on n’a pas pu trouver quel schéma a été utilisé

Indicateur 6 : Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l’infection à VIH. Les indicateurs totaux pour les années 2006 et 2007 ont été calculés.

La source du dénominateur utilisé sont les projections EPP/Spectrun, dont les données par sexe et groupe d’âge ne sont pas disponibles. Le dénominateur utilisé représente 8% du total de cas de tuberculose estimés(1095).

Indicateur 7 : L’enquête de séroprévalence réalisé dans le cadre de l’Enquête Démographique et de Santé, en 2005 a trouvé un pourcentage de femmes et hommes âgés de 15-49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat dans l’ordre de 10,1 % dans les deux sexes.

Par tranche d’âge , parmi le 15 – 19 le taux est de 3,4%, dans la tranche d’âge de 20 – 24 il est de 12,7% et de 25-49 ans de 12,7%.

Les données de notification montrent une augmentation depuis 2003 des testes de dépistage dans les services de santé, comme le montre le tableau ci-dessous.

ANNÉES	NOMBRE TOTAL DE TESTES RÉ ALISÉS
2002	3069
2003	3542
2004	8106
2005	8154
2006	13467
2007*	14 198 (7663 femmes enceintes)*

Source : Services de Santé , et laboratoires

* Données provisoires

L'analyse des données ci-dessus, en 2006, ont montré que du total de 13 467 testes réalisés , 9292 étaient du sexe féminin, dont , 6097 chez les femmes enceintes et parmi les 3097 testes réalisés pour les hommes, 1295 étaient des donneurs de sang, ce qui révèle qu'il faut faire un travail de sensibilisation auprès des hommes pour l'adhésion à la dépistage anonyme et volontaire.

Les données pour le calcul des **indicateurs 8 et 9** pour les populations plus à risque ne sont pas disponibles.

Le suivi des **indicateurs 10 et 12** sur les orphelins sont effectués seulement dans les pays avec une prévalence de 5% et plus. Néanmoins, le Cap Vert, dans le cadre de la mise en œuvre des politiques sociales apporte une très grande importance aux orphelins et enfants vulnérables et le PENLS, depuis 2002 donne un appui scolaire et nutritionnel aux orphelins et enfants vulnérables.

Indicateur 11 : La révision des curricula pour l'éducation en matière d'IST/VIH/SIDA par les compétences sociales (primaire et secondaire) a permis de la pérennisation des efforts préventifs en contexte scolaire et, l'expérience pilote des EIO sera très important en vue de multiplication des messages en sein des jeunes scolarisés. L'indicateur 11 montré que l'enseignement du VIH est intégré dans les curricula des écoles primaires et secondaires dans les disciplines de « Formation Personnel et Social » « L'Homme et l'environnement », et autres.

100% des écoles primaires et secondaires appliquent des contenus sur le VIH/SIDA.

Le taux de scolarisation dans écoles primaires était de **96,5% HF** (96,1 F ; 96,8% H).

Le taux de solarisation écoles secondaires : **58,5% HF**(61,9% ; 55,2%). Source :

Principaux indicateurs de l'Education, Ministère de l'Education et Valorisation des Ressources Humaines , 2004/2005.

Indicateur 22

En 2006, seules les postes sentinelle chez les femmes enceintes à Praia et à Mindelo (Urbains) ont fonctionnés. Cette décision a été prise après une évaluation du coût bénéfice faite aux autres postes sentinelles (Porto Novo, Ribeira Grande, Sal, S. Filipe) entre la période 2002-2004 qui a montré systématiquement une basse échantillonnage et un résultat négatif des testes. Pour le poste sentinelle d'Assomada les activités ont été

repris en 2007, compte tenu de l'importance de cette région pour l'épidémie. En 2006 sa fermeture a été dicté par des contraintes au niveau du laboratoire

Ainsi, les résultats des postes sentinelles pour 2006 ont identifié un taux de prévalence du VIH de **0,9%** dans l'ensemble des deux postes, dont, **1,7% à Praia (N 583) et 0,3% à Mindelo (N 722)**.

Chez les jeunes de 15 à 24 ans la prévalence était de 0,5%. Dans la tranche d'âge de 15-19 ans aucun cas a été signalé, mais entre le 20 – 24 ans la prévalence était de **0,8%** .

Parmi les moins de 25 ans la prévalence était de **0,4%** (3/724) et dans la tranche d'âge 25 et plus ans la prévalence était de **1,5%** (9/584)

Indicateur 23

Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les professionnels du sexe les données sur la séroprévalence du VIH ne sont pas disponibles.

Concernant les consommateurs de drogues, une étude de séroprévalence réalisée auprès des consommateurs de drogues en générale dans les prisons et les établissements de traitement (Comunidade da Granja de S. Filipe et Tendas Al Shadai) a identifié un taux de prévalence de 1,7%.

Le même étude a trouvé un taux de prévalence de **14,3%** chez les consommateurs de drogues injectables, mais il faut noter que la taille de l'échantillon était trop petit (seulement 14 personnes, tous du sexe masculin), CCCD/ONUDD/MS, 2007.

Indicateur 24 : Le pourcentage d'adultes et enfants VIH positifs encore en vie 12 mois après l'initiation de la thérapie ARV était de **82,9% et 89,1%** pour les années 2006 et 2007 respectivement , ce qui montre une évolution positive.

En 2007 le taux était plus élevée chez les hommes et dans la tranche d'âge de moins de 15 ans. (voir tableau récapitulatif ci-dessus).

Analyses des indicateur de comportements et connaissances

Pour le calcul de **Indicateurs 13, 15, 16 et 17** les données ont été collectés de l'Enquête Démographique et de Santé Reproductive réalisé en 2005 dans un échantillon de 8 146 hommes et femmes âgés de 15-49 ans pour les femmes et 15 -59 ans pour les hommes.

Concernant l'indicateur **13 « Indice composite »** il a été calculé a partir des réponses correctes données aux cinq questions suivantes :

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ? Seulement **9,5%** a répondu « Oui »

2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation du préservatif lors de chaque rapport sexuel ? **89,9%** a répondu « OUI »

3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ? **81,9%** a répondu « Oui »

4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ? **5,5%** a répondu « Oui »

5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ? **5,5%** a répondu « Oui ».

Le pourcentage qui a répondu correctement aux cinq questions « l'indice composite » était de **37,6%** ce qui montre qu'il existe encore des fausses idées sur la façon dont le VIH se transmet qu'il faut en tenir compte dans les messages d'IEC dans les écoles et dans les mass média.

Indicateur 15 : Le pourcentage de jeunes femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. **29,9% des jeunes**, hommes et femmes ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, dont 41,4 du sexe masculin et 24 % du sexe féminin. Par groupe d'âge : 19-20 ans - 29,8% et à 20 – 24 ans – 30,1%.

Indicateur 16 : Le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois était de **52,3%**, dont 69% chez les hommes et 43,4% chez les femmes. Par tranche d'âge les pourcentage sont les suivants : 15-19 : 86,4% ; 20-24 : 70,6% ; et 25 – 49% : 36,1 %.

Indicateur 17 : Le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel **était de 57,4%**, dont 72,2% chez les hommes et 45,8% chez les femmes. Par tranche d'âge, dans le groupe de 15 – 19 ans : 70,3% ; 20 – 24 : 61,4% et 25 – 49 ans : 47,1%.

La conclusion qu'on peut tirer des indicateurs 16 et 17 est que le pourcentage des rapports sexuels à haut risque est plus élevée chez les hommes et dans les tranches d'âges plus jeunes. Cependant, les jeunes utilisent plus les préservatif que les personnes plus âgées comme le montre l'indicateur 17.

Les données pour **les indicateurs 14, 19, 20 et 21** sur les comportements et les connaissances des populations plus à risque ne sont pas disponibles. Comme il a été dit, il existe de très grandes difficultés de pénétration dans ces groupes, sauf pour les consommateurs de drogues, dont des programmes et des études sont en train d'être mise en œuvre par la Commission de Coordination et de Combat contre la Drogue, CCCD, en partenariat avec l'ONU DC qui pourront être utilisé dans le prochain rapport UNGASS 2010 (période janvier 2008 à décembre 2009).

Du même pour les professionnels de sexe dont les initiatives des ONG sont en train d'être mise en place.

En ce qui concerne l'**indicateur 18** , une enquête qualitative pour l'estimation de deux populations à haut risque: les professionnels de sexe et les consommateurs de drogues a été réalisé entre novembre 2005 et janvier 2006. Les données ont été collectés par deux méthodes : les informateurs clés et des entretiens avec les groupes cibles eux-mêmes.

Pendant cette enquête, des entretiens ont été réalisés sur l'utilisation du préservatif. Les données utilisées sont issues des entretiens avec 39 femmes professionnels de sexe qui ont répondu à la question.. Par tranches d'âge les données ne sont pas disponibles.

Il faut noter, cependant, que ce chiffre est très peu représentatif puisque pendant l'enquête il a été estimé un total de 922 professionnels de sexe (hommes et femmes).

Questionnaire de l'Indice composite des Politiques Nationales (Annexe 7)

Les réponses au questionnaire de l'Indice Composite des Politiques Nationales montrent que le pays a fait des progrès importants dans la mise en œuvre des stratégies de prévention et lutte contre le VIH, notamment dans la planification stratégique , la prévention , le traitement et le suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

CONCLUSION

En guise de conclusion, comme POINTS FORTS on peut souligner la mise en œuvre des activités de traitement avec ARV, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant , dans l'éducation au niveau des écoles primaires et secondaires et dans la population en général, entre autres.

Comme POINTS FAIBLES on a ressortir la couverture des programmes de prévention de surveillance de deuxième génération et de dépistage anonyme et volontaires auprès des populations à haut risque, notamment, les professionnels de sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

V. Meilleures pratiques

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

Comme meilleurs pratiques on peut citer :

- L'intégration des actions de prévention, Conseil et Dépistage Volontaire dans les projets d'infrastructure du pays destinés aux travailleurs et les communautés bénéficiaires.
- l'intégration des contenus VIH dans les curricula dans toutes les écoles primaires et secondaires ;
- l'offre de teste de dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes. En effet, depuis 2005 on note une évolution très positive du taux de couverture de teste chez les femmes enceintes, à savoir : **13%** en 2005, **51%** en 2006 et autour de **65%** (données provisoires) en 2007.

VI. Principaux obstacles et mesures correctives

Les principaux obstacles pour la mise en œuvre des politiques et stratégies de lutte contre le VIH/SIDA sont, entre autres, les suivants :

- a) Insuffisance des Ressources Humaines pour la gestion du Programme de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé.
- b) Insuffisance et surcharge des Points Focaux au niveau des différents Ministères, mais aussi au niveau des municipalités et ONGs dans la mise en œuvre des plans sectoriels.
- c) Insuffisance en Ressources Humaines en qualité dans le domaine de suivi et évaluation des programmes dans tous les niveaux.
- d) Insuffisances des Ressources financières pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2006-2010.
- e) Difficultés de pénétration auprès des populations plus à risque, notamment les professionnels de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

Comme mesures correctives :

- Le gouvernement doit continuer à s'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'intégration de la lutte contre le VIH/SIDA dans les projets de développement économique, notamment, le tourisme, infrastructures, entre autres.
- Continuer les efforts de diversification des partenariats nationaux et internationaux dans la lutte contre le VIH/SIDA.

L'emprunt (MAP II) obtenue auprès de Banque Mondiale, pour la période 2007/08 va permettre de maintenir l'effort de CCC pour la population en général et dans les lieux de travail, et le renforcement de la réponse des secteurs autres que la santé, y compris le

secteur privé. Les secteurs du Tourisme et des Infrastructures et Transport sont considérés stratégiques. Pour le secteur santé, l'emprunt de la BM permettra de continuer le renforcement du réseau national de banques et laboratoires de sang, garantir les soins intégrés aux PVVIH/SIDA pour la période 2007/08, généraliser la PTME, et élargir l'accès de la population au CDV et traitement des IST. La révision des curriculums pour l'éducation en matière d'IST/VIH/SIDA par les compétences sociales (primaire et secondaire) permettra la pérennisation des efforts préventifs en contexte scolaire et, l'expérience pilote des EIO sera élargie à 6 autres lycées. La mise en œuvre du plan d'intervention pour les populations vulnérables sera initiée, avec la formation de 100 éducateurs de paires issus des populations à risque accru, et avec une campagne de CDV pour les détenus des prisons centrales, entre autres activités. Une étude de base sur la qualité de vie des PvVIH et familles sera conduite et permettra de mieux répondre aux besoins d'appui psychosocial. Le système national de S&E continuera d'être renforcé.

La mise en œuvre du plan d'intervention pour les populations vulnérables a été initié, avec la formation de 100 éducateurs de paires issus des populations à risque accru, et avec une campagne de CDV pour les détenus des prisons centrales, entre autres activités. Une étude de base sur la qualité de vie des PVVIH et familles sera conduite et permettra de mieux répondre aux besoins d'appui psychosocial. Le système national de S&E continuera d'être renforcé.

Afin de renforcer les actions, le gouvernement à élaborer d'autres documents d'orientation tels le Plan d'Action pour l'Accès Universel à la Prévention, au Traitement, aux Soins et à l'appui jusqu'à en 2010 en vue de stopper la progression de l'épidémie, de réduire de 10% les décès liés au VIH et de mener des études de séroprévalence chez les groupes les plus vulnérables. Le pays souscrit à l'initiative d'accélération de la prévention telle que promue par le directeur régional Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé

Le pays va, pour la quatrième fois, soumettre une nouvelle proposition de financement auprès du Fonds Mondial pour permettre de continuer les études afin de confirmer et d'adapter dès la troisième année de l'intervention les objectifs et les stratégies. La dynamique de l'épidémie au cap vert (profil sociodémographique, modes de transmission dominants, comportements sexuels et usages de drogues injectables) fait apparaître un risque potentiel d'extension de l'épidémie de VIH parmi les populations vulnérables soit à cause de leur comportement soit à cause de leur itinéraire social. il y a donc une nécessité de prendre en compte cette situation dans le cadre de l'actuel la PENLS, 2006-2010. L'assistance que le Cap Vert obtiendra à travers le Fonds Global lui permettra de compléter ses propres efforts dans la lutte contre le VIH/SIDA en vue de stopper sa progression et de prendre en compte ses conséquences transversales.

Continuer la capacitation des points focaux dans les différents Ministères , mais aussi des représentants des ONGs pour une meilleure participation.

Continuer la recherche pour une meilleure connaissance de l'épidémie.

Partager avec tous les partenaires le rapport UNGASS 2006-2007 et, dès maintenant, entamer un processus de intégration des indicateurs de suivi et évaluation dans tous les

programmes et études menés par les différents secteurs et partenaires, particulièrement dans l'enquêtes réalisées para l'Institut National de Statistique.

VII. Soutien des partenaires du développement

Le Système des Nations Unies constitue un partenaire important dès le début du programme de lutte contre le VIH/SIDA. L'OMS et l'ONUSIDA à travers l'initiative 3 en 5 et récemment l'initiative de l'Accès Universelle à la Prévention, aux Soins, au Traitement et au Soutien apportent un appui technique au renforcement de l'action gouvernementale dans la lutte contre le VIH/SIDA. Depuis 2006 l'ONUSDC appuie l'analyse de la situation de la toxicodépendance et sa relation avec le VIH/SIDA. Le Plan Conjoint du Bureau des Fonds et Programmes des Nations Unies (BFPNU) (PNUD, UNICEF, FNUAP et PAM) vise à renforcer les capacités des institutions nationales et de la société civile pour la prévention et les soins intégrés des personnes affectées et aussi à appuyer la mobilisation et la pérennisation des ressources pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Le Brésil, dans le contexte de l'initiative conjointe avec l'UNICEF, *Laços Sul-Sul*, appuie la PTME et le renforcement de la capacité des ressources humaines de la santé pour le TARV et le suivi des PVVIH.

Le Groupe Thématique ONUSIDA contribue pour le renforcement de la coordination et mobilisation du partenariat en appui au CCS-SIDA.

La Coopération Espagnole, l'Ambassade des EUA, entre autres apportent eux aussi un soutien très importants à la lutte contre le VIH/SIDA au Cap Vert

Des appuis de MCA, (financement des EUA) , BAD , entre autres sont aussi très important pour que le pays puisse atteindre les objectifs qu'il s'est proposé d'inverser la tendance de l'épidémie.

VII. Suivi et évaluation

Malgré la mise en place de mécanismes, les systèmes et structures de S&E des partenaires sont encore faibles, surtout quand on descend au niveau sous national. Hors mis le secteur Santé, les partenaires de tous secteurs, méconnaissent l'importance des données pour mesurer le progrès. Le flux d'information est encore faible.

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

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

Pour les données de connaissances et comportementales, les indicateurs UNGASS ont été intégrés dans les questionnaires de l'Enquête Démographique et de Santé Reproductive qui est réalisé périodiquement c'est qui représente un pas important dans la systématisation de la collecte des informations de connaissances comportementaux, notamment des indicateurs 7, 13, 15, 16 et 17 à l'intention de l'UNGASS.

Comme point faible il faut remarqué les données de suivi et évaluation parmi les populations plus à risque, notamment, les consommateurs de drogues injectables, les professionnels de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, ces derniers, s'avérant plus difficile compte tenu des préjugés très fort qui entourent cette pratique au sein de la population capverdienne.

Pour le prochain cycle de rapport (2008-2009) qui doit être présenté au début de 2010, il faut dès maintenant introduire les corrections nécessaires pour faciliter la collecte, analyse et l'interprétation des indicateurs proposés.

Compte tenu que les indicateurs pour les populations à plus haut risque représente la plus grande faiblesse de cet rapport, la mise en œuvre du Plan d'intervention auprès des populations plus à risque, considéré une priorité par le CCS-Sida dans le actuel plan stratégique doit pouvoir apporter des améliorations dans le suivi des indicateurs, 8, 9, 14, 18, 19, 20, et 21 (Voir tableau récapitulatif). Les ONG et la Commission de Coordination et Combat contre la Droque avec l'appui de l'ONU DC sont des partenaires obligatoires pour attendre ces populations.

Annexe 7 – Indice composite des politiques nationales : Répondants

PARTIE A

Organisation	Non/Fonction	Répondants pour la Partie A				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
CCS-Sida	Artur Correia Secrétaire Exécutif	X	X	X	X	X
CCS-Sida	Joao Leal Responsable Financier	X				
Ministère de la Santé	Jaqueline Pereira Directeur			X	X	

	General de la Santé					
Ministère de la Santé	Maria de Lourdes Monteiro					X
CCS-Sida	Celina Ferreira Responsable Suivi 6 Evaluation					X
Ministère de la Santé	Elsa Almeida Responsable TRAV- Sotavento Region de Sotavento					
Ministère de la Santé	Elisa Soares Responsable PME – Region de Sotavento					
Institut National de Statistique	Charles Rene Sylva Directeur du departement de demographie et social					
Ministère de la Santé	Maria da Conceição Pinto Responsable National Transfusion Sanguin					
Ministère de la Santé	José Manuel d'Aguiar Délègue de Santé de S. Vicente et Responsable TARV – Région de Barlavento					
Ministère de la Santé	José Rocha Responsable Lab. VIH , HAN					
Ministère de l'Education	Lídia Évora					
Ministère de Justice	Cristina Andrade Secrétaire Executif CCCD					

Partie B

Organisation	Non/Fonction	Répondants pour la Partie B				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V
CCS-Sida	Artur Correia Secrétaire Exécutif	X	X	X	X	X
CCS-Sida	Gil Évora Responsable Société civil			X		
CCS-Sida	Jose Antonio dos Reis Responsable de IEC					
VerdeFam	Marisia Nascimento			X		
MORABI	Fátima Alves			X		
ACRIDES	Ludhmila Freire			X		
Point Focal SIDA/PNUD	Sonia Lima					