

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union – Discipline - Travail

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT TECHNIQUE



**RAPPORT NATIONAL UNGASS
2010**

Côte d'Ivoire

Janvier 2008 – Décembre 2009

Version finale

Mars 2010

TABLE DES MATIERES

Préface

Remerciement

Sigles et abréviations

Liste des tableaux et figures

Liste des structures visitées

Introduction

I. APERCU DE LA SITUATION

1. Processus d'élaboration du rapport
2. Situation actuelle de l'épidémie
3. Riposte au plan politique et programmatique
4. Récapitulatif des indicateurs UNGASS

II. APERCU DE L'EPIDEMIE DE SIDA

1. Prévalence de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire
2. Féminisation de l'épidémie
3. Des comportements à risque persistants
4. Des connaissances sur le VIH/sida encore limitées
5. Populations les plus à risque
6. Impact du VIH/sida

III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

1. Engagement national
2. Programmes nationaux
3. Soins et soutiens
4. Connaissances et comportements
5. Atténuation de l'impact

IV. MEILLEURES PRATIQUES

1. La riposte nationale dans un contexte de post-crise
2. La contribution de la société civile à la réponse nationale
3. Stratégie Plateforme de Collaboration et de Prise en Charge des OEV

V. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

1. Progrès apportés aux mesures correctives aux principaux obstacles dans le rapport de l'UNGASS 2008
2. Obstacles et mesures correctives du rapport UNGASS 2010

VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

VII. SUIVI ET EVALUATION

1. Aperçu du système actuel
2. Obstacles au fonctionnement du système de suivi et évaluation
3. Esquisses de solutions aux problèmes de suivi-évaluation
4. Besoins en assistance technique et renforcement des capacités

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

DOCUMENTS CONSULTES

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des membres de l'équipe technique restreinte de travail

Annexe 2 : Liste des membres du Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation

Annexe 3 : Liste des sites de prise en charge ARV inscrits dans le suivi de cohorte

PREFACE

Plus qu'un problème de santé publique, le VIH/sida est aujourd'hui un problème de développement et de sécurité qui préoccupe la planète. La lutte contre cette pandémie est sans doute l'un des défis majeur du siècle pour assurer le développement harmonieux de nos nations et garantir la qualité de vie des populations. En Côte d'Ivoire, plus de deux décennies de lutte contre l'infection par le VIH ont montré qu'il y a eu des acquis appréciables pour atténuer l'impact négatif de la maladie.

Ces deux dernières années (2008-2009), l'option du Gouvernement a accéléré la décentralisation de la réponse et a rendu effective la multisectorialité de la lutte contre le sida.

La création de différents organes de coordination, l'opérationnalisation de l'approche district ainsi que l'implication effective de la société civile et du secteur privé ont permis d'avancer dans l'atteinte des cibles de l'Accès Universel. Cependant, beaucoup de défis restent à relever surtout en ce qui concerne les conséquences de la crise sur le programme.

C'est dans ce contexte que l'intensification des programmes de prévention chez les jeunes, le passage à échelle de la PTME et de la Prise En Charge Pédiatrique, l'amélioration de l'offre de soins de qualité, et l'intégration des populations à haut risque dans la réponse nationale sont des domaines prioritaires à prendre en compte dans le prochain cycle de planification stratégique.

C'est en cela que je salue l'élaboration de ce quatrième rapport de la Cote d'Ivoire sur le suivi de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida. Ce document permet d'apprécier les progrès réalisés depuis 2007 dans la riposte nationale. Nous remercions tous les acteurs nationaux et internationaux pour leur contribution fort-appreciable.

Dr Christine NEBOUT ADJOBI

Ministre de la Lutte contre le sida

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce quatrième rapport de suivi de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida (UNGASS) est le résultat de la collaboration d'institutions diverses et des contributions d'un grand nombre de personnes ressources à différents niveaux.

Je voudrais leur exprimer ma profonde gratitude pour ce travail. Ce rapport permettra au Gouvernement et plus particulièrement aux responsables des programmes et projets et acteurs impliqués dans la lutte contre le sida, de mesurer les progrès réalisés ces deux dernières années et les défis à relever.

Je voudrais remercier plus particulièrement :

- Les membres de l'équipe technique restreinte de travail
- Le Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation
- L'Equipe Conjointe des Nations Unies sur le VIH/sida
- PEPFAR
- PUMLS
- Les Associations de la Société Civile
- Les ONG internationales
- Le secteur privé
- Toute l'équipe de la Direction de la Planification et du Suivi-Evaluation (DPSE)
- M. KRA Kouamé Walter, Consultant national

M. Michel GUELLA

Directeur de Planification et du Suivi-Evaluation

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AFJCI	Association des Femmes Juristes de Côte d'Ivoire
ARSIP	Alliance des Religieux engagés dans la lutte contre le Sida et les autres pandémies
ARV	Antirétroviraux
ATS	Antenne de Transfusion Sanguine
BM	Banque mondiale
CAP	Connaissance Aptitude et Pratique
CCM	Country Coordinating Mechanism
CDI	Consommateur de Drogue Injectable
CDV	Conseil de Dépistage Volontaire
CEA	Commission Economique pour l'Afrique sur le VIH/sida
CECI	Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire pour la lutte contre le sida
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le Sida
CGECI	Coalition Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire
CIMLS	Comité Interministériel de Lutte contre le sida
CNDH	Commission Nationale des Droits de l'Homme
CNLS	Conseil National de Lutte contre le sida
CNTS	Centre National de Transfusion
COSCI	Conseil des organisations de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire
CPN	Consultation Prénatale
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le Sida
CSE	Centre de Surveillance Epidémiologique
CTAIL	Cellule Technique d'Appui aux Initiatives Locales
CVLS	Comité Villageois de Lutte contre le Sida
DAP	Domaine d'Action Prioritaire
DMOSS	Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire
DIPE	Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation
DIPES	Direction de l'information, de la Planification, de l'Evaluation et des Statistiques
DPSE	Direction de la Planification, du Suivi et de l'Evaluation
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EGPAF	Elisabeth Glaser Pediatric Aids Foundation
EIS	Enquête sur les Indicateurs du Sida
ENSEA	Ecole Nationale de Statistique et d'Economie Appliquée
FAFN	Forces Armées des Forces Nouvelles
FCFA	Francs de la Communauté Financière Africaine
FDS	Forces de Défense et de Sécurité
FEMAJECI	Fédération des Mouvements et Associations de Jeunesse et d'Enfance de Côte d'Ivoire
FHI	Family Health International
FM	Fonds Mondial de la lutte contre le sida
FPM	Fonds de Prévoyance Militaire
GNRSE	Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
ICAP	International Center for Aids Care and Treatment Programs
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
INS	Institut National de la Statistique
IO	Infection Opportuniste
IST	Infection Sexuellement transmissible
MEMPD	Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement
MENFB	Ministère de l'Education Nationale et de la Formation de Base

MFFAS	Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales
MFPE	Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi
MICS	Multi Indicator Cluster Survey
MJDH	Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme
MJSL	Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs
MLS	Ministère de la Lutte contre le sida
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSM	Men have Sex with Men
ND	Non Disponible
OAC	Organisation à Assise Communautaire
OBC	Organisation à Base Communautaire
OEV	Orphelin et Enfant rendu Vulnérable du fait du VIH
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/sida
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	Organisation de la Société Civile
PACCI	Institution Internationale de recherche sur le VIH en Côte d'Ivoire (représentation de l'ARNS en Côte d'Ivoire)
PAPO-HV	Projet d'Assistance aux Populations Hautement Vulnérables
PECP	Prise En Charge Pédiatrique
PNPEC	Programme National de Prise en Charge
PEPFAR	President Emergency Plan for Aids Release
PIB	Produit Intérieur Brut
PLS/PHV	Programme de Lutte contre le Sida chez les Populations Hautement Vulnérables
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNOEV	Programme National des Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvre Très Endettés
PS	Professionnelle du Sexe
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PUMLS	Projet d'Urgence Multisectoriels de Lutte contre le Sida
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REDES	Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le sida
REPMASCI	Réseau des Professionnels des Médias des Arts et du Sport engagés dans la lutte contre le sida et les autres pandémies en Côte d'Ivoire
RIJES	Réseau Ivoirien des Jeunes Contre le sida
RIOF	Réseau Ivoirien des Organisations Féminines
RIP+	Réseau Ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH
RNJ-CI	Réseau National Jeunes en santé et développement de Côte d'Ivoire
sida	syndrome immuno déficitaire acquis
SIG	Système d'Information et de Gestion
STCO	Secrétariat Technique à la Coordination Opérationnelle
TIMS	Training Information Monitoring System
UCR	Unité de Coordination Régionale
UFM	Secrétariat de l'Union du Fleuve Mano
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USA	United States of America

USAID	United States Agency for International Development
UVICOCI	Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux

- Tableau 1 : Résumé exécutif des indicateurs UNGASS
- Tableau 2: Evolution des dépenses annuelles consacrées au sida par catégorie de 2006 à 2008
- Tableau 3 : Répartition des dépenses effectuées par les prestataires selon les interventions de l'année 2008
- Tableau 4 : Financement extérieur de la lutte contre le VIH/sida

Figures

- Figure 1 : Aperçu de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire
- Figure 2 : Schéma de coordination nationale
- Figure 3 : Séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes en milieu urbain
- Figure 4 : Séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes en milieu urbain
- Figure 5 : Evolution du taux de couverture des besoins de lutte contre le VIH/sida de 2006 à 2008
- Figure 6 : Evolution de la séroprévalence VIH chez les donneurs de sang de 1992 à 2008
- Figure 7 : Parts de financement extérieur de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire de 2007 à 2008

LISTE DES STRUCTURES VISITEES

Secteur public	Ministère de la Lutte contre le sida (MLS)	Projet d'Urgence Multisectoriels de Lutte contre le sida (PUMLS)
		Programme de lutte contre le sida chez les populations hautement vulnérables (PLSPHV)
		Direction du Secteur Public (DSP)
		Direction de la Planification et du Suivi Evaluation (DPSE)
		Direction de la Mobilisation des Ressources et de la Coordination du Financement (DMRCF)
		Secrétariat Technique à la Coordination Opérationnelle (STCO)
	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MDHP)	Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE)
		Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS)
		Programme National de Prise en Charge (PNPEC)
		Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)
	Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales (MFFAS)	Programme National de prise en charge des Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida (PN-OEV)
	Ministère de l'Education Nationale (MEN)	Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire (DMOSS)
		Direction de la Pédagogie et de la Formation Continue
	Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement (MEMPD)	Institut National de la Statistique (INS)
Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme (MJDH)		
Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Salubrité (MJSS)		
Secteur privé	Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire pour la lutte contre le VIH/sida (CECI)	
Société civile nationale	ACONDA VS	
	Conseil des Organisations de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI)	
	Réseau Ivoirien des Jeunes contre le Sida (RIJES)	
	Alliance des Religieux pour la lutte contre le sida et les autres Pandémies (ARSIP)	
	Réseau Ivoirien des Organisations de Personnes vivant avec le VIH (RIP+)	
	Réseau Ivoirien des Organisations Féminines (RIOF)	
	Réseau des Professionnels des Médias des Arts et du Sport engagés dans la lutte contre le Sida et les autres pandémies en Côte d'Ivoire (REPMASCI)	
	Clinique Confiance	
	Fédération des Mouvements et Associations de Jeunesse et d'Enfance de Côte d'Ivoire (FEMAJECI)	
Société civile internationale	Family Health International (FHI)	
	MEASURE	
	EGPAF	
	Save The Children Suède	
	Institution Internationale de recherche sur le VIH en Cote d'Ivoire et pays en voie de développement (PACCI)	
	International Center for Aids Care and Treatment Programs (ICAP)	
Système des Nations Unies	Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)	
	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA)	
	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)	
	Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)	

INTRODUCTION

1. Au cours de la dernière décennie, plusieurs rencontres de haut niveau ont eu lieu dans le cadre de la lutte contre le sida. Au niveau mondial, les Etats, lors du sommet du millénaire en 2000, se sont fixés, entre autres objectifs, de combattre le VIH/sida, le Paludisme et d'autres maladies (objectif 6), avec pour cible de stopper et commencer à inverser la tendance actuelle de l'épidémie à l'horizon 2015 (cible 7). De même, en juin 2001, 189 Etats membres de l'Organisation des Nations Unies, ont adopté, lors d'une session spéciale, la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida. Les objectifs communs de cette Déclaration dite de « UNGASS » étaient de ralentir la propagation du VIH/sida et d'en atténuer les effets. Au regard de l'ampleur de l'épidémie, la Déclaration impliquait, de facto, le renforcement de la riposte aux niveaux national, régional et mondial.
2. L'Afrique, continent le plus touché par la pandémie, n'est pas restée en marge de l'effort collectif de lutte ainsi amorcé. En avril 2001 à Abuja, au Nigéria, il s'est tenu le sommet de la Commission Economique pour l'Afrique (CEA) sur le VIH/sida, conformément à l'esprit de l'objectif du millénaire n°6. A l'issue de ce sommet, les chefs d'Etat et de gouvernement africains ont pris l'engagement fort d'allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux annuels à l'amélioration du secteur de la santé y compris la lutte contre le sida.
3. La Côte d'Ivoire, signataire de la Déclaration de UNGASS, s'est inscrite dans cette voie. Elle a entrepris, à cet effet, des efforts considérables tant du point de vue institutionnel que financier tels que relevés dans les trois précédents rapports UNGASS. Le rapport UNGASS 2010 insiste davantage sur ces efforts, perceptibles à travers l'analyse des vingt-cinq (25) indicateurs répartis en quatre (4) groupes à savoir (a) deux (2) indicateurs relatifs à l'engagement et à l'action au plan national, (b) neuf (9) indicateurs de programmes nationaux, (c) dix (10) indicateurs de connaissances et comportements, et (d) quatre (4) indicateurs d'impact.
4. Ce quatrième rapport UNGASS de la Côte d'Ivoire a été élaboré sous l'égide du Ministère de la Lutte contre le Sida avec l'appui des partenaires au développement. Il comprend sept (7) parties à savoir (i) aperçu de la situation, (ii) aperçu de l'épidémie de sida, (iii) riposte nationale à l'épidémie de sida, (iv) meilleures pratiques, (v) principaux obstacles et mesures correctives, (vi) soutien des partenaires au développement, (vii) Suivi et évaluation.

I. APERCU DE LA SITUATION

1. Processus d'élaboration du rapport

5. L'élaboration de ce rapport s'est fait d'une manière participative. La coordination du processus a été assurée par la Direction de la Planification et du Suivi-Evaluation (DPSE) du Ministère de la Lutte contre le Sida. Une équipe technique de travail composée de représentants du secteur public, du secteur privé, de la société civile et des partenaires au développement (voir annexe) a été mise en place pour rédiger le rapport. Le Groupe National de Référence en Suivi Evaluation, composé d'experts en suivi évaluation des différents secteurs, a assuré la fiabilité et la validité des données collectées pour ce rapport.
6. Trois (03) phases ont caractérisé ce processus d'élaboration du rapport : (i) collecte des données, (ii) rédaction du rapport, (iii) validation du rapport.
7. La collecte des données s'est faite de façon active par les structures gouvernementales en charge d'information stratégique et de programme (DIPE, PNPEC, PLS-HV, DPSE, STCO, PNOEV, DMOSS). La Société Civile a contribué à renseigner l'indicateur n°2 « Indice composite des politiques nationales », notamment en sa partie B. Les données validées par le GNRSE ont permis l'élaboration de ce rapport qui a fait l'objet de validation lors de l'atelier de validation du 30 mars 2010. Parallèlement, la saisie des données validées a été effectuée en ligne sur le site de l'UNGASS selon les directives d'élaboration du rapport 2010.

2. Situation actuelle de l'épidémie

8. La prévalence du VIH au sein de la population ivoirienne était de 4,7% en 2005, selon l'EIS2005. Selon les estimations de ONUSIDA/OMS, cette prévalence est de 3,7% pour l'année 2008. La Côte d'Ivoire demeure un des pays les plus touchés de la sous-région Ouest-Africaine.
9. On estime à 440 000 le nombre de personnes qui vivent avec le VIH en Côte d'Ivoire en 2008 dont 250 000 femmes âgées de 15 ans et plus et 50 000 enfants âgés de 0 à 14 ans. Dans la population de PVVIH, on estime à 150 000 (34%) les plus de 15 ans, et à 14 000 (3%) les enfants qui ont besoins d'ARV (source : Estimations ONUSIDA juillet 2009). En 2008, 51 820 PVVIH étaient sous ARV (source, Rapport annuel VIH/sida du secteur santé en Côte d'Ivoire 2007-2008). Dans le cadre de la PTME, les mères qui ont besoin d'ARV étaient estimées à 22 000 (5%).

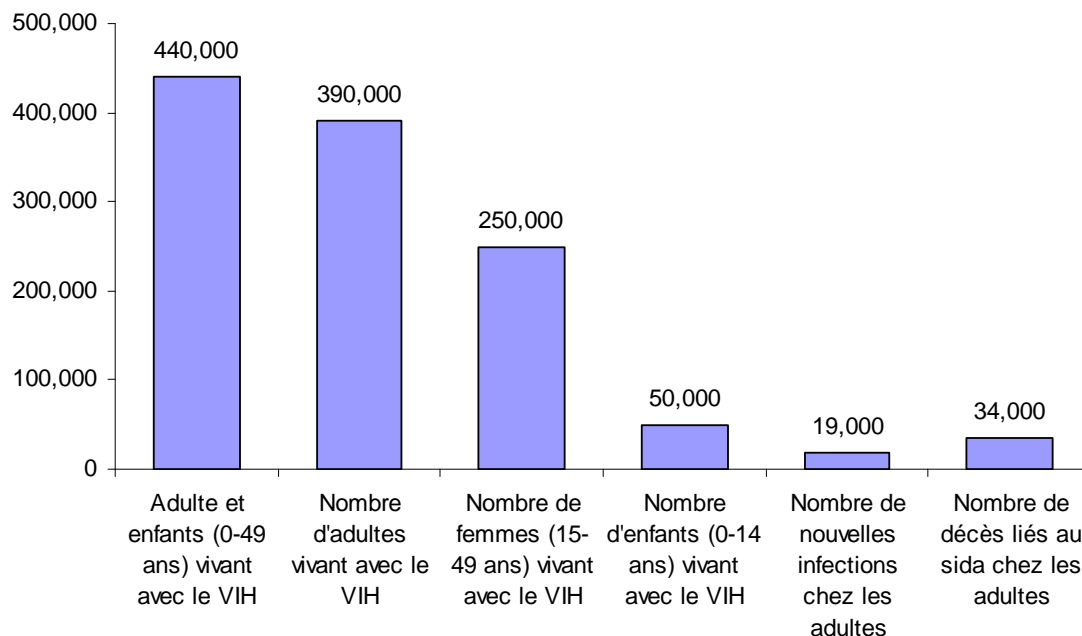


Figure 1 : Aperçu de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire

10. Selon l'ONUSIDA 34 000 cas de décès dus au VIH ont été estimés en 2008. En outre, ces estimations portent à 430 000 le nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables du fait de l'infection à VIH dans le pays et le nombre de nouvelles infections à 19 000 au cours de la même année.

3. Riposte au plan politique et programmatique

11. La lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire repose essentiellement sur une stratégie décentralisée et multisectorielle. La mise en œuvre de cette politique est caractérisée par l'application des trois principes clés. La décentralisation a consisté à organiser la riposte aux niveaux régional, départemental, communal et villageois, à travers la création des Comités régionaux, départementaux, communaux et villageois de lutte contre le Sida. Ces comités sont appuyés par les Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives Locales (CTAIL) qui en assurent le secrétariat. Cette approche facilite la coordination des interventions de lutte contre sida sur toute l'étendue du territoire. Dans le cadre de l'approche multisectorielle, tous les secteurs d'activité sont incités à s'impliquer et à s'organiser pour impulser la riposte nationale, le VIH/sida étant désormais considéré comme un problème de développement et de sécurité.

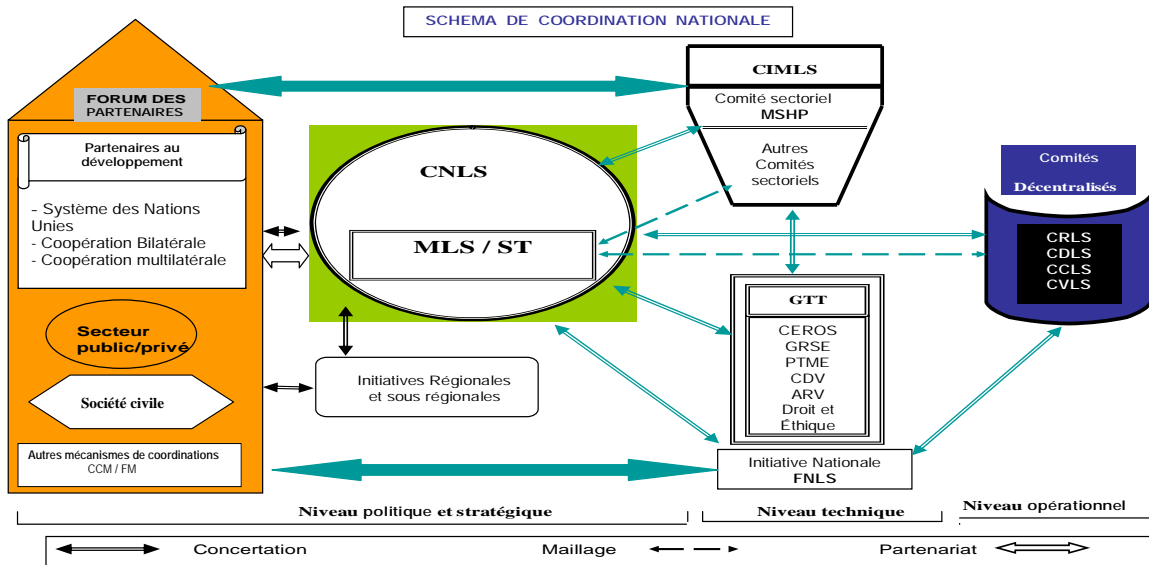


Figure 2 : Schéma de coordination nationale

12. Tous les secteurs de développement sont donc impliqués dans la lutte à travers les interventions intégrées issues de plans sectoriels, avec la participation des différents sous-secteurs. La mise en œuvre de la multisectorialité repose également sur un cadre organisationnel comportant (i) les comités sectoriels au niveau de chaque secteur ou département ministériel présidé par le Ministre de tutelle avec un coordinateur ou point focal nommé par le Ministre, (ii) les cellules focales, structures d'exécution mises en place au niveau des sous-secteurs publics ou privés d'un secteur donné.

13. La société civile est fortement impliquée pour soutenir et compléter l'action gouvernementale, à travers ses principaux réseaux de lutte contre le sida. A titre d'exemples, on peut citer le Conseil des Organisations de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI), le Réseau Ivoirien des Organisations de Personnes vivant avec le VIH (RIP+), le Réseau Ivoirien des Organisations Féminines (RIOF), l'Alliance des Religieux pour la lutte contre le sida et les autres Pandémies (ARSIP), le Réseau des Professionnels des Médias, des Arts et du Sport engagés dans la lutte contre le Sida et les autres pandémies en Côte-d'Ivoire (REPMASCI), le Réseau Ivoirien des Jeunes contre le Sida (RIJES), la Fédération des Mouvements et Associations de Jeunesse et d'Enfance de Côte d'Ivoire (FEMAJECI), l'Intersyndicale, le Réseau des Parlementaires pour la lutte contre l'infection par le VIH, l'Association des Femmes Juristes de Côte d'Ivoire (AFJCI), le Réseau National des Jeunes Avocats, le Réseau National Jeunes en Santé et Développement (RNJ-CI), l'Alliance Ivoirienne des Maires et Responsables Municipaux sur le VIH/sida, organe spécialisé de l'Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire (UVICOCI).

14. Cet élan collectif de renforcement de la riposte nationale bénéficie, en outre, de l'apport considérable du secteur privé dont l'action est portée par les principales faitières que sont la Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire pour la lutte contre le

- VIH/sida (CECI) et la Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI). Environ 300 entreprises disposent aujourd'hui de cellules focales de lutte contre le sida, contre une dizaine il y a quelques années.
15. Il est à noter que la riposte nationale s'inscrit dans un cadre unique d'intervention, matérialisé par le Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le VIH/sida 2006-2010. Ce plan a fait, en 2009, l'objet d'une revue à mi-parcours qui recommande l'élaboration d'un nouveau plan stratégique (2010-2013) qui s'aligne sur les priorités nationales (DSRP 2010-2013). De ce cadre stratégique, se déclinent plusieurs documents nationaux.
16. Entre autres, on retiendra le Plan d'Action National de lutte contre le VIH/sida 2008-2009, les documents de normes et procédures pour les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME), le Conseil et Dépistage Volontaire (CDV), le Plan National de Suivi et Evaluation. A ces documents, il faut ajouter le Document National de Stratégies de Plaidoyer en matière de lutte contre le VIH/sida élaboré et validé en 2010, l'Agenda National des Priorités Politiques de Réponse du VIH et du sida en Côte d'Ivoire pour la période 2009-2013, ainsi que l'Avant-projet de loi sur la prévention, la protection et le contrôle en matière de lutte contre le VIH/sida en cours de finalisation.
17. Au niveau régional, la Côte d'Ivoire contribue aux initiatives sous-régionales en matière de lutte contre le VIH/sida telles que le Projet *Corridor* (reliant l'axe Abidjan-Lagos), *Rails Link* (axe du chemin de fer Abidjan-Ouagadougou), *Sécuriser le futur*, et « *Mano River Union* ».
18. Les efforts de lutte dans le cadre de la riposte nationale sont également perceptibles au niveau de l'accès aux ARV. Le Gouvernement ivoirien a rendu l'accès aux ARV totalement gratuit depuis 2008. Ces efforts ont permis à 51 820 personnes d'avoir accès au traitement ARV en 2008 (source, Rapport annuel VIH/sida du secteur santé en Côte d'Ivoire 2007-2008).

4. Récapitulatif des indicateurs UNGASS

Tableau 1 : Résumé exécutif des indicateurs UNGASS

Indicateurs	Valeurs par année			Sources
	2007	2008	2009	
Actions et engagements nationaux				
1. Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement (en millions de FCFA)	33 301 ¹	31 317		REDES 2009
2. Indice composite des politiques nationales				
2.1. Partie A	8		7,1	Rapport UNGASS 2010
2.2. Partie B	3,75		5,8	Rapport UNGASS

¹ Cette donnée a été actualisée à partir des données du REDES. Le montant dans le rapport UNGASS 2008 était partiel.

				2010
Programmes Nationaux				
3. Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	100%		100%	CNTS
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux	29,7%	31,6%	41,2% ²	MSHP
5. Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	17,2%	42,3%	43,7% ³	MSHP
6. Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH		33,1%	32,1%	Rapport annuel PNLT 2008 Rapport PNLT 2009 (provisoire)
7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	3,5%			EIS 2005
8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat				
8.1. Professionnels du sexe	50,9%			Rapport UNGASS 2008
8.2. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	57%			Rapport UNGASS 2008
8.3. Consommateurs de drogues injectables ⁴	ND ⁵	ND		
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre				
9.1. Professionnelles du sexe	92,5%			Rapport UNGASS 2008
9.2. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	100%			Rapport UNGASS 2008
9.3. Consommateurs de drogues injectables	ND	ND		
Soins et soutien				
10. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge			27,1%	PNOEV/ONUSIDA
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire			2,1%	MEN/DPFC
12. Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans				
12.1. Taux actuel de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans	62,4%		35,7%	Rapport UNGASS 2008 Estimations de l'INS
12.2. Taux actuel de fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux	51,7%			EIS 2005
Connaissances et comportements				
13. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans	22,2%		15,1% ⁶	Rapport UNGASS

² Données provisoires³ Idem⁴ Pour cet indicateur le numérateur est disponible : 18 CDI qui ont fait leur test de dépistage et qui connaissent le résultat. Mais il n'existe pas de données pour estimer le dénominateur (le nombre total de CDI)⁵ ND : Non Disponible⁶ Il s'agit d'une donnée issue de l'enquête CAP 2009 sur les jeunes de 10-24 ans conduites à Abidjan et dans 6 autres départements

possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus				2008 Enquête CAP 2009/INS
14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus				
14.1. Professionnelles du sexe	31,7%			Etude CAP 2007
14.2. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	ND	ND	ND	
14.3. Consommateurs de drogues injectables	ND	ND	ND	
15. Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	17,6%		21,1% ¹¹	Rapport UNGASS 2008 Enquête CAP 2009/INS
16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	16,4%			EIS 2005
17. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	44,4%			
18. Pourcentage de professionnelles du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	95,9%	96,6%		Rapport UNGASS 2008 Etude PAPO-HV
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annuel avec un partenaire masculin	ND		41,6%	Clinique Confiance Rapport annuel 2009
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel	ND	ND	ND	
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	ND	ND	ND	
Atténuation de l'impact				
22. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH		3,3%		Rapport de la sérosurveillance sentinelle 2008
23. Pourcentage des populations les plus à risque qui sont infectées par le VIH				
23.1. Professionnelles du sexe	ND		33,4%	Rapport annuel FHI
23.2. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	ND		24,5%	Clinique de confiance
23.3. Consommateurs de drogues injectables	ND		22,2%	Rapport annuel Hôpital de la police nationale
24. Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci	89%		67,0%	Rapport UNGASS 2008 Données de cohorte EGPAF 2008-2009
25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH		26,7%		Estimations ONUSIDA

II. APERCU DE L'EPIDEMIE DE SIDA

1. Prévalence de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire

31 La prévalence nationale de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire est de 4,7% selon L'EIS 2005, répartie de manière inégale sur l'ensemble du territoire avec des taux élevés en milieu urbain (5,4%) et faibles en milieu rural (4,1%). Dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans, les femmes sont beaucoup plus touchées que les hommes avec une séroprévalence respective de 6,9% contre 2,4%.

32 La répartition géographique montre un gradient croissant du niveau de prévalence du VIH dans la population générale ainsi que chez les femmes enceintes. Ce gradient croissant se fait du Nord au Sud (2,0%-7,0%), de l'Ouest à l'Est (Nord:5.3%-7.3%), des plus pauvres aux plus riches du milieu rural au milieu urbain comme l'indiquent les figures 2 et 3 (Source : Connaitre son épidémie et sa Réponse en COTE D'IVOIRE/MEASURE).

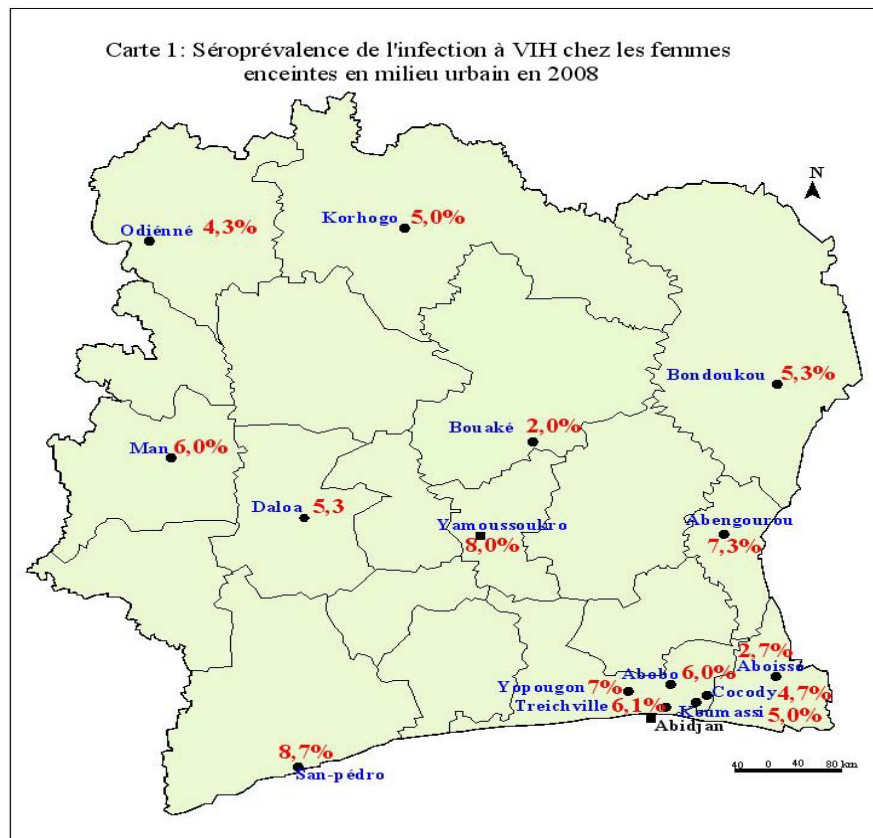


Figure 3 : Séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes en milieu urbain

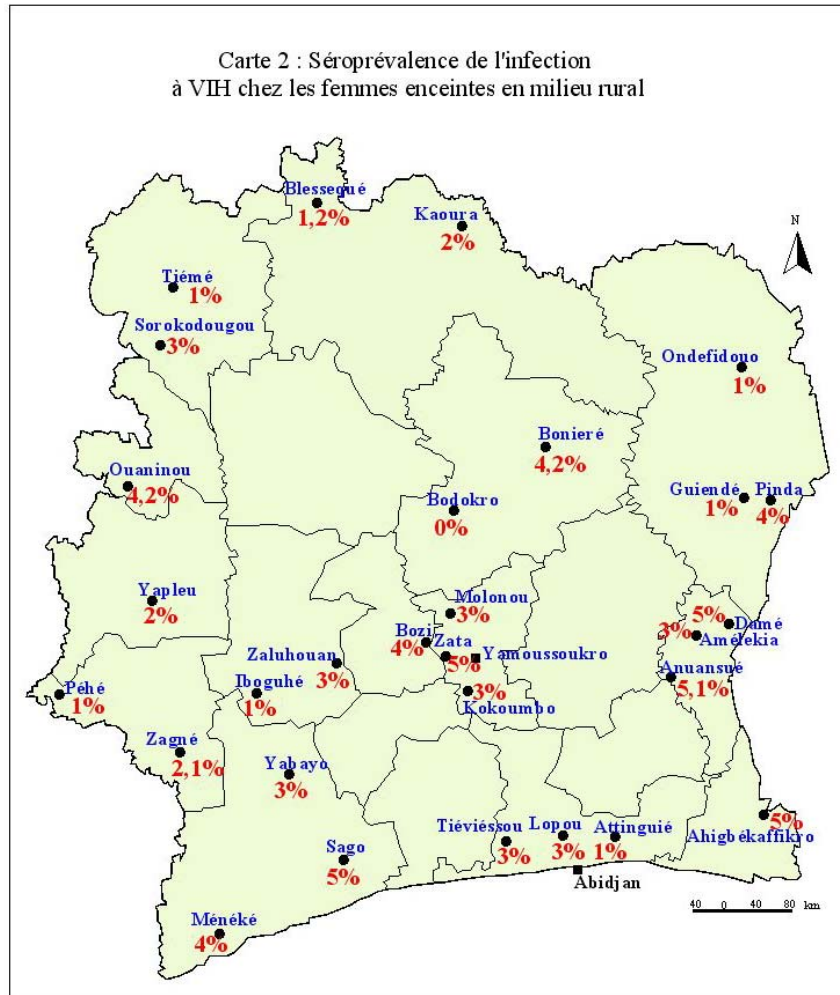


Figure 4 : Séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes en milieu rural

2. Féminisation de l'épidémie

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

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

- 35 La féminisation de l'épidémie se confirme chez les populations des localités frontalières de l'ouest de la Côte d'Ivoire. A cet effet, les données de routine du Projet de *“Prévention et de prise en charge des IST/VIH/sida des populations mobiles transfrontalières et de leurs communautés d'accueil dans les pays de l'Union du Fleuve Mano”* pour l'année 2009 indiquent que 41% des femmes et 18,6% des hommes dépistés dans les localités frontalières de Danané et de Zouan-Hounien sont séropositives au VIH.
- 36 Un autre aspect de la féminisation de l'épidémie concerne le lien entre santé de la reproduction et VIH. Les infections à VIH sont souvent associées à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement. Le risque de transmission et d'acquisition du VIH peut donc s'accroître du fait de la présence de certaines infections sexuellement transmissibles (IST). Pour les années 2007 et 2008, le nombre de femmes enceintes séropositives est respectivement passé de 7 784 à 12 718, selon le Rapport annuel VIH/sida du secteur santé en Côte d'Ivoire 2007-2008.
- 37 Malgré la féminisation de l'épidémie, on note des progrès dans l'entrée des femmes dans la PTME ainsi qu'une réduction des écarts dans les cascades de la PTME entre 2005 et 2008. Néanmoins, une très faible utilisation des services par les femmes enceintes suivie d'une déperdition importante parmi celles qui viennent en CPN1 persiste, de même qu'un important déficit de prise en charge préventive chez celles qui acceptent la PTME. Ce déficit est passé de 22% à 37% entre 2005 et 2008 respectivement (source, Restitution de travaux de groupe sur « Know your epidemic, know your response » Rapport provisoire/MEASURE/USAID).

3. Des comportements à risque persistants

- 38 De manière générale, nous notons une persistance des comportements à risque chez les jeunes de 15-24 ans. L'EIS 2005 indique, en effet, que 21% de filles contre 15% de garçons ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Cette tendance est confirmée dans l'étude CAP réalisée en 2009 par l'INS dans huit (8) départements. Cette étude indique qu'avant l'âge de 16 ans, 52,2% des jeunes sont sexuellement actifs, 19% des filles à 19 ans ont déjà donné naissance à au moins un enfant, 44% des garçons et 75% des filles n'utilisent pas de préservatifs lors des rapports sexuels.
- 31 L'EIS mentionne également que 73% des jeunes hommes et 56% des jeunes filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge exact de 18 ans, et que seules 12% des femmes et 30% des hommes ont utilisé un préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque. De même, 87% des femmes et 90% des hommes n'ont jamais fait le test de dépistage du VIH soit une moyenne nationale de 88,5%.
- 32 Par ailleurs, l'Evaluation rapide des connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention et de prise en charge du VIH/sida chez les populations agricoles des villages d'Amélékia, Yakassé-Féyassé, Zamaka et Zinzénou dans le département d'Abengourou initiée par Family Health International (FHI), indique que 23% des

- agriculteurs affirment n'avoir jamais utilisé le préservatif, 93% ont entendu parler du test de dépistage du VIH mais seulement 13% ont déclaré avoir fait une fois le test de dépistage.
- 33 En milieu scolaire, une étude CAP sur *l'Analyse situationnelle des OEV et enquête des Connaissances, Attitudes et Pratiques des élèves et enseignants sur les IST, le VIH/Sida, et les grossesses en milieu scolaire*, commanditée par le PUMLS en 2009 dans les zones d'Abidjan, Aboisso, Man et Korhogo montre que les enseignants ont des rapports sexuels avec les élèves dans 47,6% des cas. L'étude révèle également que la moyenne d'âge du premier rapport sexuel est de 14,66 ans.
- 34 Les comportements à risque se constatent également chez d'autres catégories de personnes comme les travailleurs des débits de boisson et les ex-combattants. En ce qui concerne le personnel des débits de boisson, une étude (source, Institut National d'Hygiène Publique) transversale à visée descriptive s'est déroulée de décembre 2006 à avril 2007 dans 68 débits de boisson de la commune d'Abobo dans le district d'Abidjan. Cette étude rapporte que 83,5% desdits travailleurs consommaient de l'alcool, 2,8% de la drogue et 30,8% de la cigarette. Seulement 24,3% d'entre eux avaient déjà fait le test de dépistage. La principale raison du refus du dépistage était la stigmatisation (41,3%). Le multi partenariat sexuel se rencontre chez 65,3% d'entre eux. Une proportion de 18% avait des rapports sexuels avec des clients et 7,8% n'utilisaient pas de préservatifs pendant ces rapports. Ceux qui avaient des rapports sexuels sous l'effet d'excitants étaient de 38,3% et 47,3% n'utilisaient pas toujours de préservatifs pendant ces rapports. De plus, 1,8% d'entre eux accepteraient des rapports non protégés pour de l'argent.
- 35 Pour mesurer la tendance des comportements des ex-combattants vis-à-vis des IST/VIH/sida, une étude a été réalisée avec l'appui technique et financier de l'UNFPA auprès de 2400 ex-combattants des Forces de Défense et de Sécurité (FDS) et ceux des Forces Armées des Forces Nouvelles (FAFN). Il ressort de cette étude que 43% des FDS ont eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des six derniers mois qui ont précédé l'enquête contre environ 20% chez les FAFN. En ce qui concerne les relations avec les partenaires occasionnels, seulement 51% des ex-combattants FDS utilisent le préservatif contre 46,8% chez les FAFN. En outre, 15,6% des FDS et 42,9% des FAFN ignorent un endroit pour faire le test de dépistage du VIH. Plus de la moitié des ex-combattants n'a pas encore eu recours au test de dépistage et parmi ces derniers il en reste une frange importante qui n'affiche aucune disponibilité à le réaliser.
- 36 Nous notons en outre les cas de violence basées sur le genre qui se sont accentués à cause de la crise que connaît le pays. Le Ministère de la Femme, de la Famille et des Affaires Sociales avec l'appui technique et financier de l'UNFPA, a mené une série d'enquêtes (2007) sur les violences basées sur le genre dans huit (8) départements des zones CNO. Les résultats de ces études indiquent que 9 sur 10 personnes interrogées déclarent avoir subi au moins une violence dans la vie. Lorsque l'on considère les formes de violences subies, les violences physiques (84%), les violences verbales

(81%), les violences psychologiques (34%) et les violences sexuelles (21%) se positionnent comme étant les plus répandues. De toutes les formes de violences, c'est au niveau des violences sexuelles que l'on observe une variation importante entre les sexes. Environ une femme sur 4 (25%) a été victime de violence sexuelle au cours de sa vie contre 1 homme sur 10 (14%). Au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, près de la moitié des enquêtés (49%) ont déclaré avoir été victimes d'au moins un acte de violence. En outre, selon les résultats de l'enquête sur les conditions de vie de personnes déplacée et les familles d'accueil réalisée par l'UNFPA en 2006, plus de 4 personnes déplacées sur 10, surtout des femmes, ont subi des violences au cours du déplacement et à domicile.

4. Des connaissances sur le VIH/sida encore limitées

- 37 En matière de connaissances sur le VIH/sida, l'EIS 2005 rapporte que la quasi-totalité des femmes et des hommes ont entendu parler du VIH/sida. Parmi les femmes, 60% savent que le préservatif est un moyen de prévention du VIH/sida. Cette proportion est de 74% chez les hommes. Seuls 44% des femmes et 43% des hommes savent qu'on peut réduire le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant par la prise des antirétroviraux par la mère au cours de la grossesse.
- 38 Cette tendance se confirme auprès des populations déplacées internes, réfugiées et des populations hôtes. L'étude CAP (BAD et UNFPA) dans ce groupe de population dans le département de Danané, a montré entre 2006 et 2009, une évolution de la proportion des personnes (70% à 75%) ayant déjà entendu parler des IST. Les enquêtés connaissent mieux les moyens de prévention des IST, notamment la fidélité (30% en 2009 contre 17% en 2006), l'utilisation du préservatif (84% contre 83%) et l'abstinence (39% contre 17%). Grâce à la conjugaison de tous ces facteurs, on a noté une baisse de près de 5% des personnes qui ont déjà contracté une IST (36% contre 31%).
- 39 En outre, l'étude précitée sur les 2400 ex-combattants montre que la majorité d'entre eux ont entendu parler au moins une fois d'une IST autre que le VIH/sida soit FDS (97%) et FAFN (80%). Le moyen de prévention le plus cité est le préservatif à 70% contre moins de 50% en faveur de l'abstinence et la fidélité.
- 40 Dans le cas des professionnelles du sexe, la situation est peu encourageante. L'étude CAP de l'UNFPA (2007) révèle, en effet, que le sida est très peu connu des PS lorsqu'on considère les modes de transmission, les moyens d'éviter la maladie et les idées fausses que la rumeur véhicule sur la pandémie. Seulement 10% des PS ont une connaissance complète du sida. En ce qui concerne le personnel des débits de boisson, 89,8% avaient déjà entendu parler des IST et 98,5% du sida. Parmi eux, 50,3% savaient que leur profession les exposait aux IST/VIH/sida et ce, par le multi partenariat sexuel (48,8%), (source, étude transversale à visée descriptive du 05 Décembre 2006 au 23 Avril 2007).

5. Populations les plus à risque

- 41 Les populations les plus à risque, selon le DSRP 2009 de la Côte d'Ivoire et conformément aux dénominations internationales, sont : (i) les jeunes ayant leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans, (ii) les femmes adultes victimes d'abus et de violence sexuels (30-34 ans), (iii) les couples sérodiscordants, (iv) les professionnels du sexe, (v) les routiers, (vi) les militaires, (vii) les enseignants, (viii) les porteurs d'une IST, et (ix) les tuberculeux. Concernant spécifiquement les tuberculeux, il faut noter que la co-infection VIH/tuberculose varie de 42 à 49% selon les études. A ces groupes, il faut ajouter éventuellement les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues injectables.
- 42 En ce qui concerne les professionnelles du sexe, 1/3 d'entre elles ont un âge compris entre 20 et 24 ans, 71% ont moins de 30 ans, 68% sont alphabétisées et l'âge moyen d'entrée dans la profession est de 22 ans. Environ 25% d'entre elles ont une grande mobilité, 61% ont recours à un établissement sanitaire en cas de besoin de soins, 18% à des tradipraticiens et 16% à l'automédication. Seulement 10% d'entre elles ont une connaissance complète des IST/VIH/sida. En termes de comportement à risque, 99% utilisent le préservatif avec les clients, mais dans 68% des cas le préservatif n'est pas utilisé pour les relations non payantes (source, Restitution de travaux de groupe sur « Know your epidemic, know your response » Rapport provisoire, MEASURE/USAID).
- 43 Parmi les autres groupes, on note l'existence des Hommes ayant des rapports Sexuel avec d'autres Hommes, estimés à environ 11 892 (source, Proposition Round 9 FM 2008) et les consommateurs de drogues injectables. Cependant des études sont en cours pour décrire l'ampleur de l'épidémie dans cette population.
- 44 On note enfin la catégorie des migrants constitués des travailleurs saisonniers, des routiers et autres camionneurs ainsi que des réfugiés. Les statistiques repris dans le REDES à leur sujet révèlent que 4 migrants sur 5 sont analphabètes ou de niveau primaire, et que 42% des hommes contre 28% des femmes sont célibataires. Le groupe des migrants représente donc une catégorie importante et à risque.

6. Impact du VIH/sida

- 45 Le VIH/sida est aujourd'hui un problème de développement et de sécurité. En Côte d'Ivoire, ce constat se traduit par l'impact de la pandémie sur tous les secteurs d'activités. A titre d'exemples, le DSRP 2009 reprenant à son compte des études antérieures, indique que le VIH/sida exerce une forte pression sur le système de santé. En 1997, 40% des lits hospitaliers à Abidjan étaient occupés par les malades du sida. Non seulement ce taux d'occupation est en hausse, mais on assiste à un allongement progressif de la durée moyenne de séjour hospitalier des patients infectés par le VIH/sida.

- 46 Au niveau de l'éducation, le nombre de décès du personnel enseignant pour cause de VIH/sida est important. Sur la période 1996-1997, sept (7) enseignants sont décédés par semaine scolaire, et le nombre d'OEV incapables de supporter les coûts de la scolarisation s'accroît. Dans le secteur de l'agriculture, le VIH/sida s'attaque directement à la main-d'œuvre. La force de travail dans le secteur agricole a baissé de 5,6% en 2000 avec une prévision de baisse de 11,4% en 2020. Le secteur de la défense n'est pas en reste. Selon une étude du Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) publiée en 2000, 150 à 200 militaires décèdent par an pour cause de VIH/sida.
- 47 La crise sociopolitique en Côte d'Ivoire a provoqué une fracture qui se matérialise par la répartition du pays en aires géographiques significatives. Cette guerre a occasionné d'importants mouvements de populations entraînant une augmentation des effectifs dans les villes d'accueil des déplacés et une réduction en quantité et en qualité de personnels dans les zones centre nord ouest (zones CNO), la paupérisation accélérée des couches sociales déjà défavorisées et la déstructuration du tissu familial. Elle a profondément modifié la composition des ressources humaines et matérielles dans le domaine de la santé, et provoqué la stagnation des interventions dans la lutte contre le VIH/sida. Cela a induit une baisse dans la prévention et la prise en charge des PVVIH et des OEV dans les zones CNO.

III. RIPOSTE NATIONALE A L'EPIDEMIE DE SIDA

- 48 Depuis 2008, des efforts considérables ont été enregistrés dans plusieurs domaines de la réponse nationale au sida tels que décrits ci-dessous.

1. Engagement national

- 49 A ce niveau, on observe une volonté politique gardant le VIH/sida sur l'agenda politique malgré la période transitoire de sortie de crise. Ceci s'est traduit par l'existence de financement tant interne qu'international dans la lutte contre le sida et la révision du de documents politiques et stratégiques. .

Indicateur 1 : Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement (en millions de FCFA)

- 50 Selon l'EF/REDES 2006, 2007 et 2008 la plus importante source de financement en matière de lutte contre les IST/VIH/sida au cours de la période 2006-2008 provient des partenaires au développement avec 75,1 milliards de FCFA, soit 87,22% des ressources totales. Cela démontre la forte dépendance du financement de la lutte contre le sida de l'extérieur. Les fonds internationaux sont respectivement suivis par les fonds publics (9,01%) et les fonds privés (3,77%). Sur la base de ces constats, la question de la pérennité de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire se pose avec acuité.

51 Toujours selon le REDES, les ressources de la lutte contre le sida ont été gérées sur la période par trois entités que sont : le secteur public (11,50%), le secteur privé (5,77%) et les institutions internationales à but non lucratif (82,73%), composées des agences bilatérales, des agences multilatérales et des Organisations Internationales non gouvernementales à but non lucratif. Dans ces entités internationales, les Organisations internationales non gouvernementales à but non lucratif ont géré le plus de ressources (62,67%). Elles sont respectivement suivies des agences bilatérales (14,63%) et des agences multilatérales (5,43%). En clair, les partenaires au développement mobilisent et gèrent la grande partie des fonds alloués à la lutte contre le VIH/sida.

52 Les financements ont été utilisés principalement pour trois catégories de dépenses à savoir (i) la prise en charge et le traitement, (ii) la prévention, (iii) l'administration et la gestion de programme. Sur la période 2006-2008, le REDES évalue à 38,57% les dépenses affectées à la prise en charge et au traitement, à 31,00% celles destinées à la prévention, et à 27,33% les dépenses d'administration et de gestion de programmes. Les autres interventions relatives aux OEV, aux ressources humaines, à la protection sociale et aux services sociaux, de même qu'à l'environnement favorable au développement communautaire et à la recherche ont été insuffisamment pourvus.

Tableau 2: Evolution des dépenses annuelles consacrées au sida par catégorie de 2006 à 2008

Catégories de dépenses	Montant (FCFA)			
	2 006	2 007	2 008	Total
Prévention	6 365 220 834	9 911 248 617	10 523 878 465	26 800 347 916
Soins et traitement	10 114 856 701	13 758 299 981	8 581 898 531 ⁷	32 455 055 213
Orphelins et enfants vulnérables	541 317 386	949 237 899	828 492 227	2 319 047 512
Administration et gestion des programmes (y compris la coordination, le suivi-évaluation et la recherche opérationnelle)	4 364 968 901	8 535 727 081	11 311 701 141	15 676 670 042

Source, EF/REDES 2006, 2007 et 2008

53 Le tableau 2 montre l'évolution des dépenses annuelles consacrées au sida par catégorie de 2006 à 2008. Sur la période, la catégorie *Soins et traitement* absorbe le plus de ressources suivie de la *Prévention* et de la catégorie *Administration et gestion des programmes*, intégrant la coordination, le suivi-évaluation et la recherche opérationnelle. La catégorie reflétant le moins de dépense concerne celle des Orphelins et enfants vulnérables. Les dépenses des catégories *Prévention* et *Administration et gestion des programmes* ont connu une évolution ascendante sur les trois années contrairement aux deux autres catégories où les dépenses ont baissé en 2008.

54 Pour l'année 2008, comme l'indique le tableau n°3 tiré du REDES, les dépenses des prestataires ont été essentiellement allouées aux interventions d'administration et de gestion de programmes et aux activités de prévention. Ces dépenses représentent

⁷ Cf EF/REDES 2006, 2007 et 2008

respectivement 36,12% (11,3 milliards) et 33,60% (10,5 milliards). Il convient également de souligner que 27,40% (soit 8,5 milliards) des interventions ont été affectées par l'ensemble des prestataires à la prise en charge et au traitement. Les interventions en faveur des orphelins et enfants rendus vulnérables représentent 2,65% (soit 828 millions) de l'ensemble des interventions. En revanche, les interventions liées aux ressources humaines, à l'environnement favorable au développement communautaire et à la recherche sur le VIH/sida ont représenté moins de 1% (0,22%) de l'ensemble des interventions. Des efforts restent donc à accomplir dans ces différents domaines.

Tableau 3 : Répartition des dépenses effectuées par les prestataires selon les interventions de l'année 2008 (FCFA)

Principales catégories	Public	Privé	Agences bilatérales et multilatérales ⁸	Non classés ailleurs	Total
Prévention	5 515 274 864	3 906 219 722	2 400 000	1 099 983 879	10 523 878 465
Prise en charge et traitement	8 065 745 243	276 139 854	10 196 135	229 817 299	8 581 898 531
Orphelins et Enfants Vulnérables	412 952 238	355 832 786	0	59 707 203	828 492 227
Administration et gestion de Programmes	2 054 543 171	1 470 843 657	3 884 887 396	3 901 426 917	11 311 701 141
Ressources humaines	0	22 680 000	0	0	22 680 000
Protection sociale et services sociaux (OEV exclus)	0	13 119 140	0	0	13 119 140
Environnement favorable au Développement communautaire	3 150 396	0	2 065 000	25 015 100	30 230 496
Recherche à l'exception de la recherche opérationnelle	5 000 000	0	0	0	5 000 000
TOTAL GENERAL	16 056 665 912	6 044 835 159	3 899 548 531	5 315 950 398	31 317 000 000

Source, EF/REDES 2006, 2007 et 2008

55 Le financement de la mise en œuvre du Plan stratégique national 2006-2010 donne les résultats suivants : sur environ 36,9 milliards de francs CFA de ressources nécessaires à la lutte, il a été mobilisé 21,5 milliards en 2006, ce qui représente un taux de couverture des besoins de 58,26%. Pour l'année 2007, les besoins ont été évalués à 48,9 milliards pour des dépenses effectives d'environ 33,3 milliards, soit un taux de couverture de 68,09%. En 2008, les besoins en ressources pour la réponse nationale ont été estimés à 59,8 milliards tandis que les dépenses effectives s'élevaient à 31,3 milliards pour un taux de couverture de 52,34% (Figure 5, source, EF/REDES 2006, 2007 et 2008).

⁸ Les agences multilatérales et bilatérales agissent comme des sources de financement et très rarement comme des prestataires de service

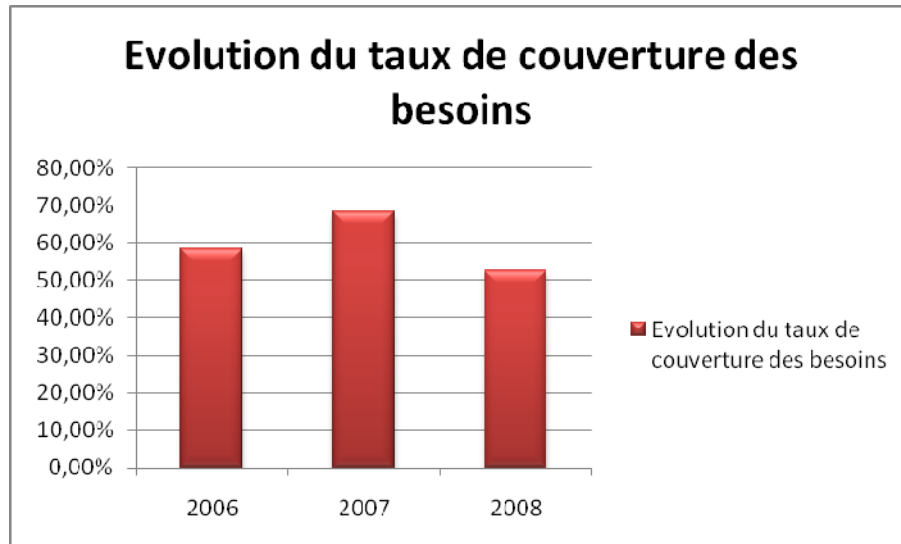


Figure 5 : Evolution du taux de couverture des besoins de lutte contre le VIH/sida de 2006 à 2008

56 En somme, sur la période 2006-2008, le REDES situe la couverture des prévisions entre 50 et 70%. L'année 2007 constitue celle pour laquelle les dépenses effectuées ont été le plus proches (comparativement à 2006 et 2008) des prévisions avec un taux de couverture de l'ordre de 68%. En 2008 par contre, l'écart entre prévision et réalisation est plus grand ; les dépenses retracées par le REDES sont bien en deçà de celles de 2007 (31,3 milliards de francs CFA en 2008 contre 33,3 milliards en 2007) pour des prévisions beaucoup plus élevées (59,8 milliards de dépenses prévisionnelles en 2008 contre 48,9 milliards en 2007). Le fait pour la Côte d'Ivoire de n'avoir pas été éligible au Fonds Mondial (Round 8), ainsi que la réduction des ressources allouées aux ARV en raison de l'acquisition de stocks d'ARV en 2007, pourraient expliquer cette baisse de dépenses. L'élection du pays au round 9 du Fonds Mondial devrait permettre de relever le niveau de financement.

Indicateur 2 : *Indice composite des politiques nationales*

57 La politique nationale de lutte contre le VIH/sida mobilise la société ivoirienne dans toutes ses composantes. A cet effet, la stratégie multisectorielle et décentralisée sur laquelle repose cette politique favorise la synergie d'actions des acteurs et partenaires de la lutte. Bien que des efforts aient été accomplis pour améliorer la réponse nationale, beaucoup reste à faire dans plusieurs domaines tels que (i) le renforcement de la prévention, des traitements, soins et soutiens, du système de suivi-évaluation, (ii) l'amélioration du cadre juridique des personnes touchées par le VIH, et (iii) la consolidation de la participation de la société civile à la riposte nationale.

a) Plan stratégique

- 58 La principale réalisation en matière de planification de la lutte contre le VIH/sida porte sur la revue à mi-parcours du PSN 2006-2010 en vue de l'élaboration du nouveau PSN 2010-2013 qui sera aligné sur le DSRP.
- 59 En termes de Gouvernance, on note les efforts accrus de décentralisation avec la création de onze (11) Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives Locales (CTAIL) sur 19 attendues. La contribution de ces structures a été déterminante, notamment dans les aspects de coordination, de plaidoyer, de mobilisation sociale et de ressources et de suivi-évaluation. Ces Cellules ont bénéficié de l'appui technique et financier des partenaires dans les domaines suivants : cadre institutionnel, planification stratégique, suivi-évaluation, formation du personnel et appui logistique et managérial. Dans l'optique de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien, ces efforts méritent d'être soutenus pour assurer une meilleure couverture géographique et la qualité des services offerts au niveau régional.

b) Appui politique

- 39 Au cours des années 2008 et 2009 l'appui politique a été d'avantage renforcé à travers l'organisation d'une réunion du Conseil National de lutte contre le sida et du Comité Interministériel de Lutte contre le Sida. Au cours de ces réunions, les représentants du Gouvernement (Ministres, Préfet, sous-préfet et les hauts responsables de l'administration) ont discuté des acquis de la réponse nationale ainsi que les insuffisances de même que les actions à améliorer.
- 40 Par ailleurs dans le cadre de la campagne mondiale de lutte contre le sida, un message du Gouvernement est diffusé officiellement pour sensibiliser les populations sur la thématique du VIH/sida. Pendant le lancement de cette campagne, des festivités sont organisées dans une région où les acteurs politiques adressent des messages sur le VIH/sida.
- 60 Au cours de la semaine nationale, des journées scientifiques et la journée du CDV sont organisées avec une forte participation de la société civile. Un budget prenant en compte les frais de fonctionnement et la dotation pour l'achat des ARV est alloué chaque année par le Gouvernement.

c) Prévention

- 61 Les principaux progrès réalisés dans le domaine de la prévention depuis 2007 portent sur la mobilisation de la société civile autour de l'abstinence et la fidélité, du port correct et systématique du préservatif, du conseil et dépistage, de la prévention de la transmission mère-enfant, de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes touchées par le VIH. La mobilisation de la société civile a également permis d'élaborer un document national de référence sur l'abstinence. Mais des efforts restent à accomplir, notamment au niveau de la sensibilisation sur le VIH/sida dans les zones rurales.

d) Traitement, soins et soutiens

- 62 Dans ce domaine, une grande partie des personnes qui ont besoin de traitement, de soutien et de conseil en matière de VIH/sida y ont accès. Cette avancée s'est confirmée avec la gratuité de l'accès aux ARV que le Gouvernement a décidé en 2008. Dans le même élan, on note la gratuité du cotrimoxazole, le renforcement de l'accès aux services de PTME et de l'accompagnement psychosocial des malades à domicile.
- 63 Plusieurs documents ont ainsi permis au pays de recenser les besoins particuliers en services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH. Il s'agit, notamment (i) de la revue du PSN qui a permis de déceler les limites dudit plan et d'apporter des mesures correctives, (ii) du REDES qui relève les insuffisances au niveau de la mobilisation des ressources financières, (iii) du rapport national et du rapport UNGASS qui mettent, entre autres, l'accent sur les insuffisances à corriger en matière de traitement, soins et soutien, (iv) du Plan National de Développement de la Santé (PNDS) qui a établi les besoins en matière de santé et planifié les actions conséquentes.
- 64 En termes de progrès réalisé depuis 2007, on note le renforcement de l'approche district dans la prise en charge des PVVIH et de la décentralisation de la lutte. Toutefois, il convient de trouver des solutions idoines au coût encore élevé du traitement des Infections Opportunistes, au nombre élevé de malades perdus de vue et à l'accessibilité des centres de prise en charge dans les zones rurales.

e) Orphelins et enfants rendus vulnérables

- 65 Les progrès réalisés en matière de lutte contre le VIH/sida sur la période 2007-2008 touchent également le domaine des OEV. Les initiatives en la matière relèvent du Programme National des Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida. Elles ont pour cibles principales les 430 000 orphelins et enfants rendus vulnérables du fait de l'infection à VIH. Le nombre d'OEV pris en charge est passé de 22,1% en 2008 à 27,1% en 2009.
- 66 A cet effet, on retiendra l'élaboration du plan d'actions, de documents de standards de services à offrir aux OEV et de documents cadres de stratégie d'intervention de soins et soutien aux OEV. De façon plus concrète, on note la mise en place de 32 plates-formes installées et équipées sur 72 prévues soit 44% de taux de réalisation. Ces plates-formes sont un cadre de collaboration et de coordination pour une synergie en matière de soins et soutien aux OEV au niveau décentralisé. On note également la mise en place de bases de données des OEV ainsi que l'élaboration et le développement d'un système d'information prenant en compte la production d'outils harmonisés de collecte de données en soins et soutien aux OEV, le développement d'une base de données Access couvrant l'ensemble des sites. Ces actions permettent de répondre aux contraintes de promptitude et de complétude des données. A ce jour, la collecte électronique des données se déroule sur les 32 sites au niveau décentralisé.

67 Cependant, certains problèmes doivent être résolus : (i) insuffisance de supervision du niveau décentralisé, (ii) insuffisance des ressources au niveau décentralisé pour la coordination des interventions, (iii) insuffisance des ressources financières et humaines pour améliorer l'offre et la qualité des services en direction des OEV, (iv) amélioration de la prise en charge communautaire au regard des standards de qualité par le renforcement des capacités des intervenants.

f) Droits de la personne

31 Bien que le pays ne dispose pas de lois et règlements visant à protéger les personnes touchées par le VIH contre la discrimination et la stigmatisation, il existe des textes de portée générale qui permettent de faire face à ce genre de situation. On citera, à titre d'exemples, (i) la loi 2004-302 du 03 mai 2004 dont l'article 3 est relatif aux attributions de la Commission Nationale des Droits de l'Homme en Côte d'Ivoire (CNDH), (ii) l'article 23-1 de la même loi qui stipule que toute personne victime de la violation de ses droits peut saisir la CNDH, et (iii) l'article 4 du code du travail ivoirien qui stipule le libre accès au travail pour tous.

32 En matière de droit de la personne, le progrès majeur par rapport à l'UNGASS 2008 réside dans l'existence d'un avant projet de loi piloté depuis 2009 par le Ministère de la Justice et des Droits l'Homme en collaboration avec le Ministère de la Lutte contre le Sida, portant cadre juridique de protection et de renforcement des droits des Personnes Vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire. Il faut noter, en outre, que d'autres acquis ont été consolidés de 2007 à 2008. Il s'agit de (i) la participation des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH, et de (ii) la poursuite des activités des structures auxquelles les personnes touchées par le VIH peuvent se référer en cas de stigmatisation et de discrimination.

33 En termes de progrès, le MLS et le RIP+ conduisent présentement un processus de formation et de mise en place de modules et outils sur la stigmatisation. Ce processus bénéficie de l'appui technique de Alliance Côte d'Ivoire et du soutien financier du PEPFAR. Malgré les efforts de la société civile (RIP+, REPMASCI, ARSIP) et du Gouvernement à travers la DEMOSS pour lutter contre la discrimination et la stigmatisation des personnes touchées par le VIH, certains problèmes clés restent à surmonter pour réaliser davantage de progrès dans ce domaine. Ce sont, entre autres, la non effectivité de la loi précitée, l'absence de l'index de la stigmatisation, et l'absence d'indicateurs pour mesurer la stigmatisation.

g) Participation de la société civile

31 En matière de participation à la lutte contre le VIH/sida, l'implication de la société civile s'est faite à tous les niveaux. Elle a, en effet, participé à l'élaboration des

documents de politiques et stratégies, aux processus de suivi et évaluation des activités des organisations de lutte, et plus récemment en 2009, à l'élaboration de documents aussi importants que (a) la Revue à mi-parcours du PSN 2006-2010, (b) l'Agenda national des priorités politiques de réponse du VIH et du sida en Côte d'Ivoire pour la période 2009-2013, et (c) le Document National de Stratégies de Plaidoyer. En sus, elle est représentée dans plusieurs organes et structures de lutte contre le VIH/sida dont le Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation (GNRSE), le Comité Ethique, le Forum des partenaires.

- 32 Néanmoins, des difficultés persistent et nécessitent d'être surmontées à savoir, (i) l'insuffisance de l'aide financière pour la réalisation des activités des Organisations de la Société Civile (OSC), (ii) l'appui technique ponctuel orienté vers les résultats du partenaire, qui ne prend pas suffisamment en compte le renforcement des capacités institutionnel de la société civile.

h) Suivi et Evaluation

- 33 Le pays dispose d'un plan national unique de suivi et d'évaluation qui couvre la période 2006-2010. Ce plan est consensuel d'autant que le processus de son élaboration et de sa validation a vu l'implication de la société civile y compris le réseau des organisations de PVVIH, du secteur privé et des partenaires au développement. Toutefois, seuls quelques partenaires ont harmonisé leurs critères en matière de suivi et d'évaluation (y compris leurs indicateurs) avec le plan national. Car de nouveaux partenaires sont arrivés après l'élaboration dudit plan.
- 34 Ce plan est budgétisé, avec une stratégie de collecte et d'analyse des données qui prend en compte (i) le suivi régulier des programmes, (ii) les études de comportement, (iii) la surveillance du VIH, (iv) l'évaluation et la recherche. Il comporte également (v) un ensemble normalisé d'indicateurs, (vi) des directives sur les instruments de collecte des données, (vii) une stratégie pour évaluer la qualité des données en termes de validité et de fiabilité, (viii) une stratégie d'analyse des données, et (ix) une stratégie de diffusion et d'utilisation des données.
- 35 En outre, il existe une entité représentative dénommée Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation (GNRSE) qui se réunit régulièrement pour coordonner les activités de suivi et d'évaluation. Ce groupe comprend, en plus de la partie nationale et des partenaires au développement, la société civile représentée par le Conseil des Organisations de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI) et le Réseau Ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH (RIP+) ainsi que le secteur privé à travers la Coalition des Entreprises privées de Côte d'Ivoire contre le VIH/sida (CECI). Sous la supervision de ce groupe, le pays publie au moins une fois par an un rapport de suivi et d'évaluation sur le VIH, y compris les données de surveillance du VIH. Le dernier en date est le Rapport national 2007-2008 de lutte contre l'infection par le VIH en Côte d'Ivoire.

- 36 En plus du rapport national, les principales réalisations en matière de suivi-évaluation portent sur (i) l'élaboration du rapport UNGASS 2008, (ii) la mise en place des unités chargées du suivi-évaluation dans dix régions, (iii) la révision des indicateurs de suivi-évaluation, (iv) le renforcement des capacités en matière de suivi-évaluation au niveau décentralisé. Toutefois des difficultés majeures persistent à savoir : (i) l'insuffisance de financement du système de suivi-évaluation, (ii) l'insuffisance de coordination nationale dudit système, (iii) l'existence de plusieurs systèmes parallèles de suivi-évaluation en dehors du système unique national.
- 37 En somme, nonobstant les efforts considérables entrepris par l'ensemble des acteurs en général et par le Gouvernement en particulier, il convient de fournir des efforts supplémentaires pour renforcer l'engagement politique du pays dans la lutte contre l'infection par le VIH. Ces efforts devraient consister, comme le stipule l'Agenda national des priorités politiques de réponse du VIH et du Sida en Côte d'Ivoire pour la période 2009-2013, à (i) adopter une politique nationale de réponse au VIH/sida en Côte d'Ivoire, (ii) apporter un appui au renforcement du leadership du Gouvernement, (iii) adopter des dispositions réglementaires pour amener les entreprises à mettre en place des programmes VIH en leur sein, (iv) adopter un plan de communication intégré du VIH/sida, (v) renforcer la décentralisation et l'implication du niveau communautaire, (vi) adopter des stratégies adéquates de mise en œuvre des politiques existantes.

2. Programmes Nationaux

Indicateur 3 : *Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH*

- 38 En Côte d'Ivoire, la structure en charge des questions de transfusion sanguine et de sécurité transfusionnelle est le Centre Nationale de Transfusion Sanguine (CNTS). Il a pour missions (i) le prélèvement du sang en vue de la constitution de banque de sang, (ii) l'analyse totale et le contrôle du sang prélevé, (iii) le transport du sang sur toute l'étendue du territoire, (iv) l'approvisionnement en produits sanguins des différentes formations sanitaires, (v) la fabrication des dérivés du sang. En outre, le CNTS participe à la formation du personnel médical et des agents de santé ainsi qu'aux études et recherches relatives à l'utilisation du sang et à l'amélioration des soins.
- 39 Cette structure est certifiée ISO 9001 Version 94. Un centre de transfusion sanguine et une Antenne de Transfusion Sanguine (ATS) ont respectivement ouvert à Daloa et à Gagnoa en 2007. Tous ces atouts ont permis d'assurer la sécurité transfusionnelle, selon les normes de qualité.

- 40 Avec l'appui de ces structures, 95 981 poches de sang ont été collectées et testées en 2009 selon le rapport d'activité 2009 du CNTS. Ceci démontre que 100%⁹ des dons de sang sont soumis au dépistage du VIH avant transfusion.
- 41 Les résultats du dépistage des poches de sang permettent d'observer, comme l'indique la figure 5, une décroissance continue de la séroprévalence VIH chez les donneurs de sang de 1993 à 2008. Cette décroissance (2%) se constate aussi bien chez les nouveaux donneurs que chez les donneurs réguliers.

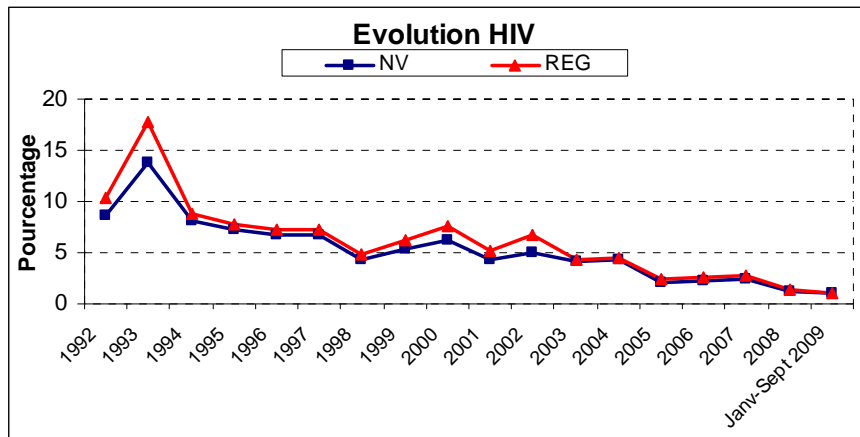


Figure 6 : Evolution de la séroprévalence VIH chez les donneurs de sang de 1992 à septembre 2009

Source : CNTS

NV : Nouveaux Donneurs/REG : Donneurs Réguliers

Indicateur 4 : *Pourcentage d'adultes et d'enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux*

- 42 Les statistiques nationales estiment à 150 000 les adultes de plus de 15 ans dont 22 000 femmes enceintes séropositives (dans le cadre de la PTME) et à 14 000 les enfants, qui ont besoin de traitement ARV. Dans ce contexte le pourcentage d'adultes et d'enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux est passé de 31,6% en 2008 à 41,2% en 2009 (données provisoires au 30 mars 2010, source MSHP), soit une hausse d'environ 10%.
- 43 La politique du pays en matière d'accès aux antirétroviraux est, au fil des années, encourageante au regard des résultats obtenus. En effet, le nombre de personnes sous ARV est passé de 49 179 (29,7%) en 2007 à 51 820 (31,6%) en 2008 et à environ 67 637 (41,2%) en 2009, soit une hausse cumulée de plus de 18 400 personnes sur les trois années. De façon spécifique, cette proportion est de 29,9% chez les adultes contre 1,7% chez les enfants en 2008. Au niveau des sexes pour la même année, 21,0% des femmes infectées et à un stade avancé reçoivent des ARV contre 10,5% chez les

⁹ Le dénominateur est le nombre total d'unités provenant de dons après avoir éliminé les poches usagées (hémolyse, faible quantité, etc.) ; ce qui correspond à l'ensemble des poches de sang reçues en bon état au CNTS et testées.

hommes. On note, par ailleurs, que le nombre cumulé de patients ayant pris au moins une fois les ARV est passé de 57 787 en 2007 à 86 568 en 2008.

- 44 Bien que les ARV soient gratuits en Côte d'Ivoire, beaucoup d'efforts restent à faire pour l'amélioration de la prise en charge thérapeutique. Avec le niveau de financement actuel (Round 9 du FM) et le renforcement programmatique et systémique (système de santé et système communautaire), nous pouvons assurer une prise en charge totale des 164 000 personnes qui ont besoins d'ARV.
- 45 Un effort particulier doit être fourni pour réduire le nombre de perdus de vue et prévenir les ruptures de stock des ARV afin d'atteindre les cibles de l'accès universel. A cet effet, la recommandation de l'Agenda nationale des priorités politiques relative à l'adoption d'une stratégie qui assure la disponibilité des médicaments et intrants stratégiques de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est à considérer.

Indicateur 5 : *Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant*

- 46 Le pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux dans l'optique de réduire le risque de transmission mère-enfant est en nette progression. De 17,2% en 2007, ce chiffre est passé à 42,3% en 2008 pour atteindre 43,7% en 2009 (données provisoires au 30 mars 2010, source MSHP). En d'autres termes, 9 611 femmes infectées par le VIH sur 22 000 estimées ont reçu un traitement ARV en vue de réduire la transmission de la mère à enfant en 2009.
- 47 Par ailleurs, le nombre de sites offrant les services PTME est passé de 316 en 2007 à 358 en 2008, soit une progression de 13,3%. On note également que le nombre de femmes enceintes testées qui était de 117 831 en 2007 est passé à 230 159 en 2008. Celles qui ont été conseillées, testées et qui ont reçu leur résultat étaient au nombre de 107 227 en 2007 et de 202 540 en 2008.
- 48 Ces résultats traduisent un progrès notable de l'entrée des femmes enceintes dans la prévention de la transmission mère-enfant, de même que la disponibilité des services de prise en charge dans les centres PTME. Les capacités techniques de ces services ont d'ailleurs été renforcées en 2007 et 2008 où respectivement 646 et 606 personnels de santé ont été formés pour offrir des services dans les centres PTME selon les normes nationales et internationales (source, Rapport national 2007-2008 de lutte contre l'infection par le VIH en Côte d'Ivoire).
- 49 Toutefois, on note une faible utilisation des services par les femmes enceintes suivie d'une déperdition importante parmi celles qui viennent en CPN1 (source, « Know your epidemic, know your response, MEASURE/USAID », rapport provisoire 2009). Ce même rapport indique un important déficit de prise en charge préventive chez celles qui acceptent la PTME de 22% à 37% entre 2005 et 2008. De même, là où les

- centres PTME existent, ce n'est pas à toutes les femmes que les ARV sont proposés. A cet effet, le rapport annuel 2008 du secteur de la santé souligne que 2 696 et 3 422 femmes dépistées positives en 2007 et 2008 soit environ 1/3 n'ont pas bénéficié d'ARV, ce qui correspond à 674 et 856 infections d'enfants non évitées.
- 50 Ceci traduit les faiblesses au niveau de la performance de la PTME qui pourraient être dues, comme le mentionne la Revue à mi-parcours du PSN, aux insuffisances de l'approvisionnement des laboratoires en intrants, à la mobilité du personnel médical et à la peur des femmes d'être victimes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH.
- 51 En conclusion, la Côte d'Ivoire compte 69 districts sur 83 qui disposent d'au moins un site PTME. Eu égard à la cible fixée en 2008 qui est de 68 districts (cf Rapport de la 3^{ème} mission conjointe du groupe de travail inter-agences sur la PTME et la PECP en Côte d'Ivoire, septembre 2008), l'objectif a été atteint. En revanche, 14 districts restent à couvrir. En ce qui concerne la couverture géographique, l'objectif n'est pas encore atteint. Sur environ 900 structures qui offrent des soins de CPN, seulement 371 font de la PTME. Il y'a donc une insuffisance en matière d'offre de service de PTME. Par conséquent, il n'y a actuellement que 41,20% des structures de consultations prénatales qui offrent des services PTME sur les 70% ciblées. La couverture en sites PTME est donc encourageante mais au niveau de l'accessibilité des femmes enceintes aux services, il y a encore des efforts à consentir.

Indicateur 6 : *Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH*

- 52 En 2008, il y a eu 33,1% de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH (source, Rapport annuel du Programme national de lutte contre la tuberculose 2008). Cette proportion est de 32,1% en fin octobre 2009 (source, Rapport annuel du Programme national de lutte contre la tuberculose 2009). Le nombre de co-infectés tuberculose/VIH(+) est passé de 1 276 en 2007 à 2 519 en 2008 dont 995 hommes et 1 524 femmes ont reçu le traitement antituberculeux. Depuis l'avènement de l'infection à VIH, on note une progression de 10% des cas de tuberculose chaque année. La tuberculose constitue la principale cause de décès et d'infection opportuniste chez les personnes vivant avec le VIH/sida avec respectivement une prévalence de 32% et 36%.
- 53 Parmi les faiblesses qui affectent la mise en œuvre du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) on note: (i) l'insuffisance de l'offre de soins, (ii) l'insuffisance de personnel qualifié, (iii) des mécanismes de suivi-évaluation limités, (iv) l'insuffisance de la prise en charge de la tuberculose multirésistante, (v) la faiblesse de l'intégration de la prise en charge du VIH/sida chez les tuberculeux et

vice-versa, (vi) l'insuffisance des activités de communication, sensibilisation, de mobilisation sociale et de l'implication du secteur communautaire.

- 54 En termes de perspective et afin d'améliorer la prise en charge des co-infections TB/VIH, le renforcement des capacités pour la mise en œuvre de la feuille de route conjointe des deux programmes s'avère fondamentale.

Indicateur 7 : *Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat*

- 55 Comme dans le rapport UNGASS 2008, cet indicateur a été renseigné à partir des données de l'EIS 2005. Ce d'autant qu'aucune enquête d'envergure nationale n'a été menée depuis 2005. L'Enquête Démographique et de Santé, en cours de réalisation devrait permettre d'actualiser les données. Cependant l'EIS établit à 3,5% la proportion de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat. La proportion de femmes (3,7%) est légèrement plus élevée que celle des hommes (3,2%). A titre d'exemple la journée nationale du CDV de juin 2009 à Abidjan a permis de dépister 12 593 personnes dont 461 (3,7) ont été dépistées VIH positifs

Indicateur 8 : *Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat*

Indicateur 8.1 : *Pourcentage parmi les professionnelles du sexe ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat*

- 56 Cet indicateur a été renseigné, comme en 2008, à partir des données de l'Etude CAP des professionnelles du sexe à Abidjan et dans les villes de l'intérieur (Bouaké, Daloa, Danané, Duékoué, Man, San Pedro et Yamoussoukro). Les résultats de cette étude montrent que 50,9% des professionnelles du sexe ont subi un test VIH dans les douze derniers mois et connaissent le résultat. Parmi elles, 23,0% ont moins de 25 ans. Selon le rapport du projet PAPO-HV de FHI (2009), 58,0% de PS femmes contre 70,8% de PS hommes ont fait un test de dépistage du VIH. Dans ce même groupe, 86,0% de PS femmes connaissent leur statut comparé à 91,2% des PS hommes.

Indicateur 8.2 : *Pourcentage parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat*

- 57 Actuellement, le pays ne dispose pas d'une étude d'envergure nationale afin de renseigner cet indicateur. Les données du rapport 2008 ont été reconduites pour 2009. . le pourcentage parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes ayant

subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat est de 57% en 2008. Cependant, la clinique de confiance à Abidjan qui fournit des services aux HSH a indiqué que 159 HSH ont été conseillés et dépistés, et ont reçu leurs résultats en 2009. Pour palier cette insuffisance de données, une étude biologique et comportementale est en cours de réalisation avec l'appui technique et financier du PEPFAR.

Indicateur 8.3 : *Pourcentage parmi les consommateurs de drogues injectables ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat*

- 58 Les informations concernant les consommateurs de drogue injectables (CDI) ne sont pas disponibles car il n'y a pas d'interventions spécifiques de lutte contre le sida adressées à groupe de population. Cependant, l'hôpital de la police nationale a conseillé, dépisté 18 CDI qui ont reçu leurs résultats au cours de l'année 2009. En outre, les ONG qui interviennent sur cette population ne font pas le dépistage du VIH mais se focalisent sur la reconversion des usagers de drogue en général.
- 59 Une analyse situationnelle des intervenants et des interventions de lutte contre le sida auprès des consommateurs de drogue injectable à Abidjan est en cours avec le soutien financier de ONUSIDA.

Indicateur 9 : **Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre**

Indicateur 9.1 : *Pourcentage, parmi les professionnelles du sexe que les programmes de prévention parviennent à atteindre*

- 60 Le pourcentage de professionnelles du sexe que les programmes de prévention parviennent à atteindre, est de 92,5% selon l'Etude CAP de l'UNFPA (2007). Toutefois, les données relatives au lieu d'approvisionnement des préservatifs n'ont pas été collectées au cours de cette enquête.
- 61 Dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'assistance aux populations hautement vulnérables (PAPO-HV) 6 197 PS ont été conseillées dont 4 873 ont été dépistées (FHI 2009).

Indicateur 9.2 : *Pourcentage, parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre*

- 62 Au niveau national, aucune nouvelle étude n'a été conduite depuis 2007. On se fiera donc aux données du rapport UNGASS 2008 qui estime que 100% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été atteints par les programmes de

prévention. Néanmoins, la Clinique de Confiance à Abidjan a touché 166 HSH par les programmes de prévention et de prise en charge contre le VIH/sida parmi lesquels 131 HSH ont été conseillés dont 69 dépistés pour le VIH.

Indicateur 9.3 : *Pourcentage, parmi les consommateurs de drogues injectables, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre*

63 Comme l'indicateur 8.3, les données relatives à cet indicateur ne sont pas disponibles. Ces trois groupes de populations (PS, HSH, CDI) sont pris en compte dans le round 9 du Fond Mondial. Aussi avec les différentes études en cours, des données seront disponibles pour définir des interventions spécifiques en direction de ces populations.

3. Soins et soutiens

64 Les soins et soutiens constituent des domaines d'action prioritaires du plan stratégique national de lutte contre le sida 2006-2010. Ces domaines s'intéressent aux personnes infectées et affectées par le VIH en général, et aux OEV en particulier, parmi lesquels on retrouve de nombreux élèves. Les indicateurs 10, 11 et 12 fournissent quelques données permettant d'apprécier la situation de ces OEV.

Indicateur 10 : *Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge*

65 En 2009 le pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers et bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge est de 27,1% (source, Estimations ONUSIDA 2009 et rapport annuel PNOEV 2009). Ainsi, le nombre d'OEV pris en charge qui était de 50 350 en 2007 est passé à 95 480 en 2008 et à 116 500 en 2009. Cette progression traduit les efforts des acteurs nationaux et des partenaires en faveur de cette cible particulièrement vulnérable. Ces résultats satisfaisants ont été obtenus sur la base de la stratégie des plateformes de collaboration, cadre de partage des bonnes pratiques entre actions publiques, privées et communautaires engagées dans les soins et soutiens aux OEV.

66 Toutefois, de façon spécifique, 1 753 OEV ont bénéficié d'un soutien scolaire sur 5 000 attendus en 2008; ce qui représente un taux de 35%. Par ailleurs, seuls 300 OEV sur 7 000 attendus ont bénéficié d'un soutien médical, soit 4,3%. La prise en charge des OEV dans les domaines scolaire et médical connaît donc des résultats peu encourageants et nécessitent un renforcement des capacités techniques pour le passage à l'échelle des interventions. L'offre de soins et de soutien aux OEV dans les domaines scolaire et médical reste à être renforcé, eu égard aux besoins exprimés.

Indicateur 11 : *Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire*

67 Le pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de l'année scolaire 2008-2009 est de 2,1% (source, MEN/DPFC). En matière d'intégration du VIH dans les curricula d'enseignement, l'expérience du programme *Life Skills* est à considérer. A travers ce projet, le VIH a été intégré dans les programmes scolaires, dans 216 établissements secondaires.

Indicateur 12 : *Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans*

68 Le taux de fréquentation scolaire des orphelins âgés de 10 à 14 ans en 2008 est de 35,7% selon les estimations de l'Institut National de la Statistique (INS) contre 62,4% en 2007 (source, rapport UNGASS 2008). Ce taux a connu une régression significative qui pourrait être liée à la situation socio-économique précaire des OEV privés de l'un ou des deux parents ainsi qu'à la détérioration du contexte sociopolitique du pays depuis la crise (ENV2008). Les faibles performances réalisées en matière de soutien scolaire des OEV tel que relevé par l'indicateur 10 pourraient également expliquer cette situation.

69 Chez les enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux, ce taux est estimé à 51,7%.

4. Connaissances et comportements

70 Les connaissances et comportements à risque constituent des volets très importants de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Plusieurs stratégies et interventions se focalisent sur ces volets, notamment sous forme d'enquêtes, pour étudier les comportements, attitudes et pratiques de différentes catégories de populations (jeunes, femmes, professionnelles du sexe, etc.) en matière de VIH/sida. Quelques unes de ces études ont permis de renseigner, autant que possible, les indicateurs qui suivent.

Indicateur 13 : *Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*

71 Les données ayant permis de renseigner cet indicateur sont tirés de l'enquête CAP réalisée par l'INS en 2009 dans les zones d'Abidjan, Bouaké, Daloa, Danané, San-Pedro, Korhogo et Bondoukou sur les jeunes de 15 à 24 ans. Ces données montrent que 15,1% de ces jeunes possèdent des connaissances exactes sur la prévention et la transmission du VIH (UNFPA, INS 2009). Les résultats de cette enquête indiquent par

ailleurs que 68,7% de jeunes filles savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir le virus du sida contre 74,5% de garçons. En outre, 34,1% d'entre elles savent que le sida ne peut pas être transmis par les moustiques contre 31,7% des garçons. On note également que 19,2% des jeunes filles savent qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant le repas avec un malade du sida comparé à 15,2% de garçons. Chez les jeunes filles 76,81% (3 filles sur 4) savent que le risque de transmission du VIH peut être réduit par l'utilisation du condom lors de chaque rapport contre 69,0% chez les garçons. 29,8% des jeunes filles savent que le risque de transmission du VIH peut être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté comparé à 32,9% chez les garçons.

72 En matière de prévention, l'enquête révèle que 68% de garçons contre 61% de jeunes filles ont déclaré qu'on pouvait limiter ses risques de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms. En outre, 27% de jeunes filles et 24% des garçons ont cité la limitation des rapports sexuels à un partenaire fidèle et non infecté comme moyen de prévention du VIH/sida. Près d'un tiers de filles et de garçons ont cité l'abstinence sexuelle comme moyen de prévention. Une proportion faible de jeunes (4% garçons et 3% de fille) a déclaré qu'il fallait éviter les rapports sexuels avec des professionnels du sexe. Enfin 10% des filles et la même proportion de garçons ont déclaré qu'il fallait éviter la transfusion sanguine ; 3% de garçons et 2% des filles ont mentionné qu'il fallait utiliser les objets stérilisés.

73 La nécessité d'une stratégie nationale des interventions de prévention en direction des jeunes filles et garçons de 15 à 24 ans s'impose en vue d'harmoniser les interventions selon les besoins spécifiques de ce groupe.

Indicateur 14 : **Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus**

Indicateur 14.1 : *Pourcentage, parmi les professionnelles du sexe, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*

74 Aucune nouvelle enquête n'ayant été réalisée, les données du rapport UNGASS 2008 (qui se réfère à l'enquête CAP 2007) ont été utilisées pour le présent rapport. Cette enquête montre que les professionnelles du sexe ont une connaissance relativement bonne des moyens de prévention et de transmission du VIH/sida. En effet 31,7% parmi elles, possèdent tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus. Mais les efforts en matière de sensibilisation à

l'endroit de cette population hautement vulnérable devraient être renforcés et poursuivis pour améliorer les données.

Indicateur 14.2 : *Pourcentage, parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*

75 Les données fiables pour renseigner cet indicateur ne sont pas disponibles. Cependant une étude est en cours avec l'appui du PEPFAR.

Indicateur 14.3 : *Pourcentage, parmi les consommateurs de drogues injectables, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*

76 Actuellement le pays ne dispose pas de données fiables sur ce groupe. Avec les activités financées par le round 9 du Fonds Mondial des interventions et une étude au sein de ce groupe.

Indicateur 15 : *Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans*

77 Selon les données de l'EIS en 2005, le pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est de 17,6%. L'enquête CAP réalisée par l'INS en 2009 dans les zones d'Abidjan, Bouaké, Daloa, Danané, San-Pedro, Korhogo et Bondoukou sur les jeunes de 15 à 24 ans indique que 21,1% des jeunes déclarent avoir des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

78 D'une manière générale, les résultats de enquête CAP (2009) révèlent les raisons qui ont poussé les jeunes (10-24 ans) à avoir leur premier rapport sexuel sont, par ordre d'importance, la curiosité (39%), les conseils d'amis (15%), le fait de faire comme les autres (14%), les menaces/la force (4,8%). Les raisons relatives à l'influence des médias (1%), aux frères/sœurs (2%), aux parents (3%), au mariage (3%) et à l'amour pour le partenaire (3%) sont les plus faibles.

79 Cette étude indique, par ailleurs, que 7% des enfants dans la tranche d'âge de 10-14 ans ont déjà eu des rapports sexuels comparé à 56% pour la tranche d'âge 15-19 ans et 91% pour les jeunes entre 20 et 24 ans. Ces résultats indiquent qu'une grande proportion de jeunes (15 - 24 ans) sont sexuellement actifs.

Indicateur 16 : *Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois*

80 Selon l'EIS 2005, le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois est de 16,4%. Les résultats de l'étude CAP 2009 révèlent que le multi partenariat est prévalent chez les jeunes dont 24% d'entre eux déclarent avoir 2 à 3 partenaires et 8% en ont 4 et plus. En effet, 34% des personnes de 20-24 ans ont eu des rapports sexuels avec au moins deux partenaires au cours des douze derniers mois. Cette pratique est beaucoup plus fréquente chez les jeunes instruits comparés aux non instruits,.

81 Il convient d'intensifier les actions de sensibilisation sur les comportements à risque à l'endroit des personnes sexuellement actives, et particulièrement en direction des jeunes de 10 à 24 ans. En milieu rural, cette sensibilisation devrait tenir compte des pesanteurs socioculturelles (ex : lévirat¹⁰) susceptibles de favoriser le multi partenariat sexuel.

Indicateur 17 : *Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel*

82 L'EIS 2005 établit à 44,4% le pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Depuis 2005, aucune étude d'envergure nationale n'a eu lieu.

83 Cependant, les résultats de l'étude CAP 2009 sur la tranche d'âge de 10 à 24 ans indique que 37% des jeunes ont chaque fois utilisé le préservatif masculin, 26% l'utilisent quelques fois, 22% ne l'ont jamais utilisé, et environ un jeune sur dix (9,4%) l'a utilisé rarement. La proportion des garçons (48%) qui utilisent le préservatif est plus élevée que celles des filles (27%) ; on note également que 14% des garçons et 30% des filles n'ont jamais utilisé le préservatif.

84 Selon la même enquête, l'utilisation du préservatif est très fréquente dans les groupes suivants : les célibataires (46%), les personnes ayant un niveau d'étude supérieur (58%), et des citadins (résident en milieu urbain) (47,1%). Par contre elle est plus faible ou nulle dans les groupes suivants : Les plus jeunes (26% dans le groupe 10-14 ans), les mariés (47%), les ruraux (33%) et les moins instruits.

85 Le préservatif féminin est moins connu chez les jeunes. Seulement 41% d'entre eux ont déclaré connaître ce produit. Toutefois, entre la connaissance du préservatif féminin et son utilisation, il existe un grand écart. En effet, 4% seulement des jeunes qui connaissent l'existence de ce produit l'ont une fois utilisé au cours d'un rapport

¹⁰ Type particulier de mariage où une veuve épouse le frère du défunt

sexuel. Ces données confirment la persistance des comportements à risque en termes de faible utilisation du préservatif et de multipartenariat sexuel, surtout chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Indicateur 18 : *Pourcentage de professionnelles du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client*

86 Les informations extraites des résultats de l'Etude des comportements sexuels et prévalence des IST parmi les professionnelles du sexe participant au Projet d'Assistance aux Populations Hautement Vulnérables PAPO-HV (2008), montrent que 96,6% des professionnelles du sexe déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

87 Ces résultats sont encourageants et confirment que les messages de sensibilisation parviennent effectivement aux professionnelles du sexe. Les efforts de sensibilisation doivent donc se renforcer à l'endroit de ce groupe particulièrement vulnérable.

Indicateur 19 : *Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annuel avec un partenaire masculin*

88 Les données relatives à cet indicateur sont issues des rapports annuels de la clinique de confiance à Abidjan qui est la structure médicale de référence qui reçoit les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. D'après le rapport annuel, 41,6% d'hommes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annuel avec un partenaire masculin.

89 Une enquête comportementale et biologique sur les HSH est en cours avec l'appui technique et financier du PEPFAR et permettra de disposer de données plus précises.

Indicateur 20 : *Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel*

90 Actuellement le pays ne dispose pas de données fiables sur ce groupe. Avec les activités financées par le round 9 du Fonds Mondial des interventions et une étude au sein de ce groupe seront menées.

Indicateur 21 : *Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue*

91 Actuellement le pays ne dispose pas de données fiables sur ce groupe. Avec les activités financées par le round 9 du Fonds Mondial des interventions et une étude au sein de ce groupe seront menées. .

5. Atténuation de l'impact

Indicateur 22 : *Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH*

92 Le Rapport de la sérosurveillance sentinelle 2008 indique que 3,3% jeunes âgés de 15 à 24 ans sont infectés le VIH. Ce chiffre reflète surtout le pourcentage de jeunes femmes enceintes de 15 à 24 ans fréquentant un Centre de consultation Prénatal et infectées par le VIH. La répartition par tranches d'âge indique que l'infection à VIH est prévalent dans la tranche d'âge 20-24 ans (2,6%) comparé à la tranche d'âge 15-19 (0,7%). Par ailleurs, pour la mise en œuvre de la surveillance de seconde génération, les sites de PTME seront pris en compte.

93 L'EDS III prévue en 2010, nous donnera une vue globale de la prévalence au sein des jeunes filles et garçons au niveau national.

Indicateur 23 : *Pourcentage des populations les plus à risque qui sont infectées par le VIH*

Indicateur 23.1 : *Pourcentage de personnes séropositives parmi les professionnelles du sexe*

94 Selon le rapport annuel FHI (2009), le pourcentage de professionnelles du sexe séropositives est estimé à 33,4%. Ce pourcentage est très élevé comparé à celui de la population générale (estimé, 3,7%) impliquant ainsi une stratégie globale de prise en charge.

Indicateur 23.2 : *Pourcentage de personnes séropositives parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes*

95 Selon le rapport annuel de la Clinique de confiance à Abidjan, 24,5% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (qui fréquentent cette clinique) sont séropositifs.

96 Des études approfondies et d'envergure nationale s'avèrent nécessaires pour une bonne définition des interventions et une bonne connaissance de l'ampleur de l'épidémie dans ce groupe.

Indicateur 23.3 : *Pourcentage de personnes séropositives parmi les consommateurs de drogues injectables*

97 Actuellement le pays ne dispose pas de données fiables sur ce groupe. Cependant l'Hôpital de la police national qui prend en charge les CDI que sur les 18 CDI dépistés, 4 sont séropositifs. Ce chiffre n'est pas représentatif et ne constitue pas la situation réelle dans ce groupe à haut risque.

98 Des études approfondies et d'envergure nationale s'avèrent nécessaires pour une bonne définition des interventions et une bonne connaissance de l'ampleur de l'épidémie dans ce groupe.

Indicateur 24 : *Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci*

99 Les données de la cohorte EGPAF 2008-2009 révèlent que 67,0% d'adultes et d'enfants infectés par le VIH sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci. Ces données concernent 35 sites sur 135 soutenus par EGPAF.

100 Selon le rapport global conjoint ONUSIDA/UNICEF/OMS (2008) 15 460 adultes et enfants en 2008 sont sous thérapie ARV douze mois après avoir débuté celle-ci. Le pays a noté un effort dans ce domaine avec le nombre de sites de traitement ARV qui est passé de 215 en 2007 à 359 en 2008.

101 Mais pour permettre une meilleure compréhension des données relatives à cet indicateur, l'annexe 3 montre le nombre de sites des différentes cohortes de EGPAF, de ACONDA VS et de ICAP. Ces données sont résumées dans le tableau ci-dessous.

	Nombre de sites ARV ¹¹	Indicateur 24
EGPAF	35	67,0%
ACONDA	15	52,0%
ICAP	20	72,3% dont 73,0% d'adultes (15 et +) 61,0% d'enfants (0-14) 74,0% d'hommes 68,0% de femmes

Indicateur 25 : *Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH*

102 En 2008, on estime à 26,76% les nourrissons nés de mères séropositives et qui sont infectés par le VIH (source Estimations ONUSIDA 2009).

103 Des efforts importants en termes de prise en charge pédiatrique et de PTME doivent être entrepris afin de faire baisser ce pourcentage.

IV. MEILLEURES PRATIQUES

104 Plusieurs interventions ont contribué à l'amélioration et à l'efficacité de la réponse nationale au sida. Bien que de bonnes pratiques aient été observées dans plusieurs domaines, trois sont décrites dans les domaines suivants : (i) la riposte

¹¹ Il s'agit des sites sur lesquels l'analyse de cohorte a été effectuée

nationale au sida dans un contexte de post crise, (ii) la contribution de la société civile, (iii) la prise en charge des OEV.

1. La riposte nationale dans un contexte de post-crise

105 L'impact des conflits sur la réponse nationale est largement reconnu. Depuis 2002 la Côte d'Ivoire a connu une crise politico-militaire qui a eu des conséquences importantes sur les programmes de développement et l'accès aux services sociaux de base, y compris la mise en œuvre du PNS 2006-2010. En mars 2007 l'environnement politique a été marqué par l'Accord Politique de Ouagadougou qui a favorisé la stabilité politique et la réconciliation nationale. Cet environnement propice a permis la mise en œuvre des programmes sociaux. C'est dans ce contexte, avec le maintien du MLS, qu'une réponse nationale coordonnée, multisectorielle et décentralisée au VIH/sida a été développée et renforcée.

106 Parmi les actions majeures, on note la mise en place de 32 comités sectoriels de ministères et de deux grandes institutions de la république (La Présidence et la Médiature) ayant des points focaux à plein temps. A ce jour, les plus actifs sont les secteurs santé, éducation nationale, affaires sociales, défense, justice, transports, Economie et finance, jeunesse et sport, agriculture ainsi que plan et développement. Au ministère de l'Education nationale, 15 directions régionales ont intégré le contenu du Life Skills/sida dans les programmes d'enseignement.

107 Pour rendre plus efficace la coordination décentralisée, le MLS a procédé à une déconcentration de ses services en mettant en place les Comités Régionaux (19), départementaux (39), communaux (52) et villageois (723) de lutte contre le sida. Les CTAIL composées d'un conseiller régional, d'un chargé de suivi-évaluation et d'un chargé de programme assurent le secrétariat des comités régionaux. Avec l'appui des partenaires, 10 CTAIL ont été installées et disposent de budgets de fonctionnement alloués par l'Etat. Selon les besoins spécifiques de la région, elles coordonnent, planifient, mobilisent les ressources et facilitent le suivi-évaluation. Elles rendent compte au MLS par le biais du Préfet de région, président du CRLS.

108 La crise politico-militaire et l'environnement post-crise ont limité la mise en œuvre des axes stratégiques et de certains domaines d'action prioritaires dans le PSN 2006-2010. Néanmoins, cet effort de décentralisation et de multisectorialité a favorisé des avancées tangibles vers l'Accès Universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Ainsi, en matière de traitement, les efforts du gouvernement ont été marqués par la réduction des coûts jusqu'à la gratuité des ARV, permettant ainsi la continuité du traitement chez les personnes sous ARV. De plus, des ressources financières substantielles d'origines diverses ont pu être mobilisées durant cette période pour la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.

2. La contribution de la société civile à la réponse nationale

- 109 En Côte d'Ivoire, les organisations de la société civile (OSC) engagées dans la lutte contre le VIH/sida sont bien organisées et se retrouvent dans des cadres de coordination et de concertation tels que le Conseil des organisations de la société civile (COSCI), le réseau des personnes vivant avec le VIH (RIP+), le réseau ivoirien des jeunes (RIJES), le réseau des professionnels des media (REPMACI), le réseau des religieux (ARSIP), le réseau ivoirien des organisations féminines (RIOF). Ceci a permis une contribution concertée en matière de soutien communautaire et de lutte contre la discrimination/stigmatisation.
- 110 L'ONG nationale ACONDA-VS-CI, association de professionnels de santé, créée en janvier 2002 est un exemple de contribution à la réponse nationale au VIH. Elle possède un Programme d'Extension de l'Accès aux Soins (PEASA) basé sur quatre principes fondamentaux que sont : les soins globaux, les soins intégrés, la prise en charge multidisciplinaire et la prise en charge familiale. La mise en œuvre de ce programme repose sur l'approche district permettant la décentralisation, la participation communautaire et la pérennisation des interventions de prévention et de prise en charge en matière de lutte contre le VIH.
- 111 Sur le plan qualitatif, l'approche district a donné des résultats mesurables qui comprennent d'une part la réhabilitation et l'équipement des sites, la redynamisation des Equipes Cadre de District (ECD) impliquées dans la prise en charge des PVVIH, d'autre part, l'ouverture de nouveaux sites et la supervision des activités menées en étroite collaboration avec les ECD.
- 112 Sur le plan opérationnel, les activités de prise en charge du VIH sont décentralisées et étendues aux zones mal ou peu desservies par les services publics. Le traitement ARV est ainsi disponible au niveau de tous les sites et les centres de santé ruraux. L'impact de cette décentralisation des soins se perçoit à travers l'augmentation du nombre de personnes sous ARV.
- 113 Actuellement, le nombre de sites gérés par ACONDA-VS qui dispensent des ARV a plus que doublé de 2007 à 2009 passant de 40 à 94, entraînant ainsi 18806 patients dans la file active pour le traitement ARV. La particularité d'ACONDA-VS est sa capacité d'établir la liaison entre les structures de santé et les communautés afin de d'assurer le continuum de soin. Ceci s'est traduit par la mise en place de relais communautaires qui assurent l'accompagnement des malades sous ARV afin d'améliorer l'observance et de prévenir les perdus de vue.
- 114 Pour plus d'efficacité un système de contractualisation des services est mis en place avec les ONG de la localité desservie. Les comités locaux (CRLS, CDLS, CVLS) de lutte contre le VIH/sida sont associés à la mise en œuvre des activités avec le concours des équipes cadre de district.

3. Stratégie Plateforme de Collaboration et de Prise en Charge des OEV

115 Le Ministère de la Famille et des Affaires Sociales a mis en place depuis 2003, un Programme National de prise en charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida (PN-OEV). L'objectif de ce programme est de mettre en œuvre la stratégie nationale de prise en charge des OEV. Ainsi, le PN-OEV a initié l'approche plateforme de collaboration pour assurer une complémentarité des interventions des acteurs en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge.

116 La plateforme de collaboration est un cadre de réflexion regroupant les organisations de la société civile, les structures privées et publiques. Coordinée par le centre social, son fonctionnement repose sur des réunions techniques d'échanges d'informations, d'élaboration de stratégies et de mobilisation des ressources. Ces réunions techniques permettent d'évaluer et d'octroyer le financement à des projets intégrés et d'assurer le suivi-évaluation des activités.

117 De ce fait, les résultats suivants ont été obtenus : (i) 40 plateformes de collaboration et 9 cellules juridiques mises en place, (ii) 374 ONG, OBC et associations sont membres des plateformes de collaboration, (iii) 116 500 OEV pris en charge au plan national, (iv) 1580 intervenants sociaux formés à la prise en charge des OEV, (v) 27 groupes communautaires de soutien aux OEV, (vi) 639 acteurs institutionnels et communautaires sensibilisés à la problématique des OEV, (vii) Une base de données et des outils de collecte de données nationales OEV de soins et soutien aux OEV a été développée et installée.

118 Cet outil important dans la stratégie du PN-OEV a permis de trouver des réponses locales appropriées à la question des OEV. Afin d'adapter la qualité des interventions aux besoins des OEV, il est prévu dans les prochaines étapes de renforcer les capacités techniques, humaines et matérielles de ces plateformes. Ceci permettra de mieux coordonner les activités des intervenants sociaux et de prendre en charge un nombre plus important d'OEV.

V. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

1. Progrès apportés aux mesures correctives aux principaux obstacles dans le rapport de l'UNGASS 2008

119 Les principaux obstacles à l'atteinte des objectifs UNGASS soulignés dans le rapport 2008 étaient de trois ordres à savoir (i) l'insuffisance de ressources financières, (ii) l'insuffisance de coordination effective des activités de lutte contre la pandémie et (iii) la persistance des inégalités de genre.

120 Concernant l'insuffisance des ressources financières, elle était essentiellement liée à la suspension, par la Banque Mondiale, de ses décaissements en faveur de la Côte d'Ivoire du fait du non remboursement de sa dette publique; ce qui a entraîné le

- retard de la signature de l'accord de dons dans le cadre du MAP (Multisectorial Aids Program). Mais cet obstacle majeur a été levé en partie avec le redémarrage du financement de la lutte par la Banque Mondiale à travers le Projet d'Urgence Multisectoriels de Lutte contre le sida (PUMLS) en 2008.
- 121 De plus, l'obtention du point de décision de l'annulation de la dette extérieure de la Côte d'Ivoire en mars 2009 a favorisé l'attribution, par les bailleurs de fonds, d'appuis budgétaires destinés, entre autres, à être investis dans les secteurs clés comme la santé y compris la lutte contre le VIH/sida. De même, l'éligibilité de la proposition VIH de la Côte d'Ivoire en 2009 au 9ème round du Fonds Mondial offre une réelle opportunité financière au pays pour (i) améliorer l'offre des services de prévention en vue de réduire les nouvelles infections dans la population générale, chez les femmes et les populations clés à haut risque d'infection à VIH, (ii) réduire la morbidité et la mortalité dues au sida en assurant l'accès aux soins, la qualité des services et le continuum de soins, (iii) renforcer le leadership, la coordination et le Suivi-Evaluation de la réponse nationale.
- 122 A titre d'information, pour améliorer la coordination des ressources, le MLS a créé en son sein la Direction de la Mobilisation des Ressources et de la Coordination des Financements. Elle est chargée de coordonner l'ensemble des financements de la lutte contre l'infection par le VIH et d'élaborer un plan de financement afin de pouvoir fournir à tout moment des informations sur les besoins, les financements disponibles, les écarts, les niveaux d'exécution.
- 123 L'insuffisance de coordination effective dans la lutte contre le sida se traduit par l'existence d'une multitude d'organes de coordination qui rencontrent des difficultés dans leur fonctionnement. Le Conseil National de Lutte contre le sida (CNLS) n'avait tenu qu'une seule session en 2006 depuis sa mise en place en 2004, session qui a permis la validation du plan stratégique national de lutte contre le sida 2006-2010. La plupart des Comités décentralisés et sectoriels n'étaient pas fonctionnels. L'installation de ces comités décentralisés n'avait pas encore eu lieu dans toutes les régions des zones ex-assiégées du fait de la crise. En conséquence le système de coordination s'est avéré faible, et était marqué par des actions ponctuelles et parcellaires menées par certains partenaires dans les zones ex-assiégées et parfois en zone gouvernementale, ainsi que des actions ne s'inscrivant dans aucun cadre de référence en l'occurrence le plan stratégique national 2006-2010.
- 124 Mais des solutions ont été apportées à ces difficultés, à travers (i) la tenue régulière des sessions du CNLS dont la session annuelle de 2009 s'est tenue le 11 septembre dernier, (ii) la création du Secrétariat Technique de Coordination Opérationnelle en 2008, (iii) l'installation et l'opérationnalisation de 10 CTAIL, avec 3 autres en cours d'installation, ce qui rend, de facto, fonctionnels les comités décentralisés de lutte contre le sida, et (iv) la tenue régulière (1 fois tous les 3 mois) du Forum des partenaires.

125 La persistance des inégalités liées au genre se perçoit surtout au niveau de la vie politique ainsi que dans les domaines socio-économiques, à travers l'accès aux services publics (école, santé), aux opportunités d'emplois, aux ressources, à la prise de décision, à la participation à la vie publique et politique. Ainsi, en matière de participation à la vie politique, le Gouvernement de mars 2010 compte seulement 2 femmes sur 28 ministres, soit 7%. Ce qui constitue une régression par rapport au gouvernement précédent où les femmes étaient représentées à hauteur de 12%. En matière d'éducation, l'indice de parité est de 88 filles pour 100 garçons dans le primaire, et de 77 pour 100 dans le secondaire en 2006. Quant aux violences basées sur le genre, elles sont exacerbées par la pauvreté galopante (48% de femmes sont pauvres).

126 On note, en guise de solutions, une détermination du gouvernement à prévenir et éliminer toutes les formes de violences contre les femmes et les filles, à travers l'adoption de plusieurs textes réglementaires, législatifs et juridiques. L'engagement du Gouvernement à améliorer la condition de la femme et de la fille s'est renforcé dès 1975. Cet engagement s'est poursuivi avec la prise de plusieurs initiatives. On note à cet effet (i) l'élaboration de la Politique Nationale de Promotion du Genre, de l'Égalité et de l'Équité en 2006, adoptée en conseil des ministres, (ii) l'élaboration du document projet de Politique et du cadre stratégique d'intervention multisectoriel 2007-2011 au cours de la même année, (iii) l'élaboration de la déclaration de Politique sur la Famille et la révision du Code de la famille également en 2006.

127 Les efforts du Gouvernement en matière d'équité de genre ont été soutenus par les partenaires au développement. Ceux-ci lui ont, entre autres, apporté un appui au renforcement du cadre institutionnel dans le domaine du Genre : pour la première fois en Côte d'Ivoire, une Déclaration solennelle du Gouvernement sur la promotion du Genre, de l'équité et de l'égalité a été signée. A cela, il faut ajouter que la Déclaration de la Côte d'Ivoire sur la Famille rédigée et validée au plan national est en attente de signature par le Président de la République, et que 14 Cellules genre ont été mises en place depuis 2008.

2. Obstacles et mesures correctives du rapport UNGASS 2010

128 Les obstacles majeurs à la riposte nationale sur la période du rapport UNGASS 2010 et les solutions proposées vont être abordés par axe stratégique. Les informations ayant permis de renseigner cette partie sont, pour l'essentiel, tirées de la Revue à mi-parcours du Plan Stratégique National 2006-2010.

129 Au niveau de la **prévention**, les activités de suivi & évaluation échappent aux structures nationales qui en ont le mandat, du fait de dysfonctionnements du système d'information. De même, la déconcentration/décentralisation identifiée comme défi majeur de l'intensification de la prévention du VIH/sida n'a pas encore connu le succès escompté.

- 130 La solution proposée à cet effet est la conduite d'un plaidoyer pour l'intégration effective de la lutte contre le VIH/sida aux politiques et planifications aux niveaux sectoriel et décentralisé.
- 131 En ce qui concerne la **prise en charge**, les textes réglementaires pour l'approvisionnement des structures en opioïdes et autres médicaments, le contrôle et la gestion des opioïdes, la réglementation des soins palliatifs à domicile ne sont pas encore pris. En outre, il n'existe pas de document de politique sur le VIH et le sida pédiatrique ; et les coûts des soins palliatifs restent encore élevés. On note l'insuffisance des actions à l'endroit de certaines cibles prioritaires telles que les populations carcérales et les consommateurs de drogues injectables.
- 132 Pour lever ces obstacles, il est recommandé de (i) prendre les textes réglementaires pour l'approvisionnement des structures en opioïdes et autres médicaments, le contrôle et la gestion des opioïdes, la réglementation des soins palliatifs à domicile, (ii) élaborer et mettre en œuvre un document de politique sur le VIH et le sida pédiatrique, (iii) réduire les coûts des soins palliatifs, et (iv) prendre en charge le bilan radiologique.
- 133 En matière de **coordination**, on note comme difficultés majeures, l'absence d'une compréhension commune des rôles et responsabilités des CTAIL par les acteurs. En outre, l'Etat n'a pas investi suffisamment de moyens pour accompagner les CTAIL, ce qui a beaucoup retardé la mise en place de ces dernières et handicapé leur fonctionnement. On note également l'inexistence d'un mécanisme de coordination des interventions de prise en charge communautaire des PVVIH.
- 134 Pour y faire face, il est recommandé aux partenaires techniques et financiers (PEPFAR, SNU, Fonds Mondial, Banque Mondiale, etc.) de renforcer l'appui technique et financier aux CTAIL en vue d'assurer leur pleine fonctionnalité. Il faut également que le MLS renforce la sensibilisation des autres acteurs nationaux pour une meilleure appropriation des CTAIL. En ce qui concerne la prise en charge communautaire des PVVIH, il convient de mettre en place un mécanisme de coordination des interventions.
- 135 Les obstacles relatifs au **financement** de la lutte sont de deux grands ordres. D'une part, la forte dépendance de l'extérieur (87% des ressources proviennent de l'extérieur contre 13% de ressources locales) pose le problème de la pérennisation du financement de la lutte. D'autre part, le manque d'un cadre formel de coordination des financements ne permet pas à l'Etat d'orienter les financements vers les priorités nationales identifiées par le PSN 2006-2010.
- 136 Les solutions à ces problèmes résident dans (i) la transformation du Fonds National de Lutte contre le sida (FNLS) en une agence fiduciaire de centralisation et de gestion des ressources mobilisées, respectant les règles de la bonne gouvernance, (ii) l'accroissement des ressources publiques affectées à la lutte contre le sida, (iii)

l'information régulière du MLS des initiatives prises par les partenaires de la lutte, en matière de renforcement des capacités techniques et matérielles et de réhabilitation d'infrastructures, en vue de faciliter la collecte et la gestion des données à cet effet.

137 Au niveau du **renforcement des capacités**, trois obstacles clés entravent la riposte nationale. Le premier porte sur les dysfonctionnements relevés dans le suivi des activités de formation. On peut noter, entre autres, des doublons dans les formations, la mauvaise répartition du personnel formé sur l'ensemble du territoire national, etc. (source, Rapport TIMS des formations de 2007 et 2008 sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire). Le deuxième obstacle a trait à l'inadéquation entre les domaines d'intervention des acteurs et les formations reçues. En effet, seulement 25% des ressources humaines ont été formées dans leurs domaines d'intervention (source, revue à mi-parcours du PSN). Enfin, l'on enregistre une insuffisance de planification et de coordination des formations, de même qu'une insuffisance des moyens logistiques de formation.

138 Pour y faire face, il faut mener les actions ci-après : (i) intégrer les axes stratégiques transversaux tel que le renforcement des capacités dans les différents Domaines d'Actions Prioritaires (DAP) pour le prochain plan stratégique en cours d'élaboration, (ii) tenir compte de l'approche district dans les programmes de renforcement des capacités, (iii) élaborer un plan de formation des ressources humaines du VIH/sida et un plan pour le renforcement des capacités en ressources matérielles, (iv) renforcer les moyens logistiques pour la formation.

139 Enfin, concernant l'axe **recherche**, il faut retenir, en termes d'obstacles, que (i) le Comité éthique en charge des questions de recherche reste peu opérationnel, (ii) les recherches opérationnelles restent insuffisantes, (iii) la coordination des activités de recherches opérationnelles demeure faible, et (iv) la diffusion des résultats des recherches sur le VIH/sida également reste insuffisante.

140 L'action à mener pour commencer à solutionner ces problèmes, c'est la conduite d'un plaidoyer pour la création d'un secrétariat technique permanent opérationnel pour le Comité Ethique.

VI. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

141 Les partenaires au développement apportent un soutien important au pays dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique national 2006-2010 dont les interventions visent l'atteinte des objectifs UNGASS. Ces soutiens se présentent sous forme d'appui technique et financier relatif aux sept (07) axes d'intervention à savoir (i) la prévention, (ii) la prise en charge avec pour Domaine d'Action Prioritaire le traitement ARV, les infections opportunistes, le suivi biologique, les soins pédiatriques, la prise en charge des OEV, les soins palliatifs, le soutien nutritionnel, le soutien juridique, et la réduction de l'impact socio-économique du sida, (iii) la

coordination, (iv) le financement, (v) le suivi-évaluation, (vi) le renforcement des capacités, et (vii) la recherche opérationnelle.

142 La réponse nationale a bénéficié d'appuis techniques importants des partenaires au développement à travers le Forum des partenaires et le Groupe Technique de Travail (GTT). Ces appuis techniques ont porté sur : (i) les formations à la PTME, la prise en charge, au CDV, l'élaboration et la révision de documents de politique et modules de formation, le suivi évaluation, la coordination des interventions et des acteurs, (ii) des consultants pour la conduite des différentes enquêtes et études, (iii) missions conjointes.

143 Sur la période 2007-2008, selon les données obtenues à partir du REDES, l'axe Prise en charge a reçu le plus gros financement cumulé avec 23,78 milliards de FCFA. Ensuite, viennent les axes Prévention (20,61 milliards de FCFA), Coordination (14,77 milliards de FCFA), Renforcement des capacités (4,25 milliards de FCFA), Suivi & évaluation (1,12 milliards de FCFA), et Recherche (76,94 millions de FCFA).

144 Parmi les soutiens extérieurs reçus, celui du PEPFAR, dans le cadre de la coopération bilatérale avec les USA, s'avère le plus important en termes de volume de financement comme l'indique le tableau ci-dessous. Le montant du financement extérieur destiné à la lutte contre le VIH/sida dans le pays a baissé de 2007 à 2008. A l'exception des institutions financières, des leurs efforts financiers sur cette période, les autres bailleurs sont en nette régression.

Tableau 4 : Financement extérieur de la lutte contre le VIH/sida

Source de financement	2007 (en FCFA)	2008 (en FCFA)
Coopération bilatérale USA	21 007 034 567	20 861 093 523
Autres coopérations bilatérales	2 387 050 633	2 385 913 329
Fonds mondial	4 138 959 696	3 173 216 995
Système des Nations Unies	1 440 174 249	716 588 766
Institutions financières	164 422 914	284 437 518
Fondations et ONG internationales	136 646 036	186 312 317
TOTAL	29 274 288 095	27 607 562 448

Source, Rapport National 2007-2008 de lutte contre l'infection par le VIH en Côte d'Ivoire (MLS)

145 Avec un financement cumulé de 41,8 milliards de FCFA, soit 74%, la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) apparaît comme la principale source de financement extérieur du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Le Fonds Mondial et la coopération bilatérale (sans USA) constituent les autres acteurs relativement importants du financement extérieur (21,2%).

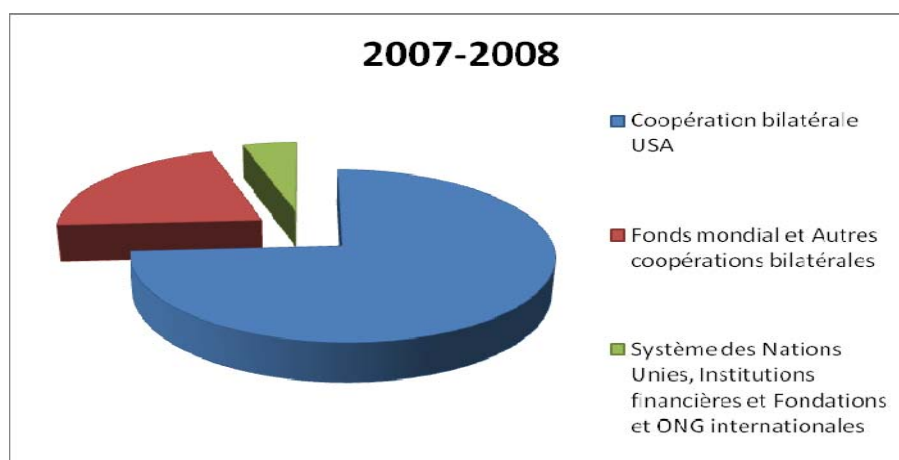


Figure 7 : Parts de financement extérieur de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire de 2007 à 2008

146 Ces constats appellent, dans la perspective de l'atteinte des objectifs UNGASS, les actions ci-après : (i) renforcement de l'appui des partenaires, (ii) appui du processus de sortie de crise par la communauté internationale, (iii) appui du processus d'obtention du point d'achèvement de l'initiative PPTE, (iv) appui à la mise en œuvre des recommandations issues de la revue du PSN 2006-2010, (v) renforcement de l'appui à la coordination nationale, (vi) poursuite du financement de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le sida.

VII. SUIVI ET EVALUATION

1. Aperçu du système actuel

147 Le système actuel de suivi et évaluation de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire s'articule autour de trois niveaux : le niveau périphérique, le niveau intermédiaire et le niveau central.

148 Au niveau périphérique se mènent les activités ou actions à l'endroit des populations cibles. C'est le niveau opérationnel, premier niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information. Les informations médicales sont recueillies par les responsables des Centres de Surveillance Epidémiologique (CSE) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et les données non santé, par les chargés de suivi-évaluation des secteurs publics et privés et de la société civile (ONG, OBC), des Comités villageois, communaux, départementaux et régionaux.

149 Le niveau intermédiaire est celui où se font les activités de coordination, d'appui et de mesure des résultats. C'est le deuxième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures intermédiaires et périphériques. Il est assuré d'une part par les Districts Sanitaires et d'autre part, par les Comités Départementaux et Régionaux de lutte contre le sida appuyés par les CTAIL.

150 Le niveau central est constitué par le MLS/DPSE, qui assure la gestion du Système National de Suivi Evaluation en s'appuyant sur le MSHP/DIPE, les comités sectoriels et les partenaires au développement. A ce niveau, sont traitées et diffusées aux partenaires toutes les informations programmatiques et financières sur le VIH/sida. C'est également à ce niveau que sont conduites toutes les études d'impact et d'appui technique à la lutte contre le VIH/sida.

151 Dans la mise en œuvre de ce cadre, le Ministère en charge de la santé renseigne tous les indicateurs relatifs à la prise en charge médicale des PVVIH à travers le Système d'Information et de Gestion (SIG) géré par la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), tandis que le Ministère en charge de la lutte contre le sida, en plus de produire les indicateurs sur les interventions de prévention au niveau communautaire, compile l'ensemble de ces informations nationales pour élaborer les rapports semestriels et annuels sur l'épidémie.

152 En somme, l'opérationnalisation du système national de Suivi-Evaluation progresse avec l'appui fort appréciable des partenaires au développement. Ainsi 448 personnes ont été formées en information stratégique (suivi et évaluation, surveillance et système d'information sanitaire en 2007) et 1 138 personnes en 2008 (source, PEPFAR).

2. Obstacles au fonctionnement du système de suivi et évaluation

153 Des problèmes persistent entravant le bon fonctionnement du système, comme indiqué dans la Revue à mi-parcours du PSN 2006-2010. Au nombre de ces problèmes, l'on retiendra la non appropriation du cadre de Suivi & Evaluation par les acteurs, entraînant la mise en œuvre de systèmes parallèles de rapportage par certains partenaires et le non partage des informations recueillies faute de leadership en la matière. On note également l'insuffisance de la culture de l'information qui se traduit par un faible intérêt porté à l'activité de rapportage, base du suivi.

154 Aussi, note-t-on une faiblesse des capacités des ressources humaines en nombre et en qualité, ainsi qu'une forte mobilité du personnel liée à un manque de motivation menaçant la pérennité du système.

155 Tous ces obstacles ont entraîné l'absence de données actualisées et représentatives pour renseigner les indicateurs nationaux et internationaux dont ceux de l'UNGASS et l'absence de rapports des comités sectoriels et des comités décentralisés de suivi & évaluation ainsi que l'indisponibilité des outils standardisés sur certains sites. A ces problèmes, il faut ajouter la multiplicité et la complexité des outils de collecte; d'où la réticence de certains personnels de santé à collecter les données en rapport avec le VIH/sida considéré comme un programme à part.

3. Esquisses de solutions aux problèmes de suivi-évaluation

156 Pour palier ces difficultés, les solutions suivantes sont proposées. La première solution consiste en la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation du SIG (Système d'Information et de Gestion) par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Il s'agit, notamment, de rendre disponibles les outils de collecte dans tous les établissements sanitaires (environ 1500) afin d'améliorer les performances du système d'information sanitaire en général, le volet concernant le VIH/sida en particulier. A cet effet, l'accent sera mis sur la complétude et la promptitude des données d'une part, et sur la formation des agents, la mise à disposition du manuel de procédures sur l'utilisation du SIG, la supervision et l'organisation régulière de réunions de coordination pour la présentation et la discussion des rapports au niveau de chaque district et au niveau de chaque région, d'autre part.

157 Le renforcement du système national de suivi-évaluation à travers l'opérationnalisation du troisième principe du « Three One's » relatif au cadre unique de suivi-évaluation.

158 La mise en place par l'Etat et les partenaires d'un mécanisme de motivation des experts en suivi-évaluation pour leur maintien dans le système public.

4. Besoins en assistance technique et renforcement des capacités

159 Les besoins d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi-évaluation se présentent comme suit : (i) renforcement de la gouvernance et du leadership du MLS et du MSHP en matière de suivi et évaluation, (ii) évaluation des capacités de l'unité de suivi-évaluation du Ministère de la Lutte contre le sida (MLS) devant permettre une description des postes, l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités et la définition d'un profil de carrière pour le personnel de l'unité de suivi évaluation, (iii) appui aux renforcements des capacités des responsables chargés de suivi évaluation aux niveaux central et décentralisé, (iv) appui à la conception et à la mise en place d'une base de données nationale pour répondre aux besoins de prise de décisions et d'établissement d'un rapport national sur l'épidémie.

160 A ces besoins, il faut ajouter (v) l'appui à la conception et à la mise en place de la base de données au niveau décentralisé pour répondre aux besoins d'informations et d'orientation de la lutte contre le sida à ce niveau, (vi) l'appui à la mise en place des protocoles basés sur des normes internationales pour la surveillance auprès des populations les plus à risque, (vii) la formation des acteurs de lutte aux techniques de management, de prise en charge globale, de communication pour le changement de comportements, de mobilisation sociale et communautaire, de mobilisation des ressources, de l'approche genre et de suivi et évaluation, (viii) l'équipement des structures de prise en charge et des organisations de lutte contre le sida.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

- 161 Au regard des résultats encourageants, notamment en matière de prévention, de soutien, de prise en charge et surtout d'accès aux ARV, on peut dire que les efforts du pays vers l'accès universel sont réels sur la période 2008-2009. On note particulièrement une accélération de la décentralisation de la coordination de la réponse au sida au niveau régional. Dix structures de coordination régionales de lutte contre le sida (CTAIL) ont été installées et sont opérationnelles. En dépit du contexte de sortie de crise du pays, le VIH/sida a été maintenu sur l'agenda politique. Le Gouvernement a continué à allouer un budget pour l'accès aux ARV. L'appui financier et technique des partenaires au développement est resté constant.
- 162 Au cours de ces deux dernières années on a noté l'intensification des activités de prévention, notamment avec la première édition des journées nationales de conseil et dépistage volontaire. Cette initiative a permis à 12 593 personnes d'avoir accès au dépistage volontaire, et le nombre de sites fonctionnels est passé de 287 en 2007 à 378 en 2008. Ces efforts conjugués ont contribué à mettre plus de 18 000 nouvelles personnes sous ARV.
- 163 La contribution de la société civile à la réponse nationale a été significative. Elle a mis en place une plate-forme de coordination qui regroupe l'ensemble des réseaux impliqués dans la lutte contre le sida, y compris le réseau des PVVIH. Elle a joué un rôle prépondérant dans le soutien communautaire, surtout en matière d'observance thérapeutique et aussi de lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le respect des Droits Humains.
- 164 Cependant, les actions en direction des jeunes (15-24 ans) demeurent insuffisantes compte tenu de leur vulnérabilité et de l'ampleur de l'épidémie dans cette population. En effet, les rapports sexuels précoces sont fréquents dans cette tranche d'âge et l'utilisation du préservatif n'est pas systématique (source enquête CAP sur 6 départements 2009, INS/UNFPA).
- 165 Par ailleurs, les populations les plus à risque (HSH, PS, CDI, populations carcérales) ne sont pas encore totalement intégrées dans la réponse nationale. Toutefois, des programmes et des projets sont réalisés par les organisations de la société civile en direction de cette population. Des études d'envergure nationale sont en cours afin de prendre en compte les besoins spécifiques de ces populations dans le nouveau plan stratégique 2010-2013.
- 166 Cependant bien des défis restent à relever pour une réponse nationale efficace et efficiente. On note spécifiquement (i) le nombre élevé de perdus de vue, (ii) l'insuffisance de couverture des CDV, (iii) la faible performance de la PTME et de la prise en charge pédiatrique.

- 167 En dépit des efforts observés au cours de ces dernières années par les équipes de suivi-évaluation sous le leadership du MLS, le système de suivi-évaluation devrait être renforcé afin d'améliorer la gestion des données sur le VIH/sida. Il s'avère important de : (i) introduire systématiquement dans la conduite des études, notamment par l'INS, les items du guide d'établissement des rapports UNGASS, (ii) poursuivre et achever l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) en cours, (iii) réaliser la seconde Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS) intégrant les indicateurs UNGASS, (iv) prendre en compte les sites de PTME dans le cadre de la mise en œuvre des indicateurs de seconde génération.
- 168 Au vu de ces constats, nous formulons les recommandations suivantes de : (i) intensifier les programmes de prévention chez les jeunes de 15-24 ans en mettant l'accent sur la promotion du préservatif masculin et féminin, (ii) renforcer l'intégration de la PTME dans les services de CPN et SR/PF, (iii) renforcer la prise en charge des OEV au niveau national et conduire de nouvelles études pour apprécier l'ampleur des comportements à risque au sein de cette population, (iv) poursuivre les efforts en matière d'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien, (v) améliorer la couverture nationale des sites CDV et susciter la l'offre/demande de service de qualité, (vi) conduire des études sur les populations les plus à risque (HSH/PS/CDI/populations carcérales).
- 169 Depuis 2007, avec la signature de l'Accord Politique de Ouagadougou, la Côte d'Ivoire traverse une période de transition post-crise. Mais comme dans toute transition, la stabilité, et la sécurité sociale restent fragiles jusqu'à la tenue des élections. Un contexte sociopolitique stable est indispensable pour une réponse nationale efficace et efficiente au VIH/sida.

DOCUMENTS CONSULTÉS

- CCM (2009), Renforcement de la réponse nationale au VIH pour le passage à échelle de la prévention et de la prise en charge globale prenant en compte le genre et les populations clé à haut risque d'infection à VIH.
- MLS (2010), Document National de Stratégies de Plaidoyer en matière de lutte contre le VIH/sida 2010-2014.
- MLS (2008), Rapport national UNGASS 2008.
- MLS (2006), Rapport national UNGASS 2006.
- MLS (2009), Rapport national 2007-2008 de lutte contre l'infection par le VIH en Côte d'Ivoire.
- MLS (2009), Revue à mi-parcours du Plan Stratégique National de lutte contre le Sida.
- MLS (2009) Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le Sida, EF/REDES, Côte d'Ivoire 2006, 2007 et 2008.
- MLS (2006) Evaluation des conséquences de la crise sociopolitique sur la prévention et la prise en charge du VIH/sida en Côte d'Ivoire, 2005-2006
- MLS/INS/RETROCI (2005), Enquête sur les Indicateurs du Sida Côte d'Ivoire 2005.
- MEMPD (2009), Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP).
- MSHP (2009), Rapport Annuel VIH/sida du secteur santé en Côte d'Ivoire 2007-2008.
- ONUSIDA (2009), Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base.
- PEPFAR/USAID (2009), Agenda National des Priorités Politiques de Réponse du VIH et du sida en Côte d'Ivoire pour la période 2009-2013.
- SNU (2008) Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 2009-2013.
- UFM/OOAS/UNFPA (2009), Communautés Frontalières, Populations Mobiles & Exposition au VIH dans les Pays de l'Union du Fleuve Mano. Rapport Consolidé des Études de Base de la Côte d'Ivoire, de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Léone.

UNFPA/INS (2009),

Enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes de 10-24 ans en matière de santé de la reproduction et d'insertion socio-économique.

A N N E X E S

ANNEXE 1 : Liste des membres de l'Equipe Technique Restreinte de Travail

N°	Nom et prénoms	Structure	Contact	E-mail
1	GUELLA Michel	MLS/DPSE	20 33 81 04	Michel_guella@yahoo.fr
2	EBY Ehounoud Pascal	ONUSIDA	20312130/4731 9320	ebye@onusida.org
3	SON Jérôme	MLS/DPSE	20338074/09614185	Gerumfr4@yahoo.fr
4	KRA Kouamé Walter	CONSULTANT	07707302	kouamewalter@yahoo.fr
5	ESSIS Lornge Jean Claude	MLS/DPSE	20338125/07926332	Lornge6@yahoo.fr
6	ANGAMAN Kassi Roger	PNOEV	03050743/ 22413986	kassyroger@yahoo.fr
7	BROU Kouamé Félix	RIP+	21246081/ 09274415	felibrou@yahoo.fr
8	SEKA Frida	COSCI	22412652/ 07691520	sekafrid2001@yahoo.fr
9	BIDIO Kouassi	MLS/PLSPHV	20325033/ 07715941	bidiokk@yahoo.fr
10	LEROUX Elysée Lopez	RIJES	6720 59 12	lerouxelysee@yahoo.fr
11	DOFFOU Edmond	MEN	09 33 44 28	eddoffou@yahoo.fr
12	AKA Sandrine	PNPEC	20338074/ 07606313	sandaka72@yahoo.fr
13	EBA Kouassi Eugène	MLS / DPSE	07564684	frezyeke@yahoo.fr

ANNEXE 2 : Liste des membres du Groupe National de Référence en Suivi-Evaluation

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURES	CONTACTS	
			Tél./Cellulaire	E-mail
01	AKA SANDRINE	MSHP/PNPEC	07 60 63 13	sandaka72@yahoo.fr
02	ANGAMAN KASSI ROGER	PN-OEV	22 41 39 86 / 03 65 07 43	kassyroger@yahoo.fr
03	ASSOUMOU BONGOUA JEAN CLAUDE	CECI	20 21 57 17 / 01 56 11 56	jc_assoumou@yahoo.fr
04	ATSE SEKA	ACONDA-VS	40 18 57 73	abouagui@yahoo.fr
05	AUGOU YVONNE	DMOSS	07 83 93 40 / 01 85 64 43	ngouyihe_3005@yahoo.fr
06	BIDIO KOUASSI	MLS/PLS-PHV	20 32 50 33 / 07 71 59 41	bidiokk@yahoo.fr
07	BOSSO EDWIGE	MEASURE EVALUATION	04 77 42 16	adwige.bosso@measure-jsi.ci
08	BROU KOUAME FELIX	RIP+	21 24 60 81 / 09 27 44 15	felibrou@yahoo.fr
09	CLAIRE MULANGA	ONUSIDA	20 31 21 30	mulangac@unaids.org
10	EBA KOUASSI EUGENE	MLS/DPSE	07 56 46 84	frezyeke@yahoo.fr
11	EBAH AKA LAURENCE	EGPAF	06 34 12 37	aebah@padaids.org
12	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	20 31 21 30 / 47 31 93 20	ebye@unaids.org
13	ELYSEE LEROUX L.	RIJES	22 41 26 55 / 67 20 59 12	lerouxelysee@yahoo.fr
14	ESSIS LORNG JEAN CLAUDE	MLS/DPSE	07 92 63 32	lornge6@yahoo.fr
15	FLORE BIA GUEU	UNFPA	08 08 09 19	gueu@unfpa.org
16	GUELLA MICHEL	MLS/DPSE	20 33 81 01 / 07 15 96 76	michel_guella@yahoo.fr
17	GUEU ALEXIS	ALLIANCE-CI	01 76 97 64	gueugohidealexis@yahoo.fr gagueu@alliancecotedivoire.org
18	JOSEPH EZOUA	PNUD	20 31 74 27	joseph.ezoua@undp.org
19	JUMA KARIBURYO	OMS	08 39 78 17	kariburyoj@who.int
20	KIKIE ZADI PAUL	CDC PEPFAR	05 09 35 44 / 21 21 43 51	kikietz@ci.cdc.gov

21	KIPRE ACHILLE	PN-OEV	22 41 39 86 / 07 10 12 82	suiviealpnoev1@yahoo.fr kipreachille@yahoo.fr
22	KONAN DIBY JEAN-PAUL	MSHP/DIPE	02 72 41 62	dibykonanjp@gmail.com
23	KONAN KOUAME JEAN	UNICEF	05 57 21 77	kkonan@unicef.org
24	KONAN N'DRI ERIC	ACONDA	40 18 58 18	kndrieric@yahoo.fr
25	KOUAME ISABELLE	ONUSIDA	20 31 21 30	kouamei@unaid.org
26	KRA WALTER	CONSULTANT	07 70 73 02	kouamewalter@yahoo.fr
27	MIESSAN OHOMAN ETIENNETTE	AIMAS	07 56 87 70 / 44 63 20 67	etyaffaire@yahoo.fr
28	N'TAMON YVETTE	ARSIP	22 42 60 51 / 03 77 14 96	alliancereligieux_sida@yahoo.fr
29	OKOUA N'GUESSAN LUCIEN	MLS/DPSE	08 05 56 35	okoualicien@yahoo.fr
30	PHILOMENE KOUAME	MLS/DPSE	20 33 81 25 / 07 38 28 02	beda_philomene@yahoo.fr
31	SANGARE NAMON	PNOEV	09 34 56 78	sangnamon@yahoo.fr
32	SEKA FRIDA	COSCI	22 41 26 55 / 07 69 15 26	sekafrida2001@yahoo.fr
33	SIHI KOUHON HYPPOLITE	MLS/DPSE	03 22 23 24	sihi_hyppolite@yahoo.fr
34	SON JEROME	MLS/DPSE	09 61 41 85 / 02 65 31 26	gerumfr4@yahoo.fr
35	SORO SIATA	MLS/DPSE	20 33 81 25 / 08 13 63 85	s_siata@yahoo.fr
36	TIEMELE CHRISTELLE	PUMLS/UCP	07 49 33 07	christeller1000@yahoo.com
37	YAO KOFFI EDMOND	INS	05 89 03 89	kofedyao@yahoo.fr
38	YAO KONAN ERNEST	MSHP/DIPE	20 32 33 17 / 07 69 85 57	konanern@yahoo.fr
39	YORO BI VANIE MICHEL	PUMLS/UCR LAGUNES	03 37 83 31	yvaniebi@yahoo.fr

Annexes 3 : Liste des sites de prise en charge ARV inscrits dans le suivi de cohortes

<i>Sites soutenus</i>			
N°	EGPAF	ICAP	ACONDA
1	Centre Anti-Tuberculeux Abengourou	Centre de Santé Rural GBAGBAM	Centre Nazaréen YOPOUGON
2	Centre de Santé Urbain de Komborodougou	Centre de Santé Rural KONONFLA	CES Aboboté ABOBO
3	Centre Hospitalier Regional Abengourou	Centre de Santé Rural PAKOUABO	FSU Communautaire Abobo-baoulé ABOBO
4	Centre Hospitalier Regional Agboville	Centre de Santé Urbain BONON	FSU Communautaire Anonkouakouté ABOBO
5	Centre Hospitalier Regional Dimbokro	Centre de Santé Urbain DIEGONEFLA	FSU communautaire Port-Bouet 2 YOPOUGON
6	Centre Hospitalier Regional San Pedro	Centre de Santé Urbain FRESCO	FSU communautaire Wassakara YOPOUGON
7	Centre Médical PIM	Centre de Santé Urbain GUIBEROUA	FSU Yopougou Attié YOPOUGON
8	Centre Médical Wallé	Centre de Santé Urbain HIRE	Hôpital Général Abobo Nord ABOBO
9	Centre Saint Camille Bouaké	Centre de Santé Urbain SAIQUA	Hôpital Général Abobo Sud
10	Centre SAS	Centre Hospitalier Régional BOUAFLE	Hôpital Général ANYAMA
11	Dispensaire Baptiste de Torgokaha	Centre Médico Social COMPLEXE-SUCRIER	CEPREF
12	Dispensaire Charité de Kotobi	Dispensaire Mission Christ-Roi SINFRA	CHU_YOP PEDIATRIE
13	Dispensaire Dioulakro Abengourou	Dispensaire Urbain IBOGUHE	CHU_YOP_ADULTE
14	Dispensaire Sainte Anne de Bocanda	Hôpital Général LAKOTA	CHU_YOP_GYNECO
15	Hope CASM	Hôpital Général OUME	FSU COM TOIT_ROUGE
16	Hôpital Baptiste de Ferkessedougou	Hôpital Général SINFRA	
17	Hôpital Général Adzopé	Hôpital Général VAVOUA	
18	Hôpital Général Agnibilékrou	Hôpital Général ZUENOULA	
19	Hôpital Général Ayamé	HG ISSIA	
20	Hôpital Général Bocanda	Protection Maternelle et Infantile BOUAFLE	
21	Hôpital Général de M'bahiakro		
22	Hôpital Général Grand Lahou		
23	Hôpital Général Tabou		
24	Hôpital Général Tiassalé		
25	KO'KHOVA CNTS		
26	Maternité HKB San Pedro		
27	MC_OUANGOLODOUGOU		
28	Notre Dame des Apotres Dimbokro		

29	Protection Maternelle et Infantile Abengourou		
30	Protection Maternelle et Infantile Bardot San Pedro		
31	Protection Maternelle et Infantile Dimbokro		
32	Renaissance Santé Bouaké		
33	Service de Santé Scolaire et Universitaire Abengourou		
34	Société Africaine de Plantation d'Hevea (SAPH) de San Pedro		
35	Société de Caoutchouc de Grand Bereby (SOGB)		