



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH, LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES 2021-2025

Table des matières

SIGLES ET ABREVIATIONS	5
PREFACE	Erreur ! Signet non défini.
1 INTRODUCTION	7
2 CONTEXTE DU PAYS	8
2.1 Généralités	8
2.2 Evolution du système de santé	9
3 PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN 2021-2025.....	9
4 SYNTHÈSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE EN CÔTE D'IVOIRE	11
4.1 Personnes vivant avec le VIH	11
4.2 Nouvelles infections à VIH / Incidence du VIH	12
4.3 Prévalences du VIH.....	13
4.3.1 Prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) et par districts sanitaires	13
4.3.2 Prévalence du VIH chez les enfants, adolescent(e)s et jeunes	13
4.3.3 Prévalence du VIH dans les populations clés.....	14
4.3.4 Taux de positivité du test VIH chez les femmes enceintes et taux de TME.....	14
4.3.5 Co-infection VIH/Tuberculose	14
4.4 Décès liés au sida	15
4.5 Dynamiques de transmission	15
4.6 Transition épidémique VIH.....	15
4.7 Epidémiologie des IST	16
4.8 Synthèse épidémiologique	18
5 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2016-2020.....	18
5.1 Prévention et dépistage	18
5.1.1 Prévention en direction des populations clés et vulnérables	19
5.1.2 Adolescents et jeunes	20
5.1.3 Communication et prévention ciblant le grand public	20
5.1.4 Organisation de la prise en charge des IST et résultats de la riposte	21
5.1.5 Préservatifs et lubrifiants.....	21
5.1.6 Premier 90	22
5.1.7 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	23
5.1.8 Accidents d'exposition aux liquides biologiques	24
5.1.9 Synthèse des principaux défis de la prévention	25
5.2 Traitement et rétention dans les soins	26
5.2.1 Deuxième 90%.....	27
5.2.2 Troisième 90	28
5.2.3 Principaux défis du traitement et de la rétention dans les soins.....	28
5.3 Soins et soutien des PVVIH/OEV	29

5.3.1	Protection et soutien des PVVIH/OEV	29
5.3.2	Lutte contre le stigma et la discrimination, promotion des droits humains et du genre	29
5.4	Gouvernance de la réponse	31
5.4.1	Coordination et leadership de la réponse	31
5.4.2	Information stratégique et suivi-évaluation	32
5.4.3	Financement de la réponse	33
5.4.4	Principaux défis de la gouvernance	34
6	ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PSN 2021-2025	35
6.1	Vision et référentiels de la riposte nationale au VIH.....	35
6.2	Principes directeurs.....	36
6.2.1	Renforcement du leadership national	36
6.2.2	Promouvoir des services de qualité, cohérents et adaptés	36
6.2.3	Approche centrée sur les bénéficiaires.....	36
6.2.4	Promotion du genre et des droits humains dans la réponse à l'épidémie	37
6.2.5	Renforcement de la collaboration entre toutes les parties prenantes.....	37
6.2.6	Effizienz et gestion axée sur les résultats	37
6.2.7	Pérennisation des acquis	37
6.2.8	Sortir le VIH de son isolement	37
6.3	Principes de priorisation appliqués dans l'élaboration du PSN.....	38
6.4	Cadre des résultats.....	39
6.4.1	Impact 1 : En 2025, les nouvelles infections à VIH sont réduites de 70%.....	40
6.4.2	Impact 2 : En 2025, la mortalité liée au VIH est réduite de 50%	43
6.4.3	Impact 3 : La réduction de la stigmatisation et de la discrimination et le respect des droits humains renforcent l'ensemble des interventions de prévention et de prise en charge du VIH/sida	44
6.4.4	Impact 4 : La gouvernance de la réponse au VIH/sida et aux IST est renforcée à tous les niveaux pour en assurer l'accélération, l'effizienz, la redevabilité et la durabilité	46
7	PROJECTION DES CIBLES POUR LE PSN 2021-2025	49
7.1	Cibles pour la couverture par les services (cf. fichier séparé tableau des cibles)	49
7.2	Financement du PSN 2021-2025	50
7.2.1	Cadrage budgétaire du PSN	50
7.2.2	Stratégie de mobilisation des ressources	52
8	MISE EN ŒUVRE DU PSN	52
8.2	Acteurs de mise en œuvre du PSN	53
8.2.1	Ministère de la Santé	53
8.2.2	Organisations de la Société Civile / Organisations à Base Communautaire et réseaux.....	53
8.2.3	Secteur privé.....	53
8.2.4	Partenaires au Développement / Partenaires Techniques et Financiers (PTF)	54
8.2.5	CCM Côte d'Ivoire	54

8.3 Opérationnalisation du PSN 2021-2025	54
8.3.1 Plan opérationnel	54
8.3.2 Plans régionaux / Villes et VIH	54
8.3.3 Rôles des différents acteurs de mise en œuvre.....	55
8.4 Suivi et évaluation	55
8.4.1 Plan de Suivi Evaluation	55
8.4.2 Architecture du cadre de suivi	56
8.4.3 Système de surveillance et de notification	57
8.4.4 Données d'enquêtes et de recherches	57
9 CADRE DE RESULTATS (IMPACT, EFFETS, PRODUITS, STRATEGIES)	59
10 CADRE DE PERFORMANCE DU PSN (CF FICHER SEPARÉ).....	Erreur ! Signet non défini.
11 ANNEXES	75
9.1 Annexe 2 : Cadre de performance	80

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AELB	Accident d'exposition aux liquides biologiques
AES	Accident d'Exposition au Sang
AGR	Activité génératrice de revenus
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APROSAM	Association pour la Promotion de la Santé de la Femme, de la Mère, de l'enfant et de la Famille
ARSIP	Alliance des Religieux pour la lutte contre le sida et autres Pandémies
ARV	Antirétroviral
ATS	Antenne de Transfusion Sanguine
BAD	Banque Africaine de Développement
BIOS	Base d'Intégration des Outils du SIGL
CAP	Comportements Aptitudes et Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCM	Country Coordination Mechanism (Instance de coordination nationale du Fonds mondial)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDIP	Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire
CDIC	Conseil Dépistage à l'Initiative du Communautaire
CDT	Centre de dépistage de traitement du VIH et de la tuberculose
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CGECI	Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CIMLS	Comité Interministériel de Lutte contre le sida
CMU	Couverture maladie universelle
CNLS	Conseil National de Lutte contre le sida
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation Pré-Natale
CREN	Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le sida
CSE	Chargé de Surveillance Epidémiologique
CSLS	Comité Sectoriel de Lutte contre le sida
CSR	Centre de Santé Rural
CSU	Centre de Santé Urbain
CTS	Centre de Transfusion Sanguine
CV	Charge Virale
DAP	Domaine d'Action Prioritaire
DBS	Gouttes de sang séché (Dry Blood Spot)
DEPS	Direction des Etablissements et Professions Sanitaire
DGLS	Direction Générale de la Lutte contre le Sida
DGS	Direction Générale de la Santé
DHIS2	District Health Information Software, outil de collecte, validation, analyse et présentation des données statistiques
DIPE	Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation
DNT	Directives Nationales de Traitement
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPML	Direction de la Pharmacie et du Médicament et de Laboratoire
DPPEIS	Direction de la Planification, de la Prospective, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire
DPSE	Direction de la Planification et du Suivi Evaluation
DR	Direction Régionale
DRSLS	Direction Régionale de la Santé et de la Lutte contre le sida
DS	District sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIS	Enquête sur les Indicateurs du sida
EPP	Estimation and Projection Package
ERS	Equipe Régionale de Santé

LNSP	Laboratoire National de la Santé Publique
MAC	Maison d'Arrêt et de Correction
MACA	Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan
MACS	Logiciel de Gestion
MdM	Médecins Du Monde
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEMEASFP	Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle
MENET	Ministère de l'Education Nationale et l'Enseignement Technique
MFFAS	Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales
MICS	Enquête par graphe à Indicateurs Multiples
MJDH	Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme
MJSL	Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs
MPD	Ministère du Plan et du Développement
MSFFE	Ministère de la Solidarité, de la famille, de la Femme et de l'Enfant
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NFM	Nouveau Mécanisme de Financement du Fonds mondial
NPSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
OBC	Organisation à Base Communautaire
OCAL	Organisation du Corridor Abidjan-Lagos
ODD	Objectifs de Développement Durables
OEV	Orphelins et autres enfants vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PAM	Programme alimentaire mondial
PCR	Polymerase chain réaction
PDV	Perdus de Vue
PE	Pair-Educateur
PEC	Prise en Charge
PECP	Prise En Charge Pédiatrique
PEPFAR	Plan d'urgence du Président USA pour la lutte contre le sida
PIB	Produit Intérieur Brut
PME/PMI	Petites et moyennes entreprises/ Petites et moyennes industries
PMO	Partenaire de Mise en Œuvre (de PEPFAR)
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNHV	Programme National de la lutte contre l'Hépatite Virale
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNOEV	Programme National des Orphelins et Enfants Vulnérables du fait du VIH
PNDAP	Plan National d'Approvisionnement Pharmaceutique
PO	Plan Opérationnel
POC	Point of care
PPE	Prophylaxie Post-Exposition du VIH
PrEP	Prophylaxie pré exposition du VIH
PS	Professionnelles du sexe
PSH	Personne en situation de handicap
PSHP	Private Sector Health Project
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
QUANTIMED	Pharmaceutical Quantification and Cost Estimation Tool

ESC	Education sexuelle complète
ESPC	Etablissements Sanitaires de Premier Contact
e-TME	Elimination de la transmission mère-enfant du VIH
FM	Fonds mondial de lutte contre le VIH, la TB et le paludisme
FNLS	Fonds National de Lutte contre le sida
FTC	Emtricitabine
FVVIH	Femmes vivant avec le VIH
GAM	Global AIDS Monitoring Reporting
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GFATM	Global Fund AIDS, Tuberculoses and Malaria
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSH	Hommes ayant des Rapports Sexuels avec d'autres Hommes
IAP	Indicateur d'alerte précoce
IBBSS/BSS	Integrated Biological Behavioural Surveillance Survey
ICAP	International Center for Aids and Treatment Programs
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDES	Infirmier Diplômé d'Etat Spécialiste
IEC/CCC	Information, éducation, communication/Communication pour le changement de comportement
IMPACT	Improving Prevention and Access to Care Treatment
INS	Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de Santé publiques
IO	Infection opportuniste
IST	Infection sexuellement Transmissible
JMLS	Journée Mondiale de Lutte contre le sida
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels

RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RCAM-D	Renforcement de la Chaîne d'Approvisionnement en médicaments au niveau Décentralisé
RdR	Projet de Réduction des Risques
REDES	Estimation des Dépenses et des ressources Relative au sida
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SHARM	Etude sur le VIH et les facteurs de risque associés chez des HSH à Abidjan
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
SIGDEP	Système d'Information et de Gestion du Dossier Electronique du Patient
SIGL	Système d'Information en Gestion Logistique
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TARV	Traitement Antirétroviraux
TB	Tuberculose
TLD	Combinaison ARV contenant Ténofovir + Lamivudine + Dolutégravir
UD	Usager de drogues
UDI	Usager de drogues injectables
UNDAF	Plans cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence de Coopération des Etats Unis d'Amérique
VBG	Violences basées sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
XOF	Franc CFA

1 INTRODUCTION

Avec un chiffre estimé de **428.827** personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et une prévalence du VIH chez les 15-49 ans estimée à **2,39%** en fin 2019, l'épidémie de VIH en Côte d'Ivoire demeure mixte (généralisée et concentrée) : 80 des 86 DS du pays ont une prévalence supérieure à 1% et les populations clés ont des prévalences largement supérieures à 5% (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, travailleur(se)s du sexe, transgenres et usagers de drogues). D'importantes disparités de l'épidémie s'observent selon l'âge, le sexe et la situation géographique.

Des progrès encourageants ont été enregistrés ces dernières années, notamment en termes de réduction des nouvelles infections à VIH (- **54%** entre 2010 et 2019) et des décès dus au sida (- **52%** entre 2010 et 2019). Mais l'épidémie de VIH demeure toujours un enjeu majeur de santé publique en Côte d'Ivoire.

Les nouvelles infections à VIH (12 187 en 2019), les décès liés au sida (12 893 en 2019) et la transmission mère-enfant du VIH (10,3% en 2019) s'observent encore à des niveaux beaucoup trop élevés. Les adolescentes et jeunes femmes sont exposées de façon très disproportionnée par rapport aux hommes (taux d'incidence moyen du VIH le plus élevé : 1,24 pour 1000). En 2019, les enfants, les adolescentes et les jeunes femmes, ainsi que les populations clés et leurs partenaires/clients représentaient les groupes les plus vulnérables par rapport au VIH.

La réponse à l'épidémie a cependant réalisé d'importants progrès, illustrés par les performances obtenues dans l'atteinte des 90-90-90 :

- 1^{er} 90 : on estimait ainsi que **79%** des PVVIH connaissaient leur statut fin 2019 (50% chez les enfants 0-14 ans, 74% chez les hommes et 82% chez les femmes) pour une cible du PSN = 80%, en nette progression par rapport à fin 2018 (61%).
- 2^{ème} 90 : on estimait que **63%** des PVVIH connaissant leur statut recevaient des ARV en fin 2019 (36% chez les enfants, 51% chez les hommes et 69% chez les femmes) en fin 2019 (Spectrum 2020), pour une cible attendue du PSN à 80% ;
- 3^{ème} 90 : à la fin 2019, l'estimation s'établissait à **45%** (18% chez les enfants de 0-14 ans, 42% chez les hommes et 47% chez les femmes) des PVVIH en suppression virale.

Au cours des 4 dernières années, les progrès ont aussi marqué la prévention dans son ensemble (notamment ciblant les populations clés), mais aussi la protection des PVVIH et OEV, ainsi que la coordination, la gouvernance et le financement (accroissement du financement domestique) de la réponse.

Si l'on peut donc estimer que la transition épidémique est en cours en Côte d'Ivoire, des efforts particuliers doivent être investis dans l'élimination de la TME, la prévention des nouvelles infections à VIH chez les jeunes filles et femmes, ainsi que la couverture des services en dépistage et de prise en charge du VIH pour réduire les nouvelles infections, notamment au sein des couples stables, et les décès liés au VIH.

Construisant sur l'expérience acquise durant le précédent Plan Stratégique National (2016-2020), le nouveau PSN pour la période 2021-2025 est porté par une vision stratégique de la riposte nationale au VIH qui s'inscrit dans l'objectif global de la Côte d'Ivoire de « ***mettre fin au sida comme menace pour la santé publique d'ici 2030, en réduisant les nouvelles infections, les décès et la discrimination/stigmatisation liés au VIH*** ».

Pour cela, la riposte entend déployer des efforts soigneusement priorisés pour le renforcement du leadership national, la promotion de services de qualité, cohérents et adaptés, dans une approche centrée sur les bénéficiaires, sensible au genre et aux droits humains dans la réponse à l'épidémie. Cela passe par un renforcement de la collaboration entre toutes les parties prenantes, l'efficacité et la gestion axée sur les résultats, la pérennisation des acquis, notamment à travers la progression des financements domestiques. Il s'agit enfin de sortir le VIH de son isolement en capitalisant sur les formidables acquis de la riposte, notamment dans l'engagement des communautés et la prise en compte de la voix des bénéficiaires.

2 CONTEXTE DU PAYS

2.1 Généralités

D'une population estimée à 26,5 millions d'habitants en 2020, la Côte d'Ivoire est l'un des pays en voie d'émergence de l'Afrique subsaharienne occidentale. Ses principaux indicateurs démographiques, de santé et économiques sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Indicateurs démographiques	
Population dénombrée (RGPH 2014)	22 671 331
Population projetée en 2020	26 453 542
Taux de croissance démographique	2,6 %
Indice synthétique de fécondité (Projection 2020)	4,43 (3,7 urbain vs 6,3 rural)
Espérance de vie à la naissance h/f (Projection 2020)	56,8 ans
% 0-14 ans révolus	41,8 %
% 15-34 ans	35,5
Taux d'urbanisation - projection 2017	51,6 %
% population non nationale	24,2
Indicateurs santé	
Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes, 2018)	81
Quotient de mortalité 15-60 ans h/f (pour 1000, 2016)	417/376
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$ int., 2014)	187
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2014)	5,7
Indicateurs économiques	
PIB en valeur (USD, 2018)	39,55 milliards USD
PIB par habitant (USD, 2018)	1,570
Taux de croissance réelle du PIB (2018)	+ 7,7%
Taux de Pauvreté (ENV 2015)	46,3 %
Seuil de Pauvreté	737 CFA / Jour - 269 075 CFA / An
Indicateurs de développement	
Taux Net de Scolarisation (2016/17)	91,9% Garçons - 90,1% Filles
Taux d'Alphabétisation - MICS 2016 (15 - 49 ans)	63,8% hommes - 47,2% femmes
Accès aux infrastructures (RGPH 2014)	Eau : 60,5% - Electricité : 61,9%

Tableau 1 : Indicateurs clés de la Côte d'Ivoire (sources INS et OMS, 2020)

Malgré un accroissement impressionnant de son économie (8% par an en moyenne depuis 2011), la Côte d'Ivoire n'est pas encore parvenue à réduire son taux de pauvreté et souffre de fortes inégalités. Son indice de capital humain est bas (0,35) ce qui en fait un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (source Banque Mondiale 2019).

Parmi les grands défis, la Côte d'Ivoire doit faire face notamment à une scolarisation incomplète (35,5% au niveau secondaire), à des inégalités dans l'accès à l'éducation des jeunes femmes (42,7% de filles en secondaire vs 55,5% de garçons), à une mortalité maternelle encore forte (645 pour 100,000 enfants nés vivants) et au chômage des jeunes (36% des 15-35 ans). L'accroissement accéléré de la population (2,6% par an) constitue sans doute le défi majeur actuel pour le pays, tant au plan économique que sanitaire

(accroissement rapide de la demande en santé maternelle et infantile en particulier) (Source Country Profile Côte d'Ivoire, World Bank, 20/04/2020).

2.2 Evolution du système de santé

Le réseau de couverture sanitaire de type pyramidal du système de santé de Côte d'Ivoire repose sur le District Sanitaire (DS), unité opérationnelle du système de santé qui regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte, dont le nombre est passé de 86 à 113 en 2019. Trentetrois (33) Directions Régionales de Santé (DRSLS) sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire du gouvernement dans les régions. Et le niveau central est organisé autour du Cabinet du ministre, de la Direction Générale de la Santé et des services centraux.

A travers le Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+) et le Compact international, la vision de la Côte d'Ivoire est celle d'un « système de santé performant à même de garantir à tous les citoyens particulièrement les populations les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays ». Avec comme objectifs : (i) Améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé ; (ii) Améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de santé ; (iii) Renforcer la lutte contre la maladie.

Aussi la Côte d'Ivoire a-t-elle entrepris : (i) la gratuité ciblée en faveur des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes (iii) ; la réforme hospitalière ; (iv) le financement basé sur la performance ; (v) la décentralisation ; (vi) l'organisation des interventions à base communautaire ; (vii) l'organisation des urgences ; (viii) l'organisation du système de référence et contre-référence ; (ix) la mise en place d'une couverture sanitaire universelle (CSU), adoptée en 2014 en complément des régimes classiques de protection sociale ; (x) la mise en place des cadres de concertation et de collaboration entre la Primature et différents ministères et la société civile, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers, pour améliorer la coordination des interventions, la collaboration entre les acteurs et le suivi des appuis extérieurs ; (xi) la rédaction des lois portant orientation de la Politique de Santé Publique en Côte d'Ivoire et la loi portant code de santé publique afin d'encadrer l'organisation des soins ; (xii) l'élaboration « d'une feuille de route » pour les directeurs régionaux (DR) et directeurs départementaux (DD) afin d'orienter leur action et impulser la « performance » au niveau des administrations locales ; (xiii) l'intégration progressive dans la base de données nationale des données des programmes de santé, des EPN hospitaliers, des établissements de santé privés libéraux et associatifs, de l'armée et des données communautaires ; et (xiv) l'adoption d'un cadre consensuel de projection de recrutement 2014-2022 des personnels de santé, qui a permis de recruter 9 146 professionnels de santé sur la période 2016-2018 et d'obtenir un ratio population/prestataire supérieur aux normes internationales. Cela doit permettre l'atteinte de l'ODD 3 et des ODD ayant un lien avec la santé (ODD 2, 6, 9, 10, 13, 15 et 17) d'ici 2030.

La mise en œuvre des différentes dimensions de la réforme du système de santé permettra d'augmenter l'efficacité et l'impact du PSN VIH 2021-2025, pour l'accès universel à la prévention et aux soins des populations vulnérables parmi lesquelles les couples mère-enfant (cf. Revue du PSN 2016-2020).

3 PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN 2021-2025

Malgré les conditions particulières imposées par l'extension en Côte d'Ivoire de l'épidémie de COVID-19 durant la période de mars-avril 2020, le processus d'élaboration du PSN a été participatif et inclusif.

- La revue finale du PSN 2016-2020 a permis une analyse approfondie de la riposte dans son ensemble, et de préfigurer les nouvelles orientations de la riposte pour la période 2021-2025 qui prennent en compte l'évolution de l'épidémiologie du VIH et les nouvelles orientations promues au plan international et régional.
- Une large concertation des différents acteurs (secteur public ; organisations de la société civile - OSC -, organisations à base communautaires - OBC -, organisations de PVVIH et de populations clés ;

secteur privé ; secteur confessionnel ; organisations professionnelles et partenaires au développement a permis d'aboutir à un consensus national sur les priorités de la réponse au VIH et le cadre de résultats du PSN (atelier de Jacquville, mars 2020).

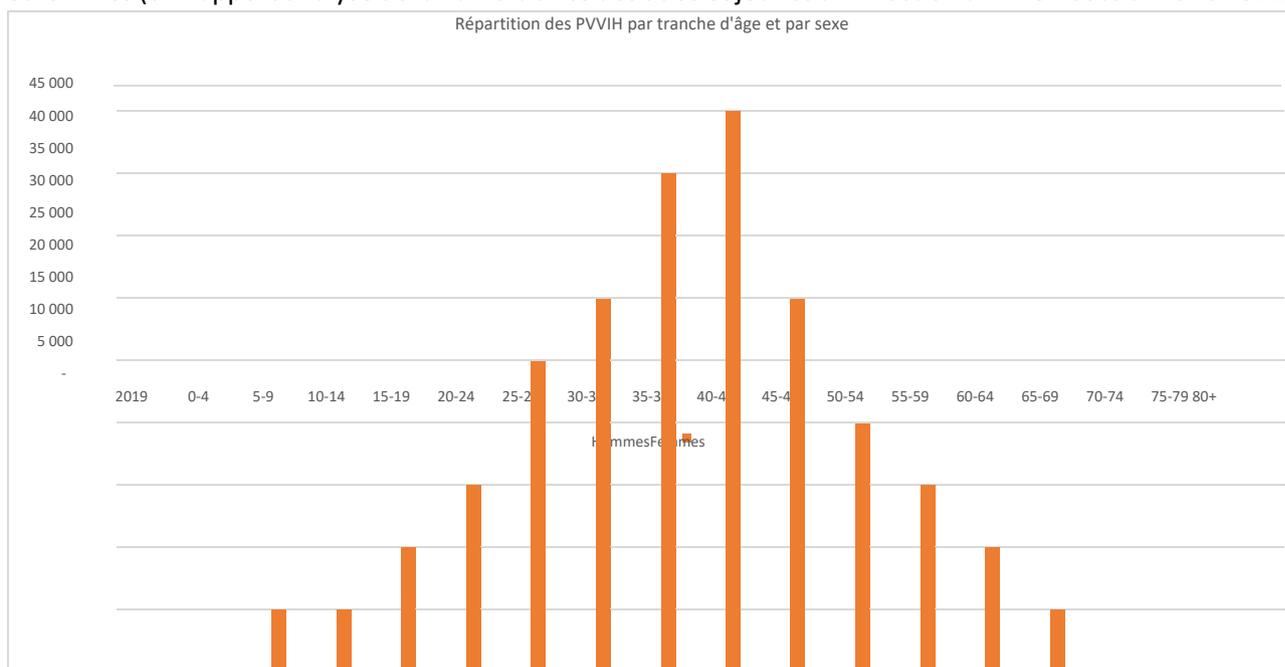
- Différents groupes de travail et deux ateliers d'élaboration et de validation ont été conduits, avec la participation d'experts nationaux et internationaux tout au long du processus, notamment de validation des stratégies et interventions ;
- La première version du PSN a été présentée et validée par un groupe technique national. Cette version du PSN 2021-2025, après sa validation technique a été soumise pour au Comité de suivi.
- **L'approbation finale** du PSN 2021-2025 a été obtenue au cours de la session du CNLS

4 SYNTHÈSE DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN CÔTE D'IVOIRE

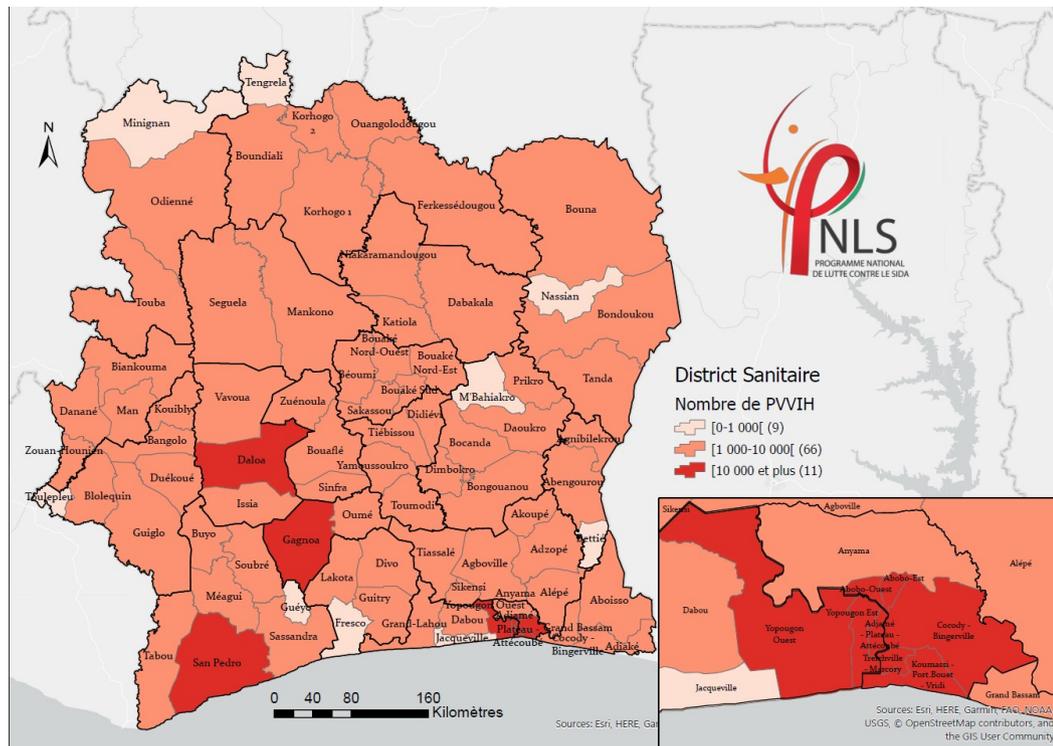
La Côte d'Ivoire fait face à une épidémie VIH de type mixte, à la fois généralisée dans la tranche d'âge des 15-49 ans (80/86 DS avec prévalence > 1% et chez les femmes enceintes - données basées sur l'ancien découpage sanitaire) et concentrée (> 5%) au sein des populations clés (TS, HSH, transgenre, UD/UDI).

4.1 Personnes vivant avec le VIH

Selon les estimations 2020 avec le logiciel Spectrum, le nombre de PVVIH (tous âges confondus) était estimé à **428.827** en fin 2019, dont **64,5 %** (n=276 818) de femmes. Le nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH était estimé à **31 662** (7,4% des PVVIH), seule tranche d'âge avec un sex-ratio équilibré (16 087 garçons pour 15 576 filles). La prédominance féminine est observée dans les 86 districts sanitaires dès l'adolescence (15-19 ans), puis s'accroît chez les 20-24 ans. Cela s'explique par la grande vulnérabilité de ces jeunes filles et femmes (cf. Rapport analyse de la vulnérabilité des ados et jeunes à l'infection à VIH en Côte d'Ivoire 2012).



Graphique 2 : Répartition des PVVIH par tranche d'âge et par sexe (Déc 2019)

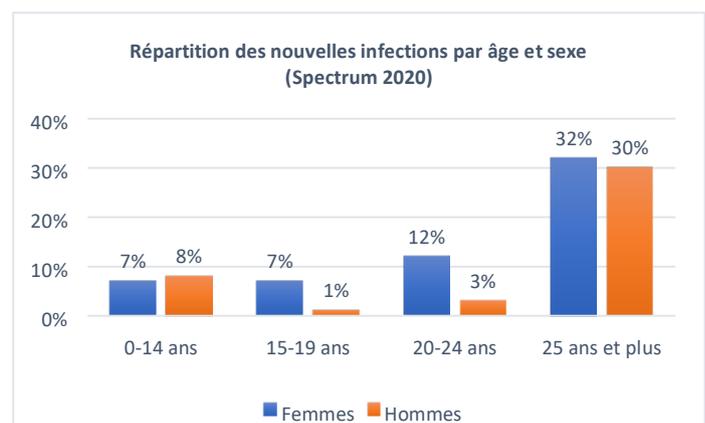


Graphique 2 : Répartition des PVIH par DS (Déc 2019)

Les 2 régions sanitaires “Abidjan 2” et “Abidjan 1 grands ponts”, qui concentrent 22% de la population ivoirienne, totalisaient **157.771** PVIH, soit environ **37%** de l’ensemble des PVIH. En effet, Abidjan, capitale économique de la Côte d’Ivoire, concentre la plus grande proportion des populations clés du pays, qui sont responsables d’une part importante des nouvelles infections à VIH, directement ou indirectement.

4.2 Nouvelles infections à VIH / Incidence du VIH

Selon l’analyse Spectrum, les nouvelles Infections par le VIH (tous âges confondus) étaient estimées à **12.187** en 2019, dont **7.211** femmes (**59,1%**). Dans les 86 DS, les nouvelles infections prédominaient chez les femmes. L’analyse de la répartition des nouvelles infections selon l’âge et le sexe montre que 62% surviennent chez les 25 ans et plus, 15% chez les 20-24 ans, 8% chez les adolescent-e-s de 15-19 ans et 15% chez les 0-14 ans (cf. tableau cicontre).



Les différences les plus importants entre les femmes et les hommes se retrouvent dans les tranches d’âge de 15-19 ans puis 20-24 ans, avec respectivement 95% et 77% des nouvelles infections chez les adolescents et jeunes.

Le **taux d’incidence du VIH** tous âges confondus était estimé à **0,51‰** (0,61‰ chez les femmes et 0,41‰ chez les hommes). Cette incidence moyenne masque d’importantes disparités selon l’âge, le sexe et le DS. Parmi les jeunes femmes de 20-24 ans, le taux d’incidence moyen du VIH est le plus élevée (**1,24‰**), avec un total de 23 DS où cette incidence est supérieure au taux moyen (données Spectrum 2020). Dans les populations clés, l’étude PrEP-CI/PACCI (2016) a montré une incidence chez les TS de 1,8% à Abidjan et 3,2%

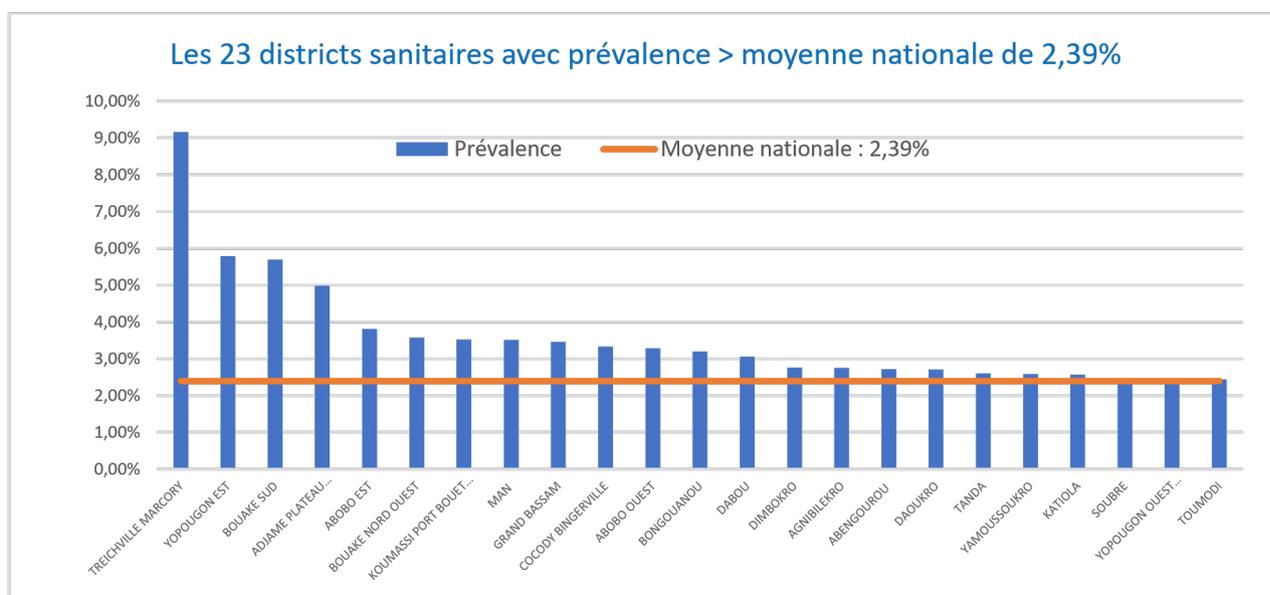
à San-Pédro. Et l'étude « CohMSM Espace confiance 2016 » une incidence de 6% chez les HSH à Abidjan.

4.3 Prévalences du VIH

4.3.1 Prévalence du VIH chez les adultes (15-49 ans) et par districts sanitaires

Selon les estimations 2020 avec le logiciel Spectrum, la prévalence du VIH chez les 15-49 ans était estimée à **2,39%** (3,32% chez les femmes et 1,46% chez les hommes) en fin 2019. Dans l'étude CIPHA 2018, la prévalence observée était de 2,5% (3,6% chez les femmes et 1,4% chez les hommes).

De grandes disparités s'observent dans la distribution géographique de l'épidémie à VIH. Seuls six (6) districts sanitaires avaient une prévalence inférieure à 1% (Sassandra, Korhogo 2, Tengrela, Minignan, Buyo et Guitry). Un total de 23 DS, dont 14 à l'intérieur du pays et 9/12 de la région sanitaire d'Abidjan, ont une prévalence supérieure à la moyenne nationale de **2,39%**. A l'intérieur, la prévalence s'élève de 2,44% à Toumodi jusqu'à 5,69% à Bouaké-Sud ; à Abidjan, les écarts vont de 2,45% pour Yopougon-Ouest-Songon à 9,16% pour Treichville-Marcory.

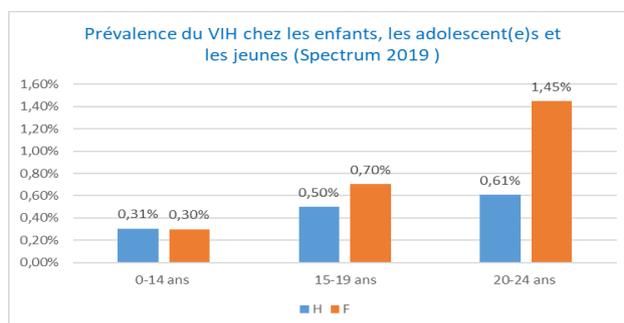


Graphique 3 : Districts sanitaires avec prévalence supérieure à la moyenne nationale

4.3.2 Prévalence du VIH chez les enfants, adolescent(e)s et jeunes

La prévalence estimée chez les enfants (0-14 ans) était de 0,3% et identique selon le sexe (Spectrum 2020).

Comme précisé plus haut, la différence apparait chez les 15-19 ans (0,5 chez les garçons vs 0,7% chez les filles) et s'accroît chez les 20-24 ans (prévalence 2,38 fois plus élevée chez les jeunes femmes).



Graphique 4 : Prévalence du VIH chez les enfants, les adolescent (e)s, et les jeunes (Déc 2019)

4.3.3 Prévalence du VIH dans les populations clés

Parmi les populations clés identifiées dans le dernier PSN, plusieurs études bio-comportementales et d'estimations de taille de population ont été réalisées, qui montrent toutes (sauf en milieu carcéral) des niveaux de prévalence largement supérieurs à 2,39%. Mais les différences de méthodologie ne permettent pas de comparer leurs résultats entre eux, ni la représentativité des populations étudiées. A titre d'exemple, la prévalence du VIH parmi les HSH d'Abidjan variait de **12,3% à 29,3%** dans les 3 des études réalisées entre 2016 et 2018. La généralisation des résultats des enquêtes à l'échelle nationale n'est donc pas possible. Cependant, de tels niveaux de prévalence (supérieur à 5%) parmi les PS, HSH et UD confirment qu'ils sont bien des populations clés et que l'épidémie à VIH en Côte d'Ivoire est bien mixte.

Le tableau suivant résume les estimations nationales de taille et de prévalence du VIH des TS, HSH et UD faites par le PNLS pour 2019.

2019	TS	HSH	UD	UDI	Transgenres	Détenus
Taille Estimée	48 570	34 675	9 524	397	809	43 327
Prévalence du VIH (%)	12,6%	11,57%	3,4%	6%	22,6%	2,6%

Tableau 2 : Estimation des prévalences du VIH et tailles des populations clés en 2019 (Source : Note technique estimation taille KPs,

mai 2020)

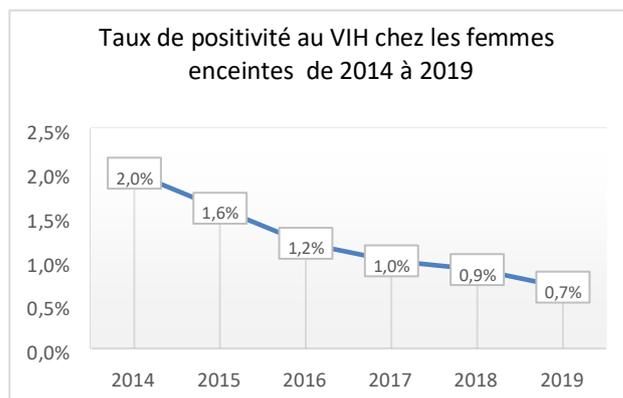
Dans une récente étude portant sur les personnes transgenres, la prévalence du VIH était de 22,6% (cf. Etude Alliance transgenre, mars 2020). Une attention particulière est donc nécessaire dans cette population spécifique.

Dans les populations carcérales, les données de routine centralisées par le PNLS en 2019 montraient un taux de séropositivité de 1,1% pour les 35 maisons d'arrêt et de Correction (MAC) de Côte d'Ivoire. Dans une récente étude portant sur les personnes en situation de handicap (PSH), le taux de séropositivité du VIH était de 2,8% parmi les 451 PSH enquêtées. Ce qui devrait placer les PSH et les prisonniers dans les populations vulnérables, mais pas dans les populations clés en Côte d'Ivoire.

4.3.4 Taux de positivité du test VIH chez les femmes enceintes et taux de TME

Les données de routine collectées par le PNLS montrent une réduction de **65%** du taux de positivité au VIH chez les femmes enceintes entre 2014 et 2019 (2% en 2014 versus 0,7% en 2019). La prévalence en fin 2019 était de 1,7% parmi l'ensemble des femmes enceintes connaissant leur statut.

Mais les estimations Spectrum 2019 montraient un nombre encore élevé de nouvelles infections chez les 0-14 ans (n=**1891**) avec un taux final de TME du VIH à **10,3 %** en 2019.



4.3.5 Co-infection VIH/Tuberculose

En 2018, parmi les **21 031** cas de tuberculose notifiés (nouveaux cas et rechutes), **20 827 (99%)** ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH et **4 091 patients (20%)** étaient co-infectés TB/VIH, un taux stable depuis 2016 (21,3%). Entre 2017 et 2018, la proportion des patients TBMR ayant été dépistés positifs pour le VIH est passée de 17% à 5%, un résultat qui peut être mis à l'actif de l'amélioration du programme de lutte contre la tuberculose.

4.4 Décès liés au sida

Selon les estimations Spectrum 2020, les décès liés au sida (tous âges confondus) étaient estimés à **12 893** en 2019, dont **6 551** femmes (50,1%).

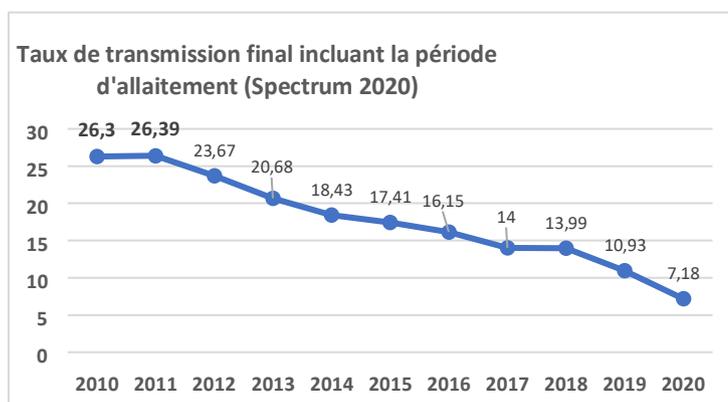
Ce taux de décès équivalent entre femmes et hommes, alors que ceux-ci ne représentent que 35,4% des PVVIH peut s'expliquer par un recours au dépistage et aux soins plus tardifs. Alimenté par leur perception négative du VIH, la persistance de clichés sur le VIH/sida comme maladie mortelle et stigmatisante, le déni du VIH, etc. (cf. Enquête socio-anthropologique sur les déterminants de la faible demande de dépistage du VIH/sida en Côte d'Ivoire, 2018).

Les enfants de 0 à 14 ans représentaient **13%** (n=1659) de l'ensemble des décès. Des données désagrégées par district sanitaire ne sont pas disponibles pour les décès. Les décès liés au VIH sont en constante diminution en Côte d'Ivoire depuis 2010 (cf. plus bas).

4.5 Dynamiques de transmission

Les principaux modes de transmission du VIH en Côte d'Ivoire demeurent la transmission sexuelle et la TME. Il n'y a pas eu d'étude MoT en Côte d'Ivoire depuis 2008.

Selon Spectrum, le taux de TME du VIH y compris la période de l'allaitement serait passé de 26,3% en 2010 à **10,9%** en 2019, soit une réduction de 58,6%. Ce taux devrait se situer à 7,8% en fin 2020 comme le montre le graphique ci-contre.



Graphique 3 : Estimation du taux de TME du VIH entre 2010 et 2020 (Spectrum 2019)

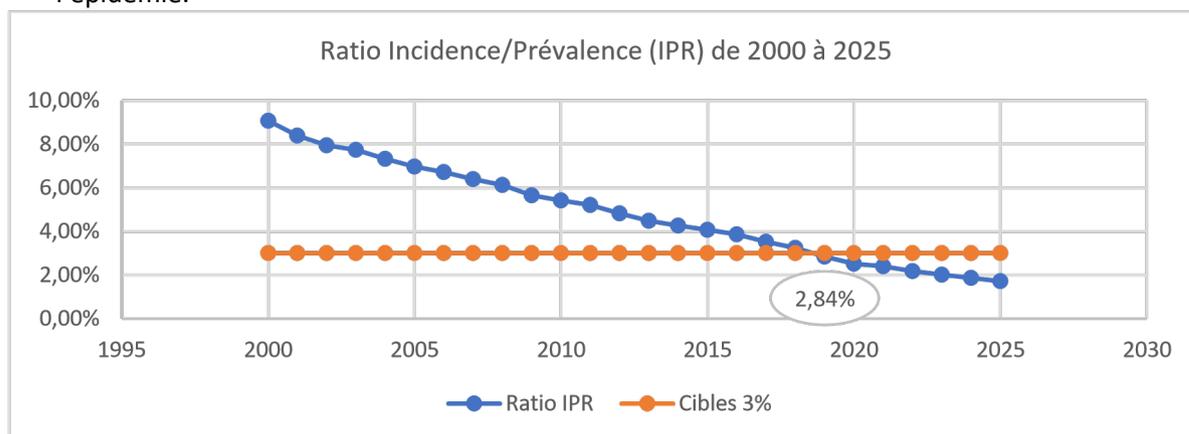
La proportion des nouvelles infections qui sont liées aux population clés est évaluée à environ 50% (selon Mathieu Maheu-Giroux et al. JAIDS 2017, 44% des transmissions ont lieu entre un client de TS et une femme non-TS).

4.6 Transition épidémique VIH

En 2017, l'ONUSIDA et ses partenaires ont défini une série de 3 mesures pour établir quand l'épidémie à VIH d'un pays effectue sa transition pour ne plus être une menace de santé publique :

- **Réduction en % des nouvelles infections à VIH** : En Côte d'Ivoire, la réduction des nouvelles infections par le VIH depuis 2010 était estimée à **54%** (12 187 contre 26 784) en fin 2019 (Spectrum 2020), contre 16% au plan mondial et 12,5% dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) entre 2010 et 2018 ; de 2015 à 2019, cette diminution était estimée à 34% en Côte d'Ivoire ;
- **Réduction en % des décès liés au sida** : En Côte d'Ivoire, la réduction des décès liés au sida depuis 2010 était estimée à 52% (12 893 contre 26 683) en fin 2019 (Spectrum 2020), contre 35,8% au plan mondial et 30,5% dans la région AOC entre 2010 et 2018 ; de 2015 à 2019, cette diminution était estimée à 37% en Côte d'Ivoire ;

- **Ratio Incidence / Prévalence** : Selon Spectrum 2020, le rapport Incidence /prévalence était de **2,8%** en 2019, soit légèrement en deçà de la cible de 3%, considérée comme l'objectif de contrôle de l'épidémie.



Graphique 4 : Evolution du rapport Incidence / Prévalence du VIH entre 2000 et 2025 (Spectrum 2019)

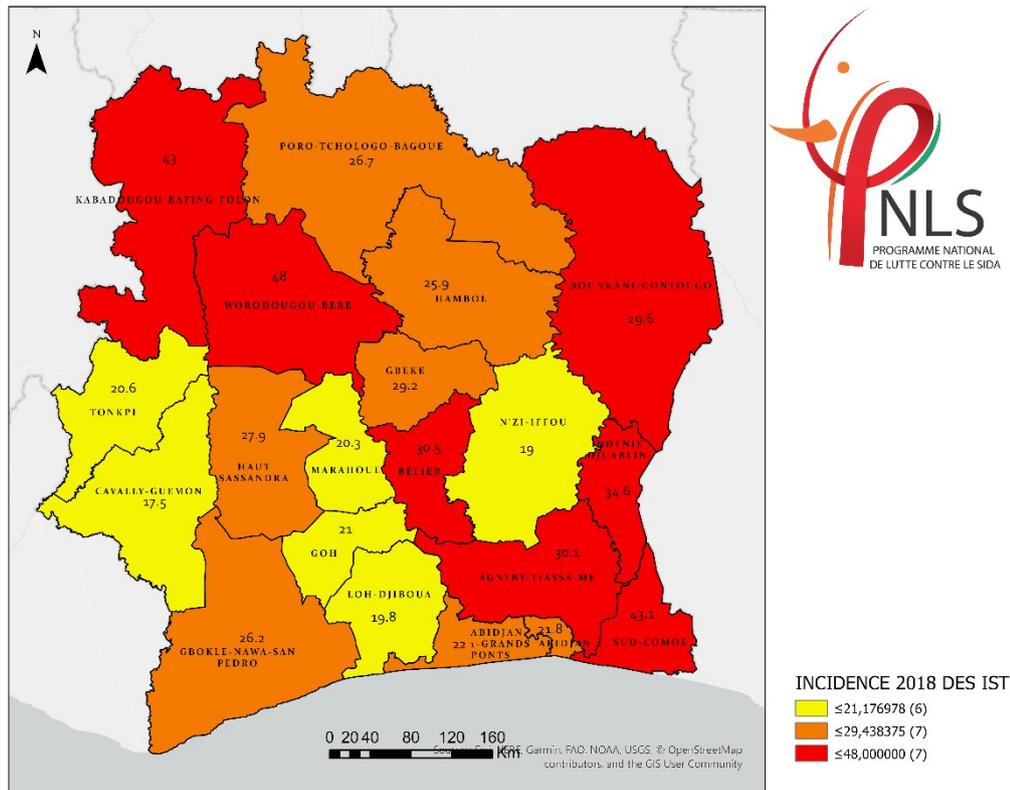
La performance atteinte par la Côte d'Ivoire en termes de réduction du ratio incidence-prévalence est encourageante, puisqu'elle se situe largement sous la moyenne de 5,5% enregistrée en Afrique de l'Ouest et du Centre et 4,6% au niveau mondial (source ONUSIDA, 20/04/2020).

On peut donc estimer que la transition épidémique est en cours en Côte d'Ivoire.

4.7 Epidémiologie des IST

Selon les données collectées par le PNLIS en 2017, 2018 et 2019, l'incidence globale des IST en population générale a régressé de 28 à 20,6‰ entre 2017 et 2019, mais la tendance inverse s'observe chez les hommes (de 6,9 à 11,6 ‰ entre 2017 et 2019). Les femmes sont globalement plus touchées que les hommes (30‰ Vs 11,6‰ en 2019). Le Rapport d'Analyse de la Situation Sanitaire (RASS) 2018 indique que les incidences les plus élevées ont été observées dans les régions sanitaires Worodougou-Béré (48‰), Sud-Comoé (43,1‰) et Kabadougou-Bafing-Folon (43,0‰), tandis que les régions Cavaly-Guémon (17,5‰), N'zi-Iffou (19,0‰) et Loh-Djiboua (19,8‰) ont enregistré les incidences les plus faibles.

Les syndromes d'IST les plus fréquents sont les douleurs abdominales basses et les écoulements vaginaux (70% des cas en 2019). En baisse relative, les écoulements urétraux et les ulcérations génitales représentaient 15% de l'ensemble des IST diagnostiquées en 2017.



Graphique 7 : Carte de l'incidence des IST par région sanitaire

On observe une diminution de l'incidence de la conjonctivite néonatale (2,5‰ en 2017 à 1,3‰ en 2019). Le taux de séropositivité au VIH parmi les personnes atteintes d'IST était de 1,6% en 2019, contre 1,3% en 2018. Chez les jeunes (10-24 ans) en milieu scolaire, 9 767 cas d'IST ont été notifiés en 2018-2019 soit un accroissement de 5,1% par rapport à l'année précédente (Rapport d'activités PNSSU-SAJ 2018-2019).

Dans les populations clés, l'étude IBBS UD 2020 rapporte que 5,73% des UD indiquaient avoir eu une IST au cours des 12 derniers mois ; 15% des HSH rapportaient des signes d'IST dans l'étude IBBS 2016 ; et parmi les TS, les symptômes majoritairement rencontrés dans l'étude IBBS 2014 étaient les pertes vaginales (47,5%), des douleurs ou brûlures mictionnelles (33,5%) et des ulcérations génitales (20,9%).

Le rapport d'évaluation du Projet IMPACT-CI (HACI 2017) indiquait que chez les TS présentant des IST, les germes les plus fréquemment identifiés étaient *Mycoplasma genitalium* (15,3%), *Neisseria gonorrhoeae* (11,6%), *Human Papilloma Virus* (11,4%) et *Chlamydia trachomatis* (11,1%).

En termes d'étiologies des syndromes IST, les données 2018 de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, laboratoire national de référence, montraient que les germes plus fréquemment mis en cause étaient différents selon les populations concernées. Une étude à visée étiologique, réalisée par amplification génique chez les femmes présentant des écoulements génitaux en 2018, montrait que la prévalence de *Chlamydia trachomatis* était de 4,12%, celle de *Trichomonas vaginalis* à 3,61%, de *Neisseria gonorrhoeae* à 2,58% et celle de *Mycoplasma genitalium* à 1,03%. Chez des hommes présentant un écoulement génital, la prévalence de *Mycoplasma genitalium* était de 6,1%, celle de *Neisseria gonorrhoeae* de 3,6% et *Chlamydia trachomatis* de 3,5%. En 2019, une étude étiologique chez les HSH n'ayant aucun symptôme montrait une prévalence de *Chlamydia trachomatis* à 14,5% et de *Neisseria gonorrhoeae* à 11,5% (Rapport d'activités 2018-2019 du CNR IST, Institut Pasteur de Côte d'Ivoire).

Les activités de surveillance du **Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme** (GASP), initiées depuis 2014 par l'IPCI en collaboration avec le PNLIS, ont permis de mettre en évidence en 2016 un niveau de résistance à la ciprofloxacine de 79,5% de *Neisseria gonorrhoeae*.

Dans l'approche syndromique, le nombre des IST rapportées reste difficile à interpréter, puisqu'une part significative des écoulements vaginaux (qui constituent les IST déclarées les plus nombreuses) n'est pas due à une infection acquise sexuellement.

4.8 Synthèse épidémiologique

Avec **428.827** personnes vivant avec le VIH et une prévalence du VIH chez les 15-49 ans estimée à **2,39%** en fin 2019, l'épidémie de VIH en Côte d'Ivoire est toujours mixte (généralisée et concentrée) : 80 des 86 DS du pays ont une prévalence supérieure à 1% ; d'importantes disparités s'observent selon l'âge, le sexe et la situation géographique ; les populations clés (HSH, TS et UD) ont des prévalences largement supérieures à 5%.

Des progrès encourageants ont été enregistrés ces dernières années, notamment en termes de réduction des nouvelles infections à VIH et des décès dus au sida. Mais l'épidémie de VIH demeure toujours un enjeu majeur de santé publique en Côte d'Ivoire.

Les nouvelles infections à VIH, les décès liés au sida et la TME du VIH s'observent à des niveaux beaucoup trop élevés. Les adolescentes et jeunes femmes sont exposées de façon très disproportionnée par rapport aux hommes. En 2019, les enfants, les adolescentes et les jeunes femmes, ainsi que les populations clés et leurs partenaires/clients représentaient les groupes les plus vulnérables par rapport au VIH.

En matière d'IST, la tendance globale à la baisse du nombre des cas contraste avec une hausse relative des IST masculines et chez les jeunes. L'approche syndromique de diagnostic et traitement toujours en vigueur ne permet pas d'interpréter avec précision les données déclaratives des IST, puisqu'elles incluent un nombre important de cas d'écoulements vaginaux qui ne sont pas liés à des IST.

C'est pourquoi des efforts particuliers doivent être investis dans l'élimination de la TME, la prévention des nouvelles infections à VIH chez les jeunes filles et femmes, ainsi que la couverture des services en dépistage et prise en charge du VIH pour réduire les nouvelles infections au sein des couples stables et les décès liés au VIH.

5 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PSN 2016-2020

En Côte d'Ivoire, la lutte contre les IST et le VIH/sida se fonde sur une approche multisectorielle et décentralisée qui vise une implication de toutes les parties prenantes à l'échelle nationale. L'organisation de la riposte a évolué depuis l'apparition des premiers cas et sa coordination est assurée par le CNLS, dont le Chef de l'Etat assure la présidence et le MSHP, le secrétariat avec pour organe technique le PNLS.

Le dernier Plan Stratégique National de lutte contre les IST et le VIH/sida couvrant la période 2016-2020 s'est inscrit dans la Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021 « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida » et visait à accélérer l'accès aux services de prévention y compris les services de dépistage VIH, de traitement, de soins et de soutien pour atteindre les cibles 90-90-90. Il visait la réduction de 50% des nouvelles infections par rapport à 2015. A travers la mise œuvre de la feuille de route de la Coalition Mondiale pour la Prévention du VIH, cet objectif a été porté à 75% de réduction par rapport à 2010 d'ici la fin 2020, avec une réduction de la stigmatisation liée au VIH (zéro stigmatisation).

L'analyse des performances du PSN s'est basée sur son cadre de performance et sur l'atteinte des cibles annuelles prévues entre 2016 et 2019 à travers une revue à mi-parcours réalisée en fin 2018, complétée par une revue finale réalisée début 2020 dans l'optique de guider l'élaboration du présent PSN 2021-2025, les grandes lignes sont les suivantes.

5.1 Prévention et dépistage

L'impact 1 du PSN visait à **réduire les nouvelles infections de 50% d'ici à 2020**, décliné en 9 résultats d'effets articulés sur des approches populationnelle et programmatique. On notera qu'en fin 2019, le nombre estimé

des nouvelles infections a été revu à la baisse par le Spectrum : 12 187, contre 13 184 attendues dans le cadre de performance du précédent PSN, soit une réduction de **34%** par rapport à la valeur de base de 2015 (18 533 selon le Spectrum 2020). Cette réduction des nouvelles infections devrait atteindre **43% en 2020**.

5.1.1 Prévention en direction des populations clés et vulnérables

Le paquet de services de prévention combinée ciblant les TS, les HSH et les UD a été élaboré par le PNLS avec les acteurs communautaires impliqués conformément aux normes internationales qui incluent l'amélioration d'un environnement sociojuridique et légal favorable à sa mise en œuvre (Cf. chapitre 5.3.2). Il cible les régions à plus forte prévalence, les « Hot spots » et les grandes villes (approche « ville et VIH » / ONUSIDA).

La revue montre que 77% des TS ont bénéficié de ce paquet de services de prévention combinée, avec un accès encore très limité à la PrEP, encore en phase expérimentale. Soixante-seize pourcents (76,2%) des TS utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels payants (Impact-CI 2017). Le nombre moyen de préservatifs distribués était de 30 par an et par TS (rapport PNLS 2019), ce qui est largement insuffisant au regard des normes nationales (12 à 20 préservatifs masculins par contact, pour au moins 5 contacts par an des pairs-éducateurs (PE) avec des TS, soit 60 à 100 préservatifs distribués par an et par TS) et internationales (les PMO de PEPFAR distribuent 48 préservatifs par TS et par mois et 20 lors des séances de groupes d'autosupport). La modélisation GOALS d'Avenir-Health (cf. Tableau 4 Rapport GOALS) a montré que l'investissement dans la prévention parmi les TS et la programmation des préservatifs étaient parmi les interventions les plus rentables. S'assurer que tous les besoins en préservatifs pour les TS sont satisfaits serait donc particulièrement coût-efficace pour le PSN à venir.

Les études réalisées chez les TS (IBBS 2014 et Rapport impact-CI 2017) montrent que la prévalence du VIH augmente avec l'âge (6,1% chez les moins de 25 ans vs 15,2% chez + de 25 ans, Impact 2017). La couverture en changement de comportements (CCC) chez les TS semble meilleure (près de 51 753 TS, soit 103% de la taille estimées par le PNLS en 2019) mais le défi reste l'estimation de la taille réelle des TS et le ciblage des TS les plus jeunes et non-affichées (clandestines). La régression de l'utilisation systématique du préservatif lors des rapports sexuels payants (76,2% dans l'étude Impact 2017, contre 81,8% dans l'IBBS 2014) soulève un problème de qualité des interventions de CCC (insuffisance de formation et turn-over élevé des pairéducatrices, suivi insuffisant de la qualité des services par les organisations communautaires elles-mêmes et par les districts sanitaires, inadaptation des canaux de communication utilisés).

La couverture en communication pour le CCC est encore faible parmi les HSH (44%, soit 13 842 HSH touchés en 2019). Seulement 38% des HSH ont bénéficié du paquet de services de prévention combinée, dans lequel la PrEP est en phase expérimentale et seulement 29% utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels payants et non payants (SHARM, San Pedro – 2018). Le défi demeure l'accessibilité au paquet de prévention de certains HSH plus difficilement atteignables (augmentation de l'offre et de l'accessibilité des préservatifs et lubrifiants ; renforcement de la CCC) et l'augmentation du ratio PE/HSH (en moyenne 1/251 en 2019 – rapport PNLS 2019)

La couverture en CCC des UD est de 18% mais 83% ont bénéficié du paquet de service de prévention combinée et 59% utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risque.

En revanche, la couverture en CCC est meilleure dans la population carcérale (81%, soit 32 745 détenus).

Au total, la communication interpersonnelle (IEC/CCC) ciblant les populations clés et hautement vulnérables a enregistré des résultats globalement satisfaisants, qui ont excédé les attentes entre 2016 et 2019 (sauf parmi les HSH en 2019 – 62% des cibles atteintes). Mais ces efforts doivent être maintenus et même intensifiés, et inclure des populations encore non prises en compte (transgenres, PSH). L'utilisation d'un identifiant unique pour les bénéficiaires doit éviter que la comptabilisation des personnes touchées par les activités communautaires n'entraîne un risque de doublons. Par ailleurs, pour avoir un impact sur le comportement, les publics cibles doivent être exposé au moins à 25 reprises aux messages. La CCC est donc une action répétée basée sur un plan précis et adaptée aux individus.

Les défis majeurs pour la communication de proximité ciblant les populations clés et vulnérables sont : (i) la qualité de la communication établie par les EP et la conformité des messages délivrés ; (ii) la répétition régulière des actions et le maintien d'une attractivité de cette communication de proximité ; (iii) la cohérence de l'offre de service de prévention (la communication doit être couplée aux autres outils de prévention dans le cadre de la prévention combinée lorsqu'il s'agit des populations clés ou vulnérables) ; (iv) la professionnalisation des PE travaillant auprès des publics vulnérables.

5.1.2 Adolescents et jeunes

Les adolescents et jeunes (10-24 ans) constituent une des populations hautement vulnérables vis-à-vis du VIH dans le PSN 2016-2020. Sur la période de mise en œuvre du PSN, des approches de prévention combinée ont été réalisées notamment en direction des adolescentes et jeunes filles. Ainsi, à travers ses partenaires communautaires le PEPFAR a-t-il pu toucher un total de 153 998 adolescentes et jeunes filles, grâce aux programmes DREAMS (24 962 en 2017, cf. base de données COP 18) et SUPER GO (40 386 en 2017, cf. Rapport HT3 COP 16 ; 72 588 en 2018, cf. Rapport Breakthrough action COP 17 ; et 16 062 en 2019, cf. Rapport Breakthrough action COP 18). Il en a été de même pour le Fonds Mondial à travers Alliance-CI et par son programme READY a touché 5 698 adolescents et jeunes de 15 à 24 ans, dont 3 478 filles (base de données 2019, programme Ready d'Alliance-CI) dans ses zones d'intervention.

Les adolescents et jeunes scolarisés et non- scolarisés ont pu bénéficier de campagnes de sensibilisation sur les SR/VIH et de services de soins de SSR, conduits par les structures étatiques (PNLS, PNSSU SAJ, PNSME, DMOSS, DPJ...) avec l'appui de partenaires tels que UNICEF et UNFPA.

Aussi, des approches innovantes (TIC) ont été déployées dans le cadre de la sensibilisation de cette cible : à l'assaut du sida, E-santé, U-Report, Ligne verte éducation nationale, etc.

Seulement 39% des adolescents et jeunes ciblés dans le PSN ont été touchés par les activités de CCC (soit 785 698 / 2 000 000 ciblés). Soixante-dix pourcents des IST diagnostiquées parmi eux ont été prises en charge selon les directives nationales. Par ailleurs, les activités planifiées pour être réalisées en milieu scolaire n'ont pu l'être en totalité. A titre d'illustration, seul 25% des cas d'IST diagnostiqués en milieu scolaire ont pu bénéficier d'une prise en charge selon les directives nationales.

A noter que la modélisation GOALS indique que la prévention chez les jeunes et les adolescents dans les écoles serait l'une des interventions de prévention les plus rentables en termes de réduction des nouvelles infections (cf. Tableau 4 du rapport GOALS). Un accent particulier devrait ainsi être mis sur ce domaine dans le PSN 2021-2025.

5.1.3 Communication et prévention ciblant le grand public

Les activités d'IEC/CCC pour la prévention des IST et du VIH sont réalisées dans la totalité des régions et DS et de façon répétée.

La prévention grand public s'est appuyée sur une combinaison de stratégies associant l'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportements (réunions, diffusion d'affiches et de dépliants, publication dans la presse écrite, diffusion de messages et spots à travers les médias audiovisuels, téléphonie mobile ou réseaux sociaux) ciblant la population dans son ensemble. L'objectif était d'améliorer le niveau de connaissance sur la prévention, la prise en charge et permettre l'acceptation des PVVIH et des populations clés luttant ainsi contre la stigmatisation et la discrimination.

Chaque année, plus de 2 millions de personnes sont touchées par les activités de communication, mais il est difficile d'estimer la frange supplémentaire touchée via les réseaux sociaux et les mass média (radio, télé et presse écrite).

Les défis majeurs pour la communication grand public sont : (i) le changement de la perception de l'infection à VIH dans la population générale (par exemple i=i), dont l'impact est attendu sur l'utilisation et la

performance des services VIH tels que le dépistage, le traitement ARV, les soins et soutien et sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; (ii) la coordination des messages et l'harmonisation du paquet de messages ; (iii) la mise en place d'un cadre particulier de communication à travers les médias d'Etat, soit gratuitement pour les acteurs avec ou sans compensation financière de l'Etat, soit à coût préférentiellement réduit pour les acteurs/partenaires.

5.1.4 Organisation de la prise en charge des IST et résultats de la riposte

La stratégie de lutte contre les IST s'articule autour de la prévention et la prise en charge correcte des cas d'IST, intégrant les interventions de soutien dans la population générale et dans les groupes vulnérables, parmi lesquels les jeunes et les populations clés.

La prise en charge des IST intégrée dans les structures de santé s'organise autour de trois niveaux : (i) le niveau 1 correspondant aux ESPC, qui prennent en charge les client(e)s en première intention, selon une approche syndromique ; (ii) le niveau 2, premier niveau de référence, où la microscopie et des tests rapides sont possibles, la prise en charge étant adaptée aux germes identifiés ; (iii) le niveau 3, dernier niveau de référence, dans lequel le traitement se fait après test de sensibilité in vitro des germes identifiés.

En vue d'améliorer la qualité de la prise en charge, identifiée comme principal défi pour la thématique, plusieurs actions ont été menées, qui ont porté sur le renforcement des capacités des prestataires de santé à travers les formations intégrées (**700** prestataires de santé) ; l'élaboration et la diffusion de supports au diagnostic et à la prise en charge (4886 aides mémoires) ; la mise à niveau (formation, équipement bio médicaux) des CHR (6 sur 17), en vue d'une prise en charge de niveau 3 ; le renforcement de la surveillance épidémiologique des IST en collaboration avec l'Institut Pasteur (à ce jour 21 sites de surveillance).

La sensibilisation des populations pour un recours précoce aux soins en cas d'IST a été également prise en compte à travers des activités de communication grand public (conférences, émissions radios, etc.) et le développement et la diffusion de dépliant sur les IST.

En fin 2019, 98% des formations sanitaires publiques rapportaient des cas d'IST pour un total de 372 581 cas d'IST diagnostiqués et pris en charge, soit 83% des cas attendus. Seulement 46,5% des cas notifiés avait bénéficié du dépistage du VIH parmi lesquels 1,6%% déclarés positif.

Les principaux défis en la matière sont : (i) la réduction de l'incidence des IST ; (ii) l'amélioration de la qualité de la prise en charge des IST dans le secteur public ; (iii) le dépistage VIH systématique des clients IST ; (iv) la prise en charge des partenaires des clients IST ; (v) la disponibilité continue des kits de traitement ; (vi) le diagnostic étiologique chez les populations clés et (vii) la gratuité de la prise en charge des PVVIH et des jeunes.

Enfin, on doit avancer vers l'effectivité du diagnostic étiologique dans les formations sanitaires de niveau 3, travailler à l'intégration des directives dans le secteur privé (médical et pharmaceutique) et à améliorer la surveillance des IST.

5.1.5 Préservatifs et lubrifiants

En ce qui concerne le préservatif, l'approche de marché très axée sur le marketing social ne parvient pas à couvrir les besoins du pays. En effet, les données logistiques indiquent une couverture des besoins nationaux au-delà de 100% alors que la distribution peine à être effectuée : 62% pour 2019. La distribution gratuite dans les groupes cibles apparaît insuffisante par rapport aux besoins des intéressés. Du coup, les indicateurs d'utilisation sont médiocres au sein des populations clés (36% d'utilisation systématique chez les HSH en 2018, 44,9% chez les UD en 2020) comme dans la population générale (50,4% chez les hommes de 15-49 ans et 61,1% chez les adolescents et jeunes de 15-24 ans en 2018 (CIPHIA 2017-2018). L'accessibilité aux produits de marketing social reste théorique dans certaines zones du pays. De surcroît, la distribution gratuite de préservatifs et gels lubrifiants ne s'aligne pas sur le système national d'approvisionnement des ARV et autres produits de laboratoire, ce qui ne permet pas d'assurer une bonne traçabilité de leur distribution.

L'absence de réalisation d'enquête périodique sur l'utilisation des préservatifs ne permet pas d'apprécier l'impact des campagnes de sensibilisation. L'amélioration de la coordination des interventions et la mise en œuvre effective de l'approche du marché total devraient résoudre ces problèmes).

5.1.6 Premier 90

Le dépistage du VIH concerne à la fois la prévention (conseil pré et post test) et la prise en charge (lien au traitement des personnes dépistées positives). La connaissance du statut sérologique est promue à travers une offre diversifiée : CDIP dans les structures de santé et dépistage au niveau communautaire (incluant le dépistage des cas index), CDIC dans les CDV autonomes et dans les structures de santé, autotest et l'index testing /dépistage familial qui intègre la notification assistée aux partenaires dans les structures de santé et au niveau communautaire.

On estimait ainsi que **79%** des PVVIH connaissaient leur statut fin 2019 (50% chez les enfants 0-14 ans, 74% chez les hommes et 82% chez les femmes ; cf. Tableaux en annexe du 1^{er} 90 par districts sanitaires) pour une cible du PSN = 80%, en nette progression par rapport à fin 2018 (61%).

L'offre du dépistage VIH dans les structures de santé s'est en effet accrue : 2 160 structures de santé publiques et privées offraient le dépistage VIH fin 2019 sur 3398 centres de santé qui rapportent les données dans le DHIS 2 et près de 2,2 millions de personnes ont bénéficié d'un test et reçu le résultat, dont 477 898 (20%) en communauté. Dans les populations clés, 76% des TS, 88% des HSH et 67% des UD ciblés ont bénéficié d'un test et reçu leur résultat en 2019. Globalement, les réalisations de dépistage sont bonnes, quel que soit le type de population concerné, même si ces réalisations sont restées un peu en dessous des objectifs fixés. Ce qui montre que les efforts doivent être maintenus et même renforcés à l'avenir, grâce à une bonne stratégie de ciblage géographique et populationnelle fondée sur les résultats obtenus (cf. tableau ci-dessous).

Type de population	Nombre de tests réalisés	Taux de positivité 2019	Nombre de cas positif identifiés	Commentaires Source d'information
Femmes enceintes	1 055 116	0,71%	7 455	Rapport PNLS 2019
Patients IST	173 297	1,58%	2 739	
TS	39 427	6,74%	2 657	
HSH	12 193	7,16%	873	
UD/UDI	21 750	1,00%	216	
Populations carcérales	23 347	1,02%	238	
TB patients	20 827	19,65%	4 092	Rapport PNLT 2018
Enfants	339 953	0,60%	2 026	Rapport PNLS 2019
Enfants exposés	14 627	2,71%	396	
Type de dépistage				
CDIP / formations sanitaires	1 744 862	2,46%	42 995	Rapport PNLS 2019
CDIP global + PTME	2 799 998	1,80%	50 450	
CDIC / OBC - Stratégie avancée – Campagne (inclus dans CDIP global)	477 898	2,53%	12 100	Rapport PNLS 2019
Index testing	160 365	9,39%	15 060	COP 18 PEPFAR
Autotests VIH	22 189	(Alliance-CI :383 ; SOLTHIS : 13 158 ; et PEPFAR : 8 648)		Rapport PNLS 2019

Tableau N°3 : taux de positivité par porte d'entrée du dépistage et par population (source : Rapport PNLS 2019)

L'écart programmatique se situant pour 80% dans 28 DS, ciblés comme prioritaires dans le PSN (cf. PSN).

Le dépistage VIH doit néanmoins faire face à plusieurs défis majeurs : (i) la qualité de la mise en œuvre du dépistage (renseignement incorrect des outils des dépistage VIH, le non-respect des procédures standards opératoires) ; (ii) meilleur ciblage des populations les plus à risque qu'il s'agisse du dépistage par un tiers ou de l'autotest (éviter le « surdépistage » dans des groupes à faible risque, et les dépistages trop souvent répétés chez les mêmes individus) ; (iii) le passage à l'échelle de l'approche de dépistage démedicalisé (communautaire) à l'endroit des populations cibles ; (iv) la mise en place d'un système de traçabilité des données communautaires dans le SNIS ; (v) la généralisation de l'offre du dépistage VIH dans les structures de santé privées (intégration ; système de référence), en partie à cause de l'absence d'un mécanisme de pérennisation du projet PSHP ; (vi) les difficultés spécifiques de la mise en œuvre de l'index testing dans les populations clés (décision de suspension de cette stratégie en septembre 2019 par PEPFAR, récemment levée, mais assortie de formations spécifiques sur l'éthique et d'un encadrement strict de l'activité, pour éviter toute coercition sur les individus et respecter les droits des bénéficiaires) ; (vii) les difficultés spécifiques de la mise en œuvre de l'autotest (éviter le tracking de l'utilisation et des résultats de l'autotest) ; (viii) le changement de la perception du VIH en vue d'accroître l'utilisation insuffisante des services de dépistage VIH par les populations clés et vulnérables ; (ix) le renforcement des liens entre le dépistage communautaire et les services de soins et traitement. Ainsi pour rattraper le gap du 1^{er} 90, une attention particulière dans la mise en œuvre des défis sus-cités sera faite dans les districts sanitaires ayant présenté les plus grands retards.

5.1.7 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

L'offre de services de PTME s'intègre dans les activités de CPN (qui inclue le dépistage de la syphilis dans le cadre du bilan prénatal) et de maternité. L'on constate qu'elle est fortement intégrée dans les formations sanitaires publiques (94% offrent ces services), mais peu répandue dans le privé (2% des formations sanitaires privées). En fin 2019, 97% des femmes enceintes vues en CPN avaient bénéficié du dépistage VIH et reçu leur résultat en CPN et en maternité. Cependant la couverture en CPN1 des grossesses attendues était 85% mais celui de la CPN précoce (CPN au 1^{er} trimestre de la grossesse) était de 34% en 2019. Parmi les FEVIH estimées seulement 79% ont été enrôlées dans le traitement ARV et 63% ont accouché dans une formation sanitaire. Et seulement 36% des FVVIH ont bénéficié de conseils en planification familiale en post-natal.

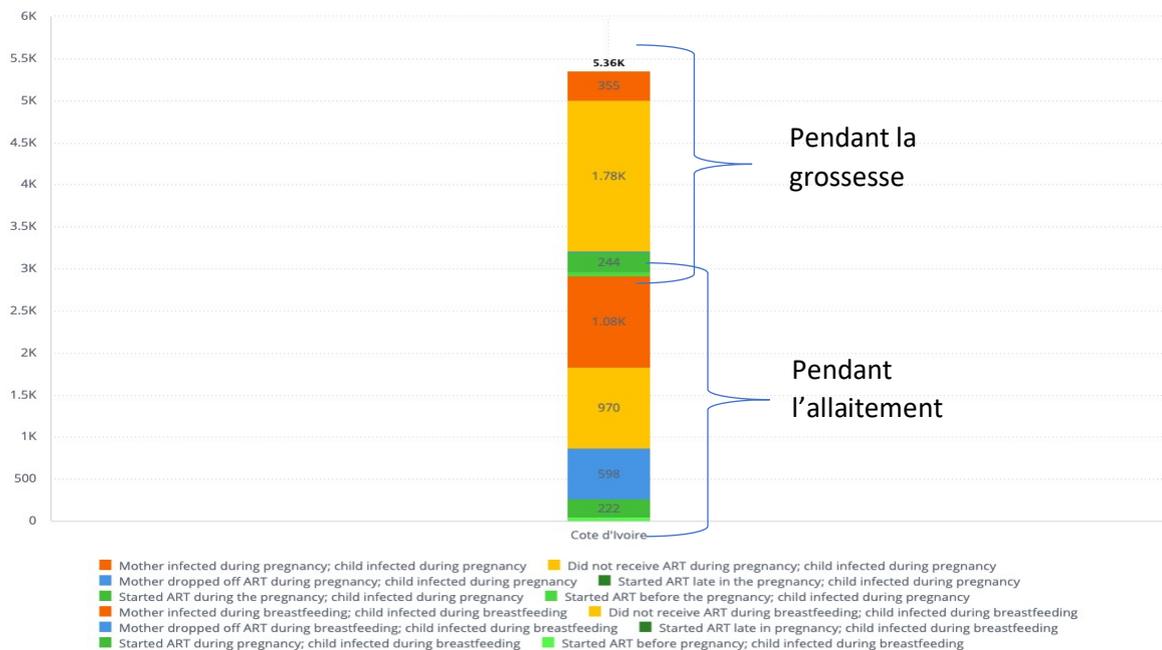
La cartographie de l'offre de services de PTME réalisée par l'Université de Genève a indiqué que 80% des populations se retrouvent à moins de 30 mn (par moyen de transport motorisé) d'une structure de santé fournissant des services de PTME ce qui nécessite des stratégies avancées d'offre de service de santé de SMNI pour améliorer les couvertures en PTME.

Parmi les enfants exposés, seulement 63% ont bénéficié de la prophylaxie ARV, et 69% du dépistage précoce entre 0 et 9 mois, et **53%** du dépistage précoce (PCR VIH) dont 53% seulement réalisé avant 02 mois de vie.

Il en résulte un taux de TME estimé à **10,9%** en 2019 (Spectrum 2020), soit une réduction de 37,2% par rapport à la valeur de base du PSN (2015).

En vue d'améliorer les performances, la PTME doit surmonter les défis majeurs suivants : (i) le faible nombre de femmes enceintes dépistées au cours du premier trimestre de la grossesse (seulement 34% des FE sont vues en CPN1 au 1^{er} trimestre de grossesse) ; (ii) la méconnaissance de leur statut sérologique VIH par les femmes en âge de procréer (connaître son statut permet d'adopter des moyens de prévention garantissant de futures grossesses protégées contre le VIH) ; (iii) passer à l'échelle la PTME dans les formations sanitaires privées (intégration des activités, collaboration public-privé) ; (iv) dépister précocement le plus grand nombre d'enfants exposés (avant 2 mois d'âge de préférence) ; (v) assurer une meilleure intégration de l'offre des services VIH et SR-PF ; (vi) garantir la poursuite du TARV chez les femmes allaitantes selon les directives nationales pour réduire les contaminations tardives ; et (vii) garantir la rétention du couple mère-enfant jusqu'au statut définitif de l'enfant exposé (élimination réelle des barrières financières, notamment informelles).

Si la PF est un volet important de la PTME du VIH, ses performances actuelles sont faibles, liées aux difficultés suivantes : (i) insuffisance d'intégration des services SR-PF/VIH ; (ii) non traçabilité dans l'offre de service des Femmes vivant avec le VIH (FVVIH) de manière générale dans les outils de PF ; (iii) faible capacité et nombre insuffisant des prestataires maîtrisant les nouvelles méthodes de contraception ; et (iv) sous-notification de certaines données dues à une insuffisance de compréhension de l'indicateur (conseil et offre de méthode de contraception moderne).



Graphique 5 : Source des nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2018 (Spectrum 2019)

La majorité (51%) des nouvelles infections à VIH pédiatriques proviennent des femmes enceintes qui ne reçoivent pas de traitement ARV pendant la grossesse ou pendant l'allaitement (33% et 18% respectivement) et 27% proviennent des femmes qui ont été infectées pendant leur grossesse ou pendant l'allaitement (7% et 20% respectivement).

5.1.8 Accidents d'exposition aux liquides biologiques

La prise en charge des AELB et des victimes de violences sexuelles est incluse dans la formation sur la prise en charge par les ARV et intégrée dans les structures de prise en charge ARV du VIH.

Les activités mises en œuvre ont consisté essentiellement en un renforcement des capacités des sites, matérialisé par la formation de prestataires de santé (234 formés spécialement sur la prise en charge des AES/VBG, 1910 formés en prise en charge globale du VIH et 392 au module intégré de prévention et de prise en charge du VIH), la mise à disposition de supports de prescription et de kits PEP (Prophylaxie PostExposition) pour les cas de violences sexuelles.

La promotion de l'offre de service a cependant été très faible, de même que la mise à disposition des kits de Prophylaxie Post-Exposition (seulement 25% des besoins planifiés ont pu être satisfaits, soit 52 kits PEP sur 208 prévus pour la période de 2016 à 2019). L'insuffisance de coordination au niveau du MSHP a pu créer de la confusion parmi les différentes parties prenantes, se traduisant sur le terrain par une faible déclaration des AELB par les prestataires. Ainsi, de 2016 à 2019, 4 751 cas d'AELB ont pu bénéficier de la prophylaxie Post-Exposition par les ARV (e-SIGL 2016, 2017, 2018 et 2019).

Pour ce qui est des violences sexuelles, les instances de coordination au niveau déconcentré (plateforme sous le leadership du MFFE) facilitent la gestion des cas. Ainsi, de 2018 au 31 juin 2019, 1 204 cas de violences sexuelles ont été notifiés (rapport d'activité PNSME 2018, 2019). Toutefois, les activités de sensibilisation doivent être intensifiées afin de lever les pesanteurs socioculturelles qui sont des freins aux recours juridiques dans les cas de violences sexuelles.

Les difficultés rencontrées sont : (i) l'insuffisance de coordination des interventions de PEC des AELB ; (ii) l'intégration insuffisante des interventions dans les sites de PEC ; (iii) la faiblesse du système de référence et contre-référence pour assurer la prise en charge holistique des AELB.

5.1.9 Synthèse des principaux défis de la prévention

Thématique	Principaux défis
Prévention pop clés et vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de la prévention combinée, parmi laquelle la promotion et l'utilisation correcte et régulière des préservatifs lors des rapports sexuels - Accessibilité gratuite et en quantité suffisante aux préservatifs et des gels lubrifiants - Ciblage et couverture des populations clés difficilement atteignables (HSH, TS non affichées, transgenres, jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle) - Traçabilité des populations clés bénéficiant de la PEC par les ARV - Mise en œuvre de la PrEP pour le TS, les HSH et les transgenres séronégatifs à risque - Disponibilité d'enquêtes biocomportementales et d'estimation de la taille des populations clés et vulnérables régulièrement actualisées - Disponibilité d'une cartographie programmatique des populations clés et vulnérables régulièrement actualisées - Passage à échelle de l'auto-dépistage - Disponibilité d'une offre cohérente de RdR accessible aux UD - Stigmatisation, discrimination, violence et harcèlement étatiques et non étatiques ; - Lois et politiques restrictives, criminalisation des comportements ou pratiques exposent les populations clés à des risques accrus et compromettent leur accès aux services de prévention.
Ado et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Passage à l'échelle de l'adaptation des SSU-SAJ à la cible d'adolescents et jeunes (scolarisés et non-scolarisés) - Mise en place de centres d'écoute pour adolescents et jeunes - Mise en œuvre de l'éducation sexuelle complète en milieu communautaire
Communication interpersonnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité de la communication établie par les EP et conformité des messages délivrés ; - Répétition régulière des actions et maintien d'une attractivité de cette communication de proximité - Cohérence de l'offre de service de prévention (la communication doit être couplée aux autres outils de prévention dans le cadre de la prévention combinée lorsqu'il s'agit des populations clés ou vulnérables) - Professionnalisation des Pairs-éducateurs travaillant auprès des publics fragiles
Communication grand public	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination des messages (élaboration et diffusion) - Harmonisation du paquet de message (entre les différents acteurs et entre les différents publics cibles) - Mise en place d'un cadre particulier de communication à travers les médias d'Etat, soit gratuitement pour les acteurs avec ou sans compensation financière de l'Etat, soit à coût préférentiellement réduit pour les acteurs/partenaires
IST	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisances dans la mise en œuvre de l'approche de PEC des IST tenant compte des trois niveaux - Intégration insuffisante de l'offre des services VIH et SR-PF (population générale et populations clés)
Préservatifs et lubrifiants	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisances dans l'approche de marché pour les préservatifs très axée sur le marketing social qui peine à couvrir le pays totalement - Quantification des préservatifs et gels lubrifiants selon une approche de marché totale

	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution gratuite pour les groupes cibles qui paraît en dessous des besoins de la population - Meilleure estimation des besoins en préservatifs et lubrifiants des différentes cibles
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des normes et de la qualité de la mise en œuvre du dépistage à l'initiative du client, du dépistage à l'initiative du prestataire au niveau des structures de santé et en milieu communautaire incluant une meilleure orientation vers les populations les plus à risque, qu'il s'agisse du dépistage par un tiers ou de l'auto-dépistage - Promotion de l'index testing dans des conditions d'encadrement strict et de respect des droits des personnes concernées (éviter la coercition, etc.) - Passage à l'échelle de l'approche de dépistage démedicalisé (communautaire) à l'endroit des populations cibles - Mise en place d'un système de traçabilité des données communautaires dans le SNIS - Généralisation de l'offre du dépistage VIH dans les structures de santé privées (intégration ; système de référence), en partie à cause de l'absence d'un mécanisme de pérennisation du projet PSHP - Renforcement des services de dépistage différenciés (zone géographique et type de population) - Changement de la perception du VIH pour accroître l'utilisation des services de dépistage VIH par les populations clés et vulnérables (notamment pour les hommes adultes) - Faible implication des hommes dans le dépistage VIH - Renforcement du dépistage familial, à partir des PVVIH adultes nouvellement dépistés ou déjà traités par ARV (en particulier cibler les enfants des populations clés) et à partir des PVVIH enfants (tests des parents et de la fratrie)
PTME	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la connaissance de leur statut VIH par les femmes en âge de procréer, afin d'adopter des moyens de prévention garantissant de futures grossesses protégées contre le VIH - Dépistage des femmes enceintes au cours du premier trimestre de la grossesse (seulement 34% des FE sont vues en CPN1 au 1^{er} trimestre de grossesse) - Passer à l'échelle la PTME dans les formations sanitaires privées (intégration des activités, collaboration public-privé) - Dépister le plus grand nombre d'enfants exposés précocement (avant 2 mois d'âge de préférence)
	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer une meilleure intégration de l'offre des services VIH et SR-PF - Garantir la poursuite du TARV chez les femmes allaitantes selon les directives nationales pour réduire les contaminations tardives - Garantir la rétention du couple mère-enfant jusqu'au statut définitif de l'enfant exposé
SSR/VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'intégration des services SR-PF/VIH - Absence de traçabilité dans l'offre de service des Femmes vivant avec le VIH (FVVIH) de manière générale dans les outils de PF, en particulier des TS et femmes UD - Faible capacité et nombre insuffisant des prestataires maîtrisant les nouvelles méthodes de contraception - Sous-notification de certaines données dues à une insuffisance de compréhension de l'indicateur (conseil et offre de méthode de contraception moderne).
AELB	<ul style="list-style-type: none"> - Maintien des acquis - Amélioration de la couverture des besoins - Amélioration du recours à la prise en charge médicale

5.2 Traitement et rétention dans les soins

A travers le **résultat impact 2** qui vise à **réduire la mortalité due au sida des PVVIH de 75%**, la Côte d'Ivoire s'est engagée à : (i) traiter par les ARV au moins 90% des PVVIH diagnostiqués (enfants, adolescents, jeunes et adultes) ; (ii) prendre en charge au moins 75% des PVVIH en besoin de traitement contre les co-infections

et comorbidités ; (iii) obtenir une suppression virale pour au moins 90% des PVVIH après 12 mois de traitement ARV ; et (iv) obtenir la rétention dans les soins de l'ensemble des PVVIH traités par ARV.

5.2.1 Deuxième 90%

Le 2^{ème} 90 vise à traiter par ARV au moins 90% des PVVIH connaissant leur statut (ou 81% de l'ensemble des PVVIH estimées). Il était estimé à **63%** (36% chez les < 15 ans ; 51% chez les hommes > 15 ans et 69% chez les femmes > 15 ans en fin 2019 - Spectrum 2020), pour une cible attendue du PSN à 80%.

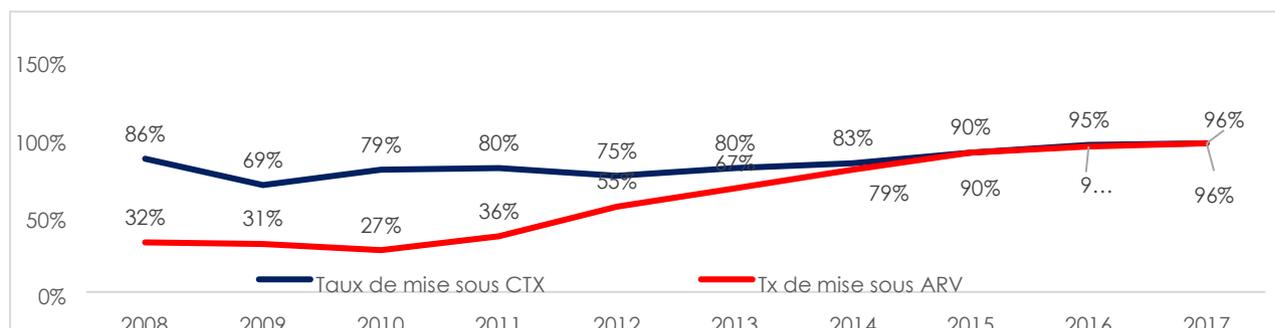
La file active des personnes traitées par ARV et suivies était en fin 2019 de **269 135 PVVIH**, parmi lesquels 257 805 adultes (71,8% de femmes), contre 189 964 en 2016. Le nombre de formations sanitaires offrant une PEC ARV adulte est passé de 1 006 en 2016 à 1 856 en 2018 pour atteindre 2 242 en 2019 sur 3 398 centres de santé qui rapportent les données dans le DHIS 2.

Malgré le renforcement de l'offre de TARV pour les enfants, le rythme d'accroissement des sites de prise en charge pédiatrique (1 327 sites en 2018 et 1 126 en 2019) ne suit pas celui des adultes, alors que la prise en charge adulte et pédiatrique devrait être intégrée. La file active des enfants traités par ARV est ainsi passée de 9 154 (25%) en 2016 à **11 330** (37%) en fin 2019, largement en-deçà de la cible de 90% du PSN.

S'agissant des populations clés, l'offre de TARV était de 44% pour les HSH et de 62% pour les TS en 2019.

Les résultats des interventions pour la PEC des co-infections et comorbidités sont moins probants du fait notamment de l'absence d'un cadre de collaboration intégré et efficace entre le PNLs et les autres programmes (hépatites, cancer et paludisme). Le cadre de collaboration entre PNLs et PNLT est resté peu actif alors qu'il s'agissait d'une stratégie prioritaire des deux programmes.

En 2018, 96% des patients coinfectés TB/VIH étaient traités par ARV et 374 PVVIH avaient bénéficié de la TPI pour un objectif de 1500 PVVIH soit 25% de l'objectif.



Graphique 9 : Evolution des taux de mise sous ARV et CTX des patients coinfectés TB/VIH

Pour améliorer les performances, la PEC doit surmonter les défis suivants : (i) l'amélioration du lien au traitement des personnes nouvellement dépistées VIH+, grâce à la contribution communautaire (pairnavigation), pour éviter les perdus de vue précoces ; (ii) le passage à l'échelle effective de la délégation des tâches et du « tester-traiter tous », qui contribuent à accroître quantitativement et qualitativement la prise en charge des PVVIH ; (iii) l'intégration de la PEC ARV (initiation des ARV et suivi clinique) dans des sites communautaires qui seront soutenus et renforcés pour le faire, ainsi que dans le secteur privé ; (iv) le renforcement du lien entre les formations sanitaires et les organisations communautaires ; (v) le renforcement de la prise en charge pédiatrique (implication des non-pédiatres) ; (vi) L'optimisation et le passage à l'échelle des régimes thérapeutiques efficaces aussi bien chez les adultes et les enfants ; (vii) Le diagnostic et la PEC des comorbidités y compris la gestion des stades avancés de la maladie ; et (viii) l'amélioration de la documentation du suivi des patients dans les différents outils de gestion et la mise en œuvre de l'identifiant unique du patient qui permettra de la tracer d'un site à un autre.

Pour rattraper le gap du 2^{ème} 90, une attention particulière sera portée dans la mise en œuvre des actions correctrices face aux défis sus-cités dans les districts sanitaires ayant présenté les plus grands retards (cf. priorisation du PSN).

5.2.2 Troisième 90

Le 3^{ème} 90 consiste à obtenir une suppression virale durable chez 90% des PVVIH traitées par ARV (ou 73% de l'ensemble des PVVIH estimées), grâce à la conjugaison de l'ensemble des mesures qui permettent une rétention durable des PVVIH traités par ARV dans les soins.

A la fin 2019, l'estimation du 3^{ème} 90 s'établissait à **45%** (18% chez les enfants de 0-14 ans, 42% chez les hommes et 47% chez les femmes).

Le PSN prévoyait que 86% des PVVIH traités par ARV bénéficieraient d'une CV et que 86% des PVVIH ayant débuté les ARV 12 mois auparavant seraient en suppression virale. En 2017, 2018 et 2019, ce taux est resté stable à 77% des PVVIH traités ayant bénéficié d'une CV en suppression virale.

Pour améliorer les performances de la rétention dans les soins, les défis suivants doivent être surmontés : (i) le passage à l'échelle de l'Education Thérapeutique des Patients (ETP), avec un effort particulier pour renforcer l'adhésion au traitement des enfants et adolescents, dans des sites de PEC adaptés et plus conviviaux ; (ii) le passage à l'échelle des approches différenciées de prise en charge thérapeutique en mobilisant massivement le secteur communautaire ; (iii) le passage à l'échelle du paquet de services de rétention dans les soins pour un succès thérapeutique durable des patients (à 12, 24 et 36 mois), par la mise en œuvre du guide de rétention dans les soins (recherche active des patients en retard ou PDV, renforcement du suivi des RDV des patients pour prévenir les retards et les PDV, etc.) ; (iv) la prise en compte des besoins spécifiques des patients dans les messages/conseils et le renforcement de la communication et la prise en compte dans les messages des dernières évidences scientifiques sur la maladie pour améliorer l'adhésion/observance au traitement (U=U).

D'importants efforts ont été réalisés dans le déploiement des plateformes de charge virale au niveau national (65% des régions disposent d'une plateforme de CV en 2019), le réseautage des sites de PEC autour de ces plateformes, le renforcement des capacités des prestataires de laboratoire et des prestataires cliniciens pour l'utilisation des résultats, et le renforcement de l'interface laboratoire/clinique (communication des résultats).

Néanmoins des défis demeurent : (i) un faible niveau de prescription de la charge virale par les prestataires de soins persiste ; (ii) un faible niveau de compréhension de l'intérêt de la charge virale par les PVVIH eux-mêmes ; (iii) l'absence d'un dispositif national de convoyage des échantillons vers les plateformes de mesure de la charge virale ; et (iv) des lourdeurs dans la transmission des résultats des laboratoires aux cliniciens grèvent les performances.

5.2.3 Principaux défis du traitement et de la rétention dans les soins

Thématiques	Principaux défis du traitement et de la rétention dans les soins
Lien au traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le lien entre les structures de santé du secteur public et les organisations à base communautaire - Intégration des services de dépistage et de prise en charge au niveau communautaire dans les OBC qui en ont la capacité - Prise en compte des spécificités du lien au traitement des populations clés
Traitement ARV adultes, adolescents et jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'intégration de la PEC adultes dans les structures privées - Renforcer la mise en œuvre de la directive de délégation encadrée des tâches de PEC ARV au personnel paramédical (encadrement de la mise en œuvre, disponibilité des RH paramédicale)

Traitement enfants	ARV	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la mise en œuvre de la directive sur l'intégration de la PEC adultes et de la PEC enfants dans les structures de PEC des PVVIH - Optimisation du traitement ARV chez les enfants - Mettre en œuvre le coaching sur site pour la PEC enfants - Renforcer la mise en œuvre de la directive de délégation encadrée des tâches de PEC ARV au personnel paramédical - Renforcer les liens avec les programmes OEV pour la rétention et la suppression de la CV
Comorbidités		<ul style="list-style-type: none"> - Passage à l'échelle du TPI
Rétention		<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la mise en œuvre de l'ETP dans les structures de PEC des PVVIH - Renforcer la mise en œuvre de la directive sur les soins différenciés en mobilisant massivement le secteur communautaire (suivi évaluation de la mise en œuvre, et potentiellement la mobilisation d'un financement suffisant) - Renforcer la mise en œuvre de la directive de délégation encadrée des tâches de PEC ARV au personnel paramédical
Suppression de la charge virale		<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prescription de la charge virale par les prestataires de soins conformément aux directives nationales - Renforcer la compréhension de l'intérêt de la charge virale par les PVVIH - Mettre en place un cadre national de convoyage des échantillons vers les plateformes de mesure de la charge virale - Supprimer les lourdeurs dans la transmission des résultats de charge virale des laboratoires aux cliniciens.

5.3 Soins et soutien des PVVIH/OEV

A travers l'impact 3, la mise en place d'un **système efficace de continuum de soins des PVVIH, des OEV et leurs familles pour une bonne qualité de vie**, s'articule sur : (i) le renforcement de l'observance au traitement des PVVIH sous TARV à travers le soutien psychologique, le soutien social et le soutien nutritionnel ; (ii) la protection des droits humains des PVVIH y compris les violences basées sur le genre ; et (iii) l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH ainsi que les OEV et leurs familles. Il recoupe en partie l'impact 2 puisque le renforcement de l'observance est une des stratégies qui concoure à la rétention dans les soins et la suppression de la charge virale.

5.3.1 Protection et soutien des PVVIH/OEV

Les réalisations en matière de soins et soutien aux PVVIH et OEV sont restées faibles par rapport aux besoins réels. En 2019, seulement 16%, 26%, 34% et moins de 1% des PVVIH ont bénéficié respectivement du soutien pour le renforcement économique, du soutien psychologique, du soutien social et du soutien spirituel. Seulement 32% des PVVIH et OEV en besoin ont bénéficié d'une PEC nutritionnelle.

Même si l'on a observé une amélioration, ou dans certains cas une stagnation, des réalisations pour certains services (renforcement économique, soutien social et PEC nutritionnelle), pour d'autres les réalisations sont en régression (soutien psychologique et spirituel) comparées aux années précédentes. Du point de vue du paquet de soins et soutien, les réalisations liées aux contenus du paquet sont également faibles, du fait d'une sous notification.

Les objectifs fixés ne sont pas atteints pour la presque totalité des services de soins et soutien de 2016 à 2019.

5.3.2 Lutte contre le stigma et la discrimination, promotion des droits humains et du genre

Plusieurs activités de promotion des droits, de plaidoyer et de renforcement des capacités ont été conduites pour rendre l'environnement légal et social favorable à la mise en œuvre des activités de prévention et de

prise en charge des PVVIH, des populations clés et vulnérables. Les réalisations concernent, notamment l'élaboration d'un plan quinquennal Droits humains VIH et Tuberculose, la mise en place d'une plateforme web de notification des cas de violence basées sur le genre et des minorités du fait de leur orientation sexuelle ou leur activité sexuelle (WWW.PROTECTIONPOURTOUS.CI); la formation de prestataires de santé, membres des forces de défenses et de sécurité, para-juristes, magistrats, journalistes et directeurs de publication ; la mise en place d'un pool d'avocats et psychologues ; le soutien à l'observatoire des droits humains. C'est ainsi que 61 PVVIH et 112 personnes issues des populations clés victimes d'atteintes à leurs droits ont bénéficié d'assistance juridique, dont 38 ont bénéficiés d'une assistance judiciaire.

Les obstacles à l'accès aux services VIH liés aux droits humains ont fait l'objet d'une attention accrue, après une évaluation de l'accès aux soins des PVVIH et des populations clés en 2017. En effet, il reste encore de nombreux défis, notamment la réduction de la stigmatisation et de la discrimination qui est encore élevée à (40,4% à l'égard des PVVIH selon l'index de la stigmatisation 2016) et des violations des droits humains des PS et HSH (raffles et violences policières). Deux études ont mis en lumière les obstacles liés aux droits humains qui entravent les services de lutte contre le VIH et la tuberculose. En 2017 et 2018, une évaluation de base a été réalisée avec le soutien du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme par le biais de son initiative " *Breaking Down Barriers* ". De même en 2018, une évaluation du cadre juridique de protection des droits en matière de VIH (LEA) en Côte d'Ivoire a été réalisée avec l'appui du PNUD. Ces évaluations ont identifié plusieurs obstacles tels : (i) des attitudes stigmatisantes et pratiques discriminatoires envers les PVVIH et les populations clés, au sein des familles, à l'école, dans le milieu médical, dans le cadre d'une pratique religieuse ; (ii) des connaissances insuffisantes du personnel du secteur de la santé dans les domaines des droits humains et de l'éthique médicale liés au VIH ; (iii) une absence de formation des agents des forces de l'ordre sur les droits des populations clés et les questions en rapport avec le VIH/sida ; (iv) une faible connaissance des populations clés sur leurs droits et les outils nécessaires à la défense de leurs droits ; (v) une persistance de plusieurs lois et politiques problématiques ; (vi) une inégalité de genre et un manque de programme spécifique aux personnes en situation d'handicap.

Le décret d'application de la loi n° 430 du 14 juillet 2014 portant régime de prévention, protection et répression en matière de VIH a été publié en 2018. Et elle contient des dispositions pouvant constituer des obstacles à l'accès aux services tels que les articles 4 (autorisation parentale nécessaire pour le dépistage des enfants de moins de 16 ans), 48 et 51 (criminalisation de la transmission du VIH).

Depuis décembre 2019, la Côte d'Ivoire s'est inscrite dans la dynamique du Partenariat Mondial d'action pour l'élimination de toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH, lancé en décembre 2018 par ONUSIDA, PNUD, ONU Femmes et GNP+ (Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH).

Les normes sexo-spécifiques néfastes, dont l'inégalité de statut entre hommes et femmes et certaines normes de masculinité affectent l'accès aux services. Selon l'EDS-MICS 2011-2012, dans 64.1% des cas, c'est le conjoint qui prend les décisions concernant les soins de santé de la femme (Entraves à l'accès à la PTME pour les couples mères-enfants) et on note la faiblesse de l'implication des hommes à l'offre de dépistage.

5.3.3 Principaux défis des soins et soutien des PVVIH

Thématiques	Principaux défis
Soins et soutien PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation des soins et soutiens aux différentes catégories de bénéficiaires et maintien de ces soins et soutiens dans le temps - Définition et mise en place d'un système de continuum de soins pour les PVVIH sous TARV dans et autour des structures de PEC - Capitalisation des acquis de la mise en œuvre des soins et soutien pour étendre l'offre des services, notamment dans les secteurs privés et communautaires - Prise en compte des interventions en milieu communautaire par un meilleur suivi et évaluation - Intégration des services de soins et soutien dans le continuum des soins

Soins et soutien aux OEV du fait de l'infection par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination du PSN OEV avec le PSN VIH sur la base de l'existence d'un système de soins et soutien aux OEV - Le renforcement du lien avec les programmes OEV pour la rétention et le soutien à l'observance -
Stigma discrimination	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés et des PVVIH par <ul style="list-style-type: none"> • L'amélioration de la compréhension des prestataires de santé et des forces de défense et de sécurité des questions de droits humains en lien avec le VIH et la TB ; • Le renforcement des interventions dans tous les Districts en vue de la réduction de la discrimination à l'égard des populations clés et les PVVIH
Promotion des droits humains et du genre	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des actions de plaidoyer en direction des législateurs, acteurs de justice, journalistes et directeurs de publication ; et les personnes en uniformes pour la mise en place d'un environnement favorable à la prise en charge des populations clés et des PVVIH - Renforcement de l'assistance juridique et judiciaires aux populations clés et PVVIH - Renforcement des connaissances des PVVIH et des populations clés sur leurs droits - Renforcement de la promotion de la loi VIH, réforme des articles inadaptés de cette loi, et réforme des autres lois et politiques punitives - Renforcement de l'outil de rapportage des cas de violences faites au PVVIH et aux populations clés

5.4 Gouvernance de la réponse

Dans le PSN 2016-2020, l'**impact 4** visait à obtenir une **gouvernance de la réponse nationale aux IST et au VIH/sida efficiente** est un axe transversal, mis en œuvre à partir de 06 résultats d'effet en lien avec : (i) la coordination et le leadership ; (ii) la mobilisation des ressources financières ; (iii) l'information stratégique et le suivi-évaluation ; (iv) la contribution communautaire ; (v) l'environnement socio-juridique et légal ; et (vi) la gestion des risques programmatiques et financiers.

5.4.1 Coordination et leadership de la réponse

La coordination et le leadership de la réponse est notamment évalué dans le PSN par la fonctionnalité des organes de coordination à travers la tenue des réunions statutaires chaque année.

5.4.1.1 Niveaux central et sectoriel

Ainsi la proportion des organes de coordination qui ont fonctionné normalement au niveau central a baissé de 61% en 2016 à 55% en 2017 et à 49% en 2018. En 2019, 68% des 49 organes incluant le CNLS, le CCLS, le CTLS et les comités sectoriels ont fonctionné comme prévu. Cette situation pourrait s'expliquer par un turnover important des Ministres du fait des remaniements. Il faut noter également une insuffisance dans la compréhension des rôles et des moyens alloués.

Concernant la coordination sectorielle (12 réunions par an), seulement 3% (en 2016) et 58% (en 2017, 2018 et 2019) des réunions prévues par an ont effectivement eu lieu entre le PNLS et les 3 secteurs de la lutte (public, privé et société civile). Près de la moitié des comités sectoriels (Ministères et Institutions de la République) n'ont pu tenir leurs réunions statutaires (4 par an).

Au sein de la société civile, la proportion de réunions statutaires (6 par an) tenues par la plateforme avec les réseaux et les faitières membres est restée stationnaire à 67% de 2016 à 2019.

5.4.1.2 Niveau décentralisé

Au niveau régional, 61% des organes de coordination étaient fonctionnels de 2016 à 2018 puis on observe une chute à 32% en 2019. Cette situation pourrait s'expliquer par un turn-over important des Préfets de Région du fait des mouvements administratifs. Il faut noter également une insuffisance dans la compréhension des rôles et des moyens alloués.

5.4.1.3 Niveau communautaire

Au niveau communautaire, l'organisation des OSC au sein d'une plateforme des OSC en santé doit permettre de renforcer le leadership des acteurs communautaires dans la réponse au VIH/sida.

En 2019, une analyse situationnelle de la contribution des OSC dans l'accélération de l'atteinte des cibles du 90-90-90 a permis de dégager les défis suivants en matière de coordination et leadership :

- L'absence quasi totale de coordination des interventions des OSC par les instances techniques du MSHP tant au niveau central que décentralisé ;
- Faible collaboration et complémentarité entre acteurs communautaires, et entre acteurs communautaires et formations sanitaires ;
- Absence d'un dispositif clair de coordination entre les OSC malgré l'existence des réseaux ; ■
Absence d'un dispositif clair de coordination entre les OSC et les formations sanitaires.

La mauvaise remontée des données communautaires dans le système d'information sanitaire ne permet pas de prendre en compte l'exhaustivité des données communautaires. Elle pourrait également s'expliquer par l'insuffisance de la coordination des activités communautaires par les districts sanitaires, par la faible couverture des interventions ainsi que le non-respect de la stratégie de la santé communautaire dans les procédures.

5.4.2 Information stratégique et suivi-évaluation

De 2016 à 2019, de nombreuses actions ont été prises pour générer de l'information stratégique pour la prise de décisions basée sur l'évidence. Il s'agit principalement :

- du renforcement de la coordination du suivi-évaluation : la proportion de réunions de coordination et GTT (Informations Stratégiques, Surveillance Epidémiologique, Informatique, coordination) planifiées réalisées atteint 81% en 2019
- de la disponibilisation de plusieurs outils primaires de collecte des données en routine au niveau périphérique
- de la mise en place de plusieurs logiciels de gestion des données (eSigl, SIGDEP2, DHIS2,...) : ex : le SIGDEP 2 a été installé au niveau de 447 centres de santé de prise en charge ayant une file active de plus de 100 PVIH traités par ARV.
- de la production annuelle régulière des estimations Spectrum et du rapport GAM sur la réponse nationale
- de la revue à mi-parcours du PSN 2016-2020 qui a abouti à l'élaboration du Plan opérationnel d'accélération 2019-2020 de la réponse nationale au VIH
- Du renforcement de la mise en œuvre de la situation room
- Conduite de revue la qualité des données de routine (DQA)

Malgré ces efforts, la revue programmatique de Février 2020 a mis en évidence les principales faiblesses suivantes :

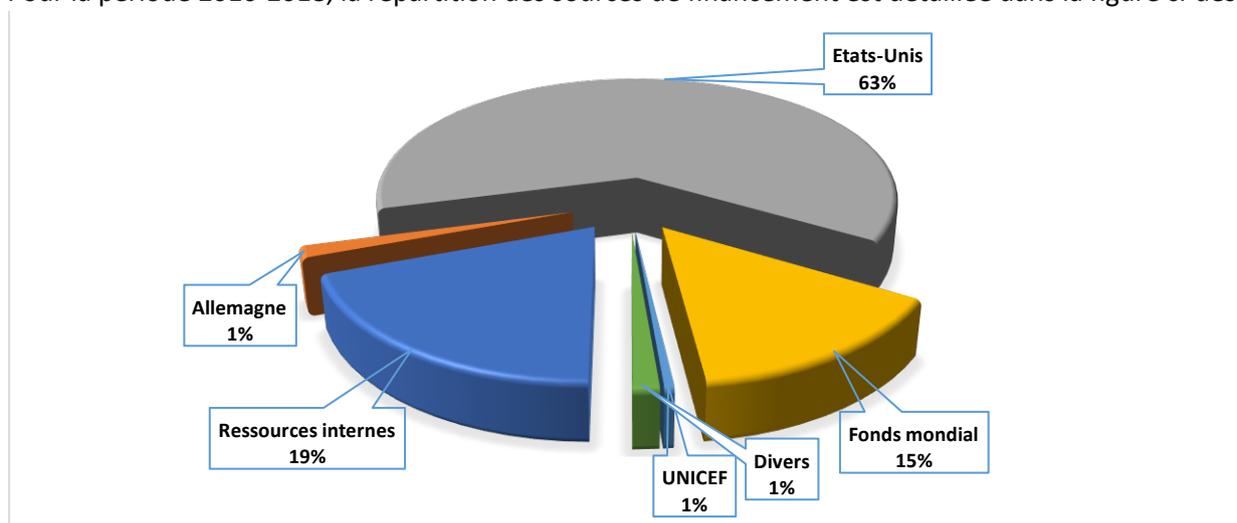
- Insuffisance du suivi de routine du programme sur les KPs (cartographie programmatique périodique ; estimation des tailles de population ; monitoring des données du programme ; dashboard des indicateurs clés ; études IBBS pour tous les sous-groupes de KP)
- Information stratégique produite peu diffusée pour une prise de décision basée sur les évidences
- Discordance entre les données transmises par les PMO à PEPFAR et les données collectées par le niveau national
- Insuffisance d'analyse des données produites à tous les niveaux de la pyramide
- Multiplicité des outils et des indicateurs sur les sites de prise en charge
- Mauvais remplissage des outils de collecte de données par les prestataires
- Insuffisance d'intégration des données communautaires et des données des CHU et Instituts dans DHIS2
- Insuffisance de traçabilité des données des ONG au niveau district
- Faible moyen de communication de routine entre les acteurs (flotte des CSE)
- Faible dynamisme de la coordination du Suivi-Evaluation (GTT)
- Insuffisance de rétro information au niveau périphérique des données collectée
- Insuffisance de ressources humaines affectées au suivi-évaluation
- Insuffisance de qualité des données produites à tous les niveaux :

En conclusion, l'insuffisance de qualité des données produites à tous les niveaux et la faible diffusion de l'information stratégique produite handicapent sérieusement la prise de décision basée sur des évidences.

5.4.3 Financement de la réponse

Selon les derniers comptes de santé de Côte d'Ivoire, trois principales sources financent la riposte au VIH : le Gouvernement Américain (PEPFAR), le Fonds Mondial et le budget de l'Etat. En moyenne, ces trois sources ont représenté 92% des dépenses totales liées au VIH/sida et aux IST de 2011 à 2018, en décroissance depuis 2016 (96% en 2016 ; 94% en 2017 et 85% en 2018). Le PEPFAR était la première source de financement (63% en moyenne de 2011 à 2018), le Fonds Mondial la 2^{ème} (16% en moyenne de 2011 à 2018) et l'Etat la 3^{ème} (13% en moyenne de 2011 à 2018). La contribution des ménages au financement total de la riposte a été estimée à 2% durant cette période.

Pour la période 2016-2018, la répartition des sources de financement est détaillée dans la figure ci-dessous.



Graphique 10 : Cadre de financement du VIH de 2016-2018

Les dépenses totales du VIH/sida ont représenté 78,6 milliards CFA en 2016, 95 milliards CFA en 2017 (59% USA, 19% Fonds Mondial & 15% budget Etat) et 115 milliards CFA en 2018 (56% USA, 19% Fonds Mondial & 10% budget Etat), soit 79,5%, 87% et 104,5% du coût estimé du PSN pour ces trois années respectivement.

Les financements du PEPFAR sont restés stables en valeur absolue de 2015 à 2018.

Domaines programmatiques	2017	2018
Prévention	65,3%	69,3%
Soins curatifs	25,8%	22,8%
ARV	14%	17,4%
Laboratoire	7%	5,2%
Salaires	7%	8,7%
Services non sanitaires (formation assistance technique et recherche opérationnelle)	55%	56%

Tableau 4 : Proportion des dépenses totales par domaine programmatique en 2018 et 2019 (Rapport Transition 2020)

Sur cette période, les ARV ont été supportés par les trois principales sources de financement (38% par les USA, 33% par le Fonds Mondial et 29% par le Budget de l'Etat). S'agissant des salaires, 59% ont été payés par le Budget de l'Etat, 32% par le Fonds Mondial et seulement 3% par le PEPFAR. Les services de laboratoire et d'imagerie ont été prioritairement financés par les USA (52) et le Budget de l'Etat (47%).

Au total, des efforts substantiels ont été fait pour une augmentation de la contribution de l'Administration publique entre 2017 et 2018 à près de +40% contre +8% entre 2016 et 2017. Les efforts des entreprises ne sont en revanche pas mesurables dans les comptes de financement de la santé, contrairement au cadre de financement de la lutte contre le Paludisme. Même constat pour les Ménages, dont la contribution est inférieure à 1% du total du financement de la lutte contre le VIH (0.8%). Enfin, le financement externe représente en cumul 80,6% des financements du VIH sur 2016-2018, mais il est très peu diversifié : les USA et le FM représentent à eux seuls 77,3% du total. Il y a donc nécessité d'augmenter les ressources internes, surtout pour un système de santé qui en a les potentialités.

5.4.4 Principaux défis de la gouvernance

Thématiques	Principaux défis
Coordination et Leadership	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement continu des Ministres, Présidents des institutions de la République et des Préfets de Région malgré les changements (remaniements et mouvements) - Prise en compte de la lutte sectorielle vis-à-vis du sida dans les budgets des Ministères, Institutions et Régions administratives - Maintien du VIH sur l'agenda politique
Information Stratégique et Suivi-Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du cadre institutionnel de S&E du VIH/sida - Amélioration des cadres de concertation pour le traitement et la gestion de l'information - Amélioration de la qualité des ressources humaines pour le suivi-évaluation - Amélioration de la qualité des données produites (absence de validation de données au niveau périphérique) - Amélioration de la complétude des données (données communautaire, structures privées) - Alignement des études et recherches avec celles planifiées dans le PSN - Renforcement des capacités matérielles des structures de S&E du VIH/sida - Renforcement de la surveillance comportementale et de la surveillance épidémiologique - Amélioration de la surveillance des résistances aux ARV

	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la surveillance de la toxicité des ARV - Renforcer la coordination des activités de suivi et évaluation à tous les niveaux et dans tous les secteurs - Maintenir une fonctionnalité optimale du dispositif et des mécanismes de suivi-évaluation (outils de collecte et logiciels) - Renforcer les mécanismes de contrôle de la qualité des données à tous les niveaux, avec un focus particulier sur le niveau périphérique - Renforcer l'utilisation de l'information pour la prise de décision à tous les niveaux - Mise en place de procédures standards pour la validation et l'analyse des données de routine au niveau décentralisé (régions sanitaires, districts sanitaires et centres de santé)
Financement de la riposte	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir l'effort de progression annuelle de la contribution de l'Administration publique dans le prochain PSN 2021-2025 - Augmenter l'efforts de contribution des « Ménages » à travers les Mutuelles de santé et la Couverture Maladie Universelle (CMU) dans une recherche d'une meilleure prise en charge et d'intégration des programmes - Contribution du secteur privé au financement du VIH doit être visible et plus substantiel

6 ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PSN 2021-2025

La vision de la riposte au VIH/sida en Côte d'Ivoire s'appuie sur des référentiels et les engagements internationaux du pays, ainsi que sur l'expérience acquise au plan national.

6.1 Vision et référentiels de la riposte nationale au VIH

La vision stratégique de la réponse nationale au VIH sur la période 2021-2025 s'inscrit dans la vision globale de la Côte d'Ivoire, qui est celle de « **mettre fin au sida comme menace pour la santé publique d'ici 2030**, en réduisant les nouvelles infections, les décès et la discrimination/stigmatisation liés au VIH ».



Cette vision s'aligne sur la perspective de renforcer la tendance baissière de l'épidémie d'ici 2025, et de faire du VIH/sida une maladie ordinaire, grâce à une stratégie nationale prenant en compte les grandes orientations internationales : Stratégie ONUSIDA 2016-2021 « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida » ; « Stratégie Mondiale du Secteur Santé sur le VIH 2016-2021 » de l'OMS ; Stratégie « En finir avec la TB » de Stop-TB Partnership ; « Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 » ; Stratégie OMS/UNICEF/ONUSIDA pour l'élimination de la TME du VIH ; Feuille de Route de la Coalition Mondiale pour la Prévention du VIH pour 2020 (ONUSIDA/UNFPA) ; Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH ; Directives de l'OMS sur le dépistage, les traitements, la prévention auprès des populations clés ; et Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017/2022 « Investir pour mettre fin aux épidémies ».

Cette vision pourra être atteinte par la mise en œuvre des engagements nationaux suivants :

- L'engagement du Président de la République de Côte d'Ivoire et du gouvernement, réaffirmé à l'occasion de la tenue du CNLS du 21 mars 2019 (présidée par le Vice-Président en présence du Premier Ministre) ;

- La volonté du Ministère de la Santé d'intégrer le VIH dans un paquet cohérent de services et dans le RSS à travers le PNDS 2016-2020 et sa déclinaison à venir pour la période 2021-2025 ;
- Le Programme national de développement (PND) de la Côte d'Ivoire pour la période 2016-2020 et sa déclinaison à venir pour la période 2021-2025, qui vise le renforcement du développement durable ;
- L'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières, ainsi que la recherche de solutions innovantes pour assurer la durabilité des financements.
- La pérennisation des ressources financières pour la lutte contre le sida

6.2 Principes directeurs

6.2.1 Renforcement du leadership national

L'engagement du plus haut niveau de l'Etat est un appui fondamental pour mobiliser les différents acteurs dans la mise en œuvre du PSN. Renforcer ce leadership passe par la tenue régulière des sessions du CNLS présidées par le Chef de l'Etat. Au plan régional, les CRLS doivent se réunir en sessions régionales sous la présidence des Préfets de région. La réponse au VIH, notamment dans ses dimensions droits humains et genre, doit être intégrée dans les politiques sectorielles, les plans, programmes et projets de développement afin de renforcer ce leadership, ainsi que la cohérence des politiques publiques. Un effort particulier doit être investi dans la mobilisation des responsables de collectivités territoriales et du secteur privé, afin d'inscrire la réponse au VIH dans les priorités et allouer les ressources correspondantes.

6.2.2 Promouvoir des services de qualité, cohérents et adaptés

Les interventions de prévention proposées doivent prendre en compte les spécificités des groupes cibles, des zones et des acteurs de mise en œuvre prévus. Il faut s'assurer que les interventions proposées sont à la fois cohérentes, complètes, fondées sur l'évidence et prennent en compte les recommandations internationales (référentiels OMS et Coalition Mondiale pour la Prévention notamment). Il convient également qu'elles soient déployées à l'échelle suffisante et que personne ne soit oublié dans la riposte. Pour les populations clés et vulnérables par exemple, le paquet de services de prévention combinée du VIH doit tout à la fois être spécifique (par exemple RdR pour les UD) et accessible au plus grand nombre, à travers des approches différenciées et en mettant à profit toutes les technologies d'information et de communication. Pour les adolescent-e-s et jeunes, des stratégies de prévention adaptées seront activement promues.

L'accès à des services de dépistage et de prise en charge de qualité doit être amélioré dans les formations sanitaires et en milieu communautaire, en particulier chez les enfants. La décentralisation des services et l'inclusion large des formations sanitaires privées, confessionnelles et communautaires doivent permettre d'augmenter rapidement l'offre et la couverture dans ces domaines. La démedicalisation de la prise en charge accompagnera les acteurs communautaires afin qu'ils contribuent à améliorer l'accès au dépistage, aux soins et à un traitement de qualité.

6.2.3 Approche centrée sur les bénéficiaires

La promotion des approches différenciées de services de dépistage et de prise en charge sera au centre de la mise en œuvre de ce PSN. Le renforcement du système de santé communautaire permettra d'appuyer des acteurs communautaires en matière de dépistage et prise en charge. La mise en œuvre du plan de développement de la santé communautaire contribuera également à renforcer cet effort.

Pour atteindre les résultats fixés en matière de dépistage, de traitement et de rétention dans les soins, il faut en effet déployer une ingénierie qui permette de toucher les populations plus difficiles d'accès. Qu'il s'agisse des populations clés et vulnérables, des adolescents et jeunes, des enfants ou des hommes adultes, les

approches différenciées de services de dépistage, prise en charge, et soutien s'imposent, afin d'orienter les interventions les plus adaptées mais aussi les ressources suffisantes vers ces différents types de bénéficiaires.

6.2.4 Promotion du genre et des droits humains dans la réponse à l'épidémie

La prise en compte du genre et des droits humains dans la riposte au VIH est une exigence pour réduire les inégalités et parvenir à un accès aux services équitable. Permettre aux PVVIH et aux populations les plus exposées d'être parties prenantes des décisions et de la coordination de la réponse est un premier versant de cet engagement. L'application des textes assurant la protection des droits des PVVIH et des populations vulnérables, mais aussi leur respect et la défense de ces droits, doivent permettre de réduire la stigmatisation et la discrimination en créant un environnement favorable à la levée des obstacles qui freinent l'accès aux services de prévention et de prise en charge. Une communication large visant le grand public et ses différentes composantes (déclinaisons par tranches d'âge, milieux sociaux, régions, etc.) est enfin indispensable pour faire changer durablement l'image du VIH dans la population ivoirienne et en imposer la dimension ordinaire de maladie chronique facilement maîtrisable.

6.2.5 Renforcement de la collaboration entre toutes les parties prenantes

Depuis plus de 20 ans, l'approche multisectorielle a permis d'atteindre des résultats significatifs. Renforcer cette multisectorialité restera un principe directeur de la riposte au VIH, en investissant prioritairement dans une collaboration active et respectueuse avec le monde associatif et communautaire. En effet, le chemin qui reste à faire pour atteindre les objectifs de 2030 ne sera possible qu'avec le support des acteurs communautaires dans la prévention comme dans la prise en charge globale du VIH. L'engagement communautaire constitue dès lors un enjeu prioritaire du PSN, à travers des modalités de collaborations renouvelées avec les secteurs public et privé de la santé.

6.2.6 Efficience et gestion axée sur les résultats

La recherche de l'efficience et du coût-efficacité a guidé le choix des interventions proposées dans les différents produits priorisés dans le cadre de résultat de ce PSN. La planification de ce PSN a été guidée par le principe de la gestion axée sur les résultats, lequel a été adopté par toutes les parties prenantes incluses dans le processus de son développement.

Pour une responsabilité accrue des différentes parties prenantes, le plan de suivi-évaluation élaboré pour ce PSN, dont le cadre de performance est présenté plus bas, servira de base pour la redevabilité des acteurs engagés dans la riposte au VIH. Afin qu'ils rendent compte de leurs performances, aussi bien programmatiques que financières, de façon transparente et régulière.

6.2.7 Pérennisation des acquis

La mobilisation de ressources domestiques, notamment la contribution du budget de l'Etat qui s'est accrue ces dernières années, a conduit à des résultats encourageants dans la mise en œuvre des précédents PSN. La progression attendue en termes de dépistage, couverture en traitement et rétention dans les soins nécessite une progression continue de la mobilisation des ressources endogènes, en provenance du budget de l'Etat, à travers l'engagement des collectivités territoriales, du secteur privé, mais aussi par une intégration des dépenses de santé liées au VIH dans le panier de soins de la CMU. Un meilleur financement est notamment attendu pour le système de suivi évaluation et la production des données de qualité, la documentation des bonnes pratiques et des succès à tous les niveaux.

6.2.8 Sortir le VIH de son isolement

Sortir le VIH de son isolement consiste enfin à capitaliser les acquis de la riposte au VIH (engagement communautaire, rôle clés des bénéficiaires, respect des droits des personnes atteintes, approches différenciées de services, etc.), en les intégrant dans la riposte aux autres maladies prioritaires ou maladies non transmissibles (paquets de services intégrés multimaladies). Mais il s'agit tout autant de mutualiser les

efforts et rationaliser les coûts dans ces différentes ripostes, pour faire face à la réduction des ressources pour la riposte au VIH/sida. Et enfin de contribuer à asseoir le VIH comme une maladie chronique ordinaire aisément maîtrisable.

6.3 Principes de priorisation appliqués dans l'élaboration du PSN

Les principes retenus pour la priorisation des interventions dans le PSN 2021-2025 ont été les suivants :

- L'identification des populations prioritaires pour les interventions de prévention, dépistage, prise en charge et soutien (populations clés et vulnérables, adolescent(e)s et jeunes, femmes enceintes, PVVIH) ;
- L'identification de domaines prioritaires d'intervention (eTME, traitement ARV, etc.) ; ■
 - L'application de critères de priorisation géographique :
 - à chaque population clé (PS, HSH, UD, Population carcérale) ou vulnérables retenus (enfants 0-14 ans, Adolescent(e)s 15-19 ans, jeunes femmes 20-24 ans) ;
 - aux domaines programmatique suivants : prévention, eTME, dépistage, traitement ARV, soins, soutien et rétention dans les soins ;
 - L'utilisation de l'ancien découpage sanitaire de 86 districts sanitaires pour des raisons de faisabilité.
- L'efficacité attendue et/ou observée des stratégies et interventions proposées ; leur impact sur l'atteinte des performances attendues ; leur faisabilité et leur efficience (fondée notamment sur des études et modélisation de l'épidémie) ;

La combinaison des critères de priorisation géographiques (Districts Sanitaires et/ou villes), épidémiologiques (prévalence par âge, sexe, par DS et KPs ; incidence par âge, sexe, par DS et KPs) et programmatiques (besoins non couverts en dépistage et traitement - cascade 1er 90 et 2ème 90, besoins non couverts en PTME) a permis de proposer le tableau synthétique suivant.

Domaine	Pop clés et vulnérables	Critères de priorisation	Nbre de DS
NA	PS	<ul style="list-style-type: none"> - Taille de la population des PS par district - Prise en compte des DS où des études ont eu lieu (IBBSS, PLACE, SHARM, etc.) - Villes principales et secondaires sur les axes de voyage (Abidjan pays du Nord ; Abidjan-Lagos ; Abidjan Ouest et Sud-Ouest) - Villes qui abritent des activités économiques attrayantes - Villes frontalières qui favorisent les échanges commerciaux intenses. 	67
	HSH	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les villes où des études et/ou des estimations de taille ont été conduites ; - Les districts ayant des interventions en cours - Les districts ayant rapporté des données de prévention et/ou de dépistage en 2019 (pour éviter de mettre des ressources là il y a peu ou pas de HSH). 	59
	Transgenres	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'un paquet de services de prévention adapté à leurs besoins - Estimations à conduire 	A préciser

	UD	<ul style="list-style-type: none"> - Reconstitution systématique des zones d'interventions en cours y compris les districts dans lesquels des études ont eu lieu dans les 5 dernières années - Ajout de 6 nouveaux districts aux 16 en cours 	22
	Populations carcérales	- Toutes les Maisons d'Arrêt et de Correction (MAC) de la Côte d'Ivoire	35
Prévention	Adolescentes 15-19 ans	- Incidence jeunes femmes 15-19 > 0,6 p. 1000	36
	Jeunes femmes 15-24 ans	- [Incidence jeunes femmes 15-19 > 0,6 p. 1000] et [Incidence jeunes femmes 20-24 > 1,10 p. 1000]	
eTME	Couple mère-enfant	- [80% Nouvelles Infections chez les enfants] + [81% GAP national de couverture ARV chez les FE+] + [80% des FE+]	47
Dépistage	Tous les PVVIH	- [80% du gap national sur le 1 ^{er} 90] + [80% Nouvelles infections] + [80% des PVVIH]	28
Traitement ARV	Tous les PVVIH	- [80% du gap national sur le 2 ^{ème} 90]	36
Rétention et soutien	Tous les PVVIH	- [80% du gap national sur le 3 ^{ème} 90]	28

Tableau XX : Critères de priorisation géographique par domaines et populations (PNLS, 2020)

Une sélection attentive de l'ensemble des stratégies proposées et des interventions / activités qui vont avec a été réalisée en utilisant les critères de priorisation ci-dessus détaillés.

6.4 Cadre des résultats

L'énoncé des 4 résultats d'impact attendus d'ici 2025 est le suivant :

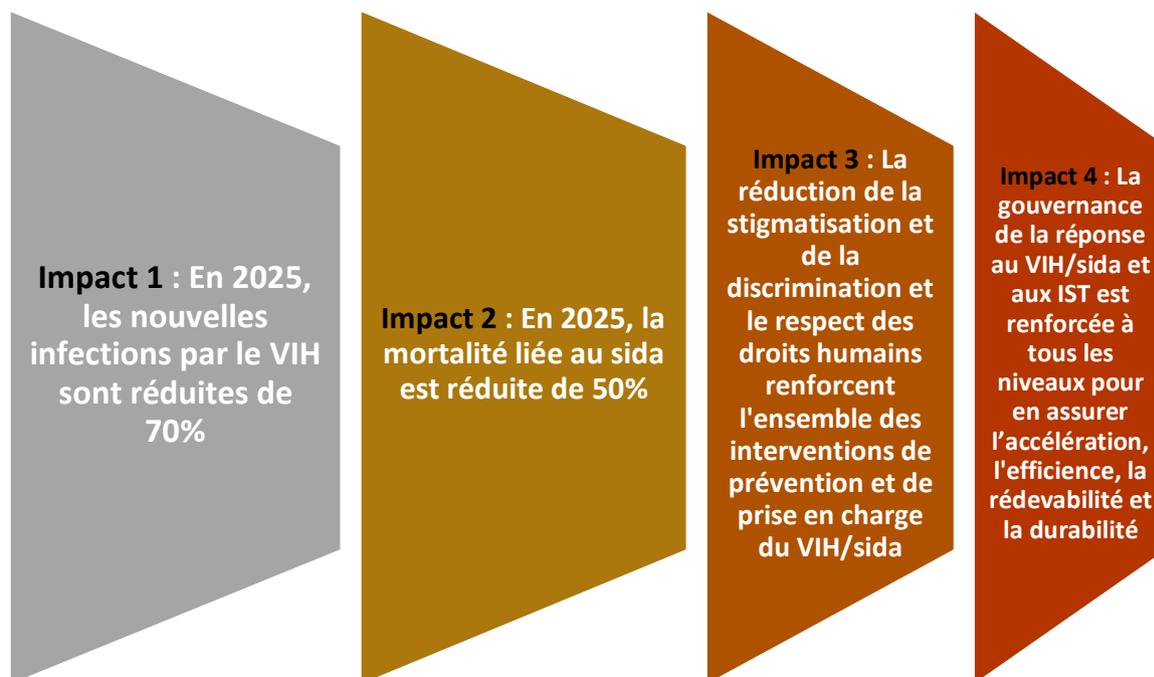


Figure 1 : Impacts du PSN 2021-2025

6.4.1 Impact 1 : En 2025, les nouvelles infections à VIH sont réduites de 70%

L'**impact 1** vise à réduire les nouvelles infections de 70% d'ici fin 2025 (en prenant comme année de base 2019). Cela passe par un travail de prévention soigneusement adapté aux cibles et passé à l'échelle dans une proportion massive. Cela implique une contribution capitale des acteurs communautaires et de leurs capacités d'innovation sociale, aux côtés des acteurs du secteur public de la santé :

- La **prévention combinée** sera renforcée avec l'appui des acteurs communautaires pour atteindre 95% des **TS, HSH, Transgenres, UDI, et détenus**, selon des approches de services différenciées en fonction notamment des facteurs de risques et vulnérabilités différents au sein même d'un sous-groupe de population clé, en incluant la population des transgenres et en passant la PrEP à l'échelle.
- Avec la contribution des acteurs communautaires, des approches différenciées de prévention seront développées au bénéfice de 90% des **femmes et hommes issues des autres populations vulnérables** (personnes en uniforme, routiers, migrants, clients de TS, orpailleurs, personnes en situation d'handicap). Ceux atteints d'IST bénéficieront d'une prise en charge gratuite, comme les victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou AELB (exposition en milieu de soins ou exposition sexuelle, y compris les viols) d'une Prophylaxie Post-Exposition, selon les directives nationales.
- L'offre de service adaptée de prévention permettra à 70% des **adolescent(e)s et jeunes de 15-24 ans** de disposer de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et à 100% de jeunes et adolescents présentant une IST de bénéficier d'une prise en charge gratuite, particulièrement dans les districts prioritaires, selon des approches différenciées et avec l'appui des acteurs communautaires.
- **L'utilisation systématique du préservatif** lors des rapports sexuels à risque sera effective chez 90% de personnes sexuellement actives, grâce à la promotion de l'usage du préservatif, à la couverture à 100% des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants dans une approche de marché total, et à un accès aux préservatifs et gels lubrifiants pour 100% des adultes, des jeunes et des adolescents.
- Enfin, **l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant** sera validée avec l'appui des acteurs communautaires, à travers la mise en place du processus de certification de l'eTME d'ici fin 2021, la sensibilisation sur la PTME et le dépistage du VIH, syphilis et hépatites de 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNI/SSR, le dépistage du VIH chez 95% des femmes enceintes attendues en CPN1 précoce, la rétention dans les soins d'au moins 95% des couples mère-enfant jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé, l'accouchement de 100% des FVVIH enceintes dans un établissement sanitaire, la prophylaxie ARV pour les enfants exposés dans les 72 heures suivant l'accouchement, le dépistage précoce et la prophylaxie au CTX d'au moins 95% des enfants exposés, ainsi que l'offre d'une méthode de contraception moderne à 100% des FVVIH en âge de procréer reçues dans les services de SMNI/SRR (publics, privés, confessionnels ou communautaires).

6.4.1.1 Effet 1.1 : En 2025, 95% des populations clés et vulnérables (PS, HSH, Transgenres, UDI, et détenus) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées

A travers 6 produits, l'effet 1.1 développera l'ensemble des approches de prévention spécifiques aux populations clés, à travers la promotion d'un paquet de services de prévention combinée cohérent et complet. Il inclura dans ses cibles la population des transgenres, jusqu'alors non prise en compte. Un accent particulier sera mis à la mise en œuvre d'un programme national de RdR complet au profit des usagers de drogues. La PrEP sera passée à l'échelle comme outil de prévention supplémentaire pour les personnes désirant en bénéficier. Les approches différenciées de services seront privilégiées pour pouvoir aller au-devant de ces populations difficiles d'accès, grâce à la contribution décisive des acteurs communautaires spécialisés.

6.4.1.2 Effet 1.2 : En 2025, les approches différenciées de prévention sont développées au bénéfice des femmes et des hommes issues des autres populations vulnérables avec la contribution des acteurs communautaires

A travers 4 produits, l'effet 1.2 développera l'ensemble des approches de prévention spécifiques aux populations vulnérables, à travers la promotion de services de prévention adaptés à leurs besoins. Il ciblera les clients des TS (incluant les orpailleurs et les routiers), les personnes en uniforme et les personnes en situation d'handicap. Les personnes souffrant d'IST bénéficieront d'une prise en charge gratuite selon les directives nationales. Enfin, les personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques (AELB), par exposition en milieu de soins ou exposition sexuelle (y compris les agressions sexuelles) bénéficieront dans les centres de santé d'une Prophylaxie Post-Exposition (PPE) selon les directives nationales.

6.4.1.3 Effet 1.3 : En 2025, les adolescent(e)s et les jeunes de 15-24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et bénéficient d'une offre de service adaptée de prévention

A travers 2 produits, l'effet 1.3 développera les approches de prévention spécifiques aux adolescent(e)s et les jeunes de 15-24 ans, à travers un paquet de prévention spécifique selon des approches différenciées et avec l'appui des acteurs communautaires et du milieu éducatif. Ces interventions cibleront 70% des adolescent(e)s et jeunes de 15-24 ans à travers la CCSC et l'éducation sexuelle complète en milieu scolaire. Dans les districts prioritaires ce taux sera porté à 100%. L'offre des services de SSR, y compris la PEC gratuite des IST sera renforcée dans les établissements de santé et les structures socio-éducatives adaptés aux adolescent(e)s et jeunes où ils pourront bénéficier d'une information sur le port correct du préservatif et d'une distribution gratuite des préservatifs et gels lubrifiants.

6.4.1.4 Effet 1.4 : D'ici 2025, 90% des populations sexuellement actives utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risque

A travers 3 produits, l'effet 1.4 développera la promotion de l'usage du préservatif et du gel lubrifiant à base d'eau auprès des populations sexuellement actives, notamment par l'intensification d'une communication visant à déconstruire les préjugés négatifs liés aux préservatifs et par la promotion de leur utilisation correcte et systématique lors des rapports sexuels à risque.

Il s'agira d'assurer 100% de couverture des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants dans une approche de marché total, dépassant les limites du marketing social, par une meilleure coordination et un meilleur suivi de la mise en œuvre des interventions. Il s'agit de fournir un accès continu et suffisant en préservatifs et gels lubrifiants pour 100% des adultes, des jeunes et des adolescent(e)s, par l'accroissement du réseau de distribution et des points de vente, mais aussi la distribution gratuite des préservatifs et gels lubrifiants aux populations clés et vulnérables.

6.4.1.5 Effet 1.5 : D'ici 2025, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est validée avec l'appui des acteurs communautaires

A travers 7 produits, l'effet 1.5 vise à aboutir à la certification de la Côte d'Ivoire en matière d'élimination de la TME d'ici 2025. Cela nécessite de mettre en place de façon formelle le processus de certification de l'eTME d'ici fin 2021. La sensibilisation des femmes qui fréquentent les services de SMNI/SSR sur la PTME et le dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites virales devra être systématique pour toutes les femmes, de même que leur dépistage en CPN-1. Toutes les FVVIH enceintes bénéficieront de soins dans un établissement sanitaire, pour l'accouchement, pour la prophylaxie ARV des enfants exposés dans les 72 heures suivant l'accouchement et pour le dépistage précoce selon les directives PTME en vigueur et d'une prophylaxie au cotrimoxazole (CTX).

Les stratégies mises en œuvre avec le soutien communautaire viseront à ce qu'au moins 95% des couples mère-enfant soient retenus dans les soins jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé. Enfin, en matière d'accès à la SSR, les efforts porteront sur une offre de méthode de contraception

moderne à 100% des FVVIH en âge de procréer reçues dans les services de SMNI/SRR (publics, privés, confessionnels ou communautaires).

6.4.1.6 Détail des effets et produits de l'impact 1

EFFETS	PRODUITS
Effet 1.1 : En 2025, 95% des populations clés (TS, HSH, Transgenre, UD et détenus) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées	Produit 1.1.1 : 95% des TS bénéficient du paquet de service de prévention combinée selon les normes nationales
	Produit 1.1.2 : 95% des HSH bénéficient du paquet de service de prévention combinée selon les normes nationales
	Produit 1.1.3 : 95% des Transgenres bénéficient du paquet de service de prévention combinée selon les normes nationales
	Produit 1.1.4 : 95% des UD utilisent les services de réduction des risques adaptés à leurs besoins selon les directives nationales
	Produit 1.1.5 : 90% des détenus bénéficient d'un paquet de services de prévention adapté à leurs besoins, selon les directives nationales
	Produit 1.1.6 : 10% des TS et 20% des HSH y compris les transgenres bénéficient d'une PrEP adaptée à leurs besoins
Effet 1.2 : En 2025, les approches différenciées de prévention sont développées au bénéfice des femmes et des hommes issues des autres populations vulnérables avec la contribution des acteurs communautaires	Produit 1.2.1 : 90% des autres populations vulnérables (clients de TS, personnes en situation d'handicap, personnes en uniforme) bénéficient de services de prévention adaptés à leurs besoins
	Produit 1.2.2 : 90% de hommes et des femmes issues des populations vulnérables qui souffrent d'une IST bénéficient d'une prise en charge gratuite selon les directives nationales
	Produit 1.2.3 : 100% des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou AELB (victimes d'exposition en milieu de soins, victimes d'exposition sexuelle y compris le viol) reçues dans les centres de santé bénéficient d'une Prophylaxie Post-Exposition (PPE) selon les directives nationales
Effet 1.3 : En 2025, les adolescent(e)s et jeunes 15-24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et bénéficient d'une offre de service de prévention adaptée	Produit 1.3.1 : 70% de jeunes et adolescent(e)s de 15-24 ans dont 100% dans les districts prioritaires bénéficient d'un paquet de prévention combinée selon des approches différenciées et avec l'appui des acteurs communautaires
	Produit 1.3.2 : 100% de jeunes et adolescents présentant une IST reçus dans les centres de santé dédiés bénéficient d'une prise en charge gratuite
Effet 1.4 : D'ici 2025, 90% des populations sexuellement actives utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risque	Produit 1.4.1 : La promotion de l'usage du préservatif est assurée auprès des populations sexuellement actives
	Produit 1.4.2 : La couverture des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants est assurée à 100% dans une approche de marché total
	Produit 1.4.3 : 100% des adultes, des jeunes et des adolescents ont accès aux préservatifs et gels lubrifiants
	Produit 1.5.1 : Le processus de certification de l'eTME est mis en place et fonctionnel d'ici fin 2021
EFFETS	PRODUITS
Effet 1.5 : D'ici 2025, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est validée avec l'appui des acteurs communautaires	Produit 1.5.2 : 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNI/SSR sont sensibilisées sur la PTME et le dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites
	Produit 1.5.3 : Au moins 95% des femmes enceintes attendues sont dépistées et reçoivent les résultats en CPN précoce (1 ^{er} trimestre de la grossesse)
	Produit 1.5.4 : Au moins 95% des couples mère-enfant sont retenus dans les soins jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé
	Produit 1.5.5 : 100% des femmes enceintes séropositives ayant accouché bénéficient de soins dans un établissement sanitaire, y compris la prophylaxie ARV pour les enfants exposés dans les 72 heures suivant l'accouchement
	Produit 1.5.6 : Au moins 95% des enfants exposés bénéficient concomitamment d'un dépistage précoce selon les directives PTME en vigueur et d'une prophylaxie au cotrimoxazole (CTX)
	Produit 1.5.7 : 100% des femmes vivant avec le VIH en âge de procréer reçues dans les services de SMNI/SRR (publics, privés, confessionnels ou communautaires) bénéficient d'une offre de méthode de contraception moderne

6.4.2 Impact 2 : En 2025, la mortalité liée au VIH est réduite de 50%

L'impact 2 vise à réduire la mortalité liée au VIH de 50% d'ici fin 2025. Cela passe par un renforcement du dépistage, à la fois plus ciblé et plus efficace, à travers des approches différenciées de dépistage qui ont fait leurs preuves. Les PVVIH nouvellement dépistées seront activement accompagnées dans les soins avec le concours des acteurs communautaires, pour garantir l'absence de déperdition à cette étape du lien au traitement. Les patients bénéficieront d'un traitement ARV adapté, d'un suivi clinique et biologique conforme aux directives nationales, ainsi que d'un dépistage et du traitement (prophylactique ou curatif) des comorbidités liées au VIH. Ils seront encouragés à rester dans les soins et à observer correctement leur traitement ARV, et bénéficieront d'une charge virale régulière pour vérifier la suppression virale durable.

6.4.2.1 Effet 2.1 : En 2025, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH, grâce à la mobilisation communautaire et au passage à l'échelle des approches différenciées de services

A travers 6 produits, l'effet 2.1 entend porter le pourcentage des PVVIH qui connaissent leur statut à 95% d'ici fin 2025. Dans les populations clés et vulnérables, le dépistage ciblé sera renforcé grâce à la participation active des acteurs communautaires, à travers toutes les approches différenciées appropriées, en privilégiant celles qui sont médiées par les pair-éducateurs, notamment la promotion des autotests. Pour les moins de 15 ans, l'intensification du dépistage portera sur l'approche famille / index-testing, le dépistage aux différentes portes d'entrée pédiatriques du système de santé et le dépistage communautaire des enfants vulnérables. Pour les adolescent(e)s et jeunes, le développement d'approches innovantes dans le dépistage ciblant les plus vulnérables, la promotion du dépistage dans les services de SSR et structures socio-éducatives adaptés aux adolescent(e)s et jeunes et l'accent particulier sur les districts prioritaires de la prévention permettront de passer à l'échelle le dépistage communautaire et dans les centres de santé publics et privés dans cette tranche d'âge. Concernant les adultes, CDV et CDIP seront renforcés, de même que le dépistage des conjoints des femmes enceintes/allaitantes, à travers des approches différenciées de service (indextesting, autotest, consultations multi-maladies). Enfin, une approche qualité du dépistage sera systématiquement couplée à toutes les interventions.

6.4.2.2 Effet 2.2 : En 2025, 95% des PVVIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral conforme aux directives nationales, avec la contribution active des acteurs communautaires

A travers 6 produits, l'effet 2.2 permettra à 95% des adultes, des enfants, des adolescent(e)s et jeunes vivant avec le VIH nouvellement dépistés d'être amenés dans les soins et traités par ARV. Ces PVVIH bénéficieront d'un suivi clinique et biologique selon les directives nationales. Dans une approche intégrée de services, ils bénéficieront d'une prévention adaptée des comorbidités liées au VIH (maladies métaboliques notamment, vaccination hépatite B, etc.), d'un dépistage actif de ces comorbidités (hépatites B et C, cancer du col utérin, diabète et autres maladies métaboliques, hypertension artérielle, insuffisance rénale, cryptocoque) ainsi que de leur traitement. Un accent particulier sera mis sur la tuberculose, avec la promotion du traitement préventif (par l'isoniazide) et le traitement antituberculeux des cas de coinfection.

6.4.2.3 Effet 2.3 : En 2025, 95% des PVVIH traités par ARV depuis au moins 12 mois ont une charge virale indétectable, avec la contribution active des acteurs communautaires et grâce au passage à l'échelle des approches différenciées de services

A travers 4 produits, l'effet 2.3 conduira 95% des PVVIH traitées vers une suppression virale durable, à travers une bonne rétention dans les soins et une bonne observance du traitement ARV. La contribution active des acteurs communautaires et la mise en œuvre d'approches différenciées de services pour la prise en charge et la rétention dans les soins seront essentiels, de même que l'adaptation de cette offre de service aux tranches d'âge des bénéficiaires (enfant, adolescent(e)s et jeunes). Enfin, l'accès à la charge virale selon les directives nationales sera garanti pour toutes les personnes traitées.

6.4.2.4 Détail des effets et produits de l'impact 2

EFFETS	PRODUITS
--------	----------

Effet 2.1 : En 2025, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH, grâce à la mobilisation communautaire et au passage à l'échelle des approches différenciées de services	Produit 2.1.1 : 95% des PVVIH issues des populations clés (TS, HSH, Transgenres, UD/UDI et détenus) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut avec la contribution active des acteurs communautaires
	Produit 2.1.2 : 95% des PVVIH issues des populations vulnérables (clients des TS, personnes en situation de handicap, migrants, routiers, orpailleurs, personnes en uniforme) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut avec la contribution active des acteurs communautaires
	Produit 2.1.3 : 95% des enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec la contribution active des acteurs communautaires
	Produit 2.1.4 : 95% des adolescents et jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec la contribution active des acteurs communautaires
	Produit 2.1.5 : 95% des PVVIH de la population générale adulte sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec la contribution active des acteurs communautaires
	Produit 2.1.6 : 100% des points d'offre de dépistage offrent des services de qualité de façon continue
Effet 2.2 : En 2025, 95% des PVVIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral conforme aux directives nationales, avec la contribution active des acteurs communautaires	Produit 2.2.1 : 100% des PVVIH nouvellement dépistés démarrent un traitement ARV adapté, avec l'appui des acteurs communautaires
	Produit 2.2.2 : 95% des PVVIH adultes bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales
	Produit 2.2.3 : 95% des enfants adolescents et jeunes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales
	Produit 2.2.4 : 100% des PVVIH sous traitement ARV bénéficient du suivi clinique et biologique selon les directives nationales
	Produit 2.2.5 : 100% des PVVIH bénéficient d'une recherche active de la tuberculose ; 80% des patients Indemmes de la TB bénéficient d'un traitement préventif à l'INH (TPI) et 100M des PVVIH chez qui la tuberculose a été diagnostiquée d'un traitement curatif de la TB
	Produit 2.2.6 : 100% des PVVIH bénéficient d'un dépistage et d'un traitement intégré des comorbidités du VIH autre que la tuberculose (hépatites B et C, cryptocoque, cancer du col utérin, diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale)
Effet 2.3 : En 2025, 95% des PVVIH traités par ARV depuis au moins 12 mois ont une charge virale indétectable, avec la contribution active des acteurs communautaires et au passage à l'échelle des approches différenciées de services	Produit 2.3.1 : 95% des PVVIH adultes traités par ARV sont durablement maintenus dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois, etc.) et sont observants au traitement ARV grâce aux soins et soutiens (SPDP, SPDP, soins palliatifs, prévention secondaire du cancer du col) avec la contribution active des acteurs communautaires
	Produit 2.3.2 : 95% des PVVIH adolescents et enfants (y compris les OEV) traités par ARV sont durablement maintenus dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois) et sont observants au traitement ARV grâce aux soins et soutiens (SPDP, soins palliatifs, prévention primaire du cancer du col de l'utérus) avec la contribution active des acteurs communautaires
	Produit 2.3.3 : 90% des PVVIH traités par ARV avec succès bénéficient des approches différenciées de prise en charge
	Produit 2.3.4 : 100% des PVVIH traités par ARV (adultes, enfants et adolescents) bénéficient de la mesure de la charge virale VIH, selon les directives nationales

6.4.3 Impact 3 : La réduction de la stigmatisation et de la discrimination et le respect des droits humains renforcent l'ensemble des interventions de prévention et de prise en charge du VIH/sida

Dans l'impact 3, les efforts pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que le respect des droits humains doivent renforcer les interventions de prévention et de prise en charge du VIH/sida. Il s'agit de favoriser l'émergence d'un environnement social et juridique protecteur vis-à-vis des PVVIH et des populations vulnérables, en milieu de soins comme ailleurs dans la société. Il s'agit également de permettre aux PVVIH et populations clés de bénéficier d'un soutien juridique et judiciaire dans le cadre du respect de leurs droits humains. Les efforts pour aligner les politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et la lutte contre les violences basées sur le genre réduira l'impact du VIH parmi les femmes et les jeunes-filles, à travers des programmes de prévention et de prise en charge du VIH prenant en compte la notion de l'équité et du genre et l'assistance juridique et judiciaire pour tous les cas de VBG.

6.4.3.1 Effet 3.1 : En 2025 l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination

A travers 3 produits, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers les PVVIH et les populations clés doit commencer par les établissements de santé, en intégrant les liens entre VIH, TB et droits humains dans la formation initiale des professionnels de santé, ainsi qu'en renforçant les capacités de ceux

qui sont déjà actifs. Le mécanisme national de surveillance communautaire sur la santé doit permettre de suivre la qualité et l'offre de service à l'endroit des PVVIH et des populations clés. Rendre l'environnement favorable (y compris le plaidoyer pour la révision des politiques et lois qui entravent l'accès des populations vulnérables aux services de prévention et de prise en charge VIH) à l'accès des PVVIH, populations clés et autres populations vulnérables aux services de prévention et de prise en charge du VIH passera par une mobilisation des législateurs, leaders d'opinion et leaders communautaires, acteurs clés sur les droits humains, professionnels des forces de l'ordre et du parcours de justice pour l'application des lois et textes correspondants. Enfin, un soutien juridique et judiciaire dans le cadre du respect des droits humains des PVVIH et populations clés doit être proposé et mis à disposition de tous les bénéficiaires.

6.4.3.2 Effet 3.2 : En 2025, l'impact du VIH parmi les femmes et les jeunes-filles est réduit grâce à l'alignement des politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et la lutte contre les violences basées sur le genre

La prise en compte de la notion de l'équité et du genre dans tous les programmes de prévention et prise en charge du VIH sera assurée, avec un accent particulier sur les services dédiés aux jeunes filles et femmes, l'accès à l'information sur les textes et voies de recours en matière de VBG, l'offre de services de prophylaxie post-exposition et de prise en charge du psychotraumatisme. Tandis que **les cas de VBG bénéficieront d'une prise en charge médicale, psychologique et d'une assistance juridique et judiciaire**, à travers des cliniques juridiques communautaire, un renforcement des capacités des plateformes multisectorielles de lutte contre les VBG sera effectué, de même que l'intégration des services juridiques liés au VIH aux services gouvernementaux d'aide juridique. Concernant les populations clés, l'effort sera porté sur la réponse aux besoins des femmes qui consomment des drogues, et aux besoins spécifiques des travailleurs du sexe masculins et des transgenres. Parmi les intervenants auprès des populations clés et vulnérables, la recherche d'une parité homme/femme, notamment pour les acteurs communautaires, reflètera les efforts pour une réponse plus sensible au genre.

6.4.3.3 Effet 3.3 : D'ici 2025, la représentation du VIH/sida comme maladie chronique ordinaire s'est imposée dans la population générale grâce à une communication active

La nécessité de changer l'image du VIH dans la population ivoirienne doit passer par un renforcement du cadre institutionnel de communication pour la lutte contre le VIH et une coordination et suivi-supervision des activités de communication sur le VIH/sida et les IST). Pour imposer une perception positive du VIH, l'implication des PVVIH et l'intensification de la communication sera nécessaire, à travers de la communication et des outils innovants, mais aussi la contribution active des médias et le renforcement des connaissances au niveau global et particulièrement parmi les PVVIH elles-mêmes sur les avancées de la réponse au VIH. L'implication des praticiens de la médecine traditionnelle, des leaders religieux et des responsables de camps de prière dans la communication sur le VIH sera favorisée.

6.4.3.4 Détail des effets et produits de l'impact 3

EFFETS	PRODUITS
Effet 3.1 : En 2025 l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination	Produit 3.1.1 : La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH et les populations clés sont réduites de 75% dans les établissements de santé
	Produit 3.1.2 : Les législateurs, les leaders d'opinion et les professionnels du parcours de justice contribuent à l'amélioration d'un environnement favorable à l'accès des populations clés aux services de prévention et de prise en charge du VIH
	Produit 3.1.3 : 100% des PVVIH et populations clés bénéficient d'un soutien juridique et judiciaire dans le cadre du respect des droits humain
Effet 3.2 : En 2025, l'impact du VIH parmi les femmes et les jeunesfilles est réduit grâce à l'alignement des politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et la lutte contre les violences basées sur le genre	Produit 3.2.1 : 100% des programmes de prévention et prise en charge du VIH prennent en compte la notion de l'équité et du genre
	Produit 3.2.2 : 100% des cas de VBG bénéficient d'une assistance juridique et judiciaire

Effet 3.3 : D'ici 2025, la représentation du VIH/sida comme maladie chronique ordinaire s'est imposée dans la population générale grâce à une communication active	Produit 3.3.1 : Le cadre institutionnel de communication pour la lutte contre le VIH est renforcé
	Produit 3.3.2 : D'ici 2025, 70% des populations ont une perception positive du VIH

6.4.4 Impact 4 : La gouvernance de la réponse au VIH/sida et aux IST est renforcée à tous les niveaux pour en assurer l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité

Dans l'impact 4, qui vise à améliorer la gouvernance de la réponse au VIH/sida et aux IST pour en assurer l'accélération, l'efficacité, la redevabilité et la durabilité, les efforts porteront d'abord sur le **renforcement du leadership et de la coordination** de la réponse aux niveaux central et décentralisé dans une vision de multisectorialité conservée et pragmatique. Ils porteront ensuite sur **l'engagement communautaire**, comme contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse, à travers un appui au mécanisme de surveillance communautaire de la réponse, le renforcement de la coordination et de la gouvernance du système communautaire, le renouvellement du cadre de partenariat avec le secteur public et les collectivités territoriales, afin qu'à terme 30% de financement des prestations de services VIH soit directement mis en œuvre par les OSC. Des efforts seront déployés pour augmenter progressivement la part des ressources domestiques dans le financement du PSN (Etat, Collectivités Territoriales, Secteur Privé, ainsi que la CMU) et pour que toutes les ressources mobilisées (y compris les ressources extérieures) couvrent l'ensemble des besoins du PSN 2021-2025. Les efforts porteront également sur la production régulière d'une information stratégique de qualité sur le VIH/sida et les IST et son utilisation pour la prise de décision. Enfin, la chaîne d'approvisionnement sera renforcée pour disponibiliser tous les intrants biomédicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des interventions du PSN dans les délais impartis et aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, etc.)

6.4.4.1 Effet 4.1 : Le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH/sida et IST sont assurés efficacement aux niveaux central et décentralisé

A travers 3 produits, la coordination de la riposte nationale sera renforcée au niveau décentralisé par la redynamisation et le renforcement des capacités des comités décentralisés, et par l'optimisation du mécanisme de suivi de la mise en œuvre de leurs activités. Au niveau central, les comités sectoriels de lutte contre le sida seront redynamisés et renforcés, de même que l'engagement du secteur privé, à travers un nouveau cadre de coordination multisectoriel efficace entre le secteur public, le secteur privé et le système communautaire. Enfin, les réunions du CNLS et un cadre de concertation avec les partenaires pour l'alignement des financements contribueront, avec un engagement plus fort des autorités au niveau central et local, à renforcer le leadership de la riposte nationale. L'examen périodique des progrès (analyses de tableau de bord des indicateurs clés) et des mécanismes de résolution de problèmes pour les populations clés sera mis en place aux niveaux décentralisé, intégrées aux réunions de coordination trimestrielle des Régions et DS.

6.4.4.2 Effet 4.2 : L'engagement communautaire apporte une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse à l'épidémie de VIH/sida

A travers 4 produits, l'effet 4.2 vise à engager plus efficacement les acteurs communautaires dans la réponse à l'épidémie (notamment les OBC et réseaux de populations clés). Il s'agit de passer à l'échelle nationale le mécanisme de surveillance communautaire de la réponse au VIH/sida (incluant le respect des droits humains). Les efforts seront investis pour renforcer la coordination et la gouvernance du système communautaire : mobilisation des communautés en faveur de la réponse au VIH/sida dans tous les secteurs de la riposte, appui au réseautage et à la coordination communautaire, cadre de redevabilité des réseaux, des OSC et OBC au niveau central et décentralisé, renforcement des capacités organisationnelles et techniques des réseaux et faitières communautaires. Et un nouveau cadre de partenariat entre les OSC, les

institutions gouvernementales et les collectivités territoriales sera développé dans ce sens, incluant des conventions de partenariat axé sur les résultats entre les OSC et les structures sanitaires publiques afin de consolider leur partenariat, dans une optique de synergie d'action entre les programmes de santé (PNLS, PNLN, PNLV, PNLH, FNLS, DSC), etc.) et les OSC. A terme, 30% des financements pour les prestations de services VIH seront directement mis en œuvre par des OSC, grâce à un mécanisme de financement souple et efficace de l'Etat au profit des OSC/OBC au niveau central et décentralisé, au renforcement des capacités des OSC engagées dans la mise en œuvre des prestations de services VIH, à une transition des financements des partenaires vers les OSC/OBC nationales et l'implication du secteur privé dans le financement de celles-ci.

6.4.4.3 Effet 4.3 : Le financement du PSN par les ressources domestiques (Etat, Collectivités Territoriales, Secteur Privé et CMU) et extérieures couvre l'ensemble des besoins du PSN 2021-2025

A travers 5 produits, l'effet 4.3 s'attachera à garantir le financement du PSN, grâce à la conjugaison d'un accroissement continu des ressources domestiques et d'une stabilisation des ressources externes. L'augmentation continue de la contribution directe de l'Etat, la mobilisation des Collectivités Territoriales (dont les ressources décentralisées doivent pouvoir être mobilisées pour la santé et le VIH/sida), la mobilisation du Secteur Privé (contribution active des entreprises du secteur privé à travers des mesures incitatives et mobilisation des assurances privées) et l'intégration des **dépenses de santé liées au dépistage et la prise en charge du VIH dans le panier de soins de la Couverture Médicale Universelle (CMU)**, sont autant d'efforts qui, couplés à un engagement maintenu des PTF, permettra de couvrir l'intégralité des besoins du PSN. Un accent particulier sera mis pour que les financements domestiques soient également investis sur les activités de prévention.

6.4.4.4 Effet 4.4 : L'information stratégique de qualité sur le VIH/sida est régulièrement produite et utilisée pour la prise de décision

Dans l'effet 4 et à travers 3 produits, les efforts seront consacrés à la production d'une information stratégique de qualité et régulière sur le VIH/sida. Elle sera analysée, ventilée par âge, sexe, localisation, groupe de population clés, et diffusée pour améliorer son utilisation dans la prise de décision. Pour cela le système de suivi-évaluation de routine sera renforcé, au plan organisationnel et des ressources humaines. La disponibilité permanente des outils de collecte des données et la formation des prestataires sur le renseignement correct de ces outils seront assurées. Ainsi que la validation des données à tous les niveaux. La surveillance épidémiologique sera renforcée (cadre institutionnel et opérationnel) sur la résistance et la toxicité des ARV notamment le DTG chez les femmes la surveillance épidémiologique des IST et comorbidités, les enquêtes, surveillance, recherche et études sur le VIH/sida, grâce à un partenariat entre le PNLS et des centres de recherche. La rétro-information, l'utilisation des données au niveau décentralisé, le renforcement du système de rapportage et de diffusion des données sur le VIH/sida et les IST permettra que l'information stratégique validée consensuellement avec tous les intervenants, soit analysée, diffusée et utilisée à tous les niveaux, quel que soit le bailleur en vue de la prise de décision.

6.4.4.5 Effet 4.5 : D'ici 2025, la chaîne d'approvisionnement est renforcée au niveau central et décentralisé et permet de disponibiliser tous les intrants biomédicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des interventions du PSN dans les délais impartis et aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, etc.)

Enfin, l'Effet 4.5 s'attachera par 5 produits à renforcer la chaîne d'approvisionnement à toutes ses étapes : financement de l'Etat optimisé pour l'acquisition des produits de santé VIH/sida ; livraison en produits de santé de qualité dans les délais et en quantité suffisante (planification des besoins et commandes, disponibilité effective des intrants VIH, meilleure coordination de la gestion et de l'approvisionnement des produits au niveau central et déconcentré, renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement, déconcentration de la NPSP). Le respect des normes de stockage sera garanti à la NPSP, de même que les capacités de distribution en médicaments et produits de santé de qualité, pour la prise en charge des PVVIH, dans les délais et en bonne quantité au niveau des DS. Les interventions porteront également sur le renforcement du réseau de laboratoires (charge virale, diagnostic précoce). Il en sera de

même pour les activités de maintenance des équipements de laboratoires dont la coordination et le suivi seront améliorés. Enfin, des efforts porteront sur le contrôle qualité, afin que 100% des lots de médicaments antirétroviraux, tests de diagnostic du VIH, préservatifs et gels lubrifiants, médicaments pour IO puissent être contrôlés à terme (préqualification en amont, post-commercialisation en aval) avec la contribution active du LNSP qui sera renforcé pour cela.

6.4.4.6 Détail des effets et produits de l'impact 4

EFFETS	PRODUITS
Effet 4.1 : Le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH/sida et IST sont assurés efficacement aux niveaux central et décentralisé	Produit 4.1.1 : La coordination de la riposte nationale au niveau décentralisé est renforcée
	Produit 4.1.2 : La coordination de la riposte nationale au niveau central est renforcée
	Produit 4.1.3 : Le leadership de la riposte nationale est renforcé
Effet 4.2 : L'engagement communautaire apporte une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse à l'épidémie de VIH/sida	Produit 4.2.1 : Le mécanisme de surveillance communautaire de la réponse au VIH/sida (incluant le respect des droits humains) est fonctionnel
	Produit 4.2.2 : La coordination et la gouvernance du système communautaire sont renforcées
	Produit 4.2.3 : Le cadre de partenariat entre les OSC, les institutions gouvernementales et les collectivités territoriales est renouvelé
	Produit 4.2.4 : 30% des financements pour les prestations de services VIH sont directement mis en œuvre par des OSC renforcées d'ici 2025
Effet 4.3 : Le financement du PSN par les ressources nationales (Etat, Collectivités Territoriales et Secteur Privé) et internationales couvre l'ensemble des besoins du PSN 2021-2025	Produit 4.3.1 : La contribution de l'Etat au financement de la lutte contre le sida s'accroît de 10% par an
	Produit 4.3.2 : D'ici 2025, les dépenses de santé liées au dépistage et la prise en charge du VIH sont intégrées dans le panier de soins de la Couverture Médicale Universelle (CMU)
	Produit 4.3.3 : La contribution du secteur privé au financement de la lutte contre le sida couvre 5% des besoins du PSN
	Produit 4.3.4 : La contribution des partenaires extérieurs au financement de la lutte contre le sida est stabilisée d'ici 2025
	Produit 4.3.5 : Des approches innovantes de mobilisation des ressources financières sont mises en œuvre pour accroître les financements domestiques
Effet 4.4 : L'information stratégique de qualité sur le VIH/sida et les IST est régulièrement produite et utilisée pour la prise de décision	Produit 4.4.1 : Le Système de S&E de routine est renforcé pour produire des données de qualité à tous les niveaux
	Produit 4.4.2 : Le système de surveillance et de recherche sur le VIH/sida et les IST est renforcé pour produire des données actualisées
	Produit 4.4.3 : L'information stratégique sur la riposte nationale au VIH/sida et IST est analysée, diffusée et utilisée à tous les niveaux pour la prise de décision
Effet 4.5 : D'ici 2025, la chaîne d'approvisionnement est renforcée au niveau central et décentralisé et permet de disponibiliser tous les intrants biomédicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des interventions du PSN dans les	Produit 4.5.1 : D'ici 2025, le financement des produits de santé nécessaires à la réponse au VIH/sida est optimisé
	Produit 4.5.2 : D'ici 2025, 100% des clients directs de la NPSP sont livrés en produits de santé de qualité dans les délais et en quantité suffisante, pour la prise en charge des PVVIH
	Produit 4.5.3 : D'ici 2025 100% des clients directs de la NPSP recevant des médicaments et produits de santé pour la prise en charge des PVVIH respectent les normes de stockage
	Produit 4.5.4 : d'ici 2025, 100% des ESPC ne connaissent pas de rupture produits traceurs
EFFETS	PRODUITS
délais impartis et aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, etc.)	Produit 4.5.5 : D'ici 2025, le contrôle qualité est effectué sur 100% des lots de médicaments antirétroviraux, tests de diagnostic du VIH, préservatifs et gels lubrifiants, médicaments pour IO

7 PROJECTION DES CIBLES POUR LE PSN 2021-2025

7.1 Cibles pour la couverture par les services (cf. fichier séparé tableau des cibles)

Le tableau des cibles pour la couverture des services a été construit sur la base de la triangulation des données d'estimation et de l'exercice de modélisation de l'épidémie (Spectrum 2020, analyse Avenir Health). Il prend également en compte les données programmatiques issues des rapports de progrès du PNLS et des acteurs de mise en œuvre des stratégies et interventions.

7.2 Financement du PSN 2021-2025

7.2.1 Cadrage budgétaire du PSN

Année	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Résultat d'impact 1 : En 2025, les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 70%	26 510 623	23 503 686	25 288 200	25 345 321	25 809 711	126 457	10,1%
	608	476	851	771	728	544 434	
Effet 1.1 : En 2025, 95% des populations clés (TS, HSH, Transgenres, UD/UDI et détenus) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées	2 415 734	1 290 289	1 121 425	1 239 965	1 157 063	7 224 478	0,6%
	074	207	966	781	696	723	
Effet 1.2 : En 2025, les approches différenciées de prévention sont développées au bénéfice des femmes et des hommes issues des autres populations vulnérables grâce à la contribution des acteurs communautaires	2 391 311	931 027	915 949	1 338 136	888 637	133 682 023	10,6%
	524	960	150	110	150	157	
Effet 1.3 : En 2025, les adolescent(e)s et les jeunes de 15-24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et bénéficient d'une offre de service adaptée de prévention	3 722 285	2 848 178	3 269 647	2 726 633	2 202 018	140 906 501	11,2%
	291	519	911	119	149	879	
Effet 1.4 : D'ici 2025, 90% des populations sexuellement actives utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risque	13 590 059	15 114 508	16 761 629	18 373 318	19 984 299	274 588 525	21,9%
	277	774	988	765	937	036	
Effet 1.5 : D'ici 2025, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est certifiée avec l'appui des acteurs communautaires	4 391 233	3 319 682	3 219 547	1 667 267	1 577 692	415 495 026	33,1%
	442	016	836	996	796	915	
Impact 2 : Résultat d'impact 2 : En 2025, la mortalité liée au VIH est réduite de 50%	62 656 696	59 944 147	61 750 517	60 099 055	61 808 007	306 258	24,4%
	344	120	191	591	478	423 724	
Effet 2.1 : En 2025, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH, grâce à la mobilisation communautaire et au passage à l'échelle des approches différenciées de services	7 344 896	5 626 463	4 747 756	4 734 840	4 963 544	27 417 501	2,2%
	082	085	940	520	495	122	
Effet 2.2 : En 2025, 95% des PVVIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral conforme aux directives nationales, grâce à la contribution active des acteurs communautaires	46 158 491	48 459 287	51 272 819	49 980 092	51 452 934	247 323 625	19,7%
	647	070	296	706	648	367	
Effet 2.3 : En 2025, 95% des PVVIH traités par ARV depuis au moins 12 mois ont une charge virale indétectable, avec la contribution active des acteurs communautaires et au passage à l'échelle des approches différenciées de services	9 153 308	5 858 396	5 729 940	5 384 122	5 391 528	31 517 297	2,5%
	615	965	955	365	335	235	
Résultat d'impact 3 : La réduction de la stigmatisation et de la discrimination et le respect des droits humains renforcent l'ensemble des interventions de prévention et de prise en charge du VIH/sida	2 651 627	2 443 783	3 000 610	2 641 906	2 687 568	13 425	1,1%
	740	340	300	250	180	495 810	
Effet 3.1 : En 2025 l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination	741 867	638 256	442 928	355 862	355 862	2 534 778	0,2%
	590	760	640	700	700	390	
Effet 3.2 : En 2025, l'impact du VIH parmi les femmes et les jeunes-filles est réduit grâce à l'alignement des politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et de lutte contre les violences basées sur le genre	593 926	496 809	469 110	462 217	457 447	2 479 510	0,2%
	070	600	180	320	500	670	
Effet 3.3 : D'ici 2025, la représentation du VIH et du sida comme maladie chronique ordinaire s'est imposée dans la population générale grâce à une communication active	1 315 834	1 308 716	2 088 571	1 823 826	1 874 257	8 411 206	0,7%
	080	980	480	230	980	750	
Impact 4 : La gouvernance de la réponse au VIH/sida et aux IST est renforcée à tous les niveaux pour en assurer l'accélération, l'efficacité, la rédevabilité et la durabilité	65 763 163	59 392 179	60 297 429	61 058 606	60 214 669	306 726	24,4%
	621	667	338	437	554	048 617	
Effet 4.1 : Le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH/sida et IST sont assurés efficacement aux niveaux central et décentralisé	55 392 133	52 388 852	53 098 166	54 023 499	52 988 975	267 891 628	21,3%
	788	366	784	874	492	305	

Effet 4.2 : L'engagement communautaire apporte une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse au sida	2 112 146	1 600 829	1 594 638	1 979 078	1 608 029	8 894 722	0,7%
	190	555	293	680	555	272	
Effet 4.3 : Le financement du PSN par les ressources domestiques (Etat, Collectivités Territoriales, Secteur Privé et CMU) et extérieures couvre l'ensemble des besoins du PSN 2021-2025	30 152	1 507	1 507	1 507	1 507	36 182	0,0%
	750	500	500	500	500	750	
Effet 4.4: L'information stratégique de qualité sur le VIH/sida et les IST est régulièrement produite, analysée, diffusée et utilisée pour la prise de décision	6 916 618	5 276 941	5 479 068	4 930 471	5 492 108	28 095 208	2,2%
	692	607	121	742	367	529	
Effet 4.5: D'ici 2025, la chaîne d'approvisionnement est renforcée et permet de disponibiliser tous les intrants bio-médicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des interventions du PSN dans les délais impartis et aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, ect...)	1 312 112	26 803	1 293 227	1 293 227	1 293 227	5 218 597	0,4%
	201	309	341	341	341	533	
Total	157 582 111	145 283 796	150 336 757	149 144 890	150 519 956	1 256 230 227	100,0%
	314	603	679	049	940	075	

Tableau 1 : Besoins financiers du PSN 2021-2025 (en XOF)

7.2.2 Stratégie de mobilisation des ressources

L'analyse des capacités et de l'environnement économique de la Côte d'Ivoire montre qu'il existe des opportunités réelles pour un financement durable de la riposte nationale au VIH.

Au total, la stratégie de mobilisation des ressources passera par :

- L'accroissement régulier de la contribution de l'Etat (budget dédié) sur des investissements durables et la réduction des gaps de financement ;
- la mobilisation de ressources auprès des collectivités territoriales dans le cadre de la décentralisation ;
- la mobilisation de ressources extérieures sera orientée vers les partenaires bilatéraux et multilatéraux et le co-investissement (fonds de contrepartie) en vue de maintenir le financement des partenaires extérieurs ;
- le développement d'une politique de partenariat public privé ;
- la mobilisation active du secteur privé en tant que contributeur financier à la riposte ;
- la recherche de financements innovants reposant sur des contributions et taxes ;
- la mobilisation des assurances privées et mutuelles de santé et l'intégration des dépenses de santé dans le panier de soins de la CMU.

Les mécanismes de mise en œuvre privilégient l'élaboration :

- d'un paysage de financement de la lutte contre le VIH/sida et les IST, assorti d'une cartographie des partenaires financiers en fonction du domaine d'intervention et de la localité ;
- d'un plan de mobilisation des ressources et d'un plan de gestion des risques prenant en compte les défis du contexte économique et de la pandémie COVID-19 en particulier.

Pour garantir la transparence et la redevabilité dans l'utilisation des financements de la riposte, une reddition des comptes sera effectuée en temps réel à l'adresse de l'ensemble des contributeurs et partenaires techniques et financiers, qu'ils soient nationaux ou internationaux.

8 MISE EN ŒUVRE DU PSN

8.1 Principes et engagement pour la mise en œuvre optimale du PSN

La mise en œuvre du PSN reposera sur plusieurs engagements et principes :

- **La coordination** institutionnelle de la riposte nationale est assurée par le CNLS, le suivi technique de la mise en œuvre par le Ministère de la Santé Publique, qui assure le secrétariat du CNLS. Le PNLIS assure la coordination des interventions et des intervenants du secteur santé ;
- **La multi-sectorialité** aux niveaux central, intermédiaire et périphérique avec un renforcement des capacités du cadre institutionnel et organisationnel pour une coordination efficace et efficiente ; tous les secteurs de développement doivent se mobiliser ;

- **La décentralisation** à travers des plans opérationnels sectoriels et régionaux, le renforcement de la coordination décentralisée (CRLS), l'engagement communautaire des OSC et OBC jusqu'au niveau local. Grâce à l'affectation de ressources humaines et financières à la réponse régionale et locale ;
- **La mobilisation large des acteurs** de mise en œuvre : le Ministère de la Santé et le PNLS pour la mise en œuvre du PSN, mais aussi le reste du secteur public, du secteur privé et les acteurs de la société civile. Les Partenaires au développement apporteront leurs appuis techniques et financiers ;
- **L'utilisation de l'information stratégique pour la décision** : renforcement du système national de suivi-évaluation pour produire les données factuelles et des évidences scientifiques nécessaires à la planification stratégique et la prise de décision à l'échelle nationale, régionale et locale ;
- **Le renforcement des capacités techniques et opérationnelles** de mise en œuvre des acteurs nationaux à travers les appuis techniques appropriés, la formation, le RSS et le RSC pour le passage à l'échelle des soins et traitements liés au VIH ;
- **La contractualisation pour la mise en œuvre des interventions** (promotion de la délégation des tâches et du « faire faire ») avec des prestataires publics, privés et communautaires, au plan régional et local, sur la base d'une professionnalisation de ces acteurs, d'un cadre de résultats et de performances.

8.2 Acteurs de mise en œuvre du PSN

8.2.1 Ministère de la Santé

Les formations sanitaires développeront le dépistage à l'initiative des prestataires (CDIP), assureront le lien au traitement, la prise en charge thérapeutique et le suivi des PVVIH (adultes, adolescent(e)s et enfants), ainsi que la prévention de la TME et des AELB. La PEC globale sera renforcée par une délégation effective des tâches. Le Ministère de la Santé assure par ailleurs la disponibilité des intrants biomédicaux (médicaments génériques). Il fournira les données épidémiologiques régulières et. Le suivi et évaluation du programme VIH est assuré par le PNLS, ainsi que la mobilisation des financements, en coordination avec le CCM et le FNLS.

Le Ministère de la Santé recherchera la pérennité de ses interventions par l'intégration du VIH dans une approche multimaladie. Mais tous les autres secteurs sont convoqués sous son leadership, la capacité du secteur santé à mobiliser et à coopérer avec d'autres partenaires actifs dans la réponse au VIH, à la Tuberculose et au Paludisme est une ambition affichée de ce PSN.

8.2.2 Organisations de la Société Civile / Organisations à Base Communautaire et réseaux

Le PSN 2021-2025 entend consacrer d'importants efforts pour mobiliser plus largement les OSC/OBC dans la riposte. Les ONG ivoiriennes et internationales, les Organisations à Base Communautaire, Organisations confessionnelles et professionnelles seront mobilisées pour développer des services de qualité au profit des bénéficiaires des programmes de prévention, de prise en charge globale, de soutien et de rétention dans les soins. Leur concours actif est capital, notamment pour amener ces services au-devant des populations les plus vulnérables et combler les gaps correspondants. Il s'agit de faire évoluer le lien entre secteur public et monde communautaire, vers des partenariats durables gagnant/gagnant, fondés sur des modèles de contractualisation renouvelés. Ceux-ci permettront aux OSC/OBC de construire leur professionnalisation dans un environnement moins précaire et de garantir des prestations de qualité à travers des contrats de performances, incluant leurs besoins globaux.

8.2.3 Secteur privé

Le secteur privé doit contribuer à la riposte nationale, aux plans programmatique et financier. Les cellules de lutte contre le VIH/sida des entreprises seront redynamisées pour mettre en œuvre des interventions ciblant les travailleurs, leurs familles et ayants-droit. Celles des organisations patronales (CGE-CI, FIPME, CECI), des

chambres consulaires (CCI-CI, CNM-CI) et de l'intersyndicale de Côte d'Ivoire (centrales syndicales) seront également redynamisées et associées à ces interventions. De son côté, le secteur privé de la santé doit passer à l'échelle en matière de prestations de dépistage et de prise en charge, y compris et particulièrement pour l'eTME.

8.2.4 Partenaires au Développement / Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

Les partenaires au développement poursuivront leur soutien par un appui technique et financier des différents acteurs de mise en œuvre du PSN. La concertation entre le Gouvernement, les PTF (multilatéraux, bilatéraux, ONG internationales, organisations philanthropiques), les OSC et le secteur privé facilitera la mise en œuvre du cadre de résultats et de performances du PSN à travers le Forum des partenaires de la riposte au VIH. Le cadre de concertation des PTF inclue pour sa part le système des Nations Unies, les coopérations bilatérales et le FM pour échanger régulièrement sur la mise en œuvre des subventions, la recherche de la complémentarité, l'analyse des gaps programmatiques et financier et le plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestique et de l'assistance technique. Enfin, l'équipe conjointe des Nations Unies sous le leadership de l'ONUSIDA, assure la coordination de la lutte contre le VIH au sein du système des Nations Unies (Equipe Pays des Chefs d'agences sous la houlette du Coordonnateur Résident des UN ; et Equipe Conjointe des chargés de programmes des agences co-sponsors et personnes ressources sous la houlette du Directeur Pays ONUSIDA

8.2.5 CCM Côte d'Ivoire

Cet organisme de coordination nationale des projets financés par le Fonds Mondial a pour missions cardinales de coordonner l'élaboration des requêtes financement à soumettre au Fonds Mondial, de suivre la mise en œuvre des projets financés (suivi stratégique), et d'assurer le lien et la cohérence entre les interventions financées par le Fonds mondial et les programmes nationaux de développement. Le CCM est en prise directe avec le processus d'élaboration du PSN et les requêtes de financement au Fonds mondial émanant directement du PSN.

8.3 Opérationnalisation du PSN 2021-2025

8.3.1 Plan opérationnel

Au plan national, l'opérationnalisation du présent PSN passe par l'élaboration d'un premier plan opérationnel (PO) d'une durée de 3 années (2021-2023), lequel servira de base à la requête de financement du NFM3. Après la revue à mi-parcours de l'actuel PSN, qui devra intervenir en fin 2023, la seconde phase de mise en œuvre du PSN sera exécutée en fonction des recommandations produites pour son actualisation et la prise en compte de l'évolution de l'épidémie et de la réponse.

Les cadres de concertation et d'échanges existants permettront d'assurer un meilleur leadership, un alignement et une harmonisation des interventions de la riposte nationale.

8.3.2 Plans régionaux / Villes et VIH

Au plan régional et sous l'autorité des Préfets, les CRLS devront élaborer des Plans Régionaux, alignés sur le PSN et intégrés dans les Plans Régionaux de Santé, qui définiront avec précision les activités à mener, les cibles à atteindre, jusqu'à l'offre de services. Ces Plans régionaux incluront l'approche « Ville et VIH » afin d'accélérer la réponse locale dans les principales villes du pays en se focalisant sur des interventions à gain rapide et en impliquant les autorités municipales. Une approche qui a déjà été déployée dans plusieurs grandes villes ivoiriennes et doit permettre avec le soutien des élus locaux de réduire la stigmatisation et la discrimination pour fournir des services efficaces de dépistage, de prévention et de traitement du VIH à toutes les personnes, y compris les populations les plus vulnérables.

8.3.3 Rôles des différents acteurs de mise en œuvre

Selon les principes et types d'acteurs présentés plus haut, les différents rôles des acteurs de mise en œuvre par niveau d'intervention peuvent être décrits comme ci-dessous.

Tableau 2 : Rôles des différents acteurs par niveau dans la mise en œuvre

NIVEAU	ACTEURS	ROLES
Premier niveau (local)	<ul style="list-style-type: none"> - Acteurs de la prévention et du dépistage - Acteurs de la prise en charge - Acteurs du soutien et de la protection - Acteurs de la lutte contre stigma et discrimination et de la défense des droits des bénéficiaires - Acteurs de la gouvernance au niveau local (ville, DS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire au niveau local - Participation aux activités de coordination des interventions / activités de terrain - Analyse des données - Production des rapports d'activité et transmission au deuxième niveau - Supervision de la mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire (y compris suivi de la qualité des services)
Deuxième niveau (régional)	<ul style="list-style-type: none"> - Acteurs de la prévention et du dépistage - Acteurs de la prise en charge - Acteurs du soutien et de la protection - Acteurs de la lutte contre stigma et discrimination et de la défense des droits des bénéficiaires - Acteurs de la gouvernance au niveau régional (DRS, CRLS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire au niveau régional - Participation aux activités de coordination des interventions / activités au niveau régional - Centralisation, synthèse et validation des données du premier niveau, transmission des données au troisième niveau - Renseignement des indicateurs régionaux ; production des rapports de mise en œuvre du PSN au niveau régional - Supervision, suivi et évaluation de la mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire (y compris suivi de la qualité des services)
Troisième niveau (national)	<ul style="list-style-type: none"> - Acteurs de la prévention et du dépistage - Acteurs de la prise en charge - Acteurs du soutien et de la protection - Acteurs de la lutte contre stigma et discrimination et de la défense des droits des bénéficiaires - Acteurs de la gouvernance : CNLS, PNLS, DGS 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire au niveau national - Participation aux activités de coordination des interventions / activités au niveau national - Centralisation, synthèse et validation des données du 2^{ème} niveau ainsi que des résultats des études et enquêtes nationales, régionales ou locales (IBBS, cartographies, etc.) - Production des différents rapports (rapport d'activité nationaux, tableau de bord des indicateurs et des données épidémiologiques, rapports internationaux, revues du PSN) - Supervision, suivi et évaluation de la mise en œuvre des interventions / activités dans les secteurs public, privé et communautaire (y compris de la qualité des services)

8.4 Suivi et évaluation

8.4.1 Plan de Suivi Evaluation

Le système de suivi et évaluation est une composante essentielle du PSN 2021-2025. Pour permettre un suivi et une évaluation scrupuleuse de sa mise en œuvre, un Plan de Suivi Evaluation sera élaboré comme déclinaison de ce PSN. Il constituera le référentiel d'appréciation des résultats attendus, notamment du niveau d'atteinte des cibles fixées et de la pertinence, l'efficacité et l'efficience des interventions mises en œuvre.

Le Plan de Suivi et Evaluation visera ainsi à :

- Définir les indicateurs de performance permettant de suivre et évaluer le PSN 2021-2025 ;
- Identifier les outils de suivi et évaluation ;
- Décrire le circuit de collecte et de contrôle de la qualité des données
- Décrire les activités de suivi et d'évaluation ;
- Décrire le plan de diffusion et d'utilisation des données de suivi et évaluation ; ■ S'aligner sur les 40 indicateurs prioritaires de l'OMS récemment mis à jour.

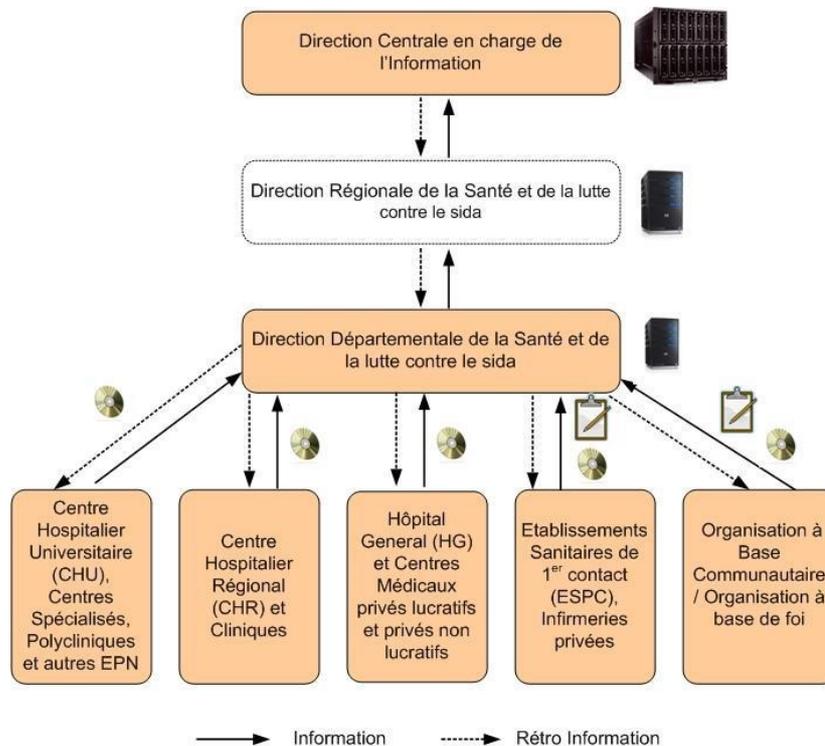
8.4.2 Architecture du cadre de suivi

Le cadre de suivi du PSN sera coordonné à tous les niveaux de la pyramide sanitaire nationale (central, régional et périphérique), ainsi que dans le secteur privé et le monde communautaire :

- Le **niveau central** facilitera la collecte, assurera le stockage, le traitement et la diffusion de l'information stratégique sur le VIH. Ce niveau est constitué par la direction en charge de l'information du Ministère de la Santé Publique, assurant la gestion du Système National de Suivi & Evaluation. Cette direction s'appuiera sur l'expertise d'un groupe de travail sur l'information stratégique, dénommé « Groupe Technique National de l'Information Stratégique des IST/TB/VIH/sida » ;
- Au **niveau régional**, le service de suivi-évaluation et de lutte contre le sida de la DRS est chargé du suivi et de l'évaluation des activités de la réponse au VIH/sida. La coordination des activités de suivi et évaluation sera conduite par un groupe comprenant le service de suivi-évaluation de la DRS, les points focaux suivi-évaluation des PTF, ceux du secteur privé et de la société civile ;
- **Au niveau périphérique**, le niveau district sera le niveau opérationnel de la mise en œuvre du suivi-évaluation. Le DS se chargera de la collecte mensuelle des données auprès des structures sanitaires et communautaires. La coordination des activités de suivi et évaluation sera faite à travers l'équipe cadre de district (ECD).

Le système de suivi évaluation est basé sur une collecte journalière des données au niveau des structures sanitaires et communautaires, à travers des supports de collecte (registres PTME, outils de suivi du patient VIH avec ou sans ARV, registres CDV, etc.) et une saisie dans le système de gestion de l'information sanitaire (DHIS2). Chaque structure compile ses données dans un rapport mensuel transmis au DS et réalise ses cascades de soins. Le DS compile les rapports de son aire sanitaire. Il analyse et valide mensuellement les données avant la validation trimestrielle avec la DRS. Ces données validées sont ensuite transmises à la région puis au niveau central. Le niveau central analyse les données reçues et produit le rapport national et les rapports des engagements internationaux (GAM, Accès universel, ODD...).

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



8.4.3 Système de surveillance et de notification

Le mécanisme mis en place doit permettre la collecte systématique de données à des fins de suivi des patients et d'évaluation des performances du programme. Le suivi des patients s'effectue à travers un système de notification et de surveillance des cas. Dans le cadre de la mise en œuvre du PSN 2021-2025, le système de suivi évaluation va se doter d'un dispositif de surveillance du VIH qui assurera les activités de manière systématique et normée. La qualité de ce dispositif de surveillance reposera sur l'utilisation systématique des mêmes méthodes, des mêmes populations cibles et des mêmes outils.

La **surveillance épidémiologique** sera fondée sur les méthodes suivantes :

- L'analyse des données à travers les cascades du continuum de soins ;
- Des enquêtes bio-comportementale ou enquêtes sérologiques répétées, pour évaluer l'évolution de la prévalence et de l'incidence (dans la mesure du possible) de l'infection à VIH dans les populations à haut risque telles que les TS, les HSH, les transgenres et les UD ;
- La surveillance de la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux ;
- 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) ;
- La surveillance de la résistance du VIH aux ARV, la notification des cas de sida et des IST compléteront cette surveillance ;
- La surveillance de la prise en charge des IST dans les groupes à haut risque.

8.4.4 Données d'enquêtes et de recherches

Le PSN 2021-2025 fera l'objet d'une évaluation externe à mi-parcours en 2023 et finale à la fin de 2025. Cette évaluation finale aura pour objectif de fournir une appréciation externe et indépendante sur l'atteinte des résultats attendus de la mise en œuvre du PSN en termes d'impacts et effets.

Les indicateurs d'impact et résultats seront collectés à partir des études et enquêtes prévues à cet effet.

Aussi un agenda de recherche est-il prévu dans le cadre du PSN 2021-2025 pour générer les informations nécessaires aux moments indiqués.

9 CADRE DE RESULTATS (IMPACT, EFFETS, PRODUITS, STRATEGIES)

Impact 1 : En 2025, les nouvelles infections à VIH sont réduites de 70%		
EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
Effet 1.1 : En 2025, 95% des populations clés (TS, HSH, transgenre, UD, et détenus) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées	Produit 1.1.1 : 95% des TS bénéficient du paquet de service de prévention combinée selon les normes nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Opérationnalisation du paquet de services de Prévention Combinée chez les TS avec un accent sur les districts prioritaires pour les populations clés - Stratégie 2 : Amélioration de l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins et les gels lubrifiants à base d'eau pour la distribution gratuite dans les services de santé et en communauté, y compris la distribution et supervision par les PE dans les sites à hauts risques (points chauds, maisons closes, autres sites de commerce du sexe) et dans les centres conviviaux pour TS - Stratégie 3 : Adaptation des messages de CCC en direction des TS (avec un accent sur les TS de moins de 25 ans) sur l'utilisation des services de prévention combinée par la pair-éducation en communauté et sur les plateformes en ligne - Stratégie 4 : Redynamisation de la supervision formative des prestataires sur le paquet de service de prévention combinée pour les TS - Stratégie 5 : Renforcement de l'accès aux services de SSR incluant la PEC gratuite des IST et la PF chez les TS (en stratégie fixe, avancée ou mobile y compris avec les pairs dépisteurs)
	Produit 1.1.2 : 95% des HSH bénéficient du paquet de service de prévention combinée selon les normes nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Opérationnalisation du paquet de services de Prévention Combinée chez les HSH - Stratégie 2 : Mise à échelle des centres adaptés pour l'offre de services de prévention combinée et de prise en charge des HSH - Stratégie 3 : Renforcement de l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins et les gels lubrifiants à base d'eau pour la distribution gratuite dans les services de santé et en communauté (dans les points chauds, sites prostitutionnels et dans les centres conviviaux) pour les HSH - Stratégie 4 : Recrutement de nouveaux HSH (notamment les jeunes HSH de 18-24 ans et les HSH de plus de 30 ans) à travers des activités de mobilisation par les pairs et l'utilisation des réseaux sociaux/applications en ligne/mobiles - Stratégie 5 : Adaptation des messages de CCC en direction des HSH (avec un accent sur les HSH jeunes HSH de 18-24 ans et ceux de plus de 30 ans) sur l'utilisation des services de prévention combinée par la pair-éducation en communauté et sur les plateformes en ligne - Stratégie 6 : Redynamisation de la supervision formative des prestataires sur le paquet de service de prévention combinée pour les HSH - Stratégie 7 : Renforcement du dépistage systématique et la PEC gratuite des IST chez les HSH (en stratégie fixe, avancée ou mobile y compris avec les pairs-dépisteurs)

	Produit 1.1.3 : 95% des Transgenres bénéficient du paquet de service de prévention combinée selon les normes nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Développement et intégration du paquet de service de prévention combinée pour les transgenres dans le document de normes nationales du paquet minium d'activités de prévention pour les populations clés - Stratégie 2 : Intégration de l'offre de services de prévention combinée et de prise en charge des transgenres dans les centres adaptés pour les populations clés - Stratégie 3 : Renforcement du dépistage systématique et la PEC gratuite des IST chez les transgenres
--	---	--

Impact 1 : En 2025, les nouvelles infections à VIH sont réduites de 70%

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
		<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 4 : Renforcement de l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins et les gels lubrifiants à base d'eau pour la distribution gratuite par les pairs éducateurs dans les centres adaptés et en communauté à l'endroit des transgenres (incluant les activités de mobilisation des transgenres en communauté et l'utilisation des réseaux sociaux/applications en ligne/mobiles)
	Produit 1.1.4 : 95% des UD/UDI utilisent les services de réduction des risques adaptés à leurs besoins selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Opérationnalisation du paquet de services de Prévention Combinée (paquet de services de réduction de risques) chez les UD/UDI - Stratégie 2 : Amélioration de l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins et les gels lubrifiants à base d'eau pour la distribution gratuite dans les services de santé et dans les lieux de rencontre des UD (distribution et supervision par les Pairs, dans les associations des UD et lors des activités de communication pour le changement de comportement) - Stratégie 3 : Intégration de l'offre des services de réduction des risques y compris le TSO dans les structures de PEC des UD pour couvrir au moins 40% des UD consommant les opiacés - Stratégie 4 : Adaptation des messages de communication pour le changement de comportement en direction des UD sur l'utilisation des services de réduction des risques y compris le référencement vers les services spécialisés par la pair-éducation en communauté et dans les centres adaptés de prévention et prise en charge des UD - Stratégie 5 : Renforcement de l'accès aux services de SSR incluant le dépistage systématique et le traitement gratuits des IST - Stratégie 6 : Médiation familiale pour l'insertion familiale et sociale des UD avec l'aide des associations des UDI formées et outillées - Stratégie 7 : Redynamisation de la supervision formative des prestataires en réduction des risques en vue d'améliorer la qualité des services
	Produit 1.1.5 : 90% des détenus bénéficient d'un paquet de services de prévention adapté à leurs besoins, selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement des capacités des conseillers communautaires, prestataires de santé et acteurs pénitentiaires de santé intervenant en milieu carcéral - Stratégie 2 : Renforcement des interventions de PEC VIH, des IST et de soutien à l'observance en milieu carcéral - Stratégie 3 : Renforcement de la coordination des activités en milieu carcéral

	Produit 1.1.6 : 10% des TS et 20% des HSH y compris les transgenres bénéficient d'une PrEP adaptée à leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Mise à échelle de l'offre de la PrEP dans les structures de santé - Stratégie 2 : Promotion de la disponibilité de la PrEP auprès des populations clés (y compris la sensibilisation sur les moyens de prévention accompagnant la PrEP) - Stratégie 3 : Renforcement de la disponibilité et l'accessibilité des intrants de la PrEP - Stratégie 4 : Suivi/supervision des interventions en lien avec la PrEP en vue d'améliorer la qualité des services
Effet 1.2 : En 2025, les approches différenciées de prévention sont	Produit 1.2.1 : 90% des autres populations vulnérables (clients de TS, personnes en situation d'handicap, personnes en uniforme) bénéficient	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement de la disponibilité et l'accessibilité des services de prévention pour les personnes en uniforme - Stratégie 2 : Renforcement de la disponibilité et l'accessibilité des services de prévention pour les clients des TS

Impact 1 : En 2025, les nouvelles infections à VIH sont réduites de 70%

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
développées au bénéfice des femmes et des hommes issues des autres populations vulnérables avec la contribution des acteurs communautaires	de services de prévention adaptés à leurs besoins	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Mise en place du paquet de services de Prévention Combinée au profit des autres populations vulnérables selon des approches différenciées d'intervention - Stratégie 2 : Renforcement des capacités des autres acteurs clés intervenant auprès des populations vulnérables - Stratégie 3 : Suivi/supervision formative des interventions et des intervenants ciblant les populations vulnérables pour améliorer la qualité des services - Stratégie 4 : Sensibilisation à l'endroit des hommes vulnérables en vue d'un changement de comportement à travers des messages adaptés et innovants portant sur les IST et le VIH, avec l'appui des acteurs communautaires - Stratégie 5 : Sensibilisation à l'endroit des personnes en situation de handicap (PSH) en vue d'adopter un comportement à moindre risque, à travers des messages adaptés aux différents types de handicap, avec l'appui des acteurs communautaires - Stratégie 6 : Sensibilisation à l'endroit des femmes vulnérables en vue d'adopter un comportement à moindre risque, à travers des messages adaptés et innovants portant sur SR/PF et VIH, avec l'appui des acteurs communautaires
	Produit 1.2.2 : 90% de hommes et des femmes issues des populations vulnérables qui souffrent d'une IST bénéficient d'une prise en charge gratuite selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement de l'accessibilité/disponibilité des kits IST pour les populations vulnérables - Stratégie 2 : Renforcement des capacités des prestataires et des acteurs communautaires sur le diagnostic et la prise en charge des IST chez les populations vulnérables - Stratégie 3 : Promotion des services de prévention et de prise en charge des IST, du VIH auprès des populations vulnérables

	Produit 1.2.3 : 100% des personnes victimes d'accident d'exposition aux liquides biologiques ou AELB (victimes d'exposition en milieu de soins, victimes d'exposition sexuelle y compris le viol) reçues dans les centres de santé bénéficient d'une Prophylaxie Post-Exposition (PPE) selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement du cadre de collaboration avec les structures assurant la coordination de la PEC des accidents d'exposition aux liquides biologiques au niveau central et décentralisé (encrage institutionnel et cadre de coordination conjoint) - Stratégie 2 : Renforcement de la déclaration sanitaire (détection, référence et prise en charge) des cas de viol
Effet 1.3 : En 2025, les adolescent(e)s et les jeunes de 15-24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH	Produit 1.3.1 : 70% de jeunes et adolescent(e)s de 15-24 ans dont 100% dans les districts prioritaires bénéficient d'un paquet de prévention combinée selon des approches différenciées et avec l'appui des acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Redynamisation de la collaboration et de la coordination des intervenants en direction des adolescent(e)s et jeunes - Stratégie 2 : Renforcement des capacités des enseignants et des parents sur la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) des adolescent(e)s et jeunes à travers une Education Complète à la Sexualité (ECS) - - Stratégie 3 : Optimisation du système de la pair-éducation dans le secteur éducatif - Stratégie 4 : Renforcement de l'offre de prévention combinée et soins dédiés aux adolescents et jeunes (y compris adolescents/jeunes non-scolarisés et du secteur informel)

Impact 1 : En 2025, les nouvelles infections à VIH sont réduites de 70%		
EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
et des IST, et bénéficient d'une offre de service adaptée de prévention		<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 5 : Promotion de l'offre des services de SSR, y compris la PEC gratuite des IST, dans les établissements de santé et les structures socio-éducatives adaptés aux adolescent(e)s et jeunes - Stratégie 6 : Intensification de la CCC sur les IST/VIH/SR et le port correct du préservatif à l'endroit des adolescent(e)s et jeunes à travers des approches innovantes (TIC, Ready, etc.) afin de les rendre résilients - Stratégie 7 : Promotion des points de distribution gratuite des préservatifs et gels lubrifiants à l'endroit des adolescent(e)s et jeunes
	Produit 1.3.2 : 100% de jeunes et adolescents présentant une IST reçus dans les centres de santé dédiés bénéficient d'une prise en charge gratuite	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement des capacités des sites (SSSU-SAJ/centres de conseil et d'écoute de jeunes, etc.) pour la PEC correcte des IST selon les directives nationales - Stratégie 3 : Approvisionnement continue des sites de prise en charge des adolescent (e)s et jeunes en kits IST

Effet 1.4 : D'ici 2025, 90% des populations sexuellement actives utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risque	Produit 1.4.1 : La promotion de l'usage du préservatif est assurée auprès des populations sexuellement actives	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Intensification de la communication pour déconstruire les préjugés liés aux préservatifs masculin et féminin - Stratégie 2 : Renforcement de la promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif masculin et féminin associé au gel lubrifiant à base d'eau lors des rapports sexuels à risque
	Produit 1.4.2 : La couverture des besoins nationaux en préservatifs et gels lubrifiants est assurée à 100% dans une approche de marché total	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Amélioration de la coordination des interventions et des acteurs pour une meilleure couverture des besoins - Stratégie 2 : Redynamisation du suivi de la mise en œuvre des interventions liées au marché total du préservatif
	Produit 1.4.3 : 100% des adultes, des jeunes et des adolescents ont accès aux préservatifs et gels lubrifiants	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Accroissement du réseau de distribution des préservatifs et gels lubrifiants - Stratégie 2 : Renforcement de la distribution gratuite des préservatifs et gels lubrifiants aux populations clés - Stratégie 3 : Promotion de la distribution gratuite des préservatifs et gels lubrifiants à l'endroit des autres populations vulnérables - Stratégie 4 : Renforcement du suivi de la distribution des préservatifs et gels lubrifiants
Effet 1.5 : D'ici 2025, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est validée avec l'appui des acteurs communautaires	Produit 1.5.1 : Le processus de certification de l'eTME est mis en place et fonctionnel d'ici fin 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Mise en place du comité national de suivi/coordination du processus de certification
	Produit 1.5.2 : 100% des femmes qui fréquentent les services de SMNI/SSR sont sensibilisées sur la PTME et le dépistage du VIH, syphilis et hépatites	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Promotion des avantages de la CPN au 1er trimestre de la grossesse et du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite pour les femmes enceintes - Stratégie 2 : Promotion de l'utilisation continue des services d'eTME et de l'accouchement dans un établissement de santé par les FE/FA vivant avec le VIH - Stratégie 3 : Renforcement des capacités des prestataires de SMNI/SSR

Impact 1 : En 2025, les nouvelles infections à VIH sont réduites de 70%

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
--------	----------	------------

	<p>Produit 1.5.3 : Au moins 95 des femmes enceintes attendues sont dépistées pour le VIH et reçoivent les résultats en CPN précoce (1^{er} trimestre de la grossesse)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Raffermissment de la collaboration avec les OBC et autres acteurs communautaires concernés dans les districts sanitaires en vue d'augmenter la couverture en CPN1 et le dépistage VIH, au cours du 1er trimestre de la grossesse - Stratégie 2 : Extension du paquet de services PTME dans les structures de santé du secteur privé, confessionnel et communautaire offrant des services de SMNI, y compris le rapportage des données - Stratégie 3 : Mise en place d'un système de monitoring du dépistage précoce des femmes enceintes (Premier trimestre de la grossesse) à travers un outil standardisé - Stratégie 6 : Intensification des stratégies avancées et intégrées (consultations foraines) en vue d'augmenter la couverture en CPN1 et le dépistage VIH des femmes enceintes au cours du 1er trimestre de la grossesse -
	<p>Produit 1.5.4 : Au moins 95% des couples mère-enfant sont retenus dans les soins jusqu'à la connaissance du statut sérologique définitif de l'enfant exposé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Amélioration de la couverture TARV chez la FE/FA séropositives au VIH - Stratégie 2 : Intensification de l'implication communautaire, par la mobilisation des leaders communautaires et des mères tutrices ("mères mentor") dans le suivi actif du couple mère-enfant - Stratégie 3 : Renforcement de l'implication des conjoints des FE/FA+ dans le suivi du couple mère-enfant par la mise à échelle des approches innovantes visant l'implication des hommes ("mari modèle", "mon mari, mon visa", intégration de certains services pour les conjoints, etc.) - Stratégie 4 : Amélioration du suivi actif du couple mère-enfant au niveau communautaire et clinique à toutes les portes d'entrée
	<p>Produit 1.5.5 : 100% des femmes enceintes séropositives ayant accouché bénéficient de soins dans un établissement sanitaire, y compris la prophylaxie ARV pour les enfants exposés dans les 72 heures suivant l'accouchement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'accouchement assisté par un prestataire qualifié et de référence active des femmes ayant accouché à domicile vers les centres de santé dans les 72 heures - Intensification de la référence active des femmes ayant accouché à domicile vers les centres de santé dans les 72 heures
	<p>Produit 1.5.6 : Au moins 95% des enfants exposés bénéficient concomitamment d'un dépistage précoce selon les directives PTME en vigueur et d'une prophylaxie au cotrimoxazole (CTX)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Accroissement de l'offre de service de Dépistage précoce dans les services de santé maternelle et infantile - Stratégie 2 : Intensification de la recherche active des enfants exposés aux autres portes d'entrée hors PTME et dans la communauté
	<p>Produit 1.5.7 : 100% des femmes vivant avec le VIH en âge de procréer reçoivent dans les services de SMNI/SRR (publics, privés, confessionnels ou</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité des produits contraceptifs y compris les préservatifs aussi bien au niveau central et au niveau des structures de SMNI publiques et privées assurant la PEC VIH - Promotion de l'offre et l'utilisation des services de la contraception chez les femmes et en particulier les FVVIH
<p>Impact 1 : En 2025, les nouvelles infections à VIH sont réduites de 70%</p>		

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
	communautaires) bénéficient d'une offre de méthode de contraception moderne	-

Impact 2 : En 2025, la mortalité liée au VIH est réduite de 50%

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
Effet 2.1 : En 2025, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH, grâce à la mobilisation communautaire et au passage à l'échelle des approches différenciées de services de dépistage	Produit 2.1.1 : 95% des PVVIH issues des populations clés (TS, HSH, Transgenres, UD/UDI et détenus) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut avec la contribution active des acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement de la promotion du dépistage y compris l'autotest auprès des populations clés par les pairs éducateurs (PE), les conseillers communautaires et via les TIC (réseaux sociaux pour HSH, Websites de rencontre, SMS...) - Stratégie 2 : Intensification du CDIP communautaire y compris la dispensation d'autotests par les pairs et lors des stratégies avancées d'offre de service de prévention combinée chez les TS (dépistage VIH couplé aux activités de CCC par les PE, consultation multimaladie et clinique de nuit couplés au dépistage VIH) - Stratégie 3 : Mobilisation des HSH par les PE à travers l'organisation de journées à thèmes et du réseautage pour les activités de changement de comportement couplés au CDIP avec un accent sur la dispensation d'autotests - Stratégie 4 : Intensification du CDIP communautaire y compris la dispensation d'autotests par les PE lors des stratégies avancées d'offre de service de réduction des risques chez les UD/UDI - Stratégie 5 : Renforcement du CDIP dans les infirmeries des MAC - Stratégie 6 : Renforcement de l'offre du CDIP y compris l'index testing et la dispensation des autotests à l'endroit des populations clés - Stratégie 7 : Renforcement de la référence active des populations clés dépistées en communauté vers les structures de PEC en vue de leur traitement ARV
	Produit 2.1.2 : 95% des PVVIH issues des populations vulnérables (clients des TS, personnes en situation de handicap, migrants, routiers, orpailleurs, personnes en uniforme) sont dépistées pour le VIH et connaissent leur statut avec la contribution active des acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Intégration du CDIP pour les partenaires sexuels des TS (clients et partenaires stables) lors des activités d'offre de services de prévention combinée aux TS - Stratégie 2 : Promotion du dépistage intégré VIH, diabète, HTA à l'endroit des hommes de 25 ans et plus au niveau des points chauds, des mines, gares routières et des casernes dans les districts prioritaires - Stratégie 3 : Renforcement du CDIP auprès des populations vulnérables dans les centres de santé publics et privés y compris les centres de santé des personnes en uniformes - Stratégie 4 : Réalisation d'études pour apprécier la connaissance de statut des PVVIH au sein des autres populations vulnérables et l'impact de l'autotest dans la demande du dépistage au sein des populations vulnérables y compris les populations clés

Impact 2 : En 2025, la mortalité liée au VIH est réduite de 50%

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
	Produit 2.1.3 : 95% des enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec la contribution active des acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Intensification du dépistage en approche famille/ index-testing - Stratégie 2 : Intensification du dépistage aux différentes portes d'entrée pédiatriques (pesée, vaccination, nutrition/ Diététique, centre social, consultations curatives, hospitalisations)
	Produit 2.1.4 : 95% des adolescents et jeunes de 15-24 ans vivant avec le VIH sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec la contribution active des acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Développement d'approches innovantes dans le dépistage ciblant les adolescents (es) et jeunes vulnérables (enfants dans la rue, enfants de la rue, enfants en conflits avec la loi, enfants en prédélinquance, enfants détenus, enfants exploités sexuellement) - Stratégie 3 : Intensification des approches innovantes dans le dépistage communautaire (Index-testing, dispensation d'autotest, Dreams, Super Go, Frère pour la vie, Ready, Life skills, stratégies avancées, cliniques de nuit, U-Test) avec un accent sur les districts prioritaires de la prévention et assurer le lien avec les services de PEC VIH
	Produit 2.1.5 : 95% des PVVIH de la population générale adulte sont dépistés pour le VIH et connaissent leur statut sérologique avec la contribution active des acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Promotion du CDV pour favoriser la demande du dépistage en cas de prise de risque au sein de la population générale - Stratégie 3 : Renforcement du dépistage des conjoints des femmes enceintes/allaitantes par la mise à échelle des approches innovantes ("mari modèle", "mon mari, mon visa", services pour les conjoints dans les SMNI, autotest, indextesting) - Stratégie 4 : Intensification des approches innovantes dans le dépistage communautaire à l'endroit des hommes et des femmes à risque (Index-testing, dispensation d'autotest, consultations multi maladies, Frère pour la vie) intégrant l'association des praticiens de la médecine traditionnelle des districts sanitaires et les responsables des camps de prières
	Produit 2.1.6 : 100% des points d'offre de dépistage offrent des services de qualité de façon continue	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement de l'utilisation des aide-mémoires et affiches des documents normatifs pour faciliter la mise en œuvre des directives de dépistage par les prestataires - Stratégie 3 : Renforcement du suivi de la mise en œuvre des directives de dépistage (supervision, coaching) - Stratégie 4 : Mise à échelle du mécanisme d'évaluation externe de la qualité du dépistage VIH (EEQ, certification des postes de dépistage, mis-diagnostic)
Effet 2.2 : En 2025, 95% des PVVIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral conforme aux directives nationales, avec la	Produit 2.2.1 : 100% des PVVIH nouvellement dépistés démarrent un traitement ARV adapté, avec l'appui des acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Cartographie et cadre de collaboration des ONG et OBC dans chaque District Sanitaire - Stratégie 2 : Renforcement de la mise en œuvre du "Tester et Traiter tous"
	Produit 2.2.2 : 95% des PVVIH adultes bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement des capacités des prestataires (médecins, des IDE/SFDE et acteurs communautaires) sur la mise en œuvre de la délégation encadrée de tâches

Impact 2 : En 2025, la mortalité liée au VIH est réduite de 50%

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
contribution active des acteurs communautaires		<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 2 : Mise en œuvre à large échelle de la délégation encadrée des tâches de prescription du traitement ARV aux IDE/SFDE dans toutes les structures de PEC VIH - Stratégie 3 : Optimisation de l'appropriation des directives nationales de PEC du VIH par l'ensemble des acteurs du niveau opérationnel (formation sanitaires publiques, privées, confessionnelles et communautaires) - Stratégie 4 : Intégration de la PEC VIH dans toutes les structures sanitaires au niveau national - Stratégie 5 : Passage à l'échelle de l'intégration de services adaptés pour les populations clés (TS, HSH, UD) dans les structures sanitaires publiques de PEC ARV au niveau national
	Produit 2.2.3 : 95% des enfants adolescents et jeunes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement ARV selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement de l'intégration de la PEC (pédiatrique et adulte) dans toutes les structures de PEC VIH - Stratégie 2 : Renforcement des capacités des prestataires sur le paquet de services de PEC ARV chez les adolescents et jeunes
	Produit 2.2.4 : 100% des PVVIH sous traitement ARV bénéficient du suivi clinique et biologique selon les directives nationales	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement du suivi clinique et biologique dans le cadre de la prise en charge des PVVIH
	Produit 2.2.5 : 100% des PVVIH bénéficient d'une recherche active de la tuberculose ; 80% des patients indemnes de la TB bénéficient d'un traitement préventif à l'INH (TPI) et 100% des PVVIH chez qui la tuberculose a été diagnostiquée d'un traitement curatif de la TB	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : renforcement de la mise en œuvre de la recherche active, du contrôle et de la prise en charge de la TB dans les structures de santé assurant la PEC VIH - Stratégie 2 : Renforcement des capacités des prestataires (cliniques et communautaires) sur la mise en œuvre de la TPI - Stratégie 3 : Optimisation du diagnostic et de la PEC des infections opportuniste chez les PVVIH
	Produit 2.2.6 : 100% des PVVIH bénéficient d'un dépistage et d'un traitement des comorbidités du VIH autre que la tuberculose (hépatites B et C, cancer du col utérin, diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale)	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Renforcement de la PEC du Diabète chez les PVVIH - Stratégie 2 ; Renforcement de la PEC des hépatites virales chez les PVVIH - Stratégie 4 : Renforcement de la prévention du cancer du col de l'utérus chez les jeunes filles de 9 ans et des femmes VIH+

Effet 2.3 : En 2025, 95% des PVVIH traités par ARV depuis au moins 12 mois ont une charge virale	Produit 2.3.1 : 95% des PVVIH adultes traités par ARV sont durablement maintenus dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois, etc.) et sont observants au traitement ARV	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Mise en œuvre à large échelle du paquet de services de rétention dans les soins pour les PVVIH adultes - Stratégie 2 : Mise en œuvre à large échelle de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) avec la participation des acteurs communautaires tant en milieu clinique que communautaire - Stratégie 3 : Promotion d'un environnement favorable à la rétention dans les soins des PVVIH
Impact 2 : En 2025, la mortalité liée au VIH est réduite de 50%		
EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
indétectable, avec la contribution active des acteurs communautaires et au passage à l'échelle des approches différenciées de services	grâce aux soins et soutiens (SPDP, soins palliatifs, prévention secondaire du cancer du col de l'utérus....) avec la contribution active des acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 4 : Soutien à tous les patients selon leurs besoins (psychologique, spirituel, nutritionnel, éducation/formation, socio-professionnel, économique, etc.) - Stratégie 5 : Implication des praticiens de la médecine traditionnelle et des responsables des camps de prières dans les activités de rétention dans les soins pour les PVVIH - Stratégie 6 : Renforcement de la communication sur services offerts aux PVVIH
	Produit 2.3.2 : 95% des PVVIH adolescents et enfants (y compris les OEV) traités par ARV sont durablement maintenus dans le système de soins (12 mois, 24 mois, 36 mois) et sont observants au traitement ARV grâce aux soins et soutiens (SPDP, soins palliatifs ...) avec la contribution active des acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Mise en œuvre à large échelle du paquet de services de rétention dans les soins pour les PVVIH enfants et adolescents - Stratégie 2 : Mise en œuvre à large échelle de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans les sites de PEC pédiatrique avec la participation des acteurs communautaires - Stratégie 3 : Soutien à tous les patients selon leurs besoins (psychologique, spirituel, nutritionnel, éducation/formation, socio-professionnel, économique, etc.) - Stratégie 4 : Mise en place des cadres conviviaux pour enfants et adolescents
	Produit 2.3.3 : 90% des PVVIH traités par ARV avec succès bénéficient des approches différenciées de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Intégration des approches différenciés de services de PEC dans tous les sites de PEC - Stratégie 2 : Mise en œuvre de la distribution communautaire des ARV avec la contribution des OBC engagées dans la prévention et la prise en charge du VIH - Stratégie 3 : Renforcement de la mise en œuvre des modèles/approches de soins différenciés existant (dispensation accélérée 3 mois ARV, groupe d'auto-support des patients stables 3 mois ARV, 6 mois de dispensation ARV) - Stratégie 4 : Mise en oeuvre des autres modèles/approches de soins différenciés (dispensation accélérée, groupe d'autosupport des patients stables, club thérapeutique, dispensation multi-mois)

	<p>Produit 2.3.4 : 100% des PVVIH traités par ARV (adultes, enfants et adolescents) bénéficient d'un suivi biologique de leur affection incluant la charge virale, selon les directives nationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Optimisation de l'offre de la mesure de la charge virale VIH aux PVVIH sous TARV - Stratégie 2 : Redynamisation du système d'acheminement des prélèvements biologiques y compris la charge virale au niveau communautaire - Stratégie 3 : Renforcement des capacités des prestataires clinique à l'utilisation de la charge virale (médecins, infirmiers, sages-femmes) - Stratégie 5 : Renforcement des capacités des ressources humaines et des capacités des prestataires de santé à la réalisation et l'utilisation de la charge virale (Pharmaciens, techniciens de laboratoire, gestionnaires de stocks) - Stratégie 6 : Mise à profit des NTIC pour le rendu des résultats - Stratégie 7 : Renforcement de la qualité des services et des données de suivi biologiques
--	--	--

Résultat impact 3 : D'ici 2025, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et le respect des droits humains renforcent l'ensemble des interventions de prévention et de prise en charge du VIH		
EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
<p>Effet 3.1 : En 2025 l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination</p>	<p>Produit 3.1.1 : La stigmatisation et la discrimination envers les PVVIH et les populations clés sont réduites de 75% dans les établissements de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des droits humains en lien avec le VIH et la TB dans les curricula de formation des professionnels de santé - Renforcement des capacités des prestataires de santé en poste sur les droits humains en lien avec le VIH et la TB - Amélioration des perceptions socio-culturelles des prestataires de santé à l'endroit des populations clés et des PVVIH - Renforcement du suivi communautaire sur la qualité et l'offre de service à l'endroit des PVVIH et des populations clés à travers le mécanisme national de surveillance communautaire sur la santé
	<p>Produit 3.1.2 : Les législateurs, les leaders d'opinion et les professionnels du parcours de justice contribuent à l'amélioration d'un environnement favorable à l'accès des populations clés aux services de prévention et de prise en charge du VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer auprès des législateurs pour la mise en place d'un environnement juridique favorable à l'accès des populations clés aux services de prévention et de prise en charge VIH - Plaidoyer auprès des leaders d'opinion et des professionnels du parcours de justice pour l'application des lois et textes favorables à l'accès des populations clés aux services de prévention et de prise en charge VIH - Renforcement des capacités des forces de l'ordre, professionnels du parcours de justice, des leaders d'opinion et acteurs clés sur les droits humains en lien avec le VIH
	<p>Produit 3.1.3 : 100% des PVVIH et populations clés bénéficient d'un soutien juridique et judiciaire dans le cadre du respect des droits humain</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la sensibilisation des populations clés et des PVVIH sur les réponses juridiques et judiciaires - Renforcement de l'assistance Juridique et judiciaire aux PVVIH et aux populations clés - Renforcement des liens entre les institutions offrant des services juridiques

Effet 3.2 : En 2025, l'impact du VIH parmi les femmes et les jeunes-filles est réduit grâce à l'alignement des politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et la lutte contre les violences basées sur le genre	Produit 3.2.1 : 100% des programmes de prévention et prise en charge du VIH prennent en compte la notion de l'équité et du genre	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de l'intégration des services dédiés aux femmes et aux jeunes filles dans les programmes de prévention et de prise en charge - Plaidoyer pour la prise en compte du VIH dans les politiques nationales sur le genre - Renforcement de l'accès à l'information des femmes et des jeunes filles sur les textes et voies de recours en matière de VBG - Renforcement de l'offre de services adaptés aux femmes et aux jeunes filles en situation d'handicap
	Produit 3.2.2 : 100% des cas de VBG bénéficient d'une assistance juridique et judiciaire	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place des cliniques juridiques autonomes promues par les OBC spécifiques au VIH - Renforcement des capacités des plateformes multisectoriels de lutte contre les VBG en lien avec le VIH - Intégration des services juridiques liés au VIH aux services gouvernementaux d'aide juridique
Effet 3.3 : D'ici 2025, la représentation du VIH/sida comme maladie chronique ordinaire s'est imposée	Produit 3.3.1 : Le cadre institutionnel de communication pour la lutte contre le VIH est renforcé	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la coordination des activités de communication pour un changement social et de comportements - Evaluation des activités de communication

Résultat impact 3 : D'ici 2025, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et le respect des droits humains renforcent l'ensemble des interventions de prévention et de prise en charge du VIH

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
dans la population générale grâce à une communication active	Produit 3.3.2 : D'ici 2025, 70% des populations ont une perception positive du VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de l'implication des PVVIH dans le changement de la perception sur le VIH/sida - Intensification de la communication pour changer la perception de la population générale sur le VIH - Amélioration de la communication à travers les outils innovants (digital) - Renforcement de la contribution des organes de presse pour changer la perception des populations sur le VIH - Renforcement des connaissances des PVVIH sur les avancées de la réponse au VIH - Renforcement de l'implication des praticiens de la médecine traditionnelle, des leaders religieux et des responsables de camps de prière dans la communication sur le VIH

Résultat impact 4 : La gouvernance de la réponse au VIH/sida et aux IST est renforcée à tous les niveaux pour en assurer l'accélération, l'efficacité, redevabilité et la durabilité

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
Effet 4.1 : Le leadership et la coordination de la réponse nationale au VIH/sida et aux	Produit 4.1.1 : La coordination de la riposte nationale au niveau décentralisé est renforcée	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Redynamisation des capacités des comités décentralisés de lutte contre le sida (CRLS, CDLS, CCLS, CVLS) en matière de coordination avec un sur l'initiative ville et VIH - Stratégie 2 : Renforcement des capacités des comités décentralisés

IST sont assurés efficacement aux niveaux central et décentralisé	Produit 4.1.2 : La coordination de la riposte nationale au niveau central est renforcée	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Redynamisation des comités sectoriels de lutte contre le sida (CSLS) - Stratégie 2 : Renforcement de l'engagement du secteur privé dans la réponse nationale au sida - Stratégie 3 : Mise en place d'un cadre de coordination multisectorielle efficace entre le secteur public, le secteur privé et le système communautaire
	Produit 4.1.3 : Le leadership de la riposte nationale est renforcé	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie 1 : Mise en main de la réponse nationale au sida par les autorités nationales au niveau central et décentralisé
Effet 4.2 : L'engagement communautaire apporte une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse au sida	Produit 4.2.1 : Le mécanisme de surveillance communautaire de la prise en charge et du respect des droits humains est fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à l'échelle de l'observatoire des droits humains - Mise à l'échelle de l'observatoire communautaire de l'accès au traitement
	Produit 4.2.2 : La coordination et la gouvernance du système communautaire sont renforcées	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la mobilisation des communautés en faveur de la réponse au VIH/sida - Renforcement du réseautage et de la coordination communautaire - Mise en place d'un cadre de redevabilité (des réseaux, des organisations de la société civile, des OBC...) au niveau central et décentralisé

Résultat impact 4 : La gouvernance de la réponse au VIH/sida et aux IST est renforcée à tous les niveaux pour en assurer l'accélération, l'efficience, redevabilité et la durabilité

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
		<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités organisationnelles et techniques des réseaux et faitières communautaires
	Produit 4.2.3 : Le cadre de partenariat entre les OSC, les institutions gouvernementales et les collectivités territoriales est institué	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une convention de partenariat axé sur les résultats entre les OSC et les structures sanitaires publiques - Renforcement du lien entre les structures communautaires et structures de santé - Renforcement de la synergie d'action entre les programmes de santé (PNLS, PNLP, PNLT, PNLHV, etc.), les directions centrales du MSHP (FNLS, DSC, etc.) et les OSC
	Produit 4.2.4 : 30% des financements pour les prestations de services VIH sont exécutés par les organisations communautaires d'ici 2025	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du mécanisme de financement de l'Etat aux organisations communautaires au niveau central et décentralisé (plaidoyer pour l'accroissement du financement) - Implication du secteur privé dans le financement des organisations communautaires
Effet 4.3 : Le financement du PSN par	Produit 4.3.1 : La contribution de l'Etat au financement de la lutte contre le sida s'accroît de 10% par an	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer pour l'augmentation continue de la contribution de l'Etat à la réponse au VIH/sida

les ressources domestiques (Etat, Collectivités Territoriales, Secteur Privé, CMU) et extérieures couvre l'ensemble des besoins du PSN 2021-2025	Produit 4.3.2 : D'ici 2025, les dépenses de santé liées au dépistage et la prise en charge du VIH sont intégrées dans le panier de soins de la Couverture Médicale Universelle (CMU)	- Plaidoyer auprès de la CMU pour l'intégration dans les paniers de soins des dépenses de santé liées au dépistage et à la prise en charge du VIH
	Produit 4.3.3 : La contribution du secteur privé au financement de la lutte contre le sida couvre 5% des besoins du PSN	- Plaidoyer auprès des entreprises du secteur privé pour des contributions citoyennes - Plaidoyer pour la prise en charge des dépenses liées au VIH par les compagnies d'assurances privées
	Produit 4.3.4 : La contribution des partenaires extérieurs au financement de la lutte contre le sida est stabilisée d'ici 2025	- Plaidoyer pour le financement du PSN 2021-2025 par les partenaires
	Produit 4.3.5 : Des approches innovantes de mobilisation des ressources financières sont mises en	- Plaidoyer auprès des collectivités décentralisées pour une contribution au financement de la réponse au sida - Promotion des mécanismes de contribution individuelle volontaire

Résultat impact 4 : La gouvernance de la réponse au VIH/sida et aux IST est renforcée à tous les niveaux pour en assurer l'accélération, l'efficience, redevabilité et la durabilité

EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
	œuvre pour accroître les financements domestiques	
Effet 4.4 : L'information stratégique de qualité sur le VIH/sida et les IST est régulièrement produite, analysée, diffusée et	Produit 4.4.1 : Le Système de S&E de routine est renforcé pour produire des données de qualité à tous les niveaux	- Redynamisation du cadre organisationnel et de coordination du SE - Renforcement des capacités des ressources humaines en matière de SE (qualité et quantité) - Disponibilité permanente des outils (papier et électronique) de collecte des données de routine (cliniques, communautaires, privés lucratifs, de laboratoire et logistiques) - Renforcement des capacités des prestataires sur le renseignement correct des outils de collecte de données (Registre PTME suivi Mère-Enfant, Agenda de gestion de RDV...) - Validation des données par site, par DDS, par DRS et au niveau national

utilisée pour la prise de décision,	Produit 4.4.2 : Produit 4.4.2 : Le système de surveillance et de recherche sur le VIH/sida et les IST est renforcé pour produire des données actualisées	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du cadre institutionnel et opérationnel de la surveillance épidémiologique du VIH/sida et IST à tous les niveaux de la pyramide sanitaire - Mise en place d'un système de surveillance de la résistance et la toxicité aux ARV selon les recommandations de l'OMS <ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la surveillance épidémiologique des IST - Réalisation des enquêtes, recherche et études sur le VIH/sida et les IST - Développement d'un partenariat entre le PNLS et les centres de recherche (Instituts, Médecine et Pharmacie) pour la recherche opérationnelle
	Produit 4.4.3 : L'information stratégique sur la riposte nationale au VIH/sida et IST est analysée, diffusée et utilisée à tous les niveaux pour la prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la rétro-information et du cadre diffusion de l'information stratégique - Renforcement du système de rapportage/diffusion des données sur le VIH/sida et les IST
Effet 4.5 : D'ici 2025, la chaîne d'approvisionnement est renforcée et permet de disponibiliser tous les intrants biomédicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des	Produit 4.5.1 : D'ici 2025, le financement des produits de santé nécessaires à la réponse au VIH/sida est optimisé	<ul style="list-style-type: none"> - Optimisation des financements de l'Etat pour l'achat des produits de santé du programme VIH de 2021 à 2025
	Produit 4.5.2 : D'ici 2025, 100% des clients directs de la NPSP sont livrés en produits de santé de qualité dans les délais et en quantité suffisante, pour la prise en charge des PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> - Planification des besoins et commandes des produits de santé du Programme - Disponibilité des ARV, médicaments pour la prévention et le traitement des IO et autres produits de santé de 2021 à 2025 pour la PEC des PVVIH et autres populations vulnérables - Amélioration de la coordination de la gestion des produits et approvisionnements au niveau central et déconcentré
Résultat impact 4 : La gouvernance de la réponse au VIH/sida et aux IST est renforcée à tous les niveaux pour en assurer l'accélération, l'efficacité, redevabilité et la durabilité		
EFFETS	PRODUITS	STRATEGIES
interventions du PSN dans les délais impartis et		<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement en gestion des achats et stocks à tous les niveaux - Déconcentration de la NPSP pour améliorer les délais de livraison des commandes des sites

aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, etc.)	Produit 4.5.3 : D'ici 2025 100% des clients directs de la NPSP recevant des médicaments et produits de santé pour la prise en charge des PVVIH respectent les normes de stockage	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des conditions de stockage des pharmacies des clients directs de la NPSP -
	Produit 4.5.4 : d'ici 2025, 100% des ESPC ne connaissent pas de rupture produits traceurs	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités de distribution en médicaments et produits de santé de qualité, pour la prise en charge des PVVIH, dans les délais et en bonne quantité au niveau des districts -
	Produit 4.5.5 : D'ici 2025, le contrôle qualité est effectué sur 100% des lots de médicaments antirétroviraux, tests de diagnostic du VIH, préservatifs et gels lubrifiants, médicaments pour IO	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la surveillance post-commercialisation des TDR, ARV, préservatifs, gels lubrifiants et médicaments pour IO - Renforcement des capacités du LNSP et acteurs de la réalisation de contrôle qualité des produits de santé

10. ANNEXES

10.1 Annexe 1 : Connaissance du statut chez les PVVIH par sexe et par tranche d'âge dans les districts sanitaires.

Régions	Districts	1er 90 par sexe et tranche d'âge à fin décembre 2019 avec PVVIH estimées de 2019			
		Enfants	Hommes	Femmes	ENSEMBLE (TOUT AGE)
ABIDJAN 1 GRANDS PONTS	ADJAME PLATEAU ATTECOUBE	41%	98%	102%	100%
	DABOU	79%	121%	144%	136%
	GRAND LAHOU	38%	51%	59%	56%
	JACQUEVILLE	57%	95%	103%	100%
	YOPOUGON EST	18%	43%	42%	42%
	YOPOUGON OUEST SONGON	75%	87%	123%	111%
ABIDJAN 2	ABOBO EST	64%	85%	90%	89%
	ABOBO OUEST	81%	76%	84%	81%
	ANYAMA	63%	81%	105%	97%
	COCODY BINGERVILLE	53%	76%	81%	79%
	KOUMASSI PORT BOUET VRIDI	48%	71%	81%	78%
	TREICHVILLE MARCORY	37%	73%	79%	77%
AGNEBY TIASSA ME	ADZOPE	31%	55%	58%	57%
	AGBOVILLE	50%	63%	73%	69%

AKOUBE	94%	118%	129%	126%
ALEPE	65%	85%	94%	91%
SIKENSI	88%	85%	104%	97%

	TIASSALE	60%	77%	98%	90%
BELIER	DIDIEVI	32%	84%	81%	82%
	TIEBISSOU	57%	78%	87%	84%
	TOUMODI	48%	91%	98%	96%
	YAMOOUSSOUKRO	65%	111%	110%	110%
BOUNKANI GONTOUGO	BONDOUKOU	61%	83%	74%	77%
	BOUNA	34%	58%	65%	62%
	NASSIAN	52%	122%	79%	94%
	TANDA	51%	95%	72%	80%
CAVALLY GUEMON	BANGOLO	16%	38%	54%	47%
	BLOLEQUIN	34%	64%	99%	86%
	DUEKOUE	37%	61%	85%	75%
	GUIGLO	59%	95%	119%	110%
	KOUIBLY	36%	81%	115%	102%
	TOULEPLEU	95%	97%	129%	117%
GBEKE	BEOUMI	53%	71%	66%	68%
	BOUAKE NORD EST	30%	40%	37%	38%
	BOUAKE NORD OUEST	149%	174%	208%	196%

	BOUAKE SUD	32%	66%	61%	62%
	SAKASSOU	74%	93%	95%	94%
GBOKLE NAWA SAN PEDRO	BUYO	13%	58%	48%	53%
	GUEYO	80%	68%	92%	83%
	MEAGUI	6%	13%	18%	16%
	SAN PEDRO	48%	71%	78%	75%
	SASSANDRA	55%	92%	99%	96%
	SOUBRE	36%	83%	109%	97%
	TABOU	52%	91%	103%	98%
GOH	GAGNOA	53%	70%	71%	71%
	OUME	37%	52%	55%	54%
HAMBOL	DABAKALA	53%	66%	68%	67%
	KATIOLA	58%	85%	95%	92%
	NIAKARA	53%	68%	76%	73%
HAUT SASSANDRA	DALOA	56%	70%	83%	78%
	ISSIA	38%	53%	65%	61%
	VAVOUA	32%	47%	58%	54%
INDENIE DJUABLIN	ABENGOUROU	54%	103%	109%	107%
	AGNIBILEKROU	51%	72%	86%	81%
	BETTIE	140%	112%	117%	115%
KABADOUGOU BAFING FOLON	MINIGNAN	35%	51%	64%	59%

	ODIENNE	95%	104%	105%	104%
	TOUBA	49%	88%	103%	97%
LOH DJIBOUA	DIVO	75%	99%	133%	119%
	FRESCO	61%	68%	90%	81%
	GUITRY	34%	39%	39%	39%
	LAKOTA	44%	72%	88%	81%
MARAHOUÉ	BOUAFLE	42%	46%	51%	49%
	SINFRA	42%	46%	50%	49%
	ZUENOULA	53%	74%	86%	82%
N'ZI IFFOU	BOCANDA	121%	75%	82%	80%
	BONGOUANOU	43%	59%	63%	62%
	DAOUKRO	59%	79%	88%	85%
	DIMBOKRO	78%	102%	117%	112%
	M'BAHIKRO	67%	76%	87%	83%
	PRIKRO	57%	68%	71%	70%
PORO TCHOLOGO BAGOUE	BOUNDIALI	55%	72%	69%	70%
	FERKESSEDOUGOU	60%	118%	106%	110%
	KORHOGO 1	70%	98%	91%	93%
	KORHOGO 2	8%	13%	21%	18%
	OUANGOLODOUGOU	40%	54%	56%	55%
	TENGRELA	53%	72%	100%	90%

SUD COMOE	ABOISSO	66%	78%	88%	84%
	ADIAKE	44%	70%	72%	71%
	GRAND BASSAM	53%	75%	74%	74%
TONKPI	BIANKOUMAN	15%	43%	62%	55%
	DANANE	59%	60%	68%	65%
	MAN	39%	69%	87%	80%
	ZOUAN HOUNIEN	41%	66%	79%	74%
WORODOUGOU BERE	MANKONO	32%	36%	41%	39%
	SEQUELA	32%	53%	76%	67%
NATIONAL		50%	74%	82%	79%

10.2. Annexe 2 : Cadre de performance

Impacts/Effets/Indicateurs	Mode de calcul	Valeur de base 2019			Valeur de base 2020 projetée à partir des données historiques			2021	2022	2023	2024	2025	source de vérification
		Valeur	Année	Source	Valeur	Année	Source	Cible PSN					
Impact 1: Les nouvelles infections à VIH sont réduites de 70% d'ici 2025													
Ind. 1.1. Nombre de nouvelles infections	Estimations Spectrum	12 187	2019	Spectrum 2020	10 631	2020	Spectrum 2020	9 166	7670	6174	4678	3189	Spectrum
Effet 1.1 : En 2025, 95% des populations clés (TS, HSH, Transgenres, UD/UDI et détenus) utilisent le paquet de services de prévention combinée selon des approches différenciées													
KP-1c(M) Pourcentage de professionnels du sexe ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis)	Âge (< 25, 25 ans ou plus) Sexe (femme, homme, transgenre) N : Nombre de professionnels du sexe ayant bénéficié de programmes préventifs ayant bénéficié de paquet de service de prévention combiné D : Nombre de professionnels du sexe estimé	77,0%	2019	Rapport d'activités	79,0%	2020	Rapport d'activités	81,0%	83,0%	86,0%	88,0%	90,0%	probabilité combiné (%sensibilisation x % dépisté x%préservatif) avec les cibles prévus

KP-1a(M) Pourcentage de HSH ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis)	N : Nombre de HSH ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis) D : Nombre estimé de HSH	38,0%	2019	Rapport d'activités	45,0%	2020	Rapport d'activités	55,0%	60,0%	70,0%	80,0%	90,0%	
KP-1b(M) Pourcentage de personnes Transgenre ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis)	N : Nombre de personnes Transgenre ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis) D : Nombre estimé de personnes Transgenre	ND			30.1%	2020	"Etude pour l'identification des besoins spécifiques en matière de prévention et prise en charge VIH/sida-IST chez les personnes transgenres à Abidjan 2020– Côte d'Ivoire "	42,1%	54,1%	66,0%	78,0%	90,0%	Rapport d'activités /Enquête
KP-1d(M)r Pourcentage de UD (y compris UDI) ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis)	Âge (< 25, 25 ans ou plus) Sexe (femme, homme, transgenre) N : Nombre de UD (y compris UDI) ayant bénéficié de programmes	82,6%	2019	Rapport d'activités	82,6%	2020	Rapport d'activités	82,6%	84,5%	86,3%	88,2%	90,0%	Rapport d'activités

	préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis) D : Nombre estimé de UD (y compris UDI)													
PNLS/Ind: Pourcentage de personnes présentant des signes d'IST et qui ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge	N : Nombre de personnes présentant des signes d'IST et qui ont recours à des services de prévention et de soins pour leur prise en charge D : Nombre de personnes présentant des signes d'IST	20%	2019	Données de routine/Rapport	23%	2020	Données de routine/Rapport	28%	34%	39%	45%	50,00%	Rapports d'activités/Enquête	
KP-1f(M)r Pourcentage de personnes en détention ou se trouvant dans d'autres lieux fermés ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis : cc+ dépistage)	N : Nombre de personnes en détention ou se trouvant dans d'autres lieux fermés ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis : cc+ dépistage) D : Nombre de	62%	2019	Rapport PNLs	68%	2020	Rapport PNLs	73%	79%	84%	90%	95,00%	Rapport PNLs	

	personnes en détention													
KP-6c Pourcentage de professionnels du sexe éligibles ayant commencé un traitement antirétroviral oral par PrEP durant la période de rapportage	N : Nombre de professionnelle du sexe éligible qui ont commencé la PrEP par voie orale au cours de la période considérée D : Nombre de professionnelle du sexe éligible à qui la PrEP a été proposée au cours de la période	ND	2019		ND	2020		1%	3,5%	6,5%	8%	10%	Rapport PNLS	
PNLS/Ind: Pourcentage de TS présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales	N : Nombre de TS présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales D : Nombre de TS présentant une IST	20%	2019	Données de routine/Rapport	23%	2020	Données de routine/Rapport	28%	34%	39%	45%	50,00 %	Rapports d'activités/Enquête ; dénominateur doit être identifié par les données de routine	

PNLS/Ind: Pourcentage des HSH présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales	N : Nombre de HSH présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales D : Nombre de HSH présentant une IST	32%	2019	Données de routine/Rapport	33%	2020	Données de routine/Rapport	38%	44%	49%	55%	60,00%	Données de routine/Rapports d'activités/Enquêtes
KP-5 Pourcentage d'individus recevant un traitement de substitution des opioïdes depuis au moins 6 mois	N : Nombre d'individu recevant un traitement de substitution des opioïdes depuis au moins 6 mois D : Nombre d'individus en besoin de TSO	0%	2019		0%	2020	Données Rapport MdM	4%	11%	18%	30%	40,00%	Rapport PNLs
KP-6a Pourcentage de HSH éligibles ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant commencé un traitement antirétroviral oral par PrEP durant la période de rapportage	N : Nombre de HSH éligible qui ont commencé la PrEP par voie orale au cours de la période considérée D : Nombre de HSH éligible à qui la PrEP a été proposée au cours de la période	ND	2019		3,5%	2020	Cohorte Espace Confiance (étude ANRS + PEPFAR)	7%	11%	16%	18%	20,00%	Données de routine/Rapports d'activités/Enquêtes

Effet 1.2 : En 2025, les approches différenciées de prévention sont développées au bénéfice des femmes et des hommes issues des autres populations vulnérables avec la contribution des acteurs communautaires

PNLS/Ind: Pourcentage de personnes atteintes d'une IST dépistées pour le VIH selon les directives nationales	N : Nombre de personnes atteintes d'une IST dépistées pour le VIH D : Nombre total de personnes atteintes d'une IST (Total des cas syndromiques, sans conjonctivite)	37%	2019	Donnée de routine	48%	2020	Donnée de routine	58%	69%	79%	90%	100,00 %	Rapport PNLs
KP-1e/r1 Pourcentage de personnes ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH parmi les clients des TS (incluant les routiers et les orpailleurs) (paquet de services définis)	N : Nombre de personnes ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH parmi les clients des TS (paquet de services définis) D : Nombre estimé des clients des TS de la zone	ND	2019		40%			50%	60%	70%	80%	90,00 %	Rapport PNLs
KP-1e/r2 Pourcentage de personnes ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH parmi les personnes en	N : Nombre de personnes ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH parmi les personnes en	ND			40%			50%	60%	70%	80%	90,00 %	Sources : Plan sectoriel de lutte contre le VIH/sida du Ministère de la Défense p.19

uniforme (paquet de services définis)	uniforme (paquet de services définis) D : Nombre estimé des personnes en uniforme de la zone													
KP-1e/r3 Pourcentage de personnes ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH parmi les personnes en situation de handicap (paquet de services définis)	N : Nombre de personnes ayant bénéficié de programmes préventifs de lutte contre le VIH parmi les personnes en situation de handicap (paquet de services définis) D : Nombre estimé des personnes en situation de handicap de la zone	ND			40%			50%	60%	70%	80%	90,00 %		
Effet 1.3 : En 2025, les adolescent(e)s et des jeunes de 15-24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH et des IST, et bénéficient d'une offre de service adaptée de prévention														
HIV O-18 Pourcentage de femmes entre 15 et 24 ans qui ont eu plus de	N : Nombre de femmes âgées de 15 à 24 ans ayant eu au moins deux partenaires	58%	2019	Enquête	63%	2020	Enquêtes	69%	74%	79%	85%	90,00 %	Enquête	

2 partenaires au cours des 12 derniers mois	sexuels au cours des 12 derniers mois D: Nombre total de femmes âgées de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois													
PNLS/Ind: Pourcentage d'adolescent(e)s et jeunes filles et garçons de 10 à 24 ans présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales	N: Nombre d'adolescent(e)s et jeunes filles et garçons de 10 à 24 ans présentant une IST qui bénéficient d'une prise en charge selon les directives nationales, D: Nombre d'adolescent(e)s et jeunes filles et garçons de 10 à 24 ans présentant une IST	15%	2019	Donnée de routine	19%	2020	Donnée de routine	26%	33%	41%	48%	55,00%	Donnée de routine	de
YP-2 Pourcentage d'adolescentes et de jeunes femmes bénéficiant de programmes	N: Nombre d'adolescentes et de jeunes femmes bénéficiant d'un ensemble de	20%	2019	Rapport de Modélisation	28%	2020	Rapports d'activités	37%	45%	53%	62%	70,00%	Rapport PNLSDPJ Rapport DMOSS	

préventifs de lutte contre le VIH (paquet de services définis)	services défini par les programmes de prévention du VIH D: Nombre estimé d'adolescentes et de jeunes femmes dans la zone ciblée														
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Effet 1.4 : D'ici 2025, 90% des populations sexuellement actives utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels à risque

HIV O-5(M) Pourcentage de professionnels du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	N: Nombre de professionnel du sexe ayant déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client D: Nombre de professionnel du sexe ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles commerciales au cours des 12 derniers mois	73,20 %	2017	Evaluation à mi-parcours du projet IMPACT-CI Août 2017	73,20 %	2020	Evaluation à mi-parcours du projet IMPACT-CI Août 2017	76,42 %	79,81 %	83,21 %	86,60 %	90,00 %	Enquête LQAS	IBBS,
---	--	---------	------	--	---------	------	--	---------	---------	---------	---------	---------	--------------	-------

<p>Ind HIV O-4a(M) : Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire occasionnel</p>	<p>N: Nombre de HSH qui déclarent qu'un préservatif a été utilisé la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles anales avec un partenaire non régulier au cours des six derniers mois D: Nombre de HSH qui déclarent avoir eu des relations sexuelles anales avec un partenaire occasionnel au cours des six derniers mois</p>	75,05 %	2017	Cartographie programmatique chez les HSH à Abidjan utilisant la méthode PLACE avancée 2017	75,05 %	2020	Enquêtes	78%	81%	84%	87%	90,00 %	Enquête IBBS Abidjan , LQAS
<p>HIV O-9 Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel</p>	<p>N: Nombre de UDI qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel D: Nombre de UDI qui déclarent avoir injecté et avoir eu des rapports sexuels</p>	59%	2016	Rapport Cartographie des sites de fréquentation des UD à Bouyaké et Yamoussoukro. ENDA Santé	59%	2020	Enquêtes	59,0%	66,8%	74,5%	82,3%	90,00 %	Enquête IBBS, LQAS

	au cours du dernier mois														
HIV O-7r Pourcentage de personnes appartenant à d'autres populations vulnérables (clients des TS) qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	N: Nombre d'autres populations vulnérables (clients des TS) qui ont déclaré qu'un préservatif avait été utilisé lors de leur dernier rapport sexuel. D: Nombre d'autres populations vulnérables (clients des TS) enquêtées	51%	2019	Enquête	58%	2020	Enquête	64%	71%	77%	84%	90,00 %	Enquête LQAS	IBBS,	
PNLS/Ind : Pourcentage de besoins nationaux en préservatifs masculins et féminins satisfaits	N: Nombre de préservatifs masculins et féminins acquis D: Nombre de préservatifs masculins et féminins	92%	2019	Données de routine	100%	2020	Données de routine	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNL		

	quantifiés (besoins estimés)													
PNLS/Ind: Pourcentage de préservatifs masculins et féminins acquis distribués	N: Nombre de préservatifs masculins et féminins distribués D: Nombre de préservatifs masculins et féminins acquis	79%	2019	Données de routine	100%	2020	Données de routine	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNL
HIV O-10 Pourcentage de personnes interrogées qui disent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non marié/ non cohabitant, parmi celles qui ont eu des rapports sexuels avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois	N: Nombre de répondants qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire non conjugal et non cohabitant D: Nombre total de répondants ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire non conjugal et non cohabitant au cours des 12 derniers mois	44,6%	2019	CIPHA 2017-2018	49%	2020	Enquêtes	53%	57%	62%	66%	70%	Enquête	

Effet 1.5 : D'ici 2025, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est validée avec l'appui des acteurs communautaires

2.2. ONUSIDA Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant y compris la période d'allaitement	Estimation Spectrum	10,13 %	2019	Spectrum	7,06%	2020	Spectrum	6,05%	5,04%	4,02%	3,01%	2,00%	Spectrum
PMTCT-1 Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique pour le VIH	Numérateur : Nombre de femmes enceintes dépistées pour le VIH et qui reçoivent le résultat du test Dénominateur : Nombre de grossesses attendues	97%	2019	Routine 2019	95%	2020	Routine 2019	96,0%	97,0%	98,0%	98,0%	98,00 %	Données de routine/Rapport VIH
PMTCT-2.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives pour le VIH ayant reçu une TARV durant leur grossesse et/ou le travail et l'accouchement	N: Nombre de femmes enceintes/allaitantes séropositives mises sous traitement ARV Dénominateur: Nombre de femmes enceintes séropositives attendues (spectrum	79%	2019	Routine 2019/Spectrum	82%	2020	Routine 2019/Spectrum	85,0%	87,0%	90,0%	92,0%	95,00 %	Données de routine/Rapport VIH

<p>PMTCT-3.1 Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance</p>	<p>N: Nombre d'enfants nés de mère séropositives bénéficiant d'un dépistage précoce et qui reçoivent le résultat selon les directives nationales (avant 2 mois) D: Nombre estimé de femmes enceintes séropositives</p>	53%	2019	Rapport PNLs 2019/Spectrum	54%	2020	Routine 2019/Spectrum	67,0%	74,0%	81,0%	88,0%	95,00%	Données de routine/Rapport VIH
<p>PMTCT-3.1/ Révisé Pourcentage de nourrissons exposés au VIH ayant bénéficié d'un dépistage du VIH entre 2 et 9 mois suivant leur naissance</p>	<p>N: Nombre d'enfants nés de mère séropositives bénéficiant d'un dépistage précoce et qui reçoivent le résultat selon les directives nationales (entre 2 et 9 mois) D: Nombre estimé de femmes enceintes séropositives</p>	16%	2019	Rapport PNLs 2019/Spectrum	15%	2020	Routine 2019/Spectrum	10,0%	7,0%	5,0%	3,0%	2,00%	Rapport PNLs

PNLS/Ind: Taux de cas de nouvelles infections pédiatriques par le VIH dû à la transmission Mère-Enfant pour 100 000 naissances	Spectrum (incidence des enfants de 0-4 ans)	49 pour 100 000	2019	Spectrum 2020	49 pour 100 000	2020	Spectrum	50 pour 100 000	Spectrum				
--	---	-----------------	------	---------------	-----------------	------	----------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	----------

Impact 2 : D'ici 2020, la mortalité des PVVIH est réduite de 50%

Ind 2.1. Nombre de décès liés au sida	Estimation Spectrum	12 893	2019	Spectrum	11 303	2020	Spectrum	9 849	9 352	8 973	8 619	8 318	Spectrum
Ind 2.2. Taux de mortalité dû au sida (p. 100 000)	Estimation Spectrum	51,69	2019	Spectrum	44,17	2020	Spectrum	37,52	34,74	32,51	30,45	28,67	Spectrum

Effet 2.1 : En 2025, 95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique pour le VIH, grâce à la mobilisation communautaire et au passage à l'échelle des approches différenciées de services de dépistage

HIV O-11(M) Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique à la fin de la période de rapportage	Sexe (femme, homme, transgenre)N: Nombre de PVVIH diagnostiquésD: Nombre estimé de PVVIH	79%	2019	Rapport PNLs + estimation Spectrum	80%	2020	PSN 2016-2020	83%	86%	89%	92%	95,00 %	Rapport PNLs
PNLS/Ind : Pourcentage de personnes âgées de 25 ans et plus dépistées pour le VIH et ayant reçu le résultat du test chaque année	N : Nombre d'hommes âgés de 25 ans et plus dépistés pour le VIH et ayant reçu le résultat du test D : Nombre d'hommes âgés	8,32%	2019	Rapport PNLs/Données populations INS 2019	12%	2020	Rapport PNLs/Données populations INS 2019	15%	19%	23%	26%	30,00 %	Rapport PNLs

	de 25 ans et plus (INS)													
	N : Nombre de Femmes âgées de 25 ans et plus dépistés pour le VIH et ayant reçu le résultat du test D : Nombre Femmes âgées de 25 ans et plus (INS)	31,93 %	2019	Rapport PNLs/Données populations INS 2019	35%	2020	Rapport PNLs/Données populations INS 2019	38%	41%	44%	47%	50,00 %	Rapport PNLs	
HTS-2 Nombre d'adolescentes et de jeunes femmes 15-24 ans chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	N : Nombre d'adolescentes et de jeunes femmes qui ont subi un test de dépistage du VIH et ont reçu leurs résultats au cours de la période considérée	416 309	2019	Données de routine	486 160	2020	Données de routine	505 148	525 818	547 264	568 721	592 077	Rapport PNLs	
HTS-3a(M) Pourcentage de HSH chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	N : Nombre de HSH chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat D : Nombre de HSH estimé	38,00 %	2019	Données Rapport PNLs 2019	50%	2020	Données d'Alliance et projet Protect	60%	70%	80%	90%	95,00 %	Rapport PNLs	

HTS-3c (M) Pourcentage de TS chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	N : Nombre de TS chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat D : Nombre de TS estimé	77,00 %	2019	Données Rapport PNLs 2019	80%	2020	Données Alliance + projet Protect	83%	86%	89%	92%	95,00 %	Rapport PNLs
HTS-3d(M)r Pourcentage de personnes UD (y compris UDI) qui s'injectent des drogues chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat	N : personnes UD (y compris) qui s'injectent des drogues chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage et qui connaissent leur résultat D : Nombre de personnes UD (y compris) estimé	61%	2019	Données Alliance + Enda Sante	67%	2020	Données Alliance + Enda Sante	72%	78%	84%	89%	95,00 %	Données Alliance + Enda Sante
HTS-3f(M)r Pourcentage de personnes en détention ou se trouvant dans d'autres lieux fermés chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé durant la période de rapportage	N: Nombre de détenus dépistés pour le VIH et ayant retiré le résultat du Test D: Nombre de détenus de la période	54%	2019	Données de routine/MAC	60%	2020	Données de routine/MAC	66%	72%	78%	84%	90,00 %	Données de routine/MAC

et qui connaissent leur résultat														
PNLS/Ind : Proportion Anciens détenus	N: Nombre d'anciens détenus dépistés pour le VIH et ayant retiré le résultat du Test D: Nombre d'anciens détenus de la période	36%	2019	Données de routine/MAC	41,67 %	2020	Données de routine/MAC	47,33 %	53,00 %	58,67 %	64,33 %	70,00 %	Données de routine/MAC	
PNLS/Ind : Proportion Nouveaux détenus	N: Nombre de nouveaux détenus dépistés pour le VIH et ayant retiré le résultat du Test D: Nombre de nouveaux détenus de la période	67%	2019	Données de routine/MAC	71,67 %	2020	Données de routine/MAC	76,33 %	81,00 %	85,67 %	90,33 %	95,00 %	Données de routine/MAC	
PNLS/Ind : Proportion de détenus vivant avec le VIH sous ARV	N: Nombre de détenus sous ARV D: Nombre de détenus vivant avec le VIH (présents dans les MAC)	94,18 %	2019	Données de routine/MAC	94,82 %	2020	Données de routine/MAC	95,45 %	96,09 %	96,73 %	97,36 %	98,00 %	Données de routine/MAC	
PNLS/Ind : Nombre de clients dépistés pour le VIH dans la	Comptage	437292	2019	Rapport d'Activité	447743	2020	Rapport d'Activité	458195	468646	479097	489549	500000	Rapport PNL	

communauté et ayant reçu le résultat du test													
PNLS/Ind : Nombre de clients dépistés testés positifs pour le VIH dans la communauté	Comptage	12 100	2019	Tous les communautés	8 675	2020	Tous les communautés	6 880	5 454	4 321	4 406	4 500	Rapport PNLs
PNLS/Ind : Nombre d'autotests VIH dispensés	Comptage	60 835	2019	Rapport PNLs (Données de routine)	101 183	2020	Rapport PNLs (Données de routine)	129 774	191 144	281 537	414 676	610 777	Rapport PNLs (Données de routine)

Effet 2.2 : En 2025, 95% des PVVIH connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral conforme aux directives nationales, avec la contribution active des acteurs communautaires

TCS-1c(M) Pourcentage d'enfants (de moins de 15 ans) sous TARV parmi tous les enfants vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage	N: Nombre d'enfants (0-14 ans) sous traitement ARV D: Nombre estimé de PVVIH enfants (0-14 ans)	35,80 %	2019	Rapport PNLs + estimation Spectrum	46%	2020	Rapport PNLs + estimation Spectrum	55,67 %	65,50 %	75,33 %	85,17 %	95,00 %	Rapport PNLs (Données de routine)
TCS-1b(M) Pourcentage d'adultes (15 ans et plus) sous TARV parmi tous les adultes vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage	Sexe (femme, homme, transgenre) Sexe Âge (femme de 15 ans ou plus, homme de 15 ans ou plus, N: Nombre de PVVIH adultes et adolescents sous traitement ARV D: Nombre	65%	2019	Rapport PNLs + estimation Spectrum	68,00 %	2020	Rapport PNLs + estimation Spectrum	73,42 %	77,63 %	81,83 %	86,04 %	90,30 %	Rapport PNLs

	estimé de PVVIH adultes et adolescents													
TCS-1.1(M) Pourcentage de personnes sous TARV parmi toutes les personnes vivant avec le VIH à la fin de la période de rapportage	N: Nombre de PVVIH sous traitement ARV D: Nombre estimé de PVVIH	62.76 %	2019	Rapport PNLs + estimation Spectrum	67.6%	2020	Rapport PNLs + estimation Spectrum	72.3%	76.9%	81,5%	86%	90,25 %	Rapport PNLs	
HTS-5 : Pourcentage de personnes (population générale, HSH, TS, Transgenre, UD/UDI, détenus) récemment diagnostiqués comme séropositives admises dans les services de prise en charge	N: Nombre de patients nouvellement dépistés positifs (population générale, HSH, TS, Transgenre, UD/UDI, détenus) au VIH au cours de la période de rapportage et mis sous traitement ARV D: Nombre de patients nouvellement dépistés positifs (population générale, HSH, TS, Transgenre, UD/UDI, détenus) au cours de la	100%	2019	Rapport PNLs	98%	2020	Rapport PNLs	98%	98%	98%	98%	98%	Rapport PNLs	

	période de rapportage														
Pourcentage de PVVIH enfants (0-14 ans) sous ARV maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement	N: Nombre de PVVIH enfants (0-14 ans) de la cohorte encore en vie et sous ARV 12 mois après l'initiation du traitement D: Nombre total de PVVIH enfants (0-14 ans) de la cohorte initiale	79%	2019	Rapport PNL	81,67 %	2020	Rapport PNL	84,33 %	87,00 %	89,67 %	92,33 %	95,00 %	Rapport PNL		
PNL/Ind: Pourcentage de PVVIH adultes et adolescents sous ARV maintenus dans les soins 12 mois après l'initiation du traitement	N: Nombre de PVVIH adultes et adolescents de la cohorte encore en vie et sous ARV 12 mois après l'initiation du traitement D: Nombre total de PVVIH adultes et adolescents de la cohorte initiale	89%	2019	Rapport PNL	90%	2020	Rapport PNL	91%	92%	93%	94%	95,00 %	Rapport PNL		
PNL/Ind: Pourcentage de PVVIH enfants et adultes sous ARV maintenus dans les soins 12 mois	N: Nombre de PVVIH enfants et adultes de la cohorte encore en vie et sous ARV 12 mois	89%	2019	Rapport PNL	90%	2020	Rapport PNL	91%	92%	93%	94%	95,00 %	Rapport PNL		

après l'initiation du traitement	après l'initiation du traitement D: Nombre total de PVVIH enfants et adultes de la cohorte initiale													
PNLS/Ind : Pourcentage de PVVIH ayant bénéficié d'une recherche active de la tuberculose à la dernière visite	N: Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une recherche active de la tuberculose à la dernière visite D: Nombre de PVVIH ayant reçus les soins VIH dans l'établissement au cours de la période	75%	2019	Rapport PNL	79%	2020	Rapport PNL	83%	88%	92%	96%	100%	Rapport PNL	
TB/HIV-6 ^(M) Pourcentage de patients tuberculeux (nouveaux cas et récurrences) séropositifs au VIH sous traitement antirétroviral pendant leur traitement antituberculeux (Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant débuté 1 traitement antirétroviral et souffrant d'une	N: Nombre de cas et rechutes de TB séropositifs au VIH ayant débuté le traitement ARV D: Nombre de cas et rechutes de TB séropositifs au VIH	100%	2019	Rapport routine/ Rapport VIH	100%	2020	Rapport PNL	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNL	

tuberculose active au cours de la période de référence)														
TB/HIV-7 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral qui ont commencé la thérapie préventive de la tuberculose parmi celles éligibles durant la période de rapportage	N: Nombre de PVVIH sous ARV ayant débuté le traitement préventif par l'isoniazide D: Nombre de patients VIH positif éligibles durant la période de rapportage	0,14%	2019	Rapport PNLs/PNLT	7,8%	2020	Rapport PNLT/PNLS	31,1%	45,4%	59,5%	68,6%	80,0%	Rapport PNLs/PNLT	
Effet 2.3 : En 2025, 95% des PVVIH traités par ARV depuis au moins 12 mois ont une charge virale indétectable, avec la contribution active des acteurs communautaires et au passage à l'échelle des approches différenciées de services														
HIV O-12 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont une charge virale indétectable	N : Nombre de PVVIH sous ARV ayant une suppression virale D : Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement ARV (File active)	71,0%	2019	Rapport PNLs	74,7%	2020	Rapport PNLs	78,3%	82,0%	85,7%	89,3%	93,0%	Rapport PNLs	
Ind: Pourcentage de PVVIH sous ARV (adulte /adolescent et	N : Nombre de PVVIH sous ARV bénéficiant de	94%	2019	Rapport PNLs	95%	2020	Rapport PNLs	96%	97%	98%	99%	100%	Rapport PNLs	

enfant) bénéficiant de l'examen de charge virale selon les directives nationales	l'examen de la charge virale D : Nombre de PVVIH sous ARV													
HIV O-12 enfants (0-14 ans)	N : Nombre de PVVIH enfants (0-14 ans) ayant une suppression virale D : Nombre de PVVIH enfants (0-14 ans) ayant bénéficié de la charge virale	60,1%	2019	Rapport PNL	65,6%	2020	Rapport PNL	71,1%	76,6%	82,0%	87,5%	93%	Rapport PNL	
HIV O-12 Adultes et adolescents	N : Nombre de PVVIH Adultes et adolescents ayant une suppression virale D : Nombre de PVVIH adultes et adolescents ayant bénéficié de la charge virale	77,6%	2019	Rapport PNL	80,2%	2020	Rapport PNL	82,7%	85,3%	87,9%	90,4%	93,0%	Rapport PNL	
PNL/Ind : Pourcentage de PVVIH sous ARV stables enrôlés dans un modèle de soins différenciés	N : Nombre de PVVIH sous ARV stables enrôlés dans un modèle de soins différenciés D : Nombre de patients sous ARV	21%	2019	Rapport PNL	33%	2020	Rapport PNL	44%	55,50%	67%	79%	90%	Rapport PNL	

<p>HIV O-21 : Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et ne recevant pas de traitement ARV à la fin de la période de rapportage parmi les personnes vivant avec le VIH recevant un traitement ARV à la fin de la période précédente de rapportage où ayant initié le traitement ARV durant la période de rapportage (Taux d'attrition)</p>	<p>N : Nombre de PVVIH sous traitement ARV à la fin de la dernière période de rapportage plus nombre de PVVIH nouvellement initié au traitement ARV pendant la période de rapportage actuelle qui ne suivaient pas de traitement à la fin de la période de rapportage précédente (y compris celles qui sont décédées et ont arrêté le traitement et ont été perdues de vue) = (FA de la période précédente plus les Nouvelles Inclusions de la période en cours moins la FA Actuelle)</p> <p>D : Nombre de</p>	11%	2019	Rapport PNLS	10%	2020	Rapport PNLS	09%	08%	07%	06%	05%	Rapport PNLS
---	--	-----	------	--------------	-----	------	--------------	-----	-----	-----	-----	-----	--------------

personnes déclarées sous traitement ARV à la fin de la dernière période de rapportage plus les personnes nouvellement mises sous traitement ARV pendant la période de rapportage actuelle = FA de la période précédente plus les Nouvelles Inclusions de la période en cours													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Impact 3 : D'ici 2025, La réduction de la stigmatisation et de la discrimination et le respect des droits humains renforcent l'ensemble des interventions de prévention et de prise en charge du VIH/sida

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH déclarant avoir été victimes de discrimination liée au VIH dans les services de soins de santé	40%	2019	Rapport d'Etude Index Stigmat 2016	36%	2020	Enquête	31%	26%	22%	17%	12%	Enquête
--	-----	------	------------------------------------	-----	------	---------	-----	-----	-----	-----	-----	---------

Effet 3.1 : En 2025 l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la stigmatisation et la discrimination

HIV O-16a Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) évitant d'avoir recours aux services de soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination encourues	N : Nombre de répondants qui répondent oui à l'une des questions suivantes D: Nombre de répondants	22,6%	2015	IBBS 2014-2015	22%	2020	Enquête	22%	21%	20%	19%	19%	Etude IBBS chez le HSH
HIV O-16c Pourcentage de professionnels du sexe évitant d'avoir recours aux services de soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination encourues	N : Nombre de répondants qui répondent oui à l'une des questions suivantes D: Nombre de répondants	6,3%	2015	IBBS 2014-2015	5%	2020	Enquête	5%	4%	3%	2%	2%	Etude IBBS
Effet 3.2 : En 2025, l'impact du VIH parmi les femmes et les jeunes-filles est réduit grâce à l'alignement des politiques nationales sur l'égalité entre les sexes et la lutte contre les violences basées sur le genre													
HIV O-17 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH déclarant avoir exercé un recours judiciaire à la suite de la violation de leurs droits	N: Nombre de cas de violation de droits des PVVIH et populations clés répertoriées et ayant bénéficié d'une assistance juridique D: Nombre de cas de violation de droits des PVVIH	100%	2019	Données Activités	100%	2020	Données Activités	100%	100%	100%	100%	100%	Données Activités

PNLS/Ind : Pourcentage de d'organes de coordination régionaux fonctionnels	N: Nombre de d'organes de coordination régionaux fonctionnels D: Nombre de d'organes de coordination régionaux	32%	2019	Rapport PNL	43,30 %	2020	Rapport PNL	54,7%	66,0%	77,3%	88,7%	100,0 %	Rapport PNL
PNLS/Ind : Pourcentage de réunions de coordination multisectorielle organisées (4 réunions par secteur, (12) /an)	N: Nombre de réunions de coordination multisectorielle organisées D: Nombre de réunions de coordination multisectorielle prévue	7%	2019	Rapport PNL	18,30 %	2020	Rapport PNL	29,7%	41,0%	52,3%	63,7%	75,0%	Rapport PNL
PNLS/Ind : Pourcentage de districts qui ont transmis leur rapport à temps selon les directives nationales	N : nombre de districts qui ont transmis leur rapport à temps selon les directives nationales D: Nombre total de districts	86%	2019	Rapport DIIS	100,00 %	2020	Rapport DIIS	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	Rapport DIIS
Effet 4.2 : L'engagement communautaire apporte une contribution majeure et synergique à l'accélération de la réponse à l'épidémie de VIH/sida													
PNLS/Ind: Proportion d'ONG de lutte contre le sida fournissant des rapports mensuels aux	N: Nombre d'ONG de lutte contre le VIH de l'aire sanitaire ayant fourni des	56%	2019	Rapport DIIS/PNL	63%	2020	Rapport DIIS/PNL	70,70 %	78,00 %	85,30 %	92,70 %	100%	Rapport DIIS/PNL

Districts sanitaires (DS)	rappports mensuels au DS D: Nombre d'ONG de lutte contre le VIH de l'aire sanitaire du District														
---------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Effet 4.3 : Le financement du PSN par les ressources domestiques (Etat, Collectivités Territoriales et Secteur Privé, CMU) et internationales couvre l'ensemble des besoins du PSN 2021-2025

PNLS/Ind: Taux d'accroissement annuel des dépenses liées au VIH/sida	(Dépense de l'année n - dépense de l'année (n-1))/dépense de l'année (n-1)	15%	2018	Analyse du financement PSN 2016-2020	15%	2020	rapport PNLS	15%	15%	15%	15%	15%	15%	rapport PNLS
PNLS/Ind: Part de la contribution de l'état au financement de la lutte contre le VIH/sida	N: contribution de l'état au financement de la lutte contre le VIH/sida D: besoins financiers totaux de la lutte contre le sida	21%	2018	Rapport analyse du financement PSN 2016-2020	20%	2020	rapport PNLS	22%	24%	26%	28%	30%	rapport PNLS	
PNLS/Ind: Part de la contribution du secteur privé au financement de la lutte contre le VIH/sida	N: contribution du secteur privé au financement de la lutte contre le VIH/sida D: besoins financiers totaux de la lutte contre le sida	0,80%	2018	Rapport analyse du financement PSN 2016-2020	1,00%	2020	rapport PNLS	1,80%	2,60%	3,4%	4,2%	5%	rapport PNLS	

PNLS/Ind: Part de la contribution des partenaires extérieurs au financement de la lutte contre le VIH/sida	N: contribution des partenaires extérieurs au financement de la lutte contre le VIH/sida D: besoins financiers totaux de la lutte contre le sida	79%	2 018	Rapport analyse du financement PSN 2016-2020	79%	2020	Rapport PNLs	76%	73%	71%	68%	65%	rapport PNLs
Effet 4.4 : L'information stratégique de qualité sur le VIH/sida et les IST est régulièrement produite, analysée, diffusée et utilisée pour la prise de décision													
PNLS/Ind: Proportion de réunions des organes de coordination (CNLS et comité sectoriel) centraux planifiées réalisées (1 CNLS, 2 CCLS, 4 CTLS) par an	N: Nombre de réunions réalisées par an D: Nombre de réunions planifiées par an	85%	2 019	Rapport PNLs	88%	2020	Rapport PNLs	90%	93%	95%	98%	100%	Rapport PNLs
PNLS/Ind: Pourcentage d'enquêtes et de recherches opérationnelles planifiées dans le PSN 2021-2025 et dans le plan de surveillance épidémiologique 2020-2024, réalisées	N: Nombre d'enquêtes et de recherches opérationnelles planifiées réalisées D: Nombre d'enquêtes et de recherches opérationnelles du PSN 2021-2025 et du plan de surveillance épidémiologique	25%	2 019	Rapports PNLs/DIIS	50%	2020	Rapports PNLs/DIIS	50%	60%	70%	80%	90%	Rapports PNLs/DIIS

du VIH 2020 - 2024 planifiées													
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Effet 4.5 : d'Ici 2025, la chaine d'approvisionnement est renforcée et permet de disponibiliser tous les intrants biomédicaux de qualité nécessaires à la mise en œuvre des interventions du PSN dans les délais impartis et aux meilleurs prix (médicaments, réactifs, consommables, tests, préservatifs, etc.)

PNLS/Ind : Pourcentage de structures de prise en charge des PVVIH enregistrant 0% de rupture de stock des produits traceurs	N: Nombre de structures de prise en charge des PVVIH clients directs de la NPSP enregistrant 0% de rupture de stock des produits traceurs D: Nombre total de structures de prise en charge des PVVIH clients directs de la NPSP	26%	2019	Rapport de RETRO Information /% de structures ayant connues une rupture	35%	2020	Rapport de RETRO Information /% de structures ayant connues une rupture	50%	65%	80%	90%	95%	Rapport de RETRO Information /% de structures ayant connues une rupture
--	--	-----	------	---	-----	------	---	-----	-----	-----	-----	-----	---

10.3. Annexe 3 : Liste des participants

COMITE DE COORDINATION DU PSN 2021-2025

	NOMS ET PRENOMS	FONCTIONS	STRUCTURES	CONTACT	EMAILS
1	PROF. EHUI EBOI	DIRECTEUR COORDONNATEUR	PNLS	05 05 06 28 66	ehui.eboi@pnls-ci.com
2	DR NAZAGUEHI LADJI PATRICE	DIRECTEUR COORDONNATEUR ADJOINT	PNLS	05 05 03 01 70	ladji.patrice@pnls-ci.com
3	DR QUENUM BRIGITTE	DIRECTRICE PAYS	ONUSIDA	2722479920	quenumb@unaid.org
	DIABAGATE ABDRAMANE	CHEF DE SERVICE SUIVI- EVALUATION	PNLS	05 05 06 73 95	diabagate.abdrmane@pnls-ci.com
4	DR YEPIE STEPHANE	CHEF DE SERVICE IST	PNLS	0554399498	yapi.yepie@pnls-ci.com
5	BAMBA INZA	ASSISTANT SUIVI- EVALUATION	PNLS	0505100791	bamba.inza@pnls-ci.com
6	SQUARE OUSMANE	ASSISTANT SUIVI- EVALUATION	PNLS	05 45 95 00 12	souare.ousmane@pnls-ci.com
7	DR AHOUA ADINGRA PATRICE	CONSULTANT PREVENTION	PNLS	07 07 66 11 48	adingra.patrice@pnls-ci.com
8	DR ABO KOUAME	CONSULTANT	EXPERTISE FRANCE	05 04 50 26 88	kwagny@gmail.com
9	DR JEAN-BAPTISTE GUIARD SCHMID	CONSULTANT PRINCIPAL	ICI SANTE	+226 25375559	jbgs@ici-sante.com
10	ALIOU ASSANI	CONSULTANT	TSM-ONUSIDA	070779226060	aliouassani@hotmail.com

COMITE DE REDACTION DU PSN 2021-2025

	NOMS ET PRENOMS	FONCTIONS	STRUCTURES	CONTACT	EMAILS
1	PROF. EHUI EBOI	DIRECTEUR COORDONNATEUR	PNLS	05 05 06 28 66	ehui.eboi@pnls-ci.com
2	DR NAZAGUEHI LADJI PATRICE	DIRECTEUR COORDONNATEUR ADJOINT	PNLS	05 05 03 01 70	ladji.patrice@pnls-ci.com
3	DIABAGATE ABDRAMANE	CHEF DE SERVICE SUIVI- EVALUATION	PNLS	05 05 06 73 95	diabagate.abdrmane@pnls-ci.com
4	DR YEPIE STEPHANE	CHEF DE SERVICE IST	PNLS	0554399498	yapi.yepie@pnls-ci.com
5	BAMBA INZA	ASSISTANT SUIVI- EVALUATION	PNLS	0505100791	bamba.inza@pnls-ci.com
6	SQUARE OUSMANE	ASSISTANT SUIVI- EVALUATION	PNLS	05 45 95 00 12	souare.ousmane@pnls-ci.com
7	DR AHOUA ADINGRA PATRICE	CONSULTANT PREVENTION	PNLS	07 07 66 11 48	adingra.patrice@pnls-ci.com

	NOMS ET PRENOMS	FONCTIONS	STRUCTURES	CONTACT	EMAILS
8	DR ABO KOUAME	CONSULTANT	EXPERTISE FRANCE	05 04 50 26 88	kwagny@gmail.com
9	DR JEAN-BAPTISTE GUIARD SCHMID	CONSULTANT	ICI SANTE	+226 25375559	jbgs@ici-sante.com
10	DR ALIOU ASSANI	CONSULTANT	TSM-ONUSIDA	070779226060	aliouassani@hotmail.com
11	DR MEMAIN NEE YENOU AYABA HELENE	CHEF DE SERVICE SOINS ET SOUTIEN	PNLS	05 54 39 93 40	memain.yah@pnls-ci.com
12	MME BORO DJENEBA EPSE SOUMAHORO	CHEF DE SERVICE PTME	PNLS	05 54 51 11 03	boro.djeneba@pnls-ci.com
13	MME. BAH BILEGENEVIEVE	CHEF DE SERVICE MOBILISATION SOCIALE	PNLS	05 04 50 09 22	nguessan.genevieve@pnls-ci.com
14	MME N'DA NEE ASSAMOUA AYA VIVIANE	CHEF DE SERVICE RECHERCHE	PNLS	05 84 52 95 80	nda.viviane@pnls-ci.com
15	DR COULIBALY NEE SILUE NONFARA ALIA TOU	CHEF DE SERVICE COMMUNICATION	PNLS	05 54 39 96 61	silue.alia@pnls-ci.com
16	DR KOUADJALE DJAHOURY MATHURIN	CHEF DE SERVICE SOINS ET TRAITEMENTS	PNLS	05 54 39 93 47	kouadjale.mathurin@pnls-ci.com
17	DR SIBO NEE KOUASSI AHOU JOELLE	CHEF DE SERVICE PHV	PNLS	0554399401	sibo-kouassi.joelle@pnls-ci.com
18	DR KOUAME KONAN BLAISE	CHEF DE SERVICE DEPISTAGE	PNLS	05 84 53 46 92	kouame.blaise@pnls-ci.com

	NOMS ET PRENOMS	FONCTIONS	STRUCTURES	CONTACT	EMAILS
19	DR GBALE ELLA FLEUR	CHEF DE SERVICE MEDICAMENTS LABORATOIRES ET	PNLS	05 54 39 98 19	gbale.fleur@pnls-ci.com
20	KOUA ANE	CHEF DE SERVICE ADMINISTRATIF FINANCIER ET	PNLS	05 54 39 96 54	koua.clement@pnls-ci.com
21	SONAN PAUL-MARIE LAURENT ISMAEL	RESPONSABLE ADMINISTRATIF FINANCIER ET	PNLS	05 04 50 02 90	sonan.ismael@pnls-ci.com
22	DR MASUMBUKO JEAN- MARIE	CONSULTANT	ONUSIDA	0505078686	masumbukojm@gmail.com
22	DR OFFIA-COULIBALY MADIARA	DIRECTRICE EXECUTIVE	ALLIANCE COTE D'IVOIRE	0506668681	moffia@allianceciv.org
23	GUEU ALEXIS	DIRECTEUR PROGRAMMES DES	ALLIANCE COTE D'IVOIRE	0504327507	agueu@allianceciv.org
24	DR KOUSSAN YVES ROLAND	RESPONSABLE PROGRAMMES VIH DES	ALLIANCE COTE D'IVOIRE	0545004127	ikoussan@allianceciv.org
25	ZIDA ANDRE	CONSULTANT	R4D		azida@R4D.org
	RAFAEL MAZIN- REYNOSO	CONSULTANT			mazin_reynoso@msn.com

ATELIER DE REVUE EPIDEMIOLOGIQUE

N°	NOM & PRENOMS	STRUCTURE	CONTACT	EMAILS
1	Dr MEMAIN HELENE	PNLS/SSS	05 54 39 93 40	memain.yah@pnls-ci.com
2	SERY ROSE MARIE épouse KOUAME	PNSSSU - SAJ	07 09 92 31 01	rmser73@gmail.com
3	Dr MOULOD SAMPAH S.	UNFPA	07 08 08 80 58	moulod@unfpa.org
4	KONATE ABY MASSOUROU	CECI	07 77 01 77 51	abymassourou@gmail.com
5	ATTIAH JOSEPH	EGPAF	05 06 34 11 69	jattiah@pedaids.org
6	KONDJI STEPHANE	HAI	07 57 31 94 14	yede.kondji@hai-ci.org
7	TIETIO ZOGBA JB	ALLIANCE CI	05 05 63 72 48	jbaptiste.tietio@ansci.org
8	AMAN MARIE LAURE	RIP+	05 06 17 64 54	chiadonaman@yahoo.fr
9	KOUAKOU AYA PRISILA	ESPACE CONFIANCE	05 04 69 87 86	ayapris@gmail.com
10	GNAGNE MATILDE	PSI CI	07 78 92 30 54	mtetchi@psici.org
11	DR COULIBALY RAMATA	ONUSIDA	07 47 31 93 20	coulibalyra@unaids.org
12	BORO DJENEBA	CHEF DE SERVICE PTME/PNLS	05 05 99 00 06	boro.djenaba@pnls-ci.com
13	BIKOUA JOSUE	ENDA SANTE	07 57 03 15 76	biekouajosue@gmail.com
14	DR YEPIE STEPHANE	CHEF DE SERVICE IST PNLS	05 54 39 94 98	yapi.yepie@pnls-ci.com
15	DR ABO KOUAME	CONSULTANT	05 04 50 26 88	kwagny@gmail.com
16	FELIX BROU	CONSULTANT		felibrou@gmail.com
17	DR ALIOU ASSANI	CONSULTANT SUIVI EVALUATION	07 79 22 60 60	alan.assaia@outlook.fr
18	DR MASUMBUKO JEAN MARIE	CONSULTANT ONUSIDA	07 77 30 53 02	masumbukojm@gmail.com
19	ANKOTCHE MIREILLE	PN-OEV	07 07 39 70 84	ydjei@yahoo.fr/moev2005@pnoev.ci

N°	NOM & PRENOMS	STRUCTURE	CONTACT	EMAILS
20	DR ADOU JUDITH	PNLS/SML	05 54 51 11 02	adou.judith@pnls-ci.com
21	KOFFI KANGA CHRISTIAN	PNLS/SR	07 09 40 10 28	koffi.christian@pnls-ci.com
22	KONE FOUNGNIGUE	PNLS/SR	05 84 53 15 03	konefoungnigue@pnls-ci.com
23	LEROUX ELYSEE	RIJES	01 02 84 19 07	lerouxelysee@yahoo.fr
24	Dr N'SOUHO ROSINE	PNLS	07 49 61 33 07	adouko-nsouho.rosine@pnls-ci.com
25	KOUAKOU VENANCE	HEARTLAND	05 05 83 90 34	vkouakou@heartlandalliance.org
26	Dr TOURE SIAKA	ACONDA	01 40 18 57 87	touresii@gmail.com
27	Dr GUEI FIDELE	DMOSS	01 01 00 15 41	gueifidele@yahoo.fr
28	Dr KADIO AKA	PNLS	01 40 41 98 52	kadio.aka@pnls-ci.com
29	Dr BROU KOUACOU	PNLS	07 08 12 49 66	brou.kouacou@pnls-ci.com
30	DIARRASSOUBA MARIAM	PNLS/SMS	05 45 74 86 91	diarrassouba.mariam@pnls-ci.com
31	KANGAH JEANNE	PNLS/SC	05 54 39 97 51	kangah.jeanne@pnls-ci.com
32	DR KOUADJALE DJAHOURY MATHURIN	CHEF DE SERVICE SOINS ET TRAITEMENT PNLS	05 54 39 93 47	kouadjale.mathurin@pnls-ci.com
33	DOM ABLA KAFUI	PNLS/SPHV	07 07 96 11 31	dom.abla@pnls-ci.com
34	DR AHOUA ADINGRA PATRICE	PNLS	05 54 39 94 12	padingra@yahoo.fr
35	SQUARE OUSMANE	PNLS	05 45 95 00 12	souare.ousmane@pnls-ci.com
36	DR WOGNIN KRAIBOUET VENANCE	OMS / DIIS	07 07 15 65 29	wogninvenance@yahoo.fr
37	BAMBA INZA	PNLS	07 07 28 38 73	bamba.inza@pnls-ci.com
38	DR KOUASSI JOELLE	CHEF DE SERVICE PHV	07 08 83 20 18	sibo-kouassi.joelle@pnls-ci.com

N°	NOM & PRENOMS	STRUCTURE	CONTACT	EMAILS
39	Dr OUATTARA SANGA M.	CCM-CI	07 79 79 04 77	ouattara.sanga@ccm.ci
40	KOUADIO YAO STEPHEN	ANONYME CI	07 08 21 81 40	bonsens01@gmail.com
41	DEMBELE OUSMANE	PNLTA	21 22 42 75 18	oumar70_70@yahoo.fr
42	HAMADOU KONE	MEDECIN DU MONDE	07 87 17 67 12	konehfr@gmail.com
43	TRAORE BAKARY	MPJEJ/DPJ	07 08 59 91 54	traorebakary10@hotmail.fr
44	GODE MICHEL	ROPCI-CI	07 48 47 21 50	godemichel09@gmail.com
45	KOUAKOUSSUI ALAIN	PSI CI	07 78 92 88 17	kkouakoussui@psici.org
46	GLOYE Z. SEBO BRICE	RRCI	07 48 13 90 73	sebobrico-ci@yahoo.fr
47	DR TOURE FATIMA	CCM-CI	05 04 61 81 05	fati_brun_toure@yahoo.com
48	EBECHOU RODRIGUE	BLETY	07 47 20 51 64	rodrigue.ebechou@gmail.com
49	DEDE DAGO	SEV-CI	05 74 03 40 52	dede@sevi.org
50	ADON ESTELLE	PNLS	07 57 15 22 87	adon.alexandrine@pnls-ci.com
51	GUEU ALEXIS	ALLIANCE-CI	05 04 32 75 07	alexis.gueu@ansci.org
52	ANOMAN BIENVENU	FHI 360	05 75 32 32 07	kanoman@fhi360.org
53	OLIVIER GEFFROY	SOLTHIS	07 89 34 49 13	chefdeprojetatlas-rci@solthis.org
54	DIABAGATE ABDRAMANE	PNLS	05 05 06 73 95	diabagate.abdramane@pnls-ci.com

ATELIER DE REVUE PROGRAMMATIQUE ET FINANCIERE DU PSN 2021

N	Nom et Prénoms	Fonction	Structure	Contacts	Email
1	BORO DJENEBA	CHEF SERVICE PTME	PNLS	05 05 99 00 06	boro.djeneba@pnls-ci.com
2	DR KONAN KOUADIO MARCELIN	MEDECIN SERVICE PTME	PNLS	05 84 53 62 07	konan.marcelin@pnls-ci.com
3	DR KOUAME KONAN BLAISE	CHEF DE SERVICE DEPISTAGE	PNLS	05 84 53 46 92	kouame.blaise@pnls-ci.com
4	KOFFI KANGA CHRISTIAN	ASSISTANT RECHERCHE	PNLS	07 09 40 10 28	koffi.christian@pnls-ci.com
5	SOUARE OUSMANE	ASSISTANT S-E	PNLS	05 45 95 00 12	souare.ousmane@pnls-ci.com
6	KOUAKOU EDMEE STEPHANIE	MEDECIN	PNLS	07 58 87 46 64	Edmee.fany89@gmail.com
7	KOUASSI JOELLE	MEDECIN	PNLS	07 08 83 2018	sibo-kouassi.joelle@pnls-ci.com
8	DOM ABLA KAGUI	CHARGEE DES TS, HPH ET PC	PNLS	07 07 96 11 51	dom.abla@pnls-ci.com
9	DR ADOU JUDICTH	PHARMACIENNE	PNLS	05 54 51 11 02	adou.judith@pnls-ci.com
10	DR GBALE ELLA FLEUR	CHEF DE SERVICE MEDICAMENT LABORATOIRE	PNLS	05 54 39 98 19	gbale.fleur@pnls-ci.com
11	YORO BI VANIE MICHEL	CSE	ALLIANCE-CI	0506 3544 19	michel.vanie@ansci.org
12	DR TAHI HOMIAN EMMANUEL	MEDECIN	PNLS	05 84 533552	Tahi.emmanuel@pnls-ci.com
13	SERY ROSE EPSE KOUAME	SFSP	PNSSSU-SAJ	709 923 101	imsery73@pnls-ci.com
14	DIARRASSOUBA MARIAM	ASSISTANT MOBILISATION SOCIALE	PNLS	05 45 74 86 91	diarrassouba.mariam@pnls-ci.com
15	KANGAH JEANNE CHANTAL	ASSISTANTE COMMUNICATION	PNLS	05 54 39 97 51	kangah.jeanne@pnls-ci.com
16	N'GUESSAN KOUASSI NOEL	RESPONSABLE TECHNIQUE	PNLS	07 08 15 37 08	responsable.tech-RCI@solthis.org

17	LEROUX ELYSE	DIRECTEUR EXECUTIF	RIJES	01 02 84 19 07	lerouxelysee@yahoo.fr
18	OUANYOU ANICET ADRIENNE	SECRETAIRE PERMANANTE	ROPCI	07 48 86 90 68	anickouanyou@gmail.com
19	GODE LOBOGNON ANDRE MICHEL	CONSEILLER PSYCHOSOCIAL	ALTERNATIVE	07 48 47 21 50	godemichel09@gmail.com
20	DR ALI KOUASSI DANIEL	RESPONSABLE S-E	MSHP-COAG	07 57 02 36 12	
21	AMAN MARIE LAURE	DIRECTEUR PROGRAMME	RIP+	05 06 17 64 54	chiadonaman@yahoo.fr
22	KONE BOGNAN	ASSISTANT CHARGE PROGRAMME	CECI	07 07 39 35 99	kbognan@yahoo.fr
23	N'DRY BEPHA FRANCOIS	RESSOURCES	ARS/P	01 41 04 66 30	bephandry@yahoo.com
24	N'DJOMON AIME	INGENIEUR BIOTECHNOLOGISTE	LNSP	07 47 65 70 00	n.aimso@yahoo.fr
25	TAHI GUY LUCIEN	RESPONSABLE MARKETING	FNLS	07 07 99 68 20	guyo2tahi@yahoo.fr
26	BOMBO PACOME	CONSEILLER VIH	CCP/BREAKTHOUGHACTION	07 07 71 77 15	pbombo@breakthroughaction.org
27	EBECHOU RODRIGUE	DIRECTEUR TECHNIQUE	BLETY	07 47 20 51 64	rodrigue.ebechou@gmail.com
28	DIARRASSOUBA OUMAR	S/DIRECTEUR	DPJ/MPJEJ	07 57 21 74 23	diarrasfr2017@gmail.com
29	ADON NEE KOUAME KANGA ESTELLE ALEXANDRINE	ASSISTANTE SOIN ET SOUTIEN	PNLS	0757 1522 87	adon.alexandrine@pnls-ci.com
30	DR ALIOU ASSANI	CONSULTANT SUIVI-EVALUATION	TSM-ONUSIDA	07 79 22 60 00	aliou.assani@outlook.fr
31	SONAN ISMAEL	RAF	PNLS	05 04 50 02 90	senan.ismael@pnls-ci.com
32	EL ABABACAR NDIAYE	CONSULTANT FINANCE	EXPERTISE FRANCE	221 778 650 883	elababacar@orange.sn

33	DR YEPIE STEPHANE	MEDECIN	FNLS	05 54 39 94 98	yapi.yepie@pnls-ci.com
34	DR MASUMBUKO JEAN MARIE	CONSULTANT	ONUSIDA	07 77 30 53 02	masumbukojm@gmail.com
35	DR AHOUA ADINGRA PATRICE	CONSULTANT	PNLS	05 54 39 94 12	padingra@yahoo.fr
36	ORI RAYMOND	RESPONSABLE VIH/TB	ANADER	07 07 94 47 84	ori@anader.ci
37	DJE SIEHE ENIGUERRANE	MEDECIN	DPPS	01 02 85 63 88	dsieheeng@gmail.com
38	AGUIE WILLIAM STANISLAS	COORDONNATEUR SOIN ET SOUTIEN	HAI	07 49 82 00 80	william.aguie@hai-ci.org
39	DR KOUADJALE DJAHOURY MATHURIN	CHEF DE SERVICE SOINS ET TRAITEMENT	PNLS	05 54 39 93 47	Kouadjale.mathieu@pnls-ci.com
40	AYEBIE YVES	CHEF SERVICE PROGRAMME SANTE	MINISTERE DE LA DEFENSE	0707 8343 58	yvesayebie@gmail.com
41	DR DIAH KOKO A	MEDECIN CONSEILLER TECHNIQUE	PSI-CI	07 78 92 71 03	ldiah@psici.org
42	DR KOUSSAN IVES ROLAND	RP VIH		05 45 00 41 27	ives.koussan@ansci.org
43	DR OUATTARA SANGA M.	SECRETAIRE PERMANANTE	CCM-CI	07 79 79 04 77	ouattara.sanga@ccm.ci
44	KONE FOUNGNIGUE	CHARGE DE RECHERCHE	PNLS	05 84 53 15 03	kone.foungnigue@pnls-ci.com
45	BAMBA INZA	CHARGE SUIVI EVALUATION	PNLS	07 07 28 38 73	Bamba.inza@pnls-ci.com
46	DIABAGATE ABDRAMANE	RESPONSABLE SERVICE	PNLS	05 05 06 73 95	diabagate.abdrmane@pnls-ci.com
47	MEMAIN HELENE	CHEF SERVICE SOINS ET SOUTIEN	PNLS	05 54 39 93 40	memain.yah@pnls-ci.com
48	DR ABO KOUAME	CONSULTANT	EXPERTISE FRANCE	05 04 50 26 88	kwaguy@gmail.com

49	DR TOURE FATIMA	CONSULTANT CSS	CCM-CI	05 04 61 81 05	fathim_toure@yahoo.com
50	DR ASSI KOUAME POQUELIN	MEDECIN	UCP-FM	05 46 04 65 06	poquelin.assi@ucp-fm.ci
51	KONAN DELPHINE	CHEF SERVICE	DSC	07 07 94 33 49	dkonan@santecommunautaire.ci
52	DR WOGNIN KRAIBOUET VENANCE	CONSULTANT	UCP-FM	07 07 15 65 29	wogninvenance@yahoo.fr
53	KAMARA MAMEY	CHEF COMMUNICATION	ALLIANCE.CI	05 06 40 38 35	mamey.kamara@cmsci.org
54	DR ZEREGBE TOH	CHEF SERVICE INTEGRATION	PNSME	07 48 75 33 16	zeregbetoh@yahoo.fr
55	KOFFI MARIE CHANTAL	MAGISTRAT	DPJEJ MJDH	07 07 00 57 98	mariechantal@gmail.com
56	N'GUESSAN ANON FRANCE	CHEF SERVICE NUTRITION/VIH	PNN	07 98 82 93 02	anonfranc@gmail.com
57	KOFFI N'GORAN RAOUL	COMPTABLE	PNLSE	07 07 77 11 92	koffi.raoul@pnls-ci.com
58	ANOMA CAMILLE	DIRECTEUR PROGRAMME	ESPACE CONFIANCE	07 07 69 25 48	anomacamille@yahoo.fr
59	GUEU ALEXIS	DIRECTEUR PROGRAMME	ALLIANCE CI	05 04 32 75 02	alexis.gueu@ansci.org
60	ANGAMAN KASSI ROGER	RESPONSABLE SERVICE	PNOEV/MSHP	07 07 65 07 43	kassyroger@yahoo.fr
61	KOFFI KOUAKOU EDOUARD	RH ET COMPTABILITE	DGS	07 07 31 91 56	edouardkoffi1969@yahoo.fr
62	BOUABRE GUY	COORDINATEUR	FOYER DU BONHEUR	07 79 59 50 36	foyerdubonheur225@gmail.com
63	SILOMANE OUATTARA	ASSISTANT SE	COSCI	07 59 71 99 65	cos_ci@yahoo.fr
64	KOUAKOU AYA PRISILE EPSE N'GUESSAN	JURISTE	ESPACE CONFIANCE	05 04 69 87 86	ayapris@gamil.com
65	DR KOUAME DIE KAN JAQUES	MEDECIN	PNLTA	05 05 09 51 76	diejkkouame@yahoo.fr
66	YEO ALAIN	BIOLOGISTE	IPCI	07 08 42 11 28	alainyao@yahoo.fr

67	GLOYE ZOSON SEBO BRICE	CHARGE FR FORMATION	RUBAN ROUGE	07 48 13 98 13	sebobrico_ci@yahoo.fr
68	ADINGRA NADA	SG	COFCI	07 08 81 37 84	nayekami@yahoo.fr
69	GUEHI LASSO FILBERT	CHARGE D'ETUDE	DMOSS	05 05 17 78 28	guehifilbert@yahoo.fr
70	KONE FATEL	CSRSP	NPSP-CI	05 06 72 92 65	f.kone@npsp.ci
71	KONE ARAMATOU	MEDECIN	ASAPSU	01 02 36 68 84	kone.ramatou@yahoo.fr

ATELIER DE D'ELABORATION DU PSN 2021-2025

N	Nom et Prénoms	Fonction	Structure	Contacts	Email
1	PROF. EHUI EBOI	DIRECTEUR COORDONNATEUR	PNLS	05 05 06 28 66 07 77 19 27 05	ehui.eboi@pnls-ci.com
2	EL ABABACAR N'DIAYE	CONSULTANT FINANCE	GCC/ FRANCE EXPERTISE	07 68 69 06 34	elakabacar@gmail.com
3	DR MASUMBUKO JEAN MARIE	CONSULTANT	ONUSIDA	07 77 30 53 02	masumbukojm@gmail.com
4	DR LOKOSSUE AMANI	CONSEILLER TECHNIQUE SERVICES ARV	CDC	05 05 06 37 21	xbl4@cdc.gov
5	DR BAROUAN MARIE CATHERINE	CHARGÉE DE PROGRAMME VIH/HEPATITE/TB	OMS	07 49 40 17 68	barouanma@who.int
6	LAGOUE BLON ARDIGUE	CHAUFFEUR	PNLS	05 56 98 33 34	
7	DIABAGATE ABDRAMANE	CHEF DE SERVICE SUIVI EVALUATION	PNLS	05 05 06 73 95	diabagate.abdramane@pnls-ci.com

8	DR WOGNIN VENANCE	KRAIBOURT MEDECIN	UCP	07 07 15 65 29	wogninvenance@yahoo.fr
9	MCKAY MIEKO	DIRECTRICE ADJOINTE	BREAKTHROUGH ACTION CCP	07 57 77 18 13	mmckay@jhu.edu
10	AMANTCHO ELODIE	CHARGE DE PROGRAMME	ALLIANCE-CI	05 55 96 35 28	elodie.amantcho@ansci.org
11	DASSE MARIE ANGE	CHARGE DE PROGRAMME VIH	ALLIANCE-CI	05 06 26 87 26	ange.dasse@ansci.org
12	GUARD-SCHMID JEAN-BAPTISTE	CONSULTANT PRINCIPAL	ICI-SANTE	07 58 73 60 73	jbgs@ici-sante.com
13	DR ALIOU ASSANI	CONSULTANT	TSM	07 79 22 60 60	aliouassani@hotmail.com
14	KONE FOUNGNIGUE	CHARGE DE RECHERCHE	PNLS	05 84 53 15 03	kone.foungnigue@pnls-ci.com
15	DEMBELE OUSMANE	INGENIEUR ECONOMISTE DE LA SANTE	PNLTA	05 05 39 15 84	dousmane2014@gmail.com
16	DR DIABATE ADAMA	SOUS DIRECTEUR MOBILISATION DES RESSOURCES	FNLS	07 07 58 96 48	adadi2006@gmail.com
17	DR AHOUA ADINGRA PATRICE	CONSULTANT	PNLS	07 07 66 11 48	padingra@yahoo.fr
18	GOULIA KUEDAKAN VINCENT	M & E	DPJ	07 58 90 87 77	kuedakan@yahoo.fr
19	ADON NEE KOUAME ESTELLE	ASSISTANT SOINS ET SOUTIEN	PNLS	07 57 15 22 87	adon.alexandrine@pnls-ci.com
20	KAMARA MAMEY	CHEF COMMUNICATION	ALLIANCE-CI	05 06 40 38 35	mamey.kamara@ansci.org
21	DR DILOLO VICTORINE	SPECIALISTE VIH / SIDA	UNICEF	05 54 41 25 57	vdilolo@unicef.org
22	BAMBA INZA	CHARGE SUIVI EVALUATION	PNLS	07 07 28 38 73	bamba.inza@pnls-ci.com
23	DR KOUAME ISABELLE	CONSEILLER APPUI COMMUNAUTAIRE	ONUSIDA	07 47 31 93 19	kouamei@unaids.org
24	DR KOUAKOUSSUI ALAIN	DIRECTEUR PROJET DOD	PSI-CI	07 78 92 88 17	kkouakoussui@psi-ci.org

25	DR AYEYEBIE YVES	CHEF DE SERVICES PROGRAMME SANTE	MINISTERE DE LA DEFENSE	07 07 83 43 58	yvesayebie@gmail.com
26	DR ADINGRA DIDIER	MEDECIN	MINISTERE DE LA DEFENSE	07 09 03 58 03	didieradingra18@gmail.com
27	KOKO NIANGAH SEVERIN	CONSEILLER D'EDUCATION	MINISTERE DE LA JUSTICE	07 48 14 90 21	dpjej.ci@gmail.com niangasev@gmail.com
28	COULIBALY DAOUDA ASSITA	ASSISTANT DEPISTAGE	PNLS	07 57 29 31 96	coulibaly.assita@pnls-ci.com
29	DR KOUAME KONAN BLAISE	CHEF DE SERVICE	PNLS	07 08 04 72 79	kouame.blaise@pnls-ci.com
30	BORO DJENEBA EPSE SOUMAHORO	CHEF DE SERVICE PTME	PNLS	05 05 99 00 06	boro.djeneba@pnls-ci.com
31	DR KONAN KOUADIO MARCELIN	MEDECIN	PNLS	05 84 53 62 07	konan.marcelin@pnls-ci.com
32	BOLOU D. MICHELE EPSE DADI	CPDH	ALLIANCE-CI	05 54 51 11 05 07 57 73 90 68	michele.goba@ansci.org
33	N'DJABOUE PHILLIPE	SECRETAIRE PERMANENT	ROPC-CI	07 77 40 02 21	nphilgogo@yahoo.fr
34	TIETIO ZOGBA JEAN BAPTISTE	CHARGE DE PROGRAMME	ALLIANCE-CI	05 05 63 72 48	jbaptiste.tietio@ansci.org
35	AMANI KOUADIO FRANCK-ARNAUD	CHARGE DE PROGRAMME	ALLIANCE-CI	05 74 42 76 04	franck.amani@ansci.org
36	TOURE NINGUELE CLAVER	DIRECTEUR EXECUTIF	ALTERNATIVE COTE D'IVOIRE	07 77 77 86 90	claver022004@yahoo.fr
37	N'DJOMON AIME	INGENIEUR SANITAIRE	LNSP	07 47 65 70 00	n.aimso@yahoo.fr
38	DAKOURI ARMAND	DIRECTEUR EXECUTIF	ACPCI	01 02 50 62 28	dakouriarmand01@yahoo.fr
39	DAPLE LOUIS	CONSEILLER TECHNIQUE COMMUNAUTAIRE	BLETY	07 07 15 07 90	gblety@yahoo.fr / ltd1er@yahoo.fr

40	AMAN MARIE-LAURE	DIRECTRICE PROGRAMMES	RIP+	05 06 17 64 54	chiadonaman@yahoo.fr
41	ELYSEE LEROUX	DIRECTEUR EXECUTIF	RIJES	01 02 84 19 07 05 56 17 13 27	lerouxelysee@yahoo.fr rijsci@yahoo.fr
42	COULIBALY YAYA	MEMBRE	CCM-CI	07 57 97 91 61	koulyaya@yahoo.fr
43	SILOMANE OUATTARA	ASSISTANT S/E	COSCI	07 59 71 99 65	cos_ci@yahoo.fr silououattara@yahoo.fr
44	BAMBA BEN ALLY	CSE DDSHP DABAKALA	DISTRICT DABAKALA	07 58 67 44 77	benally@live.fr
45	BOLLY B. LANDRY	EXPERT EN PLANIFICATION	MDP / DCSE	07 59 80 35 52	landrybolly@yahoo.fr
46	DIARRASSOUBA MARIAM	ASSISTANT MOBILISATION SOCIALE	PNLS	05 45 74 86 91	diarrassouba.mariam@pnls-ci.com
47	KANGAH JEANNE	ASSISTANTE COMMUNICATION	PNLS	05 54 39 97 51	kangah.jeanne@pnls-ci.com
48	DR DJONGON DJOROGO RODRIGUE	CSAS	DDSHP TOUMODI	07 48 79 85 82 01 02 97 44 61	djodjorodoc@gmail.com
49	SERY RISE-M	SF ASSISTANT P.P	PN SSSUS-SAJ	07 09 92 31 01	rmsery73@gmail.com
50	KONAN DELPHINE	SFS CHEF DE SERVICE	DSC	07 94 33 49	dkonan@santecommunautaire.ci
51	DR ZANA DANIEL KONE	MEDECIN	PNLS	05 06 00 47 02	zana.daniel@pnls-ci.com
52	DR GBALE ELLA FLEUR	PHARMACIEN	PNLS	05 54 39 98 19	gbale.fleur@pnls-ci.com
53	DR ADOU JUDITH	PHARMACIEN	PNLS	05 54 51 11 02	adou.judith@pnls-ci.com
54	TAHI HOMIAN EMMANUEL	MEDECIN	PNLS	05 84 53 35 52	tahi.emmanuel@pnls-ci.com
55	DR KADIO AKA	MEDECIN	PNLS	01 40 41 98 52	kadio.aka@pnls-ci.com
56	YOUZAN BI BOUEHI EMMANUEL	S/E	DIIS	007 09 77 57 01	bouehi2018@gmail.com
57	KOFFI N'GORAN RAOUL	SUIVI FINANCEMENT ETAT ET SNU	PNLS	07 07 77 11 92	koffi.raoul@pnls-ci.com

58	DOM ABLA KAFUI	CHARGES DES TS, HSH ET PC	PNLS	07 07 96 11 31	dom.abla@pnls-ci.com
59	DR KOUASSI JOELLE	MEDECIN	PNLS	07 08 83 20 18	sibo-kouassi.joelle@pnls-ci.com
60	N'GUESSAN KOFFI BLAISE	MEDECIN	DIIS	07 07 69 99 74	docblaise2991102@yahoo.fr
61	KOFFI KANGA CHRISTIAN	ASSISTANT RECHERCHE	PNLS	07 09 40 10 28	koffi.christian@pnls-ci.com
62	DOUMBIA YACOUBA	CONSEILLER SENIOR	TECHNIQUE HAI	07 49 84 99 10	yacouba.doumbia@hai-ci.com
63	Dr SILUE NONFARA ALIATOU EPSE COULIBALY	CHEF DE SERVICE COMMUNICATION	PNLS	07 48 94 85 94	silue.alia@pnls-ci.com
64	N'GUESSAN A. GENEVIEVE	CHEF DE SERVICES	PNLS	05 04 50 09 22	nguessan.genevieve@pnls-ci.com
65	SOH KOUAME	RESPONSABLE PROGRAMME	APROSAM	07 59 88 43 60	sohkouame01@yahoo.fr
66	KONATE ABY MASSOUROU	CONSULTANT	CECI	07 77 01 77 51 05 05 58 22 92	abymassourou@gmail.com
67	DR TOURE FATIMATA	CONSULTANT	CSS-CCM	05 04 61 81 05	fati_brun_toure@yahoo.com
68	DR DOUMBIA LADJI KALIFA	PHARMACIEN	DGS	07 79 72 89 28	ladjidoum@gmail.com
69	PATRICE KACOU	CONSEILLER TECHNIQUE	IHSC-TA	05 75 07 89 69	pkacou@ihscta.org
70	DR ALI KOUASSI DANIEL	RESPONSABLE M & E	RSHP	05 55 02 36 12	daniel.ali@ccgfsp-ci.org
71	KOUMI ANGAMAN KASSI	RESPONSABLE S/E	MFFE / PNLS	01 03 65 07 43	kassyroger@yahoo.fr
72	DR ABO KOUAME	CONSULTANT	EXPERTISE FORCE / GCC	05 04 50 26 88	kwagny@gmail.com
73	GLOYE ZOZAN SEBO BRICE-L	CHARGE DE FORMATION	RRCI	07 48 13 90 73	sebobrico_ci@yahoo.fr
74	ASSI KOUAME POQUELIN	MEDECIN	UCP-FM	05 46 31 65 06	poquelin.assi@ucp-fm.ci
75	SONAN ISMAEL	RAF	PNLS	05 04 50 02 90	sonan.ismael@pnls-ci.com

76	DR ZEREGBE TOH	CE / CHEF DE SERVICE SR / VIH	PNSME	07 48 75 33 16	zeregbetoh@yahoo.fr
77	DR KOUSSAN IVES ROLAND	RESPONSABLE DES PROGRAMMES VIH	ALLIANCE-CI	05 45 00 41 27	ives.koussan@ansci.org
78	N'GUETTA OLIVIER	CONSEILLER TECHNIQUE	USAID/PEPFAR	05 05 12 03 72	onguetta@usaid.org
79	NICOUE AIME	CHEF ADJOINT PMS	CDC	05 05 01 38 70	hpm8@cdc.gov
80	TOURE SIAKA	DIRECTEUR	ACONDA VS	01 40 18 57 87	touresii@gmail.com
81	GNENAOLE HIE W. MATHIEU	RESPONSABLE ACTIVITES TERRAIN	MDM	07 67 78 28 65	cm.rdr.cotedivoire@medecinsdumonde.net
82	MOULOD SAMPAN SANDRA		UNFPA	07 08 08 80 58	moulod@unfpa.org
83	OUATTARA SANGA M.	SECRETAIRE PERMANENT	CCM-CI	07 79 79 04 77	ouattara.sanga@ccm.ci
84	KOUAKOU KOUASSI SIMPLICE	COMPTABLE	PNLS	05 04 50 04 60	kouakou.simplice@pnls-ci.com
85	BONI SIMON PIERRE	MEDECIN	PNLCA	07 08 23 69 42	simonpierre.boni@gmail.com
86	DJE SIEHE ENGUERRAN	MEDECIN	DPPS	01 02 85 63 88	dsieheng@gmail.com
87	KOUASSI JEAN PIERRE	DIRECTEUR COORDONATEUR	PALP ANADER	07 07 09 63 03	kouassidebo@yahoo.fr
88	KOUAKOU AYA PRISILA EPSE N'GUESS	JURISTE	ESPACE CONFIANCE	05 04 69 87 86	ayapris@gmail.com
89	KOUADJALE D. MATHURIN	CHEF DE SERVICE SOINS ET TRAITEMENT	PNLS	05 54 39 93 47	kouadjale.mathieu@pnls-ci.com
90	KOYE MARCELLINE	SUIVI ET EVALUATION	PNLS	07 47 55 60 21	koye.marcelline@pnls-ci.com
91	DR GRAH ABOUA NATHALIE	MEDECIN PEDIATRE CTS	ICAP	05 46 01 80 67	ng2355@cumc.columbia.edu
92	DR MEMAIN HELENE	CHEF DE SERVICE SOINS ET SOUTIEN	PNLS	05 54 39 93 40	memain.yah@pnls-ci.com

93	DR TOURE LACINA DIT TOT	CHARGE D'ETUDE	PNPMT	07 07 56 80 92	touretot@hotmail.com
94	YEPIE STEPHANE	MEDECIN	PNLS	05 54 39 94 98	yapi.yepie@pnls-ci.com
95	ALAIN KRA	JURISTE RESPONSABLE PROGRAMME DROITS HUMAINS	ENDA SANTE	07 68 31 05 76	alain.kra@enda-sante.org
96	YEO ALAIN	BIOLOGISTE	IPCI	07 08 42 11 28	alainyao@yahoo.fr
97	N'GUESSAN ANGE	MEDECIN CHARGE DU TRAITEMENT	PNOEV	01 71 82 93 02	ananforme@gmail.com
98	KRAGBE GUY ROLAND	MEDECIN	IPCI	07 09 02 87 49	dr.kragbe@gmail.com
99	BOUABRE GUY	COORDONNATEUR	FOYER DU BONHEUR (FDB)	07 79 59 50 36	foyerdubonheur22@gmail.com
100	KONE FATEL IBRAHIM	CRSRP	NPSP-CI	05 06 72 92 65	f.kone@npsp.ci
101	GUESSAN BI GOUZAN BERNARD	CTS VIH	DGS	05 05 06 83 96	b.guessanbi@sante.gouv.ci
102	KOUON SERAPHIN	DRIVER / CHAUFFEUR	PNLS	05 84 53 02 20	
103	GUEHI LASSO FILBERT	CHARGE D'ETUDE	DGS	07 47 56 20 85	guehi.filbert@yahoo.fr
104	LADJI NAZAGINEIH PATRICE	DCA	PNLS	05 05 03 01 70	ladji.patrice@pnls-ci.com
105	BOGUI EMIENT HENRI	DR	DRSHP GRAND PONTS	07 08 08 00 85	emient@yahoo.fr
106	DEDE DAGO	PHARMACIEN	SEVCI	05 74 03 40 52	dede@sevci.org
107	N'DRY BEPHA FRANCOIS	PERSONNES RESSOURCES	ARSH	01 41 04 66 50	bephandry@yahoo.com
108	TCHOUTEDJAN AGRE TIOTE	MEDECIN	PNLT	01 53 42 75 95	mefomomo@gmail.com
109	GBAYORO CHRISTELLE KOUAME	S/D ETUDES ECO	DAF	01 02 27 13 31	gbchristelle1@yahoo.fr

