



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



***RAPPORT DE SUIVI DE LA
DECLARATION D'ENGAGEMENT SUR
LE VIH/SIDA - UNGASS
2010***

Mars 2010



SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	5
II. APERÇU DE LA SITUATION.....	6
A.PARTIES PRENANTES DANS LA REDACTION DU RAPPORT	6
B .CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE	9
III. RIPOSTE POLITIQUE ET PROGRAMMATIQUE.....	13
A. ENGAGEMENT ET RIPOSTE POLITIQUE.....	13
B. LA RIPOSTE PROGRAMMATIQUE.....	15
IV. RECAPITULATIF ET INTERPRETATION DES INDICATEURS	25
INDICATEURS DE L'ENGAGEMENT ET DES ACTIONS AU PLAN NATIONAL.....	28
<i>Indicateur 1 : Dépenses consacrées à la lutte contre SIDA</i>	<i>28</i>
INDICATEURS PROGRAMMATIQUES NATIONAUX	28
<i>Indicateur 3 : Sécurité transfusionnelle : Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH.....</i>	<i>28</i>
<i>Indicateur 4 : thérapie antirétrovirale : Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux.....</i>	<i>29</i>
<i>Indicateur 5 : Prévention de la transmission mère-enfant : Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant.....</i>	<i>30</i>
<i>Indicateur 6 : Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH : Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH </i>	<i>30</i>
<i>Indicateur 7 : dépistage du VIH parmi la population générale : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat</i>	<i>31</i>
<i>Indicateur 8 : dépistage VIH auprès des Professionnels du Sexe (PS) : Pourcentage de professionnels de sexe ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissant le résultat</i>	<i>31</i>
<i>Indicateur 8 : dépistage VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.....</i>	<i>31</i>
<i>Indicateur 8 : dépistage VIH chez les consommateurs de drogues injectables</i>	<i>32</i>
<i>Indicateur 9 : programme de Prévention PS : Pourcentage de professionnels du sexe atteints par les programmes de prévention du VIH</i>	<i>32</i>
<i>Indicateur 9 : programme de Prévention les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.....</i>	<i>32</i>

<i>Indicateur 9 : programme de prévention pour les consommateurs de drogues injectables</i>	32
<i>Indicateur 10 : Soutien aux orphelins : Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.</i>	33
<i>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</i>	33
INDICATEURS DES CONNAISSANCES ET DES COMPORTEMENTS	33
<i>Indicateurs 12 : Scolarisation des orphelins : Fréquentation scolaire parmi les orphelins et les non orphelins de 10-14 ans</i>	33
<i>Indicateur 13 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus</i>	33
<i>Indicateur 14 : Connaissances au sujet de la prévention du VIH/ Professionnels de sexe : Pourcentage de professionnels du sexe qui identifient correctement les manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH.</i>	34
<i>Indicateur 15 : Rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.</i>	35
<i>Indicateur 16 : Rapports sexuels à haut risque : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois.</i>	35
<i>Indicateur 17 : Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel</i>	36
<i>Indicateur 18 : Professionnel du sexe : Utilisation du préservatif : pourcentage de professionnels de sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client</i>	37
<i>Indicateur 19 : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : utilisation du préservatif</i>	37
<i>Indicateur 20 : Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif</i>	37
<i>Indicateur 21 : Pratiques d'injection sans risque : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue</i>	38
INDICATEURS DE L'IMPACT	38
<i>Indicateur 22 : Réduction de la séroprévalence du VIH chez les jeunes : Pourcentage des jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH</i>	38
<i>Indicateur 23 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque : professionnels du sexe</i>	38
<i>Indicateur 23 : Réduction de la séroprévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes</i>	39

<i>Indicateur 23 : Réduction de la séroprévalence du VIH chez les utilisateurs des drogues injectables.....</i>	<i>39</i>
<i>Indicateur 24 : Traitement contre le VIH : Personne encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale : Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale</i>	<i>39</i>
<i>Indicateur 25 : Réduction de la transmission mère-enfant : Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH.....</i>	<i>40</i>
V. LES MEILLEURES PRATIQUES	40
VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTRICES	42
VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT.....	43
VIII. SUIVI ET EVALUATION	44

SUIVI DE LA DECLARATION D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/SIDA POUR LA REPUBLIQUE DE DJIBOUTI

I. INTRODUCTION

En Juin 2001, une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida a connu la participation de 189 Etats membres et a débouché sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, reflétant ainsi un consensus mondial sur un cadre d'action pour atteindre le sixième objectif du Millénaire pour le développement, à savoir stopper la propagation du VIH et commencer à inverser le cours de l'épidémie d'ici 2015. En 2006, les Etats Membres de l'ONU ont réitéré, à travers une Déclaration politique sur le VIH/sida, leur engagement relatif à l'instauration de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien des personnes infectées et affectées par le VIH d'ici 2010.

Depuis 2003, La lutte contre le VIH et SIDA à Djibouti s'inscrit dans le respect des trois principes « Three Ones » : il existe un seul cadre de coordination multisectorielle placé sous la présidence du Premier Ministre, un seul plan stratégique auquel se réfèrent tous les acteurs engagés dans la mise en œuvre de la réponse nationale et un seul plan de suivi et évaluation.

Au terme du premier plan stratégique multisectoriel 2003-2007, le pays s'est doté du plan stratégique actuel couvrant la période 2008-2012 dont le but principal est : **Réduire les nouvelles infections par le VIH, améliorer la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et renforcer la coordination, la gestion et le suivi et évaluation de la réponse nationale.** Le plan est en lien avec les objectifs de l'accès Universel pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien.

Ledit plan qui couvre les deux années couvertes par le présent rapport comporte 14 programmes qui couvrent 4 buts stratégiques :

- Réduire l'incidence du VIH par la mise en œuvre et la décentralisation des programmes de prévention ;
- Améliorer la prise en charge médicale des PVVIH ;
- Réduire les déterminants de la vulnérabilité et la précarité des PVVIH et leurs familles ;
- Renforcer la coordination, la gestion et le suivi-évaluation de la réponse nationale.

Cette réponse développée pour faire face à la pandémie du VIH et SIDA sur les individus, les familles et les communautés a connu progressivement un élargissement des acteurs impliqués : (i) 10 départements ministériels aux côtés de celui de la santé se sont engagés dans la lutte avec des plans sectoriels (ii) la société civile avec un tissu associatif sous la coordination de six agences d'encadrement qui couvrent tout le territoire national (iii) le secteur privé commence à s'engager en particulier l'entreprise aéroportuaire de Djibouti.

Les résultats sont caractérisés par une prise de conscience du risque parmi la population générale et utilisation des services de prévention, une amélioration de la prise en charge incluant un accès totalement subventionné aux antirétroviraux pour les adultes et enfants, le renforcement des services disponibles et du système de santé.

Cependant, malgré ces avancées, les efforts sont à poursuivre en particulier la remobilisation des ressources qui se sont rarifiées en 2009, le renforcement des interventions de prévention en particulier la prévention de la transmission de l'amère à l'enfant, le renforcement des capacités des acteurs engagés dans la prise en charge et du circuit de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et SIDA. A cet effet la revue à mi-parcours du plan stratégique National 2008-2012 prévue cette année permettra d'analyser en profondeur les progrès vers l'Accès Universel et de réorienter les interventions pour les deux années à venir.

Le présent rapport montre les réalisations le niveau d'atteinte des indicateurs de suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH et SIDA adoptée en 2001 et met en exergue les progrès enregistrés par la mise en œuvre de la réponse nationale au cours des deux dernières années 2008-2009. Ce rapport est le résultat d'un processus de concertation nationale entre le Secrétariat Exécutif, autorité nationale en charge de la coordination nationale de la réponse et les partenaires que sont les départements ministériels, la société civile, le Système des Nations Unies et la coopération bilatérale.

Le rapport présente d'abord un aperçu de la situation de l'épidémie du VIH et SIDA en République de Djibouti, suivi des progrès enregistrés dans les différents domaines retenus par la déclaration. Il montre ensuite les principaux obstacles rencontrés et les perspectives pour les surmonter ainsi que l'appui des différents partenaires au développement en vue d'atteindre les objectifs fixés par la déclaration d'engagement.

Les annexes du rapport sont constituées par les questionnaires relatifs à la politique nationale, le tableau des indicateurs relatifs aux dépenses, aux comportements et à l'impact.

II. APERÇU DE LA SITUATION

A. PARTIES PRENANTES DANS LA REDACTION DU RAPPORT

Sous la coordination du Secrétariat Exécutif de la lutte contre le VIH SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, organe de coordination technique de la réponse nationale, l'élaboration du rapport UNGASS 2010 a pris en compte les mécanismes de participation des partenaires engagés dans la lutte contre le SIDA prévus à cet effet.

Les acteurs de la riposte nationale du secteur de la santé, les représentants des autres départements ministériels, les représentants des agences du système des Nations Unies par le biais de l'équipe conjointe sur le VIH et SIDA, les coopérations bilatérales ainsi que la société civile ont tous pris part à la préparation et l'élaboration du présent rapport.

En effet depuis novembre 2009, un plan de préparation et d'élaboration a été adopté et prévoyait les étapes suivantes qui ont été respectées:

- Un comité multisectoriel a été mis en place au sein du Secrétariat Exécutif chargé de la collecte des données, de l'élaboration du rapport. En son sein une sous commission a été mise en place pour finaliser la rédaction du rapport.



(Réunion de travail de l'équipe de rédaction UNGASS 2010 Djibouti au bureau de l'ONUSIDA 23 Février 2010).

- Une formation a été dispensée pour l'ensemble des membres de l'équipe sur les techniques de collecte des données et de calcul des indicateurs à renseigner pour la rédaction du rapport.
- Recrutement d'un consultant national pour appuyer le comité dans la préparation du rapport. Il a été épaulé par un consultant international afin de pouvoir mettre aussi un dispositif de pérennisation du mécanisme de génération des rapports périodiques.
- Les membres de l'équipe nationale ont tous participé chacun dans son secteur pour la collecte des données. Des personnes ressources au niveau du secrétariat exécutif, l'équipe conjointe des Nations unies sur le VIH et SIDA, les chargées de programme des agences d'encadrement du tissu associatif, deux consultants (1 international et 1 national) ainsi que l'assistance technique permanente au niveau des programmes ont permis d'apporter chacun sa contribution pour la finalisation de ce rapport. La collecte s'est faite à travers des entretiens et les questionnaires sous forme de formulaires adressés aux différents partenaires et services impliqués dans la riposte nationale.
- Exploitation des bases de données des études comportementales réalisées en 2008 auprès des jeunes
- Synthèse des données disponibles et calcul des indicateurs du rapport UNGASS
- Atelier de validation des surveillances épidémiologiques 2008 et 2009 en janvier 2010, rehaussé par la présence de son excellence Monsieur le Ministre de la santé et les représentants des agences coparrainantes de l' ONUSIDA.
- Finalisation des questionnaires A et B de l'indice composite des politiques nationales en février 2010.
- Organisation le 29 Mars 2010 de l'atelier national de validation du rapport avec participation des représentants du secteur public, de la société civile, des Nations Unies et de la coopération bilatérale.



L'atelier de validation du rapport UNGASS à Djibouti a vu la participation des différents acteurs engagés dans la mise en œuvre pour la réponse nationale à savoir, le secteur public, la société civile, le système de l'Organisation des Nations Unies et la coopération bilatérale. Cet atelier était présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, qui assure la présidence du Comité Technique Intersectoriel de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le Paludisme composé de 11 Secrétaires Généraux des ministères impliqués dans la riposte.

B .SITUATION ACTUELLE DE L EPIDEMIE

La surveillance épidémiologique du VIH dans le pays est faite à travers 18 sites répartis sur le territoire national en suivant cinq groupes de population (i) les femmes enceintes, (ii) les travailleuses du sexe, (iii) les clients présentant une IST, (iv) ceux ayant une coinfection VIH et Tuberculose et (v) les donneurs de sang.

B.1. Séroprévalence du VIH

Djibouti connaît une épidémie généralisée dont la séroprévalence est estimée à un taux de 2,71% en 2009. Ces estimations sont faites à partir de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes réalisée régulièrement depuis 2006 en utilisant spectrum.

Lors de la surveillance sentinelle de 2008, un échantillon de 8264 femmes enceintes a été constitué dont 7114 dans les sites urbains (86,1%) et 1150 dans les sites ruraux (13,9%). La séroprévalence globale dans les sites urbains (Djibouti-ville) était de 1,7% IC95% [1,4 – 2,1]. L'épidémie était significativement plus marquée chez les 25-29 ans : 2,4% IC IC95% [1,8 – 3,2] vs 1,7% IC95% [1,8 – 3,2] chez les 15-49 ans ($\chi^2=4,11$, $p=0,04$). La séroprévalence chez les 15-24 ans était de 1,4% IC95% [1,0 – 2,0].

Au niveau des sites ruraux, la séroprévalence globale était de 1,2% IC95 [0,7 – 2,1]. Cette prévalence était inférieure à celle observée à Djibouti-ville, mais sans différence statistiquement significative ($p=0,22$). Les prévalences les plus importantes des districts ont été retrouvées à Dikhil (1,7% IC95% [0,7-3,8]) et Obock (1,7% IC95% [0,3-4,5]).

A Djibouti-ville, la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes en 2008 est inférieure à celle de 2007 avec une différence statistiquement significative : prévalence de 1,7% IC IC95% [1,4 – 2,1] en 2008 vs 2,4% IC IC95% [1,8 – 3,2] en 2007 ($\chi^2=7,29$, $p=0,006$).

Dans les districts, on note une augmentation globale de séroprévalence en 2008 comparée à 2007, sans cependant atteindre le seuil de significativité statistique : prévalence de 1,2% IC IC95% [0,7 – 2,1] en 2008 vs 0,5% IC IC95% [0,2 – 1,2] en 2007 ($p=0,06$).

La surveillance de 2009 retrouve les mêmes tendances avec un taux de séroprévalence de 1,6 % en milieu urbain et 0,7% en milieu rural.

L'épidémie est multiforme, caractérisée par une concentration dans les zones urbaines, où les contextes de risque sont plus présents. L'épidémie reste aussi élevée dans les groupes ayant des comportements à haut risque. Ainsi la prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe est nettement plus élevée que dans la population générale. Elle était de 18% en 2007, 20,3% en 2008 et 15,3% en 2009. En 2007, la prévalence du VIH était de 12,3 % chez les patients IST.

La prévalence élevée chez les professionnelles du sexe et leurs contextes de risque multiples indique de façon éloquent un potentiel de concentration de l'épidémie dans ce milieu comprenant les travailleuses du sexe et leurs clients.

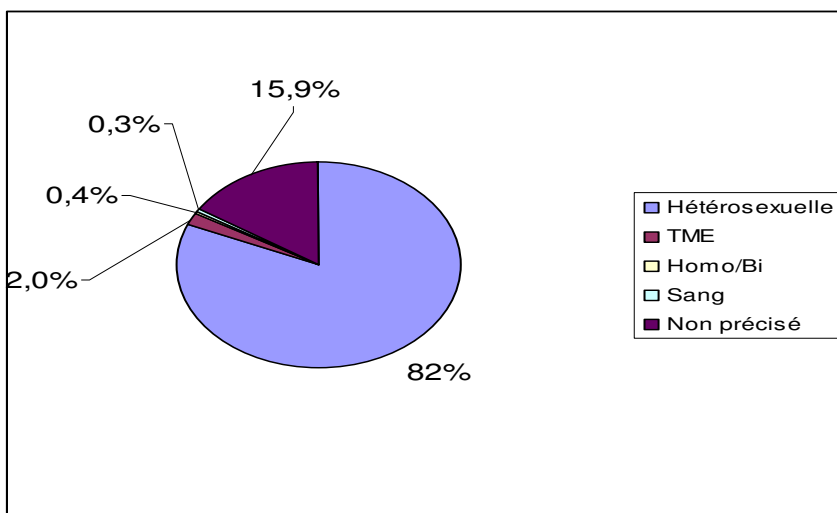
La coinfection VIH /SIDA et Tuberculose est très importante vu que Djibouti a la deuxième prévalence la plus élevée de Tuberculose dans le monde, et on trouve une prévalence de 13.6% VIH chez les patients tuberculeux en 2007 et 11,8% en 2008.

Chez les donneurs de sang, la prévalence diminue progressivement depuis 2006 avec un taux de 1,4 % en 2007, 0,6% en 2008 et 0,3% en 2009.

Par rapport à la transmission du VIH, elle est essentiellement hétérosexuelle avec 82% des cas. La transmission mère-enfant constitue 2 % des cas notifiés.

S'agissant de 15,9% des cas notifiés non précisés, cela ouvre plusieurs réflexions : la peur de stigmatisation pour nombre de personnes probablement liée au mode de transmission, le cumul de facteurs de risque qui ne permet pas à la personne de préciser le mode de transmission et enfin une défaillance dans le système de notification et de documentation des cas notifiés. La transmission sanguine était de 0,4%, et la transmission homo/bisexuelle était de 0,3%. Aucun cas n'a été trouvé dans le groupe « Utilisateur de drogue injectable ».

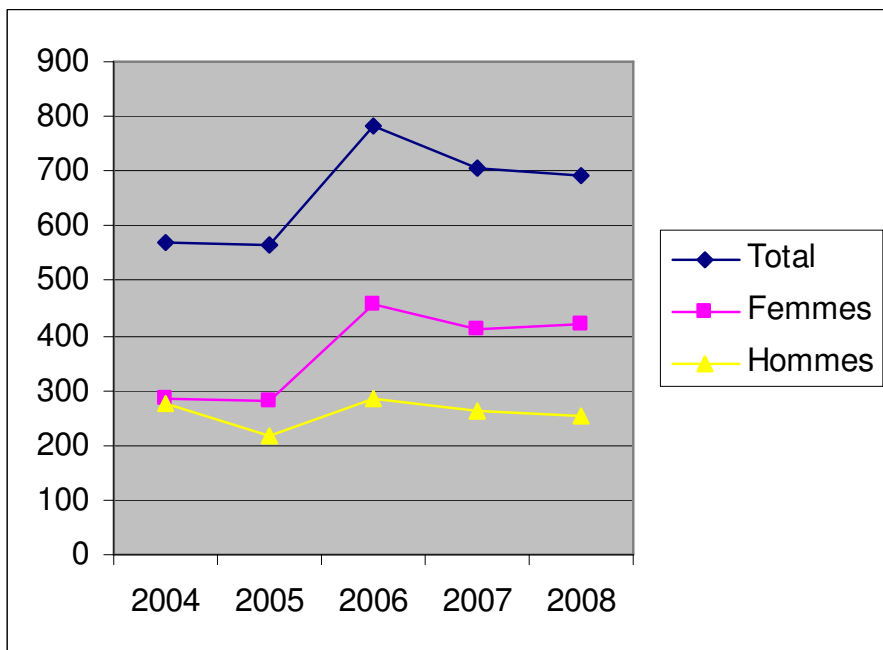
Figure 1 : Répartition par groupe de transmission des cas d'infection à VIH notifiés à Djibouti entre 2004 et 2008.



B.2. Analyse des cas de VIH et SIDA notifiés.

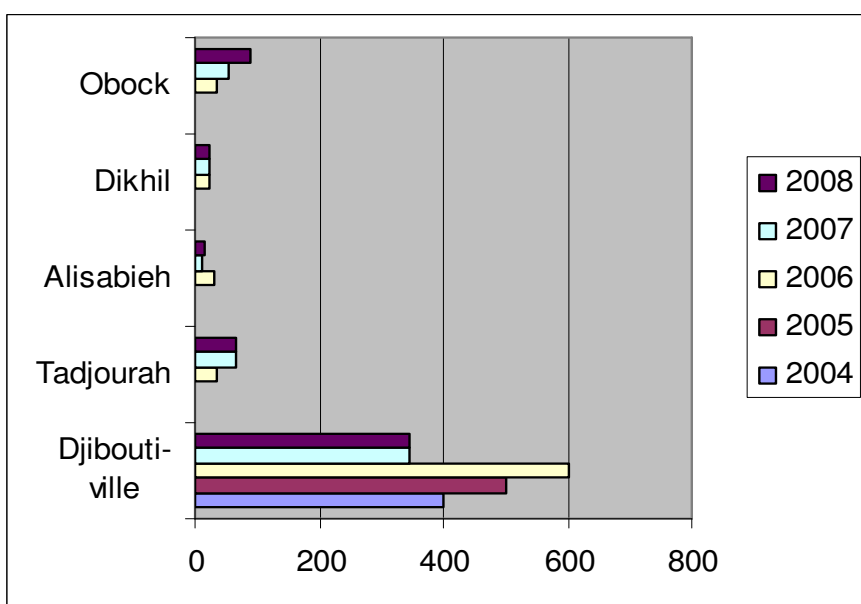
Le nombre total cumulatif des cas notifiés est de 3309 cas de SIDA entre 2004 et 2008 répartis dans l'ensemble du pays y compris les districts de l'intérieur est représentée sur le graphique ci-dessous :

Figure 2 : Evolution des cas de VIH et SIDA notifiés de 2004-2008.



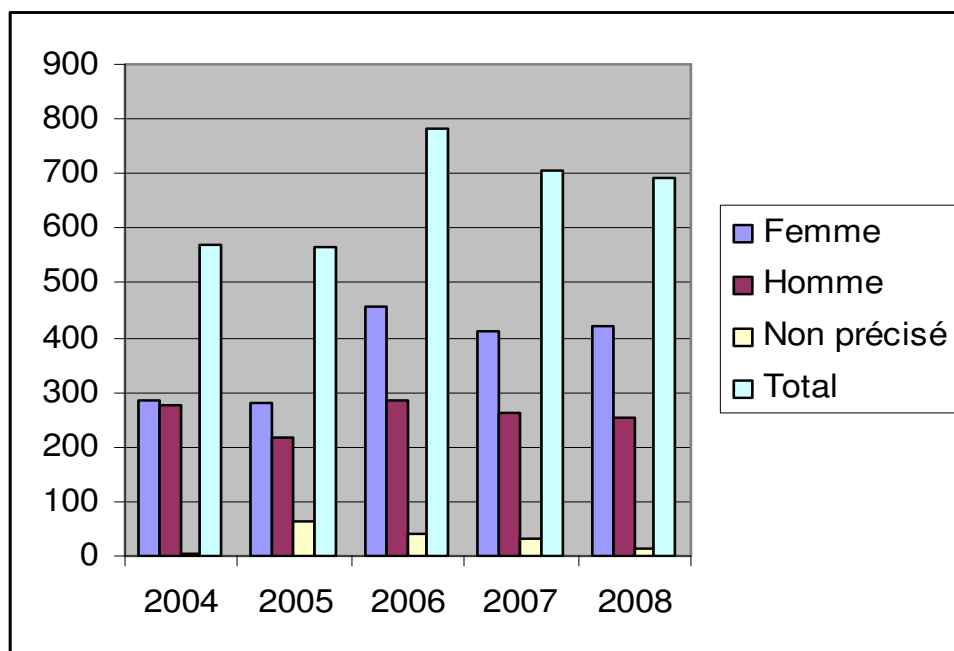
La majorité des cas se trouve à Djibouti ville, étant donné que $\frac{3}{4}$ de la population du pays vit dans la capitale.

Figure 3 : Répartition par localité des cas d'infection à VIH et SIDA notifiés entre 2004 et 2008.



La proportion de femmes était de 56,2% vs 39,3% d'hommes (différence statistiquement significative : $\chi^2=67,13$, $p<0,005$). Pour 4,6% des cas, le sexe n'a pas été précisé.

Figure 4 : Répartition annuelle par sexe du nombre de cas de VIH et SIDA notifiés à Djibouti entre 2004 et 2008.



L'âge médian au diagnostic d'infection VIH était de 31 ans [Extrêmes: 0,16 – 72 ans] pour l'ensemble des cas pour lequel l'âge et le sexe ont été retrouvés. Les femmes (âge médian : 30 ans [Extrêmes: 0,3– 65 ans]) étaient plus jeunes que les hommes (âge médian : 35 ans [Extrêmes: 0,16 – 72 ans]).

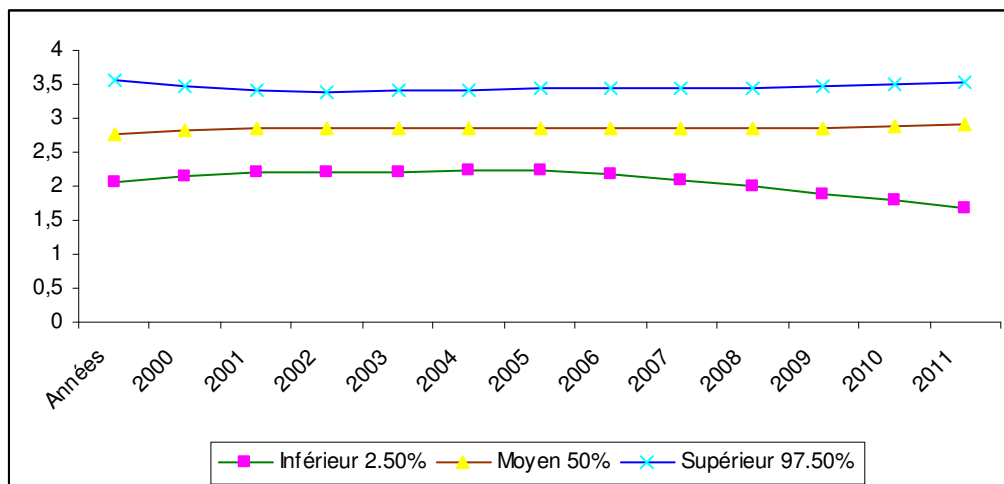
Indépendamment des sexes, les tranches d'âge les plus représentées étaient celles de 20-29ans et 30- 39 ans. Leurs proportions dans les deux sexes étaient respectivement de 30,8% et 40,2%. Les 15- 24 ans représentaient 12,1% des cas.

B.3. ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Les estimations et projections relatives à l'épidémie du VIH et SIDA au Djibouti effectués au fin 2009 par le programme de lutte contre le VIH et SIDA du secteur de la santé avec l'appui de l'ONUSIDA montre un nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 12.216 dont 4.235 ont besoin des traitements ARV. On note une féminisation de l'épidémie car 55,1% des personnes infectées sont des femmes. La tranche d'âge de 20 – 35 ans est la plus touchée par l'épidémie.

L'épidémie semble stabilisée avec 2,7% en 2009 comme le montre la courbe ci-dessous car l'enquête de séroprévalence nationale réalisée en 2002 montrait un taux de 2,9%.

Figure 5 : Tendence de l'épidémie depuis 1999



III. RIPOSTE NATIONALE A L EPIDEMIE DU VIH ET SIDA

La présente partie du rapport montre les progrès réalisés par Djibouti au cours des années 2008 -2009 par rapport aux différents domaines de la déclaration d'engagement sur le VIH et SIDA.

A. Engagement et riposte politique

Les gouvernements se sont engagés à :

- Mettre en œuvre des stratégies multisectorielles et financières, des plans qui combattent le silence, la dénégation, la stigmatisation et la discrimination, qui soient établis avec la participation de la société civile, des entreprises, des personnes vivant avec VIH/sida, des groupes vulnérables, des femmes et des jeunes, qui soient autant que possible financés par les budgets nationaux, qui défendent les droits de l'homme, l'égalité des sexes, qui tiennent compte de l'âge, du risque, de la vulnérabilité, qui assurent la promotion de la prévention, des soins, du traitement, de l'appui et de l'atténuation de l'impact de l'épidémie, et qui renforcent les capacités des systèmes de santé, d'éducation et juridiques.

- Intégrer les priorités que sont la prévention, les soins, le traitement, de l'appui et de l'atténuation de l'impact dans la planification du développement.

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

La lutte contre le VIH et SIDA constitue une priorité nationale à Djibouti. Depuis 2003, un engagement politique au plus haut niveau s'est manifesté avec la mise en place par Décret Présidentiel d'un comité interministériel présidée par **le Premier Ministre** qui assure la coordination politique de la réponse nationale.

Son Excellence Monsieur ISMAEL OMAR GUELLEH, le Président de la République a manifesté son engagement depuis lors notamment par la participation personnelle à certaines manifestations de lutte contre le VIH et SIDA.

C'est ainsi qu'il a inauguré lui-même le centre national de référence pour le dépistage et le traitement des personnes vivant avec le VIH et SIDA en 2003 et participe régulièrement aux campagnes massives de lutte contre la maladie organisée autour de la journée mondiale de lutte contre le VIH et SIDA. Ces campagnes consacrent chaque année à partir du premier décembre toute une semaine de mobilisation sociale à travers tout le pays depuis 2003.

Le comité national implique 11 ministères clés et un tissu associatif organisé autour de 6 agences d'encadrement couvrant tout le territoire national. Ce dispositif associatif met en œuvre les interventions communautaires sur tout le territoire national.

Le pays a adhéré à tous les engagements internationaux y compris la déclaration d'engagement de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2001 dans le cadre de la lutte contre le VIH SIDA pour l'atteinte des objectifs du millénaire en particulier le 6^{ème}. En 2006, le pays a adhéré à la déclaration d'engagement politique pour l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien qui est un des principes directeur du Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA sur la période 2008-2012.

Cet engagement politique susmentionné s'est manifesté aussi par une mobilisation des ressources tant nationales, bilatérales que multilatérales depuis 2003.

Les partenaires comme la Banque Mondiale, le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le paludisme, l'Agence Française de Développement et le système des Nations Unies ont répondu favorablement en mobilisant des ressources techniques et financières pour la mise en œuvre des différents plans opérationnels du PSN.

Le comité de coordination multisectoriel et inter partenaires (CCMI), sous la présidence du **Ministre de la Santé**, assure la coordination et le suivi des projets financés par le Fonds Mondial. Au sein de ce comité, il participe aux côtés du secteur public, les partenaires au développement, la société civile incluant les personnes vivant avec le VIH.

Sur le plan sectoriel, **le ministère de la santé** a renforcé la réponse médicale à l'épidémie à travers son programme de lutte contre le SIDA qui opère sous la coordination de la Direction des maladies prioritaires.

Dans le cadre de la mobilisation des partenaires en faveur de la santé, il a été mis en place un groupe des partenaires de la santé ayant pour mandat de coordonner et de mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire.

Les autres secteurs se sont engagés progressivement en particulier le **Ministère de la jeunesse** à travers les centres de développement communautaire où se rencontrent les jeunes ; le **Ministère de l'éducation** à travers l'intégration des aspects de lutte contre le VIH et SIDA dans les curricula scolaire à partir du collège. Le **Ministère de la justice** s'est fortement mobilisé pour la protection des droits des personnes vivant avec le VIH et une loi en la matière a été votée par le parlement et promulgué par le Président de la République en 2007. Le **Ministère de la promotion** de la femme mobilise les acteurs sociaux pour la prise en charge et l'intégration sociale des orphelins et autres enfants vulnérables.

Les leaders religieux ont depuis 2007 intégrés la lutte contre le VIH et SIDA dans les activités de prêches en particulier les vendredis.

L'opérationnalisation de cette réponse politique se caractérise par la tenue régulière des rencontres du comité interministériel durant lesquelles sont analysés les progrès du cadre stratégique, les contraintes et obstacles rencontrés ainsi que les perspectives pour les périodes suivantes.

La coordination technique et le suivi de la réponse nationale sont assurés par le Secrétariat Exécutif du comité interministériel susmentionné qui pilote les différents processus de planification stratégique, de mise en œuvre et de suivi évaluation.

Ainsi au niveau de la planification stratégique, en 2008, un nouveau plan stratégique pour la période 2008-2012 a été adopté par le pays en vue d'apporter les réponses appropriées pour accélérer les interventions et pérenniser les acquis obtenus grâce à la mise en œuvre du précédent plan multisectoriel quinquennal 2003-2007. Ces plans se réfèrent aux cadres stratégiques nationaux de lutte contre la pauvreté qui intègre le volet lutte contre le VIH et SIDA.

B. La riposte programmatique

Sur le plan programmatique, la lutte contre le VIH à Djibouti est mise en œuvre à travers des plans multisectoriels quinquennaux.

Le plan stratégique actuel couvrant la période 2008-2012 s'est donné pour but principal de : Réduire les nouvelles infections par le VIH, améliorer la prise en charge globale des personnes vivants avec le VIH et renforcer la coordination, la gestion et le suivi et évaluation de la réponse nationale.

Ledit plan comporte 14 programmes qui couvrent 4 buts stratégiques :

- Réduire l'incidence du VIH par la mise en œuvre et la décentralisation des programmes de prévention ;
- Améliorer la prise en charge médicale des PVVIH ;
- Réduire les déterminants de la vulnérabilité et la précarité des PVVIH et leurs familles ;
- Renforcer la coordination, la gestion et le suivi-évaluation de la réponse nationale.

Le cadre d'action est budgétisé pour un montant de 49 587 000 US \$ pour les cinq années et il est doté d'un plan de suivi et évaluation qui couvre la période de mise en œuvre.

Dans le cadre de l'harmonisation et de l'alignement des politiques, le plan national de développement sanitaire couvre la même période 2008-2012 et est en lien avec le plan stratégique national de la lutte contre le VIH et SIDA.

Les principaux résultats obtenus sont les suivants :

- ⌘ Une amélioration de la prise de conscience du risque parmi la population générale, attestée par le fait que plus de 95% des personnes impliquées dans les enquêtes connaissent les dangers du VIH et son impact négatif sur le développement.
- ⌘ Une amélioration très nette de la prise en charge incluant un accès totalement subventionné pour les antirétroviraux adultes et enfant (de 4,9% en 2004 à 21,6% en 2009.) par contre une augmentation plutôt lente dans la prophylaxie dans le cadre de la PTME.
- ⌘ Le renforcement des services disponibles et du système de santé : a) 22 Centres de Dépistage Volontaire sont fonctionnels depuis 2008 et 7158 tests ont été effectués en 2009 contre 6085 tests en 2008. b) 24 formations sanitaires y compris les 5 centres médicaux hospitaliers des régions sanitaires ont intégré la PTPE, soit une couverture géographique de 76 %.
- ⌘ La proposition du dépistage semble faiblir puisque le Counseling pré-test a été réalisé pour 79% des patientes vue en première CPN en 2009 contre 85% en 2008. Par contre le taux de femmes ayant eu le test est resté stationnaire à 88% pour l'année 2009 et 89 % en 2008.
- ⌘ La réponse communautaire emprunte la démarche d'une intervention ciblée, en ce qui concerne les activités essentielles qui s'adressent à divers segments et ciblent les populations, identifiées comme groupes vulnérables prioritaires.
- ⌘ La professionnalisation de la réponse communautaire est visible et progresse, grâce à l'impulsion du précédent plan 2003-2007 et l'orientation du nouveau plan stratégique 2008-2012, qui a fait entendre la voix de la société civile en l'associant aux prises de décisions et également aux actions de prévention de proximité en particulier avec les populations difficiles à atteindre. Ce développement positif permet d'assurer une couverture du territoire par des actions de proximité.
- ⌘ Les attitudes-vis-a-vis des personnes vivant avec le VIH se sont nettement améliorées. Plus de Cinq associations de personnes vivant avec le VIH sont fonctionnelles à Djibouti. La structure DASAP (Dispositif d'appui Social et d'Accompagnement Psychosocial) mise en place pour l'accompagnement psychosocial, a permis d'améliorer la qualité de vie des PVVIH au point que nombre d'entre eux sont désormais des acteurs clé dans la réponse.

Afin de mieux expliciter les résultats, les sections suivantes sont désagrégés par domaine tel qu'indiqué dans les directives de rédaction du rapport UNGASS.

B.1. Dans le domaine de la prévention :

Les gouvernements se sont engagés à :

- *Etablir des objectifs de prévention qui s'attaquent aux facteurs qui favorisent la propagation de l'épidémie, et réduire l'incidence du VIH parmi les groupes où les taux d'infection sont élevés.*
- *Mettre en œuvre des programmes de prévention et de soins sur les lieux de travail et pour les migrants et les travailleurs mobiles.*
- *Mettre en œuvre des mesures universelles de précaution dans les établissements sanitaires pour prévenir la transmission de VIH.*
- *Veiller à ce qu'il existe dans tous les pays un large éventail de programmes de prévention qui tiennent compte des valeurs culturelles et soient proposés dans des langues locales, qui encouragent les comportements sexuels responsables, qui réduisent les risques liés à la consommation de drogues et élargissent l'accès aux préservatifs, à un matériel d'injection stérile, à la fourniture de produits sanguins non contaminés, au traitement des infections sexuellement transmissibles, et aux services de conseil et de test volontaire et confidentiels.*
- *Veiller à ce que les jeunes âgés de 15 à 24 ans reçoivent des informations, une éducation, des services et des compétences psychosociales qui leur permettent de réduire leur vulnérabilité.*
- *Veiller à ce que les femmes infectées par le VIH et leur nourrisson reçoivent un traitement destiné à réduire la transmission mère- enfant et que les femme infectées par le virus bénéficient de services de conseil et de test volontaires et confidentiels, y compris d'antirétroviraux, et si nécessaire, de substituts du lait maternel.*

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

Dans le domaine de la communication pour le changement de comportement, depuis la mise en place de l'organe de coordination en 2003, les acteurs tant publics, associatifs et communautaires ont été renforcés. 11 Ministères publics mènent régulièrement des activités de prévention, un tissu associatif regroupant plus de 100 associations à base communautaire assurent la mise en œuvre des activités de prévention avec les outils IEC appropriés. Certains secteurs comme celui de la santé se sont dotés des stratégies de communication pour assurer la qualité et l'harmonisation des messages.

Le volet communautaire concerne également les régions du milieu rural qui bénéficient des interventions des associations. Les agences d'encadrement qui sont au nombre de 6 supervisent et encadrent le travail des associations auprès de la population.

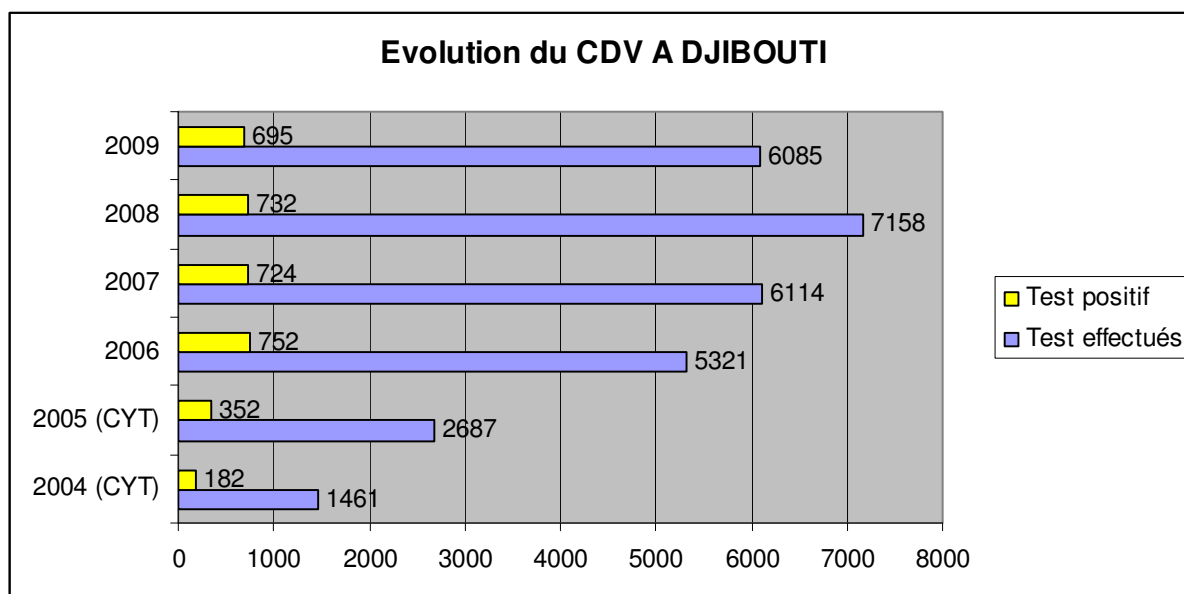
Toujours dans le cadre des programmes de prévention, certains acteurs se sont spécialisés dans les interventions visant la réduction des risques à l'endroit des populations les plus à risque comme les travailleuses du sexe (Associations locales avec appui ONUSIDA et

UNFPA) et les populations mobiles en particuliers les camionneurs le long du corridor routier reliant le port de Djibouti à l’Ethiopie (Family Health International, UNICEF et le HCR à travers les fonds propres et le projet de la Banque Mondiale qui couvrent les pays membres de l’Autorité Intergouvernementale de la Corne de l’Afrique - IGAD). Ces interventions sur le corridor routier profitent aussi aux autres migrants et aux populations avoisinantes.

Des programmes novateurs comme celui qui utilise l’approche de renforcement des compétences de la vie « **lifeskills** » destinées aux **jeunes** ont été développés depuis 2008 avec l’appui de l’UNICEF, ce qui a également contribué à la réduction des risques dans le milieu des jeunes en particulier non scolarisés.

En termes de résultats, le programme national note un renforcement de l’accès à la prévention, aux services de la population générale et des personnes les plus exposées au risque du VIH. Ainsi les connaissances, attitudes et pratiques se sont progressivement améliorées. Ainsi 94,17% des travailleuses du sexe déclarent utiliser le préservatif lors du rapport sexuel avec leurs clients. Le taux est plus faible chez les jeunes et la population générale malgré la persistance des comportements à risque.

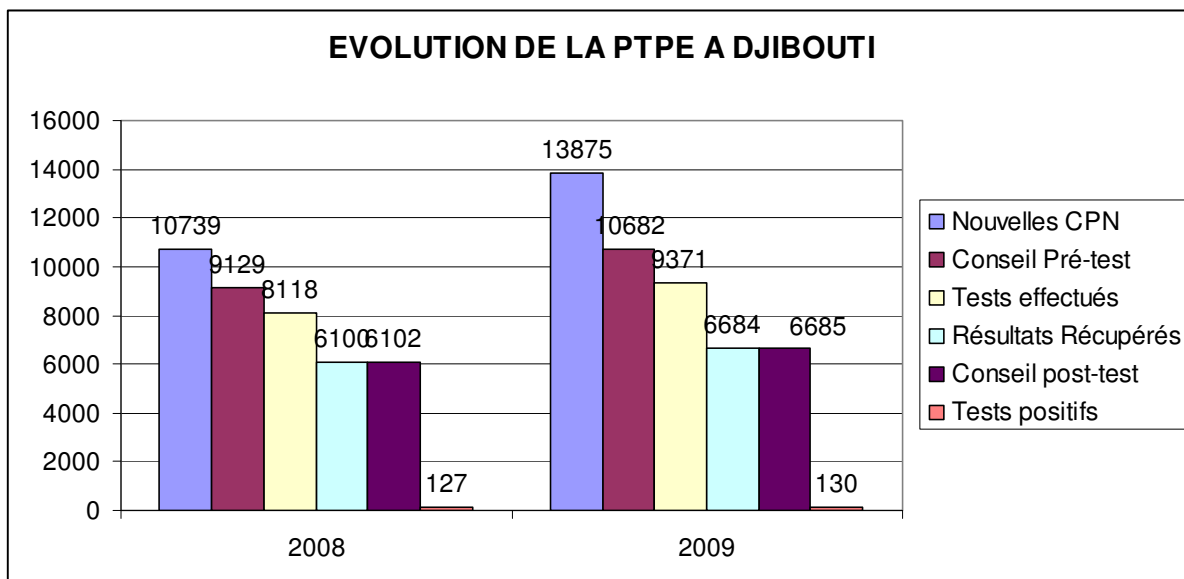
Le programme de renforcement du dépistage volontaire a permis d’atteindre 42% de couverture du territoire national (28 structures de soins /67) dont 50% pour le public (26/53) contre 2% au niveau du privé (2/14) avec une augmentation progressive des personnes sollicitant le dépistage volontaire comme le montre le **graphique ci-dessous**.



Le programme de prévention du risque de la transmission sanguine est un véritable succès car 100% de dons de sang sont soumis à un dépistage de qualité sur tout le territoire national et la séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang continue à diminuer passant de 1,4% en 2007 à 0,3% en 2009. Par rapport aux autres risques liés à l’exposition sanguine en milieu hospitalier y compris la gestion des déchets médicaux, une stratégie dans le secteur de la santé a été mise en place sur base des résultats de l’analyse de situation conduite en 2008.

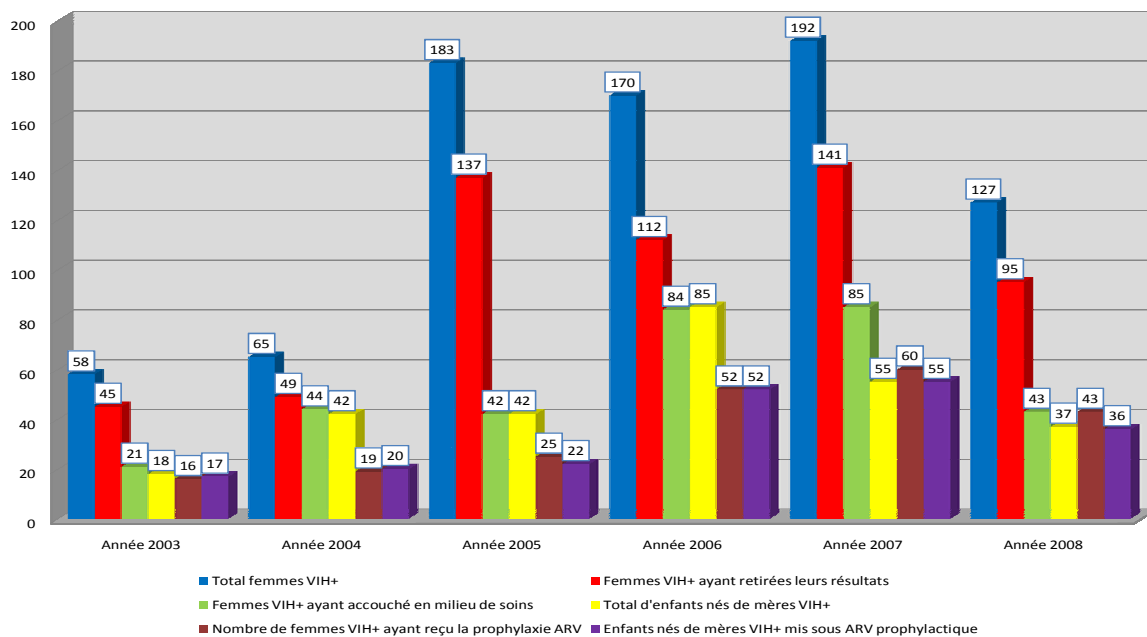
La réduction de prévention de la transmission de la mère à l’enfant démarrée en 2003 avec deux sites pilotes, suivi de l’extension dans la ville de Djibouti en 2005 et étendue dans les districts du milieu rural a été mis à l’échelle dès 2007 avec des résultats fort encourageant en

terme d'intégration des activités de la PTME dans les consultations prénatales comme le montre le graphique ci-dessous. Ainsi le taux d'acceptation du dépistage volontaire chez les femmes enceintes ayant bénéficié pré et post test a été de 89% en 2008 et 88% en 2009.



Le graphique ci-dessous montre les résultats d'ensemble du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant depuis sa mise en œuvre à Djibouti en 2003. Ces résultats montrent les défis pour les prochaines années à Djibouti en matière de PTPME. En effet, compte tenu du poids du contexte socio culturel encore stigmatisant, le programme fait face à la difficulté de maintenir les femmes enceintes séropositives au VIH dans la file active afin de leur faire bénéficier le traitement prophylactique avant, pendant l'accouchement et durant les premiers mois de vie de l'enfant en cas de l'allaitement maternel.

Cela explique la faiblesse de la persistance du taux élevé de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (26,8%).



B 2. Dans le domaine de l'accès aux soins et à la prise en charge

Les gouvernements se sont engagés à :

- Elaborer des stratégies pour renforcer les systèmes d santé et s'attaquer aux facteurs qui entravent l'accès aux médicaments, tels que l'accessibilité financière, le prix et les capacités des systèmes. Il faut de toute urgence faire tous les efforts nécessaire pour fournir des traitements contre le VIH/SIDA qui répondent aux normes les plus élevées possible, y compris concernant la prévention, le traitement des infections opportunités et la thérapie antirétrovirale.

- Mettre en œuvre des stratégies de soins globales pour renforcer les systèmes de santé aux niveaux familial et communautaire afin de fournir un traitement aux personnes vivant avec le VIH/SIDA- y compris les enfants, soutenir les personnes , les foyers, les familles et les communautés affectés par le VIH/SIDA, améliorer les capacités et les conditions de travail des travailleurs de santé, renforcer les dispositifs d'approvisionnement, les plans de financement et les mécanismes d'aiguillage pour fournir un accès aux médicaments, aux diagnostics et aux soins médicaux, palliatifs et psychosociaux.

- Elaborer des stratégies nationales pour fournir un soutien psychosocial aux personnes, aux familles et aux communautés affectées par le VIH/SIDA.

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

La politique nationale de prise en charge a été conçue de manière à permettre un accès universel à toute personne vivant sur le territoire de Djibouti incluant les populations étrangères aux soins VIH et au Traitement Antirétroviral.

Cette prise en charge est organisée autour de trois programmes (ii) l'amélioration du diagnostic, de la prophylaxie et du traitement des infections opportunistes, (ii) le renforcement de l'accès universel aux ARV pour les enfants et les adultes (iii) l'amélioration de la prise en charge de la co-infection tuberculose et VIH.

Dans le cadre de l'encadrement de cette stratégie et afin de renforcer les capacités des acteurs ; la prise en charge est organisée autour d'un comité d'éligibilité, un collège médical des ARV, un comité d'éthique et des équipes de prise en charge au niveau des centres.

Le comité d'éligibilité : est chargé d'évaluer la situation sociale des patients et décider de l'appui médical, social, psychologique ou financier qui pourra lui être apporté.

Le collège médical des ARV : est chargé de déterminer de façon collégiale les protocoles thérapeutiques ARV à prescrire et suivre l'évolution des TARV. Il est composé des médecins référents, du Pharmacien responsable de la gestion des stocks de médicaments ARV, du Psychologue clinicien référent.

Le comité d'éthique : Le Comité d'éthique garanti l'éthique, l'équité et la confidentialité. Considéré comme organe de recours des PVVIH, il inclut parmi ses membres un juriste de droit contemporain, un juriste de droit coutumier, un représentant du ministère de la justice, un représentant des ONG des PVVIH, un représentant des ONG confessionnelles et un représentant du conseil de l'ordre des médecins.

Au total 27 centres dont 25 publics et 2 privés ont été ouverts depuis 2003 et offrent le traitement antirétroviral y compris dans les 5 régions du milieu rural.

Le programme de prise en charge des malades a conduit un renforcement des capacités du personnel afin d'assurer la qualité des soins. Ainsi tous les médecins ont été formés à la prise en charge incluant le traitement antirétroviral. Une stratégie d'accompagnement des jeunes médecins par les seniors a été mise en place avec l'appui de l'Assistance technique internationale disponible dans le cadre du financement du Fonds Mondial.

Le plateau technique au niveau du réseau de laboratoire a été amélioré avec disponibilité des appareils pour le suivi biologique des patients y compris le dosage des CD4 et de la charge virale.

Le traitement des infections opportunistes est disponibles dans les centres de soins et sont accessibles à tous et sont totalement subventionné.

En matière de prise en charge thérapeutique le nombre des patients sous traitement ARV sont passés de 149 en 2004 à 816 en 2008 et 900 en 2009 comme le montre le tableau ci-dessous.

Malgré la disponibilité des services, le poids de la stigmatisation et de la discrimination freine encore l'accès aux soins malgré les efforts en termes de législation du gouvernement en faveur de la protection des personnes vivant avec le VIH et SIDA depuis 2007.

ESTIMATION DE LA COUVERTURE EN TRAITEMENT ARV DEPUIS 2004

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

Le taux de personnes qui suivent le traitement 12 mois après le début du traitement était de **81 % en 2008 contre 77,5 % en 2009** et le nombre de perdus de vue reste élevé de 11,3% en 2008 et 14,5% en 2009. Cette chute de cet indicateur est lié à l'interruption des financements du Fonds Mondial depuis juin 2009 avec comme corolaire la fin des contrats du personnel engagé dans l'accompagnement psychosocial et la relance des perdus de vue.

Cet accompagnement joue un rôle primordial dans le succès thérapeutique à travers une bonne observance.

Inclusion et évolution des patients sous ARV à Djibouti en 2009

	2007		2008		2009	
	n	%	n	%	N	%
Nombre cumulé de patients qui ont commencé les ARV depuis février 2004	954		1216		1429	
Nombre cumulé de décès sous ARV	162	17%	191	15,7%	211	14,8%
Nombre cumulé d'arrêt de traitement	8	0,8%	44	3,6%	52	4%
Nombre cumulé de perdus de vue sous ARV	94	11,0%	137	11,3%	200	14,5%
Nombre de patients sous ARV transférés vers d'autres pays	10	1,0%	28	2,3%	46	3,2%
Nombre de patients qui poursuivent les ARV	680		816		913	
Proportion des patients qui poursuivent les ARV*	71,3%		67,1%		63,9%	
Poursuivent la 1 ^{ère} ligne	577	89,0%	704	89,2%	681	74,8%
Substitution 1 ^{ère} ligne	62	9,6%	77	9,8%	210	23,0%
Deuxième ligne	9	1,4%	8	1,0%	20	2,2%
Patient en traitement de sauvetage	0		0		2	0,2%

n : effectif

*** Hors PTPE protocoles courts**

Afin d'améliorer cette situation, le programme a intensifié les activités des centres avec la mise en place d'un suivi régulier notamment le collège des ARV qui regroupe l'ensemble des médecins référents chargés de suivi des malades.

Des réunions hebdomadaires sous coordination du Programme de Lutte contre le VIH et SIDA du secteur santé assurent les discussions sur les modes de prise en charge et les partagent d'informations entre les médecins des différents centres.

Le programme de prise en charge de la co-infection de la Tuberculose et le VIH/SIDA progresse en matière de l'accès et utilisation des services de dépistage. En effet, le taux de proposition et du conseil au dépistage volontaire est passé de 41 % en 2007, à 96% en 2008 et 2009 avec des taux d'acceptation et de récupération du test qui varie entre 83% et 87 %.

B3. Dans le domaine de la protection de droits des personnes vivant avec le VIH et du soutien

Les gouvernements se sont engagés à :

- Promulguer des lois, des réglementations et d'autres mesures destinées à faire cesser la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/sida et des groupes vulnérables, et veiller à ce qu'ils jouissent de tous leurs droits- en particulier, l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, à l'appui, au traitement, à l'information, à la protection juridique, leur droits à l'intimité et à la confidentialité , et élaborer des stratégies visant à combattre la stigmatisation et l'exclusion sociale.

- Mettre en œuvre des stratégies qui permettent aux femmes de jouir pleinement de leurs droits fondamentaux, et pour leur permettre de se protéger contre l'infection à VIH.

- Mettre en œuvre des mesures permettant aux femmes et aux filles de se protéger contre le risque d'infection par le biais de la mise en place de services de santé, notamment sexuelle et productive, ainsi que d'une éducation préventive qui prône l'égalité entre les sexes.

- Mettre en œuvre des stratégies qui renforcent le pouvoir d'action des femmes, protègent leurs droits fondamentaux et réduisent leur vulnérabilité au VIH/sida en éliminant toutes les formes de discrimination et de violence à l'encontre des femmes et des filles, y compris les pratiques traditionnelles néfastes, les abus, le viol, la violence sexuelle, les voies de fait et la traite des femmes et des filles.

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

Le plan stratégique national comporte trois programmes dans ce domaine : (i) la prise en charge psychologique et sociale intégrée des PVVIH et de leur famille en vue de consolider l'adhésion à la démarche de soins, (ii) la prise en charge de Orphelins et (iii) la promotion des droits des PVVIH.

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

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

Pour l'année 2009, le nombre des orphelins et enfants vulnérables pris en charge par le programme et le département ministériel concerné (ministère de la promotion de la femme et des affaires social) était de 600 en 2008 et 700 en 2009 pour un total d'environ 5100.

La mise en œuvre est faite grâce à l'appui du tissu associatif à base communautaire opérant en tant qu'agence d'exécution pour faire parvenir les services aux Orphelins et Enfants vulnérables. Les services mis à la disposition des OEV incluent entre autres : l'appui à la scolarisation, l'appui à l'insertion dans le milieu professionnel ainsi que l'appui nutritionnel qui constitue un volet primordial en étroite collaboration avec le Programme Alimentaire Mondial.

Le dispositif d'appui psychosocial des personnes infectées et affectées par la maladie (DASAP) assure les orientations et la gestion des interventions à l'endroit des malades. Il existe également un comité d'éthique ayant pour mission de veiller au respect des prérogatives des malades infectés ainsi que leurs familles.

Par rapport à la protection des droits des personnes vivant avec le VIH et SIDA, Djibouti est un pays où la libre circulation des personnes vivant avec le VIH y compris les étrangers est garantie à tous. La stratégie nationale de prise en charge garantit l'accès aux services et soins totalement subventionnés à toutes les personnes vivant avec le VIH sur le territoire national. Pour renforcer ce dispositif au niveau de la législation, en 2007, **une loi relative à la protection des PVVIH et des orphelins a été votée par l'Assemblée Nationale légiférée par décret présidentiel** en vue d'améliorer leurs conditions plus particulièrement la lutte contre toutes formes de discrimination à l'endroit des personnes infectées par le VIH ainsi que leurs familles.

B.4. RESSOURCES

Les gouvernements se sont engagés à :

- *Accroître les crédits budgétaires nationaux alloués à la lutte contre le VIH/sida et s'assurer que les crédits alloués par tous les ministères concernés soient suffisants.*
- *Appuyer le fond mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et la paludisme pour qu'il finance une riposte rapide et élargie axée en priorité sur les pays les plus touchés.*

Extrait de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001.

Les besoins financiers du plan stratégique national de lutte contre le sida 2008-2012 ont été évalués à 49 587 000 USD. Sur la période 2008-2009, seuls 4,6 millions de dollars (moins de 10% global du PSN) ont été dépensés dans la lutte contre le sida. On note aussi une diminution progressive des ressources mobilisées depuis 2007 (3.690.621\$ en 2007, 3.220.826\$ en 2008, 1.394.124\$ en 2009). Les sources de financement sont les suivantes :

- **Le gouvernement** a progressivement augmenté le budget de la santé passant de 3% en 2005 à environ 13% en 2009, les besoins de ce secteur étant énorme la ligne allouée au VIH/SIDA reste largement au déca des besoins.
- **Le Fonds Mondial** de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme a mobilisé environ 2.7 millions sur la période 2007-2009. Ainsi le Fonds Mondial constitue la principale source externe de financement en cours.
- **Le système de Nations Unies et la coopération bilatérale** en particulier l'Agence Française de Développement et l'USAID ont contribué à la réponse nationale à hauteur de 2.16 millions.

Cette situation montre que le niveau de mobilisation des ressources financières reste très bas avec comme corollaire la compromission de l'atteinte des objectifs du PSN. La mise en œuvre du programme national reste tributaire des apports financiers extérieurs, ce qui ne garantit pas la pérennité des résultats déjà atteints. Ceci interpelle le gouvernement à consacrer des ressources financières importantes dans la lutte contre le VIH dans le budget national en particulier celui du Ministère de la santé.

IV. RECAPITULATIF ET INTERPRETATION DES INDICATEURS

N°	Indicateur	Valeur	Source	Période
1	Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le SIDA	8.305.190 \$ (3.690.621\$ en 2007, 3.220.826\$ en 2008, 1.394.124\$ en 2009)	SE/CTILSPT	2007-2009
2	Indice composite des politiques nationales	-	Questionnaire	2009
3	Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	100%	CNTS	2009
4	Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous ARV	20,9% 21,6%	PLS Santé	2008 2009
5	Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant.	5,52% 4,41%	PLS Santé	2008 2009
6	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement anti-tuberculeux et un traitement contre le VIH	23%	PLS Santé/PNLT	2009
7	Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat (Les données disponibles portent sur les jeunes)	13,8%: 15-19ans H 14,5%: 15-19 ans F 55,2%: 20-24 ans H 48,1%: 20-24 ans F	BSS Jeunes 2008	2008
8	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi de test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat	TS: 84,1%	Surveillance sentinelle 2008	2008
9	Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre.	TS: 86,6%	Surveillance sentinelle 2008	2008
10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.	13,7%	SE/ CTLISPT	Janv-Juin 2009

N°	Indicateur	Valeur	Source	Période
11	Pourcentage d'école ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.	38,5%	Enquête dans les écoles	2010
12	Scolarisation des orphelins et des non orphelins âgés de 10 -14 ans	ND		
13	Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.	20,8%	BSS jeunes	2008
14	<p>Pourcentage, parmi les populations les plus à risque 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Question 1: La transmission du VIH peut être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) partenaire non infecté(e) qui n'a pas d'autres partenaire ? • Question 2: Une personne peut réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel 	<p>* 33,7%</p> <p>* 90,45%</p>	BSS Revue mi parcours BM	2007
15	Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.	6,8% dont: 10,6% H; 2,2% F	BSS jeunes 2008	2008

N°	Indicateur	Valeur	Source	Période
16	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents (Les données disponibles concernent uniquement les jeunes)	69,9%: 15-19 ans H 56,3%: 15-19 ans F 90,3%: 20-24 ans H 85,2%: 20-24 ans F	BSS Jeunes 2008	2008
17	Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (Les données disponibles concernent uniquement les jeunes)	32,9%: 15-19 ans H 46,9%: 15-19 ans F 70,2%: 20-24 ans H 89,8%: 20-24 ans F	BSS Jeunes 2008	2008
18	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	94,17%	BSS Revue mi parcours BM	2007
19	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	ND		
20	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.	ND		
21	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue.	ND		
22	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	1,42%	Surveillance sentinelle	2008
23	Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque.	Travailleuses de sexe: 20,25%	Surveillance sentinelle	2008

N°	Indicateur	Valeur	Source	Période
24	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale.	77,45%	PLS Santé	2009
25	Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH.	26,8%	Estimations nationales avec le logiciel spectrum	2009

INDICATEURS DE L'ENGAGEMENT ET DES ACTIONS AU PLAN NATIONAL

Indicateur 1 : Dépenses consacrées à la lutte contre SIDA

Aux cotés des financements du Gouvernement qui couvrent la rémunération d'une partie de ressources humaines et le fonctionnement des structures de prise en charge sur le territoire national, les dépenses mobilisées auprès des partenaires pour la lutte contre le sida durant les trois dernières années sont comme suit : 3.690.621\$ en 2007, 3.220.826\$ en 2008, 1.394.124\$ en 2009. Ces chiffres seront affinés au courant de l'année 2010 lors de l'exercice d'estimation nationale des ressources et des dépenses relatives au sida.

	2007	2008	2009	TOTAL
Banque Mondiale	2.428.190	993.974		3.422.164
GFATM	260.770	1.846.258	612.882	2.719.910
Système de Nations Unies	1.001.661	380.594	780.861	2.163.116
Total	3.690.621	3.220.826	1.394.124	8.305.190

INDICATEURS PROGRAMMATIQUES NATIONAUX

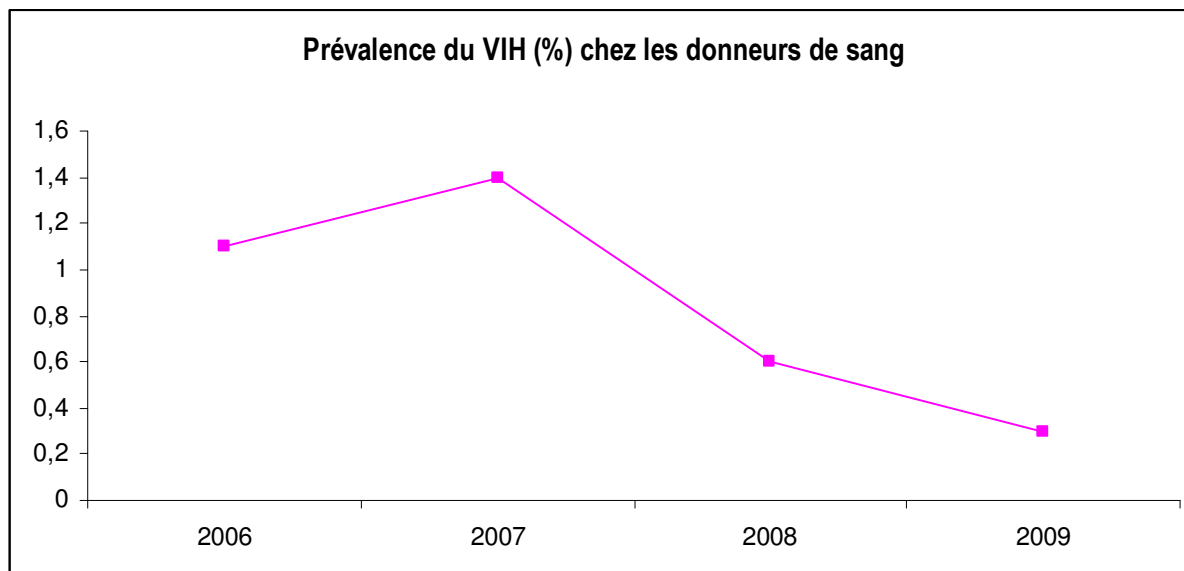
Indicateur 3 : Sécurité transfusionnelle : Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH

Les informations pour le calcul de cet indicateur proviennent du CNTS et couvre l'année 2009. Au cours de cette période, 4.633 poches de sang ont été recueillies et testés pour en assurer la qualité.

Les donateurs de sang constituent un groupe principalement composé de jeunes adultes considérés comme étant en bonne santé. La surveillance de la séroprévalence dans ce groupe de la population, est un bon indicateur de la tendance de l'infection chez les porteurs

asymptomatiques. Les séroprévalences obtenues en 2006, 2007, 2008, 2009 étaient respectivement de 1.1%, 1.4%, 0.6% et 0.3%.

Ce programme a atteint l'objectif convenu dans le Plan stratégique national qui était de ramener ce taux à moins de 1% d'ici 2012. En effet en matière de sécurité transfusionnelle le programme a intégré tous les éléments qualitatifs au niveau de tout le territoire national (Utilisation systématique du questionnaire de pré sélection, le contrôle de qualité sur toutes les poches de sang collectés)



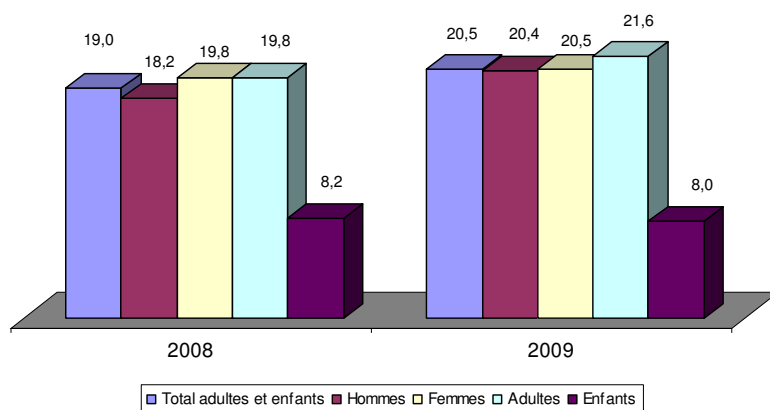
Indicateur 4 : thérapie antirétrovirale : Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux

Les données sont tirées des Registres des patients sous thérapie antirétrovirale et concerne la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre de l'année 2009.

Pour l'année 2008, sur un total de 3.906 patients en indication de traitement antirétroviral, 816 ont eu accès à ce traitement soit 20.89% dont 22,11 % d'hommes et 19,9 % de femmes. Les moins de 15 ans représentent 3 % du total de ceux qui sont sous traitement en 2008.

Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année 2009, 4.235 patients sont en indication de traitement, et 913 en ont bénéficié soit une couverture de 21,6 % dont 24,2 % d'hommes et 19,5 % de femmes. Les moins de 15 ans représentent 2,7 % du total de ceux qui sont sous traitement.

A Djibouti il n'y a pas de discrimination d'accès au traitement qui est par ailleurs est totalement subventionné. Cependant le taux de couverture reste globalement faible, et le traitement pédiatrique reste le maillon faible de la prise en charge aux ARV à Djibouti. Aussi, le graphique ci-dessous montre une faible progression de la couverture des besoins en traitement aux ARV qui reste quasi-stationnaire autour de 20%.



Indicateur 5 : Prévention de la transmission mère-enfant : Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant

Le nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH en 2008 est de 976. Parmi elles, 43 ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant soit 4,4%.

Pour l'année 2009, le nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH est de 960. Seules 63 ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant soit 6,6%.

La prévention de la transmission parents-enfant reste le grand défi des efforts de prévention à Djibouti et surtout à cause du contexte de discrimination et de stigmatisation qui constitue une source de blocage pour l'enrôlement des femmes enceintes séropositives au programme de PTPE. En effet, les résultats de la PTPE montrent que sur 13.875 femmes reçues en première CPN, 10.682 (77%) ont été conseillées, 9371 (88%) ont accepté de se faire tester et parmi celles-ci seules 6 684(71%) sont venues récupérer leur résultat. Sur toute l'année 2009, 130 femmes ont été testées séropositives mais 39 (30%) n'ont pas récupéré leur résultat positif.

Indicateur 6 : Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH : Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

En raison du contexte d'épidémie généralisée du VIH dans lequel se trouve Djibouti, du lien connu entre les l'infection à VIH et la tuberculose, et de la prévalence élevée de la tuberculose dans le pays (1104/100 000 cas pour toutes les formes de tuberculose), les patients atteints de tuberculose constituent un des principaux groupe de surveillance du VIH depuis 2006. La séroprévalence du VIH était de 13,8% en 2006, 13,6% en 2007 et 11,8% en 2008 parmi les patients tuberculeux.

Au cours de l'année 2009, 172 personnes (113 hommes et 59 femmes) présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé et recevant une association d'antirétroviraux ont entrepris un traitement antituberculeux, ce qui représente un pourcentage de 23,2% du nombre estimé des cas incidents de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.

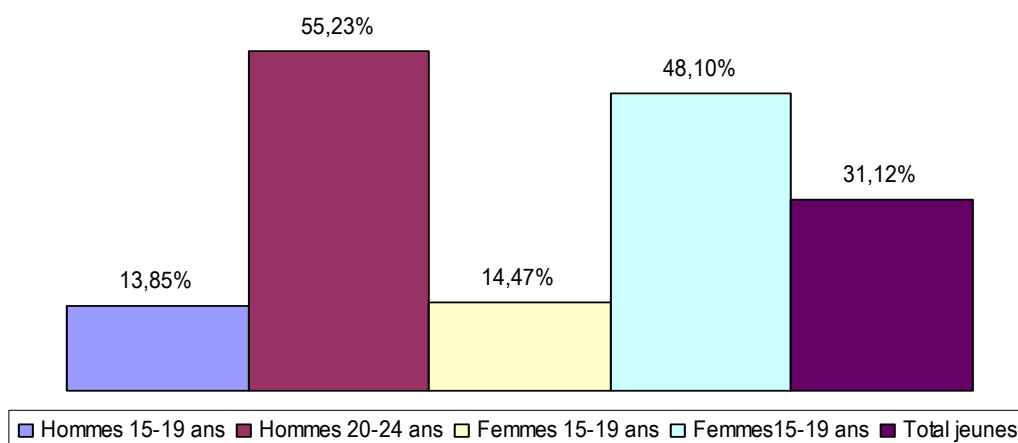
La prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux reste aux alentours de 10-13% dans un pays qui fait face à une forte épidémie de la Tuberculose. Avec l'apparition des formes résistantes de tuberculose, le pays devrait intensifier la recherche active des cas de TB parmi les personnes vivant avec le VIH.

Indicateur 7 : dépistage du VIH parmi la population générale : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

Les données disponibles à Djibouti proviennent d'une enquête de surveillance comportementale chez les jeunes de 13 à 24 ans réalisée en 2008. **Donc, cet indicateur va renseigner sur les jeunes de 15 à 24 ans et non sur la population âgée de 15 à 49 ans.**

Dans l'ensemble, 31,2% des jeunes connaissent leur statut sérologique. On remarque cependant que ce taux est plus élevé chez les jeunes de 20-24 ans que chez ceux âgés de 15 à 19 ans comme le montre le graphique ci-dessous :

Niveau de connaissance du statut sérologique du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans



Indicateur 8 : dépistage VIH auprès des Professionnels du Sexe (PS) : Pourcentage de professionnels de sexe ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissant le résultat

Les résultats pour cet indicateur proviennent de l'enquête de sérosurveillance réalisée en 2008 auprès de 79 travailleuses du sexe. Il apparaît avec ces données que la majorité des travailleuses du sexe (environ 85%) connaissent leur statut sérologique et surtout chez les moins de 25 ans (92%). Ce taux est de 78% chez celles de 25 ans et plus.

Indicateur 8 : dépistage VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes

Cet indicateur n'est pas renseigné dans le pays. Cela est dû essentiellement au contexte socio-culturel. Il faut noter qu'il n'y a pas une documentation efficace des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Toutefois le MSM constitue 0,3% parmi les personnes qui ont fait le test de dépistage volontairement.

Indicateur 8 : dépistage VIH chez les consommateurs de drogues injectables

Il n'existe pas un mécanisme de suivi et de collecte des données appropriées pour renseigner cet indicateur. Il est difficile d'estimer les consommateurs de drogues injectables à Djibouti. Cet indicateur n'est pas pertinent pour le pays.

Indicateur 9 : programme de Prévention PS : Pourcentage de professionnelles du sexe atteints par les programmes de prévention du VIH

En référence aux données de l'enquête de séro-surveillance réalisée en 2008 auprès de 79 travailleuses du sexe, 88,6% connaissent où se faire dépister et ont bénéficié des préservatifs au cours des 12 derniers mois.

Les programmes de prévention visent mieux les travailleuses du sexe de moins de 25 ans (97,4%) que celles de plus de 25 ans (80,5%).

Nous avons colligé 52 professionnelles du sexe qui ont fait un test VIH en 2009 vs 79 en 2008

La prévalence du VIH était de 15,4% IC 95% [6,9-28,1] en 2009 versus 20,3% IC 95% [12,0-30,8] en 2008, différence statistiquement non significative ($p=0,556$).

Les prévalences du VIH obtenues chez les Professionnelles du sexe en 2009 restent très élevées comme en 2007 et 2008. Malgré les biais possibles de participation liés aux stigmatisations et à l'interdiction de la prostitution à Djibouti, les données obtenues confirment de façon évidente le potentiel évident de concentration de l'épidémie chez les professionnelles du sexe et leurs clients.

Indicateur 9 : programme de Prévention les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Il n'existe pas un programme à l'endroit des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

Indicateur pertinent mais données non disponibles.

Indicateur 9 : programme de prévention pour les consommateurs de drogues injectables

Indicateur pertinent mais données non disponibles.

Indicateur 10 : Soutien aux orphelins : Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 -17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

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

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

L'indicateur reprend les données de l'année scolaire 2008-2009. Sur un échantillon total de 26 écoles, seules 10 (38,5%) ont dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes scolaires de préparation à la vie active. Il convient de noter qu'aucune école du primaire ne dispense cet enseignement et que 66,6% des écoles secondaires échantillonnées intègrent cet enseignement dans les programmes scolaires.

INDICATEURS DES CONNAISSANCES ET DES COMPORTEMENTS

Indicateurs 12 : Scolarisation des orphelins : Fréquentation scolaire parmi les orphelins et les non orphelins de 10-14 ans

L'indicateur est pertinent mais aucune étude n'a été réalisée pour sa mesure.

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

Les données disponibles à Djibouti proviennent d'une enquête de surveillance comportementale chez 3455 jeunes de 15 à 24 ans réalisée en 2008. Pour apprécier le niveau des connaissances, les questions suivantes ont été posées :

Question 1 : La transmission du VIH peut être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) partenaire non infecté(e) qui n'a pas d'autres partenaire ?

Question 2 : Une personne peut réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel.

Question 3 : Une personne ayant l'air d'être en bonne santé peut avoir le VIH ?

Question 4 : Une personne ne peut pas contracter le VIH par des piqûres de moustiques ?

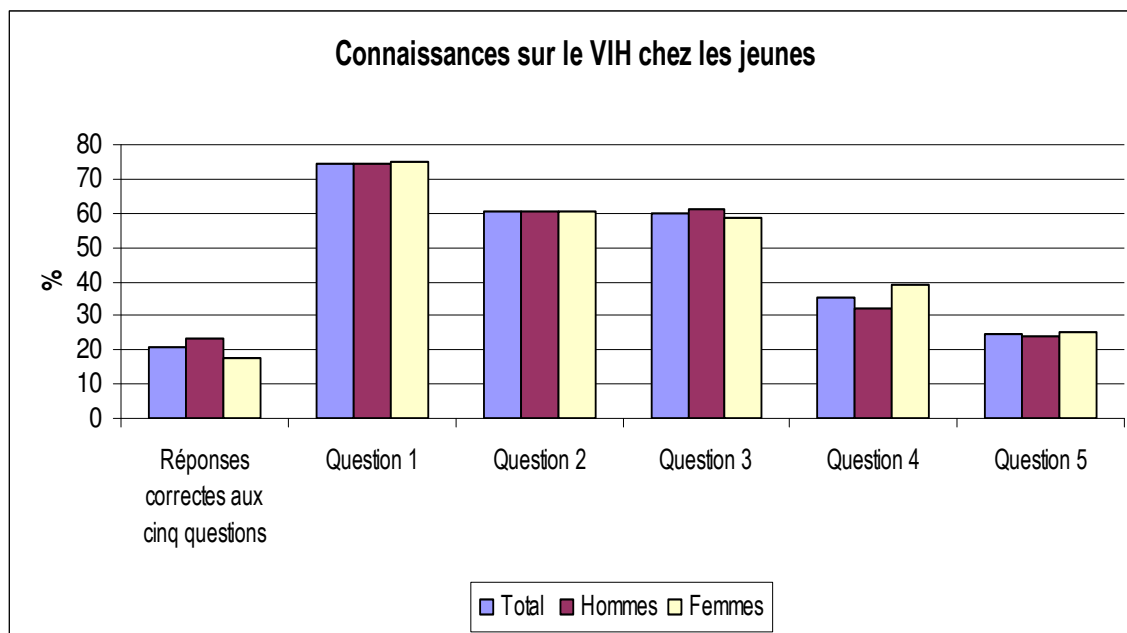
Question 5 : Une personne ne peut pas contracter le VIH en partageant des aliments avec quelqu'un qui est infecté ?

Cette étude montre que 20,75% des jeunes interrogées ont de bonnes connaissances sur la prévention du VIH avec un niveau légèrement élevé chez les garçons (23,2%) que chez les filles (17,87%). Sur les trois questions sur les méthodes de prévention, le niveau de connaissance est appréciable (Plus de 60% des jeunes interrogées ont donné la bonne

réponse), néanmoins sur les informations erronées sur la transmission du VIH, la majorité des jeunes continuent à y croire.

Le niveau des connaissances des jeunes en matière de prévention est plus élevé chez les jeunes de 20-24 ans que chez ceux âgés de 15-19 ans.

Le graphique ci-après montre en détails les niveaux des connaissances pour chacune des cinq questions :



Indicateur 14 : Connaissances au sujet de la prévention du VIH/ Professionnels de sexe : Pourcentage de professionnels du sexe qui identifient correctement les manières de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH

La surveillance sentinelle réalisée auprès des professionnelles du sexe en 2008 n'a pas intégré les questions sur les connaissances de la prévention du VIH. Les données proviennent donc du BSS réalisé en 2007 dans le cadre de la revue à mi-parcours du projet de lutte contre le sida financé par la Banque Mondiale. Cette enquête a porté sur un échantillon de 220 professionnels du sexe. L'exploitation du rapport de cette étude a permis de répondre aux questions ci-après :

Question 1 : La transmission du VIH peut être réduite par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) partenaire non infecté(e) qui n'a pas d'autres partenaire ?

Question 2 : Une personne peut réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel.

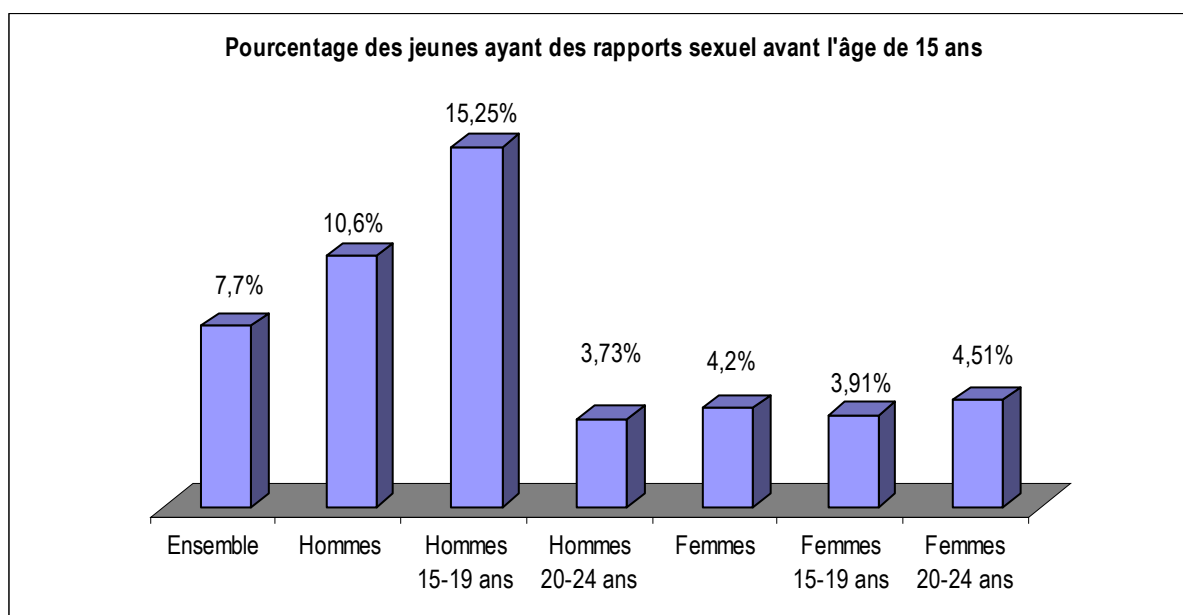
Le tableau ci-après montre que seules 33% considèrent que la fidélité à un partenaire non infecté constitue un moyen de prévention (probablement que cela est dû à la nature de leur travail).

Cependant 90,45% considère que l'utilisation du préservatif constitue un moyen efficace de prévention du VIH :

Réponses	Ensemble	PS (< 25 ans)	PS (25 ans et plus)
La transmission du VIH peut être réduite par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un(e) partenaire non infecté(e) qui n'a pas d'autres partenaire	33,64%	33,78%	33,33%
Une personne peut réduire le risque d'infection par le VIH si elle utilise un préservatif lors de chaque rapport sexuel	90,45%	89,19%	93,06%

Indicateur 15 : Rapport sexuel avant l'âge de 15 ans

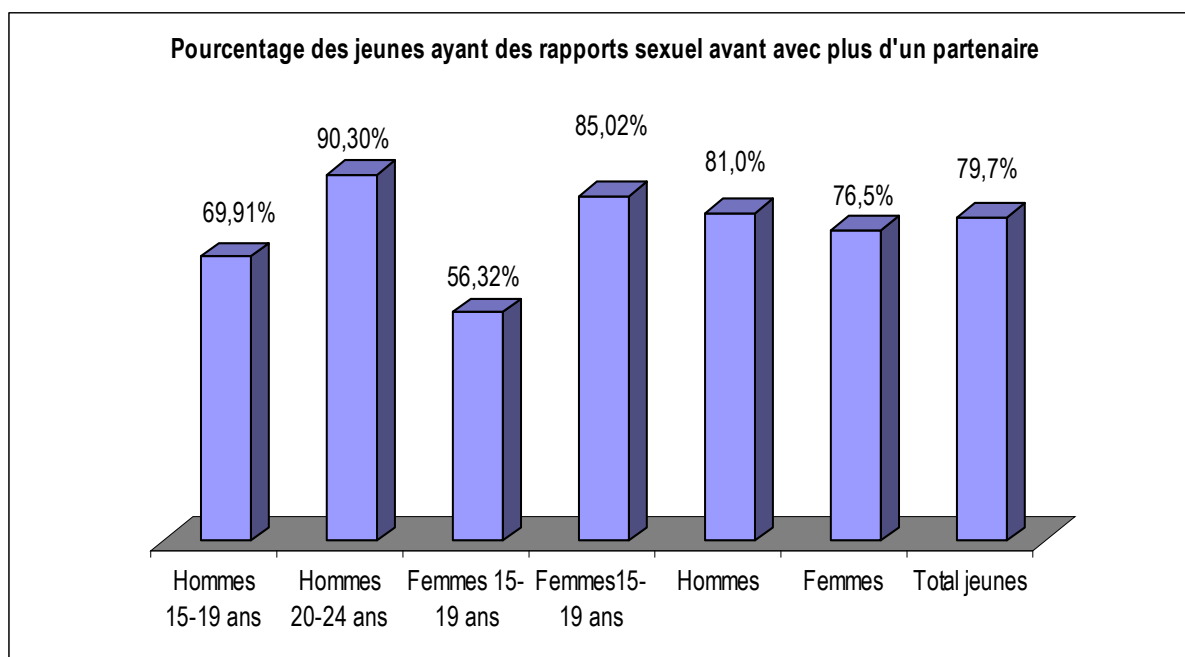
Les données disponibles à Djibouti proviennent d'une enquête de surveillance comportementale chez 3455 jeunes de 15 à 24 ans réalisée en 2008. Parmi les 3455 jeunes 1465 ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles (42,4%). Il ressort de cette étude que 7,7% des jeunes débutent les rapports sexuels avant 15 ans avec une précocité plus prononcée chez les garçons (10,6%) et surtout ceux âgés de 15-19 ans (15%) que chez les filles (4,2%).



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

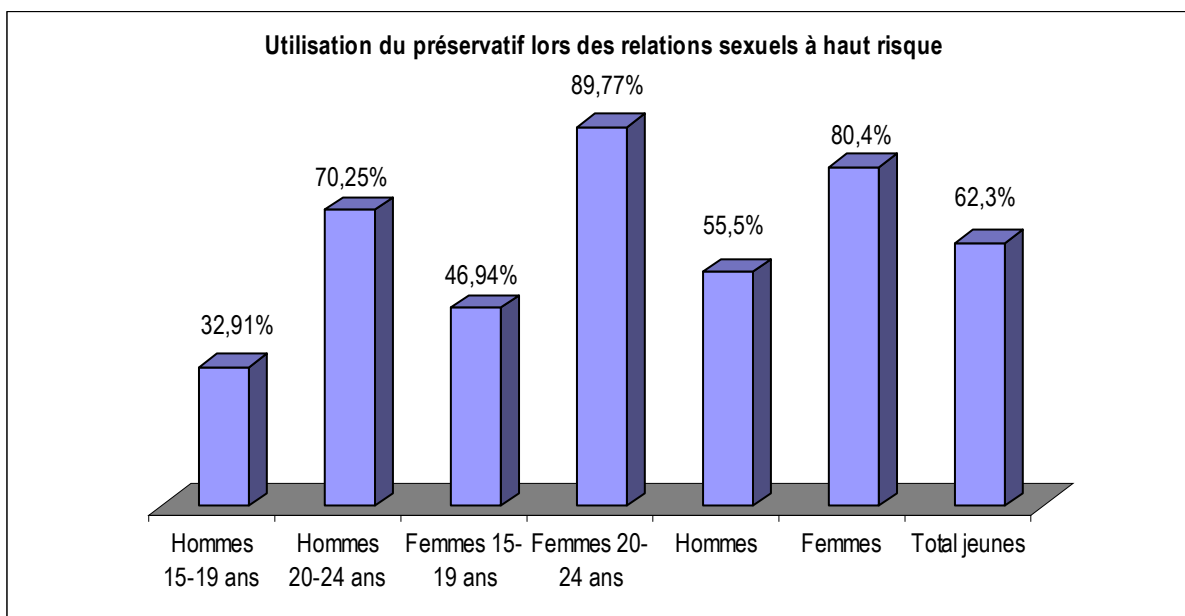
Les données disponibles à Djibouti proviennent d'une enquête de surveillance comportementale auprès des jeunes de 15 à 24 ans réalisée en 2008. Les données pour le groupe d'âge de 25 à 49 ans ne sont pas disponibles. Il apparaît que le multipartenariat sexuel est une réalité chez les jeunes de 15 à 24 ans, aussi bien chez les filles que chez les garçons

et surtout chez ceux âgés de 20 à 24 ans. En effet, environ 80% des jeunes sexuellement actifs ont eu, au cours des 12 mois précédant la période de collecte des données, des rapports sexuels avec plus d'un partenaire comme le montre le graphique ci-dessous.



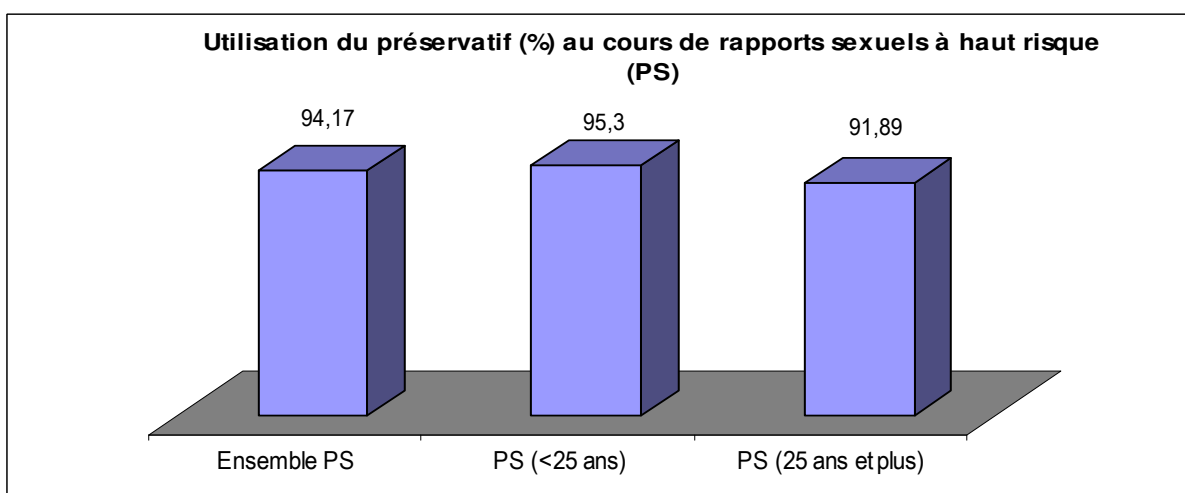
Indicateur 17 : Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Les données disponibles à Djibouti proviennent d'une enquête de surveillance comportementale auprès des jeunes de 15 à 24 ans réalisée en 2008. Sur les 80% des jeunes sexuellement actifs et qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire, 62,3% ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport. D'une manière générale, les jeunes filles (80,4%) exigent le port du préservatif tandis que chez les jeunes garçons (55,5%). On remarque aussi que les jeunes de 15-19 ans utilisent peu le préservatif que ceux âgés de 20-24 ans comme le montre le graphique suivant :



Indicateur 18 : Professionnel du sexe : Utilisation du préservatif : pourcentage de professionnels de sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Selon les résultats de l'enquête BSS réalisée en 2007 lors de la revue à mi-parcours du projet de lutte contre le sida financé par la Banque Mondiale, 94,2 % des professionnels de sexe interrogés déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.



Indicateur 19 : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : utilisation du préservatif

Indicateur pertinent mais pas de données disponibles.

Indicateur 20 : Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif

Indicateur pertinent mais pas de données disponibles.

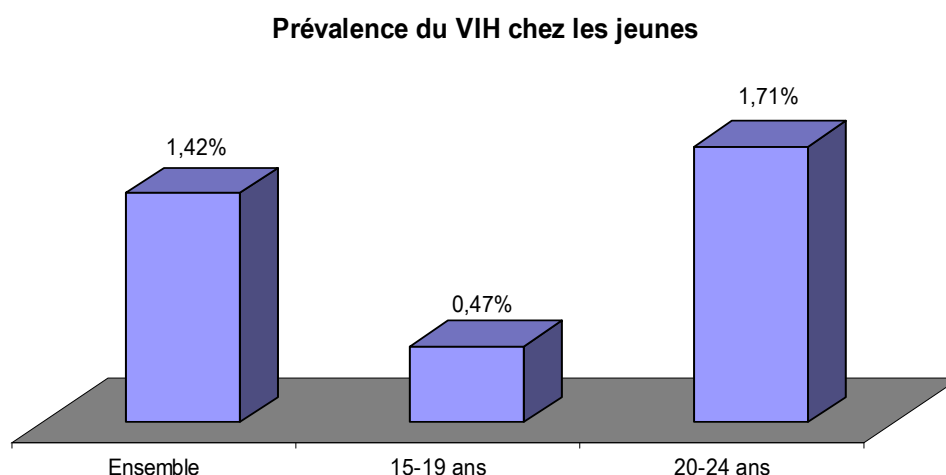
Indicateur 21 : Pratiques d'injection sans risque : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue

Indicateur pertinent mais pas de données disponibles.

INDICATEURS DE L'IMPACT

Indicateur 22 : Réduction de la séroprévalence du VIH chez les jeunes : Pourcentage des jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH

Les données sont fournies par la surveillance du VIH chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles en 2008. Sur les 2.745 femmes enceintes âgées de 15-24 ans venues en CPN et ayant subi un test de dépistage du VIH, 39 ont eu un résultat positif (1,42%). Le taux de prévalence est plus élevé chez les jeunes de 20-24 ans que chez ceux de 15-19 ans comme le montre le graphique ci-dessous :

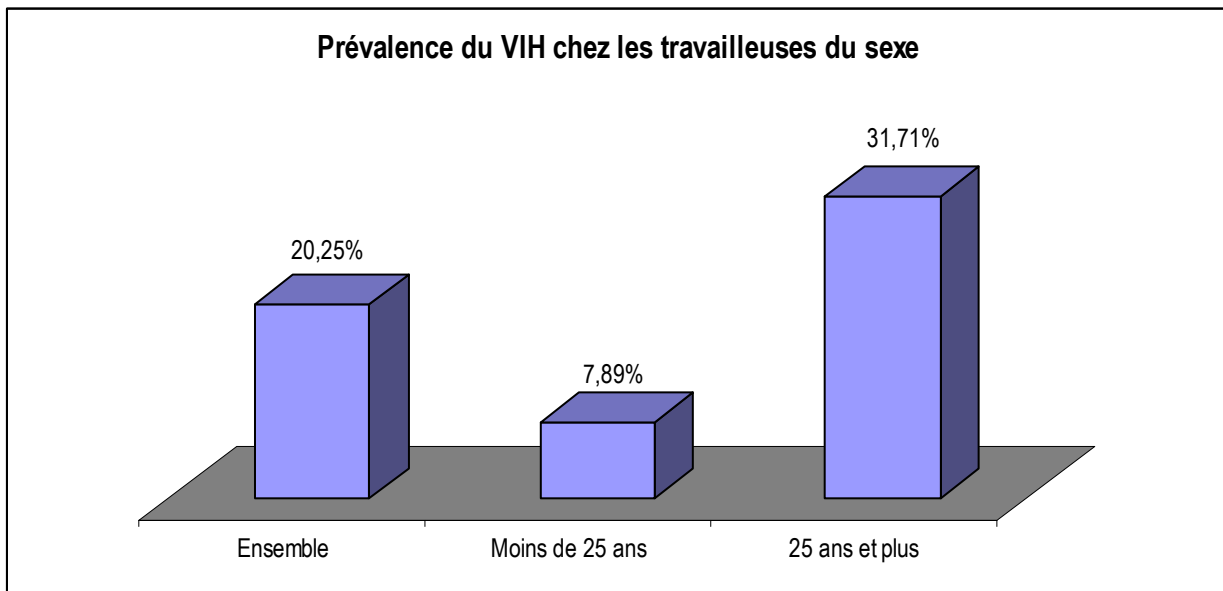


Les tendances restent les mêmes pour la surveillance sentinelle au cours de l'année 2009.

Indicateur 23 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque : professionnels du sexe

A Djibouti, la prostitution est interdite. On estime cependant à un millier le nombre de professionnelles du sexe. La surveillance sentinelle du VIH, débutée en 2007, s'appuie sur les données du Conseil Dépistage Volontaire du VIH en raison de la difficulté d'atteindre ce groupe.

La population concernée est uniquement féminine car la prostitution masculine n'est pas documentée à Djibouti. Les données pour cet indicateur proviennent de la surveillance sentinelle réalisée en 2008 et 2009. Le taux de séroprévalence dans l'ensemble des travailleuses du sexe est de 20,25% en 2008 et 15,4% en 2009. Ce taux est encore plus élevé chez celles de 25 ans et plus (31,7%).



Les prévalences du VIH obtenues chez les Professionnelles du sexe restent très élevées. Bien que ces résultats issus du Conseil Dépistage Volontaire du VIH soient particulièrement difficiles à interpréter en raison des biais possibles de participation, elles sont précieuses étant donné les stigmatisations et l'interdiction de la prostitution à Djibouti. Associées au contexte évident de risque lié au travail du sexe, ces chiffres indiquent de façon évidente un potentiel de concentration de l'épidémie chez les professionnelles du sexe et leurs clients.

Indicateur 23 : Réduction de la séroprévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

Indicateur pertinent mais pas de données disponibles.

Indicateur 23 : Réduction de la séroprévalence du VIH chez les utilisateurs des drogues injectables

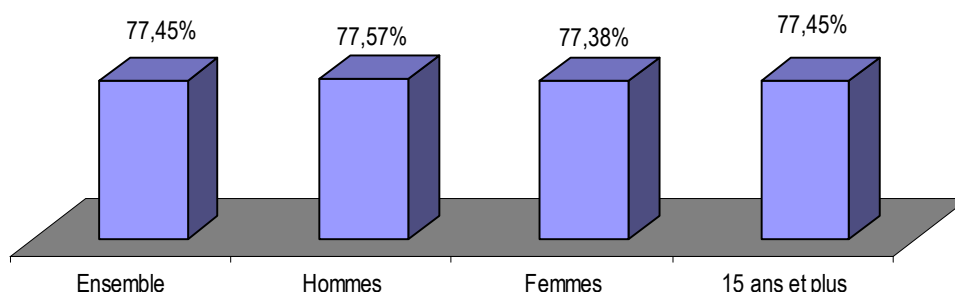
Indicateur pertinent mais pas de données disponibles.

Indicateur 24 : Traitement contre le VIH : Personne encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale : Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale

Cet indicateur est calculé sur la cohorte des patients mis sous traitement sur la période du 1^{er} Janvier 2008 au 31 décembre 2008 qui sont au nombre de 275. Parmi eux, 213 étaient toujours sous traitement 12 mois après le début de celui-ci, soit 77,45%. Parmi les 62 (22,55%) qui ne sont plus sous traitement, 10 (3,64%) sont décédés, 44 (16%) perdus de vue et 8 (2,91%) ont abandonné le traitement.

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

Personnes en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale



Indicateur 25 : Réduction de la transmission mère-enfant : Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH

Les données pour le calcul de cet indicateur proviennent des estimations réalisées avec le logiciel Spectrum. D'après ces estimations, 26,8% des nouveau-nés de mères séropositives sont infectés par le VIH.

Indicateur	Valeur
% de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	26,8%
Nombre estimé de nouvelles infections à VIH chez les nouveau-nés	249
Nombre estimé de femmes enceintes séropositives	929

V. LES MEILLEURES PRATIQUES

Parmi les meilleures pratiques à signaler en République de Djibouti on apprécie entre autres le respect du principe des Three Ones et le respect des droits des personnes vivant avec le VIH et l'implication des leaders religieux.

5.1 La République de Djibouti s'est appropriée le principe des « Three Ones »

Dépuis 2003 le Gouvernement de Djibouti s'est engagé d'une façon constante au plus haut niveau de la République par la mise en place du comité interministériel de lutte contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose sous la Présidence du Premier Ministre et qui engage 11 départements ministériels. Le comité est doté d'un comité technique intersectoriel et d'un Secrétariat Exécutif en charge de la coordination technique. Le cadre institutionnel par la mise en place des comités régionaux de coordination qui encadre la réponse décentralisée.

Sous l'impulsion du comité interministériel, le pays s'est doté de deux plans stratégiques couvrant respectivement les périodes de 2003-2007 et 2008-2012, qui traduisent une vision de multisectorielle incluant la société civile plus particulièrement les personnes vivant avec le VIH. Le dernier plan est fondé sur le principe directeur de l'accès universel à la prévention aux

traitements, aux soins et au soutien ; et il est aligné au Plan National de Développement sanitaire dans le cadre de l'harmonisation. Les 11 départements ministériels ont intégré progressivement la lutte contre le sida dans leur stratégie sectoriel.

Les deux plans stratégiques ont été dotés de plan de suivi et évaluation qui permettent la revue régulière des progrès réalisés avec des indicateurs harmonisés.

Ce dispositif décrit précédemment a favorisé l'engagement communautaire à travers un tissu associatif fort organisé autour de 6 agences d'encadrement qui couvre le territoire national pour la mise en œuvre des activités de proximité auprès de la population et les groupes les plus exposés au risque en particulier les travailleuses du sexe.

L'implication progressive des associations des personnes vivant avec le VIH dans les instances de coordination nationale de la réponse et dans la mise en œuvre des programmes.

L'organisation chaque année (autour de la journée mondiale de lutte contre le VIH/SIDA) depuis 2003, d'une semaine nationale consacrée au plaidoyer auprès des autorités, du secteur privé et des partenaires au développement ainsi qu'à la mobilisation des ressources, constitue une période de remobilisation de tous les acteurs engagés dans la lutte contre le VIH.

5.2 Une réponse nationale basée sur le respect des droits des personnes vivant avec le VIH

La protection des droits des personnes vivant avec le VIH et SIDA à Djibouti a toujours été une priorité pour le pays car la libre circulation des personnes vivant avec le VIH y compris les étrangers est garantie à tous. De plus, la stratégie nationale de prise en charge garantie l'accès aux services et soins totalement subventionnés à toutes les personnes vivant avec le VIH sur le territoire national. Pour renforcer ce dispositif au niveau de la législation, en 2007, **une loi relative à la protection des PVVIH et des orphelins a été votée par l'Assemblée Nationale légiférée par décret présidentiel** en vue d'améliorer leurs conditions plus particulièrement la lutte contre toutes formes de discrimination à l'endroit des personnes infectées par le VIH ainsi que leurs familles. Dans le cadre de l'opérationnalisation de cette loi le ministère de la justice a entrepris des campagnes de sensibilisation de tous les acteurs avec un focus sur les juridictions aussi bien public et religieux.

5.3 Une forte implication et un engagement des leaders religieux dans la réponse nationale

L'engagement des acteurs ayant un pouvoir moral sur la société en particulier les religieux dans le plaidoyer et la communication pour le changement des comportements en étroite collaboration avec le gouvernement et les partenaires en particulier le PNUD. Depuis 2007, ces acteurs se sont engagés au cours des conférences nationales et régionales qui se sont déroulées à Djibouti aboutissant à la déclaration de consensus des religieux sur le discours à adopter dans le cadre de la lutte contre le VIH SIDA. (cf. déclaration de Djibouti suite à l'atelier **Islam et Sida** en 2007).

VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTRICES

a) Principaux obstacles :

Les interventions de la lutte contre le VIH SIDA ont connu des obstacles durant la période 2008-2009.

- En premier lieu il faut souligner les réductions budgétaires qui ont débuté après la clôture en juin 2008, du financement de la Banque mondiale (MAP) mise en œuvre depuis 2003. Cette situation a été aggravée depuis juin 2009 par le non reconduction dans les délais du projet financé par le fonds Mondial qui est encore en cours de négociation. Cela a occasionné une réduction d'environ 60 % du Budget alloué à la riposte nationale.

Le programme a ainsi connu des retards dans la mise en œuvre des activités de prévention plus particulièrement les interventions de prévention des associations à base communautaire essentiellement financé par les deux partenaires sus mentionnés, les activités d'accompagnement psychosocial, le renforcement des capacités à travers les formations et l'assistance technique internationale.

- L'absence de la dimension VIH et SIDA dans l'UNDAF 2008-2012 et le manque d'un programme commun du système de Nations Unies qui va à la période 2008-2009 limite la mobilisation des ressources technique et financière pour appuyer la réponse nationale.
- Le troisième obstacle lié en partie au premier est l'absence des informations stratégiques à partir des données actualisées (surveillance comportementale et prévalence nationale) ainsi que des données statistiquement valides au niveau des populations les plus exposées comme les travailleuses du sexe, les utilisateurs de drogues et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.
- Le quatrième obstacle est lié au manque d'une stratégie actualisée en matière de communication et des stratégies nationales de prévention ciblant les groupes les plus à risque comme les travailleuses du sexe et les populations mobiles suite à l'absence de données actuelles.

b) Mesures correctrices.

- Accélérer les négociations avec le Fonds Mondial pour le déblocage du Financement pour la deuxième phase et préparer un projet à soumettre au prochain round de financement.
- Plaidoyer pour mobiliser les ressources additionnelles auprès du gouvernement, des acteurs locaux en particulier le secteur privé et les partenaires bilatéraux et multilatéraux dont le système des Nations Unies. La revue à mi parcours de l'UNDAF prévue en 2010 permettra l'intégration du volet VIH dans le nouveau UNDAF à travers

le programme conjoint encours d'élaboration sous la coordination du bureau de l'ONUSIDA nouvellement ouvert à Djibouti.

- Programmation des études et enquêtes comportementales et de prévalence pour actualiser le niveau et les déterminants de l'épidémie.
- Actualiser les stratégies de communication et de prévention.

VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT

A Djibouti les partenaires au développement se sont engagées dans la lutte contre le VIH SIDA d'une façon remarquable.

- Rappelant qu'en 2003 avec l'appui de la Banque Mondiale (projet MAP) le pays a mis en place un cadre multisectoriel impliquant plus de 11 ministères. Cette contribution considérable de la Banque Mondiale a donné un élan à la lutte contre la pandémie du VIH et SIDA à Djibouti.
- Depuis 2005, le Fonds Mondial à travers le projet du Round 4 et de la première phase du round 6 a fait progresser la prévention de la mère à l'enfant, la prise en charge globale et le renforcement des capacités des acteurs.
- Les programmes destinés aux jeunes utilisant la stratégie life skills, financé par l'UNICEF constitue également un atout majeur en matière de stratégie de réduction des risques .L'Unicef appui également la prévention de la transmission parents enfants ainsi que le soutien aux OEV.
- Le Programme Alimentaire Mondial (PAM) est le partenaire clé dans la lutte contre le VIH en particulier dans le domaine d'appui social à travers le programme de soutien nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH SIDA et leurs familles.
- Le PNUD à travers le projet HARPAS, appui le programme national de la lutte contre le VIH et SIDA plus particulières dans le domaine de la promotion des droits de l'homme et la dimension genre qui constitue un volet très important dans le contexte de Djibouti.
- L'OMS appui le secteur de la santé dans la prise en charge des IST et le suivi du progrès vers l'accès Universel. Il a contribué à la mise en place du système de surveillance épidémiologique depuis 2006 et la stratégie de surveillance de seconde génération.
- Le UNFPA apporte son appui la prévention à travers la santé de la reproduction
- Le HCR apporte son appui à travers le programme en faveur des réfugiés qui met à leur disposition de service de prévention et de soins. Il intervient aussi dans le cadre de la mise en œuvre du projet sous régional financé par la Banque Mondiale à travers l'IGAD.

- L'ONUSIDA apporte son appui à la planification stratégique depuis 2003 et la mobilisation des ressources à travers l'assistance technique durant l'élaboration des projets soumis au Fonds Mondial. L'ouverture du bureau ONUSIDA à Djibouti depuis septembre 2009 a donné un élan à la riposte nationale plus particulièrement avec l'appui technique et l'expertise dans la mise à disposition des informations stratégiques (réalisation des rapports de la surveillance sentinelle 2008 et la collecte et la rédaction de ce premier rapport UNGASS 2010) ainsi que le développement des réseaux de la société civile.

L'apport des partenaires bilatéraux est en grande partie lié à la contribution de l'Agence Française de développement qui apporte son appui dans le renforcement des capacités du réseau des laboratoires, la gestion de la co-infection tuberculose et VIH ainsi que la prise en charge des maladies opportunistes. L'USAID appui le suivi et évaluation à travers le système d'information sanitaire et mène des activités de prévention en faveur des routiers.

VIII. SUIVI ET EVALUATION

Depuis 2005 le programme national de la lutte contre le VIH SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, organe principal en charge de la coordination de la riposte dispose d'une unité de suivi et évaluation en charge de la collecte et de l'analyse des données fiables.

Suite à la revue des forces, faiblesses, opportunités et menaces qui ont marqué la mise en œuvre des différents plans stratégiques de lutte contre les trois maladies, et dans le but de suivre et rendre compte de l'état d'avancement de la mise en œuvre de ces plans, s'est doté d'un Plan National de Suivi & Evaluation qui définit les indicateurs pertinents de suivi et évaluation l'ensemble des trois programmes.

Dans le cadre du plan stratégique 2008-2012, le plan national de suivi et évaluation a été élaboré et budgétisé.

Le **Système d'Information pour la Gestion (SIG) de la Réponse nationale** a été érigé au rang de priorité à Djibouti sur recommandation de la Revue des Cadres Stratégiques. Le SIG doit fournir toutes les informations pour la prise de décision et la planification y compris la révision des objectifs, la réorientation des stratégies/activités et la réallocation des ressources. Il doit aussi répondre mieux aux exigences des plans stratégiques nationaux quant au suivi des Objectifs du Millénaire et de l'accès universel.

Un Groupe technique national de suivi et évaluation, de composition multisectorielle, a été mis en place

Afin de systématiser le renseignement des informations stratégiques, Djibouti est en train de préparer l'utilisation du CRIS (Country Response Information System) qui est un système de gestion de données informatisé développé par l'ONUSIDA. Ce système sera décentralisé au niveau des régions.