



REPUBLIQUE DE  
CÔTE D'IVOIRE  
Union-Discipline-Travail



## PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2016-2020

DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS  
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES



2016



REPUBLIQUE DE

COTE D'IVOIRE



*Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique*

# PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2016-2020

DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS  
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES



## Table des matières

Abréviations et acronymes.....	6
Méthodologie.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Revue du PSN 2012-2015.....	11
Chapitre 1 : Processus d'élaboration du Plan Stratégique National 2016-2020 .....	11
Chapitre 2 : Contexte géographique, démographique, socio-économique et sanitaire de la Côte d'Ivoire.....	12
Organisation du système de santé et réseau de couverture sanitaire .....	14
Synthèse de la situation épidémiologique du VIH en Côte d'Ivoire .....	15
Prévalence du VIH dans la population générale .....	15
Chapitre 3 : Synthèse de la situation épidémiologique du VIH/sida et de l'analyse de la réponse au VIH en Côte d'Ivoire .....	15
Prévalence chez les populations clés .....	17
Épidémie du VIH chez les PS.....	17
Synthèse de l'analyse de la réponse 2012-2015.....	22
▪ Structure organisationnelle de la réponse nationale.....	22
▪ Les organes institutionnels .....	22
Principales réalisations du PSN 2012-2015 par axe stratégique.....	24
<i>Axe 3 : Réduction de l'impact socio-économique.....</i>	<i>27</i>
<i>Axe 4 : Gouvernance de la réponse nationale.....</i>	<i>29</i>
<i>Analyse des aspects transversaux de lutte contre le VIH.....</i>	<i>34</i>
▪ Le Genre et les Droits Humains .....	34
▪ Les Populations Hautement Vulnérables.....	34
▪ Les Adolescents et Jeunes .....	35
▪ Le suivi biologique et le laboratoire .....	35
▪ Leçons apprises et meilleures pratiques .....	36
Recommandations générales de la revue .....	38
Vision de la réponse nationale stratégique aux IST/VIH en Côte d'Ivoire à l'horizon 2020.....	40

Les objectifs des cibles 90-90-90 :.....	41
<i>Principes directeurs du Plan Stratégique National 2016-2020</i> .....	43
<i>Priorités des interventions à haut impact du PSN 2016-2020</i> .....	44
Chaine des résultats du Plan Stratégique National 2016-2020.....	47
<i>Description des résultats d'impact</i> .....	47
voir les résultats d'effet.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Chapitre 5 : Mise en œuvre du Plan Stratégique National IST/VIH 2016 – 2020 .....	53
Chapitre 6 : Cadre de suivi et d'évaluation du Plan Stratégique National 2016-2020.....	57
Chapitre 7 : Cadre de financement du Plan Stratégique National 2016-2020.....	59
Estimation budgétaire du Plan Stratégique National 2016-2020 .....	61
Stratégie pour la mobilisation des ressources.....	62
Annexe 2 : Cadre de performance du PSN 2016-2020 .....	78

### **Liste des tableaux, des graphiques et cartes**

<i>Tableau 1 : Proportions de HSH dépistés positifs selon la localité, 2012</i> .....	19
<i>Tableau 2: Estimation des nouvelles infections adultes et enfants en 2000 et 2014</i> .....	22
<i>Tableau 3: Présentation des axes stratégiques</i> .....	47
<i>Tableau 4: Coût par axe du plan stratégique et frais de gestion du Programme VIH</i> .....	61
<i>Graphique : 1 Evolution des taux de natalité, mortalité et d'accroissement naturel</i> .....	13
<i>Graphique : 2 Tendance de la prévalence de 1997 à 2012</i> .....	16
<i>Graphique : 3 Tendance de la prévalence en zone urbaine et rurale</i> .....	16
<i>Graphique : 4 Prévalence du VIH selon le sexe</i> .....	17
<i>Graphique : 5 Tendance de la prévalence du VIH des PS avec le CD et le préservatif</i> .....	18
<i>Graphique : 6 Triangulation des données de prévalence disponibles</i> .....	21

*Graphique : 7 Estimation du taux de mortalité au VIH pour les cinq prochaines années Source : Projection EPP Spectrum* ..... 22

Carte 1: Répartition géographique de la prévalence du VIH sur le territoire ivoirien ..... 17

Carte 3: Nombre de PVVIH par district et répartition optimale du budget national par district..... 60

## Abréviations et acronymes

AELB	Accident d'Exposition au Liquide Biologique	CTS	Centre de Transfusion Sanguine
AES	Accident d'Exposition au Sang	CV	Charge Virale
AGR	Activité génératrice de revenus	DAP	Domaine d'Action Prioritaire
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	DEPS	Direction des Etablissements et Professions Sanitaire
APROSAM	Association pour la Promotion de la Santé de la Femme, de la Mère, de l'enfant et de la Famille	DGLS	Direction Générale de la Lutte contre le Sida
ARSIP	Alliance des Religieux pour la lutte contre le sida et autres Pandémies	DGS	Direction Générale de la Santé
ARV	Antiretroviraux	DHIS	District Health Information Software
ATS	Antenne de Transfusion Sanguine	DIPE	Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation
BAD	Banque Africaine de Développement	DNT	Directives Nationales de Traitement
BIOS	Base d'Intégration des Outils du SIGL	DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
CAP	Comportements Aptitudes et Pratiques	DPML	Direction de la Pharmacie et du Médicament et de Laboratoire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement	DPPEIS	Direction de la Planification, de la Prospective, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire
CCM	Country Coordinating Mechanism	DPSE	Direction de la Planification et du Suivi Evaluation
CDI	Consommateur de Drogues Injectables	DR	Direction Régionale
CDIP	Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire	DS	District Sanitaire
CDT	Centre de Traitement de la Tuberculose	DRSLS	Direction Régionale de la Santé et de la Lutte contre le sida
CDV	Centre de Dépistage Volontaire	ECD	Equipe Cadre de District
CGECI	Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire	EDS	Enquête Démographique et de Santé
CHR	Centre Hospitalier Régional	EIS	Enquête sur les Indicateurs du sida
CICR	Comité International de la Croix Rouge	EPP	Estimation and Projection Package
CIMLS	Comité Interministériel de Lutte contre le sida	ERS	Equipe Régionale de Santé
CNLS	Conseil National de Lutte contre le sida	ESPC	Etablissements Sanitaires de Premier Contact
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine	ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
CPN	Consultation Pré-Natale	étME	Elimination de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le sida	FNLS	Fonds National de Lutte contre le sida
CSE	Chargé de Surveillance Epidémiologique	FTC	Emtricitabine
CSLS	Comité Sectoriel de Lutte contre le sida		
CSR	Centre de Santé Rural		
CSU	Centre de Santé Urbain		

GAR	Gestion Axée sur les Résultats	MPD	Ministère du Plan et du Développement
GARP	Global AIDS Response Progress Reporting	MSFFE	Ministère de la Solidarité, de la famille, de la Femme et de l'Enfant
GFATM	Global Fund AIDS, Tuberculoses and Malaria	MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
HIV	Human Immunodeficiency Virus	MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
HSH	Hommes ayant des Rapports Sexuels avec d'autres Hommes	MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
IBBS	Integrated Biological Behaviours Study	NPSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
ICAP	International Center for Aids and Treatment Programs	OBC	Organisation à Base Communautaire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat	OCAL	Organisation du Corridor Abidjan-Lagos
IDES	Infirmier Diplômé d'Etat Spécialiste	OEV	Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du Fait du VIH
IMPACT	Improving Prevention and Access to Care Treatment	OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
INS	Institut National de la Statistique	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
INSP	Institut National de Santé publique	ONG	Organisation Non-Gouvernementale
IST	Infection sexuellement Transmissible	ONUSIDA	Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
JMLS	Journée Mondiale de Lutte contre le sida	OSC	Organisation de la Société Civile
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels	PCR	Polymerase Chain Reaction
LNSP	Laboratoire National de la Santé Publique	PDV	Perdus de Vue
MAC	Maison d'Arrêt et de Correction	PEC	Prise en Charge
MACA	Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan	PECP	Prise En Charge Pédiatrique
MACS	Logiciel de Gestion	PEPFAR	Plan d'urgence du Président Américain pour la lutte contre le sida
MARP	Most At Risk People	PIAVIH	Personne Infectée et ou affectée du VIH
MdM	Médecins Du Monde	PIB	Produit Intérieur Brut
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances	PND	Plan National de Développement
MEMEASFP	Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle	PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
MENET	Ministère de l'Education Nationale et l'Enseignement Technique	PNHV	Programme National de la lutte contre l'Hépatite Virale
MFFAS	Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales	PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
MICS	Enquête par graphe à Indicateurs Multiples	PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
MJDH	Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme	PNOEV	Programme National des Orphelins et Enfants Vulnérables du fait du VIH
MJSL	Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs	PNPEC	Programme National de Prise En Charge des Personnes vivant avec le VIH/sida
MLS	Ministère de la Lutte contre le Sida		

PNSCA Plan National Stratégique de la Chaîne d'Approvisionnement en Produits pharmaceutiques et intrants stratégiques

PON Plan Opérationnel National

PPE Prophylaxie Post-Exposition

PSN Plan Stratégique National

PTME Prévention de la Transmission Mère-Enfant PUMLS  
Programme d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le sida

PVVIH Personnes Vivant avec le VIH/sida

QUANTIMED Pharmaceutical Quantification and Cost Estimation Tool

RCAM-D Renforcement de la Chaîne d'Approvisionnement en médicaments au niveau Décentralisé

REDES Estimation des Dépenses et des ressources Relative au sida

RGPH Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RdR Projet de Réduction des Risques

SHARM Etude sur le VIH et les facteurs de risque associés chez des HSH à Abidjan

SIG Système d'Information et de Gestion

SIGDEP Système d'Information et de Gestion du Dossier Electronique du Patient

SIGL Système d'Information en Gestion Logistique

TARV Traitement Antirétroviraux

XOF Franc CFA

## **Préface du Président de la République de la Côte D'Ivoire**

*Dans notre pays la Côte d'Ivoire, la lutte contre le sida, engagée depuis plusieurs décennies a réalisé de véritables progrès à l'instar des autres pays de notre continent. Les experts nationaux et internationaux ont montré une baisse de la prévalence globale de l'épidémie sur les cinq dernières années. C'est ainsi que nous pouvons affirmer que notre pays a pleinement contribué au mouvement mondial pour l'inversion de la tendance de cette épidémie.*

*Au plan national, notre engagement, notre détermination et les importantes ressources consacrées à la lutte contre cette épidémie ont permis d'atteindre des résultats significatifs, dont nous pouvons tous être fiers, même si beaucoup reste encore à faire. Notre objectif est de faire plus et de faire mieux.*

*Aussi, malgré les espoirs que suscitent les résultats auxquels nous sommes parvenus, nos efforts doivent se poursuivre pour que les ivoiriens et les ivoiriennes, notamment les enfants, les adolescents(es), les jeunes et les femmes soient protégés contre les risques d'exposition au VIH au regard de leurs multiples vulnérabilités.*

*Force est de constater que dans notre pays, le VIH reste encore un important problème de santé publique qui a un impact sur le développement. En effet en adhérant à toutes les orientations internationales de la lutte contre le Sida et particulièrement aux objectifs du développement durable, notre pays la Côte d'Ivoire, s'inscrit dans une vision mondiale pour éradiquer le sida d'ici 2030.*

*Mesdames, Messieurs.*

*Je voudrais rendre un hommage appuyé aux partenaires techniques et financiers pour leur contribution fort appréciée et les exhorter à nous accompagner davantage dans la mise en œuvre de ce nouveau plan.*

*J'insiste par conséquent pour que le présent Plan Stratégique National de lutte contre les IST et le VIH/sida 2016-2020 de la République de Côte d'Ivoire, se place résolument dans une perspective de solidarité nationale, de responsabilité partagée et de renforcement des acquis de la prévention et de la prise en charge.*

*Nous saisissons l'occasion pour exprimer que le VIH/sida, reste une priorité de notre Gouvernement qui maintiendra ses engagements au plus haut niveau.*

*Pour terminer, je voudrais réaffirmer, à nouveau, notre entière adhésion à l'action mondiale pour "l'élimination" de l'épidémie de Sida d'ici 2030 ainsi que l'engagement du pays à tout mettre en œuvre pour qu'à l'orée 2020, le taux de prévalence baisse de façon significative pour une Côte d'Ivoire émergente. Je suis persuadé que nous y parviendrons.*

**Son Excellence Monsieur Alassane Ouattara Président de la République de Côte d'Ivoire**

## **Avant-propos de Madame la Ministre de la Santé et de l'hygiène publique**

*En tant que Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique et Secrétaire technique du CNLS, je salue l'engagement et le leadership de son Excellence Monsieur le Président de la République, dans le cadre de la riposte nationale au VIH.*

*Aussi, je me réjouis qu'au terme de la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2012-2015, les acteurs nationaux et les Partenaires, sous la conduite du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, assurant le Secrétariat Technique du CNLS aient élaboré un nouveau Plan Stratégique couvrant la période 2016-2020 sur la base des leçons tirées de la revue du plan précédent*

*Je voudrais saisir cette opportunité pour remercier les partenaires au développement, dont l'appui technique et financier nous a permis d'enregistrer les résultats encourageants mis en évidence par l'analyse de la réponse effectuée au cours de cet exercice de planification.*

*Le caractère multisectoriel de la réponse nationale face au VIH reste un principe directeur stratégique qui a été clairement exprimée à travers les orientations de Son Excellence Monsieur le Président de la République. En effet, au-delà du Ministère de la Santé, les autres secteurs ministériels devront continuer à apporter leur contribution pour relever les multiples défis de cette épidémie.*

*Ce plan stratégique 2016-2020 vise l'atteinte de quatre grands impacts :*

- *Réduire les nouvelles infections de 50%,*
- *Réduire la mortalité et la morbidité liées au Sida des PVVIH de 75%*
- *Mettre en place un système efficace de continuum de soins des PVVIH, des OEV et leurs familles*
- *Améliorer l'efficacité de la gouvernance de la réponse nationale*

*L'atteinte de ses impacts à travers la mise en œuvre effective du PSN permettra d'améliorer l'efficacité des interventions et d'aligner la Côte d'Ivoire sur la vision tracée par l'ONUSIDA, c'est-à-dire l'élimination de l'épidémie du Sida d'ici 2030.*

*En conséquence, j'invite les uns et les autres à intensifier leurs efforts pour consolider les acquis et renforcer notre contribution à la réponse nationale. Nous souhaitons, pour cela, un partenariat stratégique entre le système de santé et le système communautaire y compris le secteur privé dans le cadre de la mise en œuvre du présent Plan Stratégique National de lutte contre les IST et le VIH/sida 2016-2020.*

*Je voudrais rendre un hommage à la Première Dame de Côte d'Ivoire, Madame Dominique OUATTARA, pour son implication personnelle dans la lutte contre la transmission mère-enfant du VIH. Cette implication lui a valu d'être distinguée par l'ONUSIDA et nommée Ambassadeur Spécial pour l'élimination de la transmission mère-enfant et la promotion du traitement pédiatrique à VIH.*

*Enfin, mes encouragements vont à l'endroit des agents de santé et de la société civile en particulier les réseaux des Personnes Vivant avec le VIH pour leur engagement et les résultats qu'ils nous ont permis d'atteindre.*

**Son Excellence Madame la Ministre de la Santé et de l'Hygiène publique**

**Dr Raymonde GOUDOU COFFIE**

## Chapitre 1 : Processus d'élaboration du Plan Stratégique National 2016-2020

L'élaboration du PSN a été participative, analytique et inclusive. En effet, le processus a étroitement associé, au cours d'une large concertation, l'ensemble des acteurs, du secteur public, des organisations de la société civile, des organisations communautaires de base, des organisations des PVVIH, des représentants de populations clés, du secteur privé, du secteur confessionnel, des organisations professionnelles et des partenaires au développement. Le PSN 2016-2020 est véritablement l'expression d'un consensus national sur les priorités de lutte contre le sida et constitue désormais le référentiel national et le cadre de détermination des objectifs et résultats nationaux en matière de lutte contre le sida auxquels adhèrent tous les acteurs de la réponse nationale. La participation effective de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida a été activement recherchée et encouragée et s'est concrétisée par leur présence aux différents groupes de travail ainsi qu'à tous les ateliers du processus d'élaboration et de validation du PSN 2016-2020. De plus, le plan a bénéficié de la participation effective d'experts internationaux et nationaux tout au long du processus qui ont apporté leurs expertises et leurs expériences.

### *Revue du PSN 2012-2015*

La revue finale du PSN 2012-2015 a été une étape essentielle pour le processus d'élaboration du PSN 2016-2020. Cette revue a été l'occasion de faire une analyse approfondie de la réponse face au VIH et au sida dans son ensemble, incluant aussi la question qui touche aux populations clés afin de construire les nouvelles orientations de la réponse pour la période 2016-2020 qui prennent en compte les besoins des populations les plus touchées, tout en s'alignant sur le PND et le PNDS.

Elle s'est déroulée en 4 grandes étapes :

- **Un atelier d'analyse de la réponse nationale** s'est tenu du 29 juin 2015 au 10 juillet 2015 dans l'optique d'assurer la production de résultats fiables et consensuels. Cet atelier a regroupé tous les acteurs selon des groupes thématiques. Ces groupes de travail ont permis de faire une première analyse des résultats obtenus de la mise en œuvre du plan stratégique 2012-2015, d'identifier les forces, les faiblesses et les obstacles.
- **Des missions de terrain** du 13 au 29 juillet 2015, se sont déroulées dans 14 des 20 régions sanitaires et ont permis la collecte de données quantitatives et surtout qualitatives à tous les niveaux de la décentralisation et des acteurs impliqués : Directions Régionales de la Santé, Districts Sanitaires, établissements sanitaires, structures communautaires et réseaux d'ONG ainsi que les bénéficiaires. Pour chaque axe stratégique et chaque domaine d'action, les missions de terrain ont apprécié la mise en œuvre des stratégies, les résultats obtenus, les difficultés rencontrées au sein des différentes entités de mise en œuvre.
- **Une étape synthèse de l'analyse de la réponse nationale** suite à la rédaction du rapport de la revue participative du PSN 2012-2015.
- **Un atelier de validation** du rapport de la revue du PSN 2012-2015 qui a permis à l'ensemble des acteurs de contribuer aux efforts qui visent à orienter de manière participative la revue du

programme VIH, à la recherche de l'efficacité et l'efficacité des interventions et tracer les principales interventions prioritaires du prochain PSN 2016-2020.

L'élaboration du PSN2016-2020 s'est déroulée en plusieurs phases :

- **L'analyse de la situation et de la réponse nationale** au VIH et la définition des priorités et des cibles à atteindre en 2020. Cette analyse s'est faite au cours d'un atelier participatif et inclusif de tous les acteurs ;
- **L'exercice d'optimisation** mené dans le cadre d'une étude sur l'efficacité de l'allocation et de la durabilité des ressources financières au VIH dont l'objectif premier est de fournir aux autorités de la Côte d'Ivoire des données complètes concernant les besoins et possibilités d'investissement pour la lutte contre le VIH dans le contexte du Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida 2016-2020 (PSN) ;
- **L'élaboration d'une première version** du Plan Stratégique National 2016-2020 de lutte contre le sida par un groupe restreint, appuyé de personnes ressources provenant des structures nationales et des partenaires internationaux ;
- **La budgétisation** du PSN a été réalisée par la même équipe qui a procédé à la finalisation de la rédaction du PSN avec l'appui d'un consultant international en charge du costing. Le logiciel One HealthTool (OHT) a été utilisé pour cette budgétisation, après avoir mis à jour les données sur les populations sur la base des conclusions de l'atelier de définition des priorités et du cadre des résultats du PSN ;
- **La validation technique** du PSN s'est déroulée au cours d'un atelier. La première version du PSN a été présentée et validée par un groupe technique national. Cette version du PSN 2016-2020, après sa validation technique a été soumise pour au Comité de suivi.
- **L'approbation finale** du PSN 2016-2020 a été réalisée au cours de la session du CNLS, qui s'est tenue le 21 décembre 2015, sous la présidence du Président de la République.

## ***Chapitre 2 : Contexte géographique, démographique, socio-économique et***

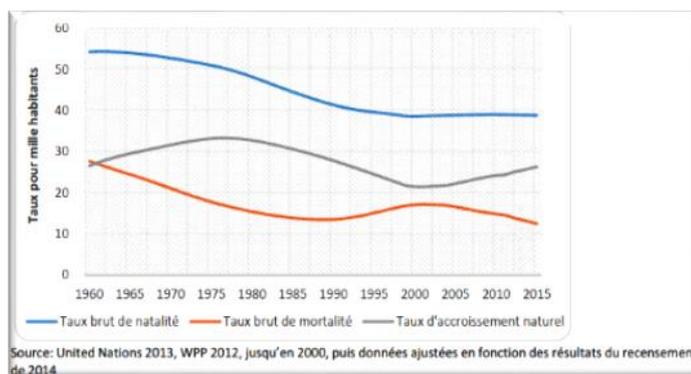
### ***Situation géographique :***

La Côte d'Ivoire est un pays situé dans la région occidentale de l'Afrique subsaharienne entre le 10 me degré de latitude Nord, le 4 me et le 8 me degré de longitude Ouest, sur une superficie de 322 462 Km<sup>2</sup>. Elle est délimitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. Le pays bénéficie d'un climat de type tropical humide, répartit en climat équatorial humide au sud et en climat tropical de type soudanais au nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2300 mm au sud et 900 mm au nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30 C. Ce profil climatologique et géomorphologique a une forte influence sur le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.

### ***Situation démographique :***

En 2014, la population totale de la Côte d'Ivoire s'élevait, au 15 mai 2014, à 22.671.331 habitants avec une densité de 70,3 habitants au Km<sup>2</sup>. Cette population est composée de 11.708.244 d'hommes soit 51,7% et de 10.963.087 de femmes soit 48,3%. La population vivant en milieu urbain est de 11.370.347 soit 50,2% contre 11.300.984 en milieu rural soit 49,8%<sup>1</sup>.

Cette population était estimée à 23,2 millions au 1er juillet 2015 et l'espérance de vie à la naissance tenant compte de l'impact du VIH/sida sur la mortalité donnée par SPECTRUM pour la Côte d'Ivoire, est de 54,3 ans en 2015 avec respectivement (53,4 pour les hommes et 55,2 pour les femmes). Cependant, la baisse de la fécondité amorcée dans les années 1970 s'est quasiment arrêtée dans les années 1990, d'où le maintien d'un taux de natalité élevé et l'augmentation récente du taux d'accroissement naturel de la population estimé aujourd'hui à 2,6% par an.



GRAPHIQUE : 1 EVOLUTION DES TAUX DE NATALITE, MORTALITE ET D'ACCROISSEMENT NATUREL

La fécondité reste toujours élevée en Côte d'Ivoire : 5 enfants par femme en moyenne avec cependant des différences importantes entre le milieu urbain (3,7 enfants) et le milieu rural (6,3 enfants) et selon les régions, les niveaux d'éducation et de richesse. La population de la Côte d'Ivoire selon les résultats du RGPH 2014 demeure encore très jeune. Les enfants (0-14 ans révolus) au nombre de 9 481 351 individus représentent 41,8 % de la population totale et les Jeunes (15-34 ans révolus) au nombre de 8 048 341 individus constituent 35,5 % de la population totale. Ainsi, 77,3 % de la population totale, soit un peu plus 3 personnes sur 4 personnes ont moins de 35 ans.

La Côte d'Ivoire connaît un fort taux d'immigration, la population non nationale était estimée à 5 490 222 personnes soit 24,2% de la population totale.

### **Contexte socio-économique :**

L'enquête de niveau de vie des Ménages de 2015 a révélé un taux de pauvreté de 46,3% contre 48,9% en 2008 avec un écart plus accentué en milieu rural (56,8%) qu'en milieu urbain (35,9%). On note des inégalités intra régionales et de revenus qui se traduisent un indice de Gini à 0,4052. Selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2014, la Côte d'Ivoire continue de demeurer dans le groupe des pays à faible développement humain avec un Indice de Développement Humain estimé à 0,4523 en 2013 et classant le pays au rang de 171ème sur 187. Cet indice a cru de 1,08% entre 2000 et 2013. Ce rapport indique que, dans le domaine de la santé,

<sup>1</sup> Résultats du 4ème Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2014, Institut national de la statistique (INS)

<sup>2</sup> ENV 2015

<sup>3</sup>Rapport sur le développement humain 2014, PNUD

la Côte d'Ivoire affichait en 2013 une espérance de vie de 50,7 ans contre 59,4 pour les pays à IDH faible et 56,8 ans pour l'ensemble de l'Afrique Subsaharienne.

Le taux d'alphabétisation est de 45,0% contre 46,52% en 2008 et 49,8% en 2002. Il est de 53,3% chez les hommes contre 36,3% chez les femmes Ce taux est de 51,2% à Abidjan, de 42,9% dans les autres villes et de 25,6% en milieu rural.

Le taux de croissance négatif du PIB en 2011 (-4%) a évolué en atteignant respectivement 10,7% en 2012, 9,2% en 2013, 8,5% en 2014 et 9,4 % en 2015, soit une moyenne estimée de 9,4% sur la période 2012-2015 qui est plus élevée que la moyenne de 9,2 % projetée dans le scénario de base du PND 2012-2015.

Le taux d'investissement global est passé de 9% du PIB en 2011 à 16,1% en 2014 (soit un accroissement de plus de 7 points de pourcentage du PIB). L'investissement public est passé de 5,4% en 2011 à 6,2% du PIB en 2014 pendant que l'investissement privé augmentait de 6,3% du PIB à 9,9%. Les investissements publics ont représenté en moyenne, durant cette période, 40 % du total des investissements contre 60 % pour les investissements privés<sup>4</sup>.

### Contexte sanitaire

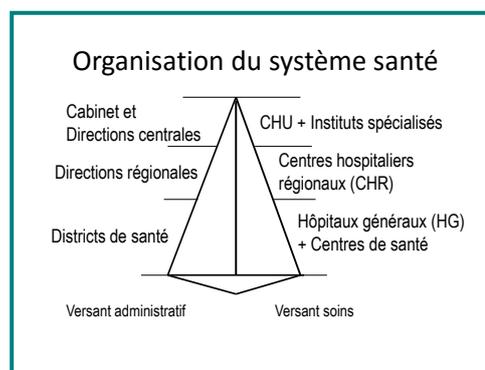
#### Organisation du système de santé et réseau de couverture sanitaire

Sur le plan administratif, le système de santé est de type pyramidal à trois (3) niveaux

- *Le niveau périphérique composé de quatre-vingt-deux (82) Directions Départementales de la Santé ou Districts sanitaires.*
- *Le niveau intermédiaire comprend vingt (20) Directions Régionales de Santé (DRSLS), lesquelles ont pour mission de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les régions sanitaires*
- *Le niveau central est organisé autour du Cabinet du ministre, de la Direction générale et des services centraux*

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels.

**Priorités sanitaires nationales** : Depuis 2011, le pays a adhéré au Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+). En Mai 2012, le Gouvernement ivoirien a signé le Compact international. La vision de la Côte d'Ivoire, en matière de santé est « un système de santé performant à même de garantir à tous les citoyens particulièrement les populations les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays ».



<sup>4</sup> PND 2016-2020

**Pour atteindre cette vision**, la politique de santé s'est fixée les objectifs suivants : (i) Améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé ; (ii) Améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de santé ; (iii) Renforcer la lutte contre la maladie. Dans la vision du Partenariat international pour la santé, un mécanisme de coordination des acteurs du secteur de la santé a été mis en place depuis 2012, et vise l'efficacité des interventions sectorielles. Un pré-Compact santé a été signé en février 2015 pour accompagner la dernière année de mise en œuvre du PNDS 2012-2015 et l'élaboration du prochain cycle de planification (PNDS 2016-2020).

En outre, la Côte d'Ivoire a entrepris de nouvelles réformes dans le secteur de la santé, portant sur (i) la gratuité ciblée en faveur des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes (iii) la réforme hospitalière (iv) le financement basé sur la performance (v) la décentralisation (vi) l'organisation des interventions à base communautaire ; (vii) l'organisation des urgences, (viii) référence/contre référence et (viiii) la couverture sanitaire universelle (CSU) adopté en 2014 en complément des régimes classiques de protection sociale.

*La mise en œuvre effective de cette réforme permettra de contribuer favorablement à l'atteinte de l'ODD 3 de façon spécifique et tous ceux ayant un lien avec la santé (tels que les ODD 2, 6, 9, 10, 13, 15 et 17) en permettant à chaque individu d'accéder à des soins de santé de qualité quel que soit son niveau de revenu, sans devoir craindre de graves répercussions financières liées au paiement des soins, et ce dans le but de réduire la pauvreté.*

*La mise en œuvre des différentes dimensions de la réforme du système de santé participera au renforcement de l'efficience du PSN VIH 2016-2020, notamment pour l'accès universel à la prévention et aux soins des populations vulnérables dont les femmes et les enfants de moins de 5 ans.*

### **Chapitre 3 : Synthèse de la situation épidémiologique du VIH/sida et de l'analyse**

Synthèse de la situation épidémiologique du VIH en Côte d'Ivoire

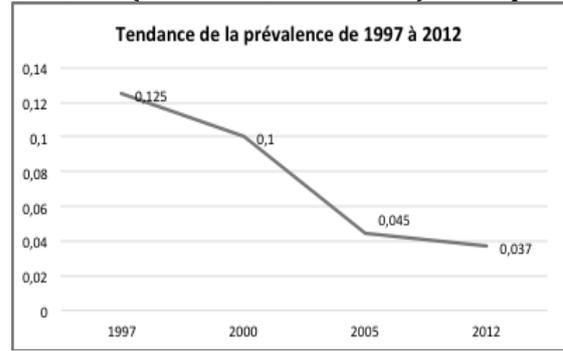
#### **Prévalence du VIH dans la population générale**

La Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus touchés par le VIH de la région l'Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC), après le Nigeria, le Cameroun et la République Démocratique du Congo (RDC) à posséder un nombre élevé de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) estimé à 460 000 [420 000 – 510 000] selon les estimations 2014 de l'ONUSIDA<sup>5</sup>. La lutte contre le VIH ne se confine pas qu'à l'intérieur des frontières ivoiriennes, elle a aussi une envergure sous régionale au regard des importants flux migratoires avec les cinq (5) pays limitrophes.

---

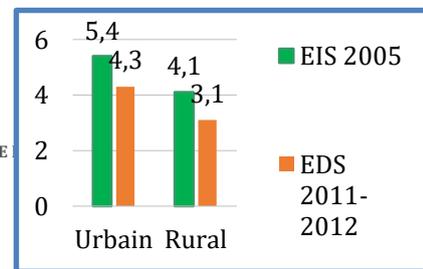
<sup>5</sup>Rapport ONUSIDA 2014

La prévalence du VIH dans la population générale est de 3,7 % (EDS-MICS, 2011-2012)<sup>6</sup>. L'enquête séro-sentinelles chez les femmes enceintes réalisées en 2008 montraient une prévalence de 4,5 % (2008). La Côte d'Ivoire, avec une population de plus de 40 % de jeunes, vit une situation d'épidémie mixte : généralisée dans toute la population et également avec d'importantes prévalences au sein des populations clés. Les enquêtes sentinelles (1997) jointes aux estimations de l'ONUSIDA (EPP Spectrum, 2000) <sup>7</sup>, à l'Enquête sur les Indicateurs du sida (EIS, 2005) et à l'EDS-MICS (2011-2012) ont permis de dégager une tendance à la baisse de la prévalence de l'épidémie au cours des deux dernières décennies.



Graphique : 1 Tendance de la prévalence de 1997 à 2012

Cette baisse de la prévalence<sup>8</sup> est constatée aussi bien dans la population générale, en milieu urbain et rural, que dans certains groupes cibles tels que les Professionnel (le) s du Sexe (PS). Des variables telles que : le fait d'avoir un emploi, le niveau d'instruction et l'amélioration des conditions de vie sont à l'origine des différences du profil épidémiologique. Ainsi, la proportion de personnes séropositives est plus élevée chez celles qui ont un emploi par rapport à celles qui sont sans emploi (4,1 % contre 2,2 %).



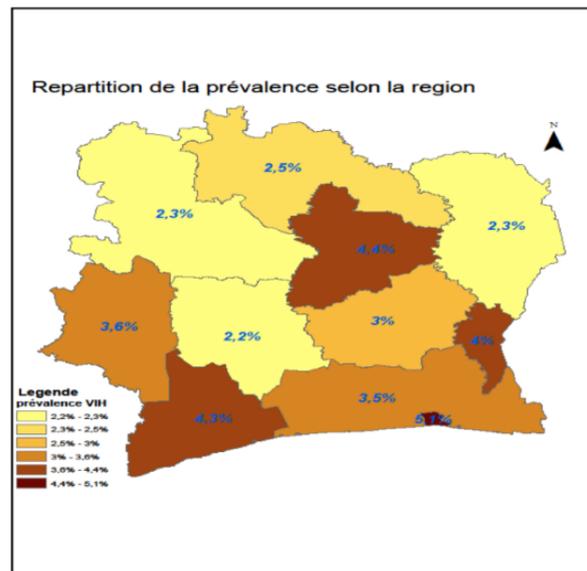
GRAPHIQUE : 2 TENDANCE DE LA PRÉVALENCE DE L'ÉPIDÉMIE

<sup>6</sup>Enquête démographique et de santé à Indicateurs multiples, 2011-2012, MSLS juin 2013

<sup>7</sup>ONUSIDA EPP Spectrum, 2000

<sup>8</sup>Rapport de la revue épidémiologique 2015

Le niveau d'instruction également donne lieu à des taux d'infection plus faibles (2,4 % versus 3,3 %). La prévalence du VIH est bien plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. L'EIS (2005) et l'EDS-MICS (2011-2012) objectivent une baisse de la prévalence du VIH de 4,7 % à 3,7 %. Enfin, les femmes sont de loin plus touchées que les hommes : 4,6 % de femmes contre 2,7 % pour les hommes. (EDS-MICS, 2012). L'EDS-MICS 2012 indique une certaine variation dans la distribution de l'épidémie sur le territoire ivoirien. Toutes les régions sanitaires ne sont pas uniformément touchées comme le montre la Carte 2. Les valeurs « extrêmes » de la prévalence se retrouvent particulièrement dans les régions d'Abidjan (5,1 %), le Centre Nord (4,4 %), le Sud-Ouest (4,3 %), le Nord-Est (2,3 %), le Nord-Ouest (2,3 %) et le Centre Ouest (2,2 %).

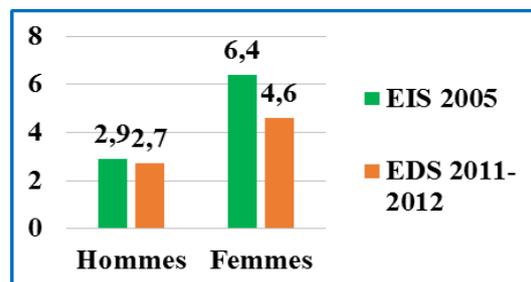


Selon la Figure 3, la prépondérance du VIH chez les femmes se confirme, malgré une diminution globale de la prévalence, les femmes sont toujours plus affectées par le VIH que les hommes.

GRAPHIQUE : 2 PREVALENCE DU VIH SELON LE SEXE

### Prévalence chez les populations clés

Les populations identifiées comme les plus à risques à l'infection au VIH (populations clés) sont : les Professionnel(le)s/Travailleuses du Sexe (PS), les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH), les Usagers de Drogues (UD) et les Populations Carcérales. Certaines populations comme les migrants, les routiers et les Personnes en Uniformes (PU), les clients de PS sont également identifiés comme Populations Hautement Vulnérables (PHV)<sup>9</sup>.



### Épidémie du VIH chez les PS

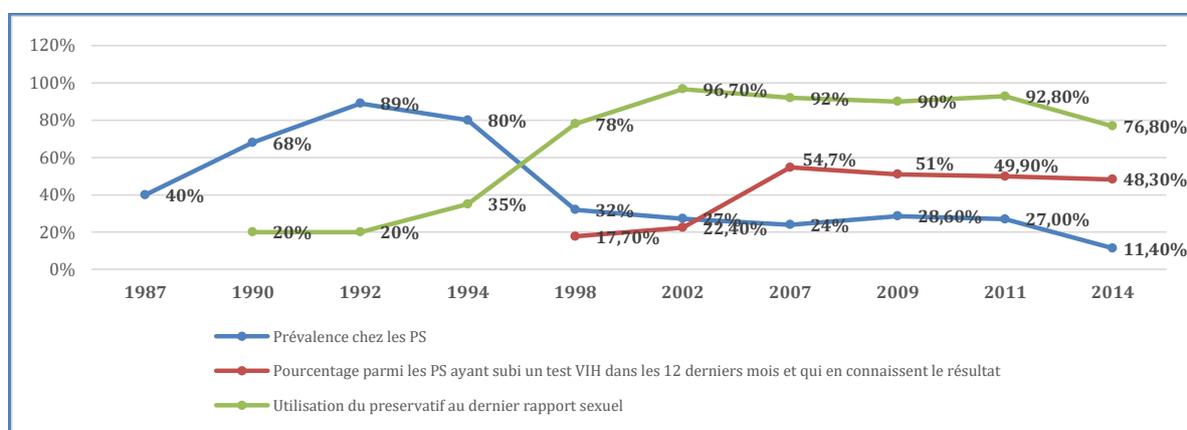
Les PS constituent l'un des sous-groupes les plus touchés par l'épidémie à VIH. Plusieurs études conduites ont permis de mieux comprendre les facteurs associés à leurs vulnérabilités face aux IST et au VIH. La Figure 4 ci-dessous décrit l'évolution de la prévalence du VIH au sein de cette population de 1987 à 2014.

Les études bio-comportementales réalisées de 2012 à 2015 confirment la tendance à la réduction de la prévalence du VIH parmi les PS. En 2014, cette prévalence est estimée à 11,4 % (étude IBBS

<sup>9</sup>Rapport de la revue sur les Populations Hautement Vulnérables ONUSIDA Côte d'Ivoire Août 2015

2014) 10. Cette réduction pourrait être mise sur le compte de la Communication pour le Changement de Comportement observé, notamment en matière d'utilisation du préservatif et la fréquentation des structures de Conseil et Dépistage (CD). Selon l'étude Comportement, Attitude et Pratique (CAP) du Programme d'Urgence Multisectorielle de Lutte contre le sida (PUMLS)<sup>11</sup> de 2010 de la Banque Mondiale, 81 % des PS femmes ont déclaré utiliser systématiquement les préservatifs avec leurs clients. Cette étude montre également que l'âge moyen du premier rapport sexuel des PS est de 15,8 ans, l'âge moyen d'entrée dans la profession est de 22 ans et la durée dans la profession est de 5 ans pour 11 % des filles, 2 et 5 ans pour 49 % d'entre elles et d'un an pour 40 %.

En outre, l'étude souligne que 62 % des PS ont des relations sexuelles consensuelles non payantes et dans 66 % de ces dernières, elles n'utilisent pas de préservatif. En 2011, 57 % des PS n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec leurs partenaires non commerciaux, tant chez les PS affichées (61 %) que chez les PS non affichées (55 %).



**Graphique : 3 Tendances de la prévalence du VIH des PS avec le CD et le préservatif**

Le graphique 5 ci-dessus décrit une tendance à la réduction de la prévalence du VIH de 40% en 1987 à 11,40% en 2014, concomitante à une augmentation de l'utilisation du préservatif. Malgré cette tendance à la baisse de la prévalence et une amélioration des connaissances, les PS restent une cible prioritaire des interventions de lutte contre les IST et le VIH. En effet, la stigmatisation, la discrimination et les violences basées sur le genre dont elles sont couramment victimes les rendent vulnérables et limitent leurs accès aux services. La dernière étude réalisée dans cette population indique que 47,9 % ont déjà subi des violences physiques, 35,8 % ont déjà subi des violences sexuelles, 24,8 % ont déjà été harcelées ou intimidées par les forces de l'ordre, 12,9 % évitent d'avoir des préservatifs sur elles en raison de la répression de ces derniers et 19,7 % d'entre elles se sont vus refuser une protection policière.

<sup>10</sup> Etude IDDS, MSLS, 2014

<sup>11</sup> Etude CAP-PUMLS, Banque Mondiale, 2010

Même si globalement les PS ont déjà entendu parler du VIH et du sida, les conceptions erronées et les fausses rumeurs sur la pandémie persistent chez elles, d'autant plus que 28 % d'entre elles ont une connaissance complète sur la maladie et une différence nette de connaissance existe entre les PS affichées (24 %) et les PS non affichées (31 %). On note aussi que 62 % des PS ont affirmé être incapables de refuser la proposition d'une forte rémunération pour des relations sexuelles sans préservatif. Une faible proportion des PS (18 %) ont déjà utilisé le préservatif féminin, la plupart préférant recourir au préservatif masculin dont l'usage est plus aisé (source, idem).

#### ▪ **Épidémie du VIH chez les HSH**

Dans le contexte socio-culturel de la Côte d'Ivoire, la plupart des HSH cache leur orientation sexuelle, cette situation encourage les rapports sexuels dissimulés et l'usage limité du préservatif. En Côte d'Ivoire, l'homosexualité n'est pas légalisée mais relativement tolérée par la société. En 2012, l'étude bio comportementale SHARM<sup>12</sup> basée sur une méthodologie RDS a déterminé la prévalence à 18 % au sein de cette population. Parmi les HSH enquêtés, 61,23 % ont effectué le test et obtenu le résultat et 70,26 % ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin. L'usage systématique du préservatif avec des hommes était peu fréquent puisque seuls 34,0 % des HSH l'auraient toujours utilisé lors des rapports anaux au cours des 12 mois précédant l'étude.

TABLEAU 1 : PROPORTIONS DE HSH DEPISTES POSITIFS SELON LA LOCALITE, 2012

Année	Abidjan-Marcory	Abidjan-Abobo	Bouaké	Yamoussoukro
2012	20 %	57 %	6 %	33 %
2015	25%	22%	3%	15%

Source : *Projet Impact, 2012*

La pratique des rapports sexuels monnayés par des sommes d'argent ou de biens matériels est relativement fréquente dans cette population. En effet, 32,2 % des HSH ont affirmé l'avoir pratiqué et parmi ceux-ci, 76,5 % s'y étaient adonnés au cours des 12 derniers mois. Certaines personnes déclarent qu'au dernier rapport sexuel avec un homme, les préservatifs ont été utilisés dans 69,6 % des cas. De même, en 2012, les données de routine et programmatique du projet IMPACT ont montré les taux de séropositivité suivantes dans le Tableau 1 chez les HSH à Abidjan, Bouaké et Yamoussoukro.

#### ▪ **Épidémie du VIH chez les Usagers de drogues**

<sup>12</sup> Etude sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les HSH à Abidjan, CI (SHARM), FHI360, 2012

Une étude « Santé des personnes des personnes usagères de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire » menée par l'ONG Médecins du Monde<sup>13</sup> auprès d'un échantillon de 450 Utilisateurs de Drogues (UD) réalisée à en 2014 a révélé une prévalence du VIH de 9,5 % pour l'ensemble de l'échantillon, principalement associé au travail du sexe et au HSH. Les femmes représentent 10,9 % et 26,5 % d'entre elles étaient infectées par le VIH. De même, 15,8 % de l'échantillon se sont déclarés PS et 22,5 % d'entre elles étaient positives. Enfin, 9,1 % de l'échantillon sont HSH et 39 % d'entre eux étaient positifs au VIH.

Cette étude a également montré une prévalence du VIH de 5,3 % au sein des Usagers de drogues Injectables (UDI). La consommation de drogues injectables est une pratique peu fréquente et seulement 12,7 % des enquêtés déclaraient l'avoir déjà pratiquée, dont 3,6 % au cours du mois précédent l'étude. Près de la moitié (50,5 %) des enquêtés a déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel.

La capture-recapture estimait le nombre d'UD consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne à Abidjan à 3 521 personnes, estimation basse en comparaison à ce qui était attendu d'après la phase exploratoire (plutôt 6 000 personnes). Une autre étude sur l'analyse situationnelle des interventions en direction des UD menée en 2014 par le MSLS a révélé que seulement 6,6 % des UD interrogés ont une connaissance complète des voies de transmission et méthodes de prévention des IST/VIH/sida. En termes de comportements à risque, 50 % des UD ont plus d'un partenaire sexuel, et parmi eux, seulement 23 % utilisent régulièrement le préservatif et 38,1 % ont effectué au moins une fois le test de dépistage du VIH. En somme, les résultats des différentes études soulignent que l'estimation de la prévalence du VIH chez les PS se situe entre 25-30 % et 15-20 % chez les HSH.

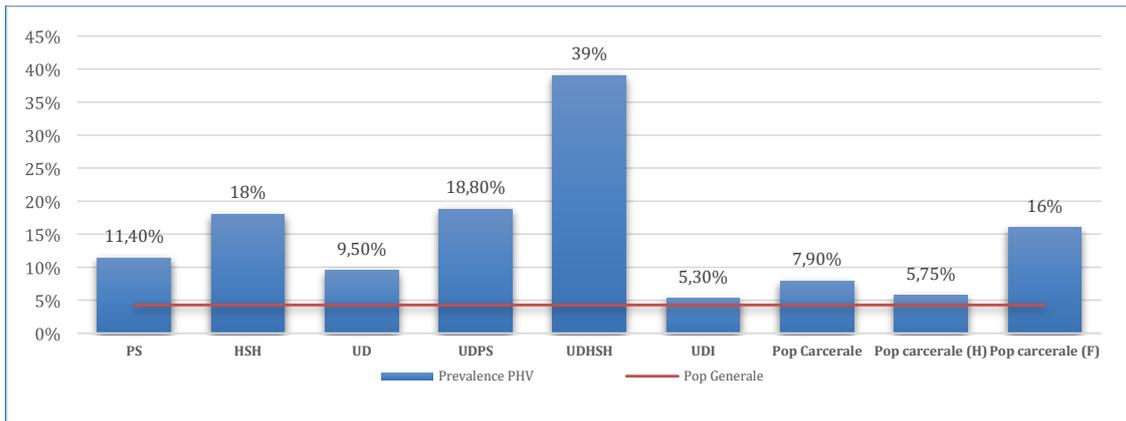
**Les programmes spécifiques aux PS, aux HSH et UD** restent largement sous-financés par rapport aux taux élevés de prévalence et aux taux de séropositivités connus à partir du dépistage. Les interventions programmatiques dont ils ont bénéficié à travers le réseau associatif ne sont pas à la hauteur des facteurs de risques et de leur contexte épidémiologique. S'agissant des UDI, ils ne représentent que 3,6% de la population usagère d'héroïne et de cocaïne selon l'étude bio-comportementale chez les UD, la majorité fumant ces drogues. Cependant, malgré le faible taux d'injection, la prévalence du VIH est de 9,5% parmi les 450 répondants, et particulièrement de 26,5% parmi les femmes-UD et de 39% chez les HSH-UD. Il est donc important de travailler dès maintenant avec les UD, afin de limiter la propagation et de prévenir une prévalence encore plus importante au regard de l'évolution permanente de la consommation des drogues.

### **Prévalence chez les autres Populations en contexte de vulnérabilité**

- **Épidémie du VIH dans la Population carcérale, migrants, routiers**

---

<sup>13</sup>Etude Médecins du Monde Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire, Prévalence et pratiques à risque d'infection par le VIH, les hépatites virales et les autres infections 2014

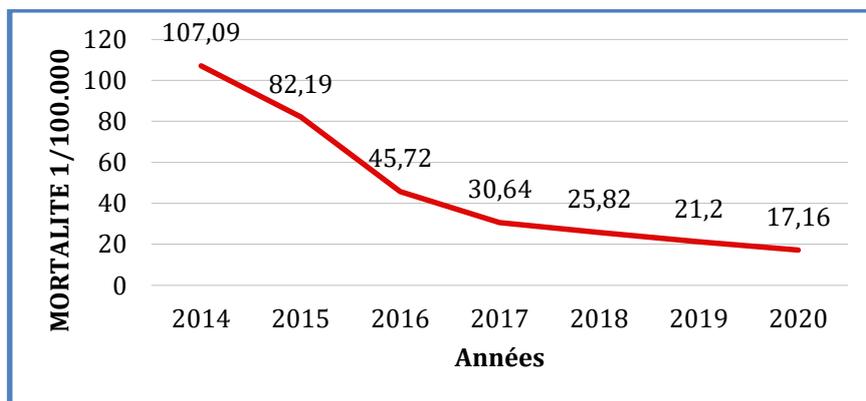


GRAPHIQUE : 4 TRIANGULATION DES DONNEES DE PREVALENCE DISPONIBLES

Une étude réalisée par l'INSP auprès de Personnes incarcérées en 2013 (Étude INSP, 2013) a permis de disposer des données plus récentes sur la prévalence de la population carcérale. Elle l'estime à 7,9 %. Au sein de cette population, 71,8 % n'ont pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel. Les routiers, les camionneurs, les hommes en uniforme sont aussi considérés comme des groupes cibles mais très peu de données fiables existent pour ces groupes. Cependant, concernant les Personnes en Uniforme, l'étude SABERS conduite par FHI 360 en 2014 a relevé une prévalence du VIH de 2% chez les gendarmes et 4,2% chez les militaires. Pour ce qui est de l'utilisation du préservatif, elle est de 81% chez les gendarmes et de 79% chez les militaires. Toutefois, l'utilisation des services de dépistage reste faible ; elle est de 8% chez les gendarmes et de 10% chez les militaires.

▪ **Incidence et mortalité due au VIH**

Le nombre de décès dus au VIH/sida en Côte d'Ivoire est de l'ordre de 22 000 [18 000-30 000] (ONUSIDA, 2014)<sup>14</sup>, ce qui correspond à un taux de mortalité d'environ 110 pour 100 000 habitants. Les projections réalisées à l'aide du logiciel EPP Spectrum montrent également une tendance décroissante pour les 4 à 5 prochaines années de sorte que l'estimation de la mortalité due au VIH sera d'environ 20 pour 100 000 habitants à l'horizon 2020.



<sup>14</sup>Rapport ONUSIDA 2014

▪ **Dynamique des nouvelles infections**

2000			2014		
Estimation	Estimation basse	Estimation haute	Estimation	Estimation basse	Estimation haute
Estimations des nouvelles infections adultes (tous âges confondus)					
52 000	47 000	57 000	25 000	21 000	29 000
Estimations des nouvelles infections adultes (15 ans+)					
41 000	37 000	46 000	21 000	17 000	24 000
Estimations des nouvelles infections chez les enfants (0-14 ans)					
11 000	9 200	12 000	4 700	3 900	5 600

TABLEAU 2: ESTIMATION DES NOUVELLES INFECTIONS ADULTES ET ENFANTS EN 2000 ET 2014

Les nouvelles infections par le VIH/Sida tous âges confondus selon le Tableau 2 ci-dessus ont chuté de plus de 50 %, entre 2000 et 2014 selon les estimations 2015 de l'ONUSIDA. Chez les enfants, la baisse constatée est de 11 000 [9 200 -12 000] à 4 700 [3 900 -5 600] sur la même période. En partant du fait que la prévalence est un équilibre entre le nombre de nouvelles infections et le nombre de décès, en schématisant, une réduction de la prévalence **dans le cas de la Côte d'Ivoire et de nouvelles infections en baisse avec une mortalité en baisse** exprimeraient l'efficacité de la réponse.

Synthèse de l'analyse de la réponse 2012-2015

▪ **Structure organisationnelle de la réponse nationale**

La réponse nationale face au VIH et au sida en Côte d'Ivoire repose sur 5 principes : a) le respect des trois principes du « threeone's » : une autorité nationale de coordination, du cadre stratégique national et d'un système unique de suivi évaluation, b) le recours à l'approche participative et inclusive de l'ensemble des acteurs de la réponse nationale, c) la responsabilisation des communautés, des organisations communautaires de base et des organisations des PVVIH, d) l'implication du secteur privé, e) le développement des partenariats stratégiques des intervenants dans la réponse nationale en fonction de leurs attributions, et de leurs mandats.

▪ **Les organes institutionnels**

Les organes essentiels à la gestion et à la coordination ont été définis dans le PSN ainsi que la fréquence de leurs réunions ordinaires. Il n'y a pas eu des changements au niveau des problèmes initialement identifiés, mais plutôt dans le contexte politique et institutionnel. En effet, un Programme National de lutte contre le sida, les IST et la Tuberculose (PNLS/IST/TUB) a été créé en 1992. Le 24 janvier 2001 un Ministère délégué auprès du Premier ministre chargé de la lutte contre le Sida a été créé pour renforcer la réponse nationale. En 2004, un Ministère de la Lutte contre le sida a été créé avec pour rôle de coordonner la lutte contre le sida en prenant en compte le volet communautaire et de mobiliser les ressources de la lutte contre le sida. Le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique assurait alors la prise en charge médicale des PVVIH. En 2011, les deux Ministères ont fusionné pour donner le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida

(MSLS). A cet effet, deux Directions Générales ont été créées : une Direction Générale de la santé et une Direction Générale de la Lutte contre le Sida (DGLS) (Décret n° 2011-426)<sup>15</sup>.

Le 1er octobre 2014, la décision n° 2014-554 abrogeant toutes dispositions antérieures a permis la création d'une Direction Générale de la Santé avec un Directeur Générale et deux Directeurs Adjoints, l'un chargé du système de santé et l'autre chargé du VIH et des IO <sup>16</sup>. Depuis septembre 2014, le Programme National de Lutte contre le sida (PNLS) a été créé par l'arrêté n° 449/MSNS/CAB 05 Août 2015. Remplaçant ainsi le Programme National de Prise en Charge du sida (PNPEC). La mission du **Programme National de Lutte contre le sida** est de coordonner la réponse du secteur de la santé en matière de lutte contre le sida et de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux IST et au VIH/sida par des activités de types promotionnels, préventifs, curatifs et de recherche

En matière institutionnelle, l'engagement politique contre le sida s'appuie sur les 3 organes suivants :

- Le Conseil National de Lutte contre le sida (CNLS), présidé par le chef de l'État, doté d'un rôle d'orientation politique et stratégique, se réunissant une fois par an.
- Le Forum des partenaires, présidé par le Ministre de la Santé et de la Lutte contre le sida ;
- Les Comités décentralisés qui doivent assurer la coordination des interventions de lutte contre le sida au niveau local (région sanitaire, départements, communes, villages).

Les instances institutionnelles mises en place étaient pertinentes dans le contexte du PSN, cependant le suivi et la coordination réellement mis en œuvre ont été difficiles au niveau central. Toutefois la mission de la revue a recueilli deux rapports de réunions du CNLS en 2013 et 2014 soit deux sur les trois prévues durant la période du PSN.

---

<sup>15</sup>Décret n° 2011-426 du 30 novembre 2011 portant création et organisation du Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida

## Principales réalisations du PSN 2012-2015 par axe stratégique

Le PSN 2012-2015 est aligné sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) d'une part, les Objectifs du Millénaire du Développement (OMD), le Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DRSP) et les recommandations de l'ONUSIDA d'autre part, le projet cible l'OMD 6 dont la probabilité d'atteinte d'ici 2015 est très faible en Côte d'Ivoire, en renforçant les six piliers du système de santé. Cette conception au travers des actions prévues et des contraintes du secteur santé est encore très pertinente, pour les mêmes raisons que celles énoncées l'analyse de situation de la revue du PSN 2006-2010 à l'origine de l'actuel PSN.

### **Axe 1 : Prévention**

**L'axe Prévention du PSN 2012-2015** a renforcé la mise en œuvre des interventions de prévention en appliquant les 4 principes directeurs de la lutte contre le sida : (i) la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée en juin 2001 par la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS)<sup>17</sup> ; (ii) l'Accès Universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien fixé pour qu'aucun être humain, aucune collectivité ni aucun pays ne soient laissés à l'écart de la riposte au VIH ; (iii) la nouvelle vision de l'ONUSIDA "zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida"<sup>18</sup> et (iv) la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2012-2016 visant un maximum d'impact.

#### ▪ **Principales réalisations et défis de l'axe prévention**

La mise en œuvre des interventions de prévention de lutte contre le VIH et le sida s'est faite à travers plusieurs domaines d'actions prioritaires qui sont : (i) la promotion des comportements sexuels à moindre risque, (ii) la promotion du conseil et du dépistage, (iii) la prise en charge adéquate des IST, (iv) l'ÉTME et (v) la sécurité transfusionnelle et prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques.

**La promotion du Conseil et Dépistage** : s'est améliorée grâce à la stratégie du CDIP, du dépistage communautaire à domicile (Porte à Porte) et à la disponibilité des intrants tant au niveau communautaire que dans les structures de santé. Par contre, on note une faible implication des prestataires dans la proposition du dépistage lors des consultations avec un taux de proposition du test de VIH en consultation < 30 % (23,3 %) selon le RASS 2013<sup>19</sup>. A ce jour, toutes les structures sanitaires n'intègrent pas le CD, seul 70 % d'entre elles mènent les activités de dépistage en 2014.

**La prise en charge adéquate des IST** : a connu de véritables problèmes dans sa mise en œuvre. Les kits IST prévus dans le PSN pour la PEC des cas au niveau de la population générale n'étaient pas disponibles dans les CS car leur reconditionnement par la NPSP a été interrompu par faute de financement. Le financement disponible ne cible que les Populations Hautement Vulnérables. Aussi, l'on note une insuffisance des prestataires formés pour le diagnostic et la PEC des cas bien qu'il existe un algorithme de PEC, en dépit du fait qu'il n'ait pas été révisé depuis quelques années.

---

<sup>17</sup> Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies, Juin 2001

<sup>18</sup>Rapport ONUSIDA 2014

<sup>19</sup>RASS 2013, Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, 2014

Le plan d'eTME a été mis en œuvre à travers les activités de sensibilisation de masse des populations et des communautés. Toutefois, le Plan Intégré de Communication qui devrait servir de base dans ce domaine a été révisé et partiellement mis en œuvre.

Suite à la validation des nouvelles directives nationales VIH en fin mars 2015, dont la mise sous antirétroviraux des femmes enceintes ou allaitantes infectées par le VIH dans le cadre de l'option B+ de la PTME et de la prise en charge des PVVIH, le PNLS a identifié avec les partenaires techniques et financiers des étapes et actions à conduire pour la mise en œuvre de ces directives. Dans ce cadre le PNLS a procédé à : (i) L'élaboration et la diffusion de 6 notes circulaires donnant des orientations pour la mise en œuvre des directives, (ii) L'élaboration de présentations pour la mise à niveau/formation des prestataires, (iii) La révision/validation des outils de collecte de données avec la DPPEIS, suite à la révision des indicateurs VIH, (iv) L'orientation du pool national de formateurs sur les nouvelles directives nationales 2015 et, (v) La conduite de réunions de coordination avec les partenaires techniques et financiers pour le partage de la vision du MS et les stratégies en vue de leur engagement et de leur implication effective dans la mise en œuvre. Pour la PTME, la stratégie retenue est le démarrage de la mise en œuvre de l'option B+, couplée au pré-test des nouveaux outils de collecte de données, dans 5 régions sanitaires (Abidjan 2, Abidjan 1 Grands Ponts, Hautassandra, Sud Comoé, Poro Tchologo-Bagoué). Le démarrage a débuté en octobre 2015, et a été précédé par la formation décentralisée des prestataires sur le traitement des femmes enceintes séropositives et l'utilisation des outils de collecte de données dans les sites pilotes des régions sélectionnées.

**La prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques** y compris les VBG a souffert d'une sous-notification des cas. En outre, les kits PPE qui devraient permettre la PEC des cas d'AES et de VBG notifiés n'étaient pas disponibles dans les structures sanitaires. Les molécules existent en vrac ce qui rend difficile leur PEC. Enfin, la notification communautaire des cas reste timide car seulement 55 % des prestataires sont formés à la PEC des cas d'AES et seulement 325 personnels ont reçu une formation sur la lutte contre les VBG.

## ***Axe 2 : Prise en charge, traitement ARV, soins et soutien***

Au cours de la période de réalisation des interventions du PSN 2012-2015, plusieurs problèmes identifiés n'ont pas permis d'atteindre tous les résultats escomptés. Le faible accès aux préservatifs masculins et féminins a constitué un handicap majeur dans l'atteinte des résultats pouvant conduire à la baisse significative des nouvelles infections liées au VIH et à l'incidence des IST. Malgré la multiplication des points de ventes, le nombre de préservatifs masculins distribués était largement inférieur à l'objectif prévu (18 % en 2013). Même si les cibles de 2014 n'ont pas été fixées dans le PSN, le nombre de préservatifs distribués pendant cette période est sensiblement égale à celui de 2013. Par ailleurs, la promotion des autres comportements sexuels à moindre risque, notamment le retardement des premiers rapports sexuels et la réduction du multi-partenariat sexuel, n'a pas été véritablement mise en exergue et soutenue au cours de cette période.

L'axe Soins et Traitement représente une part importante du financement de la réponse nationale pour l'accès au traitement ARV entre 2012 et 2015. L'État de Côte d'Ivoire a lancé une série

d'actions dans le cadre de sa riposte nationale<sup>20</sup>. Elle obéit aux normes OMS en matière de PEC globale des PVVIH et est régie par des textes et décrets nationaux.

### **Principales réalisations et défis de l'axe Prise en charge : Traitement ARV, soins et soutien**

Les Domaines d'Actions Prioritaires de l'Axe prise en charge sont les suivants :

- Traitement ARV des PVVIH ;
- Traitement ARV des enfants infectés ;
- Soins et soutiens aux PVVIH.

Des avancées majeures ont été constatées notamment l'accroissement du nombre de sites de PEC qui est passé de 459 sites en 2012, 536 en 2013 et 768 en 2014<sup>21</sup> ainsi que la réduction de la prévalence du VIH de 4,7 % en 2007 à 3,7 % en 2012 selon l'EDS 2012 grâce à la mise en œuvre des interventions de prévention et de prise en charge des PVVIH. C'est dans cette optique que pour répondre aux préoccupations majeures portant sur la faible proportion des PVVIH (adultes et enfants) sous traitement ARV, et sur la forte proportion des perdus de vue, le pays a réorienté sa riposte en définissant de nouvelles priorités pour la période 2012 – 2015 : (i) renforcer l'accessibilité de la PEC (l'accès au traitement ARV ainsi que les soins et soutien) à tous les PVVIH (adultes, adolescents et enfants) au niveau national ;(ii)renforcement du système d'approvisionnement en ARV/IO et intrants ; (iii) amélioration du suivi et du diagnostic précoce des enfants par la réalisation de la PCR. Cependant, la PEC pédiatrique demeure toujours un véritable défi national. En plus du traitement ARV, les Soins et soutien aux PVVIH à travers diverses activités (AGR, soutien psychologique et spirituel) ont permis d'améliorer la rétention des malades dans les sites de PEC et leur qualité de vie). Ces activités ont été menées principalement par les ONGs en lien avec les structures (sanitaires et sociales).

Malgré un accroissement de la file active de PVVIH sous ARV qui est passée de 109 925 en 2012, à 123 692 en 2013 et 140 710 en 2014 et de 158 002 en fin 2015, la PEC des PVVIH connaît encore des difficultés, tant chez les adultes, les adolescents que chez les enfants.

#### **▪ La PEC des adultes et adolescents**

Les PVVIH en besoin de traitement ARV étaient estimées à 184 047 en fin 2014. Parmi elles, 140 710 (76%) ont été effectivement mis sous traitement ARV. Ainsi, le gap à combler est de 24% soit 43 337 PVVIH à mettre sous traitement.

Certes, d'importants efforts ont été consentis en termes de couverture du territoire national en sites de PEC des PVVIH (100% des régions et 100% des districts sont pourvus en sites de PEC). Cependant, l'accès aux sites de PEC demeure une préoccupation étant donné que tous les ESPC ne font pas la PEC du VIH. Aujourd'hui, les nouvelles directives de PEC qui préconisent une mise sous traitement précoce (CD4 < 500/ml contre 350/ml actuellement) pour réduire la transmission du VIH. Cette approche augmentera le nombre de PVVIH à mettre sous traitement ARV et également la charge de travail des sites de PEC et par conséquent montrera un taux de couverture plus faible. Le taux de rétention était de 67% en 2013, 71% 2014 et 76% en 2015.

L'accès au bilan biologique des PVVIH surtout des adolescents et jeunes demeure une préoccupation. En effet, des difficultés sont relevées sur les sites :

---

<sup>20</sup>Directives nationales pour la prise en charge des PVVIH 2013-2014

<sup>21</sup> Rapports d'activités PNL 2013/2014

- Le nombre insuffisant de laboratoire qui contraint entre autres au convoyage des échantillons et à la déperdition des PVVIH.
- Le long délai dans le rendu des résultats du bilan biologique retarde la mise sous traitement ARV des PVVIH
- Les ruptures fréquentes des intrants de laboratoire dues à la mauvaise gestion des échantillons
- L'insuffisance dans l'entretien des équipements de laboratoire.

La résolution des problèmes clés doit s'appuyer sur les directives de PEC et autres documents normatifs, les manuels de référence et le suivi des recommandations sur la PEC l'amélioration de la PEC des PVVIH.

#### ▪ **La Prise en charge pédiatrique**

Malgré les stratégies mises en œuvre au niveau national pour améliorer la PEC pédiatrique celle-ci demeure à ce jour un problème majeur. Les enfants représentent 6 % de la file active et seulement 18 % de ces enfants en besoin de traitement y ont accès (ONUSIDA 2013) et cela découle de la difficulté dans l'enrôlement, la grande disparité de l'offre de service de PCR et le maintien des enfants dans les soins. De même, l'analyse des données de PEC (Adulte et Enfants) de ces 3 dernières années (2012, 2013 et 2014) montre que la file active des enfants stagne depuis des années alors que celle des adultes est en progression constante avec d'importantes différences pour l'accès au TARV : 49 % pour l'accès au TARV chez les adultes contre 21 % pour les enfants avec le plus souvent une mise tardive sous traitement.

La question spécifique de la PEC Pédiatrique doit être une priorité du prochain PSN pour répondre aux problèmes clés qui sont d'une part, la faible intégration de la PEC des enfants dans les structures de PEC des adultes et d'autre part, l'indisponibilité des laboratoires de charge virale pour la réalisation de la PCR au niveau régional et faciliter le diagnostic précoce et le rendu plus rapide des résultats de PCR des enfants du fait de sa centralisation uniquement sur les laboratoires d'Abidjan . Pour répondre à ces problèmes clés, la réponse nationale devra relever les défis de la centralisation des laboratoires de charge virale au niveau décentralisé et l'amélioration de la PEC pédiatrique qui sont :

- Le dépistage pédiatrique aux différentes portes d'entrée que sont les services de consultations générales, les services d'hospitalisation, les centres de PEC de la tuberculose, les services de nutrition, les centres sociaux chargés notamment des OEV.
- La mise en place de la délégation des tâches effective qui sera d'un apport majeur pour le diagnostic pédiatrique et la mise sous traitement des enfants infectés notamment dans les Régions, Districts et au niveau des Centre de santé urbains et ruraux.

Soutenir les interventions communautaires recherche active de cas des VIH /Sida pédiatriques ainsi que les interventions de suivi à domicile des enfants sous a ARV pour l'observance au traitement, soutenir la coordination et la supervision des activités communautaires relatif à la prise en charge pédiatrique du VIH , soutenir l'effectivité de l'intégration des systèmes d'information entre l'hôpital et la communauté ; recourir aux technologies innovantes ( game changer) i.e. les technologies POC pour la PCR et la charge virale en un alignement avec le système national de laboratoire

L'Axe 3 " Réduction de l'impact socio-économique" du PSN 2012-2015 de lutte contre l'Infection à VIH, et les IST a été aligné sur le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et le Plan National de développement Sanitaire. Sa mise en œuvre a suscité le développement de 03 domaines prioritaires (DAP) visant à améliorer le bien-être économique et social des PVVIH et des OEV.

L'accent a été mis sur (i) la Protection contre la discrimination et la stigmatisation à l'endroit des PVVIH pour réduire la stigmatisation, la discrimination et l'abus des droits Humains des PVVIH et OEV qui freinent leur accès aux services de prise en charge du VIH, (ii) le soutien socioéconomique des PVVIH notamment les groupes les plus à risques au VIH (femmes, enfants, jeunes, OEV, réfugiés, populations déplacées et professionnels du sexe) pour assurer leur autonomie et leur implication dans leur propre prise en charge et (iii) le soutien aux enfants affectés et infectés par le VIH/sida du fait de leur vulnérabilité (psychoaffective, sociale, économique), leur faible protection et leur faible accès aux services sociaux de base.

#### **Principales réalisations et défis de l'axe Réduction de l'impact socio-économique**

Concernant l'axe réduction de l'impact socio-économique, on observe une sous documentation et l'absence d'enquête nationale (stigmatisation et de discrimination des PVVIH, soutien socio-économique, soutien aux OEV, d'où l'absence de données stratégiques utiles à la prise de décision. Le décret de la loi n° 430 du 14 juillet 2014 portant régime de prévention, protection et répression n'est pas effectif. De même, l'absence d'indicateurs portant sur les aspects de droits humains ne nous permet pas de disposer de données fiables pour l'analyse.

Les données de base relatives à l'appui pour les AGR et les indicateurs pour la collecte d'information sur les activités de renforcement socio-économique au niveau communautaire ne sont pas clairement définis. Les activités de renforcement économique à l'intention des PVVIH ne sont pas pérennes.

Les ressources humaines et financières (propres et additionnelles) sont insuffisantes du fait de la faible mobilisation et inégalement réparties dans la lutte contre le VIH surtout en direction des OEV et leurs familles (0,5 % selon le REDES) pour la pérennisation de l'offre de service aux OEV et leurs familles.

Il s'avère donc nécessaire de répondre aux défis suivants :

- Réaliser des enquêtes de terrain pour collecter les données portant sur les aspects de Droits Humains, de stigmatisation et de discrimination.
- Valider et mettre en application le décret portant cadre d'application de la loi sur le VIH et en faire sa promotion.
- Conduire l'étude relative à l'évaluation de l'index de stigmatisation et de discrimination envers les PVVIH
- Renforcer le système d'information et de gestion de données afin de recueillir des données de qualité concernant le soutien socio-économique.
- Assurer la pérennisation des interventions sur le terrain par l'implication effective des collectivités décentralisées, des communautés locales et des familles ainsi que l'amélioration de la qualité des services offerts aux OEV et leurs familles.
- Accroître la participation de l'Etat dans le financement des interventions dans la lutte contre le VIH/sida à l'intention des OEV et leurs familles, il convient également dans le cadre d'une réponse pérenne, d'intégrer la prise en charge des OEV dans le système de protection sociale des enfants, relevant du département ministériel des affaires sociales.

- Renforcer les liens entre les secteurs sanitaires, communautaires et sociaux et améliorer le système de référence et contre référence.

#### *Axe 4 : Gouvernance de la réponse nationale*

L'axe gouvernance du PSN 2012-2015 a été développé à partir d'initiatives auxquelles la Côte d'Ivoire a adhéré. Notamment, la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée en juin 2001 par la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS), « Les Trois Principes » visant à améliorer la gouvernance de la réponse au VIH (avec un cadre national unique de lutte contre le VIH/sida, un organisme national unique de coordination, un cadre unique de suivi-évaluation) et la Déclaration de Paris reposant sur les cinq principes de l'appropriation, l'harmonisation, l'alignement, la gestion axée sur les résultats et la responsabilité mutuelle.

La Coordination multisectorielle de lutte contre le sida était confrontée à (i) la non-appropriation du cadre institutionnel existant par les acteurs sectoriels et les partenaires au développement, à (ii) l'insuffisance de synergies entre les différentes interventions et à (iii) la faiblesse des réseaux de coordination communautaire. Pour une réponse nationale adéquate au sida, le renforcement de la coordination était prévu sur la base d'un cadre institutionnel inclusif et performant.

La priorité au niveau du financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire était de mobiliser les ressources suffisantes au plan local et auprès des partenaires au développement, et à mettre en place un mécanisme consensuel de gestion en vue d'une utilisation optimale de ces fonds. Cependant le constat majeur fait, montre qu'il y avait une insuffisance de ressources mobilisées par rapport aux besoins, un non-alignement de l'aide extérieure sur les priorités et procédures nationales, et une insuffisance de coordination et de contrôle de la gestion des fonds mobilisés.

Au niveau de l'information stratégique, les préoccupations majeures portaient sur la faible performance du système d'information de routine liées aux difficultés de promptitude, de complétude et d'exactitude. Sur la période 2012-2015, il s'agissait de renforcer le système d'information de routine et le système national de surveillance de seconde génération pour que les informations produites soient adaptées à la demande et utiles à la prise de décision.

Enfin, la bonne mise en œuvre des axes stratégiques de prévention et de prise en charge requiert la disponibilité des ARV, intrants stratégiques, aliments thérapeutiques et préservatifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il était donc nécessaire de prendre des mesures énergiques pour assurer leur disponibilité à travers un système performant d'approvisionnement, de distribution et de gestion.

Les Domaines d'Actions Prioritaires de l'axe Gouvernance de la réponse nationale sont les suivantes : Coordination opérationnelle de la réponse nationale, Mobilisation, gestion et utilisation optimale des ressources financières, Production, gestion et utilisation de l'information stratégique, Contribution des systèmes communautaires et du secteur privé à la réponse nationale, Approvisionnement, gestion et distribution des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins.

#### ***Principales réalisations et défis de l'axe Gouvernance de la réponse nationale***

##### **▪ Coordination de la réponse nationale**

Le PSN 2012-2015 est bien aligné sur le PNDS 2012-2015, lui-même aligné sur le PND 2012-2015, démontrant un souci d'harmonisation du cadre stratégique national tout entier. L'appui des donateurs et des différents acteurs de la lutte contre le sida s'en retrouve structuré et renforcé au

niveau de la planification au niveau national. En revanche, certaines activités planifiées pour renforcer la coordination ont été retardées ou modifiées à la suite de la crise. De profonds remaniements institutionnels ont favorisé l'intégration des interventions VIH dans les politiques et structures de santé, au prix d'une fragilisation de la stabilité et du dynamisme des programmes de lutte contre le sida.

Les principaux organes de coordination ont été modifiés, dans une démarche de simplification et de rationalisation. Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), présidé par le chef de l'État, a tenu les sessions statutaires en 2013 en 2014 et en 2015, après une longue interruption (depuis 2009). Le Forum des Partenaires, présidé par le Ministre de la Santé et de la Lutte contre le sida, assure maintenant la coordination de tous les partenaires actifs dans le domaine de la santé, y compris la lutte contre le sida.

La multi-sectorialité de la lutte contre le sida s'est affaiblie, par manque de structures de coordination parmi les secteurs concernés. La conséquence est de privilégier une plus grande emprise du secteur santé, et de promouvoir une responsabilité partagée avec les autres secteurs pour la mise en œuvre du PSN plutôt que des responsabilités distinctes pour chacun des autres secteurs ministériels impliqués.

La décentralisation et la coordination au niveau opérationnel n'ont pas atteint les résultats escomptés. Les comités déconcentrés et décentralisés qui assurent la coordination des interventions de lutte contre le sida au niveau local (RS, départements, communes, villages) ont connu de nombreuses difficultés associées à la crise et aux remaniements qui l'ont suivie. Le personnel actuel reste insuffisant en nombre de postes et effectifs, et n'a pas bénéficié du renforcement des capacités suffisant pour assurer leurs fonctions. La problématique VIH n'est plus aussi individualisée au sein des divers programmes de santé qui sont mis en œuvre à ces niveaux, et partage les mêmes difficultés opérationnelles (manque de ressources humaines formées et motivées et de moyens pour faciliter leurs tâches). En dernier lieu, il faut noter une certaine lourdeur administrative dans l'élaboration des politiques et normes servant à résoudre les goulets d'étranglement dans la mise en œuvre et atteindre les résultats du PSN 2012-2015.

#### ▪ **Contribution des systèmes communautaires à la réponse nationale**

Les ONG et diverses associations de la société civile qui s'impliquent dans la lutte contre le sida sont des partenaires essentiels dans le dispositif de la riposte nationale au VIH/sida. Leur rôle est avéré dans le renforcement du plaidoyer, la mobilisation des structures communautaires autour de la réponse à l'épidémie et la prise en charge au niveau communautaire afin d'assurer la continuité des soins. La société civile joue aussi un rôle indispensable dans le soutien nutritionnel, juridique et socio-économique des personnes les plus vulnérables, infectées et affectées par le VIH.

Il existe un cadre de partenariat multisectoriel de coordination entre le secteur public et le système communautaire, mais celui-ci n'est pas formalisé. Il en résulte des difficultés évidentes pour échanger en temps voulu les informations pertinentes, éviter les retards et les doublons, et soutenir une planification efficace et synergique.

Les principaux réseaux et faîtières d'organisations de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont mis sur pied en 2009 une plateforme d'action qui sert de cadre de concertation et de coordination des interventions de la société civile. Elle compte actuellement 10 réseaux et faîtières membres ayant chacun un rôle désigné. Les organismes de soutien communautaire sont présents dans tout le pays, mais la couverture de leurs activités est très inégale, et la gamme des services offerts manque de cohérence. Ils ne sont pas soutenus au niveau de leur potentiel et de

leurs besoins pour accomplir leur mission. Ils peinent toujours à s'organiser à travers des différents réseaux et faîtières d'ONG et OBC et souffrent de nombreux déficits organisationnels et opérationnels. De plus, les activités de coordination avec les structures nationales concernées restent très insuffisantes.

Un effort est en cours pour renforcer les capacités des réseaux et faîtières, avec un accent particulier sur le renforcement de la gouvernance et de la redevabilité des structures communautaires. Les activités de formation et de suivi restent cependant insuffisantes pour permettre le développement des capacités et le bon fonctionnement des structures communautaires, et améliorer la synergie des interventions entre le volet communautaire et le volet médical, surtout au niveau périphérique. Le système d'information doit aussi être renforcé pour qu'il puisse capter correctement les contributions au niveau communautaire, comme base nécessaire pour améliorer la performance des programmes menés à ce niveau et aussi pour appuyer le plaidoyer et de mobilisation des ressources.

#### ▪ **Contribution du secteur privé à la réponse nationale**

Le secteur privé est un secteur émergent dans la lutte contre le VIH/sida, d'importance croissante dans une perspective d'extension et de pérennisation des services. La Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire contre le sida, le paludisme et la tuberculose (CECI) existe depuis 2006, avec la double mission d'amplifier des actions individuelles des entreprises membres et d'impulser une dynamique à la lutte contre les maladies prioritaires dans le secteur privé de l'économie ivoirienne. Le nombre d'entreprises engagées est en augmentation mais les actions menées restent diverses et éparées, se focalisant en général sur les services de prévention du VIH parmi les travailleurs. La prise en charge est moins répandue.

Le cadre institutionnel pour dynamiser la riposte au sida dans le secteur privé est défini mais le secteur peine à se mobiliser. Un document de Politique de lutte contre le sida en Milieu du travail existe depuis 2013 à l'initiative du Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi. Il existe aussi un Plan stratégique intégré de la CECI 2013-2015, aligné sur le PSN 2011-2015, pour orienter les actions à mener par le secteur privé. Ce plan s'est élargi aux 3 maladies (VIH/sida, paludisme et tuberculose) et reprend les stratégies les plus maîtrisées par le secteur privé (prévention, prise en charge).

Le plan de mobilisation des ressources de la CECI a été révisé en 2014 et un manuel de procédures administratives, comptables, financières et opérationnelles de la CECI a été édité en 2015. Les cotisations des entreprises se sont stabilisées et pourvoient à plus de 80 % des besoins de la CECI, avec un complément fourni par les financements extérieurs. Un partenariat avec le secteur médical privé s'est développé ces dernières années, sur la base d'une enquête soulignant le potentiel croissant de l'extension de la couverture et de l'amélioration des prestations (surtout en ce qui concerne le dépistage, les soins et le traitement à ARV), tout en réduisant la charge financière qui revient aux ménages. Le rôle des autorités gouvernementales dans le pilotage, l'accréditation des structures et prestataires de soins, l'assurance de la qualité et le Suivi-Evaluation sera primordial pour assurer l'intégration des structures privées de santé dans la réponse nationale dans les années à venir.

#### ▪ **Production, gestion et utilisation de l'information stratégique**

La dernière évaluation de la performance du Système d'Information et de Gestion (SIG) à tous les niveaux du système sanitaire s'est déroulée en 2012 selon la méthodologie PRISM (Améliorer la Performance Gestion des Systèmes d'Information de Routine), avec l'appui technique du projet

MEASURE<sup>22</sup>. L'évaluation a jugé que la collecte et la transmission des données étaient bonnes, mais a noté de nombreuses faiblesses dans le traitement, l'analyse, l'interprétation et l'utilisation de l'information. Le faible support des fonctions critiques de gestion touchant à la gouvernance, la planification, la formation, les finances et la supervision a aussi été souligné. Un ensemble de stratégies et d'activités a été formulé visant à renforcer le Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR), tout particulièrement en ce qui concerne la collecte et la validation des informations au niveau des établissements sanitaires et l'utilisation de l'information pour la prise de décisions à tous les niveaux, qui restent un des maillons le plus faibles du système.

Par ailleurs, une analyse de la qualité des données de prise en charge des PVVIH sous ARV effectuée en 2011 par la DIPE avec MEASURE Evaluation a noté que la qualité du système était très faible, surtout au niveau des DS et des points de prestation de services. L'usage du logiciel SIGDEP recommandé pour l'informatisation du dossier de prise en charge des PVVIH reste limité aux établissements sanitaires qui disposent de ressources telles que les ordinateurs et l'accès à l'internet. D'autre part, une bonne partie des données de prise en charge était transmise directement aux partenaires sans passer au préalable par les DS pour intégration à la base SIGVISION du DS. Or, celle-ci doit agréger tous les indicateurs de santé et permet la gestion des données au niveau établissement, DS, RS et au niveau central<sup>23</sup>.

En 2014, un remaniement et une consolidation des responsabilités ont eu lieu. Les fonctions de la DIPE et de l'ancienne Direction de la Planification et du Suivi Evaluation (DPSE) sont maintenant reprises par la Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS). La mise en œuvre est guidée par des plans d'action annuels, et il existe actuellement un Plan Triennal pour le Renforcement du Système d'Information Sanitaire 2014-2016. Un nouveau système d'information et de gestion des données sanitaires, sur la base du logiciel DHIS 2, a été introduit en 2014, et doit être progressivement étendu à tout le territoire<sup>24</sup>.

Malgré tous les efforts mis en œuvre, le système d'information sanitaire continue de souffrir d'une insuffisance d'infrastructures dédiées, de ressources humaines en nombre et en compétence, de dotations budgétaires, et de matériels dédiés à la gestion des données. En outre, le système de collecte n'est pas exhaustif et ne prend pas en compte les données sanitaires du secteur privé lucratif, du secteur parapublic (armée, police, douane, impôt, trésor, Mutuelle de santé et éducation nationale), et du système communautaire. Le DHIS 2 présente certains indicateurs clé de performance concernant les activités au niveau de la communauté et doit à l'avenir aider à combler ce déficit d'information. En dernier lieu, il faut noter que la revue à mi-parcours du PSN 2012-2015 n'a pas été effectuée.

- **Approvisionnement, gestion et distribution des ARV, intrants et préservatifs**

Il existe un Plan National Stratégique de la Chaîne d'Approvisionnement en Produits pharmaceutiques et intrants stratégiques (PNSCA) 2012-2015. Le principal jalon de sa mise en œuvre a été la création de la NPSP à travers la révision de son cadre réglementaire et statutaire. L'évaluation des besoins est actuellement plus précise suite aux efforts du comité technique national de quantification des ARV et produits de laboratoire du VIH. L'estimation des besoins se

---

<sup>22</sup> MEASURE EVALUATION, *Rapport d'évaluation de la performance du Système d'Information et de Gestion*, 2012

<sup>23</sup> MEASURE EVALUATION, *Rapport d'assurance qualité des données du Suivi Evaluation en Côte d'Ivoire*, 2011

<sup>24</sup>MSLS, *Direction de la Planification et du Suivi Evaluation (DPSE), Plan National de l'Information Stratégique (PNIS) 2011-2015*

fait à l'aide du logiciel QUANTIMED de quantification pour les ARV, du logiciel FORLAB pour les intrants stratégiques de laboratoires selon la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) et les Directives Nationales de Traitement. A ce jour, 80 % des membres du Comité de quantification ont été formés.

Les besoins en approvisionnement consignés dans un plan sont répartis entre les différents bailleurs dont les principaux sont le PEFPAR, le Fonds Mondial et l'Etat de CI : chaque partie passe ses commandes selon ses propres procédures. La NPSP est chargée des approvisionnements sur le financement de la partie nationale. L'expertise des produits réceptionnés est satisfaisante. Le LNSP dispose d'un plateau technique adéquat et d'un personnel qualifié qui permet d'assurer le contrôle qualité des ARV. En 2014, l'utilisation du Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) a nettement amélioré le rapportage pour les ARV et les tests de diagnostic rapides. Toutefois, l'approvisionnement en réactifs et autres matériels en vue du contrôle qualité des ARV connaît quelques difficultés telles que l'insuffisance de financement. Des insuffisances dans la distribution sont notées au niveau de la logistique des DS pour assurer la distribution des ARV et intrants stratégiques, si bien que les ruptures de stock sont moins nombreuses mais persistent encore au niveau périphérique.

Les bons résultats d'ensemble à la fois en termes de soumission et de promptitude des rapports du VIH sont liés au renforcement de la chaîne d'approvisionnement au niveau décentralisé du Projet Renforcement de la Chaîne d'Approvisionnement en médicaments au niveau Décentralisé (RCAM-D) pour lequel les pharmaciens régionaux avec le soutien de SCMS sensibilisent les gestionnaires pour renseigner et transmettre les outils en temps réel.

Un SIGL a été mis en place pour le suivi de la gestion et l'utilisation rationnelle des médicaments et le personnel a été formé. La revue a constaté des insuffisances dans la gestion de médicaments à la périphérie. Cela s'explique par le manque de transport pour la distribution, l'insuffisance des supervisions, l'absence de formations reçues par les gestionnaires, l'affectation de nouveaux pharmaciens sur le terrain sans formation adéquate en gestion de médicaments, l'utilisation du budget des médicaments à d'autres fins et des écarts dans la rigueur de la gestion.

#### ▪ **Financement**

Au niveau de la traçabilité des flux financiers, le PSN a prévu une traçabilité comptable et financière selon les procédures nationales afin d'assurer une bonne gestion financière des ressources mobilisées. En dépit de ces mesures, des difficultés majeures persistent et ne contribuent pas à une bonne lecture des dépenses surtout celles effectuées par les partenaires. En effet, en absence de traçabilité des informations financières à travers l'outil REDES, il n'est pas possible d'avoir une lecture des dépenses au titre de 2014, ce qui limite l'analyse de cette revue. Il n'existe pas une cartographie explicite indiquant les partenaires, les interventions, et les montants financés.

Au niveau de la contribution de l'Etat l'une des stratégies majeures retenues est de mettre en place de nouveaux mécanismes de mobilisation des ressources pour accroître la contribution nationale. Les stratégies de « petites monnaies », « le timbre de 100 » initiées par le FNLS, n'ont pas connu le succès attendu du fait d'une faible communication autour des stratégies et de la faible implication des pouvoirs publics (Etat et structures décentralisés). Le déficit de communication et l'absence d'implication des autorités au plus haut niveau ont été l'une des causes essentielles de ces résultats mitigés. Au niveau de la contribution du secteur privé, la volonté des autorités est d'accroître la contribution du secteur privé à travers le renforcement du partenariat public-privé et du renforcement des mesures incitatives en

En 2013, au total, 55,2 milliards de F CFA ont été dépensés dans le cadre de la lutte contre le VIH et sida. 48,0 milliards de F CFA ont été affectés aux dépenses courantes (6,12%) et 7,2 milliards aux dépenses en capital (8,07%). Conformément aux recommandations internationales, la riposte nationale a axé ses interventions sur la prise en charge des patients et la prévention tout en focalisant ses actions en faveur des populations clés.

faveur des entreprises du secteur privé. Ces stratégies prévues n'ont pas connu d'exécution et l'engagement du secteur privé au financement de la lutte contre le VIH est demeuré très faible. Le cadre de coordination mis en place à travers la coalition des entreprises ne fonctionne pas comme souhaité et sa mission de mobilisation des entreprises au financement de la lutte contre le VIH n'est pas également assurée, d'où la faible contribution des entreprises privées.

#### *Analyse des aspects transversaux de lutte contre le VIH*

##### ▪ **Le Genre et les Droits Humains**

La revue du PSN a permis d'identifier les axes qui ont traité des activités relatives au Genre et aux Droits Humains. Le problème majeur est que la question du genre n'était ni un axe ni un DAP dans le PSN 2012-2015. De plus, les aspects de genre n'apparaissent pas clairement et ne sont pas suffisamment pris en compte dans les 4 axes stratégiques du PSN, alors qu'ils auraient dû être transversaux. Ainsi, le genre n'apparaît que partiellement dans le DAP « contribution des systèmes communautaires et du secteur privé à la réponse nationale ». Au niveau de la prévention, des inégalités apparaissent au niveau des interventions. Enfin, nous notons l'absence de plan opérationnel genre et l'insuffisance de données quantitatives sur les VBG en lien avec le VIH/sida. Le défi majeur est d'intégrer le genre dans les axes stratégiques du prochain PSN et désagréger les indicateurs de résultats par sexe.

Pour ce qui est des droits humains on note l'absence de décrets d'application de la loi n° 430 du 14 juillet 2014 portant régime de prévention, protection et répression en matière de VIH, adoptée par l'Assemblée Nationale à l'initiative du MSLS. Un autre problème est l'absence de données d'enquête nationale pour mesurer le niveau de stigmatisation et de discrimination des PVVIH. Le défi majeur est l'élaboration d'indicateurs relatifs à la réduction de la stigmatisation et la discrimination pour chaque cible prioritaire dans le futur PSN afin de renseigner les données sur le taux de vulnérabilité des cibles en rapport avec la violation de leurs droits.

##### ▪ **Les Populations Hautement Vulnérables**

Au niveau des populations clés, on note l'absence d'informations précises sur la taille des PHV en général et en particulier chez les populations clés (PS, HSH, UD et populations carcérales) au niveau national. Cela ne facilite pas la planification des activités à leur endroit et la prise en compte de leurs besoins réels. À cela s'ajoute l'inexistence d'un plan opérationnel national ciblant les PHV

selon les priorités de la réponse nationale, ce qui entrave la prise en charge des populations clés. Par ailleurs, les processus de conception et de mise en œuvre des interventions en direction des PHV soutenus par les PTF souffrent de la faible implication des bénéficiaires.

L'absence de surveillance sentinelle des IST pour les PHV ne permet pas à la partie nationale ainsi qu'aux acteurs de la réponse d'apprécier la survenue et la transmission des IST au sein des PHV. De plus, l'insuffisance d'indicateurs d'extrants annuels spécifiques aux PHV dans le PSN ne permet pas de mesurer objectivement les effets et l'impact des actions menées à leur endroit. Enfin au niveau du financement, le poids des ressources financières prévues pour les interventions en direction des PHV reste faible. Il est de 9 502 milliards de francs CFA sur 359 812 milliards de francs CFA, soit 2,41 % du total, ce qui contraste nettement avec le principe de priorité nationale conférée aux populations clés dans le PSN. Le principal défi de la réponse au VIH/sida chez les PHV, c'est d'ériger effectivement au rang de priorité nationale cette cible en les prenant en compte de façon plus visible dans le prochain PSN.

#### ▪ Les Adolescents et Jeunes

La mise en œuvre des interventions en direction des adolescents et jeunes s'est confrontée à des problèmes majeurs dans 4 domaines clés : mise en œuvre, coordination, information stratégique, finance. D'abord, nous notons un faible alignement des bailleurs sur les priorités nationales concernant les adolescents et les jeunes d'où leur faible ciblage au sein des groupes spécifiques (PS, HSH, PVVIH, et autres) par catégorie sociale, professionnelle et par genre dans l'offre de service. Ensuite, nous constatons une faible couverture des jeunes non scolarisés et déscolarisés avec une faible implication des organisations de jeunes. De même, il y a des insuffisances dans la qualité des interventions de promotion des comportements sexuels à moindres risques et le faible ciblage des stratégies de promotion du retardement des premiers rapports sexuels. La réduction du multi partenariat sexuel avec la non-implication des parents, la faible couverture du pays en matière de centres conviviaux et de prestataires et autres acteurs du milieu éducatif formés, l'inadéquation entre l'âge des 1ers rapports sexuels et l'âge légal du consentement pour le dépistage sont autant de facteurs non pris en compte pour cette cible.

Une réponse au VIH chez les adolescents et jeunes nécessite donc 3 mesures majeures : (i) la couverture optimale des besoins des adolescents et jeunes, prenant en compte le retardement des premiers rapports sexuels et la réduction du multi partenariat sexuel avec l'implication des parents, (ii) la synergie des interventions en faveur des adolescents et jeunes et (iii) le ciblage des adolescents et jeunes dans l'information stratégique, le renforcement. Toutes mesures majeures devront apporter une réponse à (i) la promotion de l'éducation sexuelle en famille et en milieu scolaire, (ii) au renforcement des programmes de formation/ éducation en santé sexuelle et de la reproduction envers aussi bien les élèves que leurs enseignants. (iii) au renforcement de la coordination nationale des interventions en faveur des adolescents par la mise en œuvre d'un programme national Adolescents et jeunes, (iv) au renforcement du système évaluation en l'adaptant aux interventions nationales et sectorielles en faveurs des adolescents, (v) enfin l'accroissement des ressources nationales en faveur de lutte contre le sida pour mettre fin à cette pandémie.

#### ▪ Le suivi biologique et le laboratoire

Le diagnostic étiologique qui constitue la méthode la plus précise, est encore timide dans les structures de santé et ne prend pas compte les IST rectales retrouvées chez les HSH.

Une étude transversale menée à la clinique Confiance d'Abidjan publiée en 2012 a montré l'importance du diagnostic étiologique auprès de 96 HSH : parmi de 102 enquêtés, la prévalence

globale de *N. gonorrhoeae* est de 12,8 % pour tous les patients avec une fréquence plus élevée chez les participants pour la première fois à ce type d'enquête (15,6 %). De plus, cette enquête a montré que *N. gonorrhoeae* est retrouvé plus fréquemment dans les prélèvements rectaux soit 8,5 % comparés aux prélèvements urinaires où on les retrouve dans 5,3 % des cas<sup>25</sup>.

Une autre étude publiée en 2012 chez les femmes évalue l'utilisation du préservatif et la prévalence des IST et du VIH parmi les PS en Côte d'Ivoire : des enquêtes transversales menées chez les PS au niveau de 5 cliniques à Abidjan et de San Pedro (2007), à Yamoussoukro et Gagnoa (2009) donnent une idée de la situation de cette cible. La prévalence globale du VIH y était de 26,6 %, elle était plus faible chez les nouvelles participantes soit 17,5 % par rapport au 33,9 % des participantes de routine ( $p < 0,001$ ). La prévalence du VIH parmi les nouvelles participantes était également inférieure à la proportion de tests positifs au VIH des services de CD de routine dans les mêmes cliniques. Ces résultats montrent aussi une prévalence relativement élevée des autres IST autres que le VIH chez les PS dans différentes villes en Côte d'Ivoire<sup>26</sup>.

- Leçons apprises et meilleures pratiques

Dans la mise en œuvre du PSN 2012-2015, des stratégies innovantes ont été réalisées durant la période de la revue de 2012 à 2014. Parmi elles, nous présenterons les 6 stratégies novatrices suivantes :

***Intervention innovante 1 : la rétention des femmes enceintes séropositives pour la PTME***

*L'expérience de l'ONG APROSAM à San Pedro consiste à favoriser une rétention maximale des femmes Mères dépistées positives au VIH depuis la 1ère CPN jusqu'au dépistage précoce des nouveau-nés à travers un soutien nutritionnel et un suivi régulier lors des différents rendez-vous. Avec le soutien financier de l'ONG ARIEL, les Conseillères communautaires d'APROSAM au sein de la Maternité Henriette Konan Bedié de San Pedro proposent le dépistage à toutes les femmes enceintes reçues. Ainsi, à l'ouverture du dossier (CPN1) on offre à la mère 1 sac de 5 kg de riz ; si la femme a respecté tous ces rendez-vous on lui offre à la CPN4 1 sac de riz de 5 kg et 3 litres d'huile ; si la dame a accepté d'accoucher dans la maternité elle recevra 5 kg de riz + 3 litres d'huile + 5 savons ; si la dame ramène son bébé pour la PCR à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine, elle recevra 1 sac de 5 kg de riz + 3 litres d'huile + 5 savons. Selon les conseillères communautaires cette expérience a permis de maintenir dans le centre 100 % des femmes dépistées positives ; celles-ci ont accouché dans la maternité et tous les enfants exposés ont été dépistés. De plus, 80 % des conjoints ou partenaires de ces femmes ont accepté de se faire dépister également.*

---

<sup>25</sup>Vuyksteke B et al, *Sex Transm Infect*, 2012 « High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among male sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire: need for services tailored to their needs ».

<sup>26</sup>Vuyksteke B et al PLoS One. 2012 « HIV and STI prevalence among female sex workers in Côte d'Ivoire

### **Intervention innovante 2 : Rétention des Éducateurs Paires Professionnel (le) s du Sexe**

L'expérience a été entreprise par l'ONG Groupe Biblique des Hôpitaux (GBH-CI). Elle avait pour objectif de retenir les Éducatrices Paires (EP) qui travaillent sur le projet « Impact-CI » de prévention du VIH/sida en direction des PS à Abengourou. Cette expérience innovante a consisté à créer, pour les éducatrices paires PS, des activités individuelles génératrices de revenus, essentiellement financées par des crédits bancaires contractés auprès d'un établissement financier local. Elle a fortement contribué à garantir la continuité des activités de prévention contre le VIH/sida menées par les EP en direction des PS d'Abengourou. La satisfaction de leurs besoins, leur valorisation aux yeux de leurs paires, le respect dont elles font désormais l'objet, l'épanouissement et le développement de l'estime de soi sont autant de retombées qui ont motivé les EP à s'approprier l'expérience, à améliorer leur rendement et à poursuivre en continue, leurs activités de prévention sur le terrain.

### **Intervention innovante 3 : Cliniques de nuit sur les sites de travail du sexe "Hot spots"**

Cette expérience a été mise en œuvre par l'ONG Renaissance Santé Bouaké (RSB). Elle visait à porter les prestations médicales de prévention du VIH/sida vers les cibles que sont les PS, les HSH et leurs partenaires stables. Il s'agit d'organiser des consultations médicales sur les sites de travail du sexe et les lieux de rencontre (maisons closes, bars et hôtels) pour le dépistage du VIH et des IST chez ces cibles. Non seulement ces dernières se sont mobilisées pour l'activité, mais en termes de services offerts, un grand nombre de bénéficiaires ont été touchés comparativement aux résultats de la délivrance des prestations dans la structure. Le fait d'avoir proposé les services de prévention aux cibles sur leurs lieux de travail a fortement contribué à accroître leur engouement et leur adhésion à l'intervention. Cette activité garantit la confidentialité et a également permis de réaliser des économies en termes de frais de transport.

### **Intervention innovante 4 : Sensibilisation des HSH via l'Internet**

L'expérience portée par l'ONG Alternative Côte d'Ivoire a pour objectif de sensibiliser, au moyen de l'Internet, des HSH difficiles à atteindre par les stratégies classiques de prévention dans les DS d'Abidjan. Les messages de sensibilisation sur des sites de rencontres pour ce public, ont permis de toucher les HSH en général et en particulier ceux qui échappent aux méthodes de prévention classique. Les échanges, pour ceux qui sont intéressés, se poursuivent sur une messagerie instantanée pour aboutir, plus tard, pour certains, sur une sensibilisation classique. Une séance de sensibilisation permet en moyenne de toucher 20 personnes virtuellement. L'activité permet de sensibiliser en une année 1920 personnes virtuellement et 192 personnes en tête à tête. Cette approche intéresse de plus en plus les HSH car elle leur permet de bénéficier de prestations de prévention du VIH/sida en dehors des activités classiques, souvent compromises par la stigmatisation des populations ou la répression

Intervention innovante 5 : Prise en charge du VIH en milieu carcéral à la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA)

Un projet de Prise en charge du VIH en milieu carcéral à la MACA a été mis en œuvre à l'initiative d'EXPERTISE FRANCE<sup>1</sup> de 2008 à 2012 avec pour objectif de renforcer la prévention du VIH, le diagnostic ainsi que la prise en charge des PVVIH au sein de la MACA (détenus et personnel). Ce projet a consisté en des activités de CD et de PEC des détenus (hommes et femmes), des gardiens et des riverains. Ce projet a obtenu les résultats suivants pour le CD des détenus : 19 582 détenus conseillés et 13 917 détenus dépistés (Taux d'acceptation : + de 71 %) ; 720 détenus dépistés positifs au VIH soit un Taux de prévalence VIH global de 5,2 % (14 % chez les femmes et 4,6 % chez les hommes).

Pour la PEC des détenus : 149 détenus VIH + ont été mis sous TARV + 20 % de co-infectés VIH/TB et les résultats du CD des gardiens et riverains montrent que 1 060 riverains ont été conseillés et 653 dépistés, plus 360 femmes enceintes dépistées dont 3,6 % femmes VIH+. Considéré comme pilote, ce projet financé par le Fonds Mondial a montré la faisabilité de la prévention et de la prise en charge des PVVIH en milieu carcéral. La décentralisation par EXPERTISE FRANCE dans les Maisons d'Arrêts et de Correction (MAC) de Dabou et de Sassandra (CI) en 2009 et 2010 a été le début de l'extension nationale du projet. Celle-ci se fait à travers une Convention tripartite : DS, ONG locale mettant à disposition les Conseillers communautaires et Expertise France.

#### **Intervention innovante 6 : Le réseau informatique national du CNTS de Côte d'Ivoire**

Le système transfusionnel ivoirien dispose de 27 structures de transfusion sanguine fonctionnelles

réparties en 3 Centres de Transfusion Sanguine (CTS), 19 Antennes de Transfusion Sanguine (ATS) et 5 Sites de Prélèvements (SP). Tous ces services fonctionnent en réseau à travers un système informatique dont la base de données utilise un logiciel appelé PROGESA. Ce logiciel permet la gestion automatique des informations collectées à chaque étape du circuit du donneur : l'enregistrement, la consultation médicale, le prélèvement, la qualification biologique des dons au laboratoire, la production des PSL et la distribution des PSL aux Établissements de soins. Les sites périphériques sont interconnectés au site central à Abidjan par un Virtual Private Network (VPN) qui lui-même est connecté à internet par un câble Asymmetric Digital Subscriber Line (ADSL) ou une clé data. La connexion VPN permet de garantir une confidentialité absolue du don de sang et se fait sur un serveur connecté au réseau Local Area Network (LAN) sans fil

#### **Recommandations générales de la revue**

Les conclusions de la revue du PSN 2012-2015 indiquent que des progrès variables ont été réalisés dans plusieurs domaines prioritaires (prévention, traitement, impact socio-économique et gouvernance). Des efforts notables ont été réalisés dans de nombreuses interventions. Néanmoins, leur impact est peu visible. La revue a montré des succès dans le secteur de la santé, en particulier dans l'amélioration de l'absorption dans les services de CDV et TARV. Les résultats de l'eTME sont très satisfaisants grâce à l'implication financière et technique des PMO du PEPFAR et du FM. Cela souligne l'importance de l'utilisation de plans opérationnels au niveau local car ce bailleur intervient dans 16 des 20 régions du pays. La seule existence d'un Plan eTME n'est pas un facteur de succès à lui seul : il aurait fallu des Plans opérationnels annuels. Le Fonds Mondial participe aussi à ce résultat par le financement de la TARV mais durant la Phase 2 du Round 9 les interventions de terrain se limitent uniquement à la RS du Sud Comoé. Cette analyse de la revue

bien que souvent qualitative nous donne une tendance de ce qui a été fait, mais les mécanismes de rapportage nécessaire et de circuit des données communautaires sont des limites à une appréciation précise à partir d'indicateurs d'effet et de produits.

La revue du PSN 2012-2015 formule des recommandations pour le prochain PSN dans les domaines principaux suivants :

**Accroître la participation financière de l'Etat** pour assurer une meilleure efficience à la réponse nationale qui est à ce jour trop dépendante des PTF. La mobilisation des ressources devra prendre en compte suffisamment la question des populations clés et en contexte de vulnérabilité. L'efficacité de l'allocation et de la durabilité des ressources financières au VIH doivent être conçue dans le cadre du financement de transition afin de fournir aux autorités de la Côte d'Ivoire des données complètes concernant les besoins et possibilités d'investissement pour la lutte contre le VIH dans le contexte du PSN 2016-2020. Cet engagement pourrait être partagé avec d'autres ministères ainsi que le secteur privé qui ont une part de contribution financière et programmatique. Il revient au leadership du Ministère de la Santé de mobiliser ces ministères dans le cadre de la responsabilité partagée.

**Renforcer le continuum des Soins et Traitement** en améliorant la qualité du suivi par l'observance et l'éducation thérapeutique du patient et les soins pédiatriques afin d'augmenter la file active, améliorer la rétention dans les soins et faciliter l'accès des populations clés. Il faut aussi le maintien en poste des services de prévention, de soutien et de soins. Face au gap des ressources humaines et au nombre important de PVVIH en besoin de TARV, le passage à l'échelle d'une délégation des tâches encadrée aux paramédicaux et acteurs communautaires devient une priorité pour rester en phase avec les engagements pris au niveau national et international.

**Renforcer le leadership national à travers le Suivi Évaluation** et une meilleure coordination de tous les acteurs nationaux et internationaux impliqués dans la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. Le suivi et l'évaluation du PSN 2012-2015 ont montré les difficultés de l'absence de centralisation des données existantes par la partie nationale. Compte tenu des contraintes de ressources et de capacités, le nouveau PSN aura besoin de s'appuyer sur un cadre national de suivi-évaluation révisé.

**Au niveau institutionnel** les régions sanitaires et les collectivités territoriales doivent collaborer avec le MS pour renforcer et soutenir la réponse intégrée du secteur de la santé et à s'adapter dans les processus de décentralisation particulièrement pour les aspects multisectoriels. L'approche villes selon le modèle proposé par l'ONUSIDA est aussi une innovation pour renforcer la prise en charge des PVVIH. Ainsi, de nombreuses structures ont des mandats précis dans la mise en œuvre du PSN, le MS doit prendre l'initiative de réunir ces partenaires nationaux pour accroître leur contribution et accroître la synergie avec les secteurs sociaux.

**Soutenir la création d'un environnement favorable**, mettre en place un dispositif juridique spécifique aux PHV qui protège les droits des Populations en contexte de vulnérabilité et des Populations clés (PS, HSH UD et population carcérale) en lien avec la réponse au VIH/sida et qui facilite la mise en œuvre des stratégies définies pour toucher effectivement cette cible. Cette priorité pourrait bénéficier de l'opportunité de l'existence de la loi 2014-430 du 14 juillet 2014 portant régime de prévention, de protection et de répression en matière de lutte contre le VIH et le sida.

### **Approche de la planification stratégique axée sur les résultats**

L'analyse de la situation épidémiologique et de la réponse nationale face au VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, a permis de dresser le bilan des principales réalisations et de déterminer les acquis et les défis. La démarche de planification axée sur les résultats se fonde sur des informations pertinentes issues de l'analyse de la situation et de la réponse afin de déterminer des stratégies et des interventions adaptées au contexte local et aux besoins spécifiques des populations qui ont plus besoin des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Cette démarche réflexive selon le principe « connaître son épidémie connaître sa réponse » a identifié les facteurs qui favorisent la transmission du VIH et les dynamiques permettant de prévoir d'où viendront les nouvelles infections et comprendre comment l'environnement socio-économique et organisationnel influencent la dynamique de l'épidémie. Cette réflexion a pris en considération le processus de priorisation, qui a précédé la planification du présent plan stratégique 2016-2020. Il est fondé sur la multi-sectorialité et la décentralisation en tant qu'approche permettant une couverture du paquet de services préventifs, de soins et de droits humains, correspondant aux zones géographiques et aux populations les plus touchées. Parallèlement, cette démarche a permis d'analyser la dimension budgétaire afin de planifier les investissements financiers adaptés dans le cadre de ce nouveau plan stratégique.

Ce plan stratégique national s'aligne aux politiques et stratégies nationales telles le Plan National de Développement 2016-2020 et le Plan National de Développement Sanitaire 2015-2020. Les cibles annuelles du PSN visent aussi celles des PND et PNDS 2016-2020.

#### **Vision de la réponse nationale stratégique aux IST/VIH en Côte d'Ivoire à l'horizon 2020**

La vision stratégique s'inscrit dans le cadre de la définition des nouvelles cibles de l'accès universel au traitement ARV en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC). Cinq (5) principales raisons se justifient : (i) L'adhésion de la Côte d'Ivoire à la Déclaration Politique sur le VIH/sida « Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida », adoptée suite à la réunion de Haut Niveau en juin 2011 à New York, renouvelée en juin 2016 à New York à l'occasion de la réunion de Haut niveau(HLM) constitue le cadre de référence du PSN pour la période 2016-2020. (ii) les évidences scientifiques relatives à l'intérêt et aux bénéfices thérapeutiques de l'initiation précoce du traitement ARV « Traitement pour Tous » ;

L'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien est durablement assuré en Côte d'Ivoire dans le respect des droits humains pour l'atteinte des objectifs du développement durable afin de mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030. Pour cela toute la communauté nationale joindra ses efforts à ceux des autorités nationales au plus haut niveau. Ainsi l'ensemble des acteurs nationaux de la riposte au VIH en Côte d'Ivoire s'engageront pour permettre à la population de disposer de droits, de connaissances fondées sur des informations scientifiques et des compétences pour combattre le sida. Le plan stratégique national 2016-2020 vise la réduction des nouvelles infections parmi les adultes, les adolescents et les enfants, l'accès aux traitements, l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH, la lutte contre toutes les formes de discrimination et le renforcement de la gouvernance de la réponse. L'investissement des ressources domestiques et externes est orienté sur le financement durable pour une riposte efficace et efficiente à travers des interventions cohérentes, complémentaires aboutissant à des résultats probants en termes d'impacts et d'effets, sur le chemin de l'élimination du VIH d'ici 2030.

(iii) les nouvelles directives consolidées de l’OMS ; (iv) l’appel du Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l’ONUSIDA ; (v) le lancement du nouveau modèle de financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Cette vision est aussi en concordance avec le mouvement international pour l’atteinte des objectifs mondiaux de lutte contre le sida, dont l’échéance est fixée à 2020 par les États membres des Nations Unies.

#### Les objectifs des cibles 90-90-90 :

L’ONUSIDA a récemment appelé le monde à adopter l’objectif « 90-90-90 » d’ici à 2020 : 90% des personnes séropositives connaissant leur statut sérologique, 90% de personnes séropositives reçoivent des traitements antirétroviraux et 90% des personnes sous traitements antirétroviraux ont une suppression virale durable.

Aussi, la Côte d’Ivoire, en s’appuyant sur les avancées scientifiques internationales et nationales, sur les acquis de son expérience depuis plusieurs décennies, s’engage pour l’accélération de la mise en œuvre des approches intégrées de prévention et de traitement du VIH. Le PNLS, et ses partenaires communautaires renforceront leur collaboration afin d’augmenter les taux de couverture conformément à la dynamique de l’épidémie afin de progresser **vers** la phase de l’élimination à l’horizon 2030. En termes de prévention, il s’agit de réduire les nouvelles infections parmi les populations clés les plus exposées au risque et plus particulièrement les nouvelles infections à VIH chez les enfants. Les initiatives de dépistage seront plus stratégiquement ciblées pour atteindre efficacement les populations les plus exposées au risque, à partir de stratégies multiples (notamment des campagnes de dépistage communautaire, le dépistage et la fourniture de conseils initiés par un prestataire ainsi que l’auto-dépistage) pour atteindre l’objectif consistant à s’assurer que 90% du total des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique au VIH.

Mettre fin au sida à l’horizon 2030 est une composante à part entière des Objectifs de développement durable (ODD) unanimement adoptés par les États Membres des Nations Unies en 2015. Les enseignements tirés de la lutte contre le VIH joueront un rôle déterminant dans le succès de plusieurs ODD, en particulier l’ODD3 – vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être – et les objectifs d’égalité des sexes et d’autonomisation des femmes, de réduction des inégalités, de partenariats mondiaux et de sociétés justes, paisibles et inclusives.

### **Faire des 90-90-90 une réalité en Côte d'Ivoire**

Pour la Côte d'Ivoire, poursuivre cet objectif est un impératif éthique et économique qui affirme une responsabilité permettant de prévenir les nouvelles infections et de sauver des milliers de vies dans la perspective d'une génération future sans sida en escomptant un retour sur investissement sans précédent. La seule façon d'y parvenir est d'adopter des approches non coercitives et des mesures inclusives garantissant à tous et aux nouvelles générations un accès réel à l'éducation et l'information, à la prévention et aux traitements capable de les protéger.

- En termes de prise en charge, il s'agit de renforcer la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les PVVIH (Adultes, adolescents et enfants) ainsi que les femmes enceintes, au-delà des objectifs mondiaux de « 90-90-90 » pour le traitement contre le VIH

- Les acteurs communautaires dont les réseaux des PVVIH y compris les représentants des populations clés participeront activement à la fourniture de services, de prévention de renforcement de l'accès aux soins, de soutien psychologique et social dans le cadre de la mise en œuvre pour l'atteinte des résultats

Le respect de ces engagements concerne toute la chaîne des intervenants allant du niveau politique jusqu'au niveau opérationnel. Ceci se fera à travers des stratégies novatrices de prévention, de prise en charge médicale et psychosociale, des droits humains, du genre et équité.

## Principes directeurs du Plan Stratégique National 2016-2020

L'élaboration du PSN 2016-2020 se fonde sur des principes internationaux et nationaux. Ces principes directeurs constituent un guide de conduite consensuel entre toutes les parties prenantes pour la conception, la mise en œuvre, la coordination et le suivi et l'évaluation du présent Plan Stratégique.

**La planification axée sur les résultats** a pour objectif l'amélioration de l'efficacité et de la redevabilité. Elle est orientée vers l'obtention de résultats : elle utilise les résultats comme base pour la planification, la gestion, et vise à améliorer les performances en comparant et en analysant les résultats réels aux résultats prévus à travers un suivi et l'évaluation et à des ajustements réguliers.

**L'approche inclusive et partenariale** qui assure l'implication des diverses parties prenantes dans les différentes phases de planification, de la conception, à la mise en œuvre et au suivi et l'évaluation des programmes et des interventions. L'approche inclusive et partenariale augmentent la qualité, l'efficacité et la pertinence des politiques et programmes, notamment par le renforcement des systèmes communautaires (RSC).

**Les « Trois principes »** sont un cadre d'action contre le VIH/sida qui offre une base pour la coordination des activités de tous les partenaires, une autorité nationale de coordination de la riposte au sida avec un mandat qui préserve la multi-sectorialité à large assise afin que toutes les entités partenaires (Secteurs publics et ministères, secteur privé, société civile, communauté des PVVIH, représentants des populations clés) apportent leur part de contribution à la réponse nationale au VIH. Enfin, la mise en œuvre d'un système convenu de suivi et d'évaluation au niveau du pays, pour une gouvernance efficace et efficiente.

### **L'articulation du PSN 2016-2020 avec les Objectifs de Développement Durables (ODD) :**

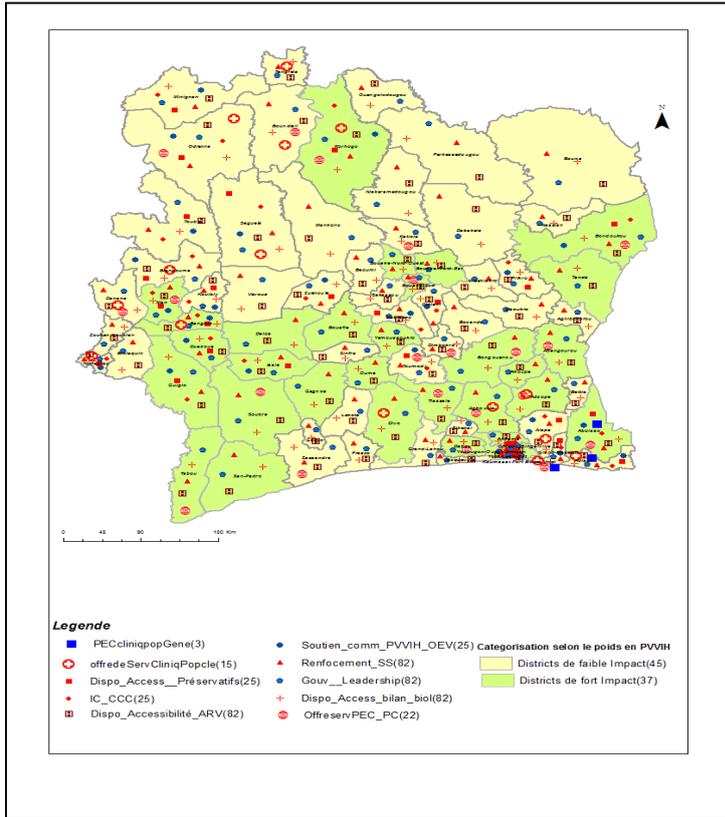
Les Objectifs de développement durable s'engagent à enrayer l'épidémie de sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies transmissibles d'ici 2030. Le but visé est que chacun dispose d'une couverture maladie universelle. À ce titre, le soutien à la recherche et au développement de nouvelles approches dans le domaine de la prévention et des soins est essentiel, de même que l'accès aux médicaments à un coût abordable. Les différents impacts et effets du PSN 2016-2020 sont cohérents avec les objectifs et les cibles de l'ODD 3. Les nouvelles infections et les décès liés au sida seront réduits

**L'intégration du VIH selon une approche de santé publique** pour aborder le post 2015, et également sortir le VIH de son isolement pour ancrer et pérenniser la riposte au VIH sur le long terme.

## Fondements de la démarche de priorisation du PSN 2016-2020

### Carte de priorisation des interventions selon les zones<sup>22</sup>

L'utilisation du concept de priorisation, fondée sur une analyse croisée du profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire, du contexte de vulnérabilité et de la disponibilité des ressources (financières, humaines et logistiques), mène vers une logique d'offre de services focalisée sur les zones et les populations qui en ont le plus besoin.



**2: Carte de priorisation des interventions selon les zones**

Ainsi, le passage à Carte l'échelle de certaines interventions à haut impact se fera en fonction de la dynamique de l'épidémie et de l'incidence des nouvelles infections. Dans le cadre de cette approche de priorisation, il est également pris en compte les PVVIH enrôlées dans les services de soins et traitement quelle que soit leur zone d'habitation. Ceci pour prévenir tous les risques de perte de vue et maintenir la rétention dans les soins.

### *Priorités des interventions à haut impact du PSN 2016-2020*

**RENFORCEMENT DE LA PREVENTION** avec une priorité sur les populations clés, les adolescents et les jeunes, ainsi que les autres populations vulnérables identifiées dans l'analyse de la situation épidémiologique. Il s'agit de renforcer les interventions programmatiques en direction de ces populations aussi bien pour l'accès aux moyens de prévention qu'à la prise en charge des IST ou du VIH. Ces interventions demandent de mobiliser tous les acteurs en direction de ces populations cibles ainsi que la nécessité de déterminer leur taille. Les deux projets majeurs de riposte au VIH soutenus par le Fonds mondial, et le Plan d'urgence du Président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR) sont de réelles opportunités pour une meilleure prise en compte des besoins.

**Renforcement de l'offre de PEC pédiatrique** qui reste encore une priorité du système de PEC des PVVIH. Il s'agit d'intégrer la PEC pédiatrique dans 100 % des sites de PEC adulte. Ceci passe par le renforcement de l'offre de dépistage pédiatrique aux différentes portes d'entrée dans les soins des enfants, le monitoring et la disponibilité de la PCR au niveau décentralisé pour éviter les perdus de vue chez les enfants exposés en besoin de dépistage.

**Amélioration de la mise en œuvre de l'e-TME**, les services de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant sont intégrés aux services de consultations prénatales et de maternité. La stratégie de la PTME repose sur l'option B+ à travers la délégation des tâches et la forte participation communautaire. Il s'agit de (i) Accroître la demande de service CPN; (ii)

Promouvoir la fréquentation continue des sites d'offre de services PTME ; (iii) Offrir le dépistage VIH à toutes les femmes enceintes ; (iv) La mise sous ARV de toutes les femmes enceintes ou allaitantes VIH + et leur rétention dans les soins ; (v) La mise sous prophylaxie ARV des enfants exposés et sous cotrimoxazole ; (vi) Le diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés ; (vii) Le conseil en alimentation de protection et (viii) Le suivi du couple mère-enfant jusqu'à la détermination du statut final de l'enfant.

**Opérationnalisation de la délégation des tâches** sur toute l'étendue du territoire afin d'étendre la couverture en sites de prévention et de PEC des PVVIH. Il s'agit de mener une politique de renforcement des capacités des infirmiers et sages-femmes et la mise à disposition d'un plateau technique adéquat afin qu'ils puissent prescrire la 1<sup>ère</sup> ligne de TARV encadré par les médecins de DS. Cette politique devra se baser également par l'intégration des conseillers communautaires intervenant en médiation pour améliorer l'accès à l'offre de service VIH dans les centres de PEC à travers une collaboration entre les personnels médical et paramédical, les conseillers communautaires et les ASC afin de permettre une meilleure qualité des soins. La démarche de médiation pour l'accès aux soins s'est avérée dans plusieurs pays une innovation qui a donné des résultats exceptionnels dans le domaine de la prévention (réduction des nouvelles infections) de la prise en charge (réduction des perdus de vue), dans le domaine de la lutte contre les discriminations (accès aux droits, médiation intra-communautaire, médiation intrafamiliale, médiation en milieu professionnel...)

**Amélioration de la rétention des PVVIH dans les soins** : compte tenu de l'option stratégique adoptée par le présent PSN notamment l'objectif 90 – 90 – 90, la rétention dans les soins des PVVIH sera mis en œuvre à travers un dispositif d'accompagnement permettant de prévenir et de rechercher les pertues de vue le plus précocement possible.

### Les populations prioritaires dans la mise en œuvre du PSN 2016-2020 sont

Populations cibles	Facteurs de vulnérabilité et de risque
Les PVVIH, femmes, hommes et enfants	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficultés d'accès aux soins, discontinuité de l'accompagnement psychologique et social,</li> <li>▪ Vulnérabilité sociale</li> <li>▪ Situation d'auto-exclusion.</li> <li>▪ Connaissance tardive du statut sérologique.</li> <li>▪ Nombre élevé de perdus de vue</li> <li>▪ Stigmatisation et discrimination</li> <li>▪ Séropositivité, rapports sexuels non protégés, faiblesse des interventions de Santé/Dignité /Prévention.</li> </ul>
Les femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficultés d'accès aux services (CPN, accouchement, PTME)</li> <li>▪ Vulnérabilité sociale</li> <li>▪ Connaissance tardive du statut sérologique</li> <li>▪ Faiblesse de la participation du conjoint</li> </ul>
Les Travailleuses du Sexe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévalence élevée de 11,4% environ 4 fois la moyenne nationale</li> <li>▪ Disparités dans l'exercice de l'activité (légal, clandestin) et disparités dans l'accès à la prévention et aux soins.</li> <li>▪ Faible niveau d'instruction et absence de protection sociale, juridique.</li> <li>▪ Stigmatisation et violences sociales et sexuelles.</li> <li>▪ Faible connaissance du statut sérologique.</li> <li>▪ Faibles connaissances sur les IST/VIH et l'intérêt du préservatif.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fréquence élevée des rapports sexuels non protégés, dans un contexte de prévalence élevée des IST.</li> <li>▪ Faibles capacités de négociation des rapports protégés aboutissant à une utilisation irrégulière du préservatif.</li> </ul>
Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les Hommes ayant les rapports Sexuels dont la taille n'est pas exactement connue ont une prévalence de 18% avec des facteurs de risques élevés.</li> <li>▪ Marginalisation sociale.</li> <li>▪ Faible accès aux services de prévention et de prise en charge.</li> <li>▪ Faible connaissance du statut sérologique.</li> <li>▪ Multi partenariat sexuel, rapports sexuels non protégés, faible utilisation du préservatif, faible conscience du risque du VIH et VHB.</li> </ul>
Usagers de Drogues	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prévalence élevée de 9,5%, environ 3 fois la moyenne nationale, comprenant des sous-groupes particulièrement atteints (HSH-UD, femmes-UD)</li> <li>▪ Prévalence importante de la tuberculose (environ 10 fois la moyenne nationale)</li> <li>▪ Marginalisation sociale</li> <li>▪ Discrimination et stigmatisation dans les lieux des soins.</li> <li>▪ Méconnaissance de la population des UDI. Faible accès aux services</li> <li>▪ Faible connaissance du statut sérologique VIH/VHB et le VHC.</li> <li>▪ Pas d'accès aux services de réduction des risques (RdR).</li> <li>▪ Prise de risques sexuels avec l'usage de drogues</li> <li>▪ Prise de risques du VIH et des hépatites virales VHB/VHC.</li> </ul>
Les populations carcérales	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promiscuité, absence d'accès aux services de prévention et de soins.</li> <li>▪ Risques sexuels entre hommes.</li> <li>▪ Absence d'accès aux messages préventifs et au préservatif.</li> <li>▪ Faible conscience du risque du VIH</li> </ul>
Les adolescent(e)s jeunes femmes et jeunes hommes de 10 à 24 ans (en contexte de vulnérabilité au VIH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'insuffisance des connaissances exactes sur le VIH/sida, notamment chez les filles, le comportement à risque caractérisé par (i) Rapports sexuels précoces, rapports sexuels non protégés, partenaires multiples, , (ii) l'écart d'âge élevé entre les filles et leurs partenaires sexuels, (iii) la multiplicité des partenaires sexuels, (iv) l'insuffisance dans l'utilisation des préservatifs, (v) la pratique de la prostitution aussi bien par les jeunes filles et les jeunes garçons, (vi) l'augmentation des pratiques sexuelles entre hommes (MSM)</li> <li>▪ L'exposition croissante aux violences sexuelles et aux violences basées sur le genre l'inégalité d'accès aux services de santé y compris de prévention et de prise en charge les IST et VIH/sida</li> </ul>
Les autres populations en contexte de vulnérabilité (personnes en uniforme, des migrants, des routiers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faible connaissance de la taille de cette population.</li> <li>▪ Faible accès aux services de prévention et de soins.</li> <li>▪ Insuffisance des interventions de prévention spécifique et adaptée.</li> <li>▪ Facteurs de risque et de vulnérabilité durant le parcours migratoire.</li> <li>▪ Obstacles à l'accès à la prévention et aux soins.</li> <li>▪ Faible connaissance du statut sérologique.</li> <li>▪ Marginalisation sociale.</li> <li>▪ Absence de droits et de statut.</li> </ul>

### ***Axes stratégiques du Plan Stratégique National 2016-2020***

Les interventions du PSN 2016-2020 seront articulées autour des 4 axes stratégiques qui sont la prévention, la prise en charge, la réduction de l'impact socio-économique et la gouvernance. Chaque axe est traduit en résultats d'impact, résultats d'effets, résultats produits, selon l'approche contemporaine de planification axée sur les résultats.

**TABLEAU 3: PRESENTATION DES AXES STRATEGIQUES**

Axes	Principales interventions
L'axe prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La promotion du CCC pour la prévention des comportements à moindre risques</li> <li>▪ La prévention et la prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles</li> <li>▪ Le Conseil Dépistage, pour la connaissance du statut sérologique</li> <li>▪ L'utilisation du préservatif</li> <li>▪ La Prévention de la Transmission Mère Enfant et la Santé de Reproduction</li> <li>▪ Les Accidents d'Exposition au Liquide Biologique et Victimes de violence sexuelle</li> <li>▪ La réduction des risques auprès des populations clés</li> </ul>
L'axe prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le traitement ARV et le suivi biologique et virologique</li> <li>▪ Le traitement des coinfections et infection opportunistes</li> <li>▪ Les soins des PVVIH</li> <li>▪ L'intervention communautaire pour améliorer l'adhésion aux soins et à l'observance</li> </ul>
La réduction de l'impact socio-économique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les soins et soutiens au PVVIH</li> <li>▪ Le soutien aux personnes affectées</li> <li>▪ La prise en charge des OEV</li> </ul>
La gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La coordination</li> <li>▪ La mobilisation des ressources</li> <li>▪ Le suivi évaluation et la recherche opérationnelle</li> </ul>

#### Chaine des résultats du Plan Stratégique National 2016-2020

- **Résultat impact 1** : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2020,
- **Résultat impact 2** : D'ici 2020 la mortalité due au sida des PVVIH est réduite de 75%
- **Résultat impact 3** : D'ici 2020, un système efficace de continuum de soins des PVVIH, des OEV et leurs familles est mis en place pour une bonne qualité de vie
- **Résultat impact 4** : D'ici 2020, la gouvernance de la réponse nationale aux IST/VIH/sida est efficiente

#### Description des résultats d'impact

##### **Résultat impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2020**

Les défis de la réduction des nouvelles infections à l'horizon 2020 exigent une intensification des interventions de prévention. Cette intensification de la prévention en Côte d'Ivoire se décline en 10 résultats d'effets (matrice ci-dessous) pour une baisse significative de l'incidence de l'infection par le VIH dans la population générale et prioritairement parmi les populations clés. Il s'agit de préserver les acquis qui ont permis la réduction des comportements à risque, parmi la population générale, les jeunes et les populations clés et autres populations en contexte de vulnérabilité (HSH,

PS, UD, population carcérale, Migrants, routiers, personnes en uniforme, jeunes, femmes enceintes, enfants exposés, OEV).

Pour les populations les plus exposées au risque, c'est la conception et la mise en œuvre d'un paquet de services, selon une approche cohérente d'interventions combinées qui s'articulent sur la mise en œuvre du paquet d'interventions autour de la prévention combinée pour permettre les changements de comportements escomptés parmi les populations clés (HSH, PS, UD et Populations Carcérales). Cette approche vient traduire un changement de paradigme dans la mise en œuvre de la prévention. Les interventions de prévention combinée peuvent être initiés à la fois à partir des centres de dépistage mais également à partir des sites associatifs et des espaces communautaires de prévention.

#### **Encadré sur les principales interventions de la prévention combinée**

- La communication pour le changement de comportement (CCC),
- L'accès aux soins et aux services de santé de la reproduction,
- La mise en place de stratégies de réduction des risques chez les UD (RdR).
- La mise en place de stratégie d'interventions biomédicales (prophylaxie pré et post-exposition, traitement comme prévention),
- La prévention de la transmission de la mère à l'enfant
- Le conseil et dépistage du VIH pour la connaissance du statut sérologique
- La prévention et la prise en charge des IST,
- L'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant,
- La lutte contre la discrimination et la protection des droits humains.

L'objectif de la prévention combinée est de construire les synergies nécessaires entre les stratégies de prévention dites comportementales (visant à changer les comportements individuels et collectifs à risque de transmission du VIH au profit de l'adoption de comportements plus sûrs), structurelles (visant à agir plus largement sur les facteurs sociaux, économiques, juridiques, culturels et éducatifs susceptibles de vulnérabiliser les personnes et les groupes les plus exposés à l'épidémie et de faire obstacle aux changements de comportement) et biomédicales.

Le paquet de services auprès des TS, des HSH et des UD seront réalisées sur la base des normes nationales et internationales ainsi qu'à partir des régions à forte prévalence selon l'approche villes promue par l'ONUSIDA et des zones d'implantation « Hot spots ». Elles seront mises en œuvre par les acteurs communautaires et associatifs ainsi que par des professionnels de santé, tous formés à l'accueil des populations clés et au sein de structures équipées et approvisionnées en médicaments et en kits de dépistage. Pour permettre une accessibilité aux services, des mesures d'accompagnement seront promues à travers la contribution des pairs éducateurs et des accompagnateurs psychosociaux.

La connaissance du statut sérologique sera promue à travers différentes approches adaptées : CDIP dans les structures de santé et au niveau communautaire, CDIC dans les CDV autonomes ou intégrées, offre de dépistage à travers l'autotest.

Les autres interventions de prévention seront mises en œuvre sur la base :

- La démonstration de l'intérêt du TARV comme outil de prévention de la transmission sexuelle du VIH (TasP) est récemment venu renforcer cet impact. Le « Treatment as Prévention » (TasP) ou « traitement comme prévention » : l'usage du TARV à des fins thérapeutiques chez les personnes vivant avec le VIH pour la réduction ou la suppression virale.
- La « prophylaxie pré-exposition », qui consiste à administrer un traitement à une personne séronégative qui prend un risque de contracter le VIH, la première étape consistera à la réalisation d'une étude de faisabilité auprès de la population cible, par exemple les couples ayant un statut sérologique différent (séro-différent), les TS et les HSH. Secondairement, il s'agira de former les médecins prescripteurs ainsi que les acteurs communautaires.
- Dans le but d'atteindre l'objectif eTME (correspondant à une orientation internationale de zéro nouvelles infections (<2%) chez les enfants d'ici 2020): le paquet de services qui sera mis en œuvre se réfère aux recommandations internationales et aux récentes recommandations nationales (2015) en matière de prise en charge médicale et de PTME et de l'option B+ (TARV ; suivi clinique, échographique, biologique et immunologique ; accouchement à moindre risque, prophylaxie post-exposition du nouveau-né et diagnostic précoce de l'infection à VIH chez l'enfant) dans un contexte de délégation des tâches.

La stratégie nationale de la réduction des risques (RdR) liées aux drogues sera mise en œuvre dans le cadre de partenariat avec les acteurs de la société civile (Croix Bleue, groupe d'auto-support, Médecins du Monde, Foyer du Bonheur...), afin de réduire la transmission du VIH par voie injectable ou par les autres moyens et améliorer l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien des usagers de drogues en Côte d'Ivoire.

A travers la mise en œuvre des effets et des produits liés à cet impact, il s'agit de réduire l'incidence des nouvelles par le VIH dans la population, principalement parmi les personnes les plus exposées au risque, c'est-à-dire les populations clés.

Afin de permettre de mesurer l'efficacité et l'efficacités des interventions de prévention combinée les outils de collecte de données et leur circuit seront mis à la disposition des acteurs.

**Résultat impact 2 : D'ici 2020 la mortalité due au sida des PVVIH est réduite de 75%**

La Côte d'Ivoire s'est engagée conformément à la vision internationale, à une accélération de la riposte en vue de l'élimination de l'épidémie de VIH d'ici 2030 en passant par les objectifs intermédiaires 90.90.90 d'ici 2020. Ainsi, l'estimation de la mortalité due au VIH passera à environ 20 pour 100 000 habitants à l'horizon 2020 (EPP Spectrum), ce qui correspond à une décroissance de 75%.

Cette réduction du taux de mortalité implique un ensemble d'effets à savoir (i) la mise sous ARV d'au moins 90% des PVVIH adultes diagnostiqués (ii) la mise sous ARV d'au moins 90% des enfants et adolescents infectés par le VIH (iii) la prise en charge d'au moins 75% des PVVIH en besoin de traitement contre les co-infections et comorbidités (iv) la suppression virale à 12 mois pour au moins 90% des PVVIH sous ARV (v) la disponibilité des équipements de laboratoire, des médicaments et intrants stratégiques, pour tous les PVVIH.

L'atteinte des résultats d'effet entrainera l'élargissement de la couverture des programmes de prise en charge médicale, psychologique et sociale et communautaire des PVVIH. L'adoption des recommandations OMS 2015, inscrites dans les recommandations nationales, ainsi que l'amélioration de la qualité de soins qui devra permettre de rapprocher l'offre vers les populations par l'extension, la décentralisation et la délégation des tâches qui est effective à ce jour et qui sera renforcée pour une meilleure couverture. Une attention particulière est assurée sur la PEC pédiatrique dans tous les centres de santé. L'extension en cours de l'accès à la charge virale au niveau national améliorera le suivi des PVVIH. L'amélioration de la qualité de la PEC globale dans tous les sites de PEC sera également renforcée avec un focus particulier sur l'observance, la rétention et l'adhésion des PVVIH dans leurs centres de suivi ainsi que la gestion de l'échec thérapeutique.

La coordination entre le PNLT et le PNLS sera renforcée pour la proposition systématique du test VIH pour tous les patients tuberculeux et la référence systématique des patients dépistés positifs vers les structures de prise en charge. La mise en œuvre de cette recommandation implique un rapprochement des services, du personnel formé à tous les niveaux, la disponibilité des outils diagnostiques et, médicaments nécessaires en quantité suffisante ainsi que le suivi des recommandations nationales.

**Résultat impact 3 : D'ici 2020, un système efficace de continuum de soins des PVVIH, des OEV et leurs familles est mis en place pour une bonne qualité de vie**

Le résultat global attendu est l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, les OEV et leurs familles. Cela se traduira par la réduction des risques pour les personnes les plus exposées au VIH, la protection des droits humains des PVVIH y compris les violences basées sur le genre et l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH ainsi que les OEV et leurs familles.

Le développement d'une approche globale et holistique sera promu pour l'atteinte des résultats. Les interventions de prise en charge des OEV visent à améliorer leur qualité de vie par le développement de programmes ciblés d'accompagnement et de soutien aux orphelins liés au sida.

Pour une synergie des interventions, une forte implication des réseaux de PVVIH associée à la mobilisation de la communauté et de la société civile contribuera à lever les barrières politiques et juridiques à la protection des droits humains. L'accent sera mis sur le continuum des soins et soutien prenant en compte les soins palliatifs, la SPDP, la prise en charge nutritionnelle, et le renforcement économique durable dans un processus de prévention combinée.

Les stratégies visent également à créer un environnement favorable pour accompagner la mise en œuvre du PSN 2016-2020, et permettre de lever les obstacles à l'accès à la prévention et aux soins.

Dans le domaine des droits humains : La promotion de services pour la protection et le respect des droits humains s'articuleront autour de diverses interventions. La lutte contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation, le droit des PVVIH à la santé, à l'équité, à la dignité et au travail, l'accompagnement des PVVIH pour le recours aux services juridiques, les actions de plaidoyer auprès des leaders communautaires, des autorités administratives, ainsi que les actions pour l'acceptation sociale des PVVIH au sein de la population générale. Un accent particulier sera mené envers la prévention des violences basées sur le genre des populations clés et des PVVIH.

La contribution des PVVIH à travers le dispositif santé positive, dignité et prévention, constitue une des approches novatrices du PSN 2016-2020. Ce dispositif associe et accorde une responsabilité aux PVVIH à l'intérêt préventif du traitement (soutien à l'observance,

contraception, procréation et parentalité, prévention sexuelle, dépistage et traitement des IST, auto-support).

**Résultat impact 4 : D'ici 2020, la gouvernance de la réponse nationale aux IST, VIH, et le sida est efficiente**

Ce résultat d'impact sera atteint à travers le renforcement du leadership national du CNLS en tant qu'autorité nationale de coordination de la réponse nationale. Les interventions visent le renforcement de la coordination, le leadership de l'Etat et son engagement durable pour la pérennisation des ressources mobilisées aux niveaux national et international.

La transparence dans la gestion des ressources disponibles et le devoir de rendre compte et une meilleure coordination des activités menées par les acteurs. La réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être efficace et efficiente à tous les niveaux pour garantir l'atteinte des résultats de la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions.

L'alignement des partenaires sous l'égide de l'autorité nationale, la multi-sectorialité et la décentralisation des interventions pour une meilleure couverture des besoins vont permettre l'atteinte des résultats tant au niveau des impacts, des effets que des produits du PSN 2016-2020. Aussi, coordination et le partenariat entre les secteurs public, privé et communautaire est fondamental dans la riposte au VIH.

Il s'agira d'assurer un appui institutionnel aux associations et réseaux de PVVIH, aux associations des groupes de populations les plus exposées, aux ONG et réseaux impliqués dans la riposte au VIH. Les membres des organisations communautaires bénéficieront de formations qualifiantes et professionnelles pour répondre aux besoins techniques et aux exigences de performance.

**Résultats d'impact et résultats d'effets**

Résultats d'impact	Résultats d'effets
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effet 1.1: d'ici 2020 70% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins</li> <li>▪ Effet 1.2 : D'ici 2020, 90% des PVVIH adultes et adolescents connaissent leur statut sérologique</li> <li>▪ Effet 1.3 : D'ici 2020 60% des personnes âgées de 15-49 ans utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risques</li> <li>▪ Effet 1.4: D'ici 2020, 95% des PS connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels payants</li> <li>▪ Effet 1.5 : D'ici 2020, 75% des HSH connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels</li> <li>▪ Effet 1.6 : D'ici 2020, 75% des UD connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels</li> <li>▪ Effet 1.7 : d'ici 2020 100% des personnes victimes d'AES et autres liquides biologiques ou de</li> </ul>

<p><b>Résultat d'impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2020</b></p>	<p>violences sexuelles vues dans les structures de santé offrant la prise en charge ARV bénéficient de la PPE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effet 1.8 : D'ici 2020 le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 2%</li> <li>▪ Effet 1.9 : D'ici 2020 80% des femmes séropositives utilisent les services de santé sexuelle et reproductive/planification familiale</li> </ul>
<p><b>Résultat d'impact 2 : D'ici 2020 la mortalité des PVVIH est réduite de 75%</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effet 2.1 : D'ici 2020 90% des PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués sont sous ARV</li> <li>▪ Effet 2.2 : Au moins 90% des enfants infectés par le VIH, diagnostiqués et en besoin de traitement sont sous ARV d'ici 2020</li> <li>▪ Effet 2.3 : D'ici 2020 75% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) diagnostiqués et en besoin de traitement contre les co-infections et comorbidités sont pris en charge</li> <li>▪ Effet 2.4 : D'ici 2020 90% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV ont une suppression virale à 12 mois</li> <li>▪ Effet 2.5 : D'ici 2020 la disponibilité des équipements de laboratoire, des médicaments et intrants stratégiques est assurée pour l'ensemble des PVVIH</li> </ul>
<p><b>Résultat d'impact 3 : D'ici 2020, un système efficace de continuum de soins des PVVIH, des OEV et leurs familles est mis en place pour une bonne qualité de vie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effet 3.1 : D'ici 2020 90% des PVVIH ont recours au paquet de service de soins et soutien de qualité y compris la Santé Positive, Dignité et Prévention</li> <li>▪ Effet 3.2 : D'ici 2020 80% des PVVIH ont un statut nutritionnel amélioré</li> <li>▪ Effet 3.3 : D'ici 2020 75% des OEV et leurs familles ont recours au paquet de soins et soutien</li> </ul>
<p><b>Résultat d'impact 4 : D'ici 2020, la gouvernance de la réponse nationale aux IST, VIH, et le sida est efficiente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effet 4.1 : D'ici, 2020 la coordination et le leadership de la réponse nationale aux IST, au VIH et au sida sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé</li> <li>▪ Effet 4.2 : D'ici 2020 la mobilisation des ressources financières auprès de l'Etat, du secteur privé et des partenaires couvre l'ensemble des besoins du PSN 2016-2020</li> <li>▪ Effet 4.3 : D'ici 2020 les informations stratégiques de qualité sur les IST, le VIH et le sida sont produites et utilisées pour la prise de décision.</li> <li>▪ Effet 4.4 : D'ici 2020 le système communautaire participe efficacement à la réponse nationale</li> <li>▪ Effet 4.5 : D'ici 2020 l'environnement sociojuridique et légal de la lutte contre le sida garantissant les droits humains est renforcé</li> <li>▪ Effet 4.6 Un système de gestion des risques programmatiques et financiers est mis en place et est opérationnel</li> </ul>

## **Chapitre 5 : Mise en œuvre du Plan Stratégique National IST/VIH 2016 – 2020**

- Accélérer la riposte au VIH et au sida et se fixer des objectifs ambitieux est essentiel pour mettre fin à l'épidémie d'ici 2030. Cela nécessite la transformation de la vision de « zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida » en des étapes et des effets concrets. Tous les progrès qui seront réalisés dans le cadre de l'accélération de la réponse au VIH permettront l'atteinte de résultats pour une meilleure santé, le développement et les droits. Traduire le concept « Mettre fin au sida » comme une menace pour la santé publique est possible en Côte d'Ivoire à travers la mise en œuvre des engagements nationaux :
- L'engagement du gouvernement et du Président de la République de Côte d'Ivoire réaffirmé à l'occasion de la tenue du CNLS du 21 décembre 2015
- La volonté du Ministère de la Santé d'intégrer le VIH, pour offrir un paquet cohérent de services et le renforcement du système de santé à travers les six piliers inscrit dans le PNDS
- Le Programme national de développement (PND) de la Côte d'Ivoire pour la période 2016 - 2020 pour le renforcement du développement durable
- La volonté de la Côte d'Ivoire d'assurer l'accès universel à la prévention aux soins et au soutien en adoptant le principe de 90/90/90
- L'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières domestiques et internationales, ainsi que la recherche de solutions innovantes pour assurer la durabilité des financements

### **Cadre de mise en œuvre pour l'accélération de la riposte au sida**

**La coordination** : Au plan institutionnel, la coordination de la réponse nationale est assurée par le CNLS. Le suivi technique de la mise en œuvre de la réponse nationale est assuré par le Ministère en charge de la Santé, qui assure aussi le secrétariat du CNLS. Le PNLS assure la coordination des interventions et des intervenants du secteur santé.

**La multi-sectorialité** se reflétera à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) avec un renforcement des capacités du cadre institutionnel et organisationnel pour une coordination nationale efficace et efficiente.

**Le renforcement de la décentralisation** : La décentralisation de la riposte au sida doit se faire par l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels sectoriels et régionaux, le renforcement des capacités des organes et structures de coordination décentralisée assurée par le Comité Régional de lutte contre le Sida (CRLS). Elle doit être effective à tous les niveaux y

compris communautaires, par le biais des organisations associatives impliquées. Elle implique l'affectation des ressources humaines et financières pour l'offre des services essentiels à la réponse régionale et locale.

**Secteurs et acteurs d'intervention :** Conformément à la multi-sectorialité, les acteurs de tous les secteurs de développement seront mobilisés Ministère en charge de la Santé et le PNLS pour la mise en œuvre de ce plan Stratégique 2016-2020. Il s'agit du Secteur Public, du Secteur Privé et de la Société civile. Les Partenaires multilatéraux et bilatéraux apporteront leurs appuis techniques et financiers à la mise en œuvre.

**L'utilisation de l'information stratégique pour la décision.** Le renforcement du système national de suivi-évaluation permettra de répondre aux besoins en informations stratégiques et de produire les données factuelles et des évidences scientifiques nécessaires pour guider la programmation, la planification stratégique et la prise de décision tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle régionale et locale.

**Le renforcement des capacités techniques et opérationnelles** de mise en œuvre par les acteurs nationaux optimisée à travers les appuis techniques appropriés, la formation et le renforcement du système de santé qui constituera une opportunité pour le passage à l'échelle des soins et traitements liés au VIH.

**L'orientation vers la contractualisation de la mise en œuvre des interventions.** Il s'agit de promouvoir la délégation des tâches et du « faire faire » par la contractualisation avec les prestataires publics et privés et les organisations de la société civile. Cette orientation doit reposer sur la professionnalisation des acteurs au niveau régional et départemental et l'appui aux organisations de la société civile et aux prestataires privés sur la base du cadre de résultats et du cadre de performances.

## **Le Ministère en charge de la Santé**

Au sein du Ministère en charge de la santé, les structures sanitaires auront pour missions la prise en charge thérapeutique des patients adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH, la prévention de la transmission mère-enfant, la prévention de nouvelles infections, la mise à disposition des données épidémiologiques sur l'infection à VIH et le sida et la promotion du médicament générique dans le domaine du traitement du sida. Cette PEC globale est renforcée par la mise en œuvre de la délégation des tâches. En outre, le suivi et l'évaluation des programmes VIH sont assurés par le PNLS, ainsi que la mobilisation des financements domestiques et externes en coordination avec le CCM et le FNLS.

L'intégration en tant qu'action durable, est une approche essentielle pour élargir, augmenter et mettre en œuvre des réponses multisectorielles pour le VIH, la Tuberculose et le Paludisme. Le secteur de la santé reste le secteur capital, toutefois tous les autres secteurs doivent également entreprendre des actions sous le leadership du Ministère en charge de la Santé. La capacité du secteur santé à mobiliser et à coopérer avec d'autres partenaires travaillant déjà dans le domaine

du VIH, la Tuberculose et le Paludisme, constitue également une ambition qui renforce la mise en œuvre du PSN.

**Au niveau du Secteur Public :** Les principaux départements ministériels et les grandes institutions de l'État, en plus de leurs missions traditionnelles de service public, seront en action, à travers leurs comités sectoriels respectifs, pour mener des interventions en direction de leurs personnels et leurs ayant droit ainsi qu'auprès des populations relevant de leur champ de compétence, leurs usagers et leurs familles. L'implication des Ministères dans la lutte contre le VIH est ouverte, inclusive et devra tenir compte de la dynamique de l'épidémie de VIH en Côte d'Ivoire

- **Le Ministère en charge des Affaires Sociales** veillera à la promotion de l'équité et de l'égalité entre les sexes dans la lutte contre le VIH/sida en faveur des populations vulnérables. En outre, il coordonnera les aspects de protection sociale des populations dans le cadre de la couverture maladie universelle.
- **Le Ministère en charge de la Communication** contribuera à la diffusion de l'information à travers les différents canaux de communication. En outre, il harmonisera et mutualisera les différents messages publics, pour renforcer la prise de conscience.
- **Le Ministère en charge de la Fonction Publique et de l'Emploi** travaillera au renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux vivant avec le VIH, afin de prévenir les risques de discrimination et de stigmatisation.
- **Le Ministère en charge de l'Éducation Nationale** aura la responsabilité d'intégrer l'information et l'éducation en matière de VIH/sida dans les curricula de formation des élèves de tous les niveaux pour accroître leurs compétences en matière de prévention. Permettra aux enseignants eux même d'acquérir des connaissances techniques et un savoir-faire dans la transmission des informations aux élèves, collégiens et lycéens.
- **Le Ministère en charge de la justice et des Droits humains mettra** en œuvre la politique nationale du respect des droits humains et de protection juridique aux PVVIH et autres populations en contexte de vulnérabilité.
- **Les Ministères en charge de la Défense et de la Sécurité** mettront en œuvre les interventions de prévention en faveur des différentes forces de sécurité et des personnes en uniformes et leurs familles.
- **Le Ministère en charge de la jeunesse** coordonnera les interventions qui ciblent les jeunes de façon générale et plus particulièrement ceux dans un contexte de déscolarisation et de non scolarisation.
- **Le Ministère en charge de l'agriculture** aura la responsabilité d'intervenir en milieu rural pour permettre aux populations d'accéder aux informations de prévention avec une égalité de chance et selon leurs zones d'habitations.
- **Le Ministère en charge des transports** coordonnera les actions à mener en faveur des routiers et autres populations mobiles en prenant en compte les dynamiques transfrontalières et les facteurs de risques tout au long des itinéraires de mobilité.
- **Le Ministère en charge de la solidarité, de la famille, de la femme et de l'enfant** coordonnera les actions de solidarité envers les populations dont les OEV et leurs familles

afin de permettre de concevoir des dispositifs innovants et pérenne pour l'accès aux services de prévention de soins et soutien.

**Au niveau du secteur communautaire :** Les Interventions menées par la société civile seront le fait des Organisations Non Gouvernementales ivoiriennes et internationales. Ces ONG seront sélectionnées sur des bases transparentes en vue de fournir des prestations de qualité aux bénéficiaires des programmes de prévention, de prise en charge globale, de soutien et de continuité de soins. Les Organisations à Base Communautaire, confessionnelles et professionnelles seront également associées aux interventions.

**Au niveau du Secteur privé :** Les cellules focales de Lutte contre le sida des entreprises seront directement responsabilisées dans la mise en œuvre des interventions en faveur des travailleurs, leurs familles et les ayants droit. Les cellules focales de lutte contre le sida des organisations patronales (CGE-CI, FIPME, CECI), des chambres consulaires (CCI-CI, CNM-CI) et l'intersyndicale de Côte d'Ivoire (centrales syndicales) seront également associées à ces interventions.

**Au niveau des Partenaires au Développement :** En vue de faciliter la coordination nationale et le suivi de la traçabilité des interventions, les partenaires au développement soutiendront les efforts à travers un appui technique et financier des acteurs des secteurs publics, privés et de la Société civile en conformité avec le PSN. Le Forum des Partenaires sur le VIH est un organe de concertation entre le Gouvernement, les Partenaires techniques et financiers (multilatéraux, bilatéraux, ONG internationales...), la société civile et le secteur privé en vue de faciliter la réalisation du cadre de résultats et du cadre de performances du PSN.

En outre, il existe un cadre de concertation des PTF tant en ce qui concerne le système des Nations Unies, les coopérations bilatérales, l'équipe du FM, qui se rencontrent régulièrement pour l'échange sur la mise en œuvre des subventions et la recherche de la complémentarité y compris l'analyse des gaps programmatiques et financier, ainsi que le plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestique et de l'assistance technique.

Équipe conjointe des Nations Unies sous le leadership de l'ONUSIDA, assure la coordination de la lutte contre le VIH au sein du système des Nations Unies. L'équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH est subdivisée en deux : (i) l'Equipe de Pays, entité décisionnelle, où siègent les Chefs d'agences sous la coordination du Coordonnateur Résident ; et (ii) l'Equipe Conjointe, aspect technique, où siègent les chargés de programmes des agences co-sponsors ou toute autre personne ressource sous la coordination du Directeur Pays ONUSIDA

**Le CCM Côte d'Ivoire :** Le CCM Côte d'Ivoire, organisme de coordination nationale des projets financés par le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme, a pour missions entre autres de : i) coordonner l'élaboration des propositions à soumettre pour financement au Fonds Mondial, suivre la mise en œuvre des projets financés à travers le suivi stratégique, assurer le lien et la cohérence entre les interventions subventionnées par le Fonds mondial et les programmes nationaux de développement.

**Opérationnalisation** du Plan Stratégique National 2016-2020 : L'opérationnalisation du présent PSN 2016-2020 devra sa réussite aux divers cadres de concertation et d'échanges existants afin d'assurer un meilleur leadership, un alignement et une harmonisation des interventions de la riposte nationale.

- **Plans Régionaux** : Sous l'autorité du Préfet, le Comité Régional de Lutte contre le sida, élaborera des plans Régionaux dont les interventions tiendront compte de l'approche ville. Cette approche consiste à accélérer la réponse au niveau local en mettant l'accent sur les principales villes en focalisant sur les interventions qui peuvent avoir des résultats probants. Cette approche impliquera les autorités municipales. Ces plans régionaux s'aligneront sur le PSN et définiront avec précision toutes les activités à mener, des cibles à atteindre jusqu'à l'offre de services. Ces plans VIH seront intégrés dans les plans régionaux de santé.

Après la déclaration de Paris du 1er décembre 2014, relative à l'objectif 90-90-90, les Maires des principales villes de Côte d'Ivoire se sont engagés pour mettre fin à l'épidémie de sida à l'horizon 2030 en accélérant leur riposte au sida d'ici l'année 2020. Afin de contribuer à l'atteinte des résultats nationaux, les principales villes de Côte d'Ivoire vont déployer des actions qui se concentrent surtout sur les zones où les populations sont exposées à un risque accru d'infection par le VIH. Les responsables municipaux participeront à la réduction de la stigmatisation et la discrimination pour pouvoir fournir des services efficaces de dépistage, de prévention et de traitement du VIH à toutes les personnes et populations.

## Chapitre 6 : Cadre de suivi et d'évaluation du Plan Stratégique National 2016-2020

Le suivi et l'évaluation du PSN document à paraître, permettra d'apprécier la pertinence, l'efficacité et l'efficacé des interventions, ainsi que le niveau d'atteinte des cibles et des résultats attendus du PSN 2016-2020. Le cadre pour le suivi du plan sera coordonné à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et périphérique).

- **Le niveau central** facilite la collecte, assure le stockage, le traitement et la diffusion de l'information stratégique sur le VIH. Ce niveau est constitué par la direction en charge de l'information du Ministère de la santé, assurant la gestion du Système National de Suivi & Evaluation. C'est à ce niveau que les données sont traitées et diffusées à toutes les parties prenantes. Ce niveau se chargera de coordonner toutes les enquêtes et études sur les IST VIH et sida. Cette direction s'appuiera sur l'expertise d'un groupe de travail de l'information stratégique, dénommé « Groupe Technique National de l'Information Stratégique des IST/TB/VIH/sida »
- **Au niveau régional**, le service de suivi-évaluation de la direction régionale de la santé et de lutte contre le sida est chargé du suivi et de l'évaluation des activités sur le VIH/sida. La coordination des activités de suivi et évaluations sera faite par un groupe comprenant le service de suivi-évaluation de la direction régionale de la santé, les points focaux suivi-évaluation des partenaires techniques et financiers, ceux du secteur privé et la société civile.

- **Le niveau district** est le niveau opérationnel de la mise en œuvre du suivi-évaluation. Le district se chargera de la collecte mensuelle des données auprès des structures sanitaires et communautaires. La coordination des activités de suivi et évaluations sera faite à travers l'équipe cadre de district (ECD).

Les outils de suivi comprennent le plan national d'information stratégique, les plans opérationnels, les plans décentralisés et les rapports d'activités, les rapports des différents comités, les rapports d'études et enquêtes et les rapports annuels VIH.

Le système de suivi évaluation est basé sur une collecte journalière des données au niveau des structures sanitaires et communautaires à travers des supports de collecte (registres PTME, outils de suivi du patient VIH avec ou sans ARV, registres CDV...). Chaque structure compile ses données dans un rapport mensuel qu'il transmet au district. Le district compile les rapports de son aire sanitaire. Il analyse et valide mensuellement les données avant la validation trimestrielle avec la direction régionale. Ces données validées sont ensuite transmises à la région puis au niveau central.

Le niveau central analyse les données reçues et produit le rapport national et les rapports des engagements internationaux (GARP, Accès universel, ODD...).

La rétro information se fera à chaque niveau du circuit de l'information à tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH.

**La surveillance épidémiologique** se fera par des enquêtes bio comportementale répétées, les tendances de la prévalence de l'infection à VIH dans des sous-groupes de population ou dans la population générale, il s'agira de (ii) des enquêtes sérologiques répétées dans les populations à haut risque telles que les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (MSM) et les utilisateurs de drogues (UD) ;(iii) la surveillance de la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux et (iv) des enquêtes sérologiques répétées dans la population générale lors des enquêtes démographiques et de santé (EDS+) ou des enquêtes sur les indicateurs du sida (EIS).

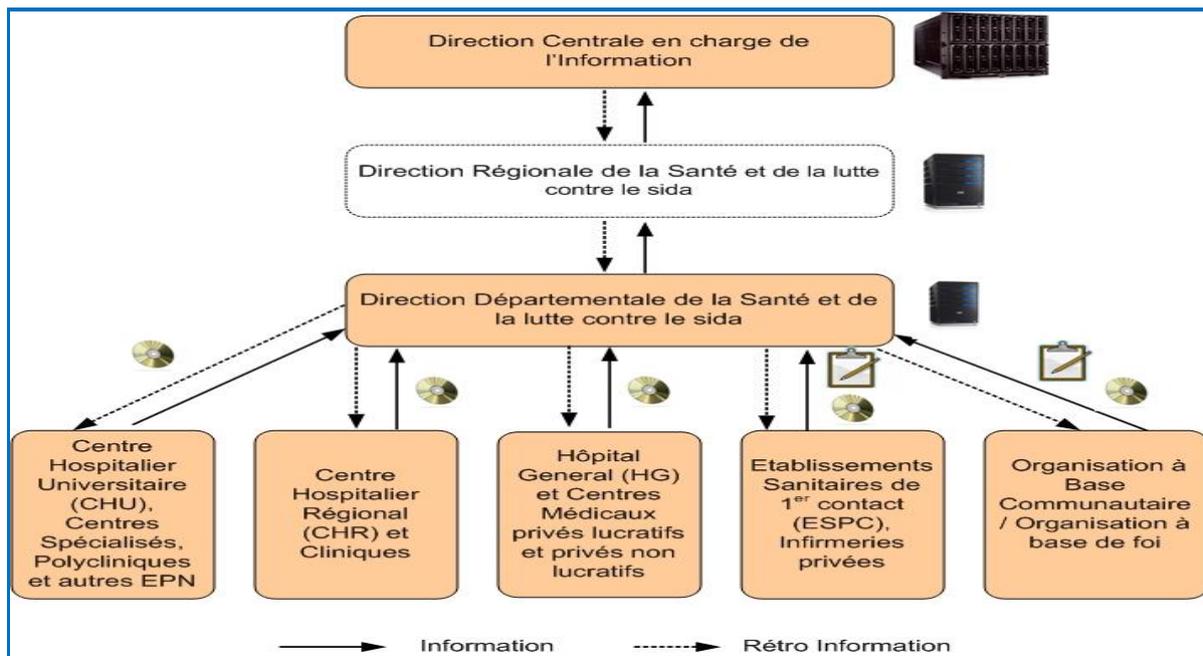


FIGURE 1: CIRCUIT DE L'INFORMATION SANITAIRE

La surveillance de la résistance du VIH aux ARV, la notification des cas de sida et des IST compléteront cette surveillance.

## Chapitre 7 : Cadre de financement du Plan Stratégique National 2016-2020

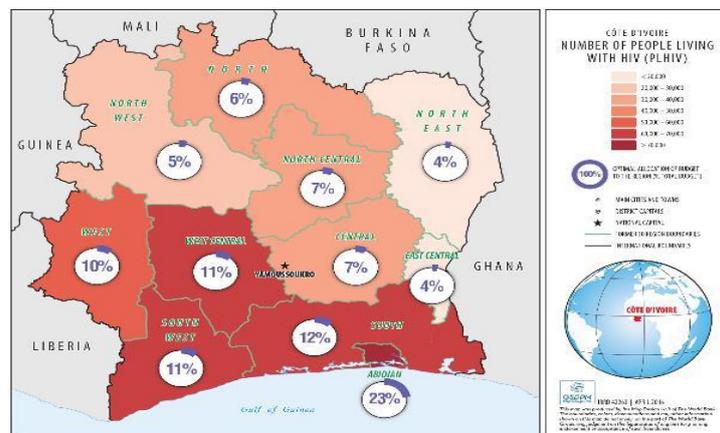
La Côte d'Ivoire a souscrit à la vision « zéro infection, zéro discrimination et zéro décès liés au VIH en ce qui concerne les défis pour le financement et à la stratégie 90-90-90 ». Cette vision ne peut être réalisée que si des moyens conséquents sont disponibles et que leur utilisation s'inscrit dans un cadre d'efficacité et d'efficacé. La réalisation de cette vision nécessite une inversion de la tendance actuelle qui traduit la dépendance de la Côte d'Ivoire vis-à-vis du financement extérieur pour augmenter les ressources nécessaires en mobilisant plus de ressources au niveau du secteur privé et gouvernemental. En définitive, l'atteinte des objectifs de ces visions exige une traçabilité des financements pour mieux apprécier l'utilisation optimale des ressources et assurer une allocation des ressources pour des interventions à haut impact.

L'étude de l'efficacité de l'allocation et de la durabilité des ressources financières<sup>27</sup> au VIH dont l'objectif premier est de fournir aux autorités de la Côte d'Ivoire des données complètes concernant les besoins et possibilités d'investissement pour la lutte contre le VIH. dans le sida du financement de la santé et du développement du système sanitaire. Une telle analyse éclaire les décisions relatives aux options de politique et aux scénarii d'investissement, au ciblage et à la

<sup>27</sup> Investissement dans la riposte au VIH en Côte d'Ivoire. Répartition optimisée des ressources pour une riposte durable et efficace au VIH

priorisation des programmes relatifs au VIH. Elle aide également la Côte d'Ivoire à présenter des arguments pour appuyer les investissements dans le cadre du financement de transition.

La prévalence du VIH varie selon la situation géographique en Côte d'Ivoire. Par conséquent, une répartition optimale des ressources par région permettrait d'éviter des nouvelles infections et des décès liés au VIH. Le modèle Optima a utilisé les données épidémiologiques géospatiales et les chiffres relatifs aux coûts pour déterminer la répartition optimale des ressources par région géographique (Figure 4). Ces résultats sont largement cohérents avec la charge de morbidité générale. Ainsi, si les ressources financières étaient réparties de façon optimale, Abidjan se verrait accorder la priorité (avec, de façon optimale 23 pour cent du budget, 26,4 pour cent des PVVIH) ; elle serait suivie des régions sud (12 pour cent du budget, 12,3 pour cent des PVVIH) ; sud-ouest (11 pour cent du budget, 11,2 pour cent des PVVIH), centre-ouest (11 pour cent du budget, 11,3 pour cent des PVVIH) et ouest (10 pour cent du budget, 10,1 pour cent des PVVIH).



CARTE 3: NOMBRE DE PVVIH PAR DISTRICT ET REPARTITION OPTIMALE DU BUDGET NATIONAL PAR DISTRICT

Le modèle Optima a également permis d'analyser l'influence des différents programmes de la riposte au VIH et scénarii relatifs aux cibles sur la trajectoire projetée de l'épidémie nationale au VIH. Les principaux résultats obtenus sont les suivants :

**La réduction des financements alloués aux programmes de prévention au VIH — hors TARV s'adressant aux groupes populationnels clés aurait un effet néfaste sur l'épidémie** ainsi que sur les coûts à long terme générés par le VIH. On estime que la réduction du financement des programmes de prévention s'adressant aux groupes populationnels clés entraînerait une augmentation de 52 pour cent des nouvelles infections au VIH dans ces mêmes groupes.

**Selon l'étude OPTIMA, l'atteinte des cibles 90/90/90<sup>28</sup> d'ONUSIDA par la Côte d'Ivoire permettrait d'éviter, entre 2016 et 2030, 263 300 nouvelles infections liées au VIH** (63 pour cent des nouvelles infections estimées si les financements ne sont pas modifiés) et 265 600 décès liés au VIH (78 pour cent des mortalités prévues). Si les cibles 90/90/90 étaient atteintes d'ici 2020, les coûts générés par le VIH augmenteraient initialement en raison d'une mise à l'échelle de la TARV et du dépistage (pour lesquelles il faudrait investir 284 millions de dollars EU additionnels), mais diminueraient ensuite sensiblement avec la réduction des nouvelles infections (les coûts totaux liés au VIH chuteraient de 121 millions de dollars EU entre 2015 et 2030). Il faudrait donc environ 284 millions de dollars EU additionnels pour que ces objectifs soient atteints en 2020.

<sup>28</sup> En 2020, 90 pour cent des PVVIH connaissent leur statut sérologique, 90 pour cent des personnes à infection au VIH diagnostiqué reçoivent une TARV constante et il y a suppression virale chez 90 pour cent de tous les bénéficiaires de TARV.

**Les cibles de réduction des nouvelles infections au VIH de la Côte d’Ivoire sont ambitieuses et une meilleure optimisation des ressources actuelles pourrait aider à améliorer les résultats de la riposte et permettre une meilleure atteinte des cibles fixées :**

L’analyse d’optimisation indique qu’en redirigeant les ressources actuellement accordées aux programmes de prévention du VIH — hors TARV s’adressant à la population en général à faible risque — vers une mise à l’échelle du CDV et de la TARV à l’endroit des groupes clés et de la population en général comme des programmes de prévention — hors TARV à l’intention des TS femme et des jeunes — la Côte d’Ivoire pourrait éviter 8100 (4 pour cent) nouvelles infections au VIH et 7900 (5 pour cent) des décès liés au VIH au cours de la période couverte par le PSN 2016 – 2020.

L’atteinte des objectifs 90/90/90 d’ici 2020 aurait un impact déterminant sur l’épidémie au VIH en Côte d’Ivoire, notamment à travers la prévention de 63 pour cent (263 300) des nouvelles infections et de 78 pour cent (265 600) des mortalités liées au sida entre 2016 et 2030. L’atteinte de ces cibles en 2020 demanderait 284 millions de dollars EU additionnels. Cependant, la réduction du nombre de nouvelles infections résultant de l’atteinte de ces objectifs permettrait de faire chuter de 221 millions de dollars EU les coûts totaux de la riposte au VIH entre 2015 et 2030.

Actuellement, la riposte nationale au VIH est surtout financée par les partenaires internationaux (86 pour cent). Toute modification majeure du niveau de financement — à la fois extérieur et intérieur — aurait un impact sur la prestation de services liés au VIH et sur la pérennité de la riposte nationale. Si les financements nécessaires ne sont pas sécurisés (c.-à-d. s’il n’y a aucun investissement dans la lutte contre le VIH à partir de ressources internationales ou intérieures), on estime qu’il y aura, entre 2016 et 2030 et comparativement au modèle actuel de dépenses, 266 200 nouvelles infections au VIH et 54 200 décès liés au VIH. Cependant, même si l’enveloppe budgétaire est maintenue, il sera important de s’assurer d’une répartition optimale des ressources et d’explorer les options d’amélioration de l’efficacité technique et productive.

### **Estimation budgétaire du Plan Stratégique National 2016-2020**

Le coût du Plan Stratégique National 2016-2020 a été estimé à l’aide du logiciel « One Health Tools » (OHT). L’OHT a été développé avec l’appui technique de Future Institute. Il est recommandé aux différents pays pour la budgétisation des plans stratégiques dans le secteur de la santé. C’est un instrument modulaire pour les applications spécifiques aux programmes et aux secteurs. L’outil illustre les implications du système de santé quant à l’augmentation de la prestation des interventions et permet une comparaison des coûts avec les ressources financières estimées disponibles. Ainsi, l’outil facilite la production d’un scénario et informe des processus d’établissement des priorités.

Le coût du PSN 2016-2020 est estimé à cinq cent cinquante-six milliards trois cent vingt-sept millions Francs CFA (556 327 000 000 F CFA) soit environ huit cent quarante-huit millions cent quinze mille quarante-quatre euro (848 115 044 Euro), en prenant en considération le scénario d’une mise en œuvre optimale à fort impact.

TABEAU 4: COUT PAR AXE DU PLAN STRATEGIQUE ET FRAIS DE GESTION DU PROGRAMME VIH

Coût x Million FCFA	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Axe prévention	22649	24862	24397	24251	23652	119811
Axe prise en charge	43309	49151	51840	55877	60917	261095
Axe Réduction de l'impact socio-économique	4276	4985	4063	3649	4210	21181
Axe Gouvernance	5807	5268	4777	5673	4332	25857
Frais de gestion du programme VIH	22812	25279	25523	26834	27933	128383
<b>Total</b>	<b>98853</b>	<b>109545</b>	<b>110600</b>	<b>116284</b>	<b>121044</b>	<b>556327</b>

### Stratégie pour la mobilisation des ressources

L'analyse de l'environnement des ressources national et local montre qu'il existe des opportunités pour un financement durable de la riposte nationale. Le Plan stratégique 2016-2020 vise à mobiliser les partenaires potentiels au niveau national et international.

### Elaboration de la stratégie nationale et d'un plan opérationnel budgétisés

- Identification des partenaires fournisseurs potentiels de ressources selon un processus continu. Les fonds nationaux (Etat, Collectivités, Mairies, secteur privé national, ménages), les fonds internationaux (Fonds mondial, Pefpar, Union Européenne), les Fonds des partenaires bilatéraux fournisseurs de ressources (Pepfar, GIZ) ; - les Institutions financières internationales (Banque mondiale, BAD, BID)
- La stratégie de mobilisation de ressources passe par : L'augmentation des financements domestiques pour des investissements durables avec l'Etat à travers le budget national
- L'implication des collectivités locales, des mutuelles et des comités de santé dans le cadre de la mobilisation des financements domestiques
- L'élaboration des plans d'action des secteurs impliqués dans la riposte à partir de la stratégie nationale et affectation des financements propres dans leur budget plaidoyer
- Le développement d'une politique de partenariat public
- Les financements innovants reposant notamment sur des contributions et taxes sur les activités à large assiette
- L'exploration d'autres pistes pour la création de taxes (alcool, tabac, appels téléphoniques)
- Les taxes sur les transports aériens, sur les transferts financiers
- Le co-investissement pour le maintien du financement des partenaires extérieurs.

### Les mécanismes

- **Table ronde de mobilisation des ressources** : Le financement du PSN 2016-2020 requiert après l'étape de la budgétisation, l'organisation d'une table ronde de mobilisation de ressources.
- **Cartographie des financements** : elle se base sur la transparence des financements mobilisés tant à l'échelle national qu'international. A travers le reporting annuel, un récapitulatif des financements effectivement mobilisés et décaissés est nécessaire tout en indiquant les domaines programmatiques financés et les résultats obtenus.

- **Financement total du PSN** : Le cout global du PSN devrait être entièrement financé par l'ensemble des acteurs (Gouvernement et PTF), les expériences antérieures ayant montré que les gaps financiers sont extrêmement difficiles à combler. Toutefois, en cas de gap financier, le Ministère de la Santé (MS) devrait entreprendre un exercice de recadrage des cibles en fonction de l'espace financier disponible.
- **La mobilisation des ressources domestiques** : Engagement pris par Mr le Président de la République d'augmenter de façon substantielle la contribution financière de l'Etat au financement de la lutte contre le sida. Le niveau de financement requis sera déterminé à la suite de l'exercice de budgétisation avec l'outil One Health.
- **La mobilisation des ressources internationales** : La disponibilité diligente de plans opérationnels donnera une meilleure prédictibilité/programmation des appuis techniques et financiers de la part des PTF. Cette exigence est importante au vu de la différence existant entre les cycles de planification-budgétisation du Gouvernement Ivoirien et ceux des PTF.
- **Gestion du risque et redevabilité** : L'approche du PSN 2016 - 2020 à l'égard de la redevabilité envers les partenaires nationaux et internationaux. Cette redevabilité s'adresse également aux communautés, aux personnes vivant avec le VIH en plus de la transparence des actions, de la participation, et de la gouvernance.

## Annexe 1 Matrice des résultats

### Matrice des résultats d'impacts, d'effets et produits ainsi que les principales stratégies

Cette matrice décrit la logique et la causalité des résultats d'impacts, d'effets et de produits du PSN 2016-2020, elle constitue le référentiel qui sera suivi et évalué tout au long de la mise en œuvre.

Résultat d'impact 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 50% d'ici 2020		
Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
<p>Effet 1.1: d'ici 2020 70% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge</p>	<p><b>Produit 1.1.1 :</b> 90% des PS, des HSH, des UD, des populations carcérales, des autres populations vulnérables et des adolescents et jeunes de 10-24 ans sont sensibilisés sur les IST, le VIH et le sida</p> <p><b>Produit 1.1.2:</b> 60% des adolescents et jeunes âgés de 10-24 ans ont une connaissance approfondie sur les moyens de prévention sur les IST, le VIH et le sida</p> <p><b>Produit 1.1.3:</b> 70% des PS, HSH, UD, populations carcérales, autres populations vulnérables et adolescents et jeunes de 10-24 ans présentant une IST bénéficient d'une prise en charge de qualité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promotion des services de prévention et de prise en charge des IST notamment chez les jeunes</li> <li>-Renforcement des capacités des structures de santé et des organisations communautaires sur le diagnostic et la prise en charge des IST, y compris l'approche services conviviaux aux adolescents</li> <li>-Ciblage des populations les plus exposées au risque</li> <li>-Renforcement de l'éducation et la formation sur les IST des populations clés</li> <li>-Dépistage étiologique par les tests rapides chez les PS et HSH</li> <li>-Dépistage sérologique de la syphilis intégré dans le paquet SR ;</li> <li>-Prise en charge étiologique précoce et correcte des cas IST (intégrant la PEC des partenaires) ;</li> <li>-Approvisionnement des structures de santé en intrants de diagnostic et de prise en charge des IST (kits de prise en charge des IST, kits de diagnostic étiologique par les tests rapides, spéculum, anuscope...)</li> <li>-Renforcement de capacité des prestataires cliniques</li> <li>-Renforcer la surveillance épidémiologique des IST</li> </ul>

<p><b>Effet 1.2 : D'ici 2020, 90% des PVVIH adultes et adolescents connaissent leur statut sérologique</b></p>	<p><b>Produit 1.2.1 :</b> 90% des PS, des HSH, des UD, des populations carcérales connus sont dépistés et reçoivent le résultat du test</p> <p><b>Produit 1.2.2:</b> 90% des autres PHV (migrants, de routiers et personnes en uniformes) sont dépistés et reçoivent le résultat du test</p> <p><b>Produit 1.2.3:</b>10% de la population générale est dépistée et reçoit le résultat du test chaque année</p> <p><b>Produit 1.2.4 :</b> 30% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont effectué un test de dépistage du VIH et ont reçu leur résultat chaque année</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcement de l'intégration du CDIP dans les structures de santé privé et publique (y compris les structures de santé pour les personnes en uniformes);</li> <li>- Renforcement du dépistage communautaire à l'endroit des PHV, des jeunes filles âgées de 15-24ans, des femmes enceintes et des hommes de de 40 ans et plus, des OEV</li> <li>- Renforcement de la qualité des services de CD</li> <li>- Renforcement de la promotion du conseil et dépistage du VIH auprès des adolescentes, des jeunes filles et des femmes âgées de 15-49 ans en milieu communautaire y compris les centres d'écoutes et de conseil des jeunes</li> <li>-Renforcement du dépistage en couple et selon l'approche famille à partir d'un sujet index (Partenaire sexuel et enfants de sujet index, Parents (père et mère) et fratries des enfants index))</li> <li>-Renforcement de capacité des pairs éducateurs et conseillers communautaires pour le conseil et dépistage des populations clés</li> <li>- Renforcement de la mobilisation des populations clés suivi du dépistage par les pairs éducateurs et les conseillers communautaires ;</li> <li>- redynamisation du CDIP</li> </ul>
<p><b>Effet 1.3 : D'ici 2020 60% des personnes âgées de 15-49 ans utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risques</b></p>	<p><b>Produit 1.3.1 :</b> 90% des populations (Hommes et Femmes) âgées de 15-49 ans sont sensibilisées à l'utilisation correcte et systématique du préservatif féminin ou masculin</p> <p><b>Produit 1.3.2 :</b> 90% des besoins nationaux en préservatifs masculins ou féminins sont disponibles</p> <p><b>Produit 1.3.3 :</b> 90% des préservatifs masculins et féminins</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promotion et utilisation des condoms masculins et féminins</li> <li>-Renforcement des actions de prévention par la CCC à travers la paire éducation, les émissions à la Radio et à la TV ;</li> <li>-Stratégie de CCC 90% du plan d'extension des points de distribution des préservatifs est mis en œuvre</li> <li>- Amélioration de l'accès aux préservatifs pour les jeunes, filles et garçons</li> </ul>

	<p>acquis sont distribués au niveau national</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcement des capacités des adolescents et des jeunes en matière de prévention des IST et du VIH par la paire éducation et les compétences de vie</li> <li>-Renforcement de l'intégration des valeurs morales et éducatives ;</li> <li>-Renforcement de l'implication des jeunes dans les programmes de prévention ;</li> <li>-Promotion de l'intégration des interventions sur le VIH, la SR et le genre en direction des jeunes ;</li> <li>-Promotion de l'enseignement sur les IST et le VIH dans les établissements scolaires, professionnels et confessionnels.</li> <li>-Vulgarisation des centres de jeunes et des centres d'écoute ;</li> <li>-Renforcement des capacités des enseignants et formateurs en IST VIH/sida ;</li> <li>-Promotion de l'animation de la jeunesse dans les établissements scolaires ;</li> <li>-Promotion de la recherche sur la sexualité des jeunes</li> </ul>
<p><b>Effet 1.4: D'ici 2020, 95% des PS connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels payants</b></p>	<p><b>Produit 1.4.1: 90%</b> des PS sont sensibilisées sur le port correct et systématique des préservatifs</p> <p><b>Produit 1.4.2:</b> 90% des PS ont accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif</li> <li>-Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité au préservatif</li> <li>-Renforcement de l'assurance qualité du préservatif.</li> </ul>
<p><b>Effet 1.5 : D'ici 2020, 75% des HSH connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels</b></p>	<p><b>Produit 1 5 1 :</b> 90% des HSH sont sensibilisés sur le port correct et systématique des préservatifs et à l'utilisation du gel lubrifiant à base d'eau</p> <p><b>Produit 1.5.2 :</b> 90% des HSH ont accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif</li> <li>-Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité au préservatif</li> <li>-Renforcement de l'assurance qualité du préservatif.</li> </ul>

<p><b>Effet 1.6 : D'ici 2020, 75% des UD connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels</b></p>	<p><b>Produit 1.6.1 :</b> 90% des UD sont sensibilisés sur le port correct et systématique des préservatifs et à l'utilisation du gel lubrifiant à base d'eau</p> <p><b>Produit 1.6.2:</b> 90% des UD ont accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte du préservatif</li> <li>-Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité au préservatif</li> <li>-Renforcement de l'assurance qualité du préservatif</li> </ul>
<p><b>Effet 1.7 : d'ici 2020 100% des personnes victimes d'AES et autres liquides biologiques ou de violences sexuelles vues dans les structures de santé offrant la prise en charge ARV bénéficient de la PPE</b></p>	<p><b>Produit 1.7.1 :</b> 100% des sites de prise en charge offrant les ARV appliquent les procédures standards en cas d'AES et de Violence sexuelle</p> <p><b>Produit 1.7.2 :</b> 100% des sites de prise en charge disposent d'intrants PPE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforcement des mesures de protection contre l'infection à VIH en milieu de travail ;</li> <li>-Renforcement de la prise en charge des cas d'accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques ;</li> <li>-Promotion du protocole national des AES</li> <li>-Formation des professionnels de santé pour l'application des protocoles d'AES</li> <li>Amélioration de l'hygiène et de la gestion des déchets infectieux</li> <li>-Renforcement des capacités des agents de santé sur la gestion des déchets biomédicaux.</li> <li>-Promotion de l'information auprès des victimes de violences sexuelles pour le recours au traitement préventif</li> <li>- formation / renforcement de la collaboration avec les centres sociaux pour la prise en charge des VBG</li> </ul>
<p><b>Effet 1.8 : D'ici 2020 le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 2%</b></p>	<p><b>Produit 1.8.1 :</b> 90% des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH et reçoivent le résultat du test</p> <p><b>Produit 1.8.2 :</b> 20% des structures de santé maternelle et infantile du secteur privé offrent la PTME</p> <p><b>Produit 1.8.3:</b> 100% des structures de santé maternelle et infantile du secteur public qui font la CPN offrent la PTME</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promotion du Dépistage du VIH pour les femmes enceintes et leurs conjoints dans la communauté</li> <li>Accroissement de l'offre de Dépistage du VIH chez les femmes enceintes et leur conjoint/partenaire</li> <li>Extension du paquet de PTME au niveau des structures de santé du secteur privé</li> <li>Accroissement de la couverture des structures publiques offrant la PTME</li> <li>Renforcement des capacités des prestataires et des structures</li> </ul>

	<p><b>Produit 1.8.4:</b> 95% des femmes enceintes/allaitantes séropositives sont mises sous traitement ARV et prophylaxie Cotrimoxazole</p> <p><b>Produit 1.8.5:</b> 90% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié</p> <p><b>Produit 1.8.6 :</b> Au moins 90% des enfants nés de mère séropositives bénéficient d'une prophylaxie ARV et de CTX</p> <p><b>Produit 1.8.7:</b> Au moins 90% enfants nés de mère séropositives bénéficient d'un dépistage VIH et reçoivent le résultat selon les directives nationales</p> <p><b>Produit 1.8.8:</b> 90% du couple mère enfant bénéficient d'un suivi au cours des 18 premiers mois après l'accouchement</p>	<p>Renforcement de la disponibilité des ARV et du cotrimoxazole pour les femmes enceintes séropositives</p> <p>Promotion de l'utilisation continue des services PTME par les femmes enceintes/allaitantes séropositives</p> <p>Promotion de l'accouchement assisté par un prestataire qualifié</p> <p>Renforcement de l'offre de services de maternité</p> <p>Rendre disponible les ARV et le CTX pédiatrique dans les structures d'offres de service PTME pour enfants exposés</p> <p>Renforcement de l'offre de service de Dépistage précoce dans les services de santé maternelle et infantile</p> <p>Promotion du dépistage précoce des enfants exposés au VIH</p> <p>Renforcement du suivi actif du couple mère enfant</p> <p>Renforcement du système de</p> <p>Suivi et évaluation des activités des sites PTME</p> <p>Renforcer l'intégration des plateformes PTME / SMNI</p> <p>Renforcer le système de référence et contre référence entre les interventions communauté – centre de sante</p> <p>Accroître les campagnes nationales de sensibilisation et de mobilisation communautaire et de sensibilisation sur la SMNI et la PTME, y compris les stratégies de communication pour l'implication des époux dans la PTME (les maris champions)</p> <p>Développer un paquet national de service communautaire pour la PTME utilisant les ASC basée sur le modèle porte à porte dans le cadre de la vaccination / PCIME</p> <p>Optimiser le tracking, la rétention et la demande de service du couple mère – enfant par les solutions innovantes utilisant les NTIC (mHealth, téléphone mobile, sms</p>
--	---	---

		etc.) Renforcer les capacités des acteurs communautaires.
<b>Effet 1.9 : D'ici 2020 80% des femmes séropositives utilisent les services de santé sexuelle et reproductive/planification familiale</b>	<p><b>Produit 1.9.1:</b> 100% des structures de SMNI offrant la PEC VIH offrent un conseil en PF</p> <p><b>Produit 1.9.2 :</b> 100% de femmes séropositives vues dans les structures de santé bénéficient de conseil en PF</p>	<p>Intégration de l'offre de service PF dans les services de SMNI offrant la PEC VIH</p> <p>Promotion de la planification familiale chez les femmes séropositives</p>
<b>Résultat d'impact 2 : D'ici 2020 la mortalité des PVVIH est réduite de 75%</b>		
<b>Résultats d'effet</b>	<b>Résultats produits</b>	<b>Principales stratégies</b>
<b>Effet 2.1 : D'ici 2020 90% des PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués sont sous ARV</b>	<p><b>Produit 2.1.1 :</b> 95% des PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués sont enrôlés dans les soins</p> <p><b>Produit 2.1.2 :</b> 100% des HSH, des PS, des UD et des populations carcérales diagnostiqués positifs au VIH sont enrôlés dans les soins</p> <p><b>Produit 2.1.3 :</b> 100% des PVVIH adultes diagnostiqués positifs au VIH et enrôlés dans les soins bénéficient du bilan biologique</p> <p><b>Produit 2.1.4 :</b> 90% des PVVIH adultes et adolescents sous ARV sont maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement</p>	<p>-Renforcement de l'offre de prise en charge globale des PVVIH ;</p> <p>- Extension des services conviviaux pour les adolescents à l'ensemble des sites de prise en charge</p> <p>-Renforcement de la disponibilité des ARV sur l'ensemble des sites de prise en charge</p> <p>-Renforcement de l'implication des communautaires pour l'aide à l'observance et la recherche des perdus de vue ;</p> <p>-Intégration de la PEC ARV dans toutes les structures de santé</p> <p>-Intégration de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans la prise en charge</p> <p>-Mise en œuvre effective de la délégation des tâches</p> <p>-Adaptation des directives nationales aux recommandations internationales (Directives OMS 2015, fast-track ONUSIDA</p>
<b>Effet 2.2 : Au moins 90% des enfants infectés par le VIH, diagnostiqués et en besoin de traitement sont sous ARV d'ici 2020</b>	<p><b>Produit 2.2.1 :</b> L'offre de prise en charge de qualité des enfants infectés par le VIH est disponible</p>	<p>-Intégration de la PEC des enfants et adolescents dans les services de santé maternelle et infantile</p> <p>-Intégration de la PEC des enfants et adolescents dans les services de PEC adulte</p> <p>-Adaptation des directives nationales aux recommandations internationales</p>

	<p>dans 100 % des structures de prise en charge du VIH</p> <p><b>Produit 2.2.2</b> : 95% des enfants infectés par le VIH, diagnostiqués sont enrôlés dans les soins</p> <p><b>Produit 2.2.3</b> : 100% des enfants diagnostiqués positifs au VIH enrôlés dans les soins bénéficient du bilan biologique</p> <p><b>Produit 2.2.4</b> : 90% des enfants sous ARV sont maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement</p>	<p>(Directives OMS 2015, Fast-track ONUSIDA)</p> <p>-Reprographie et diffusion du carnet de santé mère/enfant intégrant les aspects VIH</p> <p>-Mise en place de « Sites amis des adolescents » avec utilisation de Psychologues (préparation, annonce du statut VIH, passage à la prise en charge adulte)</p> <p>-Renforcement du suivi et évaluation des activités</p> <p>Optimiser l'équité de l'accès au diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés</p> <p>Multiplier les opportunités d'offres de services de diagnostic du VIH chez les enfants et de prise en charge pédiatrique du VIH à toutes les portes d'entrée des établissements de santé où des enfants sont accueillis.</p> <p>Soutenir les concertations au niveau des districts d'avec les communautaires sur la problématique du VIH pédiatrique</p> <p>Soutenir les interventions communautaires de sensibilisation orientées sur le couple mère - enfants et adolescents et la recherche active des cas de VIH pédiatrique dans la communauté</p> <p>Recours aux POC PCR et de charge virale</p>
<p><b>Effet 2.3 : D'ici 2020 75% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) diagnostiqués et en besoin de traitement contre les co-infections et comorbidités sont pris en charge</b></p>	<p><b>Produit 2.3.1</b> : 100% des PVVIH diagnostiqués et enrôlés dans les soins sont sous traitement préventif au cotrimoxazole contre les co-infections et comorbidités en l'absence de contre-indication</p> <p><b>Produit 2.3.2</b> : 90% des PVVIH enrôlés dans les soins sont dépistés pour les principales infections et affections (TB, Hépatites Virales B et C, cancer du col de l'utérus, paludisme) lors des visites de routine</p> <p><b>Produit 2.3.3</b> : 100% des PVVIH enrôlés suspects de TB et de paludisme sont diagnostiqués et</p>	<p>-Renforcement du diagnostic et de la prise en charge des co-infections Hépatite B et C, Paludisme et cancer du col de l'utérus</p> <p>-Renforcement des mécanismes de collaboration entre les structures de prise en charge VIH et TB</p> <p>-Disponibilité des médicaments ARV et anti-TB</p> <p>-Renforcement des mécanismes de collaboration entre les structures de prise en charge ;</p> <p>-Renforcement de la notification de la prescription du cotrimoxazole</p>

	<p>pris en charge, selon les recommandations nationales</p> <p><b>Produit 2.3.4 :</b> 70% des PVVIH enrôlés suspects d'hépatites virales B et C et/ou de lésions précancéreuses du col de l'utérus sont pris en charge</p> <p><b>Produit 2.3.5 :</b> 75% des PVVIH enrôlés dans les soins sont dépistés et pris en charge pour les autres infections opportunistes lors des visites de routine</p>	<p>-Renforcement de capacités techniques des CDT/CAT pour le diagnostic des co-infections TB/VIH</p> <p>-Renforcement des capacités des prestataires au diagnostic et à la prise en charge des co-infections TB/VIH</p> <p>-Renforcement du système de référence et contre référence</p> <p>-Renforcement des liens entre les différents programmes (cancer, hépatites virales, paludisme, TB)</p> <p>-Renforcement des capacités des prestataires à la notification et à la prise en charge des effets secondaires des médicaments</p>
<p><b>Effet 2.4 :</b> D'ici 2020 90% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV ont une suppression virale à 12 mois</p>	<p><b>Produit 2.4.1 :</b> L'offre de charge virale est disponible dans 100% des régions sanitaires pour couvrir les besoins de tous les sites de prise en charge</p> <p><b>Produit 2.4.2 :</b> L'offre de charge virale est assurée pour 100% des PVVIH sous ARV (adulte et enfant/adolescent) selon les directives nationales</p> <p><b>Produit 2.4.3 :</b> 95% des PVVIH sous ARV bénéficient du continuum de soins et sont observant</p>	<p>-Passage à l'échelle du déploiement des plateformes de charge virale au niveau national</p> <p>-Organisation du réseautage des sites décentralisés vers les plateformes de charge virale</p> <p>-Renforcement des capacités des prestataires de santé à l'utilisation de la charge virale</p> <p>-Capitalisation du déploiement des GenXPert acquis dans le cadre du diagnostic de la TB en vue de leur utilisation comme plateformes de charge virale et de PCR</p> <p>Intégration de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans la prise en charge</p>
<p><b>Effet 2.5 :</b> D'ici 2020 la disponibilité des équipements de laboratoire, des médicaments et intrants stratégiques est assurée pour l'ensemble des PVVIH</p>	<p><b>Produit 2.5.1:</b> D'ici 2020, 100% des clients directs de la NPSP sont livrés en médicaments et intrants stratégiques de qualité, pour la prise en charge des PVVIH, dans les délais et en quantité suffisante</p> <p><b>Produit 2.5.2 :</b> D'ici 2020, 100% des Etablissements sanitaires de premier contact sont livrés par les districts dans les délais et en quantité suffisante</p>	<p>-Renforcement du circuit d'approvisionnement, de distribution et de la gestion des produits de santé pour la prise en charge des PVVIH ;</p> <p>-Renforcement des capacités des Laboratoires Nationaux et Régionaux pour le contrôle de qualité</p> <p>-Le processus national de quantification des médicaments et intrants stratégiques est renforcé</p>

	<p><b>Produit 2.5.3:</b> D'ici 2020 75% des clients directs de la NPSP (DDS, CHR, HG, CHU, formations sanitaires d'Abidjan, Instituts spécialisés) recevant des médicaments et intrants stratégiques pour la prise en charge des PVVIH respectent les normes de stockage</p> <p><b>Produit 2.5.4 :</b> D'ici 2020 100% des structures de prise en charge des PVVIH enregistrent zéro rupture de stock de produits traceurs</p> <p><b>Produit 2.5.5 :</b> D'ici 2020, Le contrôle qualité est effectué sur 100% des lots de médicaments antirétroviraux, tests de diagnostic du VIH et préservatifs</p> <p><b>Produit 2.5.6 :</b> D'ici 2020, 100% des laboratoires de suivi biologique et des postes de dépistage mettent en œuvre un Système de Management de la Qualité (SMQ) pour l'évolution vers l'accréditation ou la certification</p>	<p>-La coordination des activités de la chaîne d'approvisionnement au niveau décentralisé est renforcée</p> <p>-Renforcement des capacités de distribution en médicaments et intrants stratégiques de qualité, pour la prise en charge des PVVIH, dans les délais et en bonne quantité au niveau des districts</p> <p>-Renforcement des capacités de stockage des médicaments et intrants stratégiques de qualité, pour la prise en charge des PVVIH, au niveau des entrepôts centraux (NPSP) et au niveau déconcentré (Districts sanitaires)</p> <p>-Renforcement des capacités du LNSP en contrôle de la qualité des médicaments et intrants stratégiques</p> <p>-Renforcement du système national de pharmacovigilance et réactovigilance</p> <p>Renforcement du système de maintenance des équipements de laboratoire de suivi biologique</p> <p>-Renforcement de la participation des laboratoires de suivi biologique et des postes de dépistage aux évaluations Externes de la Qualité (EEQ)</p> <p>-Renforcement des laboratoires de suivi biologique des PVVIH à la mise en œuvre du processus d'accréditation OMS/AFRO</p>
--	---	--

**Résultat d'impact 3 : D'ici 2020, un système efficace de continuum de soins des PVVIH, des OEV et leurs familles est mis en place pour une bonne qualité de vie**

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
<p><b>Effet 3.1 : D'ici 2020 90% des PVVIH ont recours au paquet de service de soins et soutien de qualité y compris la Santé Positive, Dignité et Prévention</b></p>	<p><b>Produit 3.1.1 :</b> 90% des PVVIH économiquement faibles développent des activités de renforcement économique</p> <p><b>Produit 3.1.2 :</b> 60% des PVVIH bénéficient des services de protection relatifs aux droits humains en lien avec la lutte contre la stigmatisation et la discrimination prenant en compte le genre</p>	<p>-Renforcement de capacité institutionnel des réseaux des PVVIH pour la gestion des AGR ;</p> <p>-Renforcement du soutien social et économique des PVVIH au niveau des CP ;</p> <p>-Renforcement de la mobilisation des ressources pour le soutien socioéconomique aux PVVIH</p>

	<p><b>Produit 3.1.3 :</b>100% des PVVIH ont accès aux préservatifs</p> <p><b>Produit 3.1.4:</b> 90% des PVVIH ayant besoin de soins palliatifs bénéficient d'une prise en charge de la douleur</p> <p><b>Produit 3.1.5 :</b> 100% des PVVIH bénéficient de soutien psychologique</p> <p><b>Produit 3.1.6:</b> 50% des prestataires de soin bénéficient de la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burnout(SEPS)</p> <p><b>Produit 3.1.6 :</b> 60% des PVVIH bénéficient d'un soutien spirituel</p> <p><b>Produit 3.1.7 :</b> 60% des PVVIH bénéficient d'un soutien social</p> <p><b>Produit 3.1.8 :</b>60% des PVVIH bénéficient d'un soutien social</p>	<p>Renforcement de l'offre de prise en charge psychologique des PVVIH.</p> <p>-Promotion des soins palliatifs</p> <p>Extension et décentralisation de l'offre de services de soins palliatifs sur le territoire national</p> <p>-Formation des leaders religieux sur les besoins d'appui spirituel</p> <p>- support psychologique et social aux enfants infectés</p>
<p><b>Effet 3.2 : D'ici 2020 80% des PVVIH ont un statut nutritionnel amélioré</b></p>	<p><b>Produit 3.2.1 :</b> 80% des PVVIH et OEV malnutris bénéficient d'une PEC nutritionnelle</p> <p><b>Produit 3.2.2 :</b> 80% des ménages de PVVIH et OEV les plus vulnérables ont accès à des activités de renforcement économique durable pour la sécurité alimentaire</p>	<p>-Information et sensibilisation des personnes sur les bonnes pratiques nutritionnelles</p>
<p><b>Effet 3.3 : D'ici 2020 75% des OEV et leurs familles ont recours au paquet de soins et soutien</b></p>	<p><b>Produit 3.3.1 :</b> 70% des OEV et leurs familles reçoivent des soutiens alimentaires et nutritionnels</p> <p><b>Produit 3.3.2 :</b> 85% des OEV inscrits dans les établissements scolaires et professionnels bénéficient de soutien scolaire et de mise en apprentissage permettant d'achever leur cursus</p>	<p>-Mise en place d'une stratégie de prise en charge des OEVs liés au VIH ;</p> <p>-Renforcement du soutien social et économique des OEVs ;</p> <p>-Intensification de l'accès au paquet de services de soutien sanitaire</p> <p>-Promotion de l'accès aux institutions de micro-crédits et des AVEC (Association Villageoise d'Epargne et de Crédit)</p> <p>-Education financière au profit des ménages OEV membres des micro-crédits et des AVEC</p>

	<p><b>Produit 3.3.3</b> : 80% des OEV infectés par le VIH reçoivent des soutiens de santé</p> <p><b>Produit 3.3.4</b> : 80% des ménages OEV bénéficient d'un renforcement économique pour leur autonomisation</p> <p><b>Produit 3.3.5</b> : 85% des OEV et leurs familles bénéficient d'un appui pour mieux connaître et exercer leurs droits humains</p>	<p>Développement de bonnes pratiques en matière d'AGR</p> <p>-Promotion des services de protection des droits humains des OEV et leurs familles</p> <p>-Sensibilisation sur la protection des droits humains des OEV et leurs familles</p> <p>- intégration des PVVIH dans les programmes de protection sociale et de développement humain</p>
--	---	--

**Résultat d'impact 4 : D'ici 2020, la gouvernance de la réponse nationale aux IST, VIH, et le sida est efficiente**

Résultats d'effet	Résultats produits	Principales stratégies
<p><b>Effet 4.1 : D'ici, 2020 la coordination et le leadership de la réponse nationale aux IST, au VIH et au sida sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé</b></p>	<p><b>Produit 4.1.1</b> : Tous les organes de coordination (central et régional) sont fonctionnels (CNLS, CRLS, comités sectoriels)</p> <p><b>Produit 4.1.2</b> : Les interventions pour l'organisation de la riposte sont alignées sur le plan stratégique national 2016-2020</p> <p><b>Produit 4.1.3</b> : La multi-sectorialité dans la riposte nationale est renforcée.</p>	<p>-Renforcement des capacités managériales et financières des organes d'orientation dans le cadre de la multi-sectorialité ;</p> <p>-Renforcement des capacités humaines, techniques et financières des structures de coordination et d'exécution des interventions de lutte contre le sida, au niveau national, régional, départemental et local.</p> <p>-Révision du cadre institutionnel de la décentralisation du CNLS</p> <p>-Plaidoyer pour un engagement plus fort des autorités politiques, administratives, coutumières et religieuses à tous les niveaux.</p> <p>-Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans sectoriels de lutte contre le sida</p> <p>-Renforcement des capacités des acteurs des comités sectoriels</p> <p>-Renforcement de la coopération transfrontalière, sous régionale, régionale et internationale</p> <p>-Synergie d'actions entre le secteur public, privé et société civile au niveau local, départemental, régional et national ;</p>

<p><b>Effet 4.2 : D'ici 2020 la mobilisation des ressources financières auprès de l'Etat, du secteur privé et des partenaires couvre l'ensemble des besoins du PSN 2016-2020</b></p>	<p><b>Produit 4.2.1 :</b> La contribution de l'Etat au financement de la lutte contre le sida représente 30% du coût global du PSN</p> <p><b>Produit 4.2.2 :</b> La contribution du secteur privé au financement de la lutte contre le sida couvre 5% des besoins du PSN</p> <p><b>Produit 4.2.3 :</b> La dépendance à la contribution des partenaires extérieurs au financement de la lutte contre le sida est réduite</p> <p><b>Produit 4.2.4 :</b> Un cadre de suivi des financements alloués à la lutte contre le sida est mis en place et fonctionnel.</p> <p><b>Produit 4.2.5:</b> les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du PSN sont utilisées de façon efficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de l'implication du secteur privé ;</li> <li>Plaidoyer pour l'intégration du VIH dans les plans de développement y compris avec une ligne budgétaire</li> <li>Plaidoyer auprès du premier ministre et du ministère de l'économie et des finances pour l'accroissement du budget de l'état alloué à la lutte contre le sida, aux IST et VIH.</li> <li>-Évaluation des opportunités des financements disponibles de la lutte contre le sida dans le secteur privé (état des lieux,)</li> <li>-Renforcement des mécanismes existants de mobilisation de ressources du FNLS</li> <li>-Création de mécanismes de financement innovant</li> <li>Plaidoyer pour un leadership politique fort (repositionnement de l'état)</li> <li>-Création d'un cadre de suivi de la mise en œuvre des financements</li> </ul>
<p><b>Effet 4.3: D'ici 2020 les informations stratégiques de qualité sur les IST, le VIH et le sida sont produites et utilisées pour la prise de décision.</b></p>	<p><b>Produit 4.3.1 :</b> Le Système de suivi-évaluation de routine est renforcé et opérationnel</p> <p><b>Produit 4.3.2 :</b> Les enquêtes et les recherches opérationnelles planifiées sont réalisées</p> <p><b>Produit 4.3.3 :</b> Les logiciels pour la gestion et la transmission des informations sont opérationnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p><b>Produit 4.3.4 :</b> Le partenariat entre les parties prenantes impliquées dans la production de l'information stratégique de qualité sur le VIH est renforcé</p> <p><b>Produit 4.3.5 :</b> L'information stratégique sur la riposte nationale est diffusée et utilisée pour le processus de planification, de gestion et de prise de décisions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de la surveillance comportementale, de la surveillance épidémiologique, de la surveillance des résistances aux traitements</li> <li>-Etudes d'impacts du VIH/sida ;</li> <li>-Renforcement de la surveillance sentinelle ;</li> <li>-Développement de la recherche sur les IST et le VIH/sida</li> <li>-Renforcement des cadres de concertation pour le traitement et la gestion de l'information</li> <li>-Développement et installation de bases de données sur le VIH aux niveaux central et décentralisé;</li> <li>-Renforcement du système de collecte et de gestion des données sur les IST et le VIH/sida, y compris les données communautaires ;</li> </ul>

		-Renforcement de la rétro information
<b>Effet 4.4 : D'ici 2020 le système communautaire participe efficacement à la réponse nationale</b>	<p><b>Produit 4.4.1 :</b> Le cadre de coordination du système communautaire est renforcé tant au niveau programmatique que de l'information stratégique</p> <p><b>Produit 4.4.2 :</b> 80% des structures communautaires offrent des services de qualité</p> <p><b>Produit 4.4.3 :</b> Les ressources financières sont allouées aux réseaux de coordination du système communautaire y compris les réseaux PVVIH sont accrues</p>	<p>-Renforcement des capacités des réseaux de coordinations</p> <p>-Renforcement du réseautage des faitières</p> <p>-Renforcement du système d'information stratégique communautaire</p> <p>-Renforcement du cadre institutionnel de la plateforme</p> <p>-Renforcement des capacités institutionnelles et managériales des acteurs communautaires avec les autres secteurs de la mise en œuvre.</p> <p>-Renforcement des prestations de service des organisations communautaires ;</p> <p>-Décentralisation des interventions du système communautaire ;</p> <p>-Définition et application de normes et standards pour les services communautaires de qualité</p>
<b>Effet 4.5 : D'ici 2020 l'environnement sociojuridique et légal de la lutte contre le sida garantissant les droits humains est renforcé</b>	<p><b>Produit 4.5.1 :</b> Le décret portant application du régime de prévention de protection et de répression en matière de lutte contre le VIH est signé</p> <p><b>Produit 4.5.2 :</b> Les décideurs, les leaders d'opinion, les prestataires de services et les populations impulsent la création d'un environnement favorable à l'accès des populations clés aux services de prévention et de prise en charge du VIH.</p> <p><b>Produit 4.5.3 :</b> 100% des PVVIH en besoin d'un soutien juridique dans le cadre du respect des droits humains, en bénéficient</p>	<p>-Plaidoyer auprès des autorités pour la signature du décret de l'application de la loi sur le VIH</p> <p>-Sensibilisation des acteurs du système judiciaire sur la loi VIH</p> <p>-Sensibilisation des populations sur l'existence de la loi VIH</p> <p>Renforcement des capacités des acteurs du système judiciaire</p> <p>-Promotion des droits et devoirs des PVVIH (sensibilisation juridique et de masse, plaidoyer pour l'adaptation de certaines lois au contexte de la lutte contre le VIH);</p> <p>-Protection juridique des droits des PVVIH et des groupes vulnérables (l'assistance juridique et judiciaire, formation juridique).</p>
<b>Effet 4.6 Un système de gestion des risques programmatiques et</b>	<b>Produit 4.6.1 :</b> Les audits opérationnels et financiers annuels sont réalisés	-Renforcement de la gestion des risques et le devoir de rendre compte

financiers est mis en place et est opérationnel

**Produit 4.6.2** : Le système d'alerte (en gestion programmatique, gestion des approvisionnements et gestion financière) est mis en place et fonctionnel

-Développement d'un système fonctionnel d'alerte sur la gestion.

## Annexe 2 : Cadre de performance du PSN 2016-2020

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>Impact 1 : Les nouvelles infections à VIH sont réduites de 50% d'ici 2020</b>	Indicateur 1.1. Nombre de nouvelles infections	Projection Spectrum		21 974	2015	Spectrum	19 777	17 579	15 382	13 184	10 987	Spectrum
<b>Effet 1.1: d'ici 2020 70% des personnes présentant des signes d'IST ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge</b>	Indicateur 1.2. Pourcentage de personnes présentant des signes d'IST et qui ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge	N: Nombre de personnes présentant des signes d'IST et qui ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge D: Nombre de personnes présentant des signes d'IST		40%	2012	EDS 2011-2012	55%	60%	63%	66%	70%	EDS
	Indicateur 1.3. Nombre de PS sensibilisées sur les IST, le VIH et le sida	Comptage des données de routine (clinique et communautaire)	Annuelle	38 541	2014	IBBS	39318	39776	40233	40690	41147	Rapport VIH Données de routine
	Ind 1.4. Pourcentage de PS sensibilisés sur les IST, le VIH et le sida	Enquête		84%	2014	IBBS	86%	87%	88%	89%	90%	Enquête IBBS, Enquête biocomportementale
	Ind 1.5. Pourcentage des HSH sensibilisés sur les IST, le VIH et le sida	Enquête		18,37%	2015	Rapport Provisoire IBBS	30%	50%	65%	80%	90%	Enquête IBBS, Enquête biocomportementale

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 1.6. Nombre de HSH touchés par les messages de sensibilisation sur les IST, le VIH et le sida	Comptage des données de routine (clinique et communautaire)		5 156	2015	Rapport Provisoire IBBS	8421	14035	18246	22456	25263	Données de routine
	Ind 1.7. Pourcentage d'UD sensibilisés sur les IST, le VIH, le sida, la tuberculose et les hépatites	Enquête		48,70%	2014	Rapport "Ya pas drap" Medecins du Monde	62%	69%	76%	83%	90%	Enquête
	Ind 1.8. Nombre d'UD sensibilisés sur les IST, le VIH, le sida, la tuberculose et les hépatites	Comptage des données de routine (clinique et communautaire)		715	2014	Rapport "Ya pas drap" Medecins du Monde	2183	2429	2676	2922	3169	Données de routine
	Ind 1.9. Nombre de détenus sensibilisés sur les IST, le VIH, le sida, la tuberculose et les hépatites	Comptage des données de routine		552	2015	Rapport Annuel 2015 Expertise France	33310	33310	33310	33310	33310	Rapports d'activités Expertise France
	Ind 1.10. Nombre d'adolescent(e)s et jeunes filles et garçons de 10-24 ans sensibilisés sur les IST, le VIH et le sida	Comptage des données de routine (clinique et communautaire)		1 231 328	2014	Rapport de la revue du PSN 2012-2015	1 500 000	1 600 000	1 750 000	2 000 000	2 250 000	Rapports d'activités

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind1.11. Pourcentage de PS présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales	N: Nombre de PS présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales D:Nombre de PS présentant une IST		38,28%	2014	Données de routine, (Rapport annuel Heartland Alliance 2014 et IBBS 2014)	45%	55%	60%	65%	70%	Rapports d'activités/Enquête
	Ind 1.12. Pourcentage des HSH présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales	N: Nombre de HSH présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales D:Nombre de HSH présentant une IST		16,37%	2015	Rapport Provisoire IBBS	30%	40%	50%	60%	70%	Données de routine/Rapports d'activités/Enquêtes
	Ind 1.13. Pourcentage d'adolescent(e)s et jeunes filles et garçons de 10 à 24 ans présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales	N: Nombre d'adolescent(e)s et jeunes filles et garçons de 10 à 24 ans présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales D:Nombre d'adolescent(e)s et jeunes filles et garçons de 10 à 24 ans présentant une IST		23%	2015	Rapport PNSSU	32%	42%	51%	61%	70%	Rapports d'activités du PNSSU
<b>Effet 1.2 : D'ici 2020, 90% des PVVIH connaissent leur statut sérologique</b>	Ind 1.14. Pourcentage de PVVIH connaissant	N: Nombre de PVVIH enrôlés dans les soins D:Nombre estimé de PVVIH		57%	2014	Rapport VIH 2014	65%	70%	80%	85%	90%	Données de routine Spectrum

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	leur statut sérologique											
	Ind 1.15. Pourcentage de PS connus qui sont dépistés et qui reçoivent le résultat du test	N: Nombre de PS connus qui sont dépistés et qui reçoivent le résultat du test D: Nombre total de PS connus		81%	2014	IBBS	85%	87%	90%	90%	90%	Enquête IBBS, Enquête biocomportementale
	Ind 1.16. Pourcentages de HSH connus qui sont dépistés et qui reçoivent le résultat du test	N: Nombre de HSH connus qui sont dépistés et qui reçoivent le résultat du test D: Nombre total de HSH connus		59%	2012	SHARM	74%	78%	82%	86%	90%	Données de routine, Enquête biocomportementale
	Ind 1.17. Pourcentage d'UD connus qui sont dépistés et qui reçoivent le résultat du test	N: Nombre de UD connus qui sont dépistés et qui reçoivent le résultat du test D: Nombre total d'UD connus		47%	2014	Rapport "Ya pas drap"	57%	65%	76%	83%	90%	Données de routine
	Ind 1.18. Pourcentage de routiers connus qui sont dépistés et qui reçoivent le résultat du test	N: Nombre de routiers connus qui sont dépistés et qui reçoivent le résultat du test D: Nombre total de routiers connus		30,60%	2014	Rapport OCAL	40%	50%	65%	80%	90%	Données de routine/Enquête

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 1.19. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans dépistées pour le VIH et ayant reçu le résultat du test chaque année	N: Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans dépistées pour le VIH et qui reçoivent le résultat du test chaque année D: Nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans		24%	2014	Rapport VIH 2014	30%	30%	30%	30%	30%	Données de routine (Rapport VIH)
	Ind 1.20. Nombre de clients testés pour le VIH ayant reçu le résultat du test	Comptage des données de routine (clinique et communautaire)		1990606	2014	Rapport VIH 2014	2405202	2477358	2551678	2628229	2707075	Données de routine (Rapport VIH)
	Ind 1.21. Nombre de clients testés pour le VIH ayant reçu le résultat du test dans la communauté	Comptage des données de routine (communautaire)		205527	2014	Rapport VIH 2014	240520	247736	255168	262823	270708	Données de routine (Rapport VIH)
	Ind 1.22. Nombre de clients dépistés positifs au VIH dans la communauté	Comptage des données de routine (clinique et communautaire)		3023	2014	Rapport VIH 2014	7432	7457	7527	7622	7688	Données de routine (Rapport VIH)
<b>Effet 1.3 : D'ici 2020 60% des personnes âgées de 15-49 ans utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risques</b>	Ind 1.23. Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent systématiquement le préservatif lors	Enquête		34%	2012	EDS 2011-2012	47%	50%	50%	57%	60%	EDS

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	des rapports sexuels à risques											
	Ind 1.24. Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans sensibilisées au port correct et systématique du préservatif	Enquête		50%	2012	EDS 2011-2012	60%	70%	80%	85%	90%	EDS
	Ind 1.25. Pourcentage de besoins nationaux en préservatifs masculins et féminins satisfaits	N: Nombre de préservatifs masculins et féminins acquis D: nombre de préservatifs masculins et féminins quantifiés		32%	2013	Rapports d'activités Alliance-CI, AIMAS et UNFPA	57%	65%	73%	82%	90%	Rapport d'activités du GTT CCP
	Ind 1.26. Pourcentage de préservatifs masculins et féminins acquis distribués	N: Nombre de préservatifs masculins et féminins distribués D: Nombre de préservatif masculins et féminins acquis		57%	2013	Rapport de la revue PSN 12-15	65%	70%	80%	85%	90%	Rapport d'activités du GTT CCP, Données de routine (Rapport VIH)
<b>Effet 1.4: d'ici 2020 95% des PS connus utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels</b>	Ind 1.27. Pourcentage de PS qui utilisent systématique du préservatif lors des rapports sexuels payants	Enquête		90%	2014	IBBS			93%		95%	Enquête IBBS, Enquête biocomportementale

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 1.28. Pourcentage de préservatifs destinés aux PS distribué	N: Nombre de préservatifs distribués au PS, D: Besoin des préservatifs pour les PS		ND			60%	70%	80%	90%	95%	Rapport d'activités du GTT CCP, Données de routine (Rapport VIH)
	Ind 1.29. Pourcentage de PS ayant accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau	N: Nombre de PS ayant accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau D: Nombre estimé de PS		69,70%	2014	IBBS	73%	80%	83%	86%	90%	Enquête IBBS, Enquête biocomportementale
<b>Effet 1.5 : D'ici 2020 75% des HSH connus utilisent le préservatif lors des rapports sexuels</b>	Ind 1.30. Pourcentage de HSH qui utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels	Enquête		ND (Voir ENDA Santé)								Enquête IBBS, Enquête biocomportementale
	Ind 1.31. Pourcentage de HSH ayant accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau	Enquête		68,00%	2015	Rapport provisoire IBBS	70%	75%	80%	85%	90%	Enquête IBBS, Enquête biocomportementale
<b>Effet 1.6 : D'ici 2020 75% des UD connus utilisent le préservatif lors des rapports sexuels</b>	Ind 1.32. Pourcentage d'UD qui utilisent systématiquement le préservatif lors	Enquête		34,90%	2014	Rapport "Ya pas drap"	40%	45%	50%	55%	60%	Enquête IBBS, Enquête biocomportementale

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	des rapports sexuels											
	Ind 1.33. Pourcentage de UD ayant accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau	N: Nombre de UD ayant accès aux préservatifs et aux gels lubrifiants à base d'eau D: Nombre estimé de UD		34,90%	2014	Rapport "Ya pas drap"			72%		90%	Données de routine Enquête biocomportementale
<b>Effet 1.7 : D'ici 2020, 100% des personnes victimes d'AES et autres liquides biologiques ou de Violence sexuelle vues dans les structures de santé offrant la prise en charge ARV bénéficiant de la PPE</b>	Ind 1.34. Pourcentage de personnes victimes d'AES et autres liquides biologiques vues dans les structures de santé offrant la prise en charge ARV bénéficiant de la PPE	N: Nombre de personnes victimes d'AES et autres liquides biologiques vues dans les structures de santé offrant la prise en charge ARV D: Nombre de personnes victimes d'AES et autres liquides biologiques vues dans les structures de santé offrant la prise en charge ARV		95,23%	2014	Rapport d'activités DHES 2014	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine
	Ind 1.35. Pourcentage de personnes victimes de Violence sexuelle vues dans les structures de santé offrant la prise en charge ARV bénéficiant de la PPE	N: Nombre de personnes victimes de violence sexuelle vues dans les structures de santé offrant la prise en charge ARV bénéficiant de la PPE D: Nombre de personnes victimes de violence sexuelle vues dans les structures de santé offrant la prise en charge ARV		83,78%	2014	Données de routine (Rapport d'activités DHES et Rapport d'activités PNSME 2014)	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 1.36. Pourcentage de sites de prise en charge offrant les ARV qui appliquent les procédures standards en cas d'AES et de violence sexuelle	N: Nombre de sites de prise en charge offrant les ARV qui appliquent les procédures standards en cas d'AES et de violence sexuelle D: Nombre de sites de prise en charge offrant les ARV		ND					60%		100%	Evaluation des sites au cours des missions SIMS
<b>Effet 1.8 : D'ici 2020, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à moins de 5%</b>	Ind 1.37. Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant y compris la période d'allaitement	Numérateur: Nombre d'enfants exposés dépistés positifs au VIH Dénominateur: Nombre de grossesses séropositives attendues		17%	2015	Spectrum	13,50%	10,60%	7,60%	4,70%	1,70%	Spectrum
	Ind 1.38. Pourcentage de femmes enceintes dépistées pour le VIH et qui reçoivent le résultat du test	Numérateur: Nombre de femmes enceintes dépistées pour le VIH et qui reçoivent le résultat du test Dénominateur: Nombre de grossesses attendues		86%	2015	Routine 2015	87%	89%	91%	93%	95%	Données de routine
	Ind 1.39. Pourcentage de femmes enceintes/allaitantes séropositives mises sous traitement ARV	Numérateur: Nombre de femmes enceintes/allaitantes séropositives mises sous traitement ARV Dénominateur: Nombre de femmes enceintes séropositives attendues		80%	2015	Routine 2015	87%	89%	91%	93%	95%	Données de routine

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 1.40. Pourcentage d'enfants nés de mère séropositives bénéficiant d'une prophylaxie ARV	Numérateur: Nombre d'enfants nés de mère séropositives bénéficiant d'une prophylaxie ARV Dénominateur: Nombre estimé de femmes enceintes seropositives		46%	2015	Routine 2015	59%	68%	77%	86%	95%	Données de routine
	Ind 1.41. Pourcentage du couple mère enfant séropositif bénéficiant d'une consultation post-natale	Numérateur: Nombre de couple mère-enfant bénéficiant d'une consultation post-natale Dénominateur: Nombre estimé de femmes enceintes seropositives		37%	2015	Routine 2015	53%	62%	71%	81%	95%	Données de routine
	Ind 1.42. Pourcentage d'enfants nés de mère séropositives bénéficiant d'un dépistage précoce et qui reçoivent le résultat selon les directives nationales	Numérateur: Nombre d'enfants nés de mère séropositives bénéficiant d'un dépistage précoce et qui reçoivent le résultat selon les directives nationales Dénominateur: Nombre estimé de femmes enceintes seropositives		43%	2015	Routine 2015	56%	66%	75%	85%	95%	Données de routine
	Ind 1.43. Pourcentage de structures de santé maternelle et infantile du secteur privé qui offrent la PTME	Numérateur: Nombre de structures de santé maternelle et infantile du secteur privé qui offrent la PTME Dénominateur: Nombre de structures de santé		5%	2015	Données DEPS et projet SHOPS	8%	11%	14%	17%	20%	Données de routine

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
		maternelle et infantile du secteur privé										
	Ind 1.44. Pourcentage de structures de santé maternelle et infantile du secteur public qui offrent la PTME	Numérateur: Nombre de structures de santé maternelle et infantile du secteur public qui offrent la PTME Dénominateur: Nombre de structures de santé maternelle et infantile du secteur public		78%	2015	Routine 2015 (1405/1809)	82%	87%	91%	96%	100%	Rapport VIH
	Ind 1.45. Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant accouché dans un établissement sanitaire	Numérateur: Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché dans un établissement sanitaire Dénominateur: Nombre estimé de femmes enceintes séropositives		48%	2015	Données Nationales	57%	67%	76%	86%	95%	Rapport VIH
	Ind 1.46. Pourcentage de femmes enceintes touchées lors des séances de proximité et référées vers les	Numérateur: Nombre de femmes enceintes touchées lors des séances de proximité et référées vers les structures SMNI offrant la PTME Dénominateur: Nombre de grossesses attendues		6%	2014		90%	90%	90%	90%	90%	Rapport VIH

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	structures SMNI offrant la PTME											
<b>Effet 1.9 : D'ici 2020, 80 % des femmes séropositives utilisent les services de santé sexuelle et reproductive / planification familiale</b>	Ind 1.47. Pourcentage de structures de prise en charge du VIH offrant un conseil en PF	Numérateur: Nombre de structures de prise en charge du VIH qui offrent un conseil en PF Dénominateur: Nombre de structures de prise en charge du VIH		81%	2014	Rapport 2014, Enquête nationale sur les services et les produits de SR	85%	95%	100%	100%	100%	Données de routine (Rapport d'activités PNSME), Enquête
	Ind 1.48. Pourcentage de femmes séropositives vues dans les structures de santé bénéficiant de conseil en PF	Numérateur: Nombre de femmes séropositives vues dans les structures de santé qui bénéficient de conseil en PF Dénominateur: Nombre estimé de femmes enceintes séropositives		ND			100%	100%	100%	100%	100%	Enquête SIMS
<b>Impact 2 : D'ici 2020, la mortalité des PVVIH est réduite de 75%</b>	Ind 2.1. Nombre de décès liés au VIH et au sida	Estimation		17329	2015	Spectrum	9 864	6 763	5 830	4 896	4 050	Spectrum
	Ind 2.2. Taux de mortalité dû au Sida (Pour 100 000)	Estimation		82,19	2015	Spectrum	45,72	30,64	25,82	21,20	17,16	Spectrum

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>Effet 2.1 : D'ici 2020, 90% des PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués et en besoin de traitement sont sous ARV</b>	Ind 2.3. Pourcentage de PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués et enrôlés dans les soins	Numérateur: Nombre de PVVIH adultes et adolescents diagnostiqués et enrôlés dans les soins Dénominateur: Nombre estimé de PVVIH adultes et adolescents		52%	2015	Routine 2015	61%	69%	78%	86%	95%	Données de routine
	Ind 2.4. Pourcentage de PVVIH adultes et adolescents en besoin de traitement et qui sont sous ARV	Numérateur: Nombre de PVVIH adultes et adolescents mis sous ARV Dénominateur: Nombre estimé de PVVIH adultes et adolescents		36%	2015	Routine 2015	47%	58%	68%	79%	90%	Données de routine
	Ind 2.5. Pourcentage de HSH positif au VIH sous ARV	N:Nombre de HSH dépistés + sous ARV (file active) D:Nombre de HSH estimé positif (prev* taille estimée des HSH)		3%	2015	Routine 2015	10%	30%	50%	73%	90%	Données de routine
	Ind 2.6. Pourcentage de PS positifs au VIH sous ARV	N:Nombre de PS dépistés + ss ARV(fil activ) D:Nombre de PS estimé positif (prev* taille estimée des HSH)		8%	2015	Routine 2015	15%	30%	45%	65%	90%	Données de routine
	Ind 2.7. Pourcentage d'UD diagnostiqués au VIH sous ARV	N:Nombre de UD dépistés + ss ARV(fil activ) D:Nombre de UD estimé positif (prev* taille estimée des HSH)		ND			100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 2.8. Pourcentage des populations carcérales (personnes privées de liberté) positifs au VIH sous ARV	N:Nombre de populations carcérales dépistés + ss ARV(fil activ) D:Nombre de populations carcérales estimé positif (prev* taille estimée des HSH)		10%	2015	Rapport d'activités Expertise France 2015	20%	35%	50%	70%	90%	Rapport d'activités en milieu carcéral
	Ind 2.9. Pourcentage de PVVIH adultes et adolescents sous ARV maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement	N: Nombre de PVVIH adultes et adolescents de la cohorte encore en vie et sous ARV 12 mois après l'initiation du traitement D:Nombre total de PVVIH adultes et adolescents de la cohorte initiale		76%	2015	Routine 2015	79%	82%	85%	90%	95%	Données de routine
<b>Effet 2.2 : D'ici 2020 90% des enfants infectés par le VIH, diagnostiqués et en besoin de traitement sont sous ARV</b>	Ind 2.10. Pourcentage de structures de santé de prise en charge adulte qui offrent la PEC ARV aux enfants infectés par le VIH	N: Nombre de structure de PEC adulte qui offrent la PEC ARV au Enfts VIH+ D:Nombre de structure de PEC adulte		70%	2015	Routine 2015	77%	83%	89%	94%	100%	Données de routine
	Ind 2.11. Pourcentage de PVVIH enfants (-15 ans) en besoin de traitement et qui sont sous ARV	Numérateur: Nombre d'enfants (-15 ans) infectés par le VIH en besoin de traitement sous ARV Dénominateur: Nombre estimé de PVVIH enfants (-15 ans)		24%	2015	Routine 2015	35%	45%	65%	75%	90%	Données de routine

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 2.12. Pourcentage de PVVIH enft sous ARV maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement	N: Nombre de PVVIH enfants de la cohorte encore en vie et sous ARV 12 mois après l'initiation du traitement D:Nombre total de PVVIH enfants de la cohorte initiale		ND		Cette information n'a pas été collectée par SIS	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine
<b>Effet 2.3 : D'ici 2020 75% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) diagnostiqués et en besoin de traitement contre les co-infections et comorbidités sont prises en charge</b>	Ind 2.13. Pourcentage de PVVIH diagnostiqués et enrôlés dans les soins qui sont sous traitement préventif au cotrimoxazole contre les co-infections et comorbidités	N: Nombre de PVVIH diagnostiqués et enrôlés dans les soins qui sont sous traitement préventif au cotrimoxazole contre les co-infections et comorbidités D: Nombre de PVVIH diagnostiqués et enrôlés dans les soins		29%	2015	Données de routine 2015	40%	60%	70%	80%	90%	Données de routine
	Ind 2.14. Pourcentage de PVVIH co-infectés TB qui bénéficient d'un traitement antituberculeux	N:Nombre de PVVIH coinfecté par la TB ayant débuté le ttt TB D:Nombre de PVVIH chez qui la TB a été diagnostiquée		100%	2015	Données de routine 2015	100%	100%	100%	100%	100%	Données de routine

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 2.15. Pourcentage de PVVIH enrôlées dans les soins diagnostiquées et prises en charge pour les principales infections et affections (TB, Hépatites Virales B et C, lésions précancéreuses du col de l'utérus, paludisme)	N: Nombre de PVVIH enrôlées dans les soins qui sont diagnostiquées et prises en charge pour les principales infections et affections (TB, Hépatites Virales B et C, lésions précancéreuses du col de l'utérus, paludisme) D: Nombre de PVVIH diagnostiqués et enrôlés dans les soins		34%	2015	Données de routine 2015	45%	57%	68%	79%	90%	Données de routine
<b>Effet 2.4 : D'ici 2020 90% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV ont une suppression virale à 12 mois</b>	Ind 2.16. Pourcentage de régions sanitaires disposant d'une plateforme de charge virale	N: Nombre de régions offrant l'examen de la charge virale D: Nombre de régions sanitaires		20%	2015	Etat des lieux de la CV	45%	59%	73%	86%	100%	Données de routine
	Ind 2.18. Pourcentage de PVVIH sous ARV (adulte /adolescent et enfant) bénéficiant de la charge virale selon les directives nationales	N: Nombre de PVVIH sous ARV bénéficiant de l'examen de la charge virale D: Nombre de PVVIH sous ARV		15%	2014	Rapport VIH 2014	43%	58%	72%	86%	100%	Données de routine
	Ind 2.19. Pourcentage de PVVIH sous ARV	Numérateur: Nombre de PVVIH sous ARV ayant une suppression virale à 12 mois		75%	2014	Données de routine des labos/Etud	77%	79%	82%	86%	90%	Données de routine

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	ayant une suppression virale à 12 mois	Dénominateur: Nombre de PVVIH ayant initié le traitement ARV 12 mois auparavant				es (Cedres, Cepref, Cirba, Retroci)						
<b>Effet 2.5: D'ici 2020 la disponibilité des équipements de laboratoire, des médicaments et intrants stratégiques est assurée pour l'ensemble des PVVIH</b>	Ind 2.20. Pourcentage de clients directs de la NPSP (DDS, CHU, CHR, HG, centres spécialisés, les Formations sanitaires urbaines d'Abidjan) livrés dans les délais en médicaments et intrants stratégiques pour la prise en charge des PVVIH	Num: Nombre de clients directs de la NPSP (DDS, CHU, CHR, HG, centres spécialisés, les Formations sanitaires urbaines d'Abidjan) livrés dans les délais en médicaments et intrants stratégiques pour la prise en charge des PVVIH Dénom: Nombre total de clients directs de la NPSP (DDS, CHU, CHR, HG, centres spécialisés, les Formations sanitaires urbaines d'Abidjan)		17%	Juillet-Décembre 2014	PNDAP	45%	59%	72%	86%	100%	Rapport PNDAP
	Ind 2.21. Pourcentage de clients directs de la NPSP (DDS, CHU, CHR, HG, centres spécialisés, les Formations sanitaires urbaines d'Abidjan) ayant un taux de satisfaction de 100%	Num: Nombre de clients directs de la NPSP (DDS, CHU, CHR, HG, centres spécialisés, les Formations sanitaires urbaines d'Abidjan) ayant un taux de satisfaction de 100% Dénom: Nombre total de clients directs de la NPSP (DDS, CHU, CHR, HG, centres spécialisés, les Formations sanitaires urbaines d'Abidjan)		38%	Juillet-Décembre 2014	PNDAP	59%	69%	79%	90%	100%	Rapport PNDAP

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 2.22. Pourcentage d'établissements sanitaires de premier contact livrés par les districts dans les délais	Num: Nombre d'établissements sanitaires de premier contact livrés par les districts dans les délais Dénom: Nombre total d'établissements sanitaires de premier contact		71%	Juillet-Décembre 2014	PNDAP	81%	86%	90%	95%	100%	Rapport PNDAP
	Ind 2.23. Pourcentage d'établissements sanitaires de premier contact livrés par les districts en quantité suffisante	Num: Nombre d'établissements sanitaires de premier contact livrés par les districts en quantité suffisante Dénom: Nombre total d'établissements sanitaires de premier contact		ND			100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNDAP
	Ind 2.24. Pourcentage de clients directs de la NPSP (DDS, CHU, CHR, HG, centres spécialisés, les Formations sanitaires urbaines d'Abidjan) respectant les normes de stockage	Num: Nombre de clients directs de la NPSP (DDS, CHU, CHR, HG, centres spécialisés, les Formations sanitaires urbaines d'Abidjan) respectant les normes de stockage Dénom: Nombre total de clients directs de la NPSP (DDS, CHU, CHR, HG, centres spécialisés, les Formations sanitaires urbaines d'Abidjan)		6%	Juillet-Décembre 2014	PNDAP	29%	41%	52%	64%	75%	Rapport PNDAP

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 2.25. Pourcentage de structures de prise en charge des PVVIH enregistrant 0% de rupture de stock des produits traceurs	Num: Nombre de structures de prise en charge des PVVIH enregistrant 0% de rupture de stock des produits traceurs Dénom: Nombre total de structures de prise en charge des PVVIH		8%	Juillet-Décembre 2014	PNDAP	39%	54%	69%	85%	100%	Rapport PNDAP
<b>Impact 3 : D'ici 2020 un système efficace de continuum de soins des PVVIH, des OEV et leurs familles est mis en place pour une meilleure qualité de vie</b>	Ind 3.1. Pourcentage de PVVIH ayant recours au paquet de service de soins et soutien de qualité y compris la Santé Positive Dignité et Prévention	Num: Nombre de PVVIH qui ont bénéficié du paquet de service de soins et soutien de qualité y compris la Santé Positive Dignité et Prévention Dénom: Nombre estimé de PVVIH		57%	2014	Rapport VIH 2014	68%	74%	79%	85%	90%	Données de routine
	Ind 3.2. Pourcentage de PVVIH malnutries guéries	N : Nombre de PVVIH malnutris global guéris D : Nombre de PVVIH dépistés malnutris global		ND			30%	50%	65%	75%	80%	Données de routine
<b>Effet 3.1.1: 90% de PVVIH ont recours au paquet de service de soins et soutien de qualité y compris la Santé Positive Dignité et Prévention</b>	Ind 3.3. Pourcentage de PVVIH développant des activités de renforcement économique	N : Nombre de PVVIH développant des activités de renforcement économique D : Nombre de PVVIH économiquement faibles		9,60%	2014	Rapport PEPFAR 2014	26%	42%	58%	74%	90%	Etude/Collecte retrospective sur Site(registre soin et soutien)

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 3.4. Pourcentage de la population générale exprimant une attitude de tolérance vis-à-vis des PVVIH (désagrégé par sexe)	Enquête		Femmes: 8% Hommes: 16%	2012	EDS 2011-2012		Femmes : 40% Hommes : 50%			Femmes : 75% Hommes : 80%	Enquête EDS/Index Stigma
	Ind 3.5. Pourcentage de PVVIH déclarant avoir leurs droits respectés	N : Nombre de PVVIH déclarant avoir leurs droits respectés D : Nombre de PVVIH enquêtées		ND				35%	50%	70%	80%	Enquête EDS/Index Stigma
	Ind 3.6. Pourcentage de PVVIH bénéficiant de soutien psychologique	N : Nombre de PVVIH bénéficiant de soutien psychologique D : Nombre estimé de PVVIH		41%	2013	Rapport VIH 2014	49%	52%	55%	57%	60%	Etude/Collecte retrospective sur Site(registe soin et soutien)
	Ind 3.7. Pourcentage de PVVIH bénéficiant de soutien spirituel	N : Nombre de PVVIH bénéficiant de soutien spirituel D : Nombre estimé de PVVIH		22%	2015	Rapport HOPE CI/Projet CIERA	30%	37%	45%	52%	60%	Données de routine
	Ind 3.8. Pourcentage de PVVIH bénéficiant de soutien social	N : Nombre de PVVIH bénéficiant de soutien social D : Nombre estimé de PVVIH		41%	2013	Rapport VIH 2014	49%	52%	55%	57%	60%	Etude/Collecte retrospective sur Site(registe

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
												soin et soutien)
<b>Effet 3.2 : D'ici 2020 80% des PVVIH ont un statut nutritionnel amélioré</b>	Ind 3.9. Pourcentage de PVVIH malnutris bénéficiant d'une PEC nutritionnelle	Numérateur: Nombre de PVVIH malnutris qui bénéficient d'une PEC nutritionnelle Dénominateur: Nombre de PVVIH dépistés malnutris		26,70%	2014	Rapport PNN (PECNAP)	30%	50%	65%	75%	80%	Rapport PNN
	Ind 3.10. Pourcentage d'OEVI malnutris bénéficiant d'une PEC nutritionnelle	Numérateur: Nombre d'OEVI malnutris qui bénéficient d'une PEC nutritionnelle Dénominateur: Nombre d'OEVI dépistés malnutris		73,30%	2014	Rapport PNN (PECNAP)	80%	85%	90%	95%	100%	Rapport PNN
<b>Effet 3.3 : D'ici 2020 90% des OEVI et leurs familles ont recours au paquet de soins et soutien</b>	Ind 3.11. Pourcentage d'OEVI et leurs familles accédant au paquet de soins et soutien	Numérateur: Nombre d'OEVI et leurs familles qui accèdent au paquet de soins et soutien Dénominateur: Nombre estimé d'OEVI		27%	2014	Rapport National PNOEVI 2014	43%	55%	65%	71%	75%	Rapport PNOEVI
<b>Impact 4 : D'ici 2020, la gouvernance de la réponse nationale aux IST, VIH, et le sida est efficiente</b>	Ind 4.1. Nombre de réunions de CNLS organisées	Comptage		1	2015	Rapport PNLIS	1	1	1	1	1	Rapport CNLS
	Ind 4.2. Part de l'Etat dans la couverture des besoins financiers du PSN 2016-2020	Numérateur: Contribution de l'Etat dans le financement du PSN 2016-2020 Dénominateur: Besoins financiers totaux du PSN 2016-2020		13,23%	2013	REDES	20%	23%	25%	28%	30%	REDES

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 4.3. Pourcentage de couverture des besoins financiers du PSN 2016-2020	Numérateur: Montant des contributions pour le financement du PSN 2016-2020 Dénominateur: Besoins financiers totaux du PSN 2016-2020		ND			100%	100%	100%	100%	100%	REDES
	Ind 4.4. Disponibilité des informations stratégiques	Revue documentaire		94%	2015	Rapport National SIG			100%		100%	Rapport annuel des indicateurs VIH secteur santé et communautaire
<b>Effet 4.1: D'ici 2020 la coordination et le leadership de la réponse nationale aux IST au VIH et au sida sont efficacement assurés au niveau central et déconcentré</b>	Ind 4.5. Pourcentage d'organes de coordination (CNLS et comité sectoriel) centraux fonctionnels (tenue de réunions, 10 Institutions, 36 Ministères)	Numérateur: Nombre d'organes de coordination (CNLS et comité sectoriel) centraux fonctionnels Dénominateur: Nombre d'organes de coordination (CNLS et comité sectoriel) centraux		40%	2015	Rapport PNLS 2015	40%	50%	60%	80%	90%	Rapport PNLS
	Ind 4.6. Nombre d'organes de coordination régionaux (31 CRLS) fonctionnels	Comptage		10%	2015	Rapport FNLS/Alliance CI	35%	58%	84%	100%	100%	Rapport FNLS/PNLS

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 4.7. Nombre de réunions de coordination multisectorielle organisées (4 réunions par secteur(12)/an)	Comptage		12	2015	Rapport PNLS	24	36	48	48	48	Rapport PNLS
<b>Effet 4.2 : D'ici 2020 la mobilisation des ressources financières auprès de l'état, du secteur privé et des partenaires couvre l'ensemble des besoins du PSN</b>	Ind 4.8. Part de la contribution de l'état au financement de la lutte contre le sida	Numérateur: Contribution de l'Etat au financement de la lutte contre le sida Dénominateur: Besoins financiers totaux de la lutte contre le sida		13,23%	2013	REDES	20%	23%	25%	28%	30%	REDESS
	Ind 4.9. Part de la contribution du secteur privé au financement de la lutte contre le sida	Numérateur: Contribution du secteur privé au financement de la lutte contre le sida Dénominateur: Besoins financiers totaux de la lutte contre le sida		0,80%	2013	REDES	3%	3%	4%	4%	5%	REDESS
	Ind 4.10. Part de la contribution des partenaires extérieurs au financement de la lutte contre le sida	Numérateur: Contribution des partenaires extérieurs au financement de la lutte contre le sida Dénominateur: Besoins financiers totaux de la lutte contre le sida		86%	2013	REDES	77%	74%	71%	68%	65%	REDESS
<b>Effet 4.3: D'ici à 2020 les informations stratégiques de qualité sur les IST le VIH et le</b>	Ind 4.11. Nombre de réunions du GTT Informations	Comptage		0	2015	Rapport PNLS	4	4	4	4	4	Rapports GTT

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>sida sont produits et utilisés pour la prise de décision.</b>	Stratégiques organisées											
	Ind 4.12. Nombre de réunions du GTT Suivi Evaluation organisées	Comptage		0	2015	Rapport PNLS	4	4	4	4	4	Rapports GTT
	Ind 4.13. Nombre de réunions du GTT Surveillance Epidémiologique organisées	Comptage		1	2015	Rapport PNLS	4	4	4	4	4	Rapports GTT
	Ind 4.14. Nombre de réunions du GTT Informatique organisées	Comptage		4	2015	Rapport PNLS	4	4	4	4	4	Rapports GTT
	Ind 4.15. Pourcentage d'enquêtes et de recherches opérationnelles planifiées réalisées	Numérateur: Nombre d'enquêtes et de recherches opérationnelles réalisées Dénominateur: Nombre d'enquêtes et de recherches opérationnelles planifiées		22%	2014	Rapport de la revue PSSSG	100%	100%	100%	100%	100%	

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	Ind 4.16. Conduite d'examen périodique du système de suivi et évaluation	NA		ND			1	1	1	1	1	Rapport de la revue du PSN 16-20
<b>Effet 4.4: D'ici 2020 le système communautaire participe efficacement à la réponse nationale</b>	Ind 4.17. Nombre de réunions de coordination de la plate-forme des réseaux et faitières organisée (6/an)	Comptage		3	2015	Rapport d'activités de la plate-forme	6	6	6	6	6	Rapport d'activités de la plate-forme
	Ind 4.18. Pourcentage de structures communautaires offrant des services de qualité (Système d'accréditation; 300=COSCI)	Numérateur: Nombre de structures communautaires offrant des services de qualité Dénominateur: Nombre total de structures communautaires		0%	2015	Rapport d'activités de la plate-forme	10%	15%	25%	35%	50%	Rapport d'activités de la plate-forme
	Ind 4.19. Part des ressources financières allouées aux réseaux de coordination du système communautaire y compris les réseaux PVVIH	Numérateur: Montant des ressources financières allouées aux réseaux de coordination du système communautaire y compris les réseaux PVVIH Dénominateur: Montant total alloué à la lutte contre le sida		19%	2013	REDES		21%		25%		REDES

Résultats	Indicateurs	Mode de calcul	Fréquences	Valeur de base			Cibles					source de vérification
				Valeur	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>Effet 4.5 D'ici 2020 l'environnement socio-juridique et légal de la lutte contre le sida garantissant les droits humains est renforcé</b>	Ind 4.20. Existence de décret d'application du régime de prévention, de protection et de répression en matière de lutte contre le VIH	NA		NA			1					Journal Officiel (JORCI)
	Ind 4.21. Pourcentage d'organisations communautaire qui offrent un appui juridique aux PVVIH	Numérateur: Nombre d'organisations communautaires qui offrent un appui juridique aux PVVIH Dénominateur: Nombre total d'organisations communautaires		ND					10%	15%	20%	Rapport COSCI
<b>Effet 4.6</b> Un système de gestion des risques programmatiques et financiers est mis en place et est opérationnel	Ind 4.22. Pourcentage d'audits programmatiques et financiers annuels réalisés	Numérateur: Nombre d'audits programmatiques et financiers annuels réalisés Dénominateur: Nombre d'audits programmatiques et financiers annuels planifiés		ND			100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLS
	Ind 4.23. Existence d'un plan de gestion des risques programmatiques et financiers	Comptage		1	2014	Rapport PNLS	1	1	1	1	1	Rapport PNLS
	Ind 4.24. Existence d'un système d'alerte précoce de suivi des	Comptage		1	2015	Rapport PNDAP	1	1	1	1	1	Rapport PNDAP

<i>Résultats</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Mode de calcul</i>	<i>Fréquences</i>	<i>Valeur de base</i>			<i>Cibles</i>					<i>source de vérification</i>
				<i>Valeur</i>	<i>Année</i>	<i>Source</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	
	approvisionnement s											



REPUBLIQUE DE  
COTE D'IVOIRE  
Union-Discipline-Travail



2016