*REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union – Discipline - Travail

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT TECHNIQUE

PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'INFECTION A VIH, LE SIDA ET LES IST 2012- 2015

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 2
LISTE DES TABLEAUX 5
LISTE DES FIGURES 5
LISTE DES CARTES 5
LISTE DES GRAPHIQUES 5
SIGLES ET ACCRONYMES 7
PREFACE 10
AVANT PROPOS 11
RESUME EXECUTIF 12
INTRODUCTION 16
I. PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN 2012-2015 16
1.1. Démarche 16
1.2. Dispositifs et méthodologie 17
1.3. Revue du PSN 2006-2010 17
1.4. Élaboration du PSN 2012-2015 18
1.5. Diagnostic de la qualité des données de base 18
II. DONNEES DE CONTEXTE AUX PLANS MONDIAL, REGIONAL ET NATIONAL 19
2.1. Contexte mondial et régional de la lutte contre le VIH/sida 19
2.1.1 Contexte mondial et VIH/sida 19
2 .1.2 Contexte régional ouest-africain et VIH/sida 20
2.2. Contexte de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire 21
2.2.1 Contexte géographique et démographique de la Côte d'Ivoire 21
2.2.2 Contexte politique, économique et social de la Côte d'Ivoire 22
2.2.3 Système de santé et situation sanitaire de la Côte d'Ivoire 24
III. SITUATION DU VIH, DU SIDA ET DES IST 30
3.1. Données épidémiologiques du VIH, du sida et des IST 30
3.1.1 Aperçu de la situation de l'infection à VIH et du sida 30
3.1.2 Situation du VIH et du Sida dans les populations hautement vulnérables 32
3.1.3 Données sur les IST 34
3.1.4 Données sur les co-infections 35
3.1.5 VIH et nutrition 35

3.2. Facteurs généraux et déterminants de l'infection à VIH 36
3.3. Moteurs et tendance de l'épidémie 37
IV. Réponse Nationale aux IST/VIH/Sida entre 2006 et 2011 38
4.1. Principales Actions 38
4.2. Programmes de lutte contre le sida 39
4.3. Principaux résultats obtenus 40
4.3.1. Au Niveau de la Prévention 40
4.3.2. Au niveau du traitement 43
4.3.3. Au niveau des soins et soutiens 44
4.4. Analyse de la réponse au niveau des groupes hautement vulnérables 45
4.5. Cadre juridique de la lutte contre le VIH/sida 45
V. SYNTHESE DES DIFFICULTES DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/sida. 46
VI. SYNTHESE DES PRIORITES DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/SIDA POUR LA PERIODE 2012-2015 47
VII. ORIENTATIONS STRATEGIQUES POUR LA LUTTE CONTRE L'INFECTION À VIH, LE SIDA ET LES IST DE 2012 A 2015 49
7 .1 Principes Directeurs 49
7 .2 Alignement du PSN 2012-2015 aux instruments nationaux et engagements régionaux et internationaux 51
7 .3 Finalités et Axes Stratégiques du PSN 2012-2015 52
7.3.1 Vision 52
7.3.2 Résultat d'Impact 53
7.3.3 Résultats d'Effet 53
7.3.4 Axes Stratégiques du PSN 2012- 2015 53
7.3.5 Domaines d'actions prioritaires du PSN 2012-2015 53
7.3.6 Chaînes de Résultats par Axe Stratégique 54
7.3.7 Renforcement du Système de santé 84
VIII. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN OEUVRE DU PSN 2012-2015 85
8 .1 Approche de mise en œuvre 85
8 .1.1 Principes de la mise en œuvre 85
8 .1.2 Stratégies de la mise en œuvre 85
8 .2 Secteurs et Acteurs d'intervention 86
8 .2.1 Au niveau du Secteur Public 86
8 .2.2 Au niveau de la Société civile 87

8 .2.3 Au niveau du Secteur privé 87
8 .2.4 Au niveau des Partenaires au Développement 87
8 .3 Dispositif de coordination de la mise en œuvre du PSN 87
8 .3.1 Les organes politiques d'Orientation 87
8 .3.2 Les Organes étatiques de Coordination opérationnelle 87
8 .3.3 Les Réseaux des Organisations de la Société civile 88
8 .3.4 Les Faîtières du Secteur privé 88
8 .3.5 Les structures de Coordination des partenaires 88
8 .4 Cadre de Prévention et Gestion des Conflits 89
IX. MECANISMES DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI - EVALUATION DU PSN 2012-2015 89
9 .1 Mécanisme de mise en œuvre du PSN 2012-2015 89
9 .1.1 Le Plan Opérationnel National 90
9 .1.2 Les Plans Opérationnels Régionaux 90
9 .1.1 Les Plans d'Actions Annuels 90
9 .2 Mécanisme de Suivi- évaluation du PSN 90
9 .2.1 Principales Orientations du plan de suivi-évaluation du PSN 90
9 .2.2 Mécanisme de coordination du suivi-évaluation 92
9 .2.3 Mécanisme de suivi 94
9 .2.4 Plan de collecte des données de routine 95
9 .2.5 Plan de recherche opérationnelle pour la collecte des données non routine 97
9 .2.6 Plan de diffusion et d'utilisation des données 100
9 .2.7 Mécanisme d'évaluation 100
9 .3 Cadre de Performance du PSN 2012-2015 101
X. BUDGETS ET MECANISME DE GESTION FINANCIERE 106
10 .1 Coûts du PSN 2012-2015 106
10 .1.1 Démarche méthodologique 106
10 .1.2 Coût Global par an 106
10 .1.3 Coûts du PSN par Axe Stratégique et par an 108
10 .2 Stratégie de mobilisation des ressources 111
10 .3 Ressources pour le Financement de la mise en œuvre du PSN 111
Bailleurs 112
10 .4 Mécanisme de Gestion des ressources Financières 112
XI. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES 114
11 .1 Analyse des risques 114

11 .2 Conditions de succès de la mise en œuvre du PSN 2012-2015..... 115

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Effectifs du Personnel de santé du secteur public en 2007 et 2010 27
Tableau 2 : Prévalence du VIH et utilisation des préservatifs parmi les PS qui fréquentent les centres de soins..... 32
Tableau 3 : Plan de collecte des données de routine 96
Tableau 4: Plan de collecte des données Non routine..... 97
Tableau 5 : Cadre de résultats de l'Axe Prévention 101
Tableau 6: Cadre de résultats de l'Axe Prise en Charge..... 103
Tableau 7: Cadre de résultats de l'Axe Réduction de l'Impact Socio-économique ... 103
Tableau 8 : Cadre de résultats de l'Axe Gouvernance 105
Tableau 9 : répartition des coûts du PSN sur la période 2012-2015..... 107
Tableau 10 : répartition du budget du PSN selon les Axes..... 108
Tableau 11 : Répartition des coûts de l'axe prévention 109
Tableau 12: Répartition des coûts de l'axe prise en charge..... 110
Tableau 13 : Répartition des coûts de l'axe Réduction de l'impact..... 110
Tableau 14 : répartition des coûts de l'axe gouvernance..... 111
Tableau 15 : Ressources disponible en fonction des bailleurs de fonds 112
Tableau 21 : Liste des Documents consultés 118

LISTE DES FIGURES

Figure 3: Mécanisme de Coordination du Suivi-Évaluation au niveau central 92
Figure 4: Le Circuit de l'information..... 94

LISTE DES CARTES

Carte 3 : Prévalence du VIH par région (EIS 2005)..... 30

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Aperçu de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire 31
Graphique 2: Évolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en milieu urbain 31
Graphique 3 : Évolution de la prévalence VIH (urbain et rural) et de l'âge au premier rapport sexuel 34
Graphique 4 : Proportion de femmes enceintes infectées qui reçoivent un traitement ARV complet pour réduire le risque de TME 41
Graphique 5: Nombre de préservatifs distribués de 2006 à 2008..... 42

Graphique 6: Proportion de la population qui a fait le test VIH 43
Graphique 7: Pourcentage d'OEV vivant dans des foyers bénéficiant d'aides extérieures 44

SIGLES ET ACCRONYMES

AES	:	Accident d'Exposition au Sang
AGR	:	Activités Génératrices de Revenus
AIBEF	:	Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familial
AIMAS	:	Agence Ivoirienne de Marketing Social
AM	:	Alliance des Maires pour la Lutte contre le VIH/SIDA
AMICALL	:	Alliance Ivoirienne des Maires et Responsables Municipaux sur le VIH/Sida
ANADER	:	Agence Nationale pour le Développement Rural
ARSIP	:	Alliance des Religieux pour la lutte contre le SIDA et autres Pandémies
ASAPSU	:	Association pour l'Autopromotion de la Santé Urbaine
BM		Banque Mondiale
CCC	:	Communication pour le Changement de Comportement
CCLS	:	Comité Communal de Lutte contre le SIDA
CCM	:	Country Coordinating Mecanism
CDLS	:	Comité Départemental de Lutte contre le SIDA
CDV	:	Conseil et Dépistage Volontaire
CECI	:	Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire pour la lutte contre le VIH/SIDA
CEROS	:	Cellule de Réflexion sur les Orphelins du SIDA
CGECI	:	Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CICR	:	Comité International de la Croix Rouge
CIMLS	:	Comité Interministériel de Lutte contre le SIDA
CIRBA	:	Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan
CMP	:	Comité Multipartite et du Partenariat
CNO	:	Centre-Nord-ouest
CNLS	:	Conseil National de Lutte contre le SIDA
COSCI	:	Conseil des Organisations de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire
CPN	:	Consultation Pré Natale
CRLS	:	Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CSLS	:	Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA
CVLS	:	Comité Villageois de Lutte contre le SIDA
CS	:	Centre de Santé
CSE	:	Chargé de Surveillance Epidémiologique
DAP	:	Domaine d'Action Prioritaire
DPM	:	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DSRP	:	Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
EDS-CI	:	Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire
ECD	:	Equipe Cadre de District
EIS-CI	:	Enquête sur les Indicateurs du SIDA en Côte d'Ivoire
ESPC	:	Etablissements Sanitaires de Premier Contact
ESTHER	:	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
FHI		Family Health International
FM	:	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la tuberculose et le Paludisme
FNLS	:	Fonds National de Lutte contre le SIDA
FSU-Com	:	Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire
GTNIS	:	Groupe Technique National de l'Information Stratégique

GTT	:	Groupe Technique de Travail
HSH	:	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IHAA	:	International HIV/AIDS Alliance
INS	:	Institut National de la Statistique
IRA	:	Infection Respiratoire Aigue
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
MD	:	Ministère de la Défense
MDM	:	Médecins Du Monde
MEF	:	Ministère de l'Economie et des Finances
MSHP	:	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MFFAS	:	Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales
MI	:	Ministère de l'Intérieur
MJDH	:	Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme
MJSL	:	Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs
MLS	:	Ministère de la Lutte contre le Sida
MPD	:	Ministère du Plan et du Développement
MSF	:	Médecins Sans Frontière
OBC	:	Organisation à Base Communautaire
OEV	:	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	:	Programme Conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAM	:	Programme Alimentaire Mondial
PDI	:	Populations Déplacées Internes
PEC	:	Prise En Charge
PEPFAR	:	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PIAVIH	:	Personnes Infectées et Affectées par le VIH
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PLS-PHV	:	Programme de Lutte contre le Sida chez les Populations Hautement Vulnérables
PMA		Paquet Minimum d'Activités
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PN-OEV	:	Programme National de prise en charge des Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA
PNN	:	Programme National de Nutrition
PNPEC	:	Programme National de Prise En Charge médicale des PVVIH
PNSR/PF	:	Programme National de Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale
PON	:	Plan Opérationnel National
POR	:	Plan Opérationnel Régional
PPH	:	Pneumo Phtysiologie
PS	:	Professionnel(le) du Sexe
PSI	:	Population Services International
PSN	:	Plan Stratégique National
PTME	:	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PUMLS	:	Programme d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PVVIH	:	Personnes Vivant avec le VIH
RASS	:	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
REPMASCI	:	Réseau des Professionnels des Médias, des Arts et des Sports pour la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire

RETRO-CI	:	Retrovirus Côte d'Ivoire
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RIJES	:	Reseau Ivoirien des organisations de jeunes contre le Sida
RIOF	:	Réseau Ivoirien des Organisations Féminines
RIP+	:	Réseau Ivoirien des PVVIH
SIDA	:	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SIG	:	Système d'Information et de Gestion
UNDP	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNESCO	:	Organisation des Nations Unies pour la Science, l'Education et la Culture
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	:	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UVICOCI	:	Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire
VIH		Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

Fléau des temps modernes, le VIH/sida constitue, pour le monde en général et pour nos pays en développement en particulier, une menace pour notre sécurité et notre développement. Il nous faut donc non seulement réduire son impact sur les populations mais surtout l'endiguer. Cette pandémie menace notre présent et notre futur. De ce fait, aucune politique de développement durable ne peut être menée efficacement en ignorant le facteur VIH/sida.

C'est ce souci qui sous-tend, depuis des décennies, l'engagement du Gouvernement ivoirien à s'impliquer davantage dans la lutte contre le VIH/sida pour faire reculer les ravages de cette maladie en Côte d'Ivoire.

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA que je préside, est l'organe unique de coordination des interventions de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Le but est de renforcer la synergie et la complémentarité entre toutes les interventions visant à un mieux-être des populations ivoiriennes.

A l'instar des autres pays, la Côte d'Ivoire a souscrit aux déclarations d'ABUJA I et II, ainsi que celles de UNGASS sur l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Aussi, je me réjouis qu'au terme de la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2006-2010, les acteurs nationaux et les Partenaires, sous la conduite du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, assurant le Secrétariat Technique du CNLS aient élaboré un nouveau Plan Stratégique couvrant la période 2012-2015 sur la base des leçons tirées de la revue du plan précédent.

Ce plan multisectoriel et pluridisciplinaire est un instrument essentiel pour relever les défis majeurs en matière de lutte contre le VIH/sida dans un contexte de post-crise. À ce titre, il constitue notre cadre national d'action, notre référence en matière d'interventions face au VIH/sida. C'est un outil précieux d'orientations des interventions et de négociation avec tous nos partenaires au développement qui s'engagent à accompagner notre pays dans la lutte contre le VIH/sida.

Dans cette perspective, j'engage l'État et le Gouvernement de Côte d'Ivoire à fournir tout l'appui nécessaire, aussi bien budgétaire que technique, pour la mise en œuvre de ce plan en poursuivant de façon dynamique le partenariat national et international déjà établi. Aucun effort ne sera ménagé pour arriver à cette fin.

À cet effet, j'invite tous les acteurs nationaux à s'inscrire résolument dans les axes prioritaires de ce présent document qui a le consensus de tous pour une lutte sans complaisance contre le VIH/sida, dans le respect des droits humains et du genre.

En renouvelant mes sincères remerciements à tous les partenaires au développement de la Côte d'Ivoire, je les exhorte à soutenir ce présent Plan Stratégique National qui est le résultat concret de leur accompagnement soutenu. Ils doivent veiller aux côtés du Gouvernement à son application effective afin de renverser la tendance du VIH/sida.

Je reste persuadé que l'atteinte des objectifs de ce plan stratégique 2012-2015, nous permettra d'être au rendez-vous des objectifs du Millénaire pour le Développement, avec une Côte d'Ivoire où l'impact du VIH/sida a été considérablement réduit sur l'individu, la famille, les entreprises, les secteurs d'activité et les communautés.

Président de la République de Côte d'Ivoire
Président du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

AVANT PROPOS

Les décennies de lutte nous ont montré qu'il y a eu des acquis appréciables. En effet, l'option du Gouvernement pour une politique multisectorielle et de décentralisation, la création de différents organes de lutte rendue nécessaire pour s'attaquer à tous les aspects du problème du VIH/sida, et l'implication concertée de tous, ont permis d'atteindre une prévalence estimée à 3% en 2011 (Rapport ONUSIDA 2011).

Cependant, beaucoup reste à faire en matière de lutte contre le SIDA : Intensification de la prévention, Accès au traitement à tous les PVVIH éligibles, Prise en Charge des enfants et particulièrement des OEV, Humanisation de la prise en charge des PVVIH, et Promotion des droits et devoirs des PIAVIH.

En plus des conséquences connues de l'épidémie, la Côte d'Ivoire devra faire face à d'autres conséquences liées à la crise sociopolitique qu'elle a vécue ces dix dernières années.

C'est en cela que je salue l'avènement du présent Plan Stratégique National 2012-2015 élaboré, de façon participative et consensuelle, sur la base des leçons tirées de la mise en œuvre du PSN 2006-2010.

Aussi, voudrais-je féliciter les acteurs nationaux et les Partenaires impliqués dans la lutte contre le SIDA pour leur engagement à nos côtés. Je les invite tous à considérer le présent Plan comme l'Unique Cadre d'intervention de la Réponse Nationale à l'épidémie du VIH/sida.

Tous les acteurs de la lutte, chacun en ce qui le concerne, devra mettre un point d'honneur à contribuer à assurer un meilleur fonctionnement des mécanismes de coordination de la réponse et du système national d'information stratégique. Cela est nécessaire pour rendre plus visible l'admirable travail des acteurs sur le terrain et aussi pour mieux définir les nécessaires ajustements en cours de mise œuvre du plan.

J'adresse mes remerciements aux Experts Nationaux pour leur mobilisation et la qualité du travail fourni qui a permis l'élaboration du présent Plan dans de si brefs délais.

Je fais une mention spéciale à tous nos Partenaires, notamment le Système des Nations Unies, la Banque Mondiale, le PEPFAR et le Fonds Mondial pour leur soutien à tout ce processus.

Puisse ce Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA, constituer pour la Côte d'Ivoire en général et les acteurs de la lutte en particulier, la boussole et le chemin, qui nous conduiront tous vers une Réponse Nationale adaptée pour le bien-être de nos populations des villes et des campagnes.

Ministre de la Santé et de la
Lutte contre le Sida
Secrétaire Technique du CNLS

RESUME EXECUTIF

La Côte d'Ivoire a traversé une crise militaro-politique pendant plus d'une décennie. Cette crise multiforme a davantage dégradé les conditions de vie d'une population estimée à 21,9 millions d'habitants en 2010[1]. Le niveau de pauvreté a connu une forte augmentation entre 2002 (38,4%) et 2009 (48,9%)[2].

L'état de santé de la population ivoirienne est caractérisé par un taux élevé de mortalité. Les épidémies naguère éradiquées ont refait surface. Ainsi, le choléra, les méningites purulentes et la fièvre jaune continuent d'être des menaces constantes sur l'état de santé de la population. La tuberculose quant à elle, connaît une recrudescence du fait de l'infection à VIH, quand le sida est la première cause de mortalité chez l'homme adulte et la deuxième chez la femme après la mortalité due à la grossesse et à l'accouchement.

Pour faire face à cette menace, les autorités ivoiriennes ont placé la lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST au centre de leurs préoccupations. À cet effet, plusieurs plans stratégiques nationaux de lutte contre la pandémie ont été élaborés. La mise en œuvre du dernier plan qui a couvert la période 2006-2010 a permis d'intensifier la prévention par l'accroissement de l'offre de services de prévention du VIH (PTME, CDV, marketing social, etc.). L'offre de service de prise en charge globale a été davantage élargie, l'accès au traitement ARV a été amélioré et les Infections Opportunistes ont été mieux prises en charge.

Selon les estimations de ONUSIDA, on remarque une baisse de la prévalence au sein de la population générale qui est passée de 4,7% en 2005 à 3% en 2011. Le nombre de sites fonctionnels de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a atteint le nombre de 695 (en 2011) sur les 1283 Centres de santé qui offrent la CPN, soit une couverture de 54%. On dénombre actuellement 733 sites de CDV, soit une couverture en district sanitaire de 100%. Le nombre de personnes sous traitement a augmenté, passant de 32,30% en 2006 à 48% en 2009[3] et 56% en 2011. Aussi, [2]depuis 2008 les soins et soutien nutritionnels ont été intégrés dans 139 sites PTME et dans 304 sites de PEC de PVVIH.

Malgré ces efforts et les résultats encourageants, la Côte d'Ivoire demeure le pays le plus touché de la région ouest africaine. La riposte face à l'épidémie connaît de multiples difficultés qui entravent la mise en œuvre efficace des interventions. Les stratégies de prévention et de prise en charge sont quelques fois inadaptées avec de faibles capacités des centres de santé publics et ceux du système communautaire. Tous les acteurs n'inscrivent pas leurs actions dans le cadre national de planification et de coordination des interventions. Les partenaires techniques et financiers n'alignent pas toujours leurs appuis sur les priorités nationales. Les ressources financières nécessaires à la riposte sont faiblement mobilisées aussi bien en interne qu'auprès des bailleurs de fonds.

Le présent Plan Stratégique National de lutte contre l'infection à VIH, le Sida et les IST vise à apporter les réponses adéquates aux défis et lacunes identifiées au cours de la mise en œuvre du PSN 2006-2010.

Commandité par le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), ce PSN 2012-2015 a pu être élaboré grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs et décideurs nationaux du Secteur Public, de la Société Civile, du Réseau des PVVIH, du Secteur Privé, et avec l'appui des Partenaires au développement. Sur la base de l'analyse de la situation du VIH/sida, il définit les priorités nationales de la lutte, ainsi que les résultats escomptés pour inverser la tendance de l'épidémie. À ce titre, il est la référence nationale pour tous les acteurs et partenaires qui interviennent dans la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire.

[1] Projections de l'INS

[2] DSRP 2009

[3] Rapport annuel 2009 sur le Sida

Le Plan Stratégique National 2012-2015 de lutte contre l'Infection à VIH, le Sida et les IST 2012-2015 est aligné sur le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), le Plan National de Développement (PND) 2012-2015 et le Plan National de Développement Sanitaire(PNDS) 2012-2015. Au niveau international, il s'aligne sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ainsi que sur les engagements ratifiés par la Côte d'Ivoire, notamment la Déclaration des Nations Unies sur le VIH et le Sida (UNGASS) ; la Déclaration des Chefs d'État et de Gouvernement de l'Union Africaine sur le VIH, le Sida, la Tuberculose et le Paludisme; la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et le principe des « Three Ones ».

Les principes directeurs qui ont guidé la conception du PSN sont (i) la multi-sectorialité, (ii) la décentralisation, (iii) la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'Aide au développement, (iv) la gestion Axée sur le Résultat, (v) la bonne gouvernance, (vii) l'implication des PVVIH, (vii) le genre, les droits Humains et l'équité, (viii) le respect de l'environnement, et (ix) l'intégration des services.

Ce PSN vise à **inverser la tendance de la propagation du VIH et à atténuer l'impact du sida sur la population ivoirienne en général, et en particulier sur les groupes hautement vulnérables,** d'ici 2015.

Le résultat d'impact attendu de sa mise en œuvre est que **d'ici 2015, la dégradation de la qualité de vie des populations du fait du VIH/Sida est réduite.**

Quatre (4) résultats d'effet ont été formulés pour contribuer à la réalisation de ce résultat d'impact. Ces effets correspondent à 4 axes stratégiques que sont **la Prévention ; la prise en Charge (Traitement ARV, Soins et Soutiens) ; la Réduction de l'Impact socio-économique et la Gouvernance de la réponse nationale à l'infection à VIH (**la coordination des interventions, la mobilisation et gestion des Ressources, le système d'Information Stratégique).

Vu l'importance des contributions des systèmes communautaires et du secteur privé à la riposte nationale, ces deux entités sont mises en relief dans l'axe Gouvernance en se basant sur leur leadership dans leurs domaines de compétence respectifs.

Chaque Effet a été décliné en sous-effets pour la réalisation desquels, des extrants ont été libellés avec des stratégies adaptées.

Ainsi la chaîne de résultat de la réponse nationale sur la période 2012-2015 se présente comme suit :

AXE STRATEGIQUE 1 : PREVENTION

Résultat d'Effet 1: L'incidence des IST et la proportion des nouvelles infections à VIH sont réduites de 30% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires d'ici 2015

Sous-Effets de l'Axe Prévention:

Sous-Effet 1.1:	L'incidence du VIH et des IST baisse de 25 % dans la population générale
Sous-Effet 1.2:	L'incidence du VIH et des IST baisse de 50% dans les groupes cibles prioritaires
Sous-Effet 1.3:	La proportion de la population ayant effectuée un dépistage volontaire augmente de 6% à 35% d'ici 2015
Sous-Effet 1.4:	La transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduite de 7% à 3%
Sous-Effet 1.5:	La sécurité transfusionnelle et la prévention des accidents d'expositions au sang et autres liquides biologiques sont assurées à 100%

AXE STRATEGIQUE 2 : PRISE EN CHARGE

Résultat d'Effet 2: L'Espérance de vie des Adultes (Hommes et Femmes) et des enfants vivant avec le VIH a augmenté d'ici 2015

Sous-Effets de l'Axe Prise en Charge :

Sous-Effet 2.1: Au moins 80% des patients adultes et adolescents éligibles au traitement sont sous ARV d'ici 2015

Sous-Effet 2.2: Au moins 95% des enfants infectés par le VIH bénéficient d'un traitement ARV d'ici 2015

Sous-Effet 2.3: Au moins 80% des Patients PVVIH bénéficient des traitements contre les infections opportunistes

Sous-Effet 2.4: Au moins 80% des patients PVVIH bénéficient de soins et soutiens d'ici 2015

AXE STRATEGIQUE 3 : REDUCTION DE L'IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE

Résultat d'Effet 3: Le bien-être économique et social des PIAVIH et des OEV est amélioré d'ici 2015

Sous-Effets de l'Axe Réduction de l'Impact:

Sous-Effet 3.1: 80% des personnes infectées et ou affectées par le VIH sont protégées contre la discrimination et la stigmatisation basée sur leur statut d'ici 2015

Sous-Effet 3.2: Au moins 80% des PIAVIH bénéficient d'un soutien socio-économique d'ici 2015

Sous-Effet 3.3: 50% d'OEV bénéficient d'un soutien (scolaire, juridique, économique, nutritionnel, etc.) approprié d'ici 2015

AXE STRATEGIQUE 4 : GOUVERNANCE DE LA REPONSE NATIONALE

Résultat d'Effet : La Gouvernance de la Réponse nationale à l'infection à VIH, le sida et les IST est plus performante.

Sous-Effets de l'Axe Gouvernance

Sous-Effet 4.1: D'ici 2015, 100% des cadres de coordination sont opérationnels à tous les niveaux

Sous-Effet 4.2: D'ici 2015, 100% des besoins financiers sont couverts et les ressources utilisées de manière optimale pour la mise en œuvre du PSN

Sous-Effet 4.3: D'ici 2015, 80% des besoins en informations stratégiques de qualité sont couverts à temps

Sous-Effet 4.4: D'ici 2015, 80% des structures du système communautaire contribuent efficacement à la réponse nationale

Sous-Effet 4.5: D'ici 2015, 50% des entreprises contribuent efficacement à la réponse nationale

Sous-Effet 4.6 D'ici 2015, la disponibilité des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins de qualité est assurée à 95% à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Avec ce PSN, le gouvernement de Côte d'Ivoire compte maximiser la cohérence, la coordination et l'approche multisectorielle à tous les niveaux. Pour sa mise en oeuvre. Un Plan Opérationnel triennal et glissant est élaboré pour servir de trame à l'élaboration des plans régionaux et des plans d'action des acteurs d'intervention. Ces plans opérationnels issus du PSN seront élaborés et mis en oeuvre avec la collaboration de tous les secteurs à tous les niveaux.

Les Organes d'orientation et de coordination existants seront renforcés pour qu'ils soient plus opérationnels.

À la périphérie, les Comités décentralisés et les services déconcentrés exerçant dans la coordination des interventions seront tous mobilisés autour des Comités Régionaux de Lutte contre le Sida.

Le système d'information sera mieux organisé aux niveaux central et périphérique pour lui permettre de collecter les données de qualité et produire des informations utiles à la prise de décisions.

Le coût du PSN 2012-2015 est estimé à trois cent cinquante neuf milliards huit cent douze millions de francs CFA (359,812 milliards de FCFA) soit, 548 529 857.90 Euros

Les ressources financières nécessaires seront mobilisées en interne (État, secteur privé, ménages, etc.) et auprès des partenaires bilatéraux et multilatéraux. Les fonds mobilisés seront gérés selon des procédures définies de façon consensuelle par l'État de Côte d'Ivoire et les partenaires de la lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST.

INTRODUCTION

Après une décennie de crise militaro-politique avec des effets néfastes sur toutes les couches de la population, la Côte d'Ivoire a amorcé sa marche vers le progrès. Une telle ambition ne peut se réaliser qu'avec des citoyens en bonne santé physique et mentale.

Avec une prévalence de l'infection à VIH estimée à 3% en 2011 (Rapport ONUSIDA 2012), le sida reste une réelle menace pour la survie des populations et pour la reprise de l'économie nationale. D'où l'intérêt d'accorder une place de choix à la lutte contre cette maladie.

Après la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le sida (PSN) 2006-2010, les décideurs et acteurs nationaux, appuyés par les partenaires bilatéraux et multilatéraux, ont fait le bilan de la réponse nationale face au sida. Cet exercice de revue du PSN 2006-2010 a fait ressortir, non seulement les acquis de la réponse, mais aussi les difficultés, les faiblesses et les obstacles à l'atteinte des résultats escomptés.

C'est pour apporter une réponse adéquate à ces problèmes, que le présent Plan Stratégique National de lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST a été conçu. Le processus de son élaboration a été très participatif avec une forte mobilisation des acteurs du secteur public, de la société civile et du secteur privé, ainsi que l'appui inestimable des partenaires techniques et financiers.

Ce PSN de lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST apporte certaines innovations et permet au gouvernement de renforcer la dimension multisectorielle et partenariale à tous les niveaux. Il fixe, au regard d'une analyse situationnelle, les grandes orientations et les principes d'action de la lutte contre le sida pour la période 2012-2015, en restant conforme au Plan National de Developpement. Il s'inscrit également dans le cadre de la réalisation des engagements internationaux, notamment, l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

I. PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN 2012-2015

1.1. Démarche

La démarche utilisée au cours de l'élaboration du PSN a été participative, itérative, analytique et inclusive. En effet le processus a étroitement associé, dans le cadre d'un partenariat entre l'ensemble des acteurs, le secteur public, les organisations de la société civile, les organisations communautaires de base, les organisations des PVVIH, le secteur privé, le secteur confessionnel, les organisations professionnelles et les partenaires au développement. Le PSN est véritablement l'expression d'un consensus national sur les priorités de lutte contre le SIDA et constitue l'outil national et le cadre de détermination des objectifs et résultats nationaux en matière de lutte contre le SIDA auxquels adhèrent tous les acteurs de la réponse nationale. La participation effective de la société civile, des PVVIH, des structures communautaires et du privé a été activement recherchée et encouragée et s'est concrétisée par leur présence aux groupes de travail et aux ateliers et par la prise en compte de leurs contributions, leurs perspectives et priorités dans le processus de revue, de planification et de formulation du PSN.

Des structures importantes comme le Programme National de Développement de l'Activité Pharmaceutique (PNDAP), ont été conviées à la finalisation du PSN et de ses outils d'accompagnement (PON, PAT, PNIS). De plus, le plan a bénéficié des recommandations émises par les experts nationaux et internationaux dans le cadre de la mission d'évaluation conjointe conduite pour la mobilisation des ressources au fonds mondial. En clair, cette étape du processus a permis de poursuivre et compléter la participation inclusive des différentes

parties prenantes, d'améliorer, de manière optimale, leur niveau de représentativité et de procéder à des ajouts et/ou des révisions consensuels qui ont été intégrés aux différents documents.

1.2. Dispositifs et méthodologie

Une équipe nationale de Revue et de planification a été mise en place afin de préparer et de conduire le processus de revue et d'élaboration du PSN suivant la démarche participative décrite plus haut. La composition de cette équipe reflète bien la multisectorialité de la réponse et les impératifs de participation et d'inclusion de l'ensemble des acteurs. En effet, elle est composée de personnes représentant les administrations publiques, le secteur associatif et le secteur privé.

Les missions de cette équipe ont été :

- La préparation du processus en termes de communication, d'information et mobilisation des acteurs de la réponse ;
- La définition de l'approche méthodologique de la revue et de la formulation du PSN ;
- La définition d'un plan de travail pour le processus ;
- La conduite de la revue et le pilotage de l'élaboration du PSN.

La méthodologie utilisée pour l'élaboration du PSN 2012-2015 est basée sur une approche analytique de collecte et d'utilisation des données et de l'information stratégique. Un effort important a été fait dans la collecte et l'analyse des documents nationaux, rapports annuels, rapports de mise en œuvre et dans la collecte des données pour fonder le PSN sur des évidences et des données et informations statistiques fiables.

De plus, l'accent a été mis sur une planification des interventions axées sur les résultats. Les membres de l'équipe ont, à cet effet, bénéficié d'un renforcement des capacités qui leur a permis de se familiariser aux concepts et outils utilisés tout au long du processus de planification stratégique.

1.3. Revue du PSN 2006-2010

L'une des étapes essentielles du processus est sans doute la revue finale du PSN 2006-2010 qui a été conduite sur la base du PSN 2006-2010, du rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2006-2010, des rapports nationaux annuels de lutte contre le sida, des études et autres documents pertinents relatifs à la mise en œuvre du PSN 2006-2010. La revue a permis entre autres de :

- analyser l'évolution de l'environnement global de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire et les changements intervenus depuis juin 2006 en termes de menaces et d'opportunités ayant un impact direct ou indirect sur la réponse nationale ;
- examiner l'état de mise en œuvre des stratégies contenues dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire de juin 2006 au 31 décembre 2010 ;
- évaluer les ressources mobilisées pour la mise en œuvre du plan stratégique conformément aux résultats de la table ronde de mobilisation des ressources et leurs emplois ;
- identifier les forces et les faiblesses, les opportunités et les contraintes dans la mise en œuvre des différentes stratégies du plan ;
- identifier les défis majeurs et formuler des recommandations à prendre en compte pour le prochain plan stratégique national sur la période 2012-2015.

Les résultats, constats et recommandations de la revue ont alimenté l'élaboration du PSN.

Le processus participatif de la revue a abouti à la validation de son rapport au cours d'un atelier de concertation associant l'ensemble des acteurs et qui a permis de convenir des priorités du Plan stratégique 2012-2015.

1.4. Élaboration du PSN 2012-2015

L'élaboration du PSN a été marquée par les étapes suivantes :

- L'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH et la définition des priorités et des cibles à atteindre en 2015. Cette analyse s'est faite au cours d'un atelier de 5 jours qui a vu la participation d'environ 170 personnes issues de tous les secteurs de la lutte contre le sida ;
- L'élaboration d'une première mouture du Plan Stratégique National 2012-2015 de lutte contre le sida par un groupe restreint, appuyé de personnes ressources provenant des structures nationales et des partenaires internationaux ;
- L'amélioration de la première mouture par la prise en compte de toutes les préoccupations des différents secteurs de la riposte et des bénéficiaires de la lutte ;
- La validation technique du PSN 2012-2015, par les acteurs, les bénéficiaires et les partenaires de la lutte contre le VIH, le Sida et les autres IST ;
- L'adoption du PSN 2012-2015 de Lutte contre l'infection à VIH, le Sida et les IST par le Gouvernement de Côte d'Ivoire.

1.5. Diagnostic de la qualité des données de base

L'élaboration du PSN 2012-2015 s'est appuyée sur une analyse situationnelle dont certaines données sont manquantes ou anciennes. Dans bien des cas, il a été difficile d'étayer l'analyse avec des données actualisées et désagrégées qui ont pour avantage d'inaugurer des réponses plus proches de la réalité et plus objectives. Et ce, d'autant que certaines études prévues, n'ont pu être réalisées ou sont en cours de réalisation. C'est le cas de l'enquête démographique et de santé (EDS III-CI) prévue qui devrait donner le niveau de la prévalence du VIH en 2010 en vue d'apprécier les progrès réalisés et de se projeter sur les cinq prochaines années. Toutefois, les données parcellaires et les plus récentes qui existent en matière de VIH/sida ont pu être mobilisées pour diagnostiquer au mieux la pandémie.

À cet effet, des données issues du DSRP, des enquêtes CAP conduites par l'INS ou l'ENSEA, des estimations de ONUSIDA, des rapports sur le développement humain (PNUD), et des structures comme MEASURE, la DIPE, l'OMS, etc. ont servi dans le cadre de cet exercice dont le mérite est d'avoir pris en compte, de façon optimale, les besoins des bénéficiaires et des acteurs en matière de VIH/sida. Dans cette dynamique, la conduite de la revue à mi-parcours et de la revue finale du PSN 2006-2010 a permis l'identification des principaux besoins et des priorités de la lutte contre les IST et le VIH/sida pour la période 2012-2015. Ceci dit, les faiblesses en matière de données actualisées et fiables sont en voie d'être corrigées au regard des processus de l'EDS III-CI, du PNDS et de la surveillance sentinelle qui sont en cours. En plus, le Manuel de procédure de la gestion des données élaboré par MEASURE EVALUATION avec l'appui technique et financier du PEPFAR et de l'USAID devrait contribuer à améliorer la fiabilité des données.

II. DONNEES DE CONTEXTE AUX PLANS MONDIAL, REGIONAL ET NATIONAL

2.1. Contexte mondial et régional de la lutte contre le VIH/sida

La Côte d'Ivoire a conscience des influences réciproques des contextes nationaux et des environnements sous régionaux et mondiaux en matière de lutte contre le VIH et le sida. Par conséquent, des défis restent à relever entre les pays et au niveau transfrontalier en matière de prévention, de traitement et de soutien pour le continuum des prestations.

2.1.1 Contexte mondial et VIH/sida

Selon l'ONUSIDA, il y a plus de 34 millions de personnes vivant avec le VIH en fin 2010. Plus de 95% vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Le sida est la principale cause de décès parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans. Face à cette menace, la réponse mondiale est caractérisée par une série de déclarations, d'engagements et d'initiatives en vue d'intensifier et de rendre plus efficaces les réponses nationales face au VIH et au sida. Le présent PSN s'est inspiré des initiatives ci-dessous auxquelles la Côte d'Ivoire a adhéré.

- La **Déclaration d'engagement sur le VIH/sida** adoptée en juin 2001 par la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) pour ralentir la propagation du VIH et atténuer ses impacts.
- **"Les Trois Principes"** : (i) un cadre national unique de lutte contre le VIH/sida ; (ii) un organisme national unique de coordination de la réponse au VIH ; et, (iii) un système unique de suivi & évaluation à l'échelon national. "Les Trois Principes" visent à améliorer la gouvernance de la réponse au VIH.
- La **Déclaration de Paris** sur l'efficacité de l'aide adoptée en 2005 et reposant sur cinq principes que sont :

  (i) l'appropriation (les pays définissent eux-mêmes leurs propres stratégies de développement) ;

  (ii) l'harmonisation (les donateurs mettent en place un dispositif commun pour la gestion de l'aide) ;

  (iii) l'alignement (les donateurs s'alignent sur les stratégies définies par les pays) ;

  (iv) la gestion axée sur les résultats (raccorder les stratégies nationales de développement et le cycle budgétaire, corréler les ressources dépensées et les résultats obtenus) ;

  (v) la responsabilité mutuelle (transparence et obligation de rendre compte).
- La mise en place en 2002 du **Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme** : il vient en appui aux efforts des pays par un financement substantiel de la lutte contre les trois maladies.
- L'**Accès Universel :** en 2006, l'objectif de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien est fixé pour qu'aucun être humain, aucune collectivité ni aucun pays ne soient laissés à l'écart de la riposte au VIH.
- Les **recommandations de l'OMS sur la PTME :** en vue de faciliter le passage à échelle et accélérer l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'OMS a formulé, en septembre 2009, les recommandations suivantes :

  (i) fournir pendant une période plus longue une prophylaxie antirétrovirale aux femmes enceintes séropositives qui n'ont pas besoin de traitement antirétroviral pour

leur propre santé afin de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant ;

(ii) fournir des ARV à la mère ou à l'enfant pour réduire le risque de transmission du VIH au cours de l'allaitement maternel.

- La **nouvelle vision de l'ONUSIDA** ambitionne "zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida". Elle préconise de mettre fin à l'isolement de la riposte au sida et fait la promotion de l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive et des services liés au VIH. Plus largement, elle préconise l'intégration des programmes liés à la santé et au développement. "Chaque dollar investi dans la lutte contre le sida doit servir à renforcer les systèmes de santé nationaux".
- La **Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2012-2016 :** la stratégie est conçue pour s'aligner sur des cadres stratégiques plus larges, notamment les OMD et le renouveau des soins de santé primaires. Elle prend en compte les modifications actuelles de l'architecture de la santé publique et intègre les principes de la déclaration de Paris. Dans sa quête de l'accès universel, l'OMS cherche à faire en sorte que le secteur de la santé obtienne un maximum d'impact dans cinq domaines stratégiques :

  (i) permettre aux patients de connaître leur statut sérologique ;

  (ii) maximiser la contribution du secteur de la santé à la prévention du VIH ;

  (iii) (iii) accélérer l'extension du traitement et des soins en matière de VIH ;

  (iv) renforcer et étendre les systèmes de santé ; (v) investir dans l'information stratégique pour tenter de mieux étayer la riposte au VIH.

2 .1.2 Contexte régional ouest-africain et VIH/sida

Le Plan Stratégique Régional 2011-2015 sur le VIH/sida de la Communauté Économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) qui regroupe les 15 pays de cette région a mis en exergue la diversité des types d'épidémie à VIH d'un pays à un autre. Cette diversité commande aux pays de "fonder leurs stratégies de lutte sur une compréhension approfondie de l'épidémie à laquelle chacun d'eux est confronté." Les types rencontrés sont :

(i) les épidémies concentrées caractérisées par une prévalence faible au niveau de la population générale (inférieure à 1%), et élevée au niveau de certains groupes sociaux, c'est le cas du Niger et du Sénégal ;

(ii) les épidémies généralisées caractérisées par une prévalence élevée au niveau de la population générale, c'est le cas du Burkina, du Ghana, du Mali et du Bénin (prévalence entre 1% et 2%) ;

(iii) les épidémies mixtes, généralisées avec une prévalence élevée au niveau de la population générale et une prévalence encore plus élevée au niveau de certains groupes sociaux. C'est le cas du Nigéria et de la Côte d'Ivoire (3%).

Quant au niveau régional, on note une mobilisation de l'**Union Africaine** et de la **CEDEAO**, à travers des déclarations d'engagement et des initiatives régionales et sous régionales dont les plus significatives sont :

La Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes : en avril 2001, les chefs d'État et de gouvernement africains ont pris l'engagement d'allouer au moins 15% du budget national annuel de leur pays respectif à l'amélioration du secteur de la santé, y compris la lutte contre le sida élevée au rang de priorité nationale.

"**L'appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique**" **:** lancé lors du Sommet extraordinaire de l'Union Africaine tenu à Abuja (Nigéria) du 02 au 04 mai 2006, sur le thème :

"Une Afrique unie pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le sida, la tuberculose et le paludisme d'ici à 2010", l'appel a assigné des rôles et responsabilités spécifiques aux Communautés Économiques Régionales :

(1) intensifier la coopération transfrontalière ;

(2) coordonner les efforts inter-pays ;

(3) mobiliser les ressources ; et,

(4) faire le rapport dans le but de renforcer et d'améliorer les performances des réponses nationales des pays membres face au VIH/sida.

L'Organisation Ouest Africaine pour la Santé (OOAS) est l'agence spécialisée en santé de la CEDEAO depuis 1997. Suite à l'Appel d'Abuja de 2006, le VIH/sida est inscrit comme une composante clé de la vision 2020 de la CEDEAO. Le **Plan Stratégique Régional de lutte contre le VIH et le sida 2011-2015** s'appuie essentiellement sur les plans stratégiques nationaux et met l'accent sur la coopération transfrontalière et les initiatives inter-pays tel que le "Projet Régional Commun de prévention et de prise en charge des IST/VIH/sida le long du Corridor de Migration Abidjan–Lagos" dit "**projet corridor Abidjan-Lagos**" appuyé par la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il y a également les projets "Rails Link" sur l'axe du chemin de fer Abidjan-Ouagadougou et le projet "Mano River Union".

Ainsi, la Côte d'Ivoire est partie prenante de toutes ces initiatives sous régionales en matière de lutte contre le VIH/sida.

2.2. Contexte de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire

2.2.1 Contexte géographique et démographique de la Côte d'Ivoire

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire a une superficie de 322.462 km². Le pays est limité au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, à l'Est par le Ghana et au Sud par l'Océan Atlantique. Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au Sud et en climat tropical de type soudanais au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord.

La population de la Côte d'Ivoire est estimée à 21,9 millions4 d'habitants en 2010. Cette population est essentiellement jeune. En effet, 43% de cette population ont moins de 15 ans. Les femmes représentent 49% de la population. Parmi ces femmes, 51% sont en âge de procréer. 52% de la population vit en zone rurale contre 48% en zone urbaine.

Le taux de croissance démographique annuel est estimé à 2,8% en 2006 selon l'INS. Le taux brut de natalité est de 37,9 pour 1000 et l'indice synthétique de fécondité de 4,6 enfants par femme en 2006.

[4] Projection de l'Institut National de la statistique

Cette population est influencée par une forte immigration avec 26% d'étrangers liée à la situation géographique et historique du pays, qui en fait un carrefour d'échanges économiques et culturels.

La Côte d'Ivoire compte 30 régions administratives, 95 départements, 12 districts dont 02 autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 389 sous-préfectures, 987 communes et 8574 villages. La capitale politique est Yamoussoukro et Abidjan, la capitale économique. Les principales villes les plus peuplées sont Abidjan, Bouaké, Daloa, Yamoussoukro, Korhogo, Man et San Pedro.

La Côte d'Ivoire est un pays laïc où cohabitent plusieurs confessions réligieuses dont les principales sont l'Islam, le Christianisme et l'Animisme.

2.2.2 Contexte politique, économique et social de la Côte d'Ivoire

2.2.2.1 Contexte politique

Depuis son indépendance en août 1960, le pays a connu une stabilité politique jusqu'au coup d'état militaire de décembre 1999. La période de transition qui a suivi, a abouti à l'adoption d'une nouvelle constitution en août 2000 et à l'organisation d'élections générales en Octobre 2000, consacrant ainsi l'avènement de la deuxième République.

La crise militaro-politique survenue le 19 septembre 2002 a entraîné une partition de fait du pays en deux zones, l'une sous contrôle du Gouvernement et l'autre, sous contrôle des Forces Nouvelles (ex rébellion armée).

Avec l'appui de la Communauté Internationale, un processus de sortie de crise a démarré dès Octobre 2002. Ce processus a connu beaucoup de revers jusqu'à l'Accord Politique de Ouagadougou signé en mars 2007 entre les principaux protagonistes.
Depuis cette date, le pays a connu une relative tranquillité qui a permis la tenue de l'élection présidentielle dans le dernier trimestre de l'année 2010. Prévue pour mettre un terme à une décennie de turbulence politique, militaire et socio-économique, cette élection a malheureusement donné lieu à une grave crise postélectorale. Celle-ci a causé des désastres sur le plan humanitaire et économique qui ont aggravé la vulnérabilité à l'infection à VIH. On note spécialement une détérioration de l'accès des populations aux services de santé de base, à l'éducation et à la protection dans les régions les plus affectées par la crise.

La situation consécutive à l'élection présidentielle et à ses conséquences sociopolitiques se caractérise par une crise multiforme à la fois économique, financière et sociale, aux effets profondément perturbateurs de l'économie et de la société ivoirienne. Le climat d'insécurité, les entraves à la circulation des biens et des personnes, les violations des droits de l'homme, le gel des financements extérieurs, les sanctions de l'Union européenne et les décisions prises par les institutions sous régionales comme l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) et sa banque centrale la BCEAO ont sérieusement pénalisé l'activité économique au point de paralyser certains secteurs. Le conflit armé en particulier et le manque de financement ont non seulement compromis la continuité des interventions de lutte contre le sida, mais aussi menacé la durabilité des gains obtenus dans la réponse nationale au cours des cinq dernières années. L'impact négatif majeur est probablement l'accroissement de la morbidité et de la mortalité due au sida.

2.2.2.2 Contexte économique et social

La Côte d'Ivoire a longtemps été le moteur de l'économie de la sous-région ouest africaine avec 40% du Produit Intérieur Brut (PIB) de l'UEMOA. Fortement dépendante du secteur agricole, notamment des filières café, cacao et coton, l'économie ivoirienne est entrée dans

une phase de récession à partir des années 90. De 6,6% en moyenne entre 1994 et 1999[5], le taux de croissance économique a été proche de zéro sur la période 2000-2007, voire négative (-1,6 et -1,7 respectivement en 2002 et 2003). A partir de 2008, l'économie ivoirienne a amorcé un nouvel élan de redressement avec les branches d'extraction pétrolière et des télécommunications comme principaux leviers de la croissance. Le Produit Interieur Brut (PIB) par habitant a atteint 1137 USD en 2009[6].

Au plan social, ces longues années de crise ont conduit à la détérioration des conditions de vie des populations, malgré la mise en œuvre de différents programmes économiques et financiers. L'Indice du Développement Humain a évolué de 0,420 en 2000 à 0,432 en 2005 pour atteindre 0,484[7] en 2009 plaçant ainsi la Côte d'Ivoire au rang de 163ème pays sur 182 dans le monde.

En résumé, la santé fait partie des secteurs les plus affectés par cette situation économique. La part du budget de l'État consacrée aux dépenses de santé n'a pu excéder les 5% du montant global, malgré l'engagement pris en 2001 à Abuja par les Chefs d'États Africains d'y affecter 15% de leurs budgets.

2.2.2.3 Impact de la crise sociopolitique

La crise sociopolitique de ces dix dernières années et la récente crise postélectorale ont créé un environnement défavorable à la lutte contre le VIH/sida dans le pays. Les violences postélectorales caractérisées par un affrontement armé localisé principalement à Abidjan et par endroits à l'intérieur du pays ont provoqué des déplacements massifs internes (16.667 en octobre 2011) et des mouvements de populations vers les pays frontaliers (169.486 Refugiées fin septembre 2011). Ces déplacés, en majorité des femmes, des enfants et des personnes âgées (70%)[8], sont exposés à une insécurité grandissante, au manque de prévention et de prise en charge qui les rendent vulnérables au VIH/sida et accroissent les risques de transmission du VIH.

La crise sociopolitique a, en outre, bouleversé le système de santé plus spécialement dans les zones Centre, Nord et Ouest (CNO) avec la fermeture de plusieurs structures sanitaires, la destruction ou la sur-utilisation des plateaux techniques, la rupture des stocks de médicaments essentiels dont les ARV, la suspension et/ou suppression des appuis nutritionnels aux personnes infectées et affectées par le VIH (PIAVIH), la forte perturbation du système de surveillance médicale et de surveillance épidémiologique dans certaines régions. Ces obstacles limitent fortement le déploiement des programmes de lutte contre le VIH/sida sur l'ensemble du territoire.

Cette crise a également obstrué la mobilisation des ressources pour le financement de la réponse nationale auprès des partenaires au développement et l'extension des interventions de lutte sur l'ensemble du territoire national. La crise postélectorale a, par exemple, entrainé la mise de la Côte d'Ivoire sous garantie additionnelle du Fonds Mondial ; toute chose qui a davantage retardé les premiers décaissements pour amorcer la mise en œuvre des activités programmées dans le Round 9 dans la perspective de l'extension de la couverture géographique des interventions en matière de prévention, de prise en charge, de soins et soutien.

En outre, la Côte d'Ivoire a connu la suspension de financement d'autres bailleurs de fonds notamment le PEPFAR et la Banque Mondiale. Par ailleurs, les priorités de sortie de crise ont

[5] Fonds Monétaire International (FMI)

[6] World Development Indicators, BM

[7] Rapport sur le développement Humain 2009, PNUD

[8] Crise sociopolitique en Côte d'Ivoire : L'impact sur la population et les groupes vulnérables en particulier, Equipe Humanitaire, mars 2011 (http://snu-ci.org)

contraint le Gouvernement à n'octroyer que très peu de ressources au financement de la lutte contre la pandémie (moins de 3% du budget national).

2.2.2.4 Pauvreté et VIH

L'analyse de la pauvreté et le diagnostic de la lutte contre le sida, montre que le sida est et doit être considéré comme l'un des principaux problèmes et défis de développement de la Côte d'Ivoire. En outre, il n'existe pas de profil pauvreté/VIH pouvant permettre d'identifier les facteurs clés de pauvreté liés au VIH.

L'incidence très élevée de la pauvreté au niveau national constitue un facteur majeur de vulnérabilité au VIH/sida, de même le VIH/sida accentue la pauvreté et la vulnérabilité des individus et des ménages. Selon les données de l'Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages de 2008, l'incidence de la pauvreté est de 48.9%. Les crises politiques, sociales et militaires successives que le pays a connues ont singulièrement aggravé la situation économique et ont conduit à la détérioration des conditions de vie des populations. De ce fait, l'incidence de la pauvreté a connu une hausse tendancielle de 33.6% en 1998, 38.4% en 2002 et 48.9% en 2008. La pauvreté est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain (le taux en milieu rural est de 62.5% contre 29.4% en milieu urbain).

En effet, c'est dans les zones rurales pauvres que se posent avec le plus d'acuité les problèmes d'accès aux services de prévention, de soins et de traitements du VIH et où prédominent les résistances socioculturelles aux efforts de lutte contre le sida. C'est la ville d'Abidjan qui connait la progression la plus importante de la pauvreté (50%). Or ce taux se combine à la prévalence du VIH la plus élevé du pays (6,1%). Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé en 2008 à 440.000. Ces PVVIH sont souvent confrontées à une diminution du revenu liée à la perte du travail (discrimination) ou à l'incapacité de travailler, ce qui augmente leur risque de tomber dans la pauvreté. Les résultats ESNAPOCI, 2009 indiquent que 10,1% des ménages PIAVIH, sont en insécurité alimentaire. 60% des ménages des PIAVIH ont rapporté avoir subi au moins un choc au cours dess 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. Les chocs subis ont eu pour conséquence une diminution ou perte de revenus pour ¾ des ménages concernés, réduisant de facto leur capacité à produire ou à acheter de le nourriture. 2/3 de ces ménages en insécurité alimentaire n'ont pu se relever. En outre, le nombre croissant des malades rendus précaires et devenus improductifs du fait du sida impose des dépenses aux familles et aux communautés rendant celles-ci encore plus vulnérables. Cette situation augmente les dépenses publiques pour répondre aux besoins de prise en charge de plus en plus croissants.

Enfin, une analyse détaillée de la pauvreté par groupe socio-économique montrerait que les groupes les plus à risque au VIH sont aussi parmi les plus vulnérables, notamment les femmes, les enfants, les jeunes, les OEV, les réfugiés et populations déplacées, les professionnels du sexe.

Par ailleurs, il n'existe pas de données actualisées sur l'impact du VIH/sida sur les différents secteurs clés d'activités (économie/entreprises, transports, agriculture, éducation, défense, etc.) ainsi que sur les dépenses des ménages. Le PSN 2012-2015 prévoit mener des études à cet effet et réajuster les stratégies d'intervention dans ces secteurs.

2.2.3 Système de santé et situation sanitaire de la Côte d'Ivoire

2.2.3.1 Politique et organisation du Système de Santé

2.2.3.1.1 Politique sanitaire

Le Gouvernement ivoirien a adhéré en Août 2011 à l'International Health Partnership et Initiatives apparentées (IHP+) ou Partenariat International pour la Santé. Cette adhésion a conduit le Ministère en charge de la santé à élaborer la Politique Nationale de Santé (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015. Le PNDS se fonde sur les orientations stratégiques de la nouvelle Politique Nationale de Santé, ainsi que sur les préoccupations majeures identifiées dans l'analyse diagnostique du moment y compris l'analyse causale des principaux goulots d'étranglement du système de santé. Il intègre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans la perspective de permettre à la Côte d'Ivoire de répondre aux engagements pris pour l'horizon 2015. Il vise l'amélioration de l'état de santé et le bien-être des populations. Il est décliné en cinq objectifs spécifiques qui sont :

- Renforcer la gouvernance du secteur et le leadership du Ministère de la santé ;
- Améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité ;
- Améliorer la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans ;
- Renforcer la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales ;
- Renforcer la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité.

La réalisation de ces objectifs se fera à travers la mise en œuvre de stratégies coût-efficaces répondant tout à la fois aux besoins de la population qu'aux faiblesses du système de santé.

La mise en œuvre des différentes stratégies permettra à la Côte d'Ivoire d'atteindre les résultats suivants :

- Un cadre institutionnel renforcé et un cadre gestionnaire amélioré se traduisant notamment par l'adoption d'une loi d'orientation en santé publique et d'un Code de la Santé Publique, par la disponibilité et l'application de tous textes réglementaires et législatifs visant à améliorer l'efficacité et l'efficience du secteur, une meilleure coordination intra et intersectorielle, une meilleure gouvernance globale du secteur et la prise de décisions prompte basée sur une information sanitaire de qualité,
- Une offre et une utilisation des services de santé accrues par la réhabilitation, la construction et le renforcement des plateaux techniques dans les zones peu ou mal desservies où sont dispensées des prestations sanitaires de meilleure qualité en vue de mieux lutter contre la maladie,
- Une plus grande disponibilité et une meilleure accessibilité notamment financière des médicaments, des vaccins, des produits sanguins et autres intrants pour les populations,
- Une meilleure disponibilité des ressources humaines de la santé, performantes et motivées sur l'ensemble du pays.

2.2.3.1.2 Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire[9]. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons (priamire, secondaire et tertiaire) et deux versants (gestionnaire et prestataire)..

[9] Arrêté N°028/MSP/CAB du 08 février 2002

Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

- ***Secteur sanitaire public***

Le versant prestataire ou offre de soins comprend (i) le niveau primaire représenté par 191010 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire), (ii) le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés) et (iii) le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)), 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Pharmacie de la Santé Publique (PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)).

Le versant gestionnaire ou administratif comprend (i) le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, qui ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé, (ii) le niveau intermédiaire composé des Directions Régionales (20) qui ont une mission d'appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la Politique Sanitaire et (iii) le niveau périphérique composé des Directions Départementales de la Santé (79) ou Districts sanitaires qui elles sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle la Politique Sanitaire.

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l'unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation.

Au niveau du public, l'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé et l'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon dans une complémentarité et sans chevauchement des paquets d'activités des deux échelons. L'existence d'un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires notamment les ministères de la Défense, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur et du ministère en charge des Affaires Sociales.

La situation 2011[11] de répartition des effectifs des ressources humaines par emploi et par catégorie est de 3220 médecins, 7361 infirmiers et 2353 sages femmes. Ces effectifs ont permis d'observer une nette amélioration des ratios médecin-population et infirmier-population ces dernières années. Ces ratios sont passés durant la période 1998[12]-2007 de 1/11 450 habitants à 1/5695 habitants pour les médecins et de 1/3646 habitants à 1/2331 habitants pour les infirmiers. Pour les sages-femmes et sur la même période, le ratio a chuté de 1/1802 femmes en âge de procréer à 1/3717 femmes en âge de procréer.

[10] Données administratives DIEM 2011
[11] Données administratives DRH 2011
[12] RASS 1998

Tableau 1: Effectifs du Personnel de santé du secteur public en 2007 et 2010

Catégories professionnelles	Effectif en 2007	Effectif en 2010
Médecins	2746	3220
Chirurgiens-Dentistes	274	310
Pharmaciens	413	570
Techniciens Supérieurs de la Santé	1419	1 547
Infirmiers diplômés d'État	6973	7 361
Sage Femmes diplômées d'État	2258	2 553
Aides soignant(e)s	568	710
Personnel administratif et social	2561	2611
Personnel journalier	2572	2 372
TOTAL	19 784	21 254

- ***Secteur sanitaire privé***

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés dont 1482 (soit 73%) non autorisés par le MSLS. Sous l'impulsion du MSLS, à la suite des mises en demeure, des autorisations de conformité sont en cours d'établissement pour 1458 d'entre eux. De même, 24 établissements non autorisés ont été fermés.

Avec 49 établissements sanitaires, le secteur confessionnel, les associations et les organisations à Base communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.

En 2007, les effectifs en ressources humaines étaient de 790 médecins, 1173 infirmiers et 184 sages-femmes.

- ***Médecine traditionnelle***

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8500 Tradipraticiens de Santé (TPS) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). En 2010, 1204[13] TPS ont été formés ; certains en anatomie et en hygiène conventionnelle, et d'autres en droits de propriété intellectuelle.

Un document de politique de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles est disponible.

2.2.3.2 Approvisionnement en médicaments

La Pharmacie de la Santé Publique (PSP) assure l'approvisionnement de médicaments essentiels de qualité aux établissements publics de santé nationaux, et les distribue au niveau des régions et des Districts Sanitaires. Elle supervise également les achats des intrants stratégiques (produits de labo), des fournitures médicales et produits de santé. La PSP s'approvisionne par Appel d'offres international. Plus de 80% de ses fournisseurs sont étrangers. Mais l'insuffisance de l'autonomie financière de la PSP fait qu'elle n'arrive pas à

[13] Bilan de la décade 2001-2010 du PNPMT

honorer ses engagements vis-à-vis de ses fournisseurs. Cette situation a entraîné, d'une part, les ruptures de produits au niveau central et au niveau périphérique (le taux de rupture des stocks des produits essentiels est passé de 17% en 2005 à 35% au 31 janvier 2008[14]), et d'autre part, une augmentation des prix à l'achat en moyenne de 1,7% par an des fournisseurs. Les ruptures au niveau périphérique s'expliquent également par la concentration des activités de stockage et de distribution de la PSP. Elles sont aussi liées aux longues procédures de contrôle de la qualité des produits stockés avant leur distribution. Cette qualité est généralement garantie du fournisseur à la PSP, mais la question de l'assurance qualité de la PSP jusqu'au patient reste une préoccupation.

Par ailleurs, les Pharmacies des Districts et des Points de Prestation de Services (PPS) sont mal équipés et quelques fois non adaptés à l'entreposage des stocks. Ceci constitue un risque de dégradation des médicaments essentiels et des intrants stratégiques stockés en périphérie. On constate également des insuffisances dans la gestion de médicaments à la périphérie. Ceci s'explique par la non mise en œuvre des formations reçues par les gestionnaires ; l'affectation de nouveaux pharmaciens sur le terrain sans formation adéquate en gestion de médicaments ; l'utilisation du budget des médicaments à d'autres fins ; le constat de nombreuses malversations et écarts de gestion ; le non-respect des prix de cession des médicaments aux malades par presque toutes les structures sanitaires (augmentation de 8% à 500% en 2008[15]). La conséquence immédiate de cette situation est l'absence de traçabilité dans les opérations de gestion ; l'irrégularité dans la réalisation des inventaires de stock et la mauvaise tenue des outils de gestion.

La collaboration entre la PSP et les partenaires au développement enregistre également des difficultés. En effet, la PSP bénéficie d'appuis en médicaments d'organismes tels que l'Union Européenne, le PEPFAR, le Fonds Mondial, JSI, l'UNFPA, l'UNICEF, etc. Les besoins nationaux sont quantifiés et planifiés par la PSP et ensuite répartis entre ces différents bailleurs notamment pour les produits du VIH/sida. Mais la plupart de ces organismes effectuent eux-mêmes leurs achats selon leurs procédures respectives sans impliquer la PSP excepté la Commission Européenne qui confie les achats de médicaments à la PSP. L'on assiste alors à des livraisons de produits non enregistrés en Côte d'Ivoire, ou encore à des achats d'équipements de laboratoire divers et variés, ou tout simplement à des livraisons de produits ne respectant pas les conditions de réception de la PSP. De plus, les dons de médicaments et l'achat d'équipements de laboratoire sur le terrain directement par les donateurs souffrent respectivement d'un manque de coordination et d'une absence de directive nationale.

2.2.3.3 Mortalité et Morbidité

Le taux de mortalité dans la population ivoirienne reste élevé (367 pour 1000 chez les hommes et 354 pour 1000 chez les femmes en 2008)[16]. Cette forte mortalité est imputable, notamment à l'infection au VIH/sida, au paludisme, à la diarrhée et aux infections respiratoires aiguës (IRA).

Chez les enfants, le taux de mortalité infantile est de 114[17] pour 1000 naissances vivantes. Les IRA, le paludisme, la diarrhée et la malnutrition constituent les principales causes de morbidité et de mortalité chez l'enfant. Certaines maladies à caractère épidémique telles que le choléra, les méningites purulentes et la fièvre jaune continuent d'être des menaces constantes sur l'état de santé de la population.

[14] Tableaux de bord de la PSP en Février 2008

[16] World Health statistics 2010, OMS

[17] World Health statistics 2010, OMS

Les maladies infectieuses et parasitaires représentent 60% de la morbidité diagnostiquée. L'incidence de certaines maladies endémiques reste toujours élevée, notamment le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, la trypanosomiase humaine africaine (THA), le pian, l'ulcère de Buruli, la lèpre, l'onchocercose et la bilharziose.

Cette situation est entretenue par la précarité des conditions d'hygiène et de l'environnement sanitaire en général. En 2008, à peine 36%[18] de la population urbaine avait accès aux installations d'assainissement améliorées.

[18] OMS, 2008

III. SITUATION DU VIH, DU SIDA ET DES IST

3.1. Données épidémiologiques du VIH, du sida et des IST

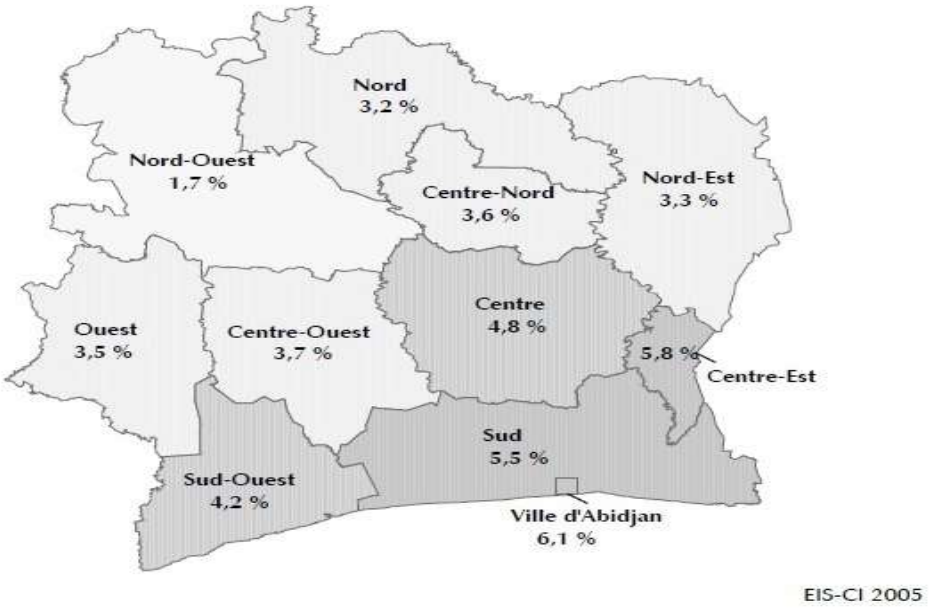
3.1.1 Aperçu de la situation de l'infection à VIH et du sida

Avec 4,7% de prévalence du VIH en 2005 (EIS-2005) au sein de la population générale, la Côte d'Ivoire compte parmi les pays les plus touchés par le VIH en Afrique de l'ouest. Cette prévalence est estimée à 3% selon les projections d'ONUSIDA pour 2011. Les adultes de 30 à 34 ans sont les plus touchés par l'épidémie avec une séroprévalence de 10.4% en 2005.

Le contexte épidémiologique est marqué par une féminisation de l'épidémie (6.4% pour les femmes contre 2.9% pour les hommes).

Concernant la prévalence par région, elle est illustrée à travers la carte ci-dessous.

Carte 1 : Prévalence du VIH par région (EIS 2005)



En 2011, on estimait à 360 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire dont 170 000 femmes âgées de 15 ans et plus et 61 000 enfants âgés de 0 à 14 ans.

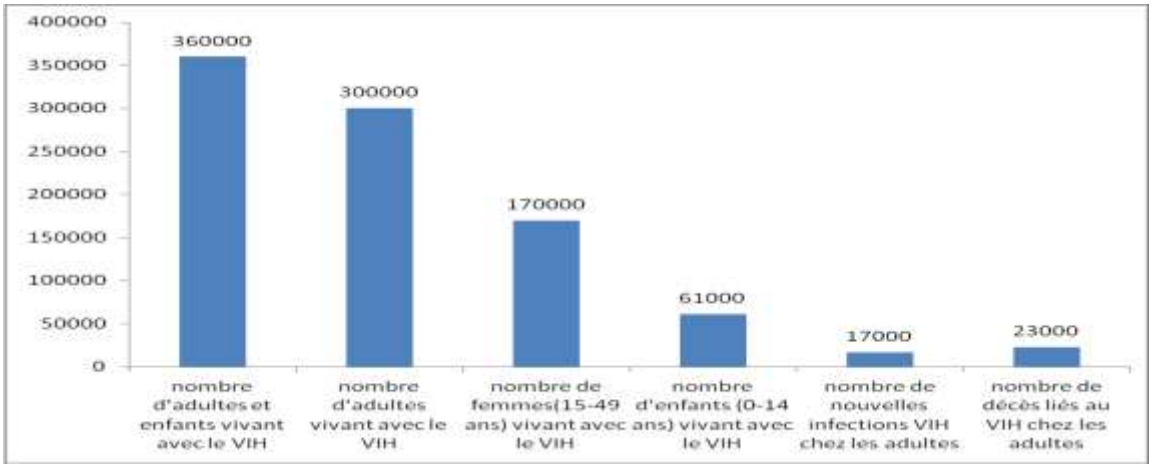
Dans la population de PVVIH, on estime respectivement à 170 000 soit 47,22% (CD4 inférieur à 350) les plus de 15 ans, et à 35 000 (9,7%) les enfants qui ont besoin d'ARV[19]. En 2009, 72011 PVVIH étaient sous ARV[20]. En 2010, ce chiffre est de 79 520.

Selon l'ONUSIDA, 23 000 cas de décès dus au VIH ont été estimés en 2011. En outre, ces estimations portent à 410 000 le nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du sida dans le pays et le nombre de nouvelles infections à 17 000 au cours de la même année

[19] Source : Estimations ONUSIDA juillet 2010

[20] Source, Rapport annuel VIH/sida du secteur santé en Côte d'Ivoire 2010

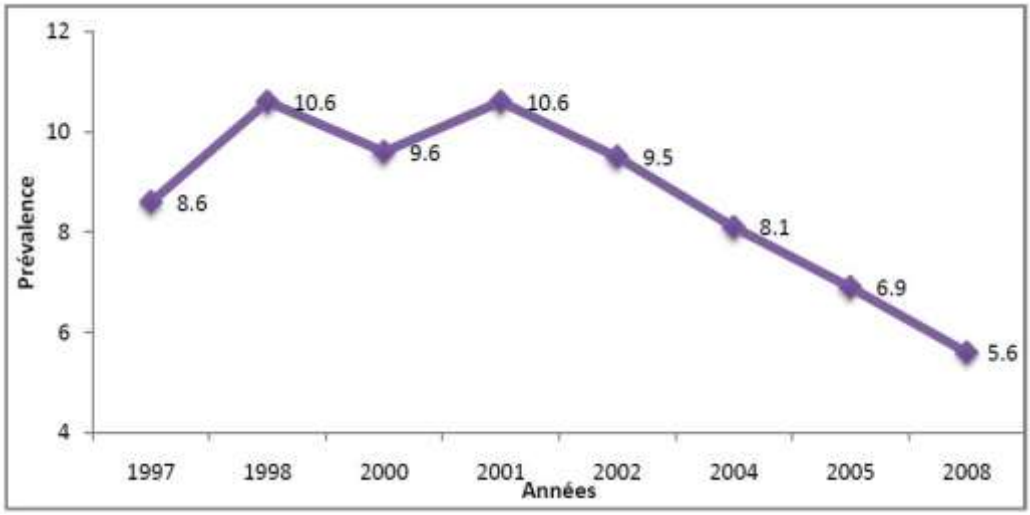
Graphique 1 : Aperçu de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire



Le rapport de la séro-surveillance sentinelle 2008 indique une séroprévalence du VIH de 4,5% chez les femmes enceintes de 15-49 ans au niveau national, désagrégée comme suit : 1,6% chez les 15-19 ans, 4,4% chez les 20-24 ans et 6,1% chez les plus de 25 ans. Chez les femmes enceintes en milieu urbain, la prévalence est de 5,6% chez les 15-49 ans. Réparti par tranche d'âge, ce taux est de 1,8% chez les 15-19 ans, 5,8% chez les 20-24 ans et 7,2% chez les 25 ans et plus.

On constate, depuis 2001, une tendance à la baisse de la prévalence chez les femmes vivant en milieu urbain. Cette même tendance est observée en 2005 et en 2008 (figure 3). Enfin, en milieu rural on note une séroprévalence de 3% dans la population des femmes enceintes. Au niveau des tranches d'âge, ce taux est de 0% chez les 10-14 ans, de 1,4% chez les 15-19 ans, de 2% chez les 20-24 ans et de 4,4% chez les plus de 25 ans.

Graphique 2: Évolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en milieu urbain



La féminisation de l'épidémie se confirme chez les populations des localités frontalières de l'ouest de la Côte d'Ivoire. A cet effet, les données de routine du Projet de *"Prévention et de prise en charge des IST/VIH/sida des populations mobiles transfrontalières et de leurs communautés d'accueil dans les pays de l'Union du Fleuve Mano"* pour l'année 2009 indiquent que 41% des

femmes et 18,6% des hommes dépistés dans les localités frontalières de Danané et de Zouan-Hounien sont séropositives au VIH.

3.1.2 Situation du VIH et du Sida dans les populations hautement vulnérables

Les populations hautement vulnérables sont constituées des populations à très haut risque (les professionnels du sexe hommes, femmes et leurs partenaires sexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les usagers de drogues injectables et les personnes incarcérées) et des autres populations vulnérables (les plus exposés au VIH sont les jeunes ayant leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans, les femmes ou jeunes filles victimes d'abus, de violences ou d'exploitation sexuels, les routiers, les migrants, les déplacés internes, les réfugiés, les personnes en uniformes et leurs partenaires, les enseignants, les enfants de la rue et dans la rue, les hommes et femmes engagés dans le sexe transactionnel, les personnes engagées dans l'abus de la consommation d'alcool, les consommateurs de drogues non injectables, les tenancières de maquis, les vendeuses ambulantes, les femmes de 30-34 ans séparées, divorcées ou veuves, les couples séro-discordants, les personnes pratiquant le sexe intergénérationnel).

En ce qui concerne **les professionnel(le)s du sexe**, une étude transversale[21] conduite en 2007-2009 par Family Health International (FHI360) parmi les PS visitant les centres de soins des PS a montré que la prévalence du VIH est de 27% dans cette population, allant de 11% à Gagnoa jusqu'à 44% à San Pedro. Dans la même étude, l'utilisation systématique des préservatifs avec les clients est rapportée par 73% des PS, tandis que l'utilisation systématique des préservatifs avec les partenaires stables est de 26%.

Tableau 2 : Prévalence du VIH et utilisation des préservatifs parmi les PS qui fréquentent les centres de soins

	Clinique de Confiance, Abidjan	CAMES, Abidjan	Centre Espérance, San Pedro	CMSA, Yamoussoukro	CAMES, Gagnoa
Prévalence VIH					
Toutes les visites (N)	39,6 %	15,9 %	44,3 %	15,4 %	**11,5** %
Premières visites (N)	31,1 %	14,7 %	26,9 %	10,9 %	**11,6** %
Utilisation systématique des préservatifs					
Avec les clients (dernier jour)	91,7 %	64,2 %	68,8 %	86,1 %	**52,0** %
Avec le partenaire fixe (dernière semaine)	**33,7** %	**25,6** %	**34,5** %	**21,0** %	**15,1** %

Les déterminants socio-économiques de la prostitution ont été exacerbés par la crise ivoirienne de septembre 2002 (ENSEA, étude CAP 2007). Une analyse situationnelle du MLS en 2008 estimait le nombre de professionnelles du sexe en Côte d'Ivoire à 11 334. Des méthodes de capture-recapture (2008 et 2009) ont permis d'obtenir une estimation plus réaliste dans 5 des grandes villes, ce qui amène le total de PS à 14 813. La moitié des PS se trouvent à Abidjan (7887 PS), suivi par San Pedro (1916 PS), Bouaké (1202 PS) et Yamoussoukro (1160 PS) (Vuylsteke et al, 2010). Ces chiffres sont probablement une forte sous-estimation du nombre réel.

[21] Les données de cette étude ne sont pas extrapolables et concernent uniquement les PS qui fréquentent les centres de soins concernés par l'étude.

Les données sur les **Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres Hommes (HSH)** en Côte d'Ivoire sont presque inexistantes, et la prévalence du VIH parmi cette population n'est pas connue. Une évaluation formative à Abidjan a montré la faisabilité d'une enquête comportementale parmi les HSH à Abidjan basée sur la densité et la connexion des réseaux sociaux (PEPFAR 2010). Cette évaluation a aussi montré l'accessibilité de cette population. Il existe une sous-population des HSH qui est à très haut risque d'infection : les professionnels du sexe hommes (PSH). Une étude parmi 96 PSH visitant la Clinique de Confiance en 2007 a montré que l'utilisation systématique de préservatifs est relativement haute, 86% avec les clients pendant le dernier jour de travail et 82% avec le partenaire stable pendant la dernière semaine. Malgré ceci, la prévalence des IST et du VIH y reste très élevée : 12% de gonorrhée et 50% de VIH (Vuylsteke, 2010). Bien que non représentative, cette prévalence du VIH est suffisamment importante pour attirer l'attention sur la nécessité de faire de la population des PSH et des HSH en général une priorité de la lutte contre l'infection à VIH et le sida durant les cinq prochaines années. Ce groupe pourrait constituer un relai de transmission du VIH au sein de la population, d'autant plus que certains HSH sont mariés ou entretiennent des rapports sexuels avec les femmes.

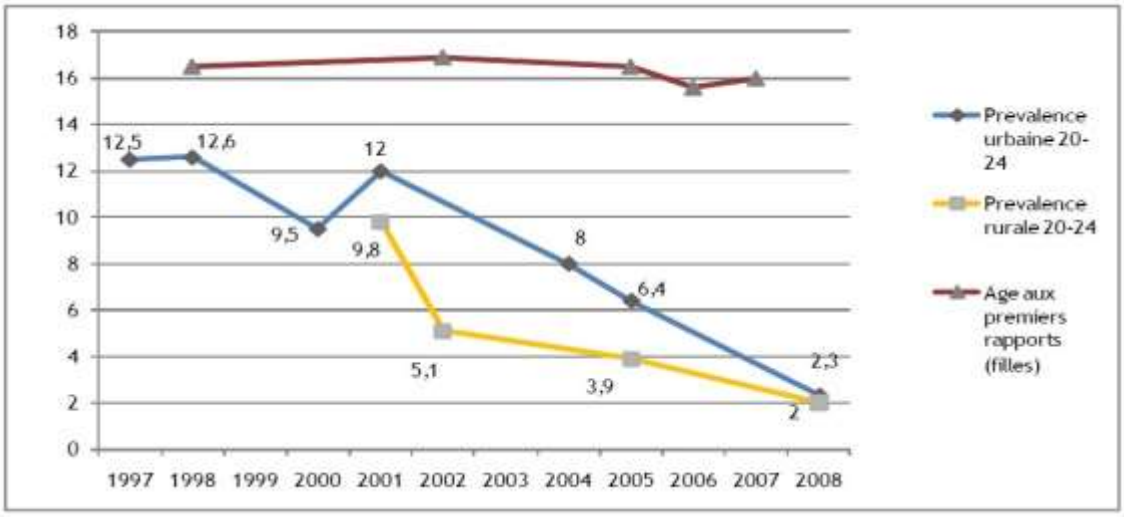
En ce qui concerne **les utilisateurs de drogues injectables (UDI)** en Côte d'Ivoire, il existe très peu de données. Dans l'étude chez les PS, seulement 0,1% des femmes et 1% des hommes ont rapporté avoir utilisé des drogues injectables au moins une fois dans leur vie (Vuylsteke, 2010). Un total de 75 utilisateurs de drogues injectables ont été identifiés par 08 centres spécialisés où ils sont suivis médicalement. Le rapport annuel 2009 de l'Hôpital de la Police nationale établit à 22,2% le pourcentage d'utilisateurs de drogues injectables qui sont infectés par le VIH. Ce pourcentage a été obtenu sur la base de 18 utilisateurs de drogues injectables dépistés dont 04 sont séropositifs. Ces données ne reflètent certainement pas la réalité du phénomène des drogues injectables en lien avec le VIH/sida, car il n'existe pas de données exhaustives et actualisées sur ce sujet. Le PSN 2012-2015 envisage de remédier à cette faiblesse en initiant des analyses situationnelles destinées à renseigner les indicateurs du sida au sein des utilisateurs de drogues injectablesIl existe d'autres populations considérées comme vulnérables pour lesquelles on dispose de très peu ou même pas de données de prévalence représentatives ou actualisées. Des données indirectes sur leurs comportements à risque indiquent qu'ils sont potentiellement importants dans la transmission du VIH en Côte d'Ivoire. Il s'agit des **personnes en uniformes**, des **routiers** et de la **population carcérale**. La séroprévalence chez les routiers est estimée à 4% selon le rapport PSAMAO 2009 (PSI). Au sein de la population carcérale, les services de conseils et dépistage ont noté un taux de séropositivité du VIH de 5.8% (sur un total de 7138 personnes dépistées à la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan. Ce taux est de 16% chez les femmes (Esther 2009). Ces données ne sont certes pas extrapolables, mais elles montrent bien que le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles constituent une menace potentielle pour la population des détenus des prisons de Côte d'Ivoire qui était de 12 256 au 30 septembre 2010 (source Direction de l'Administration Pénitentiaire du Ministère de la justice).

Étant donné les flux importants d'entrée et de sortie du milieu carcéral, ces menaces s'étendent donc à la population générale au sein de laquelle les anciens détenus constituent de potentiels vecteurs de transmission du VIH. Cette menace s'est accentuée à la faveur de la crise postélectorale qui a permis la sortie de prison d'un nombre important de détenus. Il n'existe pas encore d'analyse situationnelle sur le VIH/sida en milieu carcéral (elles sont en cours), mais l'observation empirique de ce milieu donne de constater une insuffisance des interventions de lutte contre les IST et le VIH/sida et une faible coordination de ces interventions quand elles existent.

En outre, les risques d'exposition aux IST et au VIH/sida en milieu pénitentiaire sont réels en raison de certaines restrictions comme l'interdiction du port du préservatif dans un milieu où les rapports sexuels, bien qu'interdits, se pratiquent.

Une étude réalisée en 2006 a permis de connaitre la situation sur la santé sexuelle et de la reproduction, les IST, le VIH et le sida chez les adolescents et **les jeunes**. Cette étude a montré que 48% des garçons et 47% des filles sont sexuellement actifs, 16% des jeunes garçons et 17% des jeunes filles ont déjà entretenu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et que les jeunes du milieu urbain affichent des comportements sexuels à risque qui les exposent au danger des IST, du VIH et du sida (UNFPA, 2006). Le graphique 3 présente l'évolution de la prévalence du VIH (urbain et rural) et l'âge au premier rapport sexuel parmi des jeunes femmes de 20 à 24 ans (MEASURE 2010).

Graphique 3 : Évolution de la prévalence VIH (urbain et rural) et de l'âge au premier rapport sexuel[22]



La baisse de la prévalence constatée chez les jeunes laisse penser qu'il ne s'agit pas d'une baisse de la prévalence due à une forte mortalité mais plutôt à une probable baisse de l'incidence.

Les populations les plus à risque sont, par ailleurs, souvent victimes de stigmatisation et de discrimination du fait de leur statut sérologique ou de leur orientation sexuelle. Les perceptions négatives à l'endroit des professionnelles du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des populations carcérales, des PVVIH ou des OEV persistent malgré le haut niveau de prise de conscience noté actuellement dans plusieurs pays. Jusqu'ici, la réponse à cette problématique dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida est restée timide à l'image du projet de loi sur le VIH/sida non encore voté et de la non budgétisation de ce domaine d'action dans le PSN 2006-2010. Le présent PSN entend se donner les moyens pour documenter ce phénomène et le traiter avec plus d'efficacité.

3.1.3 Données sur les IST

L'incidence des IST en Côte d'Ivoire est de 7 pour 1000 sur la période 2006-2010. Les estimations du nombre de personnes touchées par les IST parmi la tranche d'âge de 15 à 49

[22] Measure 2010

ans, étaient de 52 703 en 2007 ; 54 734 en 2008 ; 56 747 en 2009 et 58 780 en 2010[23]. Mais, les cas traités ont été de 8 481 en 2008 et 10 481 en 2009. La fréquence d'apparition des IST en 2009[24] était de 90% pour les écoulements génitaux ; 8% concernant les Ulcérations Génitales, et 1% pour les Végétations Génitales ainsi que pour les Bubons Génitaux. Il est à préciser que ces données ne sont pas extrapolables à l'échelle nationale.

3.1.4 Données sur les co-infections

sidaDepuis l'avènement de l'infection à VIH, on note une progression de 10% des cas de tuberculose chaque année.

La pandémie du VIH/Sida demeure le facteur le plus propice au développement de la tuberculose. 36 à 41% des cas de tuberculose sont attribuables au VIH et la prévalence du VIH chez les tuberculeux reste élevée (39% en 2007, 29% en 2008, 30% en 2009, 24% en 2010). La tuberculose demeure la première infection opportuniste et la première cause de décès chez les PVVIHLe pourcentage de patients tuberculeux ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH parmi les patients enregistrés dans les centres de prise en charge de la tuberculose était de 73% en 2010. Au cours de cette même année, il y a eu 25% de cas de coinfection tuberculose/VIH auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH. Cette proportion était de 21% à la fin 2009.

Le dépistage et la PEC du cancer du col et de l'Hépatite B sont au stade de projet pilote. Les activités sont circonscrites respectivement à 10 sites pour le cancer du col et à 10 pour l'hépatite B. En se basant sur la sérologie, 10% des patients sont co-infectés VIH/VHB.

3.1.5 VIH et nutrition

La question de la nutrition occupe une place de choix dans la problématique du VIH/sida. Ceci s'explique par le lien étroit, chez la personne infectée, entre la malnutrition, la dégradation du système immunitaire et la tuberculose. La revue à mi-parcours du PSN 2006-2010 souligne l'existence d'une forte demande en services de nutrition exprimée auprès des structures sanitaires de prise en charge des PVVIH, des associations de personnes vivant avec le VIH et auprès de plusieurs autres acteurs de la lutte contre l'infection à VIH. Et ce d'autant qu'un nombre important de PVVIH souffrent de malnutrition. Ainsi, une étude conduite par la Direction de Coordination du Programme National de Nutrition (DC-PNN), révèle chez les PVVIH adultes, un taux de malnutrition globale de 28.7% avec 22.5% de forme modéré et 6.2%de forme sévère. La même étude a relevé que 10.5% des OEV enquêtés ont présenté une malnutrition globale avec 4.5% de forme modérée et 6% de forme sévère. La malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 59 mois était de 37.5%. Par ailleurs, nous notons un taux de 7.3% de surpoids et 2.5% d'obésité tous types confondus chez les PVVIH adultes (ESNAPOCI 2009)[25].

En dépit des interventions qui ont essentiellement porté sur l'élaboration d'outils, le renforcement des capacités des prestataires, , le soutien alimentaire et nutritionnel par la prescription des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) et de supplémentassions ,la prise en charge nutritionnelle reste encore insuffisante au regard des besoins nationaux.

[23] Soumission au Round 9

[24] Rapport national VIH 2009 (DIPE/PNPEC)

[25] Analyse de la situation de la prise en charge nutritionnelle et de la sécurité alimentaire des PIAVIH en CI

C'est ce défi que le PSN actuel veut relever en mettant l'accent sur la couverture des interventions et sur le paquet complet d'offres de service, au regard des nouveaux critères nationaux d'entrée et de sortie des programmes d'assistance nutritionnelle et alimentaire ainsi que des nouvelles recommandations de l'OMS (2009).

3.2. Facteurs généraux et déterminants de l'infection à VIH

Les causes de la propagation du VIH/Sida sont principalement ;

- Les crises politiques et sociales successives et les conflits armés et les effets négatifs qu'elles engendrent ;
- L'incidence élevée de la pauvreté et la détérioration des revenus et conditions de vie ;
- Le faible niveau de connaissance des populations des modes de transmission et des méthodes de prévention ;
- Les perceptions socioculturelles du VIH/sida et les pratiques socioculturelles telles que l'excision, le tatouage, le piercing, le lévirat ;
- le multi-partenariat sexuel et le mariage précoce ;
- le statut socio-économique des femmes qui les place dans une situation d'impossibilité de décision par rapport à leur sexualité ;
- la mobilité de la population et ses déplacements consécutifs aux conflits armés ;
- la stigmatisation et la discrimination.

Les déterminants de l'infection à VIH se présentent comme suit selon les couches de populations concernées :

Adolescents et jeunes (15–24 ans) :

- Ignorance des questions majeures concernant la sexualité ;
- Insuffisance ou manque d'encadrement adéquat de la part des éducateurs (parents & enseignants) sur les questions relatives à la sexualité ;
- Comportements à risque : rapports sexuels occasionnels et non protégés avec des partenaires multiples ;
- Méconnaissance des comportements à risque ;
- Faible utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à risque ;
- Incapacité de négocier des rapports sexuels avec des partenaires plus âgés, etc. ;
- Accès limité à l'information et aux services ;
- Précocité des rapports sexuels.

Professionnel(le)s du Sexe (PS) :

- Partenaires multiples et faible utilisation (26%) des préservatifs chez les partenaires stables ;
- Pratiques sexuelles à risque (rapports sexuels ano-génitaux).

PVVIH :

- Ignorance des moyens de prévention de surinfection et de leur rôle moteur dans la propagation du VIH ;
- Discrimination et stigmatisation des PVVIH dans les différents milieux, notamment les services de santé et le monde religieux.

Hommes et femmes en uniformes :

- Connaissance insuffisante des modes de transmission du VIH et autres IST ;
- Faible utilisation du préservatif ;
- Violences basées sur le genre ;

- Partenaires sexuels multiples.

Orphelins et enfants vulnérables (OEV) :

- Précocité des rapports sexuels ;
- Multi partenariat sexuel surtout parmi les filles ;
- Usage de la drogue.

Populations mobiles (routiers, travailleurs saisonniers, etc.)

- Absence prolongée hors du foyer conjugal ;
- Arrêts fréquents dans les sites fréquentés par les PS ;
- Contacts étroits avec les PS dans les zones minières et complexes agro-industriels ;
- Faible utilisation du préservatif.

Jeunes de/dans la rue

- Connaissances insuffisantes sur le VIH/sida ;
- Utilisation irrégulière du condom faute de moyens financiers et pour des raisons de confiance entre partenaires ;
- Multiplicité des partenaires sexuels ;
- Forte propension à commercialiser le sexe ;
- Conduites addictives : alcool

3.3. Moteurs et tendance de l'épidémie

La Côte d'Ivoire connaît une situation d'épidémie de VIH « mixte ». C'est une épidémie qui reste généralisée mais qui semble être essentiellement alimentée par l'infection à VIH chez les populations clés à haut risque d'infection.

- L'étude du mode de transmission du VIH confirme qu'il est essentiellement hétérosexuel avec une forte diffusion au sein de la population générale où elle est pour l'essentiel portée par les personnes ayant des comportements sexuels à risque.
- Les jeunes filles s'infectent à très jeune âge, cela se traduit par une prévalence du VIH à 4,5% (entre 20-24 ans), comparée à 0.3% chez les garçons.
- La prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe reste élevée (27%) malgré les interventions qui les ont ciblés.
- Le peu de données existantes sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes font soupçonner qu'il s'agit d'une population importante et à très haut risque d'infection par le VIH.

IV. Réponse Nationale aux IST/VIH/Sida entre 2006 et 2011

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/sida 2006-2010 a servi de cadre de référence de la lutte contre le VIH/sida où devraient s'inscrire toutes les interventions des acteurs et des partenaires techniques et financiers selon le « three ones ». Les stratégies du PSN 2006-2010 visaient à réduire la prévalence du VIH de 4,7% en 2005 à 3,5% en 2010. Pour y parvenir, le Plan s'articulait autour de sept axes stratégiques déclinés en vingt-quatre (24) Domaines d'Actions Prioritaires (DAP). Les sept axes stratégiques étaient : (i) la prévention ; (ii) la prise en charge ; (iii) la coordination ; (iv) le financement ; (v) le suivi-évaluation ;(vi) le renforcement des capacités, et (vii) la recherche opérationnelle.

Afin d'opérationnaliser le PSN 2006 - 2010, un Plan d'Action National (2006-2007 ; 2008 – 2009) ainsi que Vingt (20) plans opérationnels régionaux dont celui du district d'Abidjan ont été élaborés.

Les changements escomptés au terme de ce PSN étaient : (i) une augmentation de la fréquentation des CDV, (ii) une réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, (iii) un accroissement de l'utilisation systématique des préservatifs chez les jeunes, les femmes et les populations clés à haut risque d'infection à VIH, (iv) une réduction de l'incidence des IST et le traitement des cas d'IST, (v) une réduction de la prévalence du VIH chez les nouveaux donneurs de sang.

4.1. Principales Actions

Pour atteindre ces changements, des actions ont été menées en matière de coordination et dans le cadre de plusieurs programmes de lutte contre le sida.

Sur le plan institutionnel, en dépit de la situation de crise que le pays a traversée de 2002 à 2007, l'engagement politique contre le Sida s'est renforcé et s'est traduit par la mise en œuvre des trois principes clés. En ce qui concerne la coordination, on a assisté à la création des organes suivants :

- Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), présidé par le Chef de l'État avec pour Secrétariat Technique, le Ministère de la Lutte contre le Sida. Ce Conseil à un rôle d'orientation politique et stratégique ;
- Le Comité Interministériel de Lutte contre le Sida (CIMLS), présidé par le Premier Ministre, qui coordonne l'activité gouvernementale en matière de lutte contre le Sida ;
- Le Forum des partenaires, coprésidé par le Ministre de la lutte contre le Sidaet le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique ;

  Les Comités déconcentrés et décentralisés qui assurent la coordination des interventions de lutte contre le sida au niveau local (régions, départements, communes, villages). Ces Comités bénéficient de l'appui technique des Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives locales (CTAIL) créées dans 15 régions.
- Depuis la mise en place du nouveau gouvernement en juin 2011, un ministère unique en charge de la santé et de la lutte contre le sida assure le secrétariat technique du CNLS, préside aux réunions de forums des partenaires et les CTAIL ont intégré les directions régionales de la santé et de la lutte contre le sida

La réponse est également marquée par une forte implication de la société civile avec ses différents réseaux d'ONG et OBC. On peut citer notamment le Conseil des Organisations non gouvernementales de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI), le Réseau Ivoirien des PVVIH (RIP+), le Réseau des Professionnels des Medias, des Arts et des Sports contre le

Sida (REPMASCI), l'Alliance des Religieux contre le VIH/Sida et les autres Pandémies (ARSIP), le Réseau Ivoirien des Jeunes contre le Sida (RIJES) et le Réseau des Organisations Féminines (RIOF). Ces réseaux sont structurés et comptent en leur sein un nombre très important de membres qui jouent un rôle actif dans la lutte contre le sida et constituent un partenaire clé dans la réponse à l'épidémie. En 2010, 927 ONG étaient répertoriées par la Direction du Secteur Privé et de la Société Civile (DSPSC) du Ministère de la Lutte contre le Sida. Ces acteurs de la société civile sont intervenus principalement dans le renforcement de la prise en charge communautaire pour le suivi des malades et la continuité des soins afin de réduire le nombre de perdus de vues. Ils ont aussi apporté leurs contributions aux soutiens nutritionnel et alimentaire, juridique et socio-économique visant à l'accompagnement des Personnes infectées et affectées par le VIH pour l'amélioration de leur qualité de vie.

Les collectivités locales ont renforcé leurs interventions dans la lutte contre le VIH/Sida à travers l'Alliance Ivoirienne des Maires et Responsables Municipaux sur le VIH/Sida (AMICALL), organe spécialisé de l'Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire (UVICOCI).

Le secteur privé est un acteur clé dans la lutte contre cette pandémie. En vue d'exécuter l'intensification de la prévention ainsi que le renforcement de la prise en charge des travailleurs et leurs familles, 300 entreprises disposant de cellules focales fonctionnelles de lutte contre le sida ont été sélectionnées. Le secteur privé repose sur un parterre de faîtières et organisations dynamisées dans la lutte contre le VIH/sida par la Caisse nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Ce sont la Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI), la Fédération Ivoirienne des Petites et Moyennes Entreprises (FI-PME), la Chambre de Commerce et d'Industrie de Côte d'Ivoire (CCI-CI), la Chambre Nationale des Métiers de Côte d'Ivoire (CNM-CI), l'Intersyndicale de lutte contre le sida (elle fédère les centrales syndicales), la Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire contre le sida, le paludisme et la tuberculose (CECI). Pour aboutir à une stratégie harmonieuse et concertée dans la lutte contre ce fléau, le secteur privé s'est doté d'un outil, la CECI, qui a entre autres missions la coordination optimale des interventions et le partenariat public- privé.

4.2. Programmes de lutte contre le sida

La lutte contre le sida s'est traduite également par la mise en œuvre de plusieurs programmes qui sont des portes d'entrée pour la prévention, la PTME, le CDV, la prise en charge médicale, la prise en charge nutritionnelle et le suivi-évaluation. Entre autres, on peut citer :

- ✓ le Programme national de prise en charge médicale du VIH/sida (PNPEC),
- ✓ le Programme de lutte contre le sida chez les populations hautement vulnérables (PLS-PHV),
- ✓ le Programme d'urgence multisectoriel de lutte contre le sida (PUMLS),
- ✓ le Programme national de prise en charge des orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH (PN-OEV),
- ✓ le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), le Programme national de la santé de la reproduction (PNSR),
- ✓ le Programme national de la santé infantile (PNSI),
- ✓ le Programme national de la santé scolaire et universitaire (PNSSU),

- ✓ le Programme élargi de vaccination et la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE) et
- ✓ le Programme national de nutrition (PNN).

À cela, il faut ajouter d'autres programmes comme le Programme national de lutte contre les hépatites, le Programme national de lutte contre le cancer, etc. dont on pourrait envisager des liens possibles avec la lutte contre le sida dans le cadre du PSN 2012-2015.

Il existe, par ailleurs, des interventions de lutte contre le VIH/sida menées dans le cadre de la multisectorialité comme l'illustre la collaboration entre le Ministère en charge du Travail, FHI/PEPFAR et le BIT pour la rédaction et la diffusion d'un document de politique nationale de lutte contre le VIH dans le milieu du travail.

La lutte contre le VIH/sida s'est également matérialisée par des programmes de coopération bilatérale ou multilatérale tels que le programme de pharmacovigilance (PAC-CI), le projet ESTHER de lutte contre le sida en milieu carcérale, etc. Ces actions sont renforcées par un dispositif d'intervention d'urgence dont le but est de faire face aux imprévus en cas de besoins sanitaires d'urgence (catastrophes naturelles et maladies émergentes/ré-émergentes), conformément au Règlement sanitaire international (RSI).

Ce dispositif est constitué d'un plan d'intervention pour les besoins sanitaires d'urgence, d'un « fonds épidémie » et d'un plan de contingence logés au Ministère en charge de la santé ainsi que d'une cellule des urgences et des catastrophes rattachée à la Présidence de la République.

Il est à noter que le PSN 2012-2015 entend mettre en œuvre de nouvelles directives nationales sur la base des recommandations de l'OMS. Ces directives portent, notamment sur la prise en charge des ARV, sur une meilleure implication des infirmiers et sages-femmes dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en général et en particulier dans la prescription des antirétroviraux, sur le conseil et dépistage, sur la mise en œuvre intégrée des 4 piliers de la PTME.

4.3. Principaux résultats obtenus

L'analyse des progrès accomplis vers l'atteinte des cibles de l'accès universel faite au cours de l'année 2011 montre que des efforts importants ont été faits à tous les niveaux, en vue d'atteindre les cibles de l'accès universel que le pays s'est fixé. Des progrès remarquables ont été faits au niveau de la prévention, du traitement et des soins et soutien.

Cependant, il existe encore des sites qui ne sont pas couverts par les interventions de prévention et de prise en charge. Il y a un besoin urgent de couvrir ces sites et districts non desservis, la fourniture des services de prévention et de traitement étant une priorité programmatique et une responsabilité éthique. Pour la mise en œuvre du PSN 2012-2015, l'extension et la qualité des services de prise en charge des PVVIH font partie des objectifs à atteindre.

4.3.1. Au Niveau de la Prévention

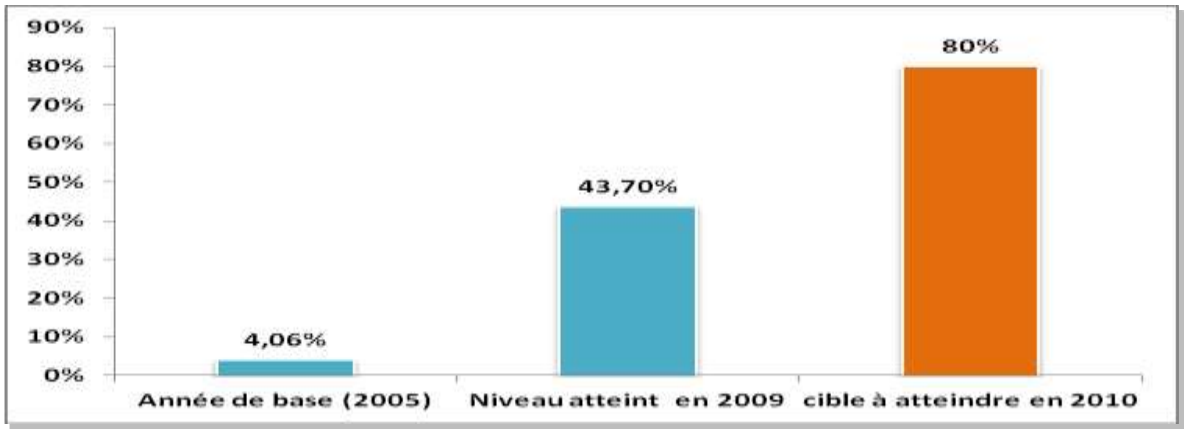
Les efforts en matière d'accès universel ont permis d'étendre la couverture des services et de renforcer les acquis déjà obtenus. On note en général, une intensification de la prévention.

4.3.1.1 Prévention de la transmission Mère-Enfant

Le nombre de sites offrant les services PTME est passé de 316 en 2007 à 358 en 2008, à 554 en 2009 puis à 695 en 2011, dépassant ainsi la cible de 537 sites prévus en 2010..

Malgré le nombre croissant des structures offrant des services de PTME, 66,4 % des femmes enceintes attendues n'ont pas beneficié de depistage du VIH en 2010. De ce fait, 63,5% des femmes enceintes séropositives estimées n'ont pas été identifiées infectées. Les raisons évoquées sont la faible couverture en sites PTME, mais aussi la faible qualité de la CPN qui n'offre pas tout le paquet complet de services dans le cadre de la CPN recentrée (dépistage du VIH, de la syphilis, supplémentation en fer etc). De plus, la fréquentation régulière des CPN par les femmes enceintes n'est pas effective, seulement 16%[26] des femmes enceintes attendues ont effectué au moins 4 CPN en 2010. Pour des raisons liées à certaines croyances, la femme ne notifie pas sa grossesse avant qu'elle ne soit visible et de ce fait retarde la première CPN. La faible qualité des CPN est aussi due à une démotivation des prestataires de santé eu égard à l'absence de politique de motivation du personnel

Graphique 4 : Proportion de femmes enceintes infectées qui reçoivent un traitement ARV complet pour réduire le risque de TME



A ce tableau, il faut ajouter l'insuffisance de suivi et de supervision à tous les niveaux et l'insuffisance d'information des femmes enceintes sur la nécessité de faire le test de dépistage pour le VIH. L'insuffisance de prise en compte des partenaires dans la problématique de l'utilisation des services de SR/CPN/PTME par les femmes est aussi une cause de la faible utilisation des CPN. En effet selon la revue de la littérature sur « Masculinité, Normes de genre et VIH/sida en Côte d'Ivoire » les réticences à l'utilisation des services SR/VIH sont liées au manque de communication dans le couple et au manque d'information sur les questions de SR.

De manière générale, les services de CPN/PTME ne sont pas offerts de façon continue. En effet, 77,3% des femmes séropositives estimées n'ont pas eu accès aux ARV. On note une déperdition de 7 029 (13,8%) femmes enceintes qui entrent dans le programme de PTME mais qui ne reçoivent pas les ARV pour la PTME. Egalement, 11 002 enfants nés de mère séropositive n'ont pas bénéficié d'ARV prophylactique. Ces nombres importants de perdus de vue (PDV) dans la chaine de soins pré et postnatals s'expliquent non seulement par une absence de mécanisme de suivi du couple mère enfant mais aussi à une faible implication des communautaires dans ce suivi. Aussi, note-t-on une non capitalisation des bonnes pratiques telles que les groupes d'autosupport et une faible implication des partenaires et conjoints dans les activités de santé maternelle et infantile
L'absence de clarté et d'harmonisation des modalités de dispensation des ARV pour les femmes et les enfants est aussi à relever. Enfin, la mauvaise qualité des services délivrés

[26] Données DIPE 2010

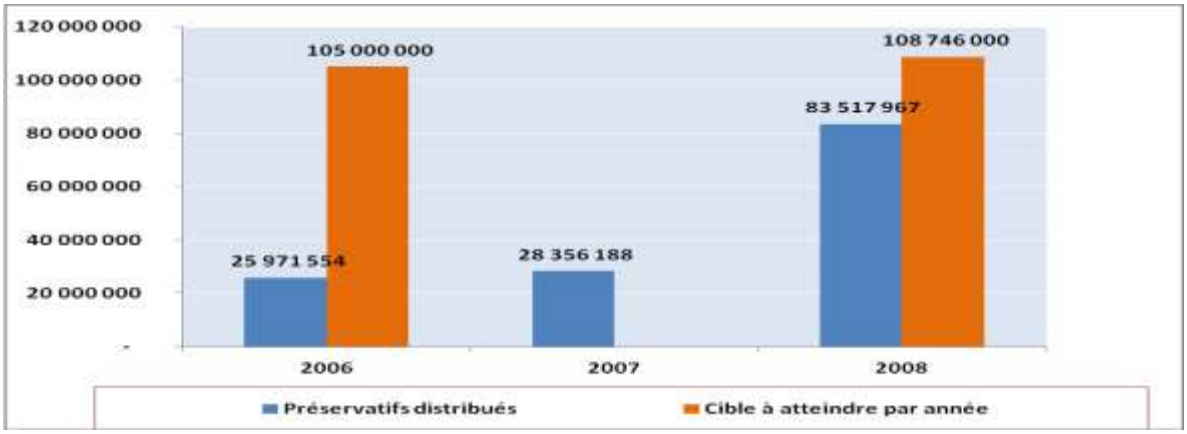
caractérisée par le mauvais accueil, l'organisation inadaptée des services, le long temps d'attente avant de recevoir les services et parfois le non respect de la confidentialité sont autant de facteurs qui n'incitent pas les femmes à fréquenter régulièrement les services de santé. En outre, les femmes ne reçoivent pas le nouveau protocole option B car les directives pour la mise en œuvre ne sont pas encore signées et diffusées

4.3.1.2 Prévention par le préservatif

En 2008, selon le rapport national sur le sida, environ 83 517 967 préservatifs (masculins et féminins) ont été distribués, soit 77% de la cible de 2008. La proportion des préservatifs féminins demeure encore faible (0.13% en 2007 versus 0.03% en 2008). Le nombre de préservatifs vendus en 2008 est trois fois supérieur à celui vendu en 2007, ce qui est une nette progression.

En 2009 le nombre de préservatifs distribués était de 39 377 505, soit une baisse de 52% par rapport à son niveau de 2008. Pour 2010, aucune cible n'a été spécifiée rendant difficile le suivi de l'atteinte des cibles de l'accès universel pour cet indicateur principal.

Graphique 5: Nombre de préservatifs distribués de 2006 à 2008



4.3.1.3 Dépistage dans la population générale

Selon l'enquête sur les indicateurs du Sida 2005, moins de 10% de la population a fait un test de dépistage du VIH en 2005. La cible était fixée à 10% et 25% respectivement pour 2008 et 2010.

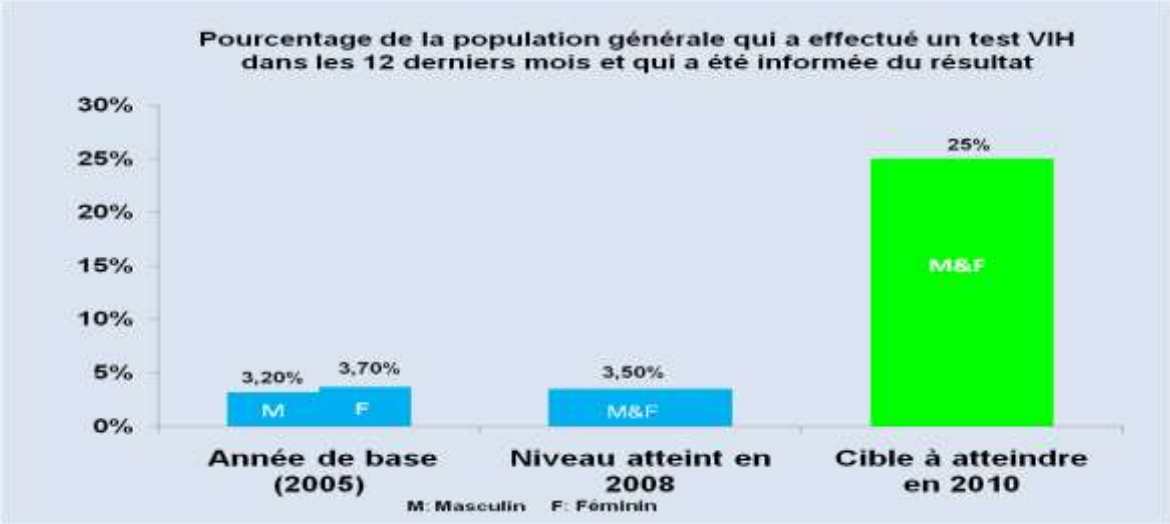
C'est dans ce cadre que, des efforts importants ont été faits. Il s'agit notamment de (i) l'augmentation de l'offre de dépistage ; (ii) l'intégration dans les structures sanitaires du conseil et dépistage et (iii) la mise en place d'un algorithme simplifié de dépistage par piqure au bout des doigts (iv), la diversification du personnel apte à réaliser le dépistage, (v) le développement de stratégies nouvelles de dépistage. Ainsi à la fin 2011, on dénombre 749 sites de conseil et dépistage, soit une couverture en district sanitaire de 100%. Malgré la bonne couverture relative en services CD au niveau région (100%) on note une faiblesse de couverture des espaces sanitaires dans les Districts (20 à 67%)

. Des défis demeurent :

- La mise en œuvre du CDIP dans les établissements de santé doit être effective par la réalisation du dépistage par tout le personnel de santé formé et apte à le faire (notamment en consultation médicale chirurgicale et autres service spécialisé)

- Le renforcement de la qualité des prestations
- L'accroissement de la fréquentation des services CD
- Le développement de la culture de l'information par la production, la collecte, l'analyse des données sur site, la transmission de données de qualité, pour une prise de décision
- Le renforcement des liens entre les sites CD et les sites de PEC aussi bien au niveau des services santé que des services communautaires à travers la référence et la contre reference,
- L'implication accrue du communautaire et du secteur privé dans la mise en œuvre des activités de CD
- Le renforcement des activités de lutte contre les IST/VIH au profit des Populations Hautement Vulnérables (PS, Routiers, UID, HSH etc.)

Graphique 6: Proportion de la population qui a fait le test VIH



4.3.1.4 Sécurité transfusionnelle

Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), chargé de la promotion de la sécurité transfusionnelle, a mis en place des antennes permettant une augmentation de la couverture nationale. Un certain nombre d'activités de communication et de mobilisation des donneurs a été engagé notamment (i) le recrutement de nouveaux donneurs; (ii) l'éducation des donneurs et des populations à la culture du don de sang; (iii) la fidélisation des donneurs; (iv) le renforcement du partenariat avec les ONG, les associations et clubs de donneurs pour la promotion du don de sang; et (v) l'organisation de collectes. Quant à l'amélioration de la qualification biologique du sang, le système d'assurance qualité a été mis en place et a permis d'obtenir une qualification biologique des poches de sang à 100% selon les normes nationales et internationales depuis 2006.

4.3.2. Au niveau du traitement

On note un renforcement de l'offre de service de prise en charge globale, une amélioration de l'accès au traitement ARV et la prise en charge des Infections Opportunistes (IOs).
Le nombre de sites offrant le traitement ARV est passé de 328 en 2009 à 446 en 2011 et parmi ces sites ceux offrant la PECP sont de 310. Il est prévu au niveau national d'ouvrir 200

nouveaux sites/ans jusqu'en 2015 afin de combler le GAP pour permettre une meilleures PEC /ARV des PVVIH.
Une augmentation du nombre de personnes sous traitement a été observée sur la période. De 32,30% en 2006 on est passé à 48% en 2009 et 56% en 2011. Le nombre de personnes sous ARV est passé de 2473 en 2003 à 72 011 en fin 2009, puis à 90523 en septembre 2011. Cependant, la cible de 104 000 personnes à mettre sous traitement à l'horizon 2010 n'a pas été atteinte
Le nombre de perdus de vue est passé de 20 000 en 2008 à 35 000 en 2009 malgré le fait que depuis 2008, les ARV sont distribués gratuitement aux malades éligibles au traitement. L'analyse de la situation en rapport avec les perdus de vue relève un certains nombre de problème dont la qualité des services.
Le nombre de PVVIH ayant besoin de traitement était de 160 662 en 2011. Ce nombre est passé à 209 997 avec la mise en œuvre des nouvelles recommandations 2010 de l'OMS.
Ces nouvelles recommandations adoptées par le MSLS visent à :

- Améliorer la prise en charge de la coïnfection TB/VIH et TB/VHB,
- Promouvoir l'utilisation stratégique des laboratoires
- Utiliser les médicaments moins toxiques et des présentations plus adaptées pour les patients,
- Commencer plus tôt la mise sous traitement

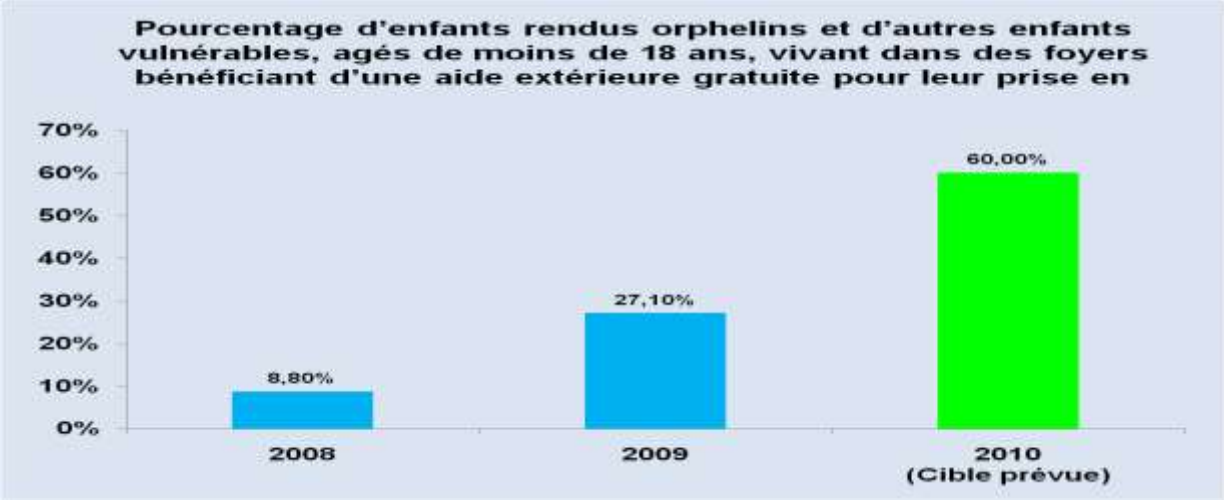
4.3.3. Au niveau des soins et soutiens

En matière de prise en charge des OEV, un Programme National de Prise en Charge des OEV (PN-OEV) a été mis en place.

Le rapport annuel de la réponse nationale 2010 indique une augmentation du nombre des OEV pris en charge qui est passé de 92 480 OEV en 2008 à 116 500 en 2009. Sur la base de ces informations, 26% d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables, âgés de moins de 18 ans, vivant dans des foyers ont bénéficié d'offre de service (soutien scolaire, soutien nutritionnel, prise en charge médicale, soutien juridique, soutien socio-économique, etc.). Ce pourcentage est loin des cibles identifiées au niveau national, soit 40% en 2008 et 60% en 2010.

Par ailleurs, dans le cadre de la sécurité alimentaire, un projet initié en 2007par le PNN en partenariat avec le PAM a consisté à fournir des rations familiales aux PVVIH et aux OEV en familles. Ce projet a permis d'assister en vivres 136 372 bénéficiaires entre 2008 et 2009.

Graphique 7: Pourcentage d'OEV vivant dans des foyers bénéficiant d'aides extérieures



4.4. Analyse de la réponse au niveau des groupes hautement vulnérables

Le plan stratégique national 2006-2010 a ciblé les populations hautement vulnérables, mais les interventions se sont focalisées le plus sur les professionnel(le)s du sexe.

Elles ont bénéficié de programmes d'éducation par les pairs et d'interventions en matière de communication pour le changement de comportement (CCC) selon les recommandations internationales. Un programme national (PLS-PHV) en faveur des populations hautement vulnérables a été mis en place au niveau du Ministère de la lutte contre le sida. Les activités de ce programme ont porté essentiellement sur les professionnelles du sexe et les détenus. L'étude relative au modèle des modes de transmission (MOT, 2009) a suggéré de cibler davantage les clients de ces femmes et leurs conjoints réguliers.

Les activités en faveur des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes restent limitées, bien que cette population ait été une des cibles du plan national stratégique 2006-2010. Les ONG Arc-en-ciel Plus et Alternatives, qui les représentent, sont actives mais reçoivent peu de financements. Pour mieux cerner la question, une étude en direction des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est en cours, avec l'appui du PEPFAR.

La réponse nationale à la prévention du VIH chez les usagers de drogues est très limitée du fait de la méconnaissance de ce phénomène. Les drogues les plus courantes que sont le cannabis, le crack et les drogues injectables existent mais n'ont pas fait l'objet d'études à ce jour.

La politique en direction des populations hautement vulnérables n'inclue pas les élèves et femmes ayant, de manière « occasionnelle », des relations sexuelles rémunérées parce que difficilement identifiables. Cependant, le volet social de la prévention y est présent à travers, notamment (i) la réduction de la vulnérabilité des filles, (ii) les alternatives à la prostitution, (iii) la formation des jeunes filles à des métiers, (iv) le soutien social et l'accès à la prévention et à la prise en charge des professionnels du sexe.

4.5. Cadre juridique de la lutte contre le VIH/sida

Concernant le cadre juridique de la lutte contre le sida et l'existence de lois et réglementations spécifiques qui stipulent la protection des groupes à risque et autres populations vulnérables, le gouvernement a élaboré un projet de loi relative à la prévention, la protection et au contrôle en matière de lutte contre le VIH/sida. Ce projet sera soumis à l'assemblée nationale pour adoption avant sa promulgation par le gouvernement.

La loi proposée a pour objet :

- d'établir des mesures préventives, de contrôle et de répression en matière de VIH et de sida en prenant en compte les questions de genre;
- de promouvoir la mise en œuvre d'une prévention, d'une prise en charge efficaces et la recherche des stratégies et des programmes sur le VIH et le sida ;
- de veiller à ce que les droits des PIAVIH soient respectés, protégés et réalisés dans la lutte contre le sida ;
- de stimuler l'adoption de mesures spécifiques au niveau national pour faire face aux besoins des groupes vulnérables ou marginalisés dans le contexte de la lutte contre le sida.

  En attendant l'adoption de la loi, un recueil des textes et instruments juridiques protegeant les ¨PVVIH et les populations vulnerables a été elaboré pour servir d'outils de sensibilisation sur les droits des PVVIH selon la législation en vigueur.

V. SYNTHESE DES DIFFICULTES DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/sida.

La réponse nationale face à l'épidémie du VIH connaît de multiples difficultés et les différents obstacles qui entravent la mise en œuvre des stratégies sont :

- L'insuffisance de portée de la CCC sur les comportements du fait de l'inadéquation des moyens et des canaux de communication et de la faible spécificité des messages par rapport aux cibles. Ceci favorise l'expansion de l'infection à VIH ;

- La faible prise en compte du Genre dans les interventions ne permet pas de remédier à la vulnérabilité face au VIH des Populations vulnérables et des Populations clés à haut risque d'infection à VIH ;

- La décentralisation des différents domaines d'intervention n'est pas effective. La stratégie d'intervention par « approche site » utilisée n'a pas donné les résultats escomptés. Les équipes cadres de district ne s'étant pas appropriées les interventions, elles ne sont pas pérennes et s'arrêtent dès la première difficulté ;

- La faiblesse de la qualité des services constitue un frein à la fréquentation des structures de prévention et de prise en charge. Cette faiblesse est due entre autres à la démotivation du personnel médical et para médical, ainsi qu'à l'insuffisance des infrastructures et au manque d'équipements ;

- L'inaccessibilité financière des PVVIH aux autres médicaments de traitement des IO constitue un déficit en matière de prise en charge globale et compromet la qualité de vie des PVVIH ;

- L'insuffisance de la culture de l'information sanitaire est caractérisée par la faible disponibilité des données récentes et de qualité du fait de l'irrégularité de leur collecte, de leur faible complétude et des difficultés de gestion, ainsi que de leur faible utilisation pour la prise de décision. En conséquence la planification et les décisions ne sont pas basées sur les faits et donc ne permettent pas l'utilisation efficiente des ressources. De même, l'insuffisance en nombre et en compétence des ressources humaines impliquées dans le S&E, contribue de la faiblesse du système.

- La faiblesse observée dans la coordination des activités sur le terrain ne permet pas d'orienter les interventions et d'avoir une bonne visibilité des activités des différents acteurs sur le terrain. Ceci est à l'origine de duplications d'interventions et d'utilisation inadéquate des ressources ;

- L'insuffisance de la PEC communautaire des PVVIH. L'absence de statut juridique des Conseillers communautaires et l'insuffisance de synergie des interventions entre le volet communautaire et le volet médical ne permettent pas un meilleur suivi des PVVIH et sont à l' origine du nombre élevé de perdus de vue estimés à 20 000 en 2008 ;

- La réponse du secteur privé face au sida reste faible comme en témoigne l'insuffisance d'accès aux services de prévention des travailleurs, de leur famille et des populations riveraines. De nombreux comités d'entreprise ne sont plus fonctionnels réduisant ainsi l'offre de service ;

- La faiblesse d'offre de soins et soutien aux OEV compromet leur épanouissement et le respect de leurs droits fondamentaux ;

- Le risque de non pérennisation des financements reste élevé en raison de l'insuffisance des ressources internes estimées à 10% des dépenses totales engagées dans le secteur entre 2006 et 2009. Dans ces ressources internes dépensées, la part du gouvernement représente 8% contre 2% pour le secteur privé (y compris les ménages) ;

- Les appuis financiers des bailleurs, estimés à 90% des dépenses, ne s'alignent pas pour la plupart sur les systèmes et priorités nationaux au sens de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide extérieure.

Toutes ces difficultés ont été aggravées par la crise sociopolitique de ces dix dernières années et plus particulièrement par la récente crise postélectorale, créant ainsi un environnement défavorable à la lutte contre le VIH/sida dans le pays.

Leçons apprises

En conclusion, la réponse nationale n'est pas suffisamment pertinente pour faire face à la situation et à l'émergence de nouvelles infections au sein des populations exposées et à haut potentiel de transmission. Elle ne prend pas suffisamment en considération de nouveaux groupes à risques que sont les femmes et les jeunes filles, très exposées aux violences sexuelles, ni les enfants prostitués.

Il est impératif d'adopter des stratégies de communication pour le changement de comportement et d'accès aux services de santé ciblant très spécifiquement ces populations.

La combinaison de plusieurs facteurs de risques: conflits, violences sexuelles, drogues, appauvrissement, prostitution (des filles et des garçons, des femmes et des hommes), constituent autant de déterminants majeurs de la propagation du sida en Côte d'Ivoire depuis 2006 qui ont des retentissements importants tant en milieu urbain que rural.

L'accès aux traitements et la prise en charge des malades sous traitement a monopolisé l'attention politique, la mobilisation des ressources, la répartition des ressources humaines, etc. Une approche plus globale et équilibrée sera adoptée pour trouver un équilibre entre la prévention et la prise en charge.

L'appropriation de la réponse nationale n'a pas été facilitée par la trop grande dépendance aux financements extérieurs. La part du Budget national consacré à la santé est restée inférieure à 5%[27] dont moins de 0,25% est affectée à la lutte contre le sida.

VI. SYNTHESE DES PRIORITES DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/SIDA POUR LA PERIODE 2012-2015

De nombreuses faiblesses ont été constatées dans la riposte nationale. Mais eu égard au contexte de sortie de crise militaro-politique et aux tendances actuelles de diffusion de l'épidémie, il convient d'établir des priorités pour la période 2012-2015.

De façon générale, une attention particulière sera accordée aux aspects transversaux tels que le Genre et les Droits Humains. Les inégalités liées au genre seront réduites en élargissant les

[27] World Health statistics 2010, OMS

prestations de prévention, de prise en charge et de réduction de l'impact à d'autres types de populations les moins couvertes.
De même, un accent sera mis sur la réduction des inégalités géographiques entre les régions et entre les zones urbaines et rurales.

La féminisation de l'épidémie sera placée au premier rang des préoccupations nationales durant la période 2012-2015, tant au niveau de la prévention, de la prise en charge médicale, psychosociale, que de la réduction de l'impact socio-économique de l'épidémie. Ainsi, des interventions précises vont cibler les filles et les femmes.

Au niveau de la prévention, des stratégies adaptées seront définies pour intensifier la prévention du VIH et des IST tout en accordant la priorité aux groupes de populations les moins couvertes, et les populations vulnérables. Les actions prioritaires s'inscriront dans la prévention de la transmission par voie sexuelle, le processus de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et la prévention de la transmission par voie sanguine.

Au niveau du traitement, des soins et soutien, les préoccupations majeures se situent au niveau de la faible proportion des adultes et enfants sous traitement ARV, ainsi que la forte proportion des perdus de vue. Sur la période 2012-2015, la priorité sera accordée au traitement ARV des adultes, des adolescents et des enfants. Ces stratégies prioritaires prendront appui sur la poursuite de la décentralisation, l'intégration des services visant la prise en charge des co-morbidités associées au VIH et sida (Tuberculose, hépatites,…) et sur l'application des nouvelles recommandations de l'OMS ainsi que la délégation des tâches et l'implication des communautés à tous les niveaux pour favoriser l'accès universel aux services de traitements, soins et soutien. De plus, les aspects de nutrition seront intégrés dans la prise en charge des PIAVIH.

Pour un soutien adéquat des PVVIH et des OEV, les communautés seront beaucoup plus impliquées dans l'offre de service à savoir la prise en charge psychosociale, le soutien socio-économique, le soutien juridique, le soutien socioéducatif, le soutien nutritionnel et le continuum de soins.

Au niveau de l'information stratégique, les préoccupations majeures portent sur la faible performance du système d'information de routine et la faible qualité des données liées aux difficultés de promptitude, de complétude et d'exactitude.

Sur la période 2012-2015, il s'agira de : renforcer le système d'information de routine et le système national de surveillance de seconde génération pour que les informations produites soient adaptées à la demande et utiles à la prise de décision.

La Coordination multisectorielle de lutte contre le Sida est confrontée à (i) la non appropriation du cadre institutionnel existant par les acteurs sectoriels et les partenaires au developpement, à (ii) l'insuffisance de synergies entre les différentes interventions et à (iii) la faiblesse des réseaux de coordination communautaire. Pour une réponse nationale adéquate au sida, la coordination doit être renforcée au cours de la période 2012-2015 sur la base du nouveau cadre institutionnel. Le constat majeur fait au niveau du financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire, est qu'il y a une insuffisance de ressources mobilisées par rapport aux besoins, un non alignement de l'aide extérieure sur les priorités et procédures nationales, et une insuffisance de coordination et de contrôle de la gestion des fonds mobilisés. Aussi, la priorité sera-t-elle de mobiliser les ressources suffisantes au plan local et auprès des partenaires au développement, et à mettre en place un mécanisme consensuel de gestion en vue d'une utilisation optimale de ces fonds.

Toutes ces priorités ont guidé les choix stratégiques opérés ci-après pour une réponse nationale efficace entre 2012 et 2015.

VII. ORIENTATIONS STRATEGIQUES POUR LA LUTTE CONTRE L'INFECTION À VIH, LE SIDA ET LES IST DE 2012 A 2015

7 .1 Principes Directeurs

Multisectorialité :

Pour faire face à l'ampleur grandissante des effets du VIH et du sida sur les populations, la Côte d'ivoire, à l'instar des autres pays du monde, s'est résolue à inscrire sa réponse à cette pandémie, dans une stratégie multisectorielle. Il s'agit de susciter la mobilisation et l'implication de tous les acteurs intervenant dans tous les secteurs de développement du pays.

Ainsi, toutes les composantes du secteur public, du secteur privé et de la société civile demeureront impliquées dans la lutte contre le VIH et le sida. Cette implication s'est faite dans le cadre de la planification de ce PSN 2012-2015, et elle se poursuivra dans sa mise en œuvre.

Décentralisation :

La Côte d'ivoire souscrit à l'hypothèse selon laquelle, les décisions prises avec une plus grande participation des acteurs et des bénéficiaires, répondent mieux aux besoins des intérêts de la société que celles prises uniquement par les responsables politiques au niveau central.

Ainsi, dans le cadre de la lutte contre le Sida, l'État ivoirien a transféré certaines responsabilités de fonction publique, de l'administration centrale, vers des organes relativement autonomes composés des représentants de tous les acteurs et bénéficiaires des secteurs publics, privés et de la société civile. Cette décentralisation politique donne aux citoyens ou à leurs représentants, beaucoup plus d'influence dans la planification des interventions, la mobilisation et la gestion des ressources nécessaires à la lutte contre le Sida dans une localité administrative donnée.

C'est ainsi que le présent PSN a été élaboré avec l'implication de tous les secteurs, sous l'autorité du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS). Pour opérationnaliser sa mise en œuvre, les organes de Coordination sectoriels (CSLS), Régionaux (CRLS) et départementaux (CDLS) élaboreront et mettront en œuvre des plans opérationnels sectoriels, régionaux et départementaux, avec la participation des représentants de tous les acteurs et bénéficiaires de leurs sphères de compétences.

Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'Aide au développement

Fruit de la réflexion internationale sur l'efficacité de l'aide au développement, les recommandations de la Déclaration de Paris visent une gestion optimale de l'aide au développement pour atteindre les résultats souhaités. Ainsi, dans le cadre de la mobilisation et la gestion des ressources extérieures pour la mise en œuvre de ce PSN 2012-2015, les principes clés de cette Déclaration seront suivis. Ce sont l'Appropriation, l'Harmonisation, l'Alignement, la Gestion axée sur les Résultats et la Responsabilité mutuelle. Il s'agira de s'accorder pour que :

- La Côte d'Ivoire s'approprie réellement la coordination des appuis techniques et financiers ;
- Les Partenaires techniques et financiers alignent leurs appuis sur les stratégies, les institutions et les procédures nationales ;
- Les actions des bailleurs soient mieux harmonisées et plus transparentes ;

- La gestion des ressources soit axée sur les Résultats ;
- La responsabilité de tous (nationaux et partenaires) soit engagée dans l'atteinte des résultats.

Gestion Axée sur les Résultats

À l'image du processus d'élaboration du Plan National de Développement (PND 2012-2015), celui du PSN 2012-2015 a suivi la démarche de la GAR (Gestion Axée sur les Résultats). Ce choix a permis aux participants d'analyser les problèmes réels de la lutte contre le Sida et de leurs causes pour exprimer les changements désirés. De ce fait, une réelle cohérence est établie entre les différents niveaux de la chaine de résultats jusqu'aux stratégies définies. Toute cette démarche donne la garantie que la mise en œuvre de ce plan répondra aux besoins réels des populations.

Bonne Gouvernance

Cadre privilégié d'orientation stratégique, ce PSN 2012-2015 a été élaboré dans un souci de bonne gouvernance. Ainsi, dans l'optique de s'assurer que les changements attendus de la mise en œuvre seront effectifs et serviront les intérêts des populations, des dispositions spécifiques ont été prises. L'accent a été mis sur la définition de mécanismes de mise en œuvre, de procédures de gestion, de même que le renforcement des capacités des organes d'orientation, de coordination et de suivi. Ces mesures visent à renforcer la responsabilité, la transparence, l'implication de toutes les parties prenantes, de même que l'obligation des acteurs à rendre compte des prestations, de la gestion des ressources et des résultats obtenus.

Implication des PVVIH

Les Représentants des PVVIH ont été fortement impliqués dans la formulation de ce PSN 2012-2015. Cette implication demeura forte pour que les PVVIH continuent d'influencer tout processus de décisions pendant la mise en œuvre dudit plan.

Genre, Droits Humains et Équité

Dans le PSN 2012-2015, un accent particulier est mis sur la réduction des inégalités liées au genre, aux droits humains et à l'équité dans l'accès aux services. Le processus tient compte des documents suivants :

- Stratégie Nationale sur les violences basées sur le genre,
- Guide national d'intégration du VIH tenant compte du genre dans les plans d'action sectoriels et décentralisés,
- Directives et conventions internationales de promotion des droits humains.
- Avant-projet de loi relative à la Prévention, la Protection et au Contrôle en matière de lutte contre le VIH/sida, qui est en instance d'adoption.

Respect de l'environnement

Les activités de prévention et de prise en charge du VIH/sida produisent des déchets médicaux qui posent un réel problème de santé publique et d'environnement en Côte d'ivoire. La mise en œuvre du PSN 2012-2015 renforcera la prise en compte de la gestion écologiquement rationnelle de ces déchets pour contribuer à la limitation de la propagation du VIH/sida.

Intégration des Services

Sur la période 2012-2015, les services offerts aux populations devront être intégrés. Il s'agira de développer des synergies entre les services de Santé de la Reproduction notamment par les services de planification Familiale, Santé Maternelle et Néonatale, prévention et gestion des IST, promotion de la santé sexuelle, prévention et gestion de la violence sexiste et ceux du VIH (prévention, traitement, soins et accompagnement).

7 .2 Alignement du PSN 2012-2015 aux instruments nationaux et engagements régionaux et internationaux

PSN et PND. Le PSN s'articule bien au PND en particulier à travers son résultat stratégique 3 « les populations en particulier les femmes les enfants et autres groupes vulnérables ont accès aux services sociaux de qualité dans l'equité »

PSN et PNDS. Le PSN est cohérent avec le PNDS et peut être considéré comme un outil de sa mise en œuvre. Pour rappel, la vision du PNDS est articulée autour de la restauration du système de santé ivoirien en particulier ;

- La réaffirmation d'un système de santé basé jusque-là sur les soins de santé primaire, développé dans le district sanitaire et orienté vers la satisfaction des besoins des populations dans le cadre de la politique de décentralisation à travers l'offre de service disponible, accessible et effectivement utilisée ;
- Une meilleure disponibilité et accessibilité de l'information sanitaire, base de toute prise de décision pour un système proactif ;
- une meilleure disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels et intrants stratégiques, des produits sanguins et des vaccins pour la population ;
- une répartition adéquate d'un personnel de santé responsable sur l'ensemble du territoire réglant la question de surcharge du travail, et l'amélioration des conditions de travail, sont le gage d'une pleine motivation pour garantir des soins de qualité ;
- de nouveaux mécanismes de financement basés sur l'organisation d'une solidarité nationale ou communautaire et la bonne gouvernance.

PSN et Engagements internationaux et régionaux. Conformément à ses principes directeurs, le PSN est cohérent avec les principaux engagements, et sa vision et son contenu contribuent à la réalisation des objectifs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), de l'UNGASS et des autres instruments régionaux et internationaux notamment :

- la Déclaration de l'UNGASS et les OMD, en particulier l'OMD 4 : réduire la mortalité infantile, l'OMD 5 : améliorer la santé maternelle et l'OMD 6 : combattre le VIH/Sida, le paludisme et les autres maladies ;
- Les Trois principes d'unicité de l'autorité de coordination, du cadre stratégique et du suivi évaluation ;
- la stratégie Objectif 0 2015 de l'ONUSIDA dont les orientations stratégiques sont : révolutionner la prévention ; favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un appui de nouvelle génération et promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes ;
- la vision stratégique de l'OMS pour la PTME ;
- La déclaration de Maputo sur l'accélération de la prévention du VIH et l'accès universel aux services de santé reproductive et sexuelle ;
- L'appel d'Abuja et la déclaration de Brazzaville sur l'accès universel qui visent l'intensification des interventions en vue de réaliser l'accès universel en Afrique ;
- La stratégie globale du Secrétaire Général des Nations Unies pour la santé des femmes et des enfants.

- La déclaration politique sur le VIH/sida de l'assemblée générale de l'ONU de juin 2011 qui invite à intensifier les efforts pour éliminer le VIH/sida.
- L'initiative mondiale pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

7 .3 Finalités et Axes Stratégiques du PSN 2012-2015

7.3.1 Vision

Le Plan Stratégique National de lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST de Côte d'ivoire est fondé sur la vision commune de tous les acteurs de la lutte contre le sida de relever le défi du point 6 des OMD d'ici à 2015 et au-delà. Il s'inscrit dans la ferme volonté du gouvernement de Côte d'Ivoire, des acteurs de la société civile et des partenaires au développement, de placer à nouveau le pays sur le chemin de la croissance et du développement durable, après les crises successives. Cohérente avec la vision "zéro" de l'ONUSIDA, la vision de ce PSN est ainsi formulée : « **En Côte d'Ivoire, la progression du VIH est stoppée, son évolution est inversée, aucun enfant ne naît infecté par le VIH, et l'impact du sida sur les populations en général, sur les groupes hautement vulnérables en particulier est atténué, pour le développement du pays et le bien-être de tous ».**

VISION	IMPACTS	EFFETS
« En Côte d'Ivoire, la progression du VIH est stoppée, son évolution est inversée, aucun enfant ne naît infecté par le VIH, et l'impact du sida sur les populations en général, sur les » groupes hautement vulnérables en particulier est atténué, pour le développement du pays et le bien	**La dégradation de la qualité de vie des populations du fait du sida est réduite**	L'incidence des IST et la proportion des nouvelles infections à VIH sont réduites de 30% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires d'ici 2015 L'Espérance de vie des adultes (hommes et femmes) et des enfants vivant avec le VIH a augmenté d'ici 2015. Le bien-être économique et social des PIAVIH et des OEV est amélioré d'ici 2015. La Gouvernance de la Réponse nationale à l'infection à VIH, au Sida et aux IST est plus performante d'ici 2015

7.3.2 *Résultat d'Impact*

La dégradation de la qualité de vie des populations du fait du VIH/sida est réduite

7.3.3 *Résultats d'Effet*

Quatre (4) résultats d'effet ont été exprimés. Ce sont :

1.	**L'incidence des IST et la proportion des nouvelles infections à VIH sont réduites de 30% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires d'ici 2015**
2.	**L'Espérance de vie des adultes (hommes et femmes) et des enfants vivant avec le VIH a augmenté d'ici 2015.**
3.	**Le bien-être économique et social des PIAVIH et des OEV est amélioré d'ici 2015.**
4.	**La Gouvernance de la Réponse nationale à l'infection à VIH, au Sida et aux IST est plus performante d'ici 2015.**

7.3.4 *Axes Stratégiques du PSN 2012- 2015*

Conformément aux effets souhaités, quatre Axe Stratégiques ont été ciblés. Ce sont :

AXE STRATEGIQUE **1 :** **PREVENTION**

AXE STRATEGIQUE **2 :** **PRISE EN CHARGE : Traitement ARV, Soins et soutien**

AXE STRATEGIQUE **3 :** **REDUCTION DE L'IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE**

AXE STRATEGIQUE **4 :** **GOUVERNANCE DE LA REPONSE NATIONALE**

7.3.5 *Domaines d'actions prioritaires du PSN 2012-2015*

Les Interventions à mener par axe stratégique sont regroupées par Domaines d'Actions prioritaires.

Domaines d'actions prioritaires de l'Axe Prévention :

- Promotion des comportements sexuels à moindre risque (y compris l'utilisation systématique et correcte du préservatif masculin et féminin) ;
- Promotion du conseil et dépistage volontaire ;
- Prise en charge adéquate des IST ;
- Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant ;
- Sécurité transfusionnelle et prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques.

Domaines d'actions prioritaires de l'Axe Prise en charge :

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

Domaines d'actions prioritaires de l'Axe Réduction de l'impact socio-économique :

- Protection des PIAVIH contre la discrimination et la stigmatisation ;
- Soutien socio-économique des PIAVIH ;
- Soutien des OEV.

Domaines d'actions prioritaires de l'Axe Gouvernance et gestion de la réponse nationale :

- Coordination opérationnelle de la réponse nationale ;
- Production, gestion et utilisation de l'information stratégique ;
- Mobilisation, gestion et utilisation optimale des ressources financières ;
- Contribution des systèmes communautaires et du secteur privé à la réponse nationale ;
- Approvisionnement, gestion et distribution des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins.

7.3.6 Chaînes de Résultats par Axe Stratégique

Pour chaque Axe Stratégique, il est exprimé un résultat d'Effet. Ces résultats d'effet se déclinent en résultats de sous-effets pour lesquelles des extrants sont clairement définis.

7 .3.6.1 Chaîne de Résultats de l'Axe Prévention

7 .3.6.1.1 Résultat d'Effet de l'Axe Prévention

Effet 1 : L'incidence des IST et la proportion des nouvelles infections à VIH sont réduites de 30% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires d'ici 2015

7 .7.6.1.2 Sous-Effets de l'Axe Prévention

Effet 1 : L'incidence des IST et la proportion des nouvelles infections à VIH sont réduites de 30% dans la population générale et les groupes cibles prioritaires d'ici 2015	
Sous-Effet 1.1:	L'incidence des IST et du VIH baisse de 25% dans la population générale
Sous-Effet 1.2	L'incidence des IST et du VIH baisse de 50% dans les groupes cibles prioritaires (jeunes, PS, HSH, autres PHV)
Sous-Effet 1.3	La proportion de la population ayant effectué un dépistage volontaire augmente de 6% à 35%
Sous-Effet 1.4:	La transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduite de 7% à 3% d'ici 2015
Sous-Effet 1.5:	La sécurité transfusionnelle et la prévention des accidents d'expositions au sang et autres liquides biologiques sont assurées à 100%

Extrants majeurs et stratégies par Sous-Effet

Sous-Effet 1.1 : L'incidence des IST et du VIH baisse de 25 % dans la population générale

Extrant majeur du sous-effet 1.1:

Extrant 1.1.1 : L'utilisation appropriée des principales méthodes de prévention des IST/VIH/sida est effective dans la population sexuellement active

Stratégies du sous-Effet 1.1:

- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et féminin
- Promotion de l'utilisation systématique et correcte du préservatif masculin et féminin (communication, marketing social) lors des rapports sexuels à risque et des autres méthodes de prévention des IST/VIH/sida

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la lutte contre le sida

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires techniques et Financiers

Extrant 1.1.2 : L'offre d'une prise en charge médicale de qualité des IST est disponible dans au moins 80% des structures de santé au niveau de chaque district

Stratégies :

- Promotion de la prise en charge par l'approche syndromique
- Renforcement de l'offre des services IST

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la lutte contre le sida

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires techniques et Financiers

Sous-Effet 1.2 : L'incidence des IST et du VIH baisse de 50% dans les groupes cibles prioritaires (jeunes, PS, HSH, autres PHV)

Extrants majeurs du sous-Effet 1.2 :

Extrant 1.2.1	80% des jeunes (15-24 ans) adoptent des comportements sexuels à moindre risque
Extrant 1.2.2	90% des populations hautement vulnérables (PS, HSH, Les personnes en uniforme, les populations carcérales, les routiers, les UDI, les enfants de la rue) bénéficient des programmes de prévention de qualité

- ***Stratégies par Extrant du sous-effet 1.2***

Extrant 1.2.1 : 80% des jeunes (12-24 ans) adoptent des comportements sexuels à moindre risque

Stratégies

- Promotion des moyens de prévention contre le VIH et les IST chez les jeunes scolarisés ou non scolarisés (prendre en compte la question du sexe intergénérationnel et la communication parent-enfant)
- Création d'un environnement favorable à l'utilisation des services de SR/VIH pour les jeunes

Responsables du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de l'éducation
- Ministère en charge de la jeunesse et sport
- Ministère en charge de la famille et des affaires sociales

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires Techniques et Financiers
- Réseaux des jeunes

Extrant 1.2.2 :
90% des Populations Hautement Vulnérables (PS, HSH, DUI, Population carcérale, autres) bénéficient des programmes de prévention de qualité

Stratégies

- Renforcement de la prévention et du dépistage des IST et du VIH chez les HSH
- Renforcement de la prévention et du dépistage des IST et du VIH chez les PS
- Renforcement de la prévention et du dépistage des IST et du VIH en milieu carcéral en milieu carcéral, chez les hommes en uniformes, les routiers, les UDI, les enfants de la rue

Responsables du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la Lutte contre le Sida;
- Ministère de l'Intérieur
- Ministère de la Défense

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires Techniques et Financiers
- Les Faîtières d'ONG
- Les ONG d'HSH
- ONG PS
- Associations des hommes en uniformes

Extrant 1.2.3 : 70% de HSH adoptent des comportements sexuels à moindre risque

Stratégies

- Renforcement des structures médicales et communautaires pour l'offre des services pour la prévention du VIH et la prise en charge des IST chez les HSH
- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et du gel lubrifiant chez les HSH
- Promotion de l'utilisation systématique et correcte du préservatif masculin et du gel lubrifiant
- Promotion de la réduction de la vulnérabilité des HSH (lutte contre les VBG, création des AGR, amélioration de l'environnement de travail des acteurs etc.)

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la Lutte contre le Sida;

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires Techniques et Financiers
- Les ONG d'HSH

Extrant 1.2.4 : Les personnes en uniforme, les populations carcérales, les routiers, les UDI, les enfants de la rue, bénéficient des programmes de prévention appropriés (spécifiques)

Stratégies

- Renforcement des capacités des acteurs et des structures pour la mise en œuvre des programmes de prévention des IST/VIH/sida spécifiques à ces groupes cibles
- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et féminin chez ces groupes cibles
- Renforcement des structures médicales pour l'offre de services pour la prise en charge des IST (Kits IST, révision régulière des algorithmes, etc.)

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la Lutte contre le Sida;

Partenaires stratégiques

- Les Ministères en charge de la Défense, de la Sécurité Intérieure, des Douanes, et des Eaux et Forêts
- Le Ministère en charge de la Jeunesse
- Le Ministère en charge de la Famille, de l'Enfant et des Affaires Sociales
- Le Ministère en charge de l'Education Nationale;
- Le Ministère en charge des Transports;
- Le Ministère en charge de la Justice

Sous-Effet 1.3 : La proportion de la population ayant effectué un dépistage volontaire augmente de 6% à 35% d'ici 2015

Extrant majeur du sous-Effet 1.3:

Extrant 1.3.1 : **35% de la population connaissent leur statut sérologique**

Stratégies

- Promotion du conseil et dépistage (mobilisation communautaire, CCC, etc.)
- Accroissement de l'offre et de la qualité des services de dépistage (CDV, Passage à l'échelle du Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire : CDIP, stratégie avancée, référence et contre référence des personnes dépistées positives)

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la Santé et de la Lutte contre le Sida;

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires Techniques et Financiers

Sous-Effet 1.4: La transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduite de 7% à 3% d'ici 2015

Extrant majeurs du sous-Effet 1.4:

Extrant 1.4.3	95% des femmes en âge de procréer et leurs partenaires bénéficient de programme de prévention VIH de qualité
'Extrant 1.4.4	90% des femmes en âge de procréer y compris les femmes séropositives au VIH et leurs conjoints ont leurs besoins en planification familiale couverts

Stratégies par Extrant

Extrant 1.4.1 : 95% des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes bénéficient de programme de prévention VIH de qualité

Stratégies

- Communication pour le changement de comportement sur le VIH/sida en direction des femmes en âge de procréer
- Promotion de l'utilisation des services SMNI/VIH (CPN en particulier)
- Mobilisation communautaire (y compris les conjoints) sur les questions VIH/SMNI
- Renforcement de la plate forme VIH/SMNI (accroissement de l'offre et amélioration de la qualité)

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

- Les ONG
  Partenaires techniques et financiers

Extrant 1.4.2 : 90% des femmes enceintes séropositives et leurs enfants bénéficient d'une PEC adéquate des services de PTME.

Stratégies

- Rapprochement de l'offre de services complet de PTME des populations
- Renforcement du leadership, de la coordination et de la gestion à tous les niveaux Renforcement des performances des activités PTME
- Promotion du dépistage pédiatrique du VIH des enfants issus de la PTME et d'autres portes d'entrée (vaccination, pesées, diététique, etc.)
- Renforcement du traitement par les ARV et du soutien nutritionnel des femmes enceintes séropositives (allaitantes) et de leurs enfants

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Le Ministère en charge de la Santé et de la lutte contre le sida
- Le Ministère en charge de la Famille, de l'Enfant et des Affaires Sociales

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires Techniques et Financiers
- Les ONG

Sous-Effet 1.5: La sécurité transfusionnelle et la prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques sont assurées à 100% d'ici 2015

Extrant majeurs du sou-effet 1.5 :

Extrant 1.5.1	Le programme de fidélisation des donneurs réguliers est renforcé d'ici 2015
Extrant 1.5.2	L'offre de service des centres nationaux et régionaux de transfusion sanguine est renforcée sur l'étendue du territoire d'ici 2015
Extrant 1.5.3	Le système national d'hémovigilance est opérationnel dans 100% des hôpitaux offrant des services de transfusion sanguine
Extrant 1.5.4	100% des prestataires de soins exposés aux AES et autres personnes survivantes de violences sexuelles bénéficient d'une prise en charge adéquate d'ici 2015

Stratégies par Extrant

Extrant 1.5.1 : Le programme de fidélisation des donneurs réguliers est renforcé d'ici 2015

Stratégies

- Promotion du don de sang bénévole et volontaire non rémunéré
- Amélioration de la sélection médicale des donneurs de sang

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Le Ministère en charge de la Santé

Partenaires stratégiques

- Les Organisations de donneurs de sang

Extrant 1.5.2 L'offre de service des centres nationaux et régionaux de transfusion sanguine est renforcée sur l'étendue du territoire d'ici 2015

Stratégies

- Renforcement des capacités des centres de transfusion sanguine pour la collecte et la distribution de poches de sang sécurisées

- Renforcement des capacités des centres de transfusion pour la production de poches de sang sécurisé en quantité et qualité

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Le Ministère en charge de la Santé

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires Techniques et Financiers

Extrant 1.5.3 : Le système national d'hémovigilance est opérationnel dans 100% des hôpitaux offrant des services de transfusion sanguine

Stratégies

- Renforcement des capacités des structures en matière d'hémovigilance
- Extension des comités d'hémovigilance à tous les hôpitaux offrant des services de transfusion

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Le Ministère en charge de la Santé/CNTS

Partenaires stratégiques

- Les Organisations de donneurs de sang

Extrant 1.5.4 : 100% des prestataires de soins exposés aux AES et autres personnes survivantes de violences sexuelles bénéficient d'une prise en charge adéquate d'ici 2015

Stratégies

- Promotion de l'hygiène et de la sécurité en milieux de soins (précautions universelles/élimination des déchets)
- Renforcement des capacités des professionnels de santé en prévention et prise en charge des AES
- Renforcement des capacités des prestataires de santé et des acteurs sociaux sur la prise en charge des violences sexuelles
- Disponibilité des kits PEP dans les structures appropriées
- Renforcement du système de notification des cas d'AES et de violences sexuelles

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

7 .4.6.1 Chaîne de Résultats de l'axe prise en charge : traitement ARV, soins et soutien

7 .7.6.1.2 Résultat d'Effet de l'Axe Prise en Charge

Effet 2 : L'espérance de vie des adultes (Hommes et Femmes) et des enfants vivant avec le VIH a augmenté d'ici 2015

7 .8.6.1.2 *Sous-Effets de l'Axe Prise en Charge*

Effet 2: L'espérance de vie des adultes (Hommes et Femmes) et des enfants vivant avec le VIH a augmenté d'ici 2015	
Sous-Effet 2.1:	Au moins 80% des patients adultes et adolescents éligibles au traitement sont sous ARV d'ici 2015
Sous-Effet 2.2	Au moins 95% des enfants infectés par le VIH bénéficient d'un traitement ARV d'ici 2015
Sous-Effet 2.3	Au moins 80% des patients PVVIH bénéficient des traitements contre les infections opportunistes
Sous-Effet 2.4:	Au moins 80% des patients PVVIH bénéficient de soins et soutien d'ici 2015

Extrants majeurs et strategies par Sous-Effet

Sous-Effet 2.1: Au moins 80% des patients adultes et adolescents éligibles au traitement sont sous ARV d'ici 2015

Extrants du sous-Effet 2.1

Extrant 2.1.1	L'offre d'une prise en charge médicale de qualité des patients VIH est disponible dans au moins 80% des structures de santé au niveau de chaque district
Extrant 2.1.2	Le taux de perdus de vue au niveau des sites de prise en charge est réduit de 50 %

Stratégies par Extrant majeur

Extrant 2.1.1 : L'offre d'une prise en charge médicale de qualité des patients VIH est disponible dans au moins 80% des structures de santé au niveau de chaque district

Stratégies

- Renforcement des capacités des structures sanitaires de chaque district pour l'offre de service de prise en charge
- Disponibilisation des médicaments et intrants stratégiques
- Amélioration de la qualité des soins et services de PEC médicale des PVVIH (adultes et enfants)

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

Extrant 2.1.2 : Le taux de perdus de vue au niveau des sites de prise en charge est réduit de 50 %

Stratégies

- Renforcement de l'aide à l'observance des traitements dans les structures de santé
- Renforcement de l'implication des communautaires à l'aide à l'observance des traitements

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Santé

Partenaires stratégiques

- Les ONG
- Les partenaires institutionnels

Sous-Effet 2.2: Au moins 95% des enfants infectés par le VIH, bénéficient d'un traitement ARV d'ici 2015

Extrants majeurs et stratégies

Extrant 2.2.1 : L'offre de prise en charge pédiatrique est disponible dans 100% des sites de prise en charge adulte au niveau de chaque district

Stratégies

- Accroissement de l'offre de service de PEC pédiatrique au niveau de chaque district
- Renforcement de l'offre de dépistage pédiatrique

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Santé

Sous-Effet 2.3: Au moins 80% des patients PVVIH bénéficient des traitements contre les infections opportunistes

Extrants majeurs et strategies par Sous-Effet

Extrant 2.3.1	100% des patients coinfectés VIH/TB, Hépatite B sont pris en charge selon les normes nationales
Extrant 2.3.2	80% des patients PVVIH bénéficient d'une prise en charge pour les autres infections opportunistes

Extrant 2.3.1 : 100% des patients coinfectés VIH/TB, Hépatite B sont pris en charge selon les normes nationales

Stratégies

- Renforcement du diagnostic et de la prise en charge des coinfections Hépatite B/Paludisme
- Renforcement des capacités technique des CDT/CAT pour la prise en charge de la coïnfection TB/VIH
- Renforcement des capacités des prestataires à la PEC des coïnfections TB/VIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Santé

Extrant 2.3.2 : 80% des patients PVVIH bénéficient d'une prise en charge pour les autres infections opportunistes

Stratégies

- Disponibilisation des médicaments et intrants stratégiques pour la prise en charge des infections opportunistes

Sous-Effet 2.4: Au moins 80% des patients PVVIH bénéficient de soins et soutien d'ici 2015

Extrants majeurs et strategies par Sous-Effet

Extrant 2.4.1	80% des patients (adultes et enfants) bénéficient d'une PEC nutritionnelle (soins et soutien alimentaire)

Extrant 2.4.2	80% des patients (adultes et adolescents) bénéficient de la prévention de la transmission du VIH chez les PVVIH
Extrant 2.4.3	80% des PIAVIH bénéficient de soutien psychologique et spirituel
Extrant 2.4.4	80% des PIAVIH bénéficient d'un soutien social

Extrant 2.4.1 : 80% des patients (adultes et enfants) bénéficient d'une PEC nutritionnelle

Stratégies

- Renforcement des capacités institutionnelles des structures de PEC et des prestataires de soins et de services
- Renforcement de la participation communautaire au soutien nutritionnel et alimentaire aux PIAVIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

Partenaires stratégiques

- Les ONG
- Les partenaires institutionnels

Extrant 2.4.2 : 80% des patients (adultes et adolescents) bénéficient de la prévention de la transmission du VIH chez les PVVIH

Stratégies

- Renforcement des capacités des prestataires médicaux et des communautaires en matière de prévention de la transmission du VIH chez les PVVIH
- Renforcement de l'implication des communautaires dans la prévention du VIH chez les PVVIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

Partenaires stratégiques

- Les ONG
- Les partenaires institutionnels

Extrant 2.4.3 : 80% des PIAVIH bénéficient de soutien psychologique et spirituel

Stratégies

- Renforcement des capacités des prestataires médicaux et des communautaires au soutien psychologique

- Renforcement des capacités des communautaires au soutien spirituel

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

Partenaires stratégiques

- Les ONG
- Les partenaires institutionnels

Extrant 2.4.4 : 80% des PIAVIH bénéficient d'un soutien social

Stratégies

- Renforcement des capacités des communautaires pour le soutien social des PIAVIH
- Mise à disposition d'appuis pour le soutien social aux PIAVIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

Partenaires stratégiques

- Les ONG
- Les partenaires institutionnels

7 .3.6.2 Chaîne de résultats de l'axe réduction de l'impact socio-économique

7 .3.6.2.1 Résultat d'Effet de l'Axe " Réduction de l'Impact Socio-Economique":

Effet 3 : Le Bien-être économique et social des PIAVIH et des OEV est amélioré, d'ici 2015

7 .3.6.2.2 Sous-Effets de l'Axe Réduction de l'Impact

Effet 3: Le Bien-être économique et social des PIAVIH et des OEV est amélioré, d'ici 2015	
Sous-Effet 3.1:	80% des personnes infectées et/ou affectées par le VIH sont protégées contre la discrimination et la stigmatisation basée sur leur statut d'ici 2015
Sous-Effet 3.2	Au moins 80% des PIAVIH bénéficient d'un soutien socio-économique d'ici 2015
Sous-Effet 3.3	50% d'OEV bénéficient d'un soutien (scolaire, juridique, économique, etc.) approprié d'ici 2015

Extrants majeurs et strategies par Sous-Effet

Sous-Effet 3.1: 80% des personnes infectées et /ou affectées par le VIH sont protégées contre la discrimination et la stigmatisation basée sur leur statut d'ici 2015

Extrant 3.1.1	Les lois sont adoptées et appliquées
Extrant 3.1.2	Les PIAVIH connaissent leurs droits et leurs devoirs et les exercent
Extrant 3.2.3	La communauté, les leaders d'opinion et les familles connaissent les droits et les devoirs des PIAVIH

Extrant 3.1.1 : Les lois sont adoptées et appliquées

Stratégies

- Conduite de plaidoyer pour l'adoption du projet de loi sur le VIH/sida
- Vulgarisation des dispositifs légaux qui protègent contre la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PIAVIH

- Renforcement des capacités des professionnels du droit (personnel de justice, police, gendarmerie etc.) en matière de stigmatisation et de discrimination des PIAVIH
- Redynamisation de l'observatoire pour le respect des droits des PIAVIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

- Assemblée nationale
- Ministère en charge de la Justice;
- Ministère en charge de la Communication
- Ministère en charge de l'emploi
- Société civile

Extrant 3.1.2 : Les PIAVIH connaissent leurs droits et leurs devoirs et les exercent

Stratégies

- Renforcement des capacités des PIAVIH à la connaissance et à l'exercice de leurs droits et devoirs

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

- Ministère en charge de la Justice
- Ministère en charge de la Communication

La Société civile

Extrant 3.1.3 : La communauté, les leaders d'opinion et les familles connaissent les droits et les devoirs des PIAVIH

Stratégies

- Renforcement du Principe GIPA[28]
- Promotion de la protection des droits et devoirs des PIAVIH au sein des communautés

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la Communication

Partenaires stratégiques

- Ministère en charge de la lutte contre le Sida;

[28] Le GIP
A (Greater Involvement of People living with HIV/AIDS) est un principe selon lequel les PVVIH sont utilisées comme personnes ressources dans la planification et la mise en œuvre des interventions de lutte contre le Sida.

- Ministère en charge de la Justice
- Ministere en charge des Affaires Sociales
- La Société civile

Sous-Effet 3.2: Au moins 80% des PIAVIH bénéficient d'un soutien socio-économique d'ici 2015

Extrant 3.2.1	Les PIAVIH ont accès aux services économiques et sociaux
Extrant 3.2.2	les PIAVIH sont autonomes sur le plan économique et social

Extrant 3.2.1 : Les PIAVIH ont accès aux services économiques et sociaux

Stratégies

- Renforcement des capacités institutionnelles des réseaux ou associations de PIAVIH
- Renforcement du soutien psychosocial et économique aux PIAVIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires Techniques et Financiers ;
- Les Faîtières d'ONGs

Extrant 3.2.2 : Les PIAVIH sont autonomes sur le plan économique et social

Stratégies

- Renforcement des filets de sécurité au profit des PIAVIH vulnérables suivant l'approche communauté/famille[29]

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

- Ministere en charge de l'Economie et des Finances
- Ministere en charge de l'Emploi
- Les Partenaires Techniques et Financiers;
- Les Faîtières et réseaux d'ONGs

[29] Cette approche consiste à prendre en compte la communauté/famille comme référent de garantie de succès des AGR développées en direction des OEV et des PVVIH

<u>Sous-Effet 3.3</u>: 50% d'OEV bénéficient d'un soutien approprié (scolaire, juridique, économique, alimentaire, etc.) d'ici 2015

Extrant 3.3.1	Les OEV bénéficient de soutiens appropriés (scolaire, sanitaire, nutritionnel, juridique et protection) de qualité

Extrant 3.3.1 : Les OEV bénéficient de soutiens appropriés (scolaire, sanitaire, nutritionnel, juridique et protection) de qualité

<u>Stratégies</u>

- Renforcement du dispositif de soutien juridique et de protection des droits des OEV
- Renforcement des capacités des travailleurs sociaux, groupes communautaires de soutien engagés dans les activités de soins et soutiens aux OEV
- Mise en place d'un mécanisme de suivi de la qualité de la prise en charge des OEV

<u>Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :</u>

- Ministère en charge des Affaires Sociales;

<u>Partenaires stratégiques</u>

- Ministère en charge de la Santé;
- Ministère en charge de l'Education Nationale;
- Ministère en charge de la Justice
- Ministere en charge de la Famille et de l'Enfant
- Ministere en charge de la Lutte contre le Sida

7 .3.6.3 Chaîne de Résultats de l'Axe Gouvernance

7 .3.6.3.1 Résultat d'Effet de l'Axe Gouvernance de la Réponse

Effet 4 : La Gouvernance de la réponse nationale à l'infection à VIH, au sida et aux IST est plus performante

7 .3.6.3.2 Sous-Effets de l'Axe Gouvernance

Effet 4: La Gouvernance de la réponse nationale à l'infection à VIH, au sida et aux IST est plus performante d'ici 2015	
Sous-Effet 4.1:	D'ici 2015, 100% des cadres de coordination sont opérationnels à tous les niveaux
Sous-Effet 4.2	D'ici 2015, 100% des besoins financiers sont couverts et les ressources utilisées de manière optimale pour la mise en œuvre du PSN
Sous-Effet 4.3	D'ici 2015, 80% des besoins en informations stratégiques de qualité sont couverts à temps
Sous-Effet 4.4	D'ici 2015, 80% des structures du système communautaire contribuent efficacement à la réponse nationale
Sous-Effet 4.5	D'ici 2015, 50% des entreprises d'au moins 30 employés contribuent efficacement à la réponse nationale
Sous-Effet 4.6	D'ici 2015, la disponibilité des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins de qualité est assurée à 95% à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Extrants majeurs et strategies par Sous-Effet

<u>Sous-Effet 4.1</u>: D'ici 2015, 100% des cadres de coordination sont opérationnels à tous les niveaux

Extrant 4.1.1	Les capacités institutionnelles des organes et des acteurs de coordination sont renforcées
Extrant 4.1.2	Les appuis des donateurs sont alignés sur le cadre stratégique national
Extrant 4.1.3	Tous les plans opérationnels (sectoriels, régionaux et départementaux, etc.)

	sont élaborés et gérés selon la planification axée sur les résultats intégrant le genre et les droits humains
Extrant 4.1.4	Les différents acteurs rendent compte de leurs interventions aux instances de coordination selon leur niveau

Extrant 4.1.1 : Les Capacités Institutionnelles des Organes et des acteurs de Coordination sont renforcées ;

Stratégies

- Extension de la décentralisation, de la déconcentration et de la multisectorialité ;
- Renforcement du cadre institutionnel/réglementaire et des mécanismes de coordination
- Renforcement des capacités des acteurs des organes de coordination
- Promotion du leadership national aux niveaux central, sectoriel et décentralisé

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Le CNLS/Le Ministère en charge de la santé et de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

- Le Ministère chargé des Finances;
- Le Ministère chargé de l'Intérieur;
- Les Organes de Coordination sectoriels et décentralisés

Extrant 4.1.2 : Les appuis des donateurs sont alignés sur le cadre stratégique national

Stratégies

- Définition d'un cadre de partenariat
- Actualisation annuelle des besoins nationaux sur la lutte contre le sida
- Renforcement du cadre de coordination des partenaires

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- CNLS/ Le Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en oeuvre

- Le Ministère des Affaires étrangères (Direction de la Coopération internationale);
- Le Ministère chargé des Finances;
- ONUSIDA
- PEPFAR

Extrant 4.1.3 : Tous les plans opérationnels de lutte contre le sida (régionaux, départementaux, sectoriels…) sont élaborés et gérés selon la planification axée sur les résultats intégrant le genre et les droits humains

Stratégies

- Renforcement des capacités des acteurs
- Appui technique et financier à l'élaboration des plans
- Renforcement de l'intégration du VIH dans les plans de développement locaux et sectoriels

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- CNLS/Ministère en charge de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en oeuvre

- Le Ministère chargé de la coordination nationale des questions de genre
- Les Organes de Coordination sectorielle et décentralisée
- ONUSIDA;
- PNUD
- PEPFAR
- Fonds Mondial

Extrant 4.1.4 : Les différents acteurs rendent compte de leurs interventions aux instances de coordination selon leur niveau

Stratégies

- Amélioration de la gouvernance dans la mise en œuvre du plan stratégique national

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- CNLS/Ministère en charge de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en oeuvre

- Les Organes de Coordination sectorielle et décentralisée
- Les Partenaires Financiers

Sous-Effet 4.2: D'ici 2015, 100% des besoins financiers sont couverts et les ressources utilisées de manière optimale pour la mise en œuvre du PSN

Extrant 4.2.1	La contribution de l´Etat au financement de la lutte contre le Sida a augmenté de 10 à 25%
Extrant 4.2.2	La contribution du secteur privé dans le financement de la lutte contre le Sida a augmenté de 10 à 25%
Extrant 4.2.3	La mobilisation des ressources auprès des partenaires internationaux est accrue de 10 % d'ici 2015
Extrant 4.2.4	Un cadre consensuel et commun de gestion des ressources de la lutte contre le VIH/sida est mis en place et fonctionne

Extrant 4.2.1 : La contribution de l´État au financement de la lutte contre le Sida a augmenté

Stratégies

- Mise en place de nouveaux mécanismes de mobilisation des ressources ;
- Renforcement des mécanismes de mobilisation des ressources existants

sida**Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:**

- Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le Sida

Partenaire de mise en oeuvre

Ministère chargé du Budget

Extrant 4.2.2 : La contribution du secteur privé dans le financement de la lutte contre le sida a augmenté

Stratégies

- Renforcement du partenariat public-privé
- Renforcement des mesures incitatives en faveur des acteurs du privé et des systèmes communautaires.

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le sida

Partenaire de mise en oeuvre

- Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire contre le Sida et les autres pandémies
- Ministère chargé des Finances (Direction générale des Impôts)

Extrant 4.2.3 : La mobilisation des ressources auprès des partenaires internationaux est accrue de 10 % d'ici 2015

Stratégies

- Création et opérationnalisation d'un cadre favorable à l'investissement des partenaires en faveur de la lutte contre le VIH ;
- Renforcement des capacités des acteurs nationaux sur les procédures de mobilisation de ressources auprès des partenaires internationaux ;

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- CNLS/Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en oeuvre

- Ministère chargé du Budget

- ONUSIDA

Extrant 4.2.4 : Un cadre consensuel et commun de gestion des ressources de la lutte contre le VIH/sida est mis en place et fonctionne

Stratégies

- Définition et mise en œuvre de procédures consensuelles (comptables, financières et passation de marché) de gestion de ressources

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- CNLS/Ministère en charge de la santé et de de la Lutte contre le Sida

Partenaire de mise en oeuvre

- Ministère chargé du Budget
- Partenaires Financiers de la lutte contre le Sida en Côte d'ivoire;

Sous-Effet 4.3: D'ici 2015, 80% des besoins en informations stratégiques de qualité sont couverts à temps

Extrant 4.3.1	Les systèmes d'information de routine sont fonctionnels
Extrant 4.3.2	La disponibilité des ressources humaines impliquées dans le S&E en effectif et en compétence est assurée
Extrant 4.3.3	Les informations stratégiques produites sont en adéquation avec la demande
Extrant 4.3.4	Les informations issues du système national de surveillance de seconde génération sont utilisées pour la prise de décision
Extrant 4.3.5	Les informations stratégiques produites sont utilisées pour améliorer la gestion logistique des ARV et intrants stratégiques
Extrant 4.3.6	Le Suivi et Évaluation du PSN 2012-2015 est assuré

Extrant 4.3.1 : Les systèmes d'information de routine sont fonctionnels

Stratégies

- Intégration de tous les secteurs dans le système d'information sanitaire
- Renforcement des capacités des acteurs en charge de l'information stratégique
- Accroissement des ressources internes allouées au suivi-évaluation

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le Sida

Partenaire de mise en oeuvre

- Groupe Technique National de l'Information Stratégique (GTNIS)
- Les Réseaux d'ONG
- CECI
- CSLS

Extrant 4.3.2 : La disponibilité de ressources humaines impliquées dans le S&E en effectif et en compétence est assurée

Stratégies

- Développement de mécanismes de motivation du personnel en S&E basé sur la performance dans les différents secteurs (public et société civile) ;
- Intégration des modules de formation en collecte et gestion des données dans les institutions de formation de base et continue des personnels de santé et agents sociaux

- Renforcement des capacités du personnel en suivi et évaluation.

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le Sida

Partenaire de mise en oeuvre

- GTNIS
- Les Réseaux d'ONG
- CECI

Extrant 4.3.3 : Les informations stratégiques produites sont en adéquation avec la demande

Stratégies

- Renforcement des capacités des décideurs en demande et utilisation de l'information
- Diffusion de l'information sur la lutte contre le VIH et le sida

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le sida

Partenaire de mise en oeuvre

- GTNIS;
- Les organes de Coordintion sectorielle et décentralisée
- Les Réseaux d'ONG
- CECI

Extrant 4.3.4 : Les informations issues du système national de surveillance de 2nde génération sont utilisées pour la prise de décision

Stratégies

- Accroissement des ressources financières allouées à la surveillance épidémiologique et des autres études
- Renforcement de la recherche opérationnelle

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le Sida;

Partenaire de mise en oeuvre

- Ministère en charge de la recherche
- GTNIS
- Les organes de Coordintion sectorielle et décentralisée
- Les Réseaux d'ONG
- CECI

Extrant 4.3.5 : Les informations stratégiques produites sont utilisées pour améliorer la gestion logistique des ARV et intrants stratégiques

Stratégies

- Renforcement du circuit de transmission des données de gestion des stocks de médicaments et intrants stratégiques

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le Sida (Pharmacie de la Santé Publique)

Partenaire de mise en oeuvre

- GTNIS

Extrant 4.3.6 : Le Suivi-Évaluation du PSN 2012-2015 est assuré

Stratégies

- Développement et mise en œuvre du Plan national de l'information Stratégique sur le VIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le Sida (Direction chargée du Suivi-Evaluation)

Partenaire de mise en oeuvre

- GTNIS

Sous-Effet 4.4: D'ici 2015, 80% des structures du système communautaire contribuent efficacement à la réponse nationale

Extrant 4.4.1	Les acteurs du système communautaire mènent un plaidoyer efficace en matière de VIH, genre et droit de l'homme au niveau national et régional d'Ici 2015
Extrant 4.4.2	Un cadre de partenariat multisectoriel de coordination efficace est mis en place entre public-privé-système communautaire d'ici 2015
Extrant 4.4.3	Les ressources et les capacités des acteurs des systèmes communautaires sont renforcées d'ici 2015
Extrant 4.4.4	Les prestations de services communautaires sont de meilleure qualité et accessibles à 80% des cibles d'ici 2015
Extrant 4.4.5	La gouvernance du système communautaire est améliorée d'ici 2015

Extrant 4.4.1 : Les acteurs du système communautaire mènent un plaidoyer efficace en matière de VIH, genre et droit de l'homme au niveau national et régional d'Ici 2015

Stratégies

- Renforcement des compétences des acteurs du système communautaire en matière de plaidoyer et de dialogue politique au niveau national et régional ;
- Sensibilisation communautaires aux questions de genre, d'orientation sexuelle, de pratiques socioculturelles néfastes contre les PVVIH et autres populations vulnérables

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en oeuvre

- Les réseaux d'ONG
- Le Ministère chargé de la Justice
- Le Ministère en charge de la femme, de la famille
- UNFPA

Extrant 4.4.2 : Un cadre de partenariat multisectoriel de coordination efficace est mis en place entre public-privé-système communautaire d'ici 2015

Stratégies

- Renforcement du réseautage et de la coordination communautaire
- Renforcement de la collaboration entre les structures de santé et les organisations à base communautaire dans le cadre du continuum des soins
- Développement d'un partenariat stratégique et opérationnel entre les secteurs public-privé et le système communautaire

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère chargé de la santé et de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en oeuvre

- Les réseaux d'ONG
- CECI

Extrant 4.4.3 : Les ressources et les capacités des acteurs du système communautaire sont renforcées d'ici 2015

Stratégies

- Renforcement des ressources humaines communautaires en nombre et en qualité
- Amélioration de la gestion des ressources matérielles et équipements au niveau du système communautaire
- Mobilisation des ressources financières pour la mise en œuvre des programmes/projets des acteurs communautaires

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Les réseaux d'ONG

Partenaires de mise en oeuvre

- Le ministère en charge de la santé de la lutte contre le sida
- Les Partenaires

Extrant 4.4.4 :
D'ici 2015, 80% des populations cibles bénéficient de prestations de service communautaire de meilleure qualité

Stratégies

- Mise en synergie des activités et services communautaires sur tous les sites d'interventions par les acteurs du système communautaire
- Extension de la couverture des activités et prestations communautaires dans les zones rurales

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Les réseaux d'ONG

Partenaires de mise en oeuvre

- Le ministère en charge de la santé et de la lutte contre le sida DPS

Extrant 4.4.5 : La Gouvernance du système communautaire est améliorée d'ici 2015

Stratégies

- Renforcement des capacités organisationnelles et du leadership des acteurs du système communautaire
- Renforcement des capacités gestionnaires (y compris le rapportage) des organisations communautaires

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Les réseaux d'ONG

Partenaires de mise en oeuvre

- Le ministère en charge de la santé et de la lutte contre le sida

<u>Sous-Effet 4.5</u>: D'ici 2015, 50% des entreprises d'au moins 30 employés contribuent efficacement à la réponse nationale

Extrant 4.5.1	Un cadre de partenariat multisectoriel de coordination efficace est mis en place
Extrant 4.5.2	Les ressources et les capacités des acteurs du secteur privé sont renforcées
Extrant 4.5.3	Les services de prévention, de traitement de soins et soutien du secteur privé sont accessibles et de meilleure qualité
Extrant 4.5.4	La gouvernance au sein de la CECI et des faîtières du secteur privé est améliorée

Extrant 4.5.1 : Un cadre de partenariat multisectoriel de coordination efficace est mis en place

<u>Stratégies</u>

- Promotion de partenariats stratégiques et opérationnels, dans le cadre du PPP (Partenariats Public – Privé - Société Civile et Confessionnelle)

<u>Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :</u>

- CECI

<u>Partenaires stratégiques</u>

- Ministère en charge de la santé et de la Lutte contre le Sida
- Les Faîtières d'ONG

Extrant 4.5.2 : Les ressources et les capacités des acteurs du secteur privé sont renforcées en matière de lutte contre le sida

<u>Stratégies</u>

- Renforcement des capacités des acteurs du secteur privé en matière de lutte contre le sida.
- Mobilisation des ressources par les acteurs du secteur privé pour la mise en œuvre de leurs programmes

<u>Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :</u>

- CECI

<u>Partenaires stratégiques</u>

- Les Faîtières d'entreprises du secteur privé
- Ministère en charge des finances

Extrant 4.5.3 : Les services de prévention, de traitement de soins et soutien du secteur privé sont accessibles et de meilleure qualité

Stratégies

- Renforcement de l'intégration des services VIH dans les structures médicales du secteur privé
- Amélioration de la collaboration entre le personnel des structures médicales du secteur privé et les acteurs du système communautaire dans le cadre du continuum de soins
- Renforcement de la mise en œuvre des politiques en matière de VIH, droits humains et genre au sein des entreprises privées

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le sida

Partenaires stratégiques

- CECI
- Les entreprises
- Les cliniques privées

Extrant 4.5.4 : La gouvernance au sein de la CECI et des faîtières du secteur privé est améliorée

Stratégies

- Alignement sur le PSN du programme stratégique du secteur privé
- Renforcement des capacités organisationnelles et du leadership des acteurs des comités d'entreprises et de la CECI
- Renforcerment des capacités des acteurs du secteur privé en matière de rapportage

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- CECI

Partenaires stratégiques

- Les Faîtières d'entreprises du secteur privé

<u>Sous-Effet 4.6</u>: D'ici 2015, la disponibilité des ARV, intrants stratégiques, aliments thérapeutiques et préservatifs masculins et féminins de qualité est assurée à 95% à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Extrant 4.6.1	Le processus d'approvisionnement des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins au niveau central est amélioré d'ici 2015
Extrant 4.6.2	Le processus de distribution des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins est amélioré d'ici 2015
Extrant 4.6.3	La gestion des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins à la périphérie est amélioré d'ici 2015

Extrant 4.6.1 : Le processus d'approvisionnement des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins au niveau central est amélioré

<u>Stratégies</u>

- Amélioration de la disponibilité des données sanitaires et logistiques de qualité
- Amélioration du processus de quantification

<u>Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :</u>

- Ministère chargé de la Santé et de la lutte contre le sida

Extrant 4.6.2 : Le processus de distribution des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins est amélioré d'ici 2015

<u>Stratégies</u>

- Amélioration de la fréquence et des conditions de la distribution des ARV et des intrants stratégiques

<u>Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :</u>

- Ministère chargé de la santé et de la lutte contre le sida

Extrant 4.6.3 : La gestion des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins à la périphérie est amélioré d'ici 2015

<u>Stratégies</u>

- Renforcement des capacités des gestionnaires et dispensateurs impliqués dans la distribution ou la mise à disposition des produits

<u>Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :</u>

- Ministère chargé de la santé et de la lutte contre le sida(NPSP-CI)

7.3.7 Renforcement du Système de santé

Les changements désirés et exprimés par axes stratégiques dans ce PSN ne peuvent s'opérer que si la Côte d'Ivoire dispose d'un système de santé solide. De ce fait, il est opportun de renforcer les différents piliers du Système de santé. Cette action concernera aussi bien les Ressources humaines, les infrastructures et équipements que le système d'approvisionnement et de gestion de la chaîne d'approvisionnement.

7 .3.7.1 Ressources humaines

La rétention du personnel de santé existant et le recrutement de personnel médical et para médical supplémentaire (médecins, infirmiers, assistants, techniciens de laboratoire) et d'agents de santé communautaire sont nécessaires pour atteindre les objectifs fixés pour ce PSN. Ainsi, le personnel de santé sera, régulièrement supervisé et recyclé en vue de la mise à jour de leur connaissance.

En outre, il importe d'améliorer le niveau de motivation de ce personnel pour qu'il offre les services de meilleure qualité aux usagers. Un plaidoyer sera fait pour faire adopter au niveau national, un système de motivation financière du personnel basé sur la performance et le rendement des services et des agents.

La délégation des tâches, principalement le transfert, aux infirmières et infirmiers formés, de certaines responsabilités actuellement réservées aux médecins, comme le suivi régulier des patients sous traitement ARV de première ligne sans complications, est une stratégie qui doit être renforcée face au nombre croissant de patients mis sous ARV et à l'incapacité de doter à court terme tous les centres de santé, de médecins.

7 .3.7.2 Infrastructures et équipements

Pour que la prise en charge appropriée du VIH et du sida (CDV/PTME/ARV) soit effective dans tous les districts, il faut une augmentation du nombre de centres de prise en charge, une réhabilitation des centres existants et l'équipement de tous ces centres en matériels requis. Cela comprendra l'acquisition de matériels roulants (ambulances, motocyclettes), de matériels informatiques, et de fournitures et consommables de bureau.

En outre, la dotation des centres de santé en équipements et matériels de laboratoire sera une priorité pour élargir la possibilité de faire le diagnostic des infections opportunistes, les CD4 et la charge virale. Pour soutenir et compléter la qualité des services de laboratoire des structures sanitaires, le laboratoire national de santé publique (LNSP) et quatre laboratoires régionaux seront appuyés pour la formation de leur personnel, le renforcement de leurs infrastructures et équipements en vue de la réalisation des diagnostics bactériologique et parasitologique, ainsi que le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants de 0 à 5 ans. De plus le LNSP sera chargé de la mise en œuvre du contrôle qualité des ARV.

7 .3.7.3 Gestion de la chaîne d'approvisionnement

Pour permettre à la PSP de remplir convenablement ses missions dans le domaine du VIH/sida, le dispositif de quantification et d'achat des ARV, des intrants stratégiques et aliments thérapeutiques sera renforcé. Ceci permettra d'éviter les ruptures de stocks des médicaments essentiels et produits de base. Les pharmacies au niveau régional seront appuyées pour obtenir ce résultat dans toutes les régions. Au niveau central, la PSP sera renforcée afin d'augmenter sa capacité logistique, de stockage en vue d'établir un système de distribution active fonctionnelle. Dans le même temps, un projet de déconcentration des activités de stockage et de distribution de la PSP (en cours) sera mis en œuvre avec l'appui des partenaires au développement pour faciliter l'accès aux médicaments. Des supervisions seront menées également pour s'assurer que les produits sont stockés et distribués

conformément aux normes techniques. Des rapports seront produits à cet effet par la PSP et les districts sanitaires.

VIII. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN OEUVRE DU PSN 2012-2015

8 .1 Approche de mise en œuvre

8 .1.1 Principes de la mise en œuvre

Le schéma de la mise en œuvre du PSN est basé sur les principes suivants :

- Le respect des trois principes d'unicité « three ones » de l'autorité de coordination, du cadre stratégique national et du système de suivi évaluation;
- Le recours à l'approche participative et inclusive de l'ensemble des acteurs de la réponse nationale ;
- La responsabilisation des communautés, des organisations communautaires de base et des organisations des PVVIH et le secteur privé ;
- Le développement des partenariats stratégiques ;
- La définition des rôles et la responsabilité des intervenants dans la réponse nationale en fonction de leurs attributions, mandats et avantages comparatifs ;
- l'approche multisectorielle et décentralisée impliquant tous les acteurs et secteurs socio-économiques, au niveau central régional et départemental.

8 .1.2 Stratégies de la mise en œuvre

Les options stratégiques pour la mise en œuvre du PSN s'appuient sur :

- **La coordination** : la revue du PSN 2006-2010 a montré des faiblesses majeures dans les dispositifs de coordination de la réponse nationale. Il s'agit de réviser l'architecture actuelle en vue d'adopter un cadre institutionnel répondant aux exigences de la multisectorialité, de la bonne coordination et la mise en œuvre de la réponse nationale dans le cadre du three ones. Ceci doit permettre de définir l'ancrage institutionnel le plus adapté, les missions des organes de coordination et de pilotage et la définition claire des rôles et responsabilités des différents acteurs dans la mise en œuvre.
- **Le renforcement de la décentralisation**, du leadership régional et départemental et l'amélioration de la coordination des interventions des secteurs : associatif, communautaire et privé en vue de renforcer la synergie d'action et d'optimiser les investissements.
- **L'utilisation de l'information stratégique pour la décision.** Le renforcement du système national de suivi-évaluation permettra de répondre aux besoins en information stratégique et de produire les données et informations nécessaires pour guider la programmation, la planification stratégique et la prise de décision.
- **Le renforcement des capacités techniques et opérationnelles** de mise en œuvre des acteurs nationaux qui se fera à travers les appuis techniques appropriés, la formation et le renforcement du système de santé qui constituera une opportunité pour le passage à l'échelle des soins et traitements liés au VIH.
- **L'orientation vers la contractualisation de la mise en œuvre des interventions**. Il s'agit de promouvoir la délégation des tâches et du faire faire par la contractualisation avec les prestataires publics et privés et les organisations de la

société civile. Cette orientation doit reposer sur la professionnalisation des acteurs clés au niveau régional et départemental et l'appui aux organisations de la société civile et aux prestataires privés.

8 .2 Secteurs et Acteurs d'intervention

Conformément à la multisectorialité, les acteurs de tous les secteurs de développement seront mobilisés pour la mise en œuvre de ce plan Stratégique 2012-2015. Il s'agit du Secteur Public, du Secteur Privé et de la Société civile. Les Partenaires multilatéraux et bilatéraux apporteront leurs appuis techniques et financiers à la mise en œuvre.

8 .2.1 Au niveau du Secteur Public

Tous les départements ministériels et les grandes institutions de l'État, en plus de leurs missions traditionnelles de service public, seront en action, à travers leurs comités sectoriels respectifs, pour mener des interventions en direction de leurs personnels, leurs usagers et leurs familles.

De façon spécifique, les Structures ci-après auront des mandats précis dans la mise en œuvre du PSN.

8.2.1.1 Le Ministère en charge de la santé et de la Lutte contre le Sida

Au sein du Ministère en charge de la santé et de la Lutte contre le Sida, les structures sanitaires auront pour missions la prise en charge thérapeutique des malades du VIH/sida, la prévention thérapeutique de la transmission mère-enfant, la prévention de nouvelles infections, la mise à disposition des données épidémiologiques sur l'infection à VIH et le sida et la promotion du médicament générique dans le domaine du traitement du sida.

8.2.1.2 Les autres Ministères techniques

- **Le Ministère en charge des Affaires Sociales** fera la promotion de l'équité et de l'égalité entre les sexes dans la lutte contre le VIH/sida en faveur des populations vulnérables.
- **Le Ministère en charge de la Communication** appuiera les actions d'information et de vulgarisation menées par les différents départements ministériels dans la lutte contre le sida.
- **Le Ministère en charge de la Fonction Publique et de l'Emploi** travaillera au renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux infectés et affectés par le VIH/sida.
- **Le Ministère en charge de l'Éducation Nationale** aura la responsabilité d'intégrer l'information et l'éducation en matière de VIH/sida dans les curricula de formation des élèves de tous les niveaux et des interventions en faveur des enseignants.
- **Le Ministère en charge de la justice et des Droits de l'Homme mettra** en œuvre la politique d'assistance juridique aux malades du VIH/sida.
- **Les Ministères en charge de la Défense et de la Sécurité** mettront en œuvre les interventions en faveur des Personnes en uniformes et leurs familles.
- **Le Ministère en charge de la jeunesse** coordonnera les interventions qui ciblent les jeunes déscolarisés et non scolarisés.
- **Le Ministère en charge de l'agriculture** aura la responsabilité d'intervenir en milieu rural.
- **Le ministère en charge des transports** coordonnera les actions à mener en faveur des routiers.

8 .2.2 Au niveau de la Société civile

Les Interventions à mener par la Société civile seront le fait des Organisations Non Gouvernementales ivoiriennes et internationales. Ces ONG seront sélectionnées sur des bases transparentes en vue de fournir des prestations de qualité aux bénéficiaires finaux.

Les Organisations à Base Communautaire, confessionnelles et professionnelles seront également associées aux interventions.

8 .2.3 Au niveau du Secteur privé

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

8 .2.4 Au niveau des Partenaires au Développement

En vue de faciliter la coordination nationale et le suivi de la traçabilité des interventions, les partenaires au développement soutiendront les efforts à travers un appui technique et financier des acteurs des secteurs publics, privés et de la Société civile en conformité avec le PSN.

8 .3 Dispositif de coordination de la mise en œuvre du PSN

8 .3.1 Les organes politiques d'Orientation

Selon le second principe du « three ones » la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un ***Conseil National de Lutte contre le sida*** (***CNLS***) présidé par le Président de la République. Cet organe suprême est chargé de définir les orientations nationales de la politique globale, de contrôler et évaluer les activités de lutte contre le sida.

Le Forum des partenaires renforcera les liens entre la réponse de l'UNGASS, les Objectifs du Millénaire pour le Développement et les documents stratégiques nationaux. Il sera le cadre privilégié d'échanges entre les partenaires techniques et financiers et les décideurs locaux pour appuyer le CNLS dans son rôle de coordination des interventions de lutte contre le sida, notamment en ce qui concerne la mobilisation des ressources et le suivi-évaluation de l'exécution des fonds mobilisés. Il a pour fonctions essentielles, sur la base des expériences de certains pays de la sous-région, de partager les expériences et capitaliser les leçons apprises.

8 .3.2 Les Organes étatiques de Coordination opérationnelle

8.3.2.1 Au sein du Ministère en charge de la santé et de la lutte contre le Sida

La coordination opérationnelle de la lutte contre le sida au sein de ce ministère se fera par la Direction Générale de Lutte contre le Sida (DGLS) en conformité avec l'organigramme dudit ministère à travers ses Directions et Programmes, notamment le PNPEC.

8.3.2.2 Les Structures de Coordination Décentralisée

La coordination de la lutte contre le sida au niveau décentralisé est assurée par les Comités Régionaux de Lutte contre le Sida (CRLS). Ces CRLS assurent en dernier ressort la coordination de l'ensemble des activités sanitaires et non sanitaires de lutte contre le sida menées dans leurs zones de compétence.

Dans leurs rôles de Coordination régionale, les CRLS prendront appui sur les Comités Départementaux de Lutte contre le Sida (CDLS), les Comités Communaux de Lutte contre le Sida (CCLS) et les Comités Villageois de Lutte contre le Sida (CVLS).

8.3.2.3 Au sein des autres Ministères Techniques

Les Comités sectoriels de Lutte contre le Sida des Ministères :

Présidé par le Ministre en charge du département, le Comité sectoriel coordonnera toutes les interventions menées par les entités rattachées au Ministère, y compris les organisations de la société civile.

Le programme national de prise en charge des OEV du fait du VIH/sida (PNOEV) :

Le PNOEV est un programme du Ministère chargé des affaires sociales. Il est chargé d'élaborer la politique nationale de prise en charge et de protection des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida et d'en coordonner la mise en œuvre.

8 .3.3 Les Réseaux des Organisations de la Société civile

Le Monde Communautaire ivoirien dispose de plusieurs Réseaux d'Associations, dont le RIP+, le COSCI, le RIJES, l'ARSIP, le REPMASCI, la FEMAJECI, le RIOF, etc. Ces Faîtières ont pour missions de :

- Favoriser l'émergence des associations de PVVIH ou de lutte contre le Sida ;
- Assurer leur coordination par l'encadrement et l'appui technique ;
- Mobiliser des ressources et faire le plaidoyer ;
- Coordonner les activités de leurs ONG membres ;
- Renforcer les capacités organisationnelles et programmatiques des Associations membres.

8 .3.4 Les Faîtières du Secteur privé

Le secteur privé dispose des faîtières suivantes :

La CGECI, la FIPME, la CCI-CI, la CNM-CI, l'Intersyndicale de Côte d'Ivoire. Ces organisations n'ayant pas pour mission première la lutte contre le VIH/ sida, elles se sont retrouvées pour créer un outil qui fédère les préoccupations du secteur : La Coalition des entreprises de Côte d'Ivoire contre le Sida (CECI). Elle a pour missions :

(i) le renforcement des programmes des entreprises ;

(ii) la facilitation des échanges de bonne pratique ;

(iii) la promotion du partenariat publique/privé. À ce titre, la CECI coordonnera les actions menées par les cellules focales de lutte contre le sida des entreprises

8 .3.5 Les structures de Coordination des partenaires

8.3.5.1 L'équipe conjointe sur le VIH/sida (UN joint team- UNJT)

L'équipe conjointe regroupe les Co-sponsors des agences du système des Nations Unies intervenant dans la lutte contre les IST et le VIH/sida. Il s'agit du PNUD, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du PAM, de l'OMS, de l'ONUSIDA, de la FAO, de la Banque Mondiale, du BIT et de l'UNESCO. La coordination de cette équipe est faite à travers l'organisation de rencontres mensuelles de concertation des points focaux VIH. Ces rencontres ont également pour objet de permettre à chaque agence de présenter le bilan de ses activités menées dans le cadre de la réponse au VIH et les perspectives. Les Partenaires disposent aussi du groupe des partenaires techniques et financiers de la santé, comme cadre d'échanges en vue de la coordination de leurs appuis techniques et financiers. L'ONUSIDA assurera la fonctionnalité de ces instances d'orientation et de plaidoyer.

8.3.5.2 Le Comité de Gestion du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou Country Coordinating Mecanism (CCM)

Il représente l'instance de coordination nationale qui assure le suivi de la mise en œuvre des accords de subvention du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en Côte d'Ivoire. Il est composé des représentants de l'ensemble des parties prenantes et des intervenants dans la lutte contre les trois maladies au niveau national, des groupes affectés cibles et des partenaires multilatéraux et bilatéraux du développement. Par ailleurs, un cadre de partenariat PEPFAR entre les gouvernements des Etats Unis et de Côte d'Ivoire est en voie d'adoption. Ce cadre constituera un dispositif de coordination des financements et des interventions de lutte contre le SIDA.

8 .4 Cadre de Prévention et Gestion des Conflits

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce PSN, plusieurs conflits d'ordre technique et/ou financier peuvent subvenir.

Au niveau technique, on pourrait assister à des :

- Conflits liés à la surévaluation de la performance ;
- Conflits de compétence entre les structures de Coordination et les structures de mise en œuvre ;
- Conflits d'intérêts dans la sélection des acteurs de mise en œuvre Etc.

Au niveau financier, les conflits pourraient subvenir de la mauvaise gestion (les détournements de fonds, les abus de biens sociaux, etc.).

Pour chaque type de conflit, un mécanisme de règlement sera défini pour les prévenir et les gérer au niveau central par le CNLS, et au niveau périphérique par le CRLS.

IX. MECANISMES DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI - EVALUATION DU PSN 2012-2015

9 .1 Mécanisme de mise en œuvre du PSN 2012-2015

Le PSN 2012-2015 servira d'unique boussole pour toutes les interventions de lutte contre le Sida dans la période 2011- 2015, quelle que soient le lieu de l'intervention et sa source de financement. Pour sa mise en œuvre, il est utile qu'il soit décliné en plans opérationnels permettant de préciser les activités et actions à mener pour atteindre les résultats par le PSN.

Ainsi, un Plan Opérationnel National (PON) et des Plans Opérationnels Régionaux (POR) devront être élaborés. Tous ces plans seront élaborés et mis en œuvre selon la démarche de la GAR avec l'implication de toutes les parties prenantes.

9 .1.1 Le Plan Opérationnel National

Dès l'adoption de ce PSN, un premier Plan Opérationnel National a été élaboré pour couvrir la période 2012-2014. Ce plan est multisectoriel.

Le PON est la déclinaison du PSN. Il identifie tous les lots d'activités à mener sur la période pour chaque stratégie. Les Activités identifiées sont programmées et budgétisées. Les responsabilités de chaque acteur dans la mise en œuvre sont situées.

Chaque année, ce plan sera évalué puis actualisé pour combler les gaps de l'année qui s'achève et prendre en compte les besoins de l'année suivante. Ainsi, le Plan Opérationnel restera triennal et sa période sera glissante. On aura alors, deux plans opérationnels pour le PSN (PON 2012-2014 ; PON 2013-2015).

La préparation et le suivi de la mise en œuvre des Plans Opérationnels Nationaux seront pilotés par la Direction chargée de la Planification du Ministère chargé de la Lutte contre le sida.

9 .1.2 Les Plans Opérationnels Régionaux

La déclinaison du plan Opérationnel National au niveau de chaque région produira les plans Opérationnels régionaux. Ces plans Opérationnels Régionaux reprendront les extrants, stratégies et lots d'activités du PON qui concernent leurs Régions.

Les activités ciblées seront regroupées par département, et les dates de réalisation, les coûts par activités seront précisés. Un Plan de Financement et un Plan de suivi-Evaluation seront annexés à chaque Plan Opérationnel régional.

L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des Plans Opérationnels Régionaux seront pilotés par les directions régionales chargées de la lutte contre le Sida, sous la Responsabilité des CRLS.

9 .1.1 Les Plans d'Actions Annuels

Toutes les structures de mise en œuvre et de coordination, qu'elles soient du secteur public, du secteur privé et de la société civile produiront leurs plans d'Actions annuels à partir des Plans Opérationnels Nationaux et des plans opérationnels régionaux, en fonction du domaine et de la zone d'intervention.

9 .2 Mécanisme de Suivi- évaluation du PSN

9 .2.1 Principales Orientations du plan de suivi-évaluation du PSN

Au regard, d'une part, des insuffisances révélées par l'analyse des forces et faiblesses du système de Suivi-Évaluation (à travers l'outil d'analyse des 12 composantes), dont les principales sont :

(i) Insuffisance de ressources humaines qualifiées (Statisticiens, Informaticiens, Gestionnaires de données) pour animer les postes de suivi-évaluation à tous les niveaux du suivi-évaluation,

(ii) Insuffisance des fonds alloués par le Gouvernement pour le suivi-évaluation,

(iii) Insuffisance de la diffusion de la documentation produite (les documents sont souvent diffusés dans les secteurs et à un seul niveau : central, régional ou district) ;

(iv) Insuffisance et irrégularité des études/enquêtes sur les services de prise en charge du VIH ;

(v) Forte mobilité du personnel compétent vers les structures privées du fait de la démotivation ; et d'autre part des capacités nationales disponibles (ressources humaines, techniques, financières) en suivi et évaluation, les actions visées par le Plan National de l'Information Stratégique (PNIS) porteront prioritairement sur les composantes suivantes :

Composante 01 :	Les structures institutionnelles ayant des fonctions de suivi et évaluation du VIH
Composante 02 :	Capacités humaines en matière de suivi et évaluation du VIH
Composante 03 :	Partenariats pour planifier, coordonner et gérer le système de suivi et évaluation du VIH
Composante 04 :	Plan national de suivi et évaluation du VIH
Composante 05 :	Plan de travail annuel national chiffré de suivi et évaluation du VIH
Composante 06 :	Plaidoyer, communication et culture en matière de suivi et évaluation du VIH
Composante 07 :	Suivi des programmes courants de riposte contre le VIH
Composante 08 :	Enquêtes et surveillance
Composante 09 :	Base de données nationales et infranationales sur le VIH
Composante 10 :	Supervision de soutien et vérification des données
Composante 11 :	Évaluation et recherche sur le VIH
Composante 12 :	Diffusion et utilisation des données

Pour renforcer la disponibilité de l'information par le suivi et évaluation du PSN 2012-2015, quatre(04) axes stratégiques ont été identifiées. Il s'agit de :

- ✓ Axe stratégique 1 : Création d'un environnement favorable au suivi-évaluation de la lutte contre le VIH
- ✓ Axe stratégique 2 : Production des données de qualité et disponibles à temps
- ✓ Axe stratégique 3 : Renforcement de la recherche et l'évaluation
- ✓ Axe stratégique 4 : Diffusion et utilisation de l'information pour la prise de décisions adaptées

L'axe stratégique 1 regroupe les composantes 1 à 6 et porte sur l'existence de structures institutionnelles ayant des fonctions de suivi et évaluation du VIH, les capacités humaines en matière de suivi et évaluation du VIH, les partenariats pour planifier, coordonner et gérer le système de suivi et évaluation du VIH, la disponibilité d'un plan national multisectoriel de suivi et évaluation du VIH, d'un plan de travail annuel national chiffré de suivi et évaluation du VIH, et le plaidoyer, communication et culture pour le suivi et évaluation du VIH.

L'axe stratégique 2 quant á lui, regroupe les composantes 7 á 10 portant sur le suivi des programmes nationaux de la riposte contre le VIH, la conduite des enquêtes et de la surveillance épidémiologique de 2nde génération, la disponibilité de bases de données nationales et décentralisées sur le VIH et la conduite de supervisions formatives et de vérification des données.

L'axe stratégique 3 représente la composante 11 qui a trait á l'évaluation et la recherche.

L'axe stratégique 4 représente la composante 12 qui est la finalité de tout système de suivi et évaluation á savoir la diffusion et l'utilisation des données.

9 .2.2 Mécanisme de coordination du suivi-évaluation

Le cadre de l'Information Stratégique est basé sur le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida et s'inscrit donc dans les trois principes directeurs d'harmonisation et de coordination de la réponse nationale au VIH/sida (Three Ones). Le cadre national de S&E va mettre en œuvre les 12 composantes recommandées pour le renforcement du système national. L'objectif est de construire un système national de S&E qui utilise les données pour la prise de décisions stratégiques.

Les mécanismes indispensables pour une mise en œuvre efficace du cadre de l'Information Stratégique prévoient un cadre institutionnel et des dispositifs opérationnels évolutifs et adaptés au contexte national.

9 .2.2.1 Au niveau central

Le niveau central est constitué par la direction en charge de l'information du Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, assurant la gestion du Système National de Suivi & Évaluation. Il constitue le troisième niveau où sont traitées et diffusées aux partenaires toutes les informations programmatiques et financières sur le VIH/sida. C'est à ce niveau que seront coordonnées toutes les enquêtes et études ainsi que les appuis techniques à la lutte contre le VIH.

Cette direction aura pour missions, entre autres, de :

- Coordonner la complémentarité de toutes les actions en matière de surveillance épidémiologique, de suivi et de l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et les IST ;
- Coordonner l'élaboration, la validation technique et la diffusion des politiques, normes, directives, procédures et outils de gestion ;
- Mettre en œuvre des systèmes informatisés de gestion des données ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des stratégies nationales ;
- Valider les termes de référence des enquêtes, des activités de recherches et d'évaluation au niveau national ;
- Valider les rapports nationaux ;
- Identifier les besoins nationaux en matière d'expertises spécifiques ;
- Faciliter les échanges d'information et assurer la diffusion des rapports nationaux entre acteurs.

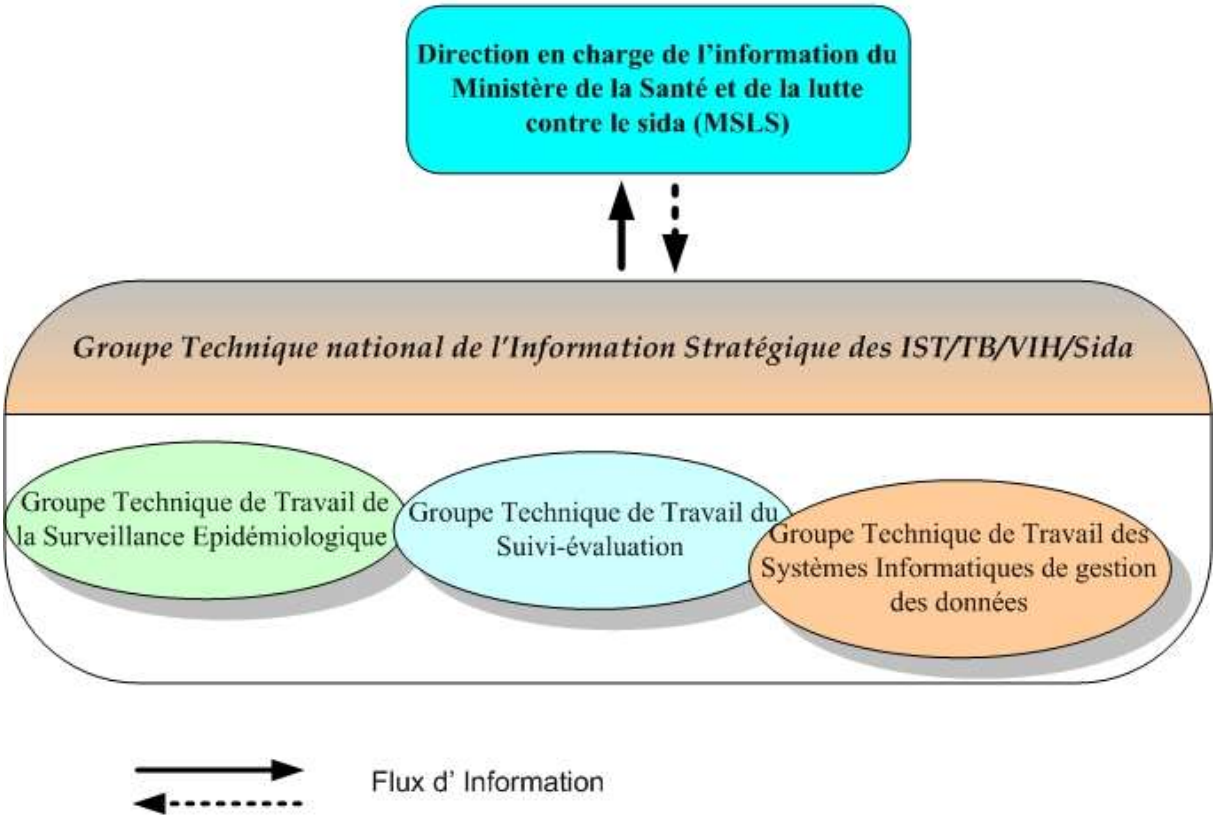
Cette direction s'appuiera sur l'expertise d'un groupe de travail de l'information stratégique, dénommé « ***Groupe Technique National de l'Information Stratégique des IST/TB/VIH/Sida*** »

Ce groupe technique est composé d'experts en suivi-évaluation, en surveillance épidémiologique et en informatique provenant du gouvernement, des agences bilatérales et multilatérales, du système des Nations Unies, des institutions de recherches et de la société civile. Il comprend trois (3) sous-groupes techniques de travail :

- Le sous-groupe Technique de travail de la Surveillance Épidémiologique ;
- Le sous-groupe Technique de travail du Suivi-évaluation ;
- Le sous-groupe Technique de travail des systèmes informatiques de gestion des données.

Figure 1: Mécanisme de Coordination du Suivi-Évaluation au niveau central

Mécanismes de Coordination du Suivi Evaluation au Niveau Central



9 .2.2.2 Au niveau régional

Le service de suivi-évaluation de la direction régionale de la santé et de lutte contre le sida est chargé du suivi et de l'évaluation des activités sur le VIH/sida. Les principales tâches de ce service consisteront à :

- préparer le plan opérationnel annuel régional ;
- coordonner les appuis techniques et financiers pour le suivi-évaluation ;
- organiser trimestriellement la validation des données des districts de la région ;
- conduire des missions de supervision des ECD ;
- conduire des missions de contrôle de la qualité des données de routines des districts ;
- produire les rapports trimestriels et le rapport annuel des activités de la région ;
- diffuser les informations sur le VIH/sida au niveau régional.

Au niveau de la région, la coordination des activités de suivi et évaluations sera faite par un groupe comprenant le service de suivi-évaluation de la direction régionale de la santé, les points focaux suivi-évaluation des partenaires techniques et financiers, ceux du secteur privé et la société civile.

9 .2.2.3 Au niveau district

C'est le niveau opérationnel de la mise en œuvre du suivi-évaluation. Le district se chargera de la collecte mensuelle des données auprès des structures sanitaires et communautaires. Dans le cadre du suivi-évaluation des activités VIH, le district aura pour rôles de :

- Élaborer le plan d'action annuel du district ;
- Collecter et compiler les rapports de son aire sanitaire ;
- Valider les données avec l'équipe cadre de district (ECD)
- Analyser les données collectées ;
- Transmettre mensuellement les données à la direction régionale ;

- Valider les données trimestriellement avec la direction régionale ;
- Transmettre trimestriellement les données validées au niveau régional ;
- Conduire des missions de supervision des sites ;
- Conduire des missions de contrôle de la qualité des données de routines ;
- Coordonner les formations ;
- Coordonner les appuis techniques et financiers pour le suivi-évaluation ;
- Produire les rapports trimestriels et le rapport annuel des activités du district ;
- Diffuser les informations sur le VIH/sida au niveau départemental.

Au niveau départemental, la coordination des activités de suivi et évaluation sera faite à travers l'équipe cadre de district (ECD).

9 .2.3 Mécanisme de suivi

Il s'agit de l'examen quotidien des activités en cours d'exécution. Le suivi portera sur l'utilisation des ressources humaines et financières, la conduite des activités et les résultats obtenus. L'appréciation de l'état d'avancement des activités et du niveau de performance des interventions se fera à l'aide de tableaux de bord ou de logiciels de gestion des activités dans les structures d'exécution.

9 .2.3.1 Circuit de l'information

Les indicateurs de suivi seront collectés à travers le circuit ci-dessous :

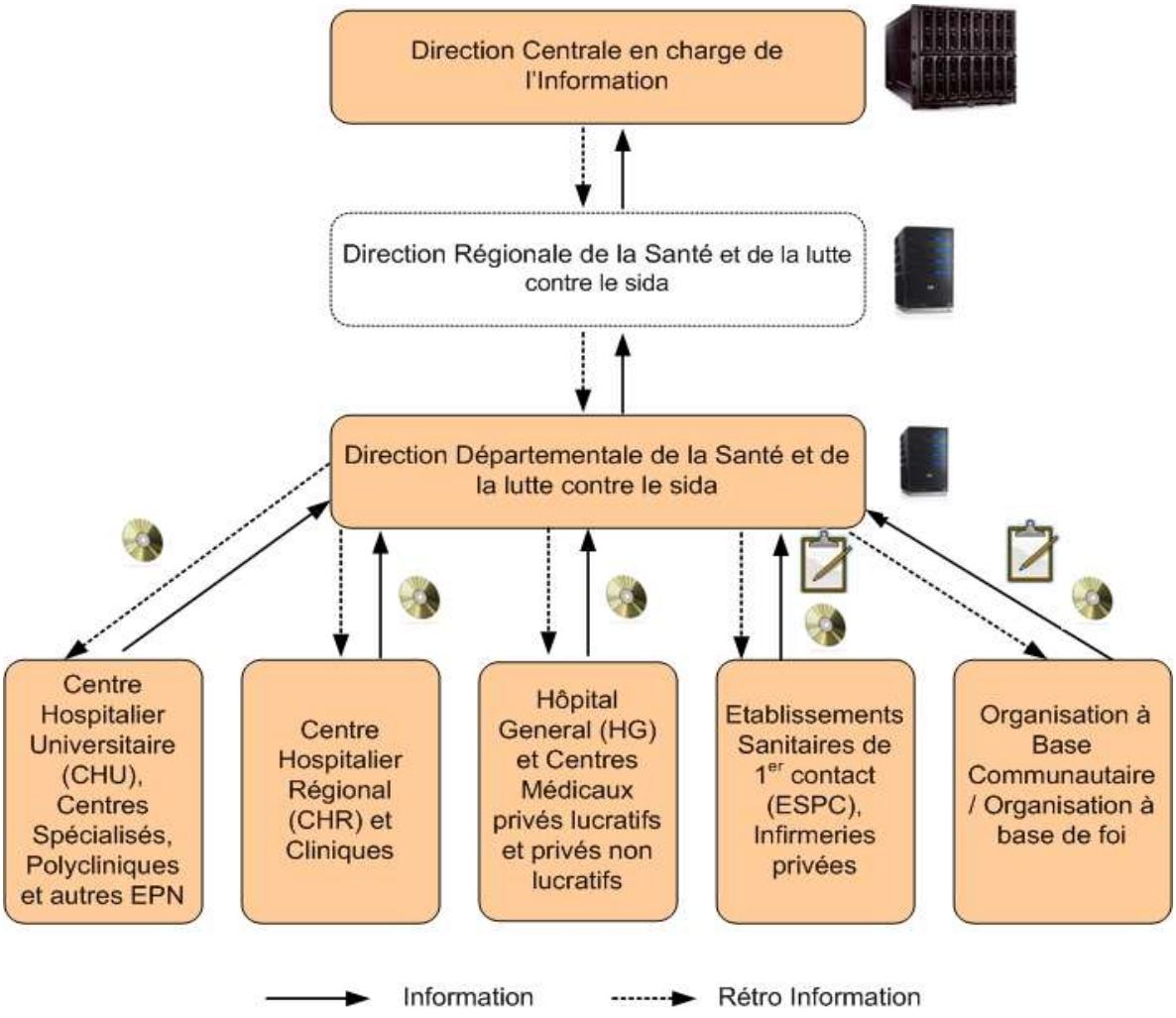


Figure 2: Le Circuit de l'information

Ce système est basé sur une collecte journalière des données au niveau des structures sanitaires et communautaires à travers des supports de collecte (registres PTME, outils de suivi du patient VIH avec ou sans ARV, registres CDV…). Chaque structure compile ses données dans un rapport mensuel qu'il transmet au district.

Le district compile les rapports de son aire sanitaire. Il analyse et valide mensuellement les données avant la validation trimestrielle avec la direction régionale. Ces données validées sont ensuite transmises à la région puis au niveau central.

Le niveau central analyse les données reçues et produit l'information sanitaire qu'elle met à disposition des autres structures du MSLS en fonction de leurs besoins et des partenaires techniques et financiers. Le niveau central produit aussi le rapport national et les rapports des engagements internationaux (UNGASS, Accès universel, OMD.).

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

La direction en charge de l'information du Ministère de la santé et de la lutte contre le sida, coordonne le système d'information et de gestion (SIG).

En cas de défaillance de ce système de collecte lors de l'élaboration des rapports nationaux, un système de collecte active des données sera organisé.

9 .2.3.2 Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique sera biologique et comportementale.

Cette stratégie consistera à déterminer et à suivre par des enquêtes répétées, les tendances de la prévalence de l'infection à VIH dans des sous-groupes de population ou dans la population générale. La surveillance biologique de l'infection à VIH se fera à travers :

(i) la séro-Xsurveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes,

(ii) des enquêtes sérologiques répétées dans les populations à haut risque telles que les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI) ;

(iii) la surveillance de la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux et

(iv) des enquêtes sérologiques répétées dans la population générale lors des enquêtes démographiques et de santé (EDS+) ou des enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS).

En ce qui concerne la surveillance comportementale, il s'agira de réaliser des enquêtes transversales répétées dans la population générale ou dans des sous-groupes de population spécifiques (groupes à risque). La surveillance comportementale permettra de dévoiler les comportements à risque, d'éclairer l'élaboration des programmes de prévention sur les cibles et les pratiques à changer, d'aider à évaluer les programmes et d'expliquer les changements dans la prévalence et l'incidence du VIH.

L'analyse situationnelle avait permis d'identifier plusieurs populations dites à risque. Des enquêtes permettront de confirmer les cinq groupes les plus à risque à surveiller au cours de ces cinq prochaines années, tenant compte des ressources disponibles. La surveillance de la résistance du VIH aux ARV, la notification des cas de Sida et des IST complèteront cette surveillance.

9 .2.4 Plan de collecte des données de routine

Tableau 3 : Plan de collecte des données de routine

Niveau	Type de rapport SIG	Mode/support de transmission	Fréquence
Central	- rapport SIG		
Régional	- rapport SIG	- Électronique	-Trimestriel
Départemental	- rapport établissement sanitaire -Rapport non santé	- Électronique	-Trimestriel - Mensuel
Périphérique	- rapport SIG - Rapport non santé	- Électronique - et/ou Papier	- Mensuel

9 .2.5 Plan de recherche opérationnelle pour la collecte des données non routine

Tableau 4: Plan de collecte des données Non routine

Enquêtes /Étude	Cible	Responsable	Valeurs cibles				Indicateurs
			2012	2013	2014	2015	
Surveillance VIH sentinelle chez les femmes enceintes	Femmes enceintes	DIPE	X			X	Prévalence du VIH chez la femme enceinte
Surveillance sentinelle bio-comportementale des PS	PS	PLS-PHV		X			Prévalence du VIH chez les PS
Étude bio-comportementale chez les HSH	HSH	PLS-PHV		X			Prévalence du VIH chez les HSH
Études bio-comportementales chez les personnes en uniforme	Personnes en uniforme	Ministère de la défense		X			Prévalence du VIH chez les personnes en uniforme
Études bio-comportementales chez les routiers	Routiers	PLS-PHV	X				Prévalence du VIH chez les routiers
Études bio-comportementales chez la population carcérale	Population carcérale	PLS-PHV		X			Prévalence du VIH chez la population carcérale
L'étude comportementale des adolescents sous ARV	Adolescents (15-18ans)	PNPEC/PNOEV		X			
L'évaluation de la contribution du pouvoir décisionnel de la mère dans la PEC des enfants	Mères d'enfant vivant avec le VIH	PNPEC	X				
L'évaluation de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des PIAVIH	PIAVIH et ménages	DC-PNN DC-PNPEC				x	Prévalence de la malnutrition Proportion des ménages en insécurité alimentaire

Enquêtes /Étude	Cible	Responsable	Valeurs cibles				Indicateurs
			2012	2013	2014	2015	
L'implication des hommes dans la PEC des femmes infectées	Partenaires des femmes PVVIH	PNPEC		X			
Les déterminants liés à la faible utilisation des services de PEC par les hommes	Partenaires des femmes PVVIH	PNPEC	X				
Étude sur la qualité de vie des PVVIH bénéficiant de soins et traitement	PVVIH	PNPEC				X	% PVVIH bénéficiant d'une PEC et qui ont une qualité de vie améliorée
La contribution des communautaires à la performance de la PEC du VIH/sida	Acteurs communautaires	RIP		X			
Evaluation biannuel du système de suivi évaluation du PSN	Le système national de suivi évaluation	DIPE		X		X	Performance du système national de suivi évaluation
EDS+	Population générale	DIPE				X	Prévalence du VIH et autres indicateurs de santé
enquêtes sur la résistance transmise	Femmes enceintes	DIPE/PNPEC	X			X	Niveau de résistance aux ARV
enquêtes sur les indicateurs d'alerte précoce	PVVIH	DIPE/PNPEC			X		Observance du traitement
Enquête pour l'identification formelle des groupes à risque	Population générale	PLS-PHV	X				

Enquêtes /Étude	Cible	Responsable	Valeurs cibles				Indicateurs
			2012	2013	2014	2015	
Triangulation des données de surveillances et des données de routine sur la réponse multisectorielle	Toutes les données disponibles sur la période du PSN	DIPE		X			
Evaluation de l'index de stigmatisation et discrimination envers les PVVIH	Les PVVIH	RIP		X			Index de stigmatisation et discrimination envers les PVVIH
Evaluation de la vulnérabilité des OEV (CSI)	Les OEV pris en charge	PNOEV	X	X	X	X	Indice de vulnérabilité des OEV
Evaluation de la qualité des prescriptions hors ARV, coût et coût efficacité	Les services de PEC médicale des PVVIH	RIP/PNPEC/PSP					Coût /efficacité des prescriptions hors ARV
Enquête des services de PEC	Les services de PEC médicale des PVVIH	PNPEC		X		X	% de PVVIH hommes et femmes en besoin de traitement qui bénéficient de traitement ARV selon le protocole

9 .2.6 Plan de diffusion et d'utilisation des données

Le plan de diffusion définit le mécanisme par lequel tous les intervenants reçoivent les informations relatives aux progrès, résultats et impact des interventions. Il permet d'obtenir une synergie d'action.

Aux niveaux décentralisés, la diffusion des informations se fera à travers les rapports d'activités (trimestriels, semestriels, annuels).

Au niveau national, la direction chargée du suivi- évaluation disposera d'une banque de données pour toutes les données VIH/sida, y compris les recherches en cours. Le rapport annuel sera largement diffusé au cours de réunions annuelles rassemblant les décideurs et les acteurs (structures du MSLS, partenaires financiers et techniques, société civile, secteur privé, etc.).

Les informations produites et diffusées, devront éclairer la prise de décision. Ces données serviront (i) au plaidoyer pour l'action ; (ii) à la planification, révision et amélioration des interventions ; (iii) à la recherche de financement ; et (iv) au partage de bonnes pratiques.

9 .2.7 Mécanisme d'évaluation

Les activités d'évaluation ont pour objectif d'apprécier périodiquement le degré d'atteinte des objectifs et de l'impact des programmes sur les bénéficiaires. L'évaluation du PSN se fera grâce à une revue à mi-parcours (fin juin 2013) et à une évaluation finale au dernier trimestre 2015. Des évaluations externes pourraient également être menées.

9 .2.7.1 Revue à mi-parcours

Une revue à mi-parcours sera conduite à la fin du mois de Juin 2013. Il s'agira d'une évaluation qui visera aussi bien l'appréciation du niveau d'atteinte des résultats du plan stratégique que l'évaluation des aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des activités. Cette évaluation sera réalisée à l'initiative du CNLS. Les conclusions et recommandations de cette revue permettront de donner de nouvelles orientations et des recommandations pertinentes pour l'atteinte des résultats.

9 .2.7.2 Évaluation finale

L'évaluation finale consistera à faire :

- le bilan de la mise en œuvre du PSN en dégageant les facteurs de succès et d'échecs, les leçons apprises, les gaps programmatiques et financiers ;
- des recommandations pertinentes pour l'élaboration du prochain PSN.

Le groupe d'information stratégique interviendra à toutes les étapes de la revue en apportant l'appui technique nécessaire.

Cette évaluation finale sera conduite dans le dernier trimestre de l'année 2015.

9 .2.7.3 Évaluations externes

Des évaluations externes indépendantes pourraient être conduites à la demande des partenaires techniques ou financiers ou tout ministère impliqué dans la mise en œuvre du plan opérationnel sur des thématiques spécifiques du PSN susceptibles d'améliorer la réponse nationale au VIH. Leur réalisation nécessite l'implication du groupe d'information stratégique à toutes les étapes.

9 .3 Cadre de Performance du PSN 2012-2015

INDICATEURS DU CADRE DE PERFORMANCE DU PSN 2012-2015

Tableau 5 : Cadre de résultats de l'Axe Prévention

I-PREVENTION										
N°	Code	indicateur	Données de base			Valeurs cibles				Commentaire
			Valeur	année	source	2012	2013	2014	2015	
Indicateur d'impact										
1.	PSN12-15 #	Prévalence du VIH chez les adultes de 15 – 49 ans	3,40%	2009	ONUSIDA (Spectrum)		2,50%		1,80%	EDS 2011
2.	PSN12-15 #	Prévalence du VIH chez les PS (hommes et femmes)	18,50%	2006	Clinique de confiance		14%		10%	Enquête comportementale et biologique chez les PS 2011
3.	PSN12-15 #	Prévalence du VIH chez les hommes et femmes de la population carcérale	H : 5,75% F : 16%	2009	ESTHER		H : 5% F : 14%		H : 4% F : 12%	
4.	UNGASS #23.2	Prévalence du VIH chez les HSH	24,50%	2010	UNGASS		22%		20%	Enquête comportementale et biologique chez les HSH 2011
Indicateur de suivi										
5.	PSN12-15 #	Incidence du VIH dans la population des hommes et femmes sexuellement actifs	11 022	2009	ONUSIDA		9368(15%)		8266(25%)	
6.	PSN12-15 #	Proportion de femmes enceintes, conseillées dépistées et qui ont reçu leur résultat	95%	2009	DIPE (Rapport VIH)	96%	**96%**	97%	**100%**	
7.		proportion de la population ayant effectué un dépistage volontaire	6%	-	-	-	-	-	35%	EDS 2011

8.	Indicateur 04 UNGASS #05	Proportion de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME	43,70%	2009	UNGASS	55%	60%	70%	80%	
9.		Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	7%	-	-	-	-	-	3%	
10.	PSN12-15 #	Pourcentage des patients hommes et femmes victimes d'AES ayant reçu une Prophylaxie Post Exposition	93.81%	2009	DIPE (Enquête)	100%	100%	100%	100%	
11.		Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	-	-	-	-	-	-	-	
12.		Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui indiquent utiliser un préservatif lors de rapport sexuel avec un partenaire	-	-	-	-	-	-	-	
13.		Pourcentage de PS atteint par les programmes de prévention	-	-	-	-	-	-	-	
14.		Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annal avec un partenaire masculin	-	-	-	-	-	-	-	
15.		Pourcentage de population a risque touché par les programmes de prévention	-	-	-	-	-	-	-	
16.		Pourcentage de femmes enceintes qui utilise les services de CPN	-	-	-	-	-	-	-	
17.		Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives qui ont reçu la prophylaxie	-	-	-	-	-	-	-	
18.	UNGASS #03	Pourcentage de poches de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	100%	2009	CNTS	100%	100%	100%	100%	

Tableau 6: Cadre de résultats de l'Axe Prise en Charge

II-PRISE EN CHARGE										
N°	Code	Indicateur	Données de base			Valeurs cibles				Commentaire
			Valeur	année	source	2012	2013	2014	2015	source
Indicateur d'impact/évaluation										
1.		% PVVIH Hommes, Femmes bénéficiant d'une PEC et qui ont une qualité de vie améliorée	-	-	-	Enquête initiale	-	-	-	
Indicateur de suivi										
2.	UNGASS #24	Pourcentage d'adultes (Homme, Femmes) et enfant infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous ARV à 12 mois après le début de celui-ci	67%	2009	EGPAF	-	75%		85%	
3.	PSN11-15 #	Pourcentage de PVVIH Hommes et femmes en besoins de traitement qui bénéficient de traitement ARV selon le protocole	45%	2009	DIPE / ONUSIDA	52%	55%	70%	80%	
4.	UNGASS #06	Pourcentage de tuberculeux dépistés séropositifs au VIH recevant concomitamment le traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH.	32, 1%	2009	PNLT	-	nd	-	-	-

Tableau 7: Cadre de résultats de l'Axe Réduction de l'Impact Socio-économique

III-REDUCTION DE L'IMPACT SOCIO ECONOMIQUE										
N°	Code	Indicateur	Données de base			Valeurs cibles				Commentaire
			Valeur	année	source	2012	2013	2014	2015	
Indicateur d'impact										
1.	PSN11-15 #	Index de stigmatisation et de discrimination	54%	2009	-	-	nd		nd	
Indicateur de suivi										
2.	PSN11-15 #	Les lois sur les PIAVIH sont adoptées et ou appliquées	Existence d'un Projet de loi	2010	MLS/ ONUSIDA	Textes d'application sont pris				
3.	UNGASS #12.1	Taux de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans	35,70%	2010	Rapport UNGASS 2010		nd	-	nd	
4.	UNGASS #12.2	Taux de fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'eux	51,70%	2005	EIS		nd		nd	
5.	PSN11-15 #	Proportion de femmes et d'hommes bénéficiaires d'AGR pouvant satisfaire au moins 3 besoins de base (alimentation, santé et abri)	nd		PNOEV (Enquête, données de suivi de programme)		nd		H : 35% F : 50%	
6.	PSN11-15 #	Indice de vulnérabilité des OEV					nd		nd	Rapport PNOEV
7.	UNGASS #10	Pourcentage d'enfants rendus orphelins et autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	27,10%	2009	PNOEV		nd		60%	

Tableau 8 : Cadre de résultats de l'Axe Gouvernance

IV-INDICATEUR DE GOUVERNANCE										
N°	Code	Indicateur	Données de base			Valeurs cibles				Commentaire
			Valeur	année	source	2012	2013	2014	2015	
Indicateur de suivi										
1.		Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement (NASA)			REDES					
2.		Pourcentage du budget de l'État consacré à la lutte contre le VIH/sida dans le budget global de l'État								

NB :

F= Femmes
H = Hommes
ND= Données non disponibles

X. BUDGETS ET MECANISME DE GESTION FINANCIERE

Ce chapitre traite des coûts du PSN, des stratégies de mobilisation des ressources et des mécanismes de gestion financières.

10 .1 Coûts du PSN 2012-2015

Le coût du Plan Stratégique National 2012-2015 a été estimé à l'aide du logiciel « Resources Need Model » (RNM). Ce modèle, mis en place par ONUSIDA avec l'appui technique de Future Institute, est recommandé aux différents pays pour la budgétisation des plans stratégiques de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

La détermination des besoins financiers s'est faite à partir des données de base (2009 et 2010), des données issues des études, et des données de population du logiciel « Spectrum ».

10 .1.1 Démarche méthodologique

L'estimation du coût du PSN s'est faite en trois étapes :

- La collecte des données épidémiologiques et des coûts unitaires ;
- La fixation des cibles ;
- Le traitement des données et la vérification des projections financières.

10.1.1.1.1 Collecte des données épidémiologique et des coûts unitaires

Les données qui ont servi à l'estimation des coûts ont été collectées auprès des institutions et ministères concernés. Les sources de collecte étaient essentiellement les rapports annuels sur le VIH, les rapports des études et enquêtes, les plans et documents de programmation, les documents de la soumission de la Côte d'Ivoire au Round 9 du Fonds mondial.

10.1.1.1.2 Fixation des cibles

Les cibles de l'année de base et les cibles en fin 2015 ont été fixées par consensus. Les groupes de travail existants sur les différents axes thématiques ont fait des propositions qui ont été validées au cours de plusieurs réunions du groupe élargi de travail sur le PSN.

10.1.1.1.3 Traitement des données et vérification des projections financières

Les données une fois validées ont fait l'objet d'introduction dans les feuilles du RNM concernées. Le modèle a généré le budget en les déclinant suivant certaines rubriques. Un travail d'extraction et de consolidation a permis de sortir le budget suivant différentes rubriques : budget total, budget par axe et par domaine d'intervention.

10 .1.2 Coût Global par an

Le coût du PSN 2012-2015 est estimé à trois cent cinquante neuf milliards huit cent douze millions de francs CFA (359,812 milliards de FCFA) **soit, 548 529 857.90 Euros.** Ce montant global est décliné par an dans le tableau 8.

Tableau 9 : répartition des coûts du PSN sur la période 2012-2015

	2012	2013	2014	2015	TOTAL (en million de FCFA)	En % du coût global
PREVENTION	**29 892**	**31 473**	**30 071**	**29 185**	**120 621**	**33%**
Jeunes	4 347	4 545	4 149	3 953	16 994	5%
Professionnelles du sexe	1 293	1 351	1 234	1 175	5 053	1%
Travailleurs (intervention sur le lieu de travail)	3 313	3 463	3 162	3 012	12 950	3%
Consommateurs de drogues injectables	6	6	5	5	22	0,01%
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	337	352	322	306	1 317	0,40%
Détenus	510	730	912	958	3 110	1%
Hommes/Femmes en uniforme	766	801	731	696	2 994	1%
Fourniture de préservatifs	3 674	3 841	3 507	3 340	14 362	4%
Traitement des MST	797	828	860	893	3 378	1%
Conseil et Dépistage	4 682	4 946	5 224	5 518	20 370	6%
PTME	7 849	8 205	7 492	6 778	30 324	8%
Média de masse	646	662	679	696	2 683	1%
Lutte contre les violences basées sur le genre	165	173	158	150	646	0,20%
Sécurité du sang	1 223	1 285	1 349	1 417	5 274	1%
Prophylaxie post exposition	35	36	37	38	146	0,04%
Sécurité des injections et gestion des déchets	250	250	250	250	1 000	0,30%
SERVICES DE SOINS ET TRAITEMENT	**36 112**	**34 977**	**36 373**	**38 651**	146 113	**41%**
Traitement ARV	27 330	27 618	30 181	33 497	118 626	33%
Soins et prophylaxie non ARV	4 400	3 887	2 601	1 656	12 544	4%
Examen diagnostique	2 452	2 404	2 369	2 346	9 571	3%
Soins palliatifs	1 642	1 356	1 221	1 152	5 371	2%
REDUCTION DE L'IMPACT	**11 093**	**11 622**	**11 093**	**10 565**	44 373	**12%**
Soutien nutritionnel	1 646	1 724	1 646	1 567	6 583	2%
Soutien socio économique	3 249	3 403	3 249	3 094	12 995	4%
Soins et Soutien aux OEV	6 199	6 494	6 199	5 904	24 796	7%
GOUVERNANCE ET GESTION DE LA REPONSE	**13 064**	**13 867**	**11 918**	**9 856**	48 705	**14%**
Total en FCFA	**90 162**	**91 938**	**89 455**	**88 257**	359 812	100%

10 .1.3 Coûts du PSN par Axe Stratégique et par an

De façon générale, l'estimation du budget a tenu compte des hypothèses relatives à l'atteinte des objectifs de l'accès universel à la prévention, à la prise en charge et aux soins et soutiens. Ainsi pour la prise en charge médicale, les cibles fixées à l'horizon 2015 visent l'accès au traitement d'au moins 80% des PVVIH éligibles. Quant à la prévention, les interventions qui ont fait l'objet de budgétisation couvrent en plus de la population générale, les populations clés plus exposées au risque d'infection.

Vu le niveau actuel de pauvreté de la population (48,9%), un accent particulier a été mis sur la réduction de l'impact par un soutien socio-économique des PVVIH et le soutien aux OEV.

Le tableau des coûts par axe stratégique fait apparaitre la prédominance de l'axe prise en charge avec 41% du coût du PSN, suivi de l'axe prévention 33%. Les axes Gouvernance et Réduction de l'impact représentent respectivement 14% et 12% du coût global du plan.

Tableau 10 : répartition du budget du PSN selon les Axes

Axes stratégiques	2 012	2 013	2 014	2 015	Total 2012-2015	% du coût global du PSN
Prévention	29 892	31 473	30 071	29 185	120 621	33%
Prise en charge	36 112	34 977	36 373	38 651	146 113	41%
Réduction de l'Impact	11 093	11 622	11 093	10 565	44 373	12%
Gouvernance et Gestion de la Réponse	13 064	13 867	11 918	9 856	48 705	14%

Ces coûts par axe peuvent être davantage détaillés.

a) Coûts détaillés de l'axe Prévention

Sur la période 2012-2015, le coût de la prévention est estimé à 120 milliards 621 millions de FCFA. Cet axe prévention reste dominé par la Prévention de la transmission de la Mère à l'Enfant dont le coût représente (25%) du coût total de l'axe suivi du conseil et dépistage (17%), des interventions à l'endroit des jeunes (14%) , l'acquisition, la promotion et la distribution des préservatifs (12%), la lutte contre le sida sur le lieu du travail (11%) etc.

Tableau 11 : Répartition des coûts de l'axe prévention

Domaines de prestation de la Prévention	2012	2013	2014	2015	TOTAL (en million de FCFA)
Jeunes	4 347	4 545	4 149	3 953	**16 994**
Professionnelles du sexe	1 293	1 351	1 234	1 175	**5 053**
Travailleurs (intervention sur le lieu de travail)	3 313	3 463	3 162	3 012	**12 950**
Consommateurs de drogues injectables	6	6	5	5	**22**
Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes	337	352	322	306	**1 317**
Détenus	510	730	912	958	**3 110**
Hommes/Femmes en uniforme	766	801	731	696	**2 994**
Fourniture de préservatifs	3 674	3 841	3 507	3 340	**14 362**
Traitement des MST	797	828	860	893	**3 378**
Conseil et Dépistage	4 682	4 946	5 224	5 518	**20 370**
PTME	7 849	8 205	7 492	6 778	**30 324**
Média de masse	646	662	679	696	**2 683**
Lutte contre les violences basées sur le genre	165	173	158	150	**646**
Sécurité du sang	1 223	1 285	1 349	1 417	**5 274**
Prophylaxie post exposition	35	36	37	38	**146**
Sécurité des injections et gestion des déchets	250	250	250	250	**1 000**
TOTAL	**29 892**	**31 473**	**30 071**	**29 185**	**120 621**

b) Coûts détaillés de l'axe Prise en charge

La prise en charge renferme le traitement ARV dont le coût représente 81% du coût total de l'axe, suivi des autres soins et prophylaxie non ARV (9%), les examens biologiques (7%). Les soins palliatifs représentent 4%.

Tableau 12: Répartition des coûts de l'axe prise en charge

PRISE EN CHARGE	2 012	2 013	2 014	2 015	Total 2012-2015 (en Millions de F CFA)
Thérapie ARV	27 330	27 618	30 181	33 497	**118 626**
Soins et prophylaxie non ARV	4 400	3 887	2 601	1 656	**12 544**
Examen biologique	2 452	2 404	2 369	2 346	**9 571**
soins palliatifs	1 642	1 356	1 221	1 152	**5 371**
TOTAL	**36 112**	**34 977**	**36 373**	**38 651**	**146 113**

c) Coûts détaillés de l'Axe Réduction de l'impact

Cet axe est dominé par le soutien aux OEV qui représente plus de la moitié (56%) du budget. Le soutien socio-économique représente 29% du budget et le soutien nutritionnel, 15%.

Tableau 13 : Répartition des coûts de l'axe Réduction de l'impact

REDUCTION de l'impact	2012	2013	2014	2015	Total 2012-2015 (en Millions de F CFA)
Soutien nutritionnel	1 646	1 724	1 646	1 567	**6 583**
Soutien socio-économique	3 249	3 403	3 249	3 094	**12 995**
Soutien aux Orphelins	6 199	6 494	6 199	5 904	**24 796**
Total	**11 093**	**11 622**	**11 093**	**10 565**	**44 373**

d) Coûts détaillés de l'Axe Gouvernance de la réponse

L'axe gouvernance renferme la coordination de la réponse, la mobilisation et la gestion des financements, le Système d'Information et de Gestion, les recherches opérationnelles. Ces coûts ne prennent pas en compte les activités de prévention et de prise en charge menées par les acteurs du système communautaire et du secteur privé, bien que dans l'organisation du PSN ces deux systèmes se retrouvent dans cet axe. Les interventions considérées ici sont celles qui sont en rapport avec le pilotage de la lutte contre le sida. Les autres aspects de la lutte se retrouvent dans les trois autres axes. Le suivi-évaluation et la coordination avec respectivement 33% et 25% du budget occupent une place importante comme l'indique le tableau 13.

Tableau 14 : répartition des coûts de l'axe gouvernance

GOUVERNANCE (en Millions de F CFA)	2012	2013	2014	2015	Total 2012-2015
Coordination	3 152	3 438	3 008	2 579	**12 177**
Suivi évaluation	4 160	4 538	3 971	3 403	**16 072**
Recherche	2 773	3 025	2 647	2 269	**10 714**
Équipement	2 980	2 865	2 292	1 604	**9 741**
Total Gouvernance	**13 064**	**13 867**	**11 918**	**9 856**	**48 704**

10 .2 Stratégie de mobilisation des ressources

La stratégie de mobilisation des ressources pour le financement du PSN s'articule autour :

(i) du plaidoyer pour l'augmentation de l'enveloppe budgétaire de l'État destinée à la lutte contre le SIDA (PSN, Plans sectoriels et Plans régionaux),

(ii) de l'allocation d'une ligne budgétaire à chaque institution et département ministériel pour la réponse au VIH,

(iii) de l'instauration de système de taxation pour générer des ressources supplémentaires,

(iv) de la mise en place de mécanismes alternatifs de financement par le micro crédit, les mutuelles et les systèmes d'assurance maladie

(v) de la promotion du rôle du secteur privé,

(vi) de l'intégration du volet lutte contre le VIH, le Sida et les IST lors de la formulation et l'évaluation de tout projet ou programme de développement surtout ceux des secteurs des infrastructures, de la défense, de la sécurité, des transports, des mines et du développement rural, et (vii) du plaidoyer pour la mobilisation des ressources externes additionnelles.

10 .3 Ressources pour le Financement de la mise en œuvre du PSN

Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du PSN 2012-2015 seront mobilisées en interne (État, secteur privé, ménages, etc.) et auprès des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

a. Ressources disponibles

Au 31 décembre 2010, certains engagements financiers sont disponibles dans des documents officiellement validés. Malheureusement, ces engagements ne sont pas toujours répartis par année et ne sont pas toujours affectés à des domaines de dépenses précises. En attendant de produire un plan de financement détaillé qui répondra à ce souci de disposer des apports financiers par bailleur, par année et par type de dépenses, les engagements globaux sur la période 2012-2015 peuvent être résumés comme suit dans le tableau ci-dessous :

Tableau 15 : Ressources disponible en fonction des bailleurs de fonds

Bailleurs	Montants disponibles (Million de FCFA)				Total	%
	2012	2013	2014	2015		
PEPFAR	37 766	37 300	36 554	35 780	**147 400**	**63,2%**
FONDS MONDIAL	15 497	11 279	12 523	13 275	**52 574**	**22,5%**
GOUVERNEMENT	6 449	6 449	6 449	6 449	**25 796**	**11,1%**
UNICEF	2 584	1 684	0	0	**4 268**	**1,8%**
PUMLS	0	0	0	0	**0**	**0,0%**
AIMAS	933	347	382	288	**1 950**	**0,8%**
ONUSIDA	203	203	225	225	**856**	**0,4%**
ESTHER	290	0	0	0	**290**	**0,1%**
PNUD	59	59	59	59	**236**	**0,1%**
TOTAL	***63 780***	***57 321***	***56 192***	***56 075***	**233 368**	**100,0%**

Le cumul des fonds disponibles sur la période s'élève à 233 milliards 368 millions de Francs CFA. Face à un besoin de financement de 359 milliards 812 millions de Francs CFA, il ressort donc une différence à rechercher de **126 milliards 444 millions** de Francs CFA.

Tableau 16 : Ressources à mobiliser

	Montant	
	En F CFA	**En Euros**
Coûts du PSN	359 812 000 000	548 529 857.90
Engagements financiers officiels au 31 Décembre 2010	233 368 000 000	355 767 222.55
GAP Financier à rechercher	**126 444 000 000**	**192 762 635.36**

Le montant total de financement à rechercher pour couvrir tous les besoins de la mise en œuvre globale du PSN est de **126 milliards 444 millions de FCFA**F CFA, soit **192 762 635.36 euros.**

Les fonds qui seront mobilisés seront gérés selon des procédures définies de façon consensuelle par l'État de Côte d'Ivoire et les partenaires de la lutte contre l'infection à VIH, le Sida et les IST. Les grandes lignes du mécanisme de gestion des ressources sont définies ci-après.

10 .4 Mécanisme de Gestion des ressources Financières

La gestion financière des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN 2012-2015 se fera selon un mécanisme qui prend en compte les faiblesses relevées au cours de l'analyse de la réponse. Ce mécanisme fera en sorte que les appuis extérieurs s'alignent sur les priorités et procédures nationales, sans toutefois minimiser les contraintes de chaque Bailleur et en ayant à l'idée la célérité avec laquelle les fonds doivent parvenir aux bénéficiaires.

Ainsi, l'accent sera mis sur la traçabilité comptable et sur l'arrimage aux procédures nationales.

Dès l'adoption de ce PSN, tous les financements prévus pour la mise en œuvre seront retracés dans un plan de financement qui sera élaboré pour couvrir la durée du plan opérationnel national. Chaque source de financement devra y faire inscrire les montants par année et leurs affectations par secteur, par axe stratégique et par localité.

En outre, il sera élaboré un plan de mobilisation des ressources en vue de combler le gap de financement.

Le plan de financement aura un caractère contractuel entre chaque bailleur et l'État de Côte d'Ivoire. Le Secrétariat du CNLS suivra au quotidien le respect des engagements pris. À cet effet, il produira chaque trimestre un Rapport de suivi qui fera le point des ressources mobilisées, y compris celles inscrites au budget de l'État et effectivement engagées et ordonnancées.

La deuxième étape sera de décliner toutes les prévisions d'apports internes et externes en programme triennal à cofinancement multi bailleurs. Le Secrétariat du CNLS se chargera de la formulation de ce programme triennal, de sa négociation auprès de chaque bailleur et de la Direction générale du Plan du Ministère chargé du Plan et du Développement. Ainsi toutes les prévisions de financements seront inscrites au PIP (Programme d'Investissement Public) de l'État de Côte d'Ivoire.

Chaque année, la Direction des Affaires Administratives et Financières (DAAF) du Ministère en charge de la Lutte contre le Sida inscrira ce programme au titre 3 du Budget du Ministère.

Par ce procédé, les prévisions de financements des bailleurs seront adoptées par l'assemblée nationale ou par ordonnance de l'exécutif en même temps que le budget national. En outre, ces financements seront retracés dans le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP). En cas de retard dans le vote du Budget ou dans sa mise en place, des dispositions spécifiques seront prises par le Ministère de l'Économie et des Finances pour que les fonds des bailleurs soient utilisables dès le mois de janvier.

Chaque année au mois de janvier, la DAAF du Ministère exécutera le quart des crédits bailleurs en transfert en capital. Chaque début de trimestre, et après confirmation de la disponibilité des crédits Bailleurs, la DAAF engagera systématiquement le quart des dotations budgétaires part-Bailleurs, en transfert en capital.

Les mandats ordonnancés seront transmis à l'Agence Comptable de la Dette Publique (ACDP) pour prise en charge comptable. Cependant, l'ACDP n'aura pas à faire de virement. Les liquidités de chaque bailleur devant restés logées dans des structures de sa convenance.

Après cette étape, les fonds seront gérés en interne au niveau de chaque bailleur.

Pendant les deux (2) premières années de mise en œuvre du PSN, la gestion comptable et Financière des fonds se fera selon les procédures de chaque Bailleur. Pendant ce temps, la Côte d'Ivoire et les partenaires produiront des procédures consensuelles de gestion.

Au bout des deux premières années, les manuels ci-après devront être disponibles auprès de tous les acteurs et bailleurs de fonds. Ce sont :

- Le Manuel de gestion Administrative, Comptable et financière des Projets ;
- Le Manuel de Passation des Marchés des projets et Programmes ;
- Le Manuel de planification et de Suivi-Évaluation des Équipes Projets ;
- Le Guide simplifié de gestion administrative, comptable et financière des ONG
- Le Guide simplifié de passation des marchés des ONG, etc.

Après l'adoption de ces procédures consensuelles, il sera fait obligation à toutes les équipes projets, de gérer les fonds conformément aux procédures adoptées.

Ces unités de gestion produiront, chaque trimestre, des rapports de suivi financier et programmatique qu'elles transmettront au Secrétariat Technique du CNLS. Le Secrétariat Technique du CNLS produira un rapport consolidé qui prendra en compte les rapports de tous les bailleurs. Ce rapport consolidé sera transmis à tous les bailleurs et présenté aux réunions du CNLS.

A la fin de l'année civile, tous les bailleurs disposeront de 45 jours pour produire et transmettre au Secrétariat Technique du CNLS, leurs rapports annuels de gestion.

Un audit technique et un audit financier indépendants seront conduits chaque année sous la supervision du Secrétariat Technique du CNLS, pour juger de la bonne utilisation des ressources de la lutte contre le Sida.

L'Inspection du Ministère de l'Économie et des Finances, l'Inspection Générale d'État, le Parlement et la Chambre des Comptes de la Cour Suprême pourront, à tout moment, exercer leurs pouvoirs de contrôle à posteriori.

De même, le Parlement et la Chambre des Comptes de la Cour Suprême pourront commanditer des Audits externes.

XI. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

11 .1 Analyse des risques

Les évènements probables dont la survenance aurait des conséquences non souhaitables sur l'atteinte des résultats de ce PSN sont ci-après listés avec en regard de leur noms, les types d'impacts qu'ils pourraient y avoir et les actions prévisionnelles de mitigation.

Tableau 17 : Grille de description des risques du PSN 2012-2015

Événements critiques	Probabilité d'occurrence	Évaluation des impacts sur			Priorité du risque	
		Atteinte de résultat	Échéancier du plan	Coût du plan		
Un conflit armé provoquant la rupture de l'offre de soins	Faible	Non atteinte des résultats	Retard dans la mise en œuvre du plan	Augmentation du coût du plan	1/5 1/5 1/5	3/15
Une catastrophe naturelle intervient et occasionne des besoins d'urgence sanitaire	Faible	Non atteinte des résultats	Retard dans la mise en œuvre du plan	Augmentation du coût du plan	1/5 1/5 2/5	4/15
Une variation défavorable du taux de change monétaire entrainant un gap dans le financement du plan	Moyen			Augmentation du coût du plan	2/5 2/5 2/5	6/15
Une réduction importante des financements extérieurs entrainant une insuffisance de financement du PSN, notamment dans l'achat des ARV	Moyen	Non atteinte des résultats	Ralentissement dans la mise en œuvre du plan	Pas d'incidence	2/5 3/5 3/5	8/15
Le Franc CFA est dévalué entrainant un Gap de financement	Faible	Pas d'incidence	Pas d'incidence	Augmentation du coût du plan	1/5 2/5 2/5	5/15

Tableau 18 : **Mesures de mitigation**

Événements critiques	Causes possibles	Mesures de mitigation	Évaluation des mesures			Plan mise en œuvre : quand et par qui ?
			Bénéfices	Coûts	Oui Non	
Un conflit armé provoquant la rupture de l'offre de soins	Absence de plan de contingence	Concevoir un plan National d'Urgence Humanitaire Mobiliser les ONG Nationales et Internationales	élevé	élevé	oui	• MSLS, partenaires, société civile. • Début de mise en œuvre du PSN
Une catastrophe naturelle intervient et occasionne des besoins d'urgence sanitaire	Inadaptation du plan d'urgence sanitaire	Actualiser et mettre en œuvre le plan d'urgence sanitaire de la Direction de la santé Communautaire	élevé	élevé	oui	• MSLS, partenaires, société civile • Début de mise en œuvre du PSN
Une variation défavorable du taux de change monétaire entrainant un gap dans le financement du plan	Plan de financement élaboré en FCFA	Élaborer le Plan de Financement en Euro et signer les engagements de financement en Euro	Moyen	Faible	oui	• DMRCF • Avant le début de mise en œuvre
Une réduction importante des financements extérieurs entrainant une insuffisance de financement du PSN, notamment dans l'achat des ARV	Faible contribution de l'État dans le financement des ARV	Conduire un Plaidoyer auprès de l'État pour que au moins 50% des fonds nécessaires à l'achat des ARV soient inscrits au Budget de l'État	élevé	faible	oui	• DGLS, MEF • Avant la mise en œuvre du plan
Le Franc CFA est dévalué entrainant un Gap de financement	Plan de financement élaboré en FCFA	Élaborer le Plan de Financement en Euro et signer les engagements de financement en Euro	élevé	faible	oui	• DMRCF • Avant le début de mise en œuvre

11 .2 Conditions de succès de la mise en œuvre du PSN 2012-2015

Pour que les stratégies définies dans ce PSN, contribuent véritablement à la réalisation des extrants et que chaque niveau de la Chaîne de résultat puisse concourir à l'atteinte du niveau supérieur, les conditions ci-après doivent être réunies :

- La stabilité politique en Côte d'Ivoire;
- Les ressources financières nécessaires doivent être disponibles ;
- Le pays doit être réunifié;
- Les Agents de santé doivent être redéployés sur l'ensemble du territoire ;
- Les acteurs du système de santé doivent être motivés à la performance.

ANNEXES

Tableau 19 : Tableau d'Indicateurs de Santé de la Côte d'Ivoire

Indicateur	Année	Estimation	Source
Population (millions)	2010	21, 9	INS
Croissance annuelle de la population (%)	2005-2015	1,8	PNUD
Taux d'accroissement annuel (%)	2008	3,3	OMS
PIB par habitant (US$)	2009	1137	World Development Indicators 2010, BM
Indice de développement humain (IDH classement)	2009	182	PNUD
Incidence de la pauvreté (classement)	2009	119	PNUD
Taux d'alphabétisme des jeunes (%)	2008	66,1 37 (H) 63 (F)	UNESCO OMS OMS
Taux d'alphabétisme des adultes (% de personnes âgées de 15 ans et plus)	2008	55%	OMS
Taux de mortalité 15-60 ans H/F (pour 1000)	2008	367(H) 354(F)	World Health statistics 2010, WHO
Taux de mortalité maternelle	2008	543 pour 100 000 NV	OMS
Taux de mortalité infantile (pour 1000) naissances vivantes)	2008	114 112	World Health statistics 2010, WHO OMS
Espérance de vie à la naissance (années)	2008	56 (57 OMS) 46,5 (H) 48,3 (F)	World Health statistics 2010, WHO OMS OMS
Dépenses publiques générales de santé en % des dépenses publiques totales	2007 2008	4,8 3,8%	World Health statistics 2010, WHO OMS
Dépenses de santé par habitant (US $)	2008	66	OMS
Taux de couverture vaccinale rougeole	2008	67%	OMS
Taux de couverture vaccinale DTCHep3	2008	74%	OMS
Installation d'assainissement améliorée en milieu urbain (% de la population urbaine y ayant accès)	2008	36%	OMS
Population ayant accès à l'eau potable	2008	77%	OMS
Séroprévalence VIH/sida dans la population générale	2008	3,9%	ONUSIDA

Tableau 16 : Liste des Documents consultés

1) : Analyse de la pertinence et de l'efficience des financements du fonds mondial en appui à la prévention du VIH en Côte d'Ivoire, 2010, Dominique Kerouedan ; Pr Joseph Brunet-Jailly
2) : Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, Paris, 2005
3) : DIPE, rapport VIH 2009
4) : Document de Soumission de la Côte d'ivoire au Round 9 du Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, Abidjan, 2009
5) : Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté 2009-2013, Abidjan, 2009
6) : ENSEA, Etude Connaissance Aptitude Pratique, Abidjan ,2007
7) : ESTHER, Rapport 2010
8) : Etude sur l'utilisation des préservatifs chez les PS, Vuylsteke et al, 2010
9) : Family Health International, Audit de la qualité dans les centres PAPO-HV, Abidjan 2010
10) : Family Health International, Etude transversale VIH, Abidjan, 2009
11) : Family Health International, Rapport annuel 2009
12) : Hôpital de la Police nationale, Rapport annuel 2009
13) : Institut National de la Statistique, Base de données sur la population, 2006
14) Ministère de la Lutte contre le Sida, Plan Stratégique National 2006-2010 de lutte contre le Sida, Abidjan, 2006
15) Ministère de la Lutte contre le Sida, Rapport National 2009 de lutte contre l'infection à VIH, Abidjan, 2010
16) Ministère de la Lutte contre le Sida, Rapport national VIH 2009
17) Ministère de la Lutte contre le Sida, Rapport REDES (Estimation des Ressources et des Dépenses de Lutte contre le Sida), 2009
18) Ministère de la Lutte contre le Sida, Revue à mi-parcours du PSN 2006-2010 de lutte contre le sida, Abidjan, 2009
19) Ministère de la Lutte contre le Sida, Revue finale du PSN 2006—2010 de lutte contre

le sida, Abidjan, 2011

18) Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Données de population 2010 à utiliser pour le calcul des indicateurs, DIPE, Abidjan, 2010

20) Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Plan National de Développement sanitaire 2009-2013, Abidjan 2009

21) Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Évaluation de la performance du SIG, Abidjan, 2008

22) Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Évaluation des Ressources Humaines de la Santé en Côte d'Ivoire, août ,2005

23) Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, Rapport annuel du Programme national de lutte contre la tuberculose 2009

24) Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Rapport surveillance sentinelle 2008

25) ONUSIDA, global report 2010

26) ONUSIDA, guide de terminologie

27) ONUSIDA, Programme d'appui conjoint du SNU à la réponse nationale au VIH/Sida en Côte d'Ivoire 2010- 2013

28) Population Service International, Enquête TRAC 2010

29) Population Service International, Rapport PSAMAO 2009

30) PUMLS, Rapport d'Activité 2009

31) URC, Rapport d'évaluation de la qualité des sites, Abidjan 2009

Liste des participants au processus d'élaboration du PSN 2011 – 2015

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE DEFINITION DES PRIORITES ET DES CIBLES
NSAHOTEL/GRAND BASSAM, DU 23 AU 27 AOUT 2010

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE/FONCTION	CONTACTS	
			TEL./CELL.	E.MAIL
		PARTICIPANTS		
01	ABLEGUE VANGA GEORGES	MLS/CTAIL ABIDJAN SUD / CR	02 01 00 93 / 05 63 67 61	ablegv@yahoo.fr
02	ABOU SEKA KOFFI NESTOR	FNLS / S-DIRECTEUR S&E	05 47 13 79	abou_seka@live.fr
03	ADJE HERMANN	MLS/CTAIL ZANZAN / CR	35 90 53 52 / 07 94 69 38	hermannadje@yahoo.fr
04	ADOU LUC	ANADER	01 05 04 66	lucadou2001@yahoo.fr
05	ADOUKO-KOUADIO PATRICIA	MSHP/DIPE RESP. VIH	07 36 65 75 / 20 32 33 17	paticom2001@yahoo.fr
06	AHOUSSI-DIBIE ANDRE C.	MEF / INPECTEUR DES FINANCES	08 11 16 70 / 20 22 04 22	ahdibie@yahoo.fr
07	AKA MICHELINE ADAE	CDC/PEPFAR	22 49 44 14 / 05 53 11 35	akad@ci.cdc.gov
08	ALAIN MICHEL KPOLO	RIJES	07 82 58 49 / 01 79 31 53	kpolomichalain@yahoo.fr
09	ALBERT BAKOR	HAI-CI / DIRECTEUR	67 60 01 13	beteck.bakor@hai-ci.org
10	AMEHOU GEORGES R.	USAID /PEPFAR		
11	AMIAN ANTOINE	COMMUNE DU PLATEAU	09 22 67 88	antoineamian@yahoo.fr
12	AMON-ETTIEN IVANNE	PEPFAR/ CT SOINS & SOUTIEN	04 83 86 67	amony@ci.cdc.gov
13	ANDERSON KOUA	MFFAS/PN-OEV / DIRECTEUR COORD.	22 41 39 86	
14	ANGAMAN KASSI ROGER	PN-OEV	22 41 39 86	kassyroger@yahoo.fr
15	ANGBONOU ANNE-MARIE	CECI / CHARGEE DE PROG.	20 21 57 17 / 07 70 01 98	ndouah_noda@yahoo.fr
16	ANZI KOUADIO	CTAIL LAGUNES / CR	07 44 34 11	kouadiobeausoleil@yahoo.fr
17	ASSI YAPO PARTICE	MEN/DMOSS	07 82 29 28 / 02 23 56 84	assi_patrice@yahoo.fr
18	ASSOUMOU BONGOUA J.C.	CECI / CHARGE DE PROJETS	20 21 57 17 / 01 56 11 56	jc_assoumou@yahoo.fr
19	AVOAKA JULIETTE	UNFPA	08 08 80 56	avoaka@unfpa.org

20	AYE MARCELLIN	MLS/CT	07 78 74 27	ayemen@yahoo.fr
21	BAKO JEAN FRUCTUEUX	PREFECTURE SAN PEDRO / SG	34 71 22 37 / 07 01 10 42	fructueuxbako@hotmail.com
22	BALOU SOLANGE	HOPECI/DIRECTEUR	06 34 04 27	solange.balou@yahoo.fr
23	BAMBA ADAMA	PUMLS / COORD. NATIONAL	22 52 90 50 / 03 37 83 59	badamci@yahoo.fr
24	BAMBA YOUSSOUF	REPMASCI / PCA	09 11 26 44 / 01 37 00 99	bambayoussouff@yahoo.fr
25	BARRY ISMAHEL A.	PUMLS/CSE	03 37 83 25 / 22 52 90 50	i.barry@pumls-ci.org
26	BEHIBRO ROSTAND	PNPEC	01 67 25 29	behibro@yahoo.fr
27	BENJAMIN EFFOLI	PREFECTURE KOHOGO	36 86 11 78 / 07 81 45 65	beffoli@yahoo.fr
28	BILLY D. ARISTIDE	CDC/PEPFAR	21 21 42 59 / 05 06 37 21	billyd@ci.cdc.gov
29	BISSIE EFFI MONIQUE	CTAIL FROMAGER / CR	32 77 14 89 / 08 82 56 16	yah_effi@yahoo.fr
30	BOKA RAOUL	OLIVE LEAF /F/CH PROG.	05 63 21 80	raoul_boka2004@yahoo.fr
31	BOKO DESIRE	ABT ASSOCIATES / DIRECT. PAYS	07 08 39 38 / 22 42 79 83	desire.boko@abtremote.com
32	BOSSO EDWIGE	MEASURE EVALUAT°/CONS. TECH. M&E	04 77 42 16	edwige.bosso@measure-jsi.ci edwigebosso@yahoo.fr
33	BOUA DIDIER	AVSI/APC	22 42 99 50 / 03 06 70 89	avsuapc@yahoo.fr
34	BOUIKALO ANGE DESIRE	MLS/DIC / CHARGE PROGRAMME	08 51 52 48 / 40 41 98 75	angelobouik@yahoo.fr
35	BRAUD K. BERTRAND	ARSIP / CHARGE PEC	09 14 93 76 /05 03 79 67	braudbertrand@yahoo.fr
36	BREDE DIZO ROMUALD	CTAIL DENGUELE / CR	02 03 77 97	brededizoromuald@yahoo.fr
37	BRICE DELAGNEAU	AMICAALL	01 26 24 88 / 22 44 74 48	brysdelagneau@yahoo.fr
38	BRISSY-KOUASSI	MLS/DSP / S/DIRECTEUR	02 00 13 79	lisedahi@yahoo.fr
39	BROU KOUAME FELIX	RIP+/SE	21 24 60 81 / 02 82 01 99	felibrou@yahoo.fr
40	CAPE AIME	CIE / MEDECIN	07 97 00 41	aaime@cie.ci
41	CAPE BRIGITTE	MEF/DGTCP	01 24 65 00	brigittecape@yahoo.fr
42	CAUMAUETH HERVE	CGFCC/BCC-FRC	01 01 06 66	hcaumaueth@yahoo.fr

43	CELESTIN EHUI DAMOH	MLS/DSPSC	05 81 64 80 / 21 24 31 19	cehuida@yahoo.fr
44	CLOTENI COULIBALY	CTAIL SAVANES / CR	02 03 63 72	clo_jean@yahoo.fr
45	CLOVI BERNADETTE Epse ABY	SAVE THE CHILDREN	07 86 75 75	berniscuk@yahoo.fr
46	CODO CARINE	PSP-CI	02 50 05 23	codokrys@yahoo.fr
47	COULIBALY GAHOUSSOU	MLS/CT	47 89 09 05	coulibalygahoussou@yahoo.fr
48	COULIBALY-OFFIA MADIARRA	PNUD/VIH ET GENRE	01 34 44 10	madiarra.coulibaly@undp.org
49	DABLE Epse GUE BRIGITTE	MFFAS / POINT FOCAL VIH/SIDA	07 80 35 48	damegue@yahoo.fr
50	DAO SIAKA	COUABLSI	07 10 81 28	daosiaka2001@yahoo.fr
51	DELPHINE ACHI-KOUASSI	CDC/PEPFAR / CT SERVICES ARV	02 00 85 96	achid@ci.cdc.gov
52	DIABATE CONOMBO JOSEPHINE	MLS/STCO / SECRETAIRE TECH.	07 09 96 49 / 20 33 80 77	jconombo@yahoo.fr stcomls-ci@yahoo.fr
53	DIABATE JOSEPH M. CH.	MINISTERE DE LA COOMUNICAT°	07 81 04 69	diabatejoseph@yahoo.fr
54	DIANE KOUAO MAXIME	MSHP/CNTS	03 01 07 38	dianekouao@yahoo.fr
55	DIECKET AOUSSOU LUCRECE	CSE PEDIATRIE CHU YOPOUGON	07 02 21 29	diecketlucrece01@yahoo.fr
56	DJOMAN JEAN MARC	UNFPA / COORD. REGIONAL	08 08 80 43	djoman@unfpa.org
57	DOFFOU ATSIN MARGUERITE	FNLS / DIRECTEUR	07 07 33 32	fondsnat_sida@yahoo.fr
58	DOFFOU EDMOND	MEN/PEPFAR / M&E	09 33 44 28	dauphout@yahoo.com
59	DOSSAN RENE KOUAKOU	PREFECTURE ABENGOUROU	35 91 35 60 / 05 01 70 00	dossanrenek@yahoo.fr
60	DROGON N'DA N'GORAN M.	MSHP/PNSR / S&E	07 65 03 08	monique_ahou@yahoo.fr
61	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	47 31 93 20	ebye@unaids.org
62	EHOUSSOU KONAN	CDC/PEPFAR	05 02 25 17 / 22 49 42 35	ehoussouk@ci.cdc.gov
63	ESSEY CELESTINE	MEN/PEPFAR / DP	05 64 18 34	gnangondon@yahoo.fr
64	ESSIS LORNG JEAN CLAUDE	MLS/DPSE	07 92 63 32	lornge6@yahoo.fr
65	ESSO YEDMEL CHRISTIAN SERGE	MSHP/PNLT	01 51 05 54 / 20 37 57 41	mouahetci@yahoo.fr

				esso.yedmel@pnlt.ci
66	ETI EDMOND	UFR SCIENCES MED. / VICE DOYEN	07 07 54 49 / 22 48 10 82	etiedmond@hotmail.com
67	ETTIEGNE MIAN S.	HKI / CHARGE DE PROG.	05 10 10 35	setiegne@hki.org
68	ETTIEGNE TRAORE VIRGINIE	MSHP/PNPEC / DIRECTEUR COORD.	07 29 76 76 / 22 42 07 17	virginetraore@gmail.com pnpecinfo@yahoo.fr
69	ETTILE JEAN-JACQUES	JOURNALISTE	07 68 11 41	ettylesskr@yahoo.fr
70	EVELYNE EHUA AMANGOUA	MLS/DIC / DIRECTEUR	21 35 28 29	evaehua @yahoo.fr
71	EZOUA JOSEPH	PNUD	07 01 44 18	joseph.ezoua@undp.org
72	FAMAN TOURE	ONUSIDA	02 0285 68	
73	FATIGA MAMADOU	RALSIK	05 57 92 57	ralsik@yahoo.fr
74	GAHA THOMAS NOEL	CTAIL SUD COMOE	07 72 08 70 / 03 51 41 56	docgahanoel@ahoo.fr
75	GBANTA LAURENT	COSCI/PCA	07 65 68 42	cos_ci@yahoo.fr
76	GNAO ELVIS	ARC-EN-CIEL+ / PRESIDENT	07 30 38 70	elvisjoce@yahoo.fr
77	GNASSOU LEONTINE	MEASURE EVALUATION	05 95 84 46	lgnassou@jsi.com
78	GOUE LYLIANE	MEF/DGBF	49 07 15 33 / 20 21 07 77	lylianegragbo@yahoo.fr
79	GUELLA MICHEL	MLS/ DPSE	07 15 96 76 / 20 33 81 04	michel_guella@yahoo.fr
80	GUEU GOHILE ALEXIS	ALLIANCE-CI/ CHARGE DU S&E	04 34 75 07 / 01 76 97 69	gagueu@alliancecotedivoire.org
81	GUEYES BENJAMIN	MEF/IGF	20 22 00 71 / 03 64 02 03	gueyes_benjamin@hotmail.com
82	Père GUSTAVE ADOU	ARSIP / PCA	07 79 06 04 / 20 33 00 75	ettykadjo@yahoo.fr
83	INAGBE DAGO	CTAIL VALLEE BANDAMAN / CR	02 54 50 99	inagbe@yahoo.fr
84	JENNIFER WALSH	PEPFAR / COORDONNATEUR	05 39 15 54 22 49 41 21	walshj@ci.cdc.gov
85	JOSEPH ESSOMBO	EGPAF / DIRECTEUR PAYS	22 41 45 05	jessombopedaids.org
86	JUMA KARIBURYO	OMS / ADMIN. VIH&TB	08 39 78 17	kariburyoj@who.int
87	KANHON SERGE	MSHP/PNPEC / CONSEILLER TECH.	08 08 79 55	kanhon_serge@yahoo.fr

88	KLA CHRISTIAN	MLS/DMRCF / DIRECTEUR	08 37 77 36 /05 37 77 36 22 42 3515	christian_kla@yahoo.fr
89	KODJO NIAMKE EZOUA	MLS/STCO / ASSISTANT	07 64 27 69 / 03 03 42 03	kodjone@yahoo.fr
90	KOFFI BEHOU	MFFAS/DEPG / INGENIEUR COORD.	20 22 75 63 / 05 07 21 52	koffibehou2008@yahoo.fr
91	KOFFI DJADJIKAN	MINISTERE INTERIEUR / POLICE NTLE	20 21 27 24 / 08 83 36 24	djadjik@yhaoo.fr
92	KOFFI K. GUY-GERARD	MSHP/CCGFSP	02 07 44 71	koffik@live.fr
93	KOMENA AUGUSTE ERIC	ACONDA	40 18 57 82	komenaeric@yahoo.fr
94	KONAN BOGUI NATHALIE	ANADER / DIRECT. EXECUTIF	20 21 76 98 / 01 01 64 20	kbnaths@yahoo.fr
95	KONAN CLOVIS	PUMLS/CP	22 52 90 50 / 03 37 83 20	clovisko@yahoo.fr
96	KONAN KOUAME JEAN	UNICEF / CHARGE PROG. OEV /JEUNE	05 57 21 77	kkonan@unicef.org
97	KONE MAMADOU	PNPEC / STATISTICIEN	02 90 25 37	penpecinfo@yahoo.fr
98	KONE SAYON	FHI / ASSISTANT TECH. PHV	22 40 50 10	scone@yahoo.fr
99	KOUADIO BLAISE	FHI/STO	22 40 50 10 / 05 82 02 20	bkouadio@fhi.org
100	KOUAKOU CATHERINE	ESPACE CONFIANCE / RESP. ACT° TERRAIN	21 35 28 61/62 /07 64 67 19	knkate@yahoo.fr
101	KOUAME BI KALOU C.	PREFECTURE ABOISSO / SG	08 87 79 29 / 21 30 40 79	
102	Dr KOUAME ISABELLE	ONUSIDA / CHARGEE DE PROG.	47 31 93 19	kouamei@unaids.org
103	KOUAME N'GORAN JEAN LOUIS	ADDCI / PHARMACIEN	08 40 61 07	kouamebe2002@yahoo.fr
104	KOUASSI AHOU JOELLE	CTAIL LACS/CHARGE DE PROG.	08 83 20 18 / 40 41 47 23	joellekouassy@yahoo.fr
105	Dr KOUASSI-GOHOU VALERIE	MSHP/DIPE / DIRECTRICE	01 14 01 31 46 00 75 37	dipemshp@yahoo.fr
106	KOUJE PAULINE	UNFPA	08 08 80 47	kouje@unfpa.org
107	KPAN GBEMA JUSTINE	AFJCI/JURISTE CONSULTANTE	07 23 98 48 / 02 73 84 94	kpanjustine@gmail.com
108	LAGO HUGES	OMS	+226 71 30 34 32	lagoh@afro.who.int
109	LAGO KOURAI VALERIE	MSHP/PNPEC	40 17 62 61	kouraival@yahoo.fr
110	LATTROH MARIE ESSOH	MEF/CT	07 63 51 33	mef.secsoc@yahoo.fr

111	LION FREDERIC	COSCI MAN / COORD. REGIONAL	02 59 79 77	cosciman@yahoo.fr
112	M'BAHIA ADOUKO IRENE	PEPFAR / CONSEILLER TECH.	21 21 42 50 / 06 32 40 42	mbahiaa@yahooci.cdc.gov
113	MAKAN COULIBALY	UNICEF	05 07 18 90 / 21 21 18 33	macoulibaly@unicef.org
114	MOH RAOUL	SMIT / ATTACHE DE RECHERCHES	07 82 83 79	drmoh7@yahoo.fr
115	MOH SEMDE CORINNE	ACONDA-VS / PSYCHOLOGUE	40 18 58 26	corinne_ci@yahoo.fr
116	N'DIA YOUSSOUF	STP/DSRP / ASSITANT DU COORD.	07 60 12 65 / 22 41 43 14	ndia_youssouf@yahoo.fr
117	N'DIAYE AICHATOU	MLS/CTAIL - CR	07 60 26 70	aiechou2000@yahoo.fr
118	N'GUESSAN J. HERVE	UCR/ DIRECTEUR PAYS	08 41 41 49	jqualite@yahoo.fr
119	N'TAMON YVETTE	ARSIP / DIRECTRICE EXECUTIVE	22 42 60 51 / 03 77 14 96	alliance religieux_sida@yahoo.fr
120	NAHOUNOU LANWIS	CTAIL BAFING	57 18 81 20	lanwiso2007@yahoo.fr
121	NAHOUNOU NOEL	ABT ASSOCIATES	22 42 79 83 / 05 10 00 85	oel.nahounou@abtrelite.com
122	NEBOUT KAKOU TEOPHILE	MLS / DIRECTEUR DE CABINET	07 59 06 47	
123	NICOUE AIME	PEPFAR / S&E	05 01 38 70 / 22 49 42 38	nicouea@ci.cdc.gov
124	NIOBLE CYPRIEN	JHPIEGO/CT	05 60 17 95	cnioble@jhpiego.net
125	OKOLI ADAORA	GENEVA GLOBAL	01 15 45 18	aokoli@genevaglobal.com
126	OKORONKWO STELLA	GENEVA GLOBAL	22 52 79 38 / 07 82 55 45	sokononfouo@genevaglobal.com
127	OUATTARA SANGA MAMADOU	DC-PNN	02 81 34 04	ouattarasanga@hotmail.com
128	OUELLE FLAVIENNE	MLS/PLS-PHV	08 70 43 18	ouflavie@gmail.com
129	PATRICIA AJAVON	CCP / CHARGEE DE PROGRAMMES	47 85 15 95	pdaillyajavon@gmail.com
130	SADIA MARTIN A.	MEMJDH / ASSISTANT POINT FOCAL	06 95 07 78	sida_justice@yahoo.fr
131	Prof. SAMBA MAMADOU	MSHP / CHEF CPS	20 22 60 43	mamadou_samba@hotmail.fr
132	SEKA FRIDA	COSCI / S&E	07 69 15 26 / 22 41 26 55	sekafrida2001@yahoo.fr cos_ci@yahoo.fr
133	SIBOUO GROH PHILIPPE	AIMAS / CHARGE PROGRAMME VIH	05 88 38 09	sibouogroh@yahoo.fr

134	SIDE CLAUDE STEPHANE	MEMPD/DGP/CP	66 14 29 51	Sidestephane2008@yahoo.fr
135	SIHE BINEMON	RESEAU ONG ABENGOUROU	01 19 94 05	sbinemon@yahoo.fr
136	SIHI KOUHON HYPPOLITE	MLS/DPSE / S-DIRECTEUR S&E	05 07 02 02	sihi_hyppolite@yahoo.fr
137	SOSTHENE DOUGROU	ALLIANCE-CI / DIRECTEUR EXECUT.	02 02 48 00	sdougrou@alliancecotedivoire.org
138	TANOH ANTHONY	EGPAF	06 34 12 65	antanoh@pedaids.org
139	TANOH MEA ANTOINE	MLS/CTAIL ABENGOUROU - CR	08 65 36 85	tanomeaantoine@yahoo.fr
140	TERI WINGATE	CDC/PEPFAR	22 49 41 41	wingatet@ci.cdc.gov
141	TIA YAO GBOKO	MLS/DPSE / S/DIRECTEUR PLANIF.	08 77 37 70	tiayao@yahoo.fr
142	TOURE SIAKA	ACONDA-VS-CI / DIRECTEUR	22 40 00 50 / 40 18 57 87	toure.siaka@acondavs.org
143	TRAORE AMED	MINI. DEFENSE / P. FOCAL VIH/SIDA	02 50 37 03 / 05 73 75 17	traamed@yahoo.fr
144	TUHO MOISE	PNPEC / CONSEILLER TECH.	05 94 72 20	moisetuho@gmail.com
145	VERONIQUE OSSOHOU- KONE	IRC	08 08 63 87 / 22 52 30 50	gbvadvocacy@cotedivoire.theire.org
146	WOGNIN AKA	CTAIL MONTAGNES / CR	07 70 73 13	wogninaka@yahoo.fr
147	YAPI GHISLAIN SYLVESTRE	MEF/DGBF/CE	20 21 03 32 / 02 32 63 38	yapighislain@yhaoo.fr
148	YEO DELOURO ACHILLE	CTAIL/MLS	34 71 01 36 / 07 63 55 10	achilledo@yahoo.fr
149	YEPIE STEPHANE	MSHP/PNPEC	22 42 07 17 / 40 17 62 67	pnpecinfo@yahoo.fr yepiestephane@yahoo.fr
150	YREBE GOPRE ROLAND	MLS/DAAF - DIRECTEUR	20 22 72 76 - 07 46 85 36	yrebematy@yahoo.fr
151	ZADI L. SYLVAIN	PSI-CI / RESP. CCC / FORMATION	22 52 75 10 / 67 25 20 89	szadi@psici.org
152	ZOTOUA ERNEST	MINISTERE DES TRANSPORTS	05 47 57 84	zotoua@yahoo.fr
153	ZOUGOURI BLE BLAISE	MSHP/ DR S ANTE MONTAGNES	07 94 26 03	zougouri.blaise@yahoo.fr
CONSULTANTS				
154	BA DAOUDA	AFSAD / CONULTANT		bacogep@yahoo.fr
155	CHARLES ZOUZOUA	CONSULTANT	02 33 36 75 / 06 16 89 53	zouzouach@yahoo.fr zouzouacha@aviso.ci

156	FELIX POPOTTE	ONUSIDA / CONSULTANT	41 64 06 45 / 45 87 33 33	fpopotte@yahoo.fr
157	GAEL LESCORNEC	CONSULTANTE		lescolee@telkomsa.net
158	GUINAN JEAN CLAUDE	CONSULTANT	07 08 91 03	jcguinan@yahoo.fr
159	IRIS SEMINI	BANQUE MONDIALE		
160	Prof. KADIO AUGUSTE	CCM-CI / CONSULTANT	20 22 17 43 /44 /070742 16	augustekadio@yahoo.com kadiod@gmail.com
161	KRA WALTER	CONSULTANT	07 90 73 02	kouamewalter@yahoo.fr
162	KONAN CLAUDE	CONSULTANT	05 62 42 19	konanefr@yahoo.fr
163	KOSSONOU MONIQUE	CONSULTANTE	07 29 36 54	kossmonia@yahoo.fr
164	N'DAW BECHIR	PNUD / BUREAU REGIONAL	+221 7733 212 43	bechir.ndaw@undp.org
165	MAMADOU SECK	AFSAD / CONSULTANT	46 08 42 32	mamseck1@yahoo.com
166	NIYONGERE AUDACE	BANQUE MONDIALE / CONSULTANT	+ 257 79 924 386	niyongereaud@yahoo.fr niyongere.audace@gmail.com
PERSONNEL D'APPUI				
167	BILE MADELEINE	MLS/DPSE / SECRETAIRE	05 87 31 13	bilemado@yahoo.fr
168	NEBOUT A. ALFRED	MLS/DPSE / CHAUFFEUR	07 84 65 86	frednebout@yahoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER RESTREINT D'ELABORATION DE LA PREMIERE MOUTURE DU PSN
NSAHOTEL/GRAND BASSAM, DU 30 AOUT AU 03 SEPTEMBRE 2010

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE/FONCTION	CONTACTS	
			TEL./CELL.	E.MAIL
		PARTICIPANTS		
01	ADAMA FOFANA	CGECI / CHARGE DE PROJET	20 30 08 20 / 06 69 22 69	fofana@cgeci.org
02	ADOUKO-KOUADIO PATRICIA	MSHP/DIPE RESP. VIH	07 36 65 75 / 20 32 33 17	paticom2001@yahoo.fr
03	AHOURE ALBAN A.	MLS/CT	05 77 32 60 / 07 86 31 14	ahourea@yahoo.fr
04	ANGAMAN KASSI ROGER	PN-OEV	22 41 39 86	kassyroger@yahoo.fr
05	ASSI KAUDJHIS H	ANADER / CHARGE D'ETUDE	20 21 16 88 / 01 05 03 25	hkaudjis@yahoo.fr
06	Dr AYE MARCELLIN	MLS/CT	07 78 74 27	ayemen@yahoo.fr
07	BAMBA ADAMA	PUMLS / COORD. NATIONAL	22 52 90 50 / 03 37 83 59	badamci@yahoo.fr
08	Dr BOSSO EDWIGE	MEASURE EVALUAT°/CONS. TECH. M&E	04 77 42 16	edwige.bosso@measure-jsi.ci edwigebosso@yahoo.fr
09	BROU KOUAME FELIX	RIP+/SE	21 24 60 81 / 02 82 01 99	felibrou@yahoo.fr
10	Dr CELESTIN EHUI DAMOH	MLS/DSPSC	05 81 64 80 / 21 24 31 19	cehuida@yahoo.fr
11	CODO CARINE KRYSTEL	PSP-CI	02 50 05 23	codokrys@yahoo.fr
12	Dr COULIBALY-OFFIA MADIARRA	PNUD/VIH ET GENRE	01 34 44 10	madiarra.coulibaly@undp.org
13	Dr DIABATE CONOMBO JOSEPHINE	MLS/STCO / SECRETAIRE TECH.	07 09 96 49 / 20 33 80 77	jconombo@yahoo.fr stcomls-ci@yahoo.fr
14	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	47 31 93 20 / 22 52 86 44	ebye@unaids.org
15	EHILE M. GILBERT	AIMAS	05 99 09 65	ehile@aimas.org
16	Dr ESSIS LORNG JEAN CLAUDE	MLS/DPSE	07 92 63 32	lornge6@yahoo.fr
17	Dr ETTIEGNE TRAORE VIRGINIE	MSHP/PNPEC / DIRECTEUR COORD.	07 29 76 76 / 22 42 07 17	virginetraore@gmail.com pnpecinfo@yahoo.fr

18	EVELYNE EHUA AMANGOUA	MLS/DIC / DIRECTEUR	21 35 28 29	evaehua @yahoo.fr
19	EYIMIN A. ERNEST	CNPS / DEX	07 60 27 81	a.eyimin@cnps.ci
20	EZOUA JOSEPH	PNUD	07 01 44 18 / 20 31 74 00	joseph.ezoua@undp.org
21	FAMAN TOURE	ONUSIDA	02 02 08 58	Faman_9@hotmail.fr
22	GUELLA MICHEL	MLS/ DPSE	07 15 96 76 / 20 33 81 04	michel_guella@yahoo.fr
23	GUEYES BENJAMIN	MEF/IGF	20 22 00 71 / 03 64 02 03	gueyes_benjamin@hotmail.com
24	JEAN MARIE BILE	CNPS / COALITION	05 00 40 38	j.bile@cnps.ci
25	KANHON SERGES	MSHP/PNPEC / CONSEILLER TECH.	08 08 79 55	kanhon_serge@yahoo.fr
26	KLA CHRISTIAN	MLS/DMRCF / DIRECTEUR	08 37 77 36 /05 37 77 36 22 42 3515	christian_kla@yahoo.fr
27	KODJO NIAMKE EZOUA	MLS/STCO / ASSISTANT	07 64 27 69 / 03 03 42 03	kodjone@yahoo.fr
28	KONE DOHONA	PSP	02 50 05 00	dhnkone@yahoo.fr
29	Dr KONE GUISSONGUI LAURENT	CNPS / MEDECIN	07 56 39 98	l.kone@cnps.ci
30	KONE MAMADOU	PNPEC / STATISTICIEN	02 90 25 37	penpecinfo@yahoo.fr zahatcha@yahoo.fr
31	KOFFI PAUL AGENOR	CECI/SE	20 21 57 17 / 05 46 33 33	paulagenor@yahoo.fr
32	KOUAKOU YAO	FIPME	07 58 83 63	k.yao@aviso.ci
33	Dr KOUAME ISABELLE	ONUSIDA / CHARGEE DE PROG.	47 31 93 19 / 22 52 86 44	kouamei@unaids.org
34	KOUASSI MATHURIN	CECI/CONSULTANT	07 90 43 08	Kouassikm2003@yahoo.fr
35	LATTROH MARIE ESSOH	MEF-CAB/CT	07 63 51 49 / 20 20 09 28	mef.secsoc@yahoo.fr
36	LOBA N'GUESSAN	PERS. RESSOURCE SECT. PRIVE	05 61 04 32	g.loba@yahoo.fr
37	SOSTHENE DOUGROU	ALLIANCE-CI / DIRECTEUR EXECUT.	02 02 48 00 / 22 52 85 70	sdougrou@alliancecotedivoire.org
38	TIA YAO GBOKO	MLS/DPSE / S/DIRECTEUR PLANIF.	08 77 37 70	tiayao@yahoo.fr
39	TUHO MOISE	PNPEC / CONSEILLER TECH.	05 94 72 20	moisetuho@gmail.com

CONSULTANTS				
01	BA DAOUDA	AFSAD / CONULTANT		bacogep@yahoo.fr
02	Dr CHARLES ZOUZOUA	CONSULTANT	02 33 36 75 / 06 16 89 53	zouzouach@yahoo.fr zouzouacha@aviso.ci
03	Dr FELIX POPOTTE	ONUSIDA / CONSULTANT	41 64 06 45 / 45 87 33 33	fpopotte@yahoo.fr
04	GAEL LESCORNEC	CONSULTANTE		lescolee@telkomsa.net
05	Prof. GUINAN JEAN CLAUDE	CONSULTANT	07 08 91 03	jcguinan@yahoo.fr
06	Prof. KADIO AUGUSTE	CCM-CI / CONSULTANT	20 22 17 43 /44 /070742 16	augustekadio@yahoo.com kadioad@gmail.com
07	KRA WALTER	CONSULTANT	07 90 73 02	kouamewalter@yahoo.fr
08	Dr KONAN CLAUDE	CONSULTANT	05 62 42 19	konanefr@yahoo.fr
09	KOSSONOU MONIQUE	CONSULTANTE	07 29 36 54	kossmonia@yahoo.fr
10	Dr MAMADOU SECK	AFSAD / CONSULTANT	46 08 42 32	mamseck1@yahoo.com
11	NIYONGERE AUDACE	BANQUE MONDIALE / CONSULTANT	+ 257 79 924 386	niyongereaud@yahoo.fr niyongere.audace@gmail.com
PERSONNEL D'APPUI				
01	BILE MADELEINE	MLS/DPSE / SECRETAIRE	05 87 31 13	bilemado@yahoo.fr
02	NEBOUT A. ALFRED	MLS/DPSE / CHAUFFEUR	07 84 65 86	frednebout@yahoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION TECHNIQUE DU PLAN
MANTCHAN HOTEL/GRAND-BASSAM, DU 10 AU 12 FEVRIER 2011

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE/FONCTION	CONTACTS	
			TEL./CELL.	E.MAIL
PARTICIPANTS				
01	AMICHIA ANICK HELGA	PSP-CI / DIRECTRICE	02 50 05 05	anickamichia8@yahoo.fr
02	ANGAMAN KASSI ROGER	PN-OEV	22 41 39 86 / 03 65 07 43	kassyroger@yahoo.fr
03	ASSOUMOU BONGOUA J.C.	CECI / CHARGE DE S&E	20 21 57 17 / 01 56 11 56 04 43 22 22	jc_assoumou@yahoo.fr
04	BAMBA ADAMA	FACILITATEUR	22 52 90 50 / 03 37 83 59	badamci@yahoo.fr
05	BOSSO EDWIGE	MEASURE EVALUAT°/CONS. TECH. M&E	04 77 42 16 / 02 00 14 76	edwige.bosso@measure-jsi.ci edwigebosso@yahoo.fr
06	BROU FELIX	RIP+/RESPONSABLE SE	21 24 60 81 / 02 82 01 99	felibrou@yahoo.fr
07	DIABATE CONOMBO JOSEPHINE	MSLS/STCO / SECRETAIRE TECH.	07 09 96 49 / 20 33 80 77	jconombo@yahoo.fr stcomls-ci@yahoo.fr
08	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	47 31 93 20 / 22 52 86 44	ebye@unaids.org
09	EHOUSSOU KONAN	CDC/PEPFAR	05 02 25 17 / 22 49 42 35	ehoussouk@ci.cdc.gov
10	ELLOH SEVERIN	SCMS-CI	03 38 01 98	selloh@ci.pfscm.org
11	EVELYNE EHUA AMANGOUA	MSLS/DIC / DIRECTEUR	21 35 28 29	evaehua @yahoo.fr
12	EVI JEAN BEDEL	SCMS-CI	02 02 29 23	bevi@ci.pfscm.org
13	GUELLA MICHEL	MSLS/ DPSE / DIRECTEUR	07 15 96 76 / 20 33 81 04	michel_guella@yahoo.fr
14	GUEU GOHIDE ALEXIS	ALLIANCE-CI/ CHARGE S&E	04 34 75 07 / 01 76 97 69	gagueu@alliancecotedivoire.org
15	HIE CAROLE	MSLS/DPSE	47 61 62 24	irane29@yahoo.fr
16	Prof. KADIO AUGUSTE	CCM-CI / PRESIDENT	20 22 17 43 /44 /070742 16	augustekadio@yahoo.com kadioad@gmail.com
17	KIKIE ZADI PAUL	CDC/PEPFAR	05 09 35 44 / 01 08 90 16	kikietz@ci.cdc.gov
18	KLA CHRISTIAN	MSLS/DMRCF / DIRECTEUR	05 37 77 36 / 22 42 3515	christian_kla@yahoo.fr
19	KODJO NIAMKE EZOUA	MSLS/STCO / ASSISTANT	07 64 27 69 / 03 03 42 03	kodjone@yahoo.fr

20	KOFFI PAUL AGENOR	CECI/SE	20 21 57 17 / 05 46 33 33	paulagenor@yahoo.fr
21	KONE DOHONA	PSP-CI	02 50 05 00	kdohona@yahoo.fr
22	KOUADIO BAH ARNAUD	MEASURE EVALUATION	05 09 94 60	arnaud.kouadiobah@measure-jsi.ci
23	KONE MANANZA	UNFPA	08 08 09 04 /22 52 94 00	makone@unfpa.org
24	KOUAKOU PAULIN	INTERNE M&E	22 52 86 44 / 07 94 22 34	kouakouk@unaids.org
25	Dr KOUAME ISABELLE	ONUSIDA / CHARGEE DE PROG.	47 31 93 19 / 22 52 86 44	kouamei@unaids.org
26	Dr KOUASSI-GOHOU VALERIE	MSLS/DIPE / DIRECTRICE	01 14 01 31 46 00 75 37	dipemshp2@gmail.com
27	KRA WALTER	CONSULTANT	07 90 73 02	kouamewalter@yahoo.fr
28	LAGO KOURAI VALERIE	MSLS/PNPEC	40 17 62 61 / 05 95 10 14	kouraival@yahoo.fr
26	MOISE TOUHON	SCMS	02 02 29 19	mtouhon@ci.pfscm.org
30	MULANGA CLAIRE	ONUSIDA / UCC	22 52 86 44 / 07 45 18 08	mulangac@unaids.org
31	Dr SIHI KOUHON HYPPOLITE	MSLS/DPSE / S-DIRECTEUR S&E	05 07 02 02 / 03 22 23 24	sihi_hyppolite@yahoo.fr
32	SOSTHENE DOUGROU	ALLIANCE-CI / DIRECTEUR EXECUT.	02 02 48 00	sdougrou@alliancecotedivoire.org
33	TAPE JOCELYN	MSLS/PNPEC	08 31 27 42 / 22 42 07 17	jocelyntape@yahoo.fr tapej@pnpec.ci
34	TIA YAO GBOKO	MSLS/DPSE / S/DIRECTEUR PLANIF.	08 77 37 70 / 20 32 50 38	tiayao@yahoo.fr
35	YAO KONAN ERNEST	MSLS/DIPE / CHEF DE SERVICE	07 69 85 57 / 05 30 84 01	konanern@yahoo.fr
36	ZOUZOUA CHARLES	CONSULTANT	02 33 36 75 / 06 16 89 53	zouzouach@yahoo.fr zouzouacha@aviso.ci
PERSONNEL D'APPUI				
37	BILE MADELEINE	MLS/DPSE / SECRETAIRE	05 87 31 13	bilemado@yahoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION DU PSN 2012-2015 DE LUTTE CONTRE LE SIDA
OMS/ABIDJAN, DU 17 AU 19 FEVRIER 2011

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE/FONCTION	CONTACTS	
			TEL./CELL.	E.MAIL
		PARTICIPANTS		
01	AHIMON EVELYNE	MSLS/DSP	02 00 13 36	evy.ahimon@yahoo.fr
02	AHOURE ALBAN A. E.	MSLS/CT	05 77 32 60 / 07 86 31 14	ahourea@yahoo.fr
03	AMON-ETTIEN IVANNE	PEPFAR	22 49 42 44 / 04 83 86 67	amony@ci.cdc.gov
04	ANGAMAN KASSI ROGER	PN-OEV	22 41 39 86 / 03 65 07 43	kassyroger@yahoo.fr
05	ASSOUMOU BONGOUA J.C.	CECI / CHARGE DE S&E	20 21 57 17 / 01 56 11 56 04 43 22 22	jc_assoumou@yahoo.fr
06	BAMBA ADAMA	FACILITATEUR	22 52 90 50 / 03 37 83 59	badamci@yahoo.fr
07	BARRY ISMAHEL ABDOUL	PUMLS-CI	22 52 90 50 / 03 37 83 25	ismbarry@yahoo.fr
08	BOSSO EDWIGE	MEASURE EVALUAT°/CONS. TECH. M&E	04 77 42 16 / 02 00 14 76	edwige.bosso@measure-jsi.ci edwigebosso@yahoo.fr
09	BROU FELIX	RIP+/RESPONSABLE SUIVI EVALUAT°	21 24 60 81 / 02 82 01 99	felibrou@yahoo.fr
10	CELESTIN EHUI DAMOH	MSLS/DSPSC	21 24 31 19 / 05 81 64 80	cehuida@yahoo.fr
11	DIABATE CONOMBO JOSEPHINE	MSLS/STCO / SECRETAIRE TECH.	07 09 96 49 / 20 33 80 77	jconombo@yahoo.fr stcomls-ci@yahoo.fr
12	DJENEBA COULIBALY-TRAORE	CDC/PEPFAR	22 49 42 50 / 05 85 67 92	coulibalyt@ci.cdc.gov
13	DOFFOU ATSIN MARGUERITE	MSLS/FNLS / DIRECTRICE	22 41 40 96 / 07 07 33 32	fondsnat_sida@yahoo.fr
14	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	47 31 93 20 / 22 52 86 44	ebye@unaids.org
15	EL ALLASSANE BAGUIA	MINISTERE PLAN ET DEV. / DSRP/STP	22 41 43 14 / 47 37 53 76	baguiael@yahoo.fr
16	EVELYNE EHUA AMANGOUA	MSLS/DIC / DIRECTEUR	21 35 28 29	evaehua @yahoo.fr
17	EVI JEAN BEDEL	SCMS-CI	02 02 29 23	bevi@ci.pfscm.org
18	GUELLA MICHEL	MSLS/ DPSE / DIRECTEUR	07 15 96 76 / 20 33 81 04	michel_guella@yahoo.fr
19	GUEU GOHIDE ALEXIS	ALLIANCE-CI/ CHARGE S&E	04 34 75 07 / 01 76 97 69	gagueu@alliancecotedivoire.org

20	HIE CAROLE	MSLS/DPSE	47 61 62 24	irane29@yahoo.fr
21	JUMA KARIBURYO	OMS/ADMINISTRATEUR VIH & TB	08 39 78 17	kariburyoj@who.int
22	Prof. KADIO AUGUSTE	CCM-CI / PRESIDENT	20 22 17 43 /44 /070742 16	augustekadio@yahoo.com kadioad@gmail.com
23	KIKIE ZADI PAUL	CDC/PEPFAR	05 09 35 44 / 01 08 90 16	kikietz@ci.cdc.gov
24	KLA CHRISTIAN	MSLS/DMRCF / DIRECTEUR	05 37 77 36 / 22 42 3515	christian_kla@yahoo.fr
25	KODJO NIAMKE EZOUA	MSLS/STCO / ASSISTANT	07 64 27 69 / 03 03 42 03	kodjone@yahoo.fr
26	KOFFI PAUL AGENOR	CECI/ SECRETAIRE EXECUTIF	20 21 57 17 / 05 46 33 33	paulagenor@yahoo.fr
27	KONAN CLAUDE	CONSULTANT	05 62 42 19	konanefr@yahoo.fr
28	KONAN DIBY JEAN-PAUL	MSLS/DIPE	05 99 43 26	dibykonanjp@gmail.com
29	KONE DOHONA	PSP-CI	02 50 05 00	kdohona@yahoo.fr
30	KOUAKOU PAULIN	INTERNE M&E	22 52 86 44 / 07 94 22 34	kouakouk@unaids.org
31	KOUAME OKA RENE	MSLS / DC PNN	07 67 41 18	reneaka@gmail.com
32	Dr KOUAME ISABELLE	ONUSIDA / CHARGEE DE PROG.	47 31 93 19 / 22 52 86 44	kouamei@unaids.org
33	KRA WALTER	CONSULTANT	07 90 73 02	kouamewalter@yahoo.fr
34	LAGO KOURAI VALERIE	MSLS/PNPEC	40 17 62 61 / 05 95 10 14	kouraival@yahoo.fr
35	LEROUX ELYSEE L.	RIJES / DIRECTEUR EXECUTIF	67 20 59 12	rijsci@yahoo.fr lerouxelysee@yahoo.fr
36	MANANZA KONE-SIDIBE	UNFPA / NPO VIH/JEUNES	08 08 09 04 /22 52 94 00	makone@unfpa.org
37	MULANGA CLAIRE	ONUSIDA / UCC	22 52 86 44 / 07 45 18 08	mulangac@unaids.org
38	NAHOUA IREMINE	CDC/PEPFAR	04 83 86 32	nahouai@ci.cdc.gov
39	N'DIA YOUSSOUF	STP-DSRP/ASSISTANT DU COORD.	07 60 12 65	ndia_youssouf@yahoo.fr
40	NICOUE AIME	PEPFAR	05 01 38 70 / 22 49 42 38	nicouea@ci.cdc.gov
41	SEKA FRIDA	COSCI/CHARGEE DE S&E	22 41 26 55 / 07 69 15 26	sekafrida2001@yahoo.fr
42	SIBOUO PHILIPPE	AIMAS/ CHEF CELLULE VIH/SIDA	05 88 38 09	sibouo.phil@aimas.org
43	Dr SIHI KOUHON HYPPOLITE	MSLS/DPSE / S-DIRECTEUR S&E	05 07 02 02 / 03 22 23 24	sihi_hyppolite@yahoo.fr

44	SOSTHENE DOUGROU	ALLIANCE-CI / DIRECTEUR EXECUT.	02 02 48 00	sdougrou@alliancecotedivoire.org
45	TAPE JOCELYN	MSLS/PNPEC	08 31 27 42 / 22 42 07 17	jocelyntape@yahoo.fr tapej@pnpec.ci
46	TIA YAO GBOKO	MSLS/DPSE / S/DIRECTEUR PLANIF.	08 77 37 70 / 20 32 50 38	tiayao@yahoo.fr
47	TRAORE AMED	MINISTERE DE LA DEFENSE	02 50 37 03 / 05 73 75 17	traamed@yahoo.fr
48	YAPI GHISLAIN SYLVESTRE	MINISTERE ECONOMIE ET FINANCES	20 21 03 52 / 02 32 63 38	yapighislain@yahoo.fr
49	YREBE GOPRE ROLAND	MSLS/DAAF	20 22 72 76 / 07 46 85 36	yrebematy@yahoo.fr
50	ZOUZOUA CHARLES	CONSULTANT	02 33 36 75 / 06 16 89 53	zouzouach@yahoo.fr zouzouacha@aviso.ci
PERSONNEL D'APPUI				
51	BILE MADELEINE	MLS/DPSE / SECRETAIRE	05 87 31 13	bilemado@yahoo.fr
52	SANDRA PENAN	ONUSIDA	22 52 86 44 / 47 31 93 19 01 01 42 74	penans@unaids.org