

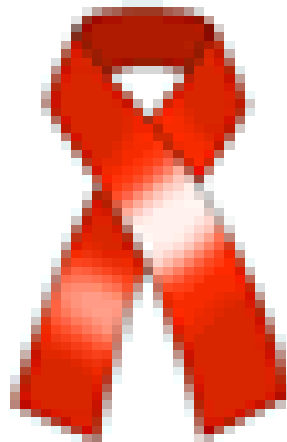


# REPUBLIQUE DE DJIBOUTI

**COMITE TECHNIQUE INTERSECTORIEL DE LUTTE  
CONTRE LE SIDA, LE PALUDISME  
ET LA TUBERCULOSE (CTILSPT)**

**Rapport Global sur la Riposte Nationale à  
l'épidémie du VIH et SIDA à Djibouti**

**2014**



**ONUSIDA**

## SOMMAIRE

<b>RESUME EXECUTIF.....</b>	
<b>INTRODUCTION .....</b>	
<b>I. APERÇU DE LA SITUATION ET DE L'ÉPIDÉMIE DU SIDA A DJIBOUTI.....</b>	
I.1 Processus de la rédaction du rapport GARPR 2014.....	
I.2 Situation actuelle de l'épidémie.....	
I.3 Organisation de la riposte nationale.....	
I.4 Résumé des indicateurs de référence.....	
I.5 Mise à jour des indicateurs de la prévalence années 2012-2013.....	
<b>II. ACQUIS DE LA RIPOSTE NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE DU VIH SIDA.....</b>	
II.1 Engagement politique.....	
II.2 Efforts de prévention.....	
II.3 Efforts de traitement, soins et accompagnement.....	
II.4 Connaissance et changements comportementaux face à l'épidémie.....	
<b>III. LES MEILLEURES PRATIQUES OBSERVEES A DJIBOUTI</b>	
III.1 Les bonnes pratiques en termes d'engagement politique.....	
III.2 Meilleures pratiques dans les prestations des soins et traitements.....	
III.3 Les bonnes pratiques dans le domaine de la prévention.....	
<b>IV. PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRES ET MESURES CORRECTRICES.....</b>	
IV.1 Difficultés rencontrés durant les périodes 2012-2013.....	
IV.2 Les mesures correctrices engagées.....	
<b>V. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT.....</b>	
V.1 L'appui des partenaires dans les efforts de la riposte à l'épidémie durant les années 2012-2013.....	
V.2 Les soutiens attendus de la part des partenaires dans l'avenir.....	
<b>VI. SUIVI ET EVALUATION.....</b>	
VI.1 Les points forts du dispositif du Suivi et Evaluation.....	
VI.2 Les limites du système de Suivi et Evaluation.....	
VI.3 Perspectives pour renforcer le mécanisme du Suivi et Evaluation.....	
<b>VII. CONCLUSION .....</b>	
<b>BIBLIOGRAPHIES ET ANNEXES.....</b>	

### LISTE DES ABREVIATIONS :

---

**ABC:** Associations à base communautaire

**AE :** Agence d'encadrement

**AFD**: Agence Française de Développement  
**AGR** : Activités Génératrices de Revenus  
**APS** : Accompagnateurs Psychosociaux  
**ARV** : Antirétroviral  
**CAMME** : Centrale d'Achat des Médicaments et Matériels Essentiels  
**CCMI** : Comité de Coordination Multisectorielle Inter partenariale  
**CDC** : Centre de Développement Communautaire  
**CDV** : Conseil Dépistage Volontaire  
**CTILSPT**: Comité technique interministériel de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose  
**DASAP** : Dispositif d'Appui Social Accéléré pour les personnes Vivant avec le VIH  
**DSME** : Direction de la Santé de la Mère et l'Enfant  
**EDIM** : Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples  
**ETB**: Tuberculose Extra-Pulmonaire  
**FHI 360** : Family Health International  
**HSH** : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes  
**IGAD** : Autorité Intergouvernementale pour le Développement  
**INDS** : Initiative National pour le Développement Social  
**IST** : Infection Sexuellement Transmissible  
**ONUSIDA**: Programme Commun des Nations Unis sur le VIH/SIDA  
**PLS/Santé** : Programme de Lutte contre le Sida du ministère de la santé  
**PS** : Professionnelles du Sexe  
**PTPE** : Prévention de la Transmission Parent Enfant du VIH sida  
**PVVIH** : Personnes Vivant avec le VIH  
**SE**: Secrétariat Exécutif  
**SR** : Santé de la Reproduction  
**TB** : Tuberculose

## **I. APERÇU DE LA SITUATION ET DE L'ÉPIDÉMIE DU SIDA A DJIBOUTI**

### **I.1 : Processus d'élaboration du rapport GARPR 2014**

Comme à l'accoutumé le processus de la rédaction du présent rapport a impliqué l'ensemble des acteurs intervenants dans la riposte à l'épidémie du VIH SIDA à Djibouti. Sous la coordination du Secrétariat Exécutif de la lutte contre le VIH SIDA, le paludisme et la Tuberculose et avec l'appui technique et financier du bureau de l'ONUSIDA à Djibouti, un Groupe Technique composé des acteurs impliqués dans les efforts de la riposte à l'épidémie du VIH et SIDA tels : le PLS Santé, La Direction de la Santé Mère et Enfant (DSME), des délégués représentant les agences du système des Nations Unies à Djibouti, des représentants des organismes bilatérales comme Family Health International 360 , des représentants de la société civile et le réseau des associations personnes vivants avec le VIH et SIDA a été mis en place.

Le mandat de ce groupe Technique fut : la collecte des données sur l'ensemble des « indicateurs à renseigner dans le cadre de l'élaboration du rapport en se basant sur les directives du GARPR 2014 ». Ainsi trois groupes de travail ont été reparti pour la collecte des informations sur : les indicateur du PTPE, les indicateurs de prévention et les données liées aux indicateurs d'engagements.

Aussi un consultant national chargé de la rédaction du rapport narratif et la collecte des données sur les indices composites et politiques nationales a été engagé par le bureau de l'ONUSIDA pour le compte de l'organe de coordination

Des réunions d'information sur l'état d'avancement du processus de la rédaction ont été tenues quotidiennement. Des séances de validation des données collectées et d'analyse des informations sur les différentes étapes du rapport ont permis à l'ensemble des acteurs impliqués dans l'élaboration du présent rapport de contribuer à son amélioration

Au-delà des réunions de concertation et d'analyses des données épidémiologiques les plus récentes, une revue approfondie des documents cadres tels que le plan stratégique 2012-2016, le rapport préliminaire de la revue du plan stratégique 2012-2016 ( l'exercice de la revue a coïncidé à la même période de la rédaction de ce rapport), le plan national de suivi et évaluation, ainsi que des rapports produits par les services techniques impliqués dans la mise en œuvre du PSN 2012-2016.

Le processus a connu différentes sessions de validation du rapport jusqu'à son intégration dans le fichier électronique rendu disponible par ONUSIDA.

## I.2 Situation actuelle de l'épidémie

L'analyse de la situation épidémiologique montre un taux de prévalence du VIH dans la population générale de 2.7% avec une tendance à la stabilisation depuis l'année 2003.

Les tendances de l'épidémie à VIH et SIDA sont suivies à travers les enquêtes de la surveillance sentinelle utilisant les données de 15 sites sur l'ensemble du territoire national. Le rapport de la surveillance sentinelle de l'année 2012 a fait ressortir les informations suivantes :

<b>Tableau récapitulatif 2012</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Minimale</b>	<b>Maximale</b>
<b>Adultes + enfants VIH</b>	<b>7 261</b>	<b>5 852</b>	<b>9 098</b>
<b>Adultes 15+ VIH</b>	<b>6 085</b>	<b>4 881</b>	<b>7 616</b>
<b>Femmes 15+ VIH</b>	<b>3 560</b>	<b>2 831</b>	<b>4 494</b>
<b>Population VIH- Enfants</b>	<b>1 176</b>	<b>927</b>	<b>1 469</b>
<b>Prévalence adultes</b>	<b>1.15</b>	<b>0.92</b>	<b>1.46</b>
<b>Prévalence- Hommes âgés de 15 à 24 ans</b>	<b>0.09</b>	<b>0.06</b>	<b>0.13</b>
<b>Prévalence- Femmes âgées de 15 à 24 ans</b>	<b>0.21</b>	<b>0.13</b>	<b>0.33</b>
<b>Prévalence du VIH- Enfants</b>	<b>0.38</b>	<b>0.3</b>	<b>0.47</b>
<b>Nombre de nouvelles infections au VIH</b>	<b>186</b>	<b>99</b>	<b>330</b>
<b>Nouvelles infections VIH- Adultes</b>	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>139</b>
<b>Nouvelles infections VIH- Enfants</b>	<b>764</b>	<b>575</b>	<b>987</b>
<b>Décès annuels dus au SIDA</b>	<b>677</b>	<b>510</b>	<b>872</b>
<b>Décès annuels dus au SIDA- Adultes</b>	<b>87</b>	<b>65</b>	<b>115</b>
<b>Décès annuels dus au SIDA- Enfants</b>	<b>3 905</b>	<b>3 226</b>	<b>4 707</b>
<b>Besoin de thérapie ARV- Adultes (Déc. 31) (15+)</b>	<b>645</b>	<b>505</b>	<b>812</b>
<b>Besoin de thérapie ARV- Enfants (Déc. 31)</b>	<b>290</b>	<b>218</b>	<b>383</b>
<b>Mères ayant besoin de PTME</b>	<b>7 561</b>	<b>6 111</b>	<b>9 304</b>
<b>Orphelins du SIDA</b>	<b>5 554</b>	<b>4 443</b>	<b>7 045</b>
<b>Population VIH+ (15-49)</b>	<b>286</b>	<b>181</b>	<b>462</b>
<b>Incidence chez les adultes de 15 -49 ans</b>	<b>0.04</b>	<b>0.02</b>	<b>0.07</b>

<b>Décès annuels dus au sida Enfants (1-4)</b>	<b>26</b>	18	36
<b>Femmes enceintes séropositives présentant un nombre de CD4 &lt; 350</b>	<b>181</b>	144	229
<b>Nouvelles infections à VIH - Hommes de 15 à 24 ans</b>	<b>14</b>	8	26
<b>Nouvelles infections à VIH - Femmes de 15 à 24 ans</b>	<b>31</b>	16	56
<b>Décès annuels liés au sida - Adultes (15- 24 ans)</b>	<b>17</b>	12	23

Par rapport aux données comportementales, une étude biologique et comportementale intégrée (EBCI) pour des travailleuses de sexe ainsi que des camionneurs à longue distance est en cours de réalisation par le Ministère de la santé, le Secrétariat Exécutif de lutte contre les 3 maladies VIH/sida, la Tuberculose et le Paludisme en collaboration avec le projet de lutte contre le VIH/SIDA de l'USAID ROADS projet mise en œuvre par Family Health International (FHI 360) sous le financement de la Banque Mondiale et le PEPFAR /USAID Djibouti, les données serviront pour le prochain rapport.

La surveillance de la séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang,

Les données ont été collectées au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) de Djibouti-ville pendant une période de trois mois, du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin 2012. 786 donneurs de sang ont été colligés et repartis en 757 hommes (96,3%) et 29 femmes (3,7%), soit un sex ratio homme/femme de 1/0,03, différence statistiquement significative ( $\chi^2=496,88$ ,  $p<0,001$ ). Leur âge médian était de 30,0 ans [Extrêmes : 17,0-66,0 ans].

La prévalence globale du VIH chez les donneurs de sang était de 0,8% IC95% [0,3-1,7]. Aucun test positif n'a été retrouvé chez les femmes.

La séroprévalence obtenue chez les 15-24 ans était de 0,0% IC95% [0,0-2,5] en 2012 vs 0,0% IC95% [0,0-3,6] en 2011, en d'autre terme identique

La séroprévalence du VIH obtenue en 2011 chez les 15-49 ans était de 0,7% IC95% [0,0-2,5] vs 0,2% IC95% [0,0-1,2] en 2011 mais la différence n'était pas statistiquement significative ( $P=0,2$ ).

Une enquête CAP a aussi été réalisée en 2010 par le Ministère de la jeunesse avec l'appui technique et financier de l'UNICEF. Selon les résultats de cette enquête :

- ✓ La proportion des jeunes utilisant un préservatif, lors des premiers rapports sexuels, est en nette diminution (18 % en 2010 dont 22% de garçons et 13 % contre 29 % en 2005 dont 30 % de garçons et 24 % de filles).
- ✓ Le multi partenariat sexuel chez les jeunes a fortement diminué est en nette régression par rapport à 2005, 15% en 2010 contre 38% en 2005.

- ✓ L'accessibilité et de la disponibilité des préservatifs, seulement 32% des jeunes connaissent où se le procurer des préservatifs. Ce chiffre était de 66% en 2005.

Selon l'enquête PAFAM :

L'enquête PAFAM est pour évaluer et mesurer les résultats, les impacts des programmes et politiques et, surtout, les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs de développement du millénaire.

La PTPE fait l'objet d'un programme national et dispos d'un plan d'élimination d'ici à 2015

Le programme a adopté l'option B+ qui est en cour d'application depuis 2013.

Les données de routine donnent 82 femmes enceinte séropositives et selon les estimations EPP Nombre estimé de mères ayant besoin de PTPE est de 255.

L'allaitement maternel est très répandu pour les enfants de Djibouti. Les enfants de moins de 5 ans qui ont été allaités au sein, représentent 91,1% de l'ensemble des enfants nés au cours des 5 dernières années. 52,0% des enfants ont été allaités au sein dans l'heure qui a suivi la naissance, 19,9% entre une à trois heures, 8,1% entre 3 à 6 heures et 20,0% 6 heures après la naissance.

Il faut relever l'importance de la proportion des enfants qui ont été allaités au sein pour les bienfaits que cela leur apportent en termes de protection.

Il faut noter également qu'un peu plus d'un enfant sur 2 (52,0%) a été allaité au sein dans l'heure, 71,9% dans les trois et 80% dans les six heures qui ont suivi l'accouchement.

Toujours selon les données de l'enquête PAFAM en 2012, la prévalence de la MGF est de l'ordre de 78,4%. Toutefois, la prévalence du phénomène varie considérablement en fonction du groupe d'âge de la femme et de la région. En effet, l'analyse par groupe d'âge révèle que la MGF se pratique de moins en moins dans les jeunes générations. La prévalence de l'excision passe de 97,6% chez les femmes âgées de 40 à 49 ans à 79,6% chez les femmes de 10 à 19 ans et à 18,9% chez les fillettes de moins de 5 ans.

### **I.3 Organisation de la Riposte Nationale**

La réponse nationale de Djibouti face à l'épidémie du VIH SIDA est marquée par un engagement politique fort qui mobilise et implique les hauts responsables politique à commencer en la personne du Président de le République son Excellence Ismail Omar Guelleh et les membres de son gouvernement et cela depuis 2003.

Cette réponse nationale s'est organisée dès la déclaration des premiers cas, consacrant un caractère multidimensionnel, développant une approche décentralisée des activités, et impliquant progressivement les organisations de la société civile et les organisations à base communautaire (OBC) aux cotés des institutions et départements du gouvernement.

Ainsi le pays s'est dotée de son premier Plan Stratégique multisectoriel de lutte contre le VIH pour la période de 2003-2007, initié et mis en œuvre grâce aux ressources du projet MAP de la Banque Mondiale. Depuis, le pays a bénéficié des fonds du round 4 et du round 6 du Fonds Mondial.

Le second PSN couvrait la période de 2008 - 2012 et enfin le dernier en cours de mise en œuvre couvre quant à lui la période de 2012 – 2016.

Les principes suivants ont guidé le développement du PSN en cours :

- i) Le renforcement de la Réponse Nationale afin d'attendre l'Accès Universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien,
- ii) la Consolidation de l'Approche Multisectorielle et décentralisée de la Lutte contre le VIH et SIDA,
- iii) L'articulation du PSN 2012-2016 avec l'initiative Nationale de Développement Social et les Objectifs du Millénaire pour le développement,
- iv) La prise en compte des besoins essentiels des Personnes Vivant avec le VIH et les personnes les plus exposées au risque,
- v) La prise en Compte de la Dimension Genre et équité dans la lutte contre le VIH et les IST ;
- vi) L'engagement Communautaire ;
- vii) L'alignement et l'intégration des services VIH et avec les programme de santé visant l'atteinte des OMD
- viii) L'adoption de l'approche de planification axée sur les résultats

Le cadre structurel de la réponse à l'épidémie de VIH et SIDA a été créé en 2003 et se compose des organes ci-après :

**Le Comité interministériel de lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose ;** présidé par le Premier Ministre avec la vice-présidence assurée par le Ministre de la Santé. Il comprend onze ministères, et est chargé de coordonner et d'intensifier la lutte contre le SIDA.

**Le Secrétariat Exécutif** de lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose ; assure le secrétariat technique interministériel. Il est en charge de (i) coordonner les activités des différents secteurs impliqués dans la réponse (ii) suivre et évaluer les interventions de l'ensemble des acteurs (iii) suivre et gérer les projets financés par les partenaires, (iv) assurer un appui technique aux partenaires de la société civile, (v) suivre et évaluer les interventions communautaires et les actions de marketing et de mobilisation sociale. Il est dirigé par un Secrétaire exécutif nommé par le Gouvernement.

Le Secrétariat Exécutif assure la coordination de la multisectorialité et impulse les projets communautaires ; Il est sous l'autorité du Ministère de la Santé.

Le programme de la lutte contre le VIH et SIDA (PLS SANTE) assure quant à lui la mise en œuvre des interventions de la riposte du ministère de la santé

Par rapport aux interventions communautaires, la riposte s'organise autour d'un réseau des Agences d'Encadrements (AE) menant des actions de proximités ;

Il faut aussi noter que dans le cadre de ROADS Project financé par l'USAID/PEPFAR, l'Union nationale des femmes de Djibouti (en collaboration avec cinq associations) et l'Association MASSABA (en collaboration avec 10 associations) mettent en œuvre respectivement un programme de prévention combinée qui couvrent les MARPS. Ce programme vise à accroître la couverture et l'intensité des messages visant à promouvoir une utilisation systématique des préservatifs, des services de conseil et dépistage et des autres comportements favorisant la réduction des risques du VIH/SIDA. Il y a un Réseau



national des personnes vivants avec le VIH et SIDA qui a été redynamisé et rendu opérationnel grâce au soutien du Système de Nations Unies et de FHI 360/PEPFAR.

En effet, à travers ROADS Project, RNDP+ a bénéficié pour la première d'un financement pour mettre en œuvre un programme de prévention à l'endroit des personnes infectées et affectées. Ce programme repose sur la programmation relative à la santé positive, dignité et prévention (PHDP) qui couvre à travers les 105 pairs éducateurs formés par le projet les PVVIH, leurs familles et les membres de la communauté à travers des services au niveau des structures sanitaires et de la communauté.

Le réseau a bénéficié d'un appui technique pour le renforcement des capacités de leur structure à travers la mise en place d'un plan de renforcement de capacité tant au niveau institutionnel, programmatique, financier et de suivi de la mise en œuvre de leurs interventions. En plus, le réseau a bénéficié du recrutement d'un coordinateur de programme et de l'achat d'équipements bureautiques et informatique.

Cependant il faut souligner une faiblesse dans la participation effective des différents départements sectoriels concernés depuis 2008 ceci à cause d'un ralentissement de financement des activités de coordination et d'appui. Seulement quelques départements tels que la promotion de la Femme, la jeunesse et le sport en plus de la santé continuent de mener des actions concrètes dans la riposte à l'épidémie du VIH et SIDA avec des plans opérationnels.

Faute de financement effectif de la réponse les actions menées par les organisations à base communautaires ont fortement diminuées. De six structures d'encadrement effectivement fonctionnelles les années 2008, aujourd'hui seulement trois sont encore actives avec des difficultés notoires pour assurer les prestations des services avec une couverture acceptable. Ainsi, l'essentiel des actions sont focalisées sur la capitale (Djibouti) au détriment des régions de l'intérieur.

De l'analyse documentaire il y ressort une diminution de nombre des jeunes utilisant le préservatif ou simplement qui ont une bonne connaissance des moyens de prévention contre l'infection à VIH.

#### I.4 Résumé des indicateurs de performance :

Objectifs	Indicateurs		valeur de l'indicateur	Commentaires/observations
<p><b>Objectif 1.</b> D'ici à 2015, réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle <i>Population</i></p>	1.1	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées	11.25 CAP 2010 13-24 ans	Cet indicateur n'est pas renseigné car depuis 2010 le pays n'a pas réalisé une enquête de grande envergure. Donnée enquête CAP 2010 Min Jeunesse et UNICEF

générale		fausses relatives à la transmission du VIH*		
	1.2	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	16.52% (13-24 ans)	Cet indicateur n'est pas renseigné car depuis 2010 le pays n'a pas réalisé une enquête de grande envergure. Donnée enquête CAP 2010 Min Jeunesse et UNICEF
	1.3	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	18.04% CAP 2010 13-24 ans	Cet indicateur n'est pas renseigné car depuis 2010 le pays n'a pas réalisé une enquête de grande envergure. Donnée enquête CAP 2010 Min Jeunesse et UNICEF
	1.4	Pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport*	33.53% (13-24 ans)	Cet indicateur n'est pas renseigné car depuis 2010 le pays n'a pas réalisé une enquête de grande envergure. Donnée enquête CAP 2010 Min Jeunesse et UNICEF
	1.5	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	ND	Données de CDV rapport du PLSS 2013. (Les 5558 Représentent les volontaires aux CDV) les femmes enceinte ne sont pas incluses.
	1.6	Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*	ND	Femmes de 15 à 24 ans : 0.21%, la même source estime le taux de prévalence à 0.09 chez les hommes de la même

				tranche d'âge (Source Spectrum juin 2013).
<i>À Professionnel(le)s du sexe</i>	1.7	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe touché(e)s par les programmes de prévention du VIH	ND	7209 représente le cumule du nombre de tous les groupes à haut risque (les TS, Camionneurs, jeunes filles vulnérables) Rapport PLSS et rapport FHI 360/PEPFAR/USAID
	1.8	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	71.15%	Surveillance sentinelle 2010.
	1.9	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	100%	Rapport ssurveillance sentinelle 2010.
	1.10	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui vit avec le VIH	15.38	Rapport ssurveillance sentinelle 2010.
<i>Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</i>	1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes touchés par les programmes de prévention du VIH	NA	Cet indicateur n'est pas renseigné.
	1.12	Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	NA	Cet indicateur n'est pas renseigné

	1.13	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	NA	Idem
	1.14	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent avec le VIH	NA	Idem
<b>Objectif 2.</b> Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables d'ici à 2015	2.1	Nombre de seringues reçues par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues	NA	Cet indicateur n'est pas renseigné
	2.2	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	NA	Cet indicateur n'est pas renseigné
	2.3	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	NA	Idem
	2.4	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	NA	Idem
	2.5	Pourcentage de consommateurs de drogues	NA	Idem

		injectables qui vivent avec le VIH		
<b>Objectif 3.</b> D'ici à 2015, éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida**	3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	26.82%	Rapport DSME 2013
	3.1a	Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles-mêmes ou leurs enfants en période d'allaitement	ND	Indicateur non renseigné
	3.2	Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	ND	Les données de laboratoires relatives au dépistage précoce de l'enfant donnent un effectif de 22 de ayant reçu un test PCR.
	3.3	Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH nés de mères séropositives au VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois	43.33%	Données des programmes/DSME, 2013
<b>Objectif 4.</b> D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH	4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral*	26%	1743 représente le nombre de patient qui poursuivent un traitement ARV au 31 décembre 2013, 6799 est le nombre estimé d'adulte et d'enfant vivant avec le VIH.  Données du PLS/SANTE 2013, Spectrum, juin 2013
	4.2	Pourcentage d'adultes et	81.5%	En 2013 sur 231patients

		d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale		présentés au collège des ARV (y compris les transférés, les décès et les arrêts de traitement), 186 patients étaient éligibles et mise sous ARV.  Rapport annuel PLS/SANTE 2013, Spectrum, juin 2013
<b>Objectif 5.</b> D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	5.1	Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	20%	Au total il y a eu 1773 Cas de TB conseillés et testés, parmi eux 140 Cas se sont avérés positifs soit une prévalence de 8% des patients testés.  Selon le rapport du Programme de lutte contre le Sida et du programme TB, le nombre de nouvelles coïnfections présentées au collège des ARV était 28 et qui ont débuté le traitement ARV conformément au protocole national.  Le dénominateur (140) est représenté par les nouveaux cas de TB également positif au VIH. (source rapport PLS SANTE 2013)
<b>Objectif 6.</b> D'ici à 2015, réduire le déficit	6.1	Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par		En 2012, US\$4, 085,466 ont été dépensés dans la réponse nationale au Sida,

mondial de moyens de riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire		catégorie et sources de financement		<p>dont : 21% des dépenses ont été faites sur les fonds provenant du Gouvernement contre 75% sur les fonds provenant des partenaires internationaux.</p> <p>2012, la gestion et administration des programmes(41%), la prévention (16%), les soins et traitements (27%), les incitations financières aux professionnels de la santé (8%), l'environnement favorable (1%) et la protection sociale et services sociaux (1%)</p> <p>(Rapport REDES 2008-2012).</p>
<b>cdarObjectif 7.</b> Éliminer les inégalités entre les sexes	7.1	<p>Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois</p> <p><i>Tous les indicateurs incluant des données ventilées selon le sexe peuvent être utilisés pour évaluer la réalisation de l'objectif 7</i></p>	2350	Rapport 2012 Ministère de la Promotion de la femme et du Planning Familial(les données de 2013 non encore disponibles)
<b>Objectif 8.</b> Éliminer la stigmatisation et la discrimination	8.1	Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH :	ND	

<b>Objectif 9.</b> Éliminer les restrictions en matière de déplacement		<i>Les données relatives aux restrictions en matière de déplacement sont collectées directement par la Division Lois et Droits de l'Homme, basée au siège de l'ONUSIDA ; aucune donnée ne doit donc être transmise.</i>	NA	
<b>Objectif 10.</b> Renforcer l'intégration des personnes vivant avec le VIH	10.1	Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans* : promotion de la femme /Unicef	ND	
	10.2	Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours du dernier trimestre	ND	
Questions sur les politiques suivies (valables pour les 10 objectifs)		Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)		

## II. ACQUIS DE LA RIPOSTE NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE DU VIH SIDA

### II.1 Engagement politique

En République de Djibouti, la lutte contre le VIH et SIDA est soutenue par les autorités politiques et les hauts responsables de l'administration. Les informateurs clés rencontrés et interviewés dans le cadre de l'élaboration du présent rapport global de riposte nationale ont bien souligné cet engagement qui se traduit notamment par la participation du Premier Ministre et des membres du gouvernement aux actions de la lutte.

Chaque année, Djibouti célèbre la Journée Mondiale de lutte contre le SIDA et a dédié toute une semaine appelée Semaine Nationale de Lutte contre le SIDA à compter du 1<sup>er</sup> Décembre de chaque année.

La journée mondiale de la lutte contre le SIDA de 2014 a encore été saisie par les plus hauts responsables politiques de réaffirmer leurs engagements dans la lutte contre la pandémie.



Le lancement de l'édition de 2014 s'est tenu à l'Université de Djibouti en présence des membres du gouvernement et de plus de 500 étudiants. Il a enregistré :

- les messages de Ministres de la Santé, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, de la Coordinatrice résidente du Système des Nations Unies à Djibouti
- La projection en intégralité du message du Directeur Exécutif de ONUSIDA Mr Michel SIDIBE et ;
- le discours officiel de lancement du Premier Ministre son Excellence Abdoukader Kamil Mohamed en présence.



**Image1: Le Premier Ministre, les membres du gouvernement et les représentants du système des Nations Unies lors de la cérémonie de célébration de la journée Mondiale de la lutte contre le VIH et SIDA à Djibouti. Le 1<sup>er</sup> décembre 2013 à l'Université de Djibouti.**

## **II.2 Quelques éléments clés de l'engagement et résultats obtenus:**

Le Gouvernement a instauré un cadre juridique protégeant les personnes infectées et affectées par le VIH et SIDA et leurs familles en particulier et des dispositions légales et réglementaires favorables aux groupes des populations définis comme vulnérables en général.

### **Autres actions du gouvernement témoignant de son engagement sont :**

- La gratuité du traitement antirétroviral à tous les patients vivant avec le VIH;
- La gratuité de l'accouchement pour les femmes infectées par le VIH/sida
- La gratuité de la prise en charge des examens pour les infections opportunistes ;
- La création d'un comité multisectoriel de la lutte contre le VIH et SIDA
- La création des clubs info sida dans les établissements secondaires et universitaires;
- La promulgation des lois portant protection des droits des personnes vivants avec le VIH et SIDA et les populations vulnérables.

Il faut également souligner que les programmes de la riposte à l'épidémie du VIH et SIDA ont opté pour une stratégie de prévention combinée depuis la mise en œuvre du plan stratégique national 2012-2016. La réduction des nouvelles infections pour les populations clés les plus vulnérables a constitué la pierre angulaire de la riposte nationale durant les deux dernières années.

Ainsi, la prévention combinée notamment à l'endroit des travailleurs du sexe et autres populations clés a mis l'accent sur :

- ✓ la distribution des préservatifs aux Travailleuses de sexe et aux groupes vulnérables clés,
- ✓ les formations visant à renforcer les capacités de travailleuses de sexe dans le cadre de la gestion des risques,
- ✓ les formations des assistants psychosociaux et le personnel soignant.

Des partenaires comme Family Health International 360/ /PEPFAR/USAID a mis en œuvre des interventions de prévention notamment : des activités de sensibilisation auprès des groupes à haut risque que sont les professionnel de sexe, les routiers, les hommes à haut risque, les jeunes hommes et les jeunes filles dans des zones de la capitale du corridor routier Djibouti –Galafi/Ethiopie.

FHI360 et le Système des Nations Unies ont également appuyé des réseaux des jeunes, des femmes en situation de précarité et ceux des personnes vivants avec le VIH.

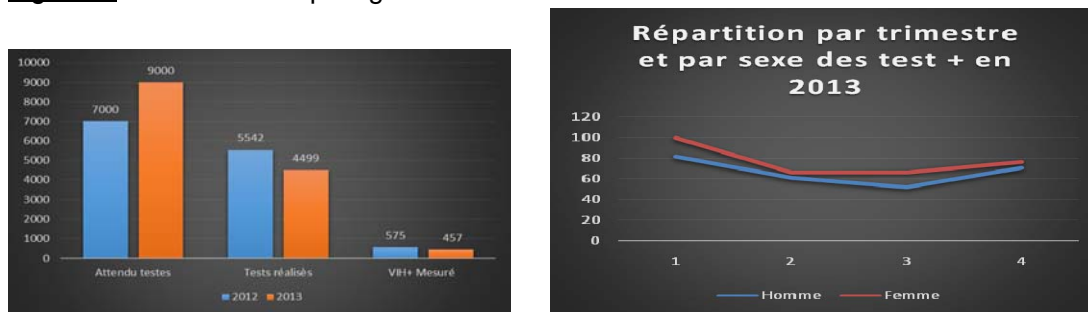
- 7000 camionneurs et 209 Travailleuse de sexe ont été touchés par les interventions de prévention dans le cadre du projet ROADS Project avec le financement de USAID/PEPFAR .
- 8 100 jeunes ont été couverts par des messages dans le cadre du projet ROADS Project avec le financement de l'USAID/PEPFAR
- 900 jeunes ont été touchés par des séances de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive dans le cadre du programme " life-skills" à travers les 3 AE ;
- 500 jeunes ont été formés sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents au sein des établissements scolaires et des associations de quartiers à travers le réseau Y-PEER en collaboration avec l'UNFD ;
- 261 324 préservatifs ont été distribués sur l'étendue du pays à travers le PLS-S, le CCAF, Y-PEER, le réseau RNDP+, Association MASSABA, UNFD
- Formation des Imams et leaders religieux sur le discours à tenir à l'endroit de la population sur la lutte contre le VIH et SIDA pour une meilleure prévention de l'épidémie
- Formation et recyclage du personnel soignant pour une meilleure prise en charge thérapeutique
- Formation de 368 pairs éducateurs sur la dissémination des messages de prévention du VIH/SIDA et recyclage de 41 pairs éducateurs pour la même thématique.
- Formation de 60 prestataires de santé pour l'offre de services de CDV de qualité par ROADS Project financé par l'USAID

En 2012, le personnel médical et les conseillers psychosociaux ont tous été formé sur les procédures du counseling et sur les directives de prise en charge du VIH et SIDA. 22 CDV sont fonctionnels et répartis comme suit : 3 cellules dans les centres Hospitalier, 12 cellules dans les Centres de Santé Communautaires, 5 cellules au niveau des CMH de l'intérieur et 2 cellules dans les centres de santé des forces armés et assurent les services de conseil et du dépistage volontaire.

A la date du 31 décembre 2013 :

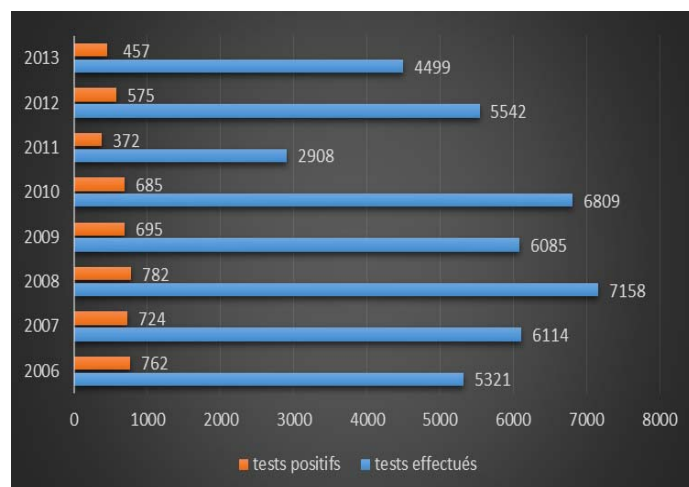
- ⌘ 1743vpatients poursuivent un traitement ARV
- ⌘ 1671 patients bénéficient d'un traitement de 1ere ligne
- ⌘ 11 patients sont sous protocole de substitution de première ligne
- ⌘ 61 patients sont inclus sous un protocole de deuxième ligne
- ⌘ 44 enfants poursuivent un traitement ARV

Figure 2 : les tests de dépistages dans les CDV



Source : Rapport Revue mi-parcours PSN 2012-2013

Figure 3 : Évolution des résultats des tests VIH dans les CDV de 2006 à 2013



Source : Rapport Revue mi-parcours PSN 2012-2016

### II.3 Connaissance et changements comportementaux face à l'épidémie

Jusqu'à ce jour, les informations disponibles sur les connaissances et les comportements sont les résultats de l'enquête CAP réalisée avec l'appui de l'Unicef en 2010 et une étude qualitative sur la vulnérabilité des adolescentes et jeunes filles en difficulté face au VIH-SIDA à Djibouti réalisée en mars 2011.

Selon les résultats des dites enquêtes :

**La proportion des jeunes qui utilisent un préservatif lors des premiers rapports sexuels** est en nette diminution (18% en 2010 dont 22% de garçons et 13% de filles contre 29% en 2005 dont 30% de garçons et 24% de filles) ;

**la connaissance des IST** est insuffisante (, seulement 60% des adolescentes interrogées ont entendu parler des IST, 39% des adolescentes n'ont pas entendu parler des IST, seulement 10% sont capables de citer à la fois les signes et les types des IST, elles ignorent aussi les autres manifestations) ;

**La pratique des rapports sexuels payants chez les jeunes** est en nette diminution (3.7% en 2010) comparée au niveau de 2005 où 15.5% des jeunes déclarait avoir eu des relations sexuelles payantes ;

Sur 4020 jeunes qui ont été enquêtés, **seuls 273 ont déjà réalisé un test de dépistage du VIH (6.8%)** et parmi ceux-là, **248 ont eu connaissance de leurs résultats, soit 6,2% des jeunes dont 5.4% de garçons et 7.1% de filles (contre 8% en 2005 dont 13% de garçons et 3% de filles).**

### III. LES MEILLEURES PRATIQUES OBSERVEES A DJIBOUTI

Djibouti est l'un des rares pays qui assure la gratuité de la prise en charge du VIH/SIDA et Tuberculose à toutes les personnes infectées sur son territoire y compris les populations migrantes et ressortissants étrangers.

Ceci est la traduction de l'engagement des autorités politiques au plus niveau dans la riposte à l'épidémie du VIH et SIDA et l'inscription de la lutte contre le VIH et SIDA parmi les TOP priorités de l'action gouvernementale

Djibouti a promulgué des textes de lois, des dispositions légales et réglementaires qui renforcent le cadre juridique pour protéger les populations vulnérables et les personnes vivantes avec le VIH et SIDA et leurs familles.

L'implication de la société civile dans la riposte à l'épidémie a été nettement améliorée et est justifiée par leurs participations dans toutes les instances de coordination, de planification et de suivi et évaluation de la réponse nationale.

Des programmes d'appui économique aux personnes vivantes avec le VIH à travers la création des Activités Génératrices des Revenues pour atténuer l'impact social de l'épidémie sont en cours de mise en œuvre avec l'appui des partenaires comme le Programme Alimentaire Mondial (PAM) et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

Un comité des médecins référents appelé « Collège des ARV » veille à la mise sous traitements et au suivi des patients HIV+ et à leurs accompagnements moraux et psychologiques.

#### IV. PRINCIPAUX OBSTACLES RENCONTRES ET MESURES CORRECTRICES.....

Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé entre 9.000 et 10.000 et le nombre de décès dus au sida est d'environ 1000 personnes en 2010.

L'EDS de 2009 montrait une féminisation de l'infection avec un sex-ratio de 2,4 (femme/homme) de la prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Le taux de prévalence chez les tuberculeux se situe entre 10 et 13%. Chez les travailleuses un taux de 13% en 2007 et 17,3% en 2008 a été noté dans des échantillons analysés chez les clients des CDV.

La surveillance comportementale auprès des jeunes a montré une nette diminution de l'utilisation du préservatif lors des premiers rapports sexuels (18% en 2010 dont 22% de garçons et 13% de filles contre 29% en 2005 dont 30% de garçons et 24% de filles) ; ainsi qu'auprès des Travailleuses du Sexe (TS) où on retrouve une diminution de l'utilisation constante des préservatifs : 54% en 2008 contre 71% en 2009 et 52,8% en 2010 (Enquête IGAD).

L'analyse de modes de transmission (MoT) avait montré que bien que l'épidémie à Djibouti soit de type généralisée, la prévention devrait cibler les groupes à haut risque comme les **couples stables avec un statut sérologique discordants** (39% des nouvelles infections proviennent des couples stables), **les travailleuses de sexe et leurs clients** (22% des nouvelles infections), **les personnes engagées dans le multi partenariat sexuel** (22%),

les hommes à **haut risque d'infection ainsi que leurs partenaires** (5%). Ces cibles sont donc prises en compte dans le PNS 2012-2016.

Ce contexte nous amène à classer les obstacles et défis à la riposte nationale à l'épidémie du VIH et SIDA en trois ordres : politiques, programmatiques et environnementaux.

### **Sur le plan politique :**

Les résultats de NASA ont montré qu'en 2012 la part du gouvernement dans le financement de la riposte nationale était de 21% ce qui montre que le programme est dépendant de financement externe à 80%. Ceci dénote une insuffisance dans la pérennisation des acquis du programme. En effet, les difficultés survenues lors de la suspension des ressources du Fond Mondial illustrent très bien cet état de fait et il est perceptible que les programmes de prévention notamment à l'endroit des jeunes ont connu une régression notable.

Une des faiblesses de la réponse nationale est l'insuffisance de sa multisectorialité dépendant fortement des activités du secteur de la santé. En effet il y'a une faible appropriation des programmes de prévention du VIH par les acteurs sectoriels tels que la justice, l'éducation, la jeunesse, la défense....

La mission de la structuration de l'organe de coordination présente des insuffisances tant en terme des ressources humaines que financièrement.

Bien que l'étude MOT ait identifié des hommes à haut risques pris en compte par le plan stratégique national 2012-2016 comme cibles prioritaires, il a été noté qu'aucune activité de sensibilisation n'a été menée formellement au profit de ce groupe.

Il est à noter qu'une insuffisance en ressource humaine qualifiée pour la prise en charge des cas pédiatriques de l'infections à VIH à Djibouti. Actuellement la prise en charge des enfants sero positif au VIH est exclusivement assurée par un seul pédiatre installé en cabinet privé ce qui laisse entrevoir les difficultés d'accès pour les populations à faible revenu. Qui ont plus besoin d'assistance.

### **Sur le plan programmatique :**

Il faut signaler :

- ✓
- ✓ L'insuffisance des activités de sensibilisation et de PTPE en faveurs des femmes enceintes aussi bien de CSC que dans les quartiers,
- ✓ La consultation tardive de la population pour des IST en raison de la méconnaissance des services de soins mais aussi de la crainte du pré-jugement social.
- ✓ L'insuffisance des activités de sensibilisation à la prévention du VIH, au CDV, à l'utilisation des préservatifs à l'endroit des jeunes et de la population en générale,
- ✓ L'indisponibilité des préservatifs dans les points de distribution notamment dans les sites accessibles (CSC, CDC, sièges des ABC),
- ✓ L'absence d'une stratégie de promotion de programmes communs en matière de prévention du VIH ;
- ✓ L'insuffisance des activités de sensibilisation et de PTPE en faveurs des femmes enceintes aussi bien de CSC que dans les quartiers,
- ✓ Les difficultés de suivi des cohortes 12 mois après le démarrage de la mise sous TARV,

- ✓ Les difficultés dans la recherche et le suivi des perdus de vue (PDV) en l'absence de coopération étroite avec les accompagnateurs sociaux,
- ✓ Les difficultés liées à l'absence d'adressage des domiciles des PVVIH
- ✓ Les insuffisances dans la mise en œuvre de la stratégie de distribution des préservatifs ce qui aboutit à des ruptures des stocks dans les points de distribution.

**Sur le plan environnemental :**

- La stigmatisation à l'endroit de personnes vivantes avec le VIH constitue un réel obstacle à l'accès universel aux traitements, soins et soutiens. En effet il n'existe pas à Djibouti un réel programme réel de lutte contre la stigmatisation et de discrimination malgré l'existence du cadre juridique. Ceci est matérialisé par les cas de mauvais accueil des PVVIH au sein des structures de santé, cas rapportés lors des interviews et enquêtes auprès des PVVIH.
- Les insuffisances dans l'application et le suivi de la mise en œuvre des textes législatifs en faveur des personnes vivants avec le VIH et SIDA et des droits humains.
- Les tabous existants sur la sexualité ont un impact certain sur les programmes de prévention à l'endroit des jeunes.
- Les conditions d'accueil et de confidentialité présentent des freins quant à l'augmentation de couverture des services offerts dans les CDV.
- Insuffisance des partenariats entre le Réseau des personnes vivants avec le VIH et les autres structures d'appuis tels les Agences d' Encadrements, le programme PTPE .....

**VIII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT.....**

La réponse nationale est fortement soutenue par les partenaires tant multilatéraux tels que le système des Nations Unies le Fonds Mondial, que bilatéraux ; Fhi360/PEPFAR/USAID initiative 5%/AFD.

Au niveau du système des Nations Unies, le programme conjoint constitue une synergie des interventions des agences suivantes :

FNUAP, UNICEF, OMS, PNUD, PAM, ONUSIDA, HCR, OIM. En effet en 2012, la contribution multilatérale se chiffrait à 312 112 088 ce qui représentait 43% des fonds alloué à la réponse nationale. Les bilatéraux ont contribué à hauteur de 4% (selon les résultats du NASA)

**IX. SUIVI ET EVALUATION.....**

Le système de suivi et évaluation du programme de la lutte contre le VIH et SIDA mis en place en 2005 dans le cadre du projet MAP de la Banque Mondiale et renforcé par le financement Fond Mondial à partir de 2006.

Un plan de S&E du PLSS (2013-2017) aligné au PSN (2012-2016) a été élaboré avec des objectifs et des cibles précises.

Selon le rapport MESST, Le PLSS ne dispose pas d'un plan de travail annuel budgétisé de S&E. En outre, son plan de S&E ne contient pas de matrice d'indicateurs pour suivre

l'atteinte des objectifs, ni de plan de mise en œuvre des 12 composantes et ni d'un plan fonctionnel de S&E.

La diffusion, le feed back et l'utilisation des données du S&E du VIH sont faibles; il n'y a pas non plus de revue annuelle conjointe systématique sur le VIH ni de centre national d'information sur le VIH. Le budget accordé au S&E d VIH est faible (2,75%).

Selon le même rapport, il y a une insuffisance de supervisions formatives et d'encadrement, l'absence d'évaluation des compétences en S&E et d'un plan de renforcement des capacités en S&E des parties concernées vient assombrir le tableau. Les collectivités locales ne sont pas impliquées dans la riposte au VIH au niveau décentralisé.

Une faiblesse du système de reporting des produits distribués est notée avec l'absence de procédures pour la collecte, le reporting, le maintien de la qualité des données évitant le double comptage par la société civile et les associations à base communautaire. En l'absence de directives nationales, le suivi des approvisionnements en médicaments et réactifs ne peut être assuré pour aucun domaine du programme.

A cela il faut ajouter :

- L'inexistence de stratégie de distribution des préservatifs,
- la dépendance aux fonds externe pour les programmes de prévention,
- la faible appropriation des programmes de prévention du VIH par les acteurs nationaux.
- Suite à la revue du Plan stratégique, des recommandations ont été faite afin d'améliorer le system pour le rendre cohérent, fonctionnel et multisectoriel. Dans le cadre de la soumission au NFM du Fond Mondial, une consultation est planifiée afin d'appuyer le pays pour le développement et la mise en place d'un système unique et fonctionnel de Suivi et Evaluation.

○

**Figure 4 :** données de la PTPE par trimestre en 2013

Source : Rapport Revue mi-parcours PSN 2012-2016

