

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union – Discipline – Travail



SUIVI DE LA DECLARATION D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/SIDA (UNGASS)

RAPPORT NATIONAL DE LA CÔTE D'IVOIRE 2008

JANVIER 2008

MINISTRE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



APPUI TECHNIQUE ET FINANCIER ONUSIDA/UNFPA



Fonds des Nations Unies
pour la Population

SOMMAIRE

SIGLES ET ACRONYMES	3
LISTES DES STRUCTURES VISITEES	5
INTRODUCTION	7
I- APERÇU DE LA SITUATION.....	9
II- APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA	17
III- RIPOSTE NATIONALE À L'ÉPIDÉMIE DE SIDA.....	19
III-1 -- L'engagement national.....	19
III-2 -- Les indicateurs de programme	23
III-3 -- Connaissances et changements intervenus dans les comportements	28
III-4 -- Atténuation de l'impact	32
III-5 -- Atteintes des OMD... ..	33
IV- MEILLEURES PRATIQUES	35
V- PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES	35
V-1 Principaux obstacles	35
V-2 Actions à mener	38
VI- SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT	38
VII- ENVIRONNEMENT DU SUIVI -ÉVALUATION	39
VII-1 Aperçu du système actuel.....	39
VII-2 Objectifs pour la période 2006-2010.....	40
VII-3 Besoins en assistance technique	41
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	42
BIBLIOGRAPHIE.....	43
ANNEXE.....	44

SIGLES ET ACRONYMES

AIMAS	Association Ivoirienne de Marketing Social
ARSIP	Alliance des Religieux contre le VIH/sida et les autres Pandémies
ARV	Antirétroviral
AZT	Zidovudine
CdC	Clinique de Confiance
CDI	Consommateur de Drogues Injectables
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CGECI	Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CILAD	Comité Interministériel de Lutte Anti Drogue
CIP	Centre Ivoirien de Prévention
CNPI	Conseil National du Patronat Ivoirien
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	Consultation Périnatale
CTV	Conseil et Traitement Volontaire
DAAF	Direction des Affaires Administratives et Financières
DGBF	Direction Générale du Budget et des Finances
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
DIPES	Direction de l'Informatique, de la Planification, de l'Evaluation et de la Statistique
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
ENSEA	Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée
ESC	Enquête de Surveillance des Comportements
HG	Hôpital Général
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MFFAS	Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à indicateurs multiples)
MLS	Ministère de la Lutte contre le SIDA
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	President's Emergency Plan For Aids Relief
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le Sida

PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNOEV	Programme National de Prise en Charge des Orphelins et Enfants Vulnérables
PNPEC	Programme National de Prise en Charge des Personnes vivant avec le VIH/sida
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REPMASCI	Réseau des Professionnels des Media, des Arts et du Sport Engagés dans la lutte contre le VIH/sida et les autres Pandémies en Côte d'Ivoire
Retro-CI	Retro-virus Côte d'Ivoire
RIJES	Réseau Ivoirien de la Jeunesse contre le sida
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
TME	Transmission Mère-Enfant
TUB	Tuberculose
UGFM	Unité de Gestion du Fonds Mondial
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Programme des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTES DES STRUCTURES VISITEES

Ministère de l'Economie et des Finances

- Direction Générale du Budget et des Finances

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

- Direction des Affaires Administratives et Financières
- Programme National de Prise en Charge des Personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Centre National de Transfusion Sanguine
- Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose

Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales

- Programme National de Prise en Charge des Orphelins et Enfants Vulnérables

Ministère de l'Education Nationale

- Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire
- Direction des Enseignements des Lycées et Collèges
- Direction de la Pédagogie et de la Formation Continue
- Direction de l'Informatique, de la Planification, de l'Evaluation et de la Statistique

Ministère de la Lutte contre le SIDA

- Direction des Affaires Administratives et Financières
- Direction de la Planification, de la Programmation et du Suivi-Evaluation
- Direction de la Mobilisation Sociale

Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs

CGECI (Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire)

CECI (Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire)

ENSEA (Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée)

INS (Institut National de la Statistique)

AIMAS (Agence Ivoirienne de Marketing Social)

UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population)

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

ONUSIDA (Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA)

PEPFAR (President's Emergency Plan For Aids Relief)

CDC projet Retro-CI

PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement)

COSCI (Conseil des Organisations de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire)

RIP+ (Réseau Ivoirien des organisations de Personnes vivant avec le VIH)

CdC (Clinique de Confiance)

FHI (Family Health International)

ACONDA VS

CARE INTERNATIONAL (Récipiendaire Principal du Fonds Mondial en Côte d'Ivoire)

BANQUE MONDIALE

CILAD (Comité Interministériel de Lutte Anti Drogue)

CROIX-BLEUE

INTRODUCTION

Le VIH/sida, fléau des temps modernes n'est plus perçu uniquement comme un problème de santé publique ; il est devenu un problème de développement, voire de sécurité. En effet, depuis la découverte des premiers cas dans le monde en 1981, plus spécifiquement aux Etats-Unis, et après plus de 25 ans d'expérience de la prévention du VIH et plus de 10 ans d'expérience de la thérapie antirétrovirale, les dégâts causés par cette pandémie sont encore énormes.

Devant la menace qu'il représente, les Etats du monde réunis en 2000 dans le cadre du sommet mondial pour le développement (sommet du millénaire), se sont fixés entre autres objectifs de développement pour le millénaire, de combattre le VIH/sida, le Paludisme et d'autres maladies (objectif 6). De façon spécifique pour cet objectif, la cible visée est de stopper et de commencer à inverser la tendance actuelle de l'épidémie de VIH/sida d'ici à 2015 (cible 7).

L'Afrique qui regroupait 75% des 36,1 millions de personnes touchées par le VIH en 2001 a consacré une réunion de la Commission Economique pour l'Afrique (CEA) au VIH/sida en Avril 2001 à Abuja (NIGERIA). Les chefs d'Etat et de gouvernement africains, à l'occasion de ce sommet, ont pris des engagements, en particulier, celui d'allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux annuels à l'amélioration du secteur de la santé y compris la lutte contre le sida.

Pour couronner toutes ces initiatives, 189 Etats membres de l'Organisation des Nations Unies ont adopté en juin 2001, lors d'une session extraordinaire, la Déclaration d'Engagement sur le VIH/sida. A travers cette Déclaration dite de « UNGASS », la communauté internationale s'est fixée des objectifs communs pour ralentir la propagation du VIH/sida et en atténuer les effets.

Consciente de la nécessité de mettre en place une action multisectorielle sur tous les fronts, la Déclaration vient appuyer les ripostes nationale, régionale et mondiale, pour prévenir de nouvelles infections à VIH, élargir l'accès aux soins et atténuer l'impact de l'épidémie.

Cette Déclaration réaffirme que la propagation du VIH/sida est un sérieux obstacle à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cela nécessite des actions urgentes, concertées et soutenues au niveau national (développement de stratégies multisectorielles et décentralisées), sous régional (appui aux initiatives sous régionales et régionales) et mondial (favoriser une coopération plus étroite entre les organismes des Nations Unies et les organisations internationales participant à la lutte contre le VIH/sida).

Pour suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements convenus et permettre la publication d'un rapport d'activité annuel par le Secrétaire Général des Nations Unies, une série d'indicateurs de base a été élaborée. Les rapports produits par les pays membres à partir de ces indicateurs permettent d'identifier les problèmes et obstacles rencontrés et proposer des actions, de manière à accélérer la réalisation des objectifs de la déclaration.

Les indicateurs de base ont été regroupés en quatre catégories et doivent être renseignés en des périodes précises. Ces catégories sont :

- Les indicateurs des actions et engagements nationaux;
- Les indicateurs de programmes ;
- Les indicateurs des connaissances et des comportements nationaux ;
- Les indicateurs de l'impact des programmes nationaux,

L'unité de suivi et d'évaluation de l'ONUSIDA a établi des définitions claires pour chaque indicateur et des mécanismes destinés à une collecte régulière des informations.

Pour améliorer la qualité des données requises, les indicateurs nationaux avaient été affinés et sélectionnés au départ selon qu'il s'agit d'un pays à épidémie concentrée ou un pays à épidémie généralisée. Pour le rapport 2008, cette distinction n'est plus d'actualité. Ainsi, la Côte d'Ivoire, à l'instar des autres états est appelée à renseigner vingt cinq(25) indicateurs en 2008 contre dix sept(17) en 2006 et treize(13) en 2002.

Le présent rapport a été élaboré sous l'égide du Ministère de la Lutte contre le Sida avec l'appui technique et financier de l'ONUSIDA et de l'UNFPA. Il est le troisième (3^{ème}) rapport national de la Côte d'Ivoire, signataire de la Déclaration.

Il s'articule autour des sept parties suivantes :

1. Aperçu de la situation ;
2. Aperçu de l'épidémie de sida ;
3. Riposte nationale à l'épidémie de sida ;
4. Meilleures pratiques ;
5. Principaux obstacles et mesures correctives ;
6. Soutiens des partenaires au développement ;
7. Environnement du Suivi-Evaluation.

I- APERCU DE LA SITUATION

Ce chapitre résume le degré de participation des parties prenantes, la situation actuelle de l'épidémie, la riposte au plan politique et programmatique ainsi que les indicateurs à l'intention de l'UNGASS.

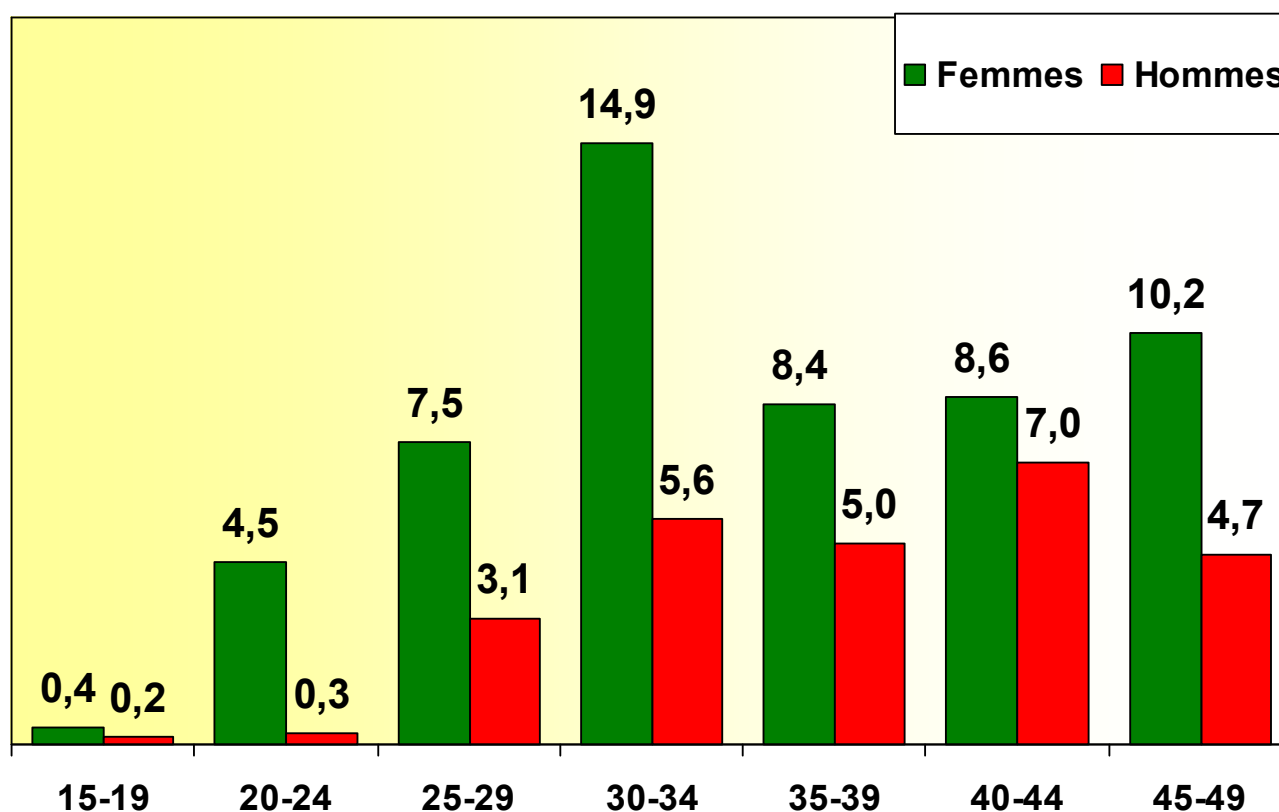
I-1 Une prévalence encore élevée

L'épidémie du VIH/sida est devenue en l'espace de 20 ans, un véritable problème de développement pour la quasi-totalité des pays africains. Elle touche la tranche d'âge de la population la plus active (15 - 49 ans) et affecte tous les secteurs de l'activité socio-économique.

En raison de l'ampleur des dégâts causés par le VIH/sida sur le développement de la Côte d'Ivoire, cette pandémie est devenue une urgence nationale. Les informations issues de l'Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire en 2005 (EIS-CI 2005 : enquête de ménage incluant 4 503 hommes et 5 148 femmes), donnent un taux de séroprévalence nationale de 4,7%. Le taux de séroprévalence est plus élevé chez les femmes (6,4%) que chez les hommes (2,9%) et ceci quel que soit l'âge (graphique 1). Ce qui traduit la féminisation de l'épidémie en Côte d'Ivoire.

La pandémie touche la population la plus active sexuellement et économiquement. En effet, le graphique 1 montre que la tranche de population la plus touchée se situe entre 15 - 49 ans avec un pic à 30-34 ans chez les femmes et 40-44 ans chez les hommes.

Graphique1 : Prévalence du VIH par sexe et par groupe d'âge



Source : EIS-CI 2005

I-2 Une inégale répartition de l'épidémie dans l'espace

L'analyse du tableau 1 issu de l'EIS-CI 2005 montre que la pandémie du sida affecte inégalement les populations dans les différentes régions du pays et selon le milieu de résidence. En effet, la prévalence est plus élevée en zone urbaine (5,4% dont 7,4% pour les femmes et 3,2% pour les hommes) qu'en zone rurale (4,1% dont 5,5% pour les femmes et 2,5% pour les hommes). Elle est plus faible au Nord-Ouest (1,7 %) et au Centre-Ouest (3,7%) et plus élevée au Centre Est (5,8%) et à Abidjan (6,1%).

Tableau 1 : % de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon la région, EIS - CI 2005

Région	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage de positifs	Effectif	Pourcentage de positifs	Effectif	Pourcentage de positifs	Effectif
Centre	5.1	407	4.4	308	4.8	715
Centre-Est	8.6	101	2.7	93	5.8	194
Centre Nord	4.2	251	2.8	209	3.6	460
Centre-Ouest	5.5	447	1.8	417	3.7	864
Nord	4.2	274	2.1	228	3.2	502
Nord-Est	4.4	192	1.9	144	3.3	337
Nord-Ouest	2.7	143	0.7	142	1.7	285
Ouest	4.6	356	2.4	328	3.5	684
Sud	8.0	866	2.7	782	5.5	1,648
Sud-Ouest	5.0	252	3.4	302	4.2	553
Ville d'Abidjan	8.6	1,125	3.5	1,070	6.1	2,194
Total	6.4	4,413	2.9	4,023	4.7	8,436

I-3 Des comportements à risques encore importants

L'EIS 2005 montre que 73% des jeunes hommes et 56% des jeunes filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge exact de 18 ans. En outre, seules 12% des femmes et 30% des hommes ont utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à haut risque. Ce qui dénote de la persistance des comportements à risques.

Par ailleurs, 87% des femmes et 90% des hommes n'ont jamais fait le test de dépistage du VIH soit une moyenne nationale de 88,5%.

Dans l'ensemble, 7% des femmes ayant reçu des conseils sur le VIH durant une visite prénatale ont été testées et ont reçu les résultats du test.

I-4 Une féminisation de l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire

Comme l'indiquent les résultats de l'EIS-CI 2005, les femmes sont plus affectées que les hommes avec un taux de prévalence de 6,4% contre 2,9%. Les jeunes filles sont de plus en plus touchées par la maladie. Ces données témoignent d'un visage de plus en plus féminin que continue de prendre l'épidémie dans le pays.

Il est admis que le VIH/sida accroît les inégalités en s'attaquant à la population féminine. La discrimination sexuelle, la pauvreté et les violences faites aux femmes, en particulier les violences sexuelles sont autant de facteurs qui favorisent la propagation de l'épidémie du sida au sein de la gent féminine en Côte d'Ivoire, à l'instar de la majorité des pays au sud du Sahara.

En Côte d'Ivoire, la problématique du VIH et de l'égalité entre les hommes et les femmes s'est exacerbée pour plusieurs raisons : (i) en plus des raisons physiologiques en faveur d'un risque de contamination par le VIH deux fois plus élevé que chez les hommes durant les rapports sexuels, les femmes et les filles sont souvent très peu informées sur la sexualité et sur les risques de transmission du VIH, (ii) la proportion des femmes analphabètes reste encore élevée, (iii) de plus, les femmes continuent souvent d'être dépourvues de la capacité de négocier et du soutien social qui leur permettrait d'insister pour des rapports sexuels moins dangereux ou de rejeter les avances non désirées, (iv) la crise sociopolitique de grande ampleur que traverse depuis quelques années le pays accroît la vulnérabilité de la gent féminine dont la pauvreté grandissante amène à s'engager dans des relations sexuelles ne lui offrant aucune possibilité de négocier l'utilisation de préservatifs.

C'est pourquoi, dans la perspective de post-crise, la problématique du genre doit être au centre de toute politique de redressement économique. Il s'agira de prendre en compte la composante antisexiste de l'épidémie en encourageant l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes.

I-5 Une réponse nationale multisectorielle et décentralisée

Face à une situation d'épidémie généralisée, la réponse nationale s'est manifestée depuis l'annonce des premiers cas de sida en 1985, par la mise en place successive des instances et de structures ci-dessous :

- Comité National de Lutte contre le Sida en septembre 1987 ;
- Programme National de Lutte contre le Sida, les IST, et la Tuberculose (PNLS/IST/TUB) en 1992 ;
- Ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé de la lutte contre le Sida le 24 janvier 2001 ;
- Ministère de la Lutte contre le Sida depuis le 13 mars 2003.
- Programme National de Prise En Charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PNPEC) en 2003;
- Programme National de prise en charge des Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du sida (PNOEV) en 2004.

La nature et l'évolution rapide de l'épidémie ont appelé à un renforcement des bases structurelles et institutionnelles de la lutte. C'est ce qui ressort de l'analyse de la réponse faite par les principaux acteurs lors de l'élaboration du Plan Stratégique National 2006-2010. Cette analyse a mis en exergue une réponse essentiellement limitée dans ses aspects médicaux avec une faible participation des secteurs de l'économie même si la société civile s'y est engagée.

C'est dans ce contexte que le Gouvernement a tenu à marquer sa volonté d'organiser et d'impulser une réponse nationale élargie qui tient compte des aspects sanitaires et de tous les impacts du VIH. Le Plan Stratégique National 2006-2010 a donc identifié plusieurs groupes vulnérables devant faire l'objet d'interventions prioritaires.

Ce sont les jeunes, les OEV, les femmes et jeunes filles, les corps habillés et ex-combattants, les professionnels du sexe, les migrants et routiers, les enseignants, les PVVIH, les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les couples discordants, les travailleurs (secteurs public et privé), les populations rurales et la population carcérale.

Malgré la situation de crise militaro-politique, l'engagement politique et institutionnel dans la lutte contre le sida s'est renforcé avec la mise en place de divers organes et structures pour une meilleure coordination de la lutte, dans une optique multisectorielle et décentralisée. Ces organes sont :

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

Ces organes constituent des cadres d'échanges avec les partenaires de la lutte contre le sida. A côté de ces organes du niveau central, on note des organes décentralisés et sectoriels qui sont :

- Les Comités régionaux de lutte contre le sida (CRLS), présidés par les Préfets de Région ;
- Les Comités Départementaux de lutte contre le sida (CDLS), présidés par les Préfets de Département;
- Les Comités Communaux de lutte contre le sida (CCLS), présidés par les Sous-préfets ;
- Les Comités Villageois de lutte contre le sida (CVLS), présidés par les Chefs de village;
- Les Comités Sectoriels de Lutte contre le sida (CSLS), présidés par les Ministres des départements ministériels.

Plusieurs autres structures techniques opérationnelles ont été créées et des documents de normes et politiques élaborés. On peut citer pour mémoire, le Programme National de Prise en Charge des Orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida (PNOEV) sous la tutelle du Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales. Ce programme est chargé de la coordination de la prise en charge des OEV. Un Programme National de Prise En Charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PNPEC) est créé au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour coordonner les activités de prise en charge médicale. Des documents de normes et procédures pour les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME), le Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) ont été élaborés.

La société civile n'est pas restée en marge de cet engagement. Les réseaux que sont le Conseil des Organisations non gouvernementales de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI), le Réseau Ivoirien des PVVIH (RIP+), le REPMASCI, l'Alliance des Religieux contre le VIH/Sida et les autres Pandémies(ARSIP) et le Réseau Ivoirien des Jeunes contre le Sida(RIJES) se sont structurés avec un accroissement de leurs membres. Environ 700 ONG sont répertoriées à la Direction de la Mobilisation Sociale (DMS) du Ministère de la Lutte contre le Sida. Ces organisations, appuyées par des ONG internationales, ont joué et continuent à jouer un grand rôle dans l'offre de services dans les zones ex-assiégées où l'on a assisté à une dégradation du système sanitaire. Les collectivités locales ont renforcé leurs interventions dans la lutte contre le VIH/sida à travers l'Alliance Ivoirienne des Maires et Responsables Municipaux sur le VIH/sida(AMICALL), organe spécialisé de l'Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire (UVICOCI).

Le secteur privé a pris une part prépondérante dans la lutte contre cette pandémie dont elle est lourdement tributaire. En effet, près de 300 entreprises disposent aujourd'hui de cellules focales de lutte contre le sida. On en comptait à peine une dizaine il y a quelques années. Des coalitions se

mettent en place dont la plus importante est au sein de la Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI) et de la Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire (CECI).

Cet engagement national est appuyé par divers partenaires techniques et financiers. On cite entre autres, le Gouvernement Américain à travers le PEPFAR, l'ONUSIDA et ses co-parrains, le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, les Coopérations belge, italienne, canadienne, japonaise, allemande, chinoise, française, etc. et des ONG internationales. Ces divers appuis ont permis à la Côte d'Ivoire d'accroître ses possibilités d'intervention en intensifiant la prévention mais aussi en permettant à un plus grand nombre de malades d'avoir accès au traitement antirétroviral.

I-6 De nouvelles perspectives dans la lutte avec le Plan Stratégique National 2006-2010

Le traitement antirétroviral (ARV) est passé d'environ 30 000 FCFA par mois à 5000 FCFA par trimestre (y compris le bilan biologique). Et un effort supplémentaire fait par l'Etat de Côte d'Ivoire a permis de fixer depuis le 1^{er} décembre 2005, le coût du traitement ARV à 3000 FCFA par trimestre, soit 1000 FCFA (environ 2 \$US) par mois. Ces efforts ont permis de passer de 2 473 personnes sous traitement ARV en 2003 à 17 404 personnes sous traitement en novembre 2005 pour atteindre 49 179 personnes sous traitement à la fin du premier semestre 2007 (PNPEC).

A côté de cet engagement national, il faut noter des initiatives sous régionales telles que le Projet corridor (reliant l'axe Abidjan-Lagos), le projet RAILS LINK (l'axe du chemin de fer Abidjan-Ouagadougou), le projet Sécuriser le futur, le projet des pays de la « Mano River Union » plus la Côte d'Ivoire, etc.

Le Plan Stratégique National 2006-2010, adopté en 2006, ouvre de nouvelles perspectives pour la lutte contre le sida. En effet, au lendemain de son adoption, la Côte d'Ivoire s'est dotée en janvier 2007 d'un plan d'intensification de la prévention du VIH/sida pour la période 2007- 2008. Ce plan qui s'appuie sur les objectifs du plan stratégique national vise à contribuer à la réduction de la transmission du VIH. Il est accompagné également d'une feuille de route de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien liés au VIH avec des cibles et des indicateurs pour la période 2007- 2008. Ces différentes initiatives ne peuvent aboutir que grâce à un leadership efficace à tous les niveaux.

La Côte d'Ivoire, pays à épidémie généralisée a, dans le rapport 2008, renseigné 22 indicateurs sur les 25 requis en se référant aux indicateurs de base de l'UNGASS résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 : Résumé exécutif des indicateurs UNGASS

Indicateurs	Valeurs par année			Sources
	2005	2006	2007	
Actions et engagements nationaux				
1: Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement (en millions de FCFA) ¹	8 293	20 613	6 981²	MLS/UNGASS
2 : Indice composite des politiques nationales				
2.1 : Partie A :		6,6	8	Rapport UNGASS 2008
2.2 : Partie B :		2,5	3,75	Rapport UNGASS 2008
Programmes Nationaux				
		2006	2007	
3 : Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH		100%	100%	CNTS
4 : Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviral		21,3%	29,7%	PNPEC
5 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de TME		11.2%	17,2%	Rapport UNGASS 2008

¹ Pour le détail sur les sources de financement se référer au tableau 4

² Montant partiel

6 : Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité VIH concomitante auxquels ont été administré un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	10%		Registre des patients CAT (PNLT)
7 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat		3,5%	EISCI 2005
8 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat			
8.1 Professionnels du sexe		50.9%	ENSEA 2007
8.2 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		57%	Registre CdC
8.3 Consommateurs de drogues injectables	N.A	N.A	
9 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre			
9.1 Professionnels du sexe		92,5%	ESC 2007
9.2 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		100%	Registre CdC
9.3 Consommateurs de drogues injectables	N.A	N.A	
Soins et soutiens			
10 : Pourcentage d'enfants orphelins et d'autres enfants vulnérables (0 à 17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	8,8%		PNOEV/ONUSIDA
11 : Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	1.4%		MEN/DMOSS
12 : Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans			
12.1 Scolarisation actuelle des orphelins âgés de 10 à 14 ans		62,4%	
12.2 Scolarisation actuelle des non orphelins âgés de 10 à 14 ans		51,7%	EISCI 2005
Connaissances et Comportements			
13 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus		22,2%	EISCI 2005
14 Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus			

14.1 : Professionnels du sexe		31.7%	ESC 2007
14.2 : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	N.A	N.A	
14.3 : Consommateurs de drogues injectables	N.A	N.A	
15 : Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans		17,6%	EISCI 2005
16 : Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents		16,4%	
17 : Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel		44,4%	
18 : Pourcentage de professionnel (le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client		95.9%	ESC 2007
19 : Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annal avec un partenaire masculin	46.8%		CdC
20 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	N.A	N.A	
21 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue	N.A	N.A	
Atténuation de l'impact			
22 Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans infectés par le VIH		1,4%	EISCI 2005
23 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque			
23.1 : Professionnels du sexe	18,3%		Projet PAPO-HV Abidjan
23.2 : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	18.5%		CdC
23.3 : Consommateurs de drogues injectables	N.A	N.A	
24 : Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci		89%	ACONDA VS
25 : Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	Sera généré par ONUSIDA	Sera généré par ONUSIDA	

II- APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Cet aperçu de l'épidémie de sida est basé sur une analyse de la prévalence du VIH au cours de la période de l'établissement du rapport, soit de janvier 2006 à décembre 2007. Il prend appui sur les données de l'Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire (EIS-CI 2005), les données de routine, celles de la surveillance sentinelle des femmes enceintes et les rapports de l'ONUSIDA de 2006 et 2007.

Selon le rapport 2007 de l'ONUSIDA, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde est estimé à 33,2 millions tandis le nombre de nouvelles infections est estimé à 2,5 millions. On enregistre 2,1 millions de décès dus au sida et une prévalence (15-49 ans) estimée à 0,8 %.

Bien que n'hébergeant que 10% de la population mondiale, l'Afrique compte 63% des PVVIH en 2007 (ONUSIDA, 2007). En effet, l'Afrique subsaharienne compte 22,5 millions de PVVIH; 1,7 millions de nouvelles infections et 1,6 millions de décès dus au sida. L'Afrique Australe reste la plus touchée avec 32% des PVVIH et 34% de tous les décès dus au sida dans le monde.

Selon le rapport 2007 de l'ONUSIDA, la Côte d'Ivoire a une prévalence du VIH dans la population générale estimée à 3,9%. Le pays compte 424 260 PVVIH; 46 600 décès dus au Sida et 420 943 orphelins du fait du sida. Ces modifications s'expliquent par les efforts accomplis mais aussi par une meilleure estimation des indicateurs en raison de la disponibilité de données fiables et nombreuses.

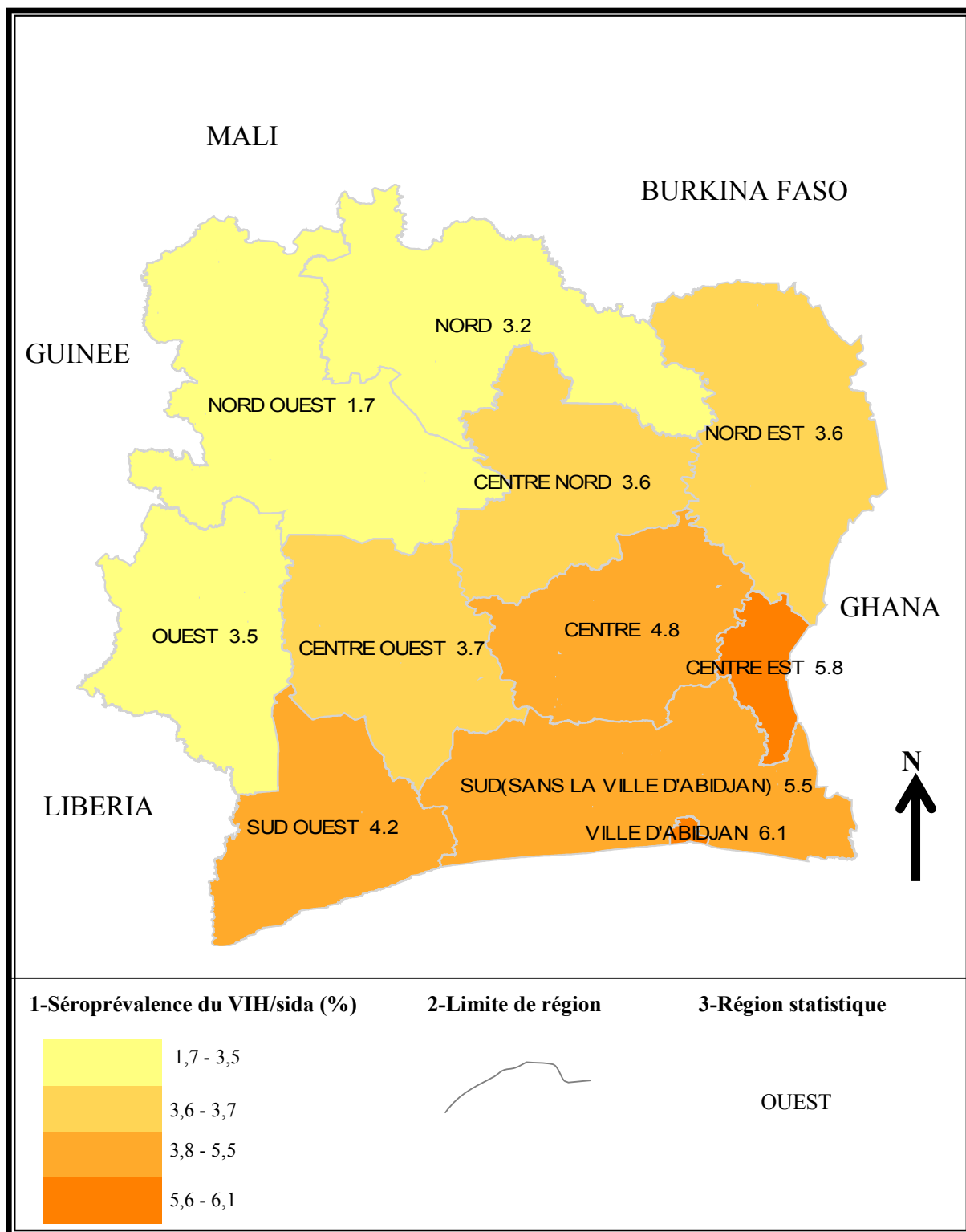
Pour mémoire, l'EIS-CI 2005 estimait la prévalence du VIH dans la population générale à 4,7%. Le taux de séroprévalence chez les femmes (6,4%) est nettement supérieur au taux observé chez les hommes (2,9%).

La pandémie du Sida affecte inégalement les populations dans les différentes régions du pays et selon le milieu de résidence. En effet, Elle est plus faible au Nord-Ouest (1,7 %) et au Centre-Ouest (3,7%) et plus élevée au Centre Est (5,8%) et à Abidjan (6,1%).

Le niveau de prévalence augmente en fonction du nombre de partenaires sexuels au cours de la vie chez les femmes aussi bien que chez les hommes. De 4,1 % chez les femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel, au cours de leur vie, la prévalence passe à 12,5% chez les femmes ayant eu 4-5 partenaires sexuels et atteint 18,3% chez celles ayant déclaré 11 partenaires et plus.

Dans l'ensemble, la prévalence du VIH chez les jeunes de 15-19 ans est estimée à 0,3%. Elle varie de 0,4% chez les jeunes femmes à 0,2% chez les jeunes hommes. Dans 93% des couples, les deux conjoints sont séronégatifs, dans 1,4 % des couples les deux conjoints sont séropositifs et dans 6% des cas, un des conjoints est séropositif. Près de six femmes sur dix et près des trois quarts (74%) des hommes ont déclaré qu'on pouvait limiter les risques de contracter le VIH en utilisant des condoms.

Graphique 2 : TAUX DE SÉROPRÉVALENCE SELON LA RÉGION



Source : EIS-CI 2005

III- RIPOSTE NATIONALE À L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Ce chapitre se propose de présenter la réponse nationale à l'épidémie de sida et de décrire ou de mettre en évidence les changements enregistrés suite à l'engagement national et à la mise en œuvre des programmes de Prévention, de traitement, de soins et de soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH. Il présente également les connaissances et changements intervenus dans les comportements ainsi que le degré d'atténuation de l'impact du VIH.

III-1 – L'engagement national

III.1.1 Indicateur 1 : Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégorie et sources de financement

Les rapports UNGASS précédents ont mis l'accent sur les budgets consacrés à la lutte contre le sida par les parties prenantes. Les budgets n'étant pas souvent exécutés en totalité, l'ONUSIDA met l'accent sur une approche basée sur les dépenses effectives par catégorie. Pour être conforme à cette exigence, la méthodologie de collecte des données financières a privilégié, pour le rapport 2008, les dépenses du secteur public (Comités Sectoriels des départements ministériels, Etablissements Publics Nationaux sous tutelle, Sociétés d'Etat et Entreprises à participation publique), du secteur privé qui regroupe les entreprises privées de toute taille exerçant dans le secteur économique, de la société civile (secteur associatif, ONG) et des coopérations bilatérales et multilatérales.

Les données recueillies présentent quelques limites dues à une faible disponibilité des informations sur les dépenses effectives au titre des années 2005 (certaines informations non retrouvées) et 2007 (informations encore partielles au moment de la collecte des données) et à une faiblesse constatée dans le suivi budgétaire des structures.

Les résultats obtenus traduisent les grandes tendances des dépenses pour la lutte contre le Sida de 2005 à 2007. Toutefois, le Ministère de la lutte contre le SIDA s'en tient aux systèmes de contrôle interne des partenaires financiers ayant fourni les informations, la certification périodique des comptes par un commissaire aux comptes externe n'étant pas toujours une pratique courante. Il faut ajouter à cela, les possibilités de biais dues à l'absence de lexique explicatif de la nomenclature des dépenses dans le manuel de directives UNGASS et celles liées au retraitement des informations par les partenaires pour les rendre compatibles avec cette nomenclature.

Nonobstant ces insuffisances, on peut à partir des agrégats obtenus, affirmer que le financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire est essentiellement soutenu par des appuis extérieurs (les partenaires bilatéraux et multilatéraux) qui, à eux seuls, ont dépensé plus de 30,5 milliards de FCFA sur la période 2005-2007, soit 85,15% de l'ensemble des montants effectivement dépensés sur la période. En réalité, c'est la coopération bilatérale qui constitue le plus important groupe de partenaire financier de la lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire avec un apport cumulé sur la période estimé à 19,9 milliards soit plus de la moitié des dépenses de la période (55,66%). Les partenaires multilatéraux ont, quant à eux, soutenu la lutte contre le sida à hauteur de 10,5 milliards soit 29,49% des dépenses de la période.

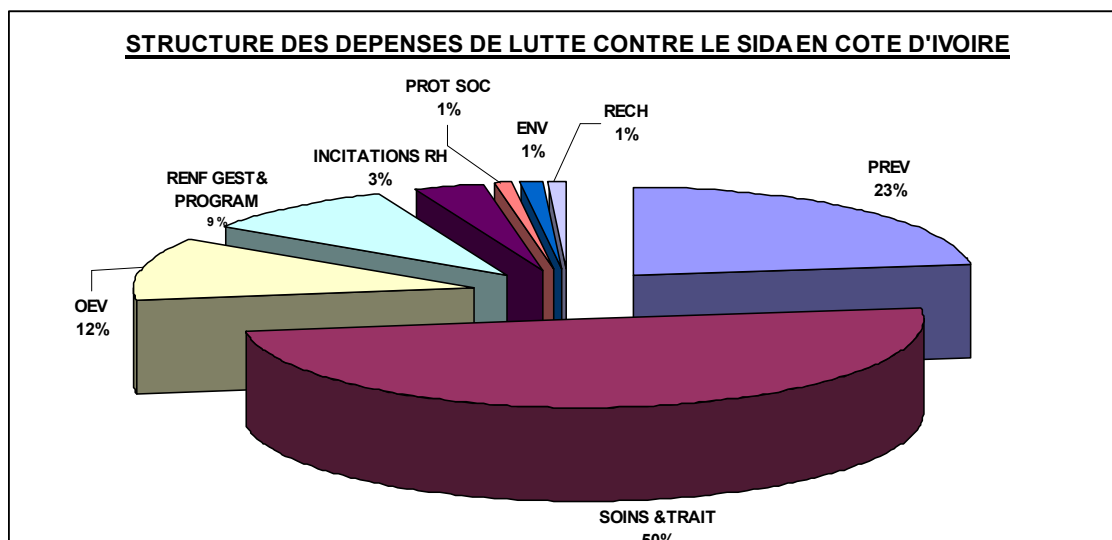
L'Etat de Côte d'Ivoire a apporté des ressources publiques de l'ordre de **5,1** milliards de FCFA sur la période, représentant **14,41%** (moins du quart) des dépenses réalisées par l'ensemble des partenaires financiers sur la même période.

Tableau 3: Evolution des dépenses annuelles consacrées au sida par catégorie de 2005 à 2007

Catégories de dépenses	Montant (millions FCFA)				PROPORTION
	ANNEE			TOTAL	
	2 005	2 006	2 007		
Prévention	2 132	4 870	1 291	8 294	23,11%
Soins et traitement	3 136	11 819	2 889	17 844	49,72%
Orphelins et enfants vulnérables	1 125	1 478	1 597	4 201	11,71%
Renforcement de la gestion et de l'administration des programmes	1 221	1 598	562	3 381	9,42%
Incitation pour les ressources humaines	308	477	380	1 165	3,25%
Protection sociale et services sociaux, orphelins et enfants vulnérables non compris	86	105	101	292	0,81%
Environnement propice & développement communautaire	133	124	133	390	1,09%
Recherche à l'exception de la recherche opérationnelle	152	140	29	320	0,89%
TOTAL GENERAL	8 293	20 613	6 981	35 886	100%

La prévention est essentiellement financée par les partenaires bilatéraux qui ont supporté cette catégorie de dépenses à hauteur de 74% suivis des partenaires multilatéraux (13%) et des sources publiques (11%).

Graphique 3 : Structure des dépenses de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire



La catégorie la plus importante dans la hiérarchie de dépenses de lutte contre le sida (axe Soins et traitement) est également financée, à titre principal, par les partenaires bilatéraux et multilatéraux qui soutiennent respectivement la catégorie à hauteur de 64% et 23% des dépenses globales de soins et traitement (graphique 2). Autrement dit, c'est la structure des dépenses de soins et traitement qui imprime ou impose celle des dépenses globales de lutte contre le sida par partenaire financier.

Le financement des soins et traitement des personnes vivant avec le VIH est majoritairement dépendant de l'extérieur. Cette situation constitue une entrave à l'affirmation du leadership national dans la conduite de la riposte nationale.

La catégorie Orphelins et enfants vulnérables bénéficie également du financement extérieur à 92% par les partenaires multilatéraux. Contrairement aux trois premières catégories, celle portant sur le Renforcement de la gestion et de l'administration des programmes est soutenue sur la période à plus de 53% par les ressources publiques. Les partenaires bilatéraux et multilatéraux interviennent respectivement à hauteur de 28% et de 19% au niveau de cette catégorie de dépenses. En outre, toutes les autres catégories de dépenses sont essentiellement soutenues par l'extérieur.

Pour les besoins de coordination nationale, de mobilisation et d'orientation des ressources financières de manière équilibrée, il convient d'analyser de façon précise les sources de financement de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire et de mettre en place un mécanisme routinier de collecte et de traitement des données financières conformément aux directives de l'élaboration du rapport national UNGASS.

En effet, au cours de la période 2005–2007, le PEPFAR a contribué à la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire à hauteur de 15,9 milliards de FCFA soit 44,37% des dépenses de la période, contre une contribution du Système des Nations Unies de 8,19 milliards de FCFA soit 22,83% des dépenses de la période. La contribution de l'Etat de Côte d'Ivoire (toutes sources publiques confondues) se situe à 5,1 milliards soit 14,41% des dépenses de la période, se positionnant comme la troisième plus importante source de financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. La coopération allemande qui se positionne à la quatrième place de la hiérarchie des sources de financement de la lutte contre le

VIH/sida, a apporté un appui financier de 3,6 milliards de FCFA soit 10,24% des dépenses effectives de la période.

Tableau 4 : Structure des dépenses par catégorie et par source de financement sur la période 2005-2007

PRINCIPALES CATEGORIES	Montant en million de FCFA			
	Sources publiques	Bilatéraux	Multilatéraux	Sources privés
Prévention	872	6 235	1 041	146
Soins et Traitement	2 262	11 485	4 098	0
Orphelins et Enfants Vulnérables	4	350	3 847	0
Renforcement de la gestion et de l'administration des programmes	1 776	943	650	12
Incitations pour les ressources humaines	27	513	625	0
Protection sociale et services sociaux, orphelins et enfants vulnérables non compris	230	39	22	0
Environnement propice et développement	0	382	8	0
Recherche à l'exception de la recherche opérationnelle	0	27	294	0
TOTAL GENERAL	5 171	19 973	10 584	159

III-1.2 : Politique nationale de lutte contre le Sida

La collecte des informations en vue de renseigner l'Indice composite sur l'engagement politique, (tableau 5), a connu une participation effective de la société civile à travers le Collectif des ONG de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI) et le Réseau Ivoirien des organisations de personnes vivant avec le VIH (RIP+), responsabilisés pour la partie B (droits de la personne, participation de la société civile, prévention, traitement, soin et soutien) . Le Ministère de la Lutte contre le Sida a assuré le leadership pour la collecte des informations relatives à la partie A (plan stratégique, soutien et politique, prévention, traitement, soins et soutien, suivi-évaluation).

L'examen du tableau 5 montre que l'engagement national est acceptable en ce qui concerne les activités de prévention, de traitement, de soins et de soutien, selon les avis de l'ensemble des acteurs. Cependant, en ce qui concerne les aspects liés aux droits de la personne, les opinions de la société civile sont très critiques notamment en ce qui concerne leur implication dans ce domaine.

En effet, du faite de la persistance des inégalités de genre, les femmes n'arrivent pas toujours à exercer leur droit sur le plan économique et en matière de santé de la reproduction.

Depuis 2005, on constate des progrès sensibles au niveau de l'engagement national. En effet, selon l'évaluation du secteur public, la note moyenne de 6,6 sur 10 en 2005 est passée à 8 sur 10 en 2007. Pour la société civile, bien que l'engagement national soit considéré encore en deçà des attentes, la note moyenne connaît une hausse relative en passant de 2,5 à 3,75 sur 10 de 2005 à 2007.

Tableau 5: Opinions des acteurs étatiques et de la société civile sur les engagements nationaux

RUBRIQUE		2005	2007	OBSERVATIONS/COMMENTAIRE
PARTIE A				
1. Plan stratégique	/10	7	9	Passage du plan intérimaire 2005 au plan stratégique national 2006-2010
2. Appui politique	/10	7	9	Appui à la réalisation d'une enquête nationale sur les indicateurs du SIDA en 2005
3. Prévention	/10	7	8	Un plan d'intensification de la prévention a été élaboré en 2007 pour corriger les faiblesses constatées lors de l'élaboration du plan stratégique (faible couverture du milieu rural, certaines populations cibles ignorées)
4. Traitement, soins et soutien	/10	5	6	Le soutien aux OEV reste encore très faible
5. Suivi Evaluation	/10	7	8	
TOTAL	/50	33	40	
MOYENNE	/10	6.6	8	
PARTIE B				
1. Droits de la personne	/10	1	1	
2. Participation de la société civile	/10	2	3	La société civile est de plus en plus associée aux instances de décisions (CCM, CNLS)
3. Prévention	/10	3	5	Par manque de suivi, tous les efforts consentis ne sont pas perceptibles par les acteurs
4. Traitement, soins et soutien	/10	4	6	Malgré les fonds disponibles, le programme demeure timide compte tenu de la complexité des procédures d'accès aux fonds
TOTAL	/40	10	15	
MOYENNE	/10	2.5	3.75	

III-2 : Les indicateurs de programme

III-2.1 Sécurité transfusionnelle : indicateur 3 : Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH

La sécurité transfusionnelle peut être considérée comme l'ensemble des dispositions prises pour éviter la transmission du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et C, les accidents et incidents immunologiques au cours de la transfusion.

En Côte d'Ivoire, le secteur public à travers le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) est seul responsable de la production et de la distribution du sang sécurisé. Pour atteindre cet objectif, le CNTS a adopté six stratégies : (i) la sélection de donneurs en bonne santé et présentant un risque de transmission transfusionnel faible, (ii) la qualification biologique de qualité des dons, (iii) la production de culots globulaires et déleucytation des produits sanguins, (iv) le respect des bonnes pratiques de

conservation et de distribution des produits sanguins, (v) la mise en place d'un système de management de la qualité (SMQ), (vi) le renforcement des capacités.

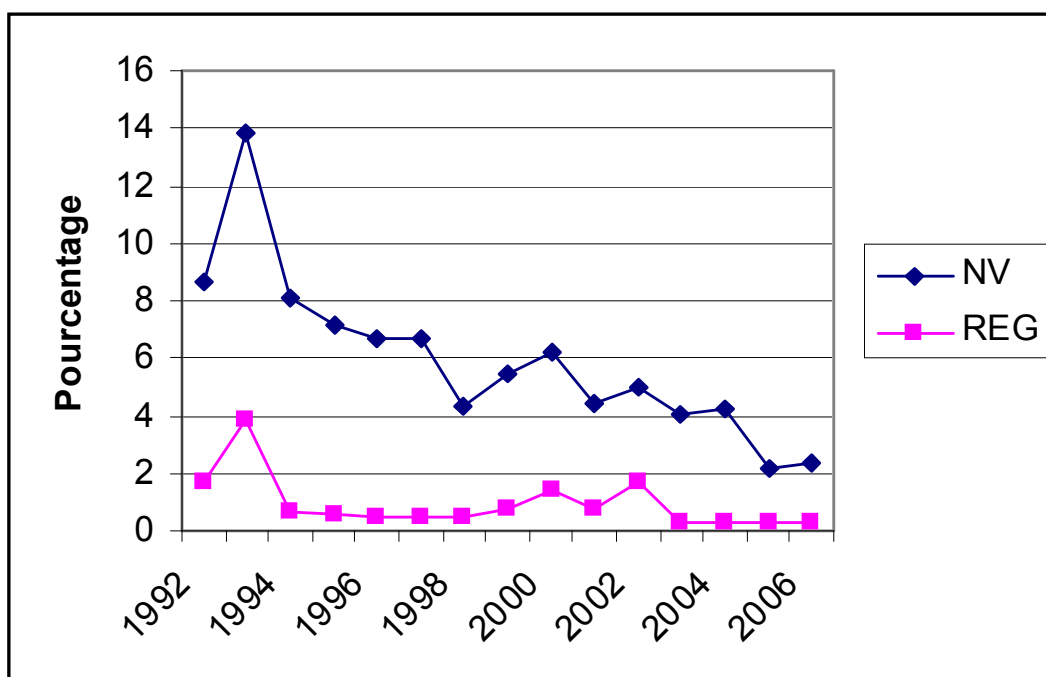
Dans la pratique, les centres de suivi des donneurs de sang organisent des consultations médicales gratuites pour les donneurs de sang, procèdent à l'annonce des résultats des analyses biologiques, fournissent des conseils pour réduire les comportements à risques chez le donneur de sang, mènent la sensibilisation sur le VIH et les maladies transmissibles par le sang et effectuent le contrôle des résultats douteux des analyses biologiques.

Toutes ces dispositions ont permis d'atteindre des résultats très encourageants tant chez les nouveaux donneurs de sang que chez les donneurs réguliers.

Aussi, l'ensemble des 60 993 poches de sang produites dans le cadre du don de sang en 2007 ont suivi systématiquement les procédures normalisées attestées dans le cadre d'une démarche d'assurance qualité. Autrement dit, **100%** d'unités de sang transfusés font l'objet de dépistage systématique.

Le plan stratégique national visait à faire passer la prévalence du VIH chez les nouveaux donneurs de sang de 6% à 4% et chez les donneurs réguliers de 0,3% à 0% d'ici à 2010. Ces indicateurs sont estimés en 2006 respectivement à 2,3% et 0,3%.

Graphique 4: Évolution de la séroprévalence VIH chez les donneurs de sang de 1992 à 2006



Source : CNTS

NV : Nouveaux Donneurs
REG : Donneurs Réguliers

III-2.2 Traitement du VIH : Traitement antirétroviral

III-2.2.1 Indicateur 4 : Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux

Le nombre de personnes sous traitement ARV s'est accru considérablement de 2003 à mi 2007. En effet, ce nombre est passé de 2 473 personnes en 2003 (Rapport UNGASS 2004) à 17 404 en 2005 pour atteindre 36 348 en 2006 et 49 190 au premier semestre 2007. Ce nombre prend en compte toutes les données nationales y compris celles du secteur privé. Rapporté au nombre de personnes ayant besoin d'un traitement ARV en 2006 et 2007, on obtient respectivement 21,3 % et 29,7% de personnes sous ARV.

Cet progrès important dans la mise sous traitement ARV s'explique d'une part, par la baisse du coût du traitement ARV (grâce à l'apport financier important de l'Etat et des partenaires bilatéraux et multilatéraux) et d'autre part, par une mobilisation sociale intense.

Chez les enfants de moins de quinze ans, la proportion des enfants avec une infection à VIH avancée et qui bénéficiait d'une thérapie antirétrovirale est passée de 17,6% en 2006 à 28,6% à la fin du premier semestre 2007. Cette progression traduit un meilleur suivi chez cette frange de la population.

III-2.2.2 Indicateur 5 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant.

L'exploitation des informations concernant les patients sous ARV a montré qu'en 2006, sur 24 731 femmes enceintes infectées par le VIH, 2 773 ont reçu des antirétroviraux au cours des douze derniers mois pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH, soit 11,2%. En 2007, cette proportion s'élève à 17,2% au premier semestre.

Cette proportion de femmes enceintes infectées par le VIH sous ARV qui était de 0,98% en 2003 et 4,36% en 2005 (rapport UNGASS 2006) a donc connu un progrès sensible.

Ce progrès pourrait être attribué d'une part à la gratuité du traitement accordée aux femmes et aux enfants à partir du deuxième semestre 2004 et d'autre part à l'augmentation du nombre de centres de PTME et l'intégration de la PTME dans le paquet minimum d'activités.

III-2.2.3 Indicateur 6 : Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH.

Une exploitation des registres des patients tuberculeux au niveau des centres antituberculeux (organismes agréés) a permis d'établir qu'en 2006, sur 9900 patients tuberculeux, 994 ont reçu un traitement contre la tuberculose et le VIH, soit 10% des patients tuberculeux. La proportion des tuberculeux bénéficiaires de ce traitement est sensiblement la même chez les patients tuberculeux hommes (9,3%) et femmes (10,3%). Ce faible taux de 10% pourrait s'expliquer par le fait que le dépistage systématique du VIH au sein des patients tuberculeux est assez récent(2004).

III-2.3 Prévention

III.2.3.1 Indicateur 7 : Dépistage du VIH dans la population générale : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH au cours des douze derniers mois et qui en connaissent le résultat.

Les résultats de l'EIS-CI 2005 indiquent que sur 9 686 personnes (hommes et femmes) interrogées, seulement 336 ont subi un test VIH au cours des douze derniers mois et connaissaient le résultat, soit 3,5% des personnes interrogées. La proportion de femmes est légèrement plus élevée que celle des hommes : 3,7% chez les femmes contre 3,2% chez les hommes. Cette proportion augmente selon l'âge : 2,1% chez les jeunes de 15-19 ans ; 2,9% chez les jeunes de 20-24 ans ; 4,2% chez les jeunes de 25-29 ans.

III.2.3.2 Indicateur 8.1 : Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque- professionnels du sexe : Pourcentage parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat.

Une Enquête de Surveillance Comportementale (ESC) réalisée en 2007 à Abidjan et sept (07) autres villes en Côte d'Ivoire a montré que 50,9% des populations les plus à risque parmi les professionnelles de sexe ont subi un test VIH au cours des douze derniers mois et connaissaient le résultat. Cette enquête a porté sur 2 361 professionnelles du sexe. On note également une progression de la proportion en fonction de l'âge des professionnelles du sexe : 43,7% chez les moins de 25 ans et 58,9% chez les 25 ans et plus.

III.2.3.3 Indicateur 8.2 : Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque- Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes : Pourcentage parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat.

Les informations sur les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ne sont pas disponibles du fait que ce sujet est encore tabou en Côte d'Ivoire comme dans la plupart des sociétés africaines. Ainsi, dans le cadre de ce rapport, il n'a pas été possible de collecter des données exhaustives et fiables sur cet indicateur. Néanmoins, au niveau de l'ONG « Clinique de Confiance », intervenant auprès des populations hautement vulnérables, quelques informations parcellaires ont pu être obtenues.

Sur les 93 personnes suivies par cette ONG en 2006 et 2007, 57% (53 personnes) ont subi un test VIH au cours des douze derniers mois et connaissaient le résultat. Cette proportion est plus élevée chez les personnes de moins de 25 ans (63,3%) comparée à celle des personnes de 25 ans et plus (54%).

III.2.3.4 Indicateur 8.3 : Dépistage du VIH parmi les personnes les plus à risque - Consommateurs de drogues injectables : Pourcentage parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les douze derniers mois et qui en connaissent le résultat.

Au niveau national, aucune disposition n'a encore été prise pour la mise en place d'une base de données sur les consommateurs de drogues injectables. Toutefois, l'ampleur de la consommation de la drogue a amené le Gouvernement à créer le Comité National de Lutte Anti drogue (CILAD) qui regroupe toutes les structures intervenant dans la lutte anti drogue. L'état des lieux, réalisé par le CILAD en 2000 a fait ressortir que la consommation de drogue injectable n'était pas un problème

majeur en Côte d'Ivoire. Aucune étude récente ne permet donc pas de confirmer ou infirmer les résultats de 2000.

Afin de renseigner cet indicateur et de mieux orienter les actions de lutte contre ce phénomène en lien avec le VIH, une série d'action dont la réalisation d'étude sur l'ampleur de la consommation des drogues injectables sera réalisée en 2008.

III.2.3.5 Indicateur 9.1 : Programme de prévention chez les professionnel(le)s du sexe : Pourcentage, parmi les personnes les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre.

Selon l'ESC 2007, 92,5% des professionnelles du sexe (1 184 personnes) avaient connaissance d'au moins un lieu de dépistage de VIH sur les 2361 professionnelles du sexe ayant participé à l'enquête.

Les informations concernant le lieu d'approvisionnement des préservatifs n'ont pas été collectées au cours de cette enquête et d'autres études apparentées.

III.2.3.6 Indicateur 9.2 : Programme de prévention chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes : Pourcentage, parmi les personnes les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre.

100% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (93 personnes) suivis à la Clinique de Confiance (CdC) connaissent au moins un centre de dépistage du VIH. Ils ont en outre disposé de préservatifs dans des centres de distribution de préservatifs au cours des douze (12) derniers mois.

La Clinique de Confiance (CdC) fournit un paquet de services qui inclut le dépistage et la distribution de préservatifs.

III.2.3.7 Indicateur 9.3 : Programme de prévention chez les consommateurs de drogues injectables : Pourcentage, parmi les personnes les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre.

Comme l'indicateur 8.3 relatif au même groupe cible, les informations ne sont pas disponibles en ce qui concerne les programmes de prévention en direction de ce groupe spécifique. En plus du CILAD, le centre de l'ONG « Croix-Bleue », qui s'occupe de la désintoxication des personnes victimes de la consommation de drogues de façon générale ne dispose d'aucunes données sur les drogues injectables.

III-2.4 Soins et Soutien

III.2.4.1 Indicateur 10 : Soutien aux enfants affectés par le VIH et le sida : Pourcentage d'enfants orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.

En 2007, selon le Programme National en charge des Orphelins et autres Enfants Vulnérables (PNOEV), 8,8% (37 250) orphelins ou enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivaient dans un foyer ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge. Cette proportion se rapporte au nombre total de 420 943 orphelins ou enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans infectés ou affectés par le VIH et le sida (ONUSIDA 2007).

En 2005, le nombre d'OEV ayant bénéficié d'appuis scolaire, alimentaire, nutritionnel et médical était estimé à 8000 suite aux informations fournies par le PNOEV et les différents partenaires intervenant dans le domaine.

La faible couverture de la prise en charge des OEV (8,8%) nécessite des efforts importants et soutenus pour répondre aux besoins sans cesse croissants des enfants affectés et infectés par le VIH et le sida.

III.2.4.2 Indicateur 11 : Enseignement des compétences psychosociales à l'école : Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire.

Dans le cadre de « Education Program Revue » du Ministère de l'Education Nationale, les contenus « Life Skills/sida » ont été intégrés dans les curricula d'enseignement. Ces contenus sont dispensés à titre expérimental dans des écoles et des établissements privés et publics d'enseignement général par des enseignants qui ont reçu une formation.

Les informations collectées auprès de la Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire -DMOSS (direction en charge de la coordination de ce programme) au Ministère de l'Education Nationale, 1,4% des écoles (45 sur 3321 écoles de la zone d'expérimentation) enseignent le Life Skills/sida ou compétences pratiques pour une vie saine au cours de l'année scolaire allant du 4^{ème} trimestre 2006 au 1^{er} semestre 2007. La proportion d'écoles diffère selon le degré d'enseignement : 1% au primaire (31 écoles sur 3 213) et 13% au secondaire (14 établissements sur 108).

III.2.4.3 Indicateur 12 : Scolarisation : Fréquentation scolaire actuelle parmi les orphelins et non orphelins âges de 10 à 14 ans.

L'EIS-CI 2005 indique que 62,4% (349 sur 559) des enfants ayant perdu leurs deux parents fréquentent l'école. Parmi ce groupe, le niveau de fréquentation scolaire est plus élevé chez les garçons (69,9%) que chez les filles (55,4%).

Concernant les enfants non orphelins (les deux parents sont encore en vie) vivant avec l'un de leurs parents et fréquentant l'école, la proportion est estimée à 51,7% (1213 sur 2 547). Dans ce groupe également, le niveau de fréquentation scolaire est plus élevé chez les garçons (54,7%) que chez les filles (48,6%).

III-3 Connaissances et changements intervenus dans les comportements

III.3.1 Indicateur 13 : Connaissance sur la prévalence du VIH : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.

L'EIS-CI 2005 montre que 22,2% des jeunes (931 sur 4 196) femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ont une connaissance exacte du virus. Ce niveau de connaissance varie selon l'âge et le sexe. En effet, 27,3% de jeunes hommes contre 18% de jeunes femmes ont une connaissance exacte du virus. Par ailleurs, 23,3% des jeunes de moins de 20 ans contre 21,1% de jeunes de 20 à 24 ans ont une connaissance exacte du VIH.

Par rapport aux cinq (05) questions, la proportion de jeunes ayant correctement répondu à chacune des questions se présente comme ci-dessous :

- la question 1 portant sur la maîtrise du risque de transmission par la fidélité a été correctement répondue par 72,5%,

- la question 2 sur la réduction du risque de contamination du VIH par le port du préservatif par 68,6%,
- la question 3 sur l'apparence physique d'une personne infectée par 68,1%,
- la question 4 sur la transmission du VIH par une pique de moustique par 41,3% et enfin,
- la question 5 sur le risque d'infection à VIH en partageant des aliments avec une personne infectée par 57,3% des jeunes.

La proportion de bonnes réponses par rapport à chaque question, indique que des améliorations sont encore nécessaires dans les connaissances des jeunes sur la prévention du VIH.

III.3.2.1 Indicateur 14.1 : Connaissance sur la prévalence du VIH des professionnel(le)s du sexe : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.

Les professionnelles du sexe ont une bonne connaissance des moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH par rapport aux jeunes : 31,7% contre 22,2%. En effet l'ESC 2007 montre que 31,7% (750 sur 2361) des professionnels du sexe ont une connaissance exacte de la transmission du VIH.

Par rapport aux cinq (05) questions, la proportion de professionnelles du sexe ayant correctement répondu à chacune des questions se présente comme ci-dessous :

- la question 1 portant sur la maîtrise du risque de transmission par la fidélité a été correctement répondue par 78,2%,
- la question 2 sur la réduction du risque de contamination du VIH par le port du préservatif par 94,03%,
- la question 3 sur l'apparence physique d'une personne infectée par 77,92%,
- la question 4 sur la transmission du VIH par une pique de moustique par 61,89% et enfin,
- la question 5 sur le risque d'infection à VIH en partageant des aliments avec une personne infectée par 69,97% des professionnelles de sexe.

La proportion de bonnes réponses par rapport à chaque question, indique que la sensibilisation devrait toujours se poursuivre pour améliorer d'avantage les connaissances de ce groupe très vulnérable.

III.3.2.2 Indicateur 14.2 : Connaissance de la prévalence du VIH des Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.

Les informations relatives à cet indicateur ne sont pas disponibles, aucune étude ou enquête ciblant ce groupe vulnérable n'ayant été réalisée au cours de la période du rapport

III.3.2.3 Indicateur 14.3 : Connaissance sur la prévalence du VIH des consommateurs de drogues injectables: Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.

Les informations relatives à cet indicateur ne sont pas disponibles, aucune étude ou enquête ciblant ce groupe vulnérable n'ayant été réalisée au cours de la période du rapport

III.3.3 Indicateur 15 : Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans : Pourcentage des jeunes femmes et hommes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

L'EIS-CI 2005 montre que 17,6% (739 sur 4 196) de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Cette proportion est plus élevée chez les jeunes de 15-19 ans (18,8%) que chez les jeunes de 20-24 ans (16,4%). L'étude montre également que la précocité des rapports sexuels est plus accentuée chez les jeunes femmes (19,3%) que chez les jeunes hommes (15,4%) du même âge.

Cette proportion en 2007 est en nette progression par rapport aux données de L'ESC 2004 qui indiquait une proportion de 14,06% de jeunes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Cette progression est également notée chez les jeunes garçons (13,30%) et chez les jeunes filles (14,54%).

Les Enquêtes Socio Comportementales (ESC) réalisées respectivement en 1998 et en 2002, ont montré une proportion élevée respectivement 29% et 27% de jeunes ayant leur 1^{er} rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (ENSEA, ESC, 1998 et 2002).

Malgré quelques limites dues à la différence de couverture géographique des deux enquêtes, ces résultats indiquent que les jeunes retardent de plus en plus l'âge des premiers rapports sexuels. Ce qui pourrait s'expliquer par l'effet positif de l'intensification de la prévention au sein de la population jeune en Côte d'Ivoire.

III.3.4 Indicateur 16 : Rapport sexuels à haut risque : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.

L'EIS-CI 2005 montre que 16,4% (1 252 sur 7 613) des femmes et hommes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des douze derniers mois. Cette proportion varie sensiblement selon l'âge : 15,2% pour les jeunes de 15-19 ans, 17,5% pour les jeunes de 20-24 ans et 16,4% pour les jeunes de 25-29 ans. On constate que cette proportion est plus élevée chez les hommes (30,5%) que chez les femmes (4,5%).

L'Enquête Socio Comportementale (ESC), réalisée en 2004, indique que 61,01% de jeunes déclarent avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois. Plus de filles (64,25%) que de garçons (57,94%) ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois.

Cette tendance à la baisse de 61,01% en 2004 à 16,4% en 2005 ne permet pas de conclure qu'il y a un changement de comportement au niveau des jeunes si l'information sur les préservatifs ne montre pas une utilisation systématique au cours de tous les rapports sexuels à risque.

III.3.5 Indicateur 17 : Utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels à haut risque : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel.

Selon les données de l'EIS-CI 2005, 44,6% (1 507 sur 3 396) des femmes et hommes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un (e) partenaire sexuel au cours des douze derniers mois, ont déclaré avoir utilisé le préservatif. Ce pourcentage est plus élevé chez les jeunes de 15-19 ans (47,1%) que chez les jeunes de 20-24 ans (45,3%) et de 25-29 ans (42,1%). Par ailleurs, on observe une plus grande utilisation des préservatifs au niveau des hommes (51,6%) que des femmes (33,6%).

Les Enquêtes Socio Comportementales (ESC) réalisées respectivement en 2002 et 2004 montrent que respectivement 53,91% et 69,66% des jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré utiliser le préservatif lors de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel. Sur la même période, 45,9% de filles et 62,5% de garçons en 2002 et 75,69% de garçons et 63,90% de filles en 2004 ont affirmé avoir utilisé le préservatif lors de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel.

En conclusion, de 2002 à 2004 on observe une tendance à la hausse par rapport à l'utilisation des préservatifs lors de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (de 53,91% à 69,66%) et à la baisse de 2004 à 2007 (69,66% en 2004 et 44,6% en 2007). Ces données rapprochées à celles de l'EIS 2005 qui a une couverture nationale, permettent d'indiquer que le comportement des jeunes reste toujours préoccupant, eu égard à la faible utilisation du préservatif à l'occasion des rapports sexuels à risque. Cette faible utilisation de préservatifs est observée au niveau de la population sexuellement active en général.

III.3.6 Indicateur 18 : Utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels à haut risque : Pourcentage des professionnels du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Les données de l'ESC 2007 indiquent que 95,9% (2 337 sur 2 437) des professionnelles du sexe ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois ont déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel. Ce comportement est le reflet de leurs connaissances sur les modes de transmission du VIH (indicateur 14, question 2).

III.3.7 Indicateur 19 : Utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels à haut risque : Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annuel avec un partenaire masculin.

Les informations collectées auprès de la Clinique de Confiance montrent qu'en 2007, 46,8% (22 sur 47) des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au cours des douze derniers mois, ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin. L'utilisation du préservatif est plus élevée chez les personnes de moins de 25 ans (62,5%) que chez les 25 ans et plus (30,7%).

III.3.8 Indicateur 20 : Utilisation du préservatif par les Consommateurs de drogues injectables : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Les données n'étant pas encore disponibles sur les consommateurs de drogues injectables, cet indicateur n'a pu être renseigné.

III.3.9 Indicateur 21 : Pratiques d'injections sans risques par les consommateurs de drogues injectables : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue.

Les données n'étant pas encore disponibles sur les consommateurs de drogues injectables, cet indicateur n'a pu être renseigné.

En conclusion, les résultats obtenus sur la base du suivi des indicateurs ci-dessus montrent la nécessité pour le pays d'entreprendre des efforts importants en vue d'améliorer de façon significative les connaissances des populations sur les modes de transmission du VIH et sur les idées fausses y relatifs. Les efforts doivent surtout se focaliser sur la diffusion des messages ciblant en priorité les jeunes qui

sont précoces sexuellement et l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à risque demeure encore faible à leur niveau.

III-4 Atténuation de l'impact

III.4.1 Indicateur 22 : Réduction de la prévalence du VIH chez les jeunes : Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH

Les résultats de l'EIS-CI 2005 indiquent que 1,4% (55 sur 375) des jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ont été déclarés séropositifs après un test de dépistage au VIH. Cette proportion est plus élevée chez les jeunes femmes et hommes de 20-24 ans (2,5%) que les 15-19 ans (0,3%). Pour mémoire, le pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui sont infectés par le VIH est estimé à 6,2% selon l'enquête de sérosurveillance sentinelle auprès des femmes enceintes de 2004.

III.4.2 Indicateur 23 : Réduction de la prévalence du VIH chez les personnes les plus à risques

III.4.2.1 Indicateur 23.1 : Réduction de la prévalence du VIH chez les personnes les plus à risque : Pourcentage de personnes séropositives parmi les professionnel(le)s du sexe

En 2006, les données de la Clinique de Confiance et du CIP de Yopougon à Abidjan ont montré que 18,3% (215 sur 1 172) des professionnel(le)s du sexe testés sont infectés par le VIH. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (23,8%) que chez les femmes (18,0%) ; ce qui représente une exception par rapport à la tendance nationale. Par ailleurs, il est important de noter le faible nombre de professionnels du sexe masculin en Côte d'Ivoire.

III.4.2.2 Indicateur 23.2 : Réduction de la prévalence du VIH chez les personnes les plus à risque : Pourcentage de personnes séropositives parmi les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Sur 54 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes suivis à la Clinique de Confiance, 10 ont été testés positifs pour le VIH, soit 18,5%. Cette proportion est plus élevée chez les hommes de 25 ans et plus (26,5%) que chez les hommes de moins de 25 ans (5%). Toutefois, compte tenu de la faiblesse numérique des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, cette proportion est donnée à titre indicatif.

III.4.2.3 Indicateur 23.3 : Réduction de la prévalence du VIH chez les personnes les plus à risque : Pourcentage de personnes séropositives parmi les Consommateurs de drogues injectables

Les données n'étant pas encore disponibles sur les consommateurs de drogues injectables, cet indicateur n'a pu être renseigné.

III.4.3 Indicateur 24 : Traitement contre le VIH : Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci.

Selon le rapport 2007 de l'ONG ACONDA Vs qui dispose de données fiables (validées par le niveau national) sur ce domaine de recherche, le pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH

toujours en vie et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci est estimé à 89% : 86,2% chez les hommes et 90,5% chez les femmes.

Le rapport 2006 indiquait que le pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci était estimé à 87,28% : 85,09% d'hommes et 88,60% de femmes.

Cette proportion élevée d'adultes et d'enfants en vie et sous traitement 12 mois après le début de celui-ci souligne et confirme l'importance du traitement ARV dans la baisse de la mortalité liée au sida.

III-5 Atteinte des OMD

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement prévoyaient pour l'objectif 6, de combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. De façon spécifique pour cet objectif, la cible visée est d'avoir stoppé et commencé à inverser la tendance actuelle de l'épidémie de VIH/sida d'ici à 2015 (cible 7). Les objectifs intermédiaires visaient la réduction de 25% d'ici à 2005, dans les pays les plus touchés et de 25% à l'échelle mondiale d'ici à 2010. En ce qui concerne les jeunes, l'objectif était de réduire le taux d'infection à VIH de 20% d'ici à 2005 et de 50% d'ici à 2010.

Le pourcentage de jeunes femmes et jeunes hommes de 15 à 24 ans infectés par le VIH devrait être réduit de 25% à l'horizon 2005. En Côte d'Ivoire, le niveau d'infection à VIH des jeunes de 15 à 24 ans était estimé à environ 10% en 2001. En 2005, l'EIS-CI estime cette prévalence à 1,4%. On note des progrès dans la réduction de la prévalence au niveau des jeunes et ces progrès sont largement au delà de la cible 2005 des OMD Bien que des efforts restent encore à faire.

Concernant la prévention, 90% des jeunes femmes et jeunes hommes de 15 à 24 ans devraient à l'horizon 2005, avoir une connaissance exacte des moyens de transmission du VIH et rejeter les idées fausses sur la transmission du VIH. En 2005, seulement 22,2% des jeunes de 15 à 24 ans avaient un niveau de connaissance exacte, selon l'estimation de l'EIS-CI ; ce pourcentage indique qu'en 2007, la cible prévue par les OMD est encore loin d'être atteinte.

Néanmoins, des progrès sont enregistrés chez les professionnelles du sexe qui ont un niveau de connaissance exacte estimé à 31,7%.

L'intensification de la prévention mettant l'accent sur des messages précis portant sur la connaissance exacte des moyens de transmission du VIH et rejetant les idées fausses devrait représenter une priorité pour toutes les parties prenantes dans la lutte contre le sida.

IV- MEILLEURES PRATIQUES

Ce chapitre a pour but de décrire les meilleures pratiques dans les domaines de l'orientation politique, de l'environnement politique propice, de l'intensification des programmes efficaces de prévention, de l'intensification des programmes de soins, de traitement et/ou de soutien, du suivi et évaluation, des activités de renforcement des capacités et du développement de l'infrastructure.

Au plan politique, on note la réduction sensible des coûts du traitement antirétroviral, la disponibilité d'un plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida pour la période 2006-2010, cadre unique de référence de toutes les interventions de la lutte contre le sida. Ce plan est accompagné d'un plan national d'intensification de la prévention 2007-2008 et d'une initiative pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien à l'horizon 2010. Par ailleurs, le recrutement à titre exceptionnel en 2007 de 1 200 cadres supérieurs de santé (médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens) et leur déploiement sur le territoire national pour soutenir les programmes de santé constitue une avancée de la politique nationale.

Au plan des activités de renforcement des capacités, l'adoption des documents de référence pour les activités de prévention, de traitement et de soutien psycho social utilisables par tous les intervenants est un élément fondamental pour la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le sida. A cela, il faut ajouter les initiatives visant à l'introduction des questions liées au VIH dans les cursus des établissements scolaires primaires et secondaires et la disponibilité d'un document de bonnes pratiques dans le monde du travail.

Au titre de la coordination et du suivi et évaluation, on note l'adoption d'un système unique de coordination et de suivi-évaluation, conformément au 3ème principe du « three One's » de ONUSIDA et la disponibilité d'un plan de suivi-évaluation 2006-2010.

Au titre du développement des infrastructures, le passage à échelle des programmes de prévention et de traitement permet de rapprocher les centres de prévention, traitement, soins et soutien des personnes affectées et infectées par le VIH.

V- PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

Ce chapitre se propose de mettre en évidence les progrès réalisés en ce qui concerne les mesures correctives apportées aux principaux obstacles rencontrés antérieurement, les obstacles rencontrés au cours de la période du rapport, les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs de l'UNGASS et le soutien des partenaires au développement

V-1 Principaux obstacles

Les principaux obstacles rencontrés dans le cadre de l'atteinte des objectifs de l'UNGASS, et mentionnés dans le rapport 2006 étaient de trois ordres :

- la crise militaro-politique ;
- l'insuffisance de ressources financières;
- l'insuffisance de coordination effective des activités de lutte contre la pandémie.

En 2008, avec la perspective de sortie de crise, les principaux obstacles à la lutte contre le sida sont :

- l'insuffisance de ressources financières;
- l'insuffisance de coordination effective des activités de lutte contre la pandémie
- la persistance des inégalités de genre.

V-1.1 La crise militaro-politique

La Déclaration d'engagement de l'UNGASS indique que la prévention doit être le fondement de l'action commune. A cet effet, les objectifs précis formulés dans cet axe d'intervention sont entre autres de réduire de 25% l'incidence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans d'ici à 2005, de renforcer la lutte contre le VIH/sida dans le monde du travail, d'assurer un accès élargi aux services de CDV, de fournir des produits sanguins non contaminés, de réduire de 20% d'ici à 2005 la proportion de nourrissons infectés par le VIH etc.

La crise militaro-politique survenue en Côte d'Ivoire depuis le 19 septembre 2002 a ralenti l'atteinte de ces objectifs à cause (i) de l'arrêt des activités de lutte contre le sida dans les zones Centre, Nord et Ouest, (ii) des nombreux cas de violences physiques et sexuelles, (iii) de l'insuffisance de scolarisation dans cette partie du pays.

En ce qui concerne le traitement et les soins, essentiels pour une action efficace, la déclaration prévoit le renforcement des systèmes de soins de santé, notamment en assurant l'accès des PVVIH à des traitements abordables et un suivi communautaire etc. Egalement à ce niveau, (i) la dégradation du système sanitaire du fait de la crise, (ii) l'absence ou l'insuffisance de personnel de santé qualifié dans les zones Centre, Nord et Ouest et (iii) les difficultés de déplacement des anciens malades etc. ont ralenti la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida.

Par rapport aux OEV, la Déclaration recommande, d'ici à 2005, la mise en œuvre de stratégies visant à leur assurer un environnement favorable. L'atteinte de ce but est menacée avec (i) l'absence de scolarisation pendant près de cinq ans dans les zones centre, nord et ouest, (ii) l'absence de structures de soutien à cette catégorie notamment l'absence d'activités de prise en charge des OEV..

A la faveur du retour définitif à la paix, suite à l'accord politique de Ouagadougou (au Burkina Faso) signé en mars 2007, des mesures correctives sont engagées dans le cadre du programme de sortie de crise élaboré suite à cet accord. Ce sont, entre autres, (i) le déploiement massif de cadres supérieurs de la santé sur l'ensemble du territoire, (ii) le redéploiement des fonctionnaires sur tout le territoire, (iii) la poursuite des travaux de réhabilitation des structures sanitaires de premier contact entamée depuis 2004 avec l'appui de l'UNICEF, (iv) le passage à échelle des centres de prévention et de traitement, (v) la réalisation de projets de prévention spécifiques aux ex-combattants avec l'appui de l'UNFPA, (v) l'organisation d'une rentrée scolaire et d'une session d'examen uniques sur l'ensemble du territoire et (vi) la réhabilitation des établissements scolaires primaires et secondaires sur l'ensemble du territoire avec l'appui de l'UNICEF et de l'Union Européenne.

V-1.2 L'insuffisance des ressources financières

La Banque Mondiale a suspendu ses décaissements en faveur de la Côte d'Ivoire du fait du non remboursement de la dette publique par le pays. Cette situation a occasionné un retard de la signature de l'accord de dons dans le cadre du Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLS). Ceci constitue un déficit important au niveau des ressources financières à mobiliser pour la mise en œuvre du plan stratégique national 2006-2010. Avec la reprise du dialogue entre le pays et les institutions financières de Brettons Wood, la signature de l'accord de dons pour le démarrage du Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida est prévu au cours de 2008.

De plus, la réorientation des priorités sur la sortie de crise a amené certains partenaires tels que la coopération française et l'union européenne à s'inscrire dans la situation d'urgence avec peu de ressources pour la lutte contre le sida.

Cette situation a contribué à réduire les ressources financières déjà insuffisantes allouées à la lutte contre le sida à ce jour. Le programme de sortie de crise représente un cadre d'action unifié et un instrument de coordination financière. Egalement, le plan stratégique national de lutte contre le sida 2006-2010, le plan d'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien, et le plan d'intensification de la prévention sont des cadres de référence pour orienter les actions des partenaires et renforcer la synergie et la complémentarité en matière de financement.

V-1.3 L'insuffisance de coordination effective dans la lutte contre le sida

Pour une meilleure coordination de la lutte contre le sida, le Gouvernement de Côte d'Ivoire a mis en place une multitude d'organes de coordination qui rencontrent des difficultés dans leur fonctionnement effectif. Il s'agit entre autres de :

- Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) qui, depuis sa mise en place en 2004 n'a tenu qu'une seule session en 2006, celle qui a permis la validation du plan stratégique national de lutte contre le sida 2006-2010 ;

- Comités décentralisés et sectoriels, en dehors de quelques uns, la plupart de ces comités ne sont pas fonctionnels. L'installation de ces comités décentralisés n'a pas encore eu lieu dans toutes les régions des zones ex-assiégées du fait de la crise.

Cette faiblesse de la coordination a amené également certains partenaires à mener des actions ponctuelles et parcellaires dans les zones ex-assiégées et parfois en zone gouvernementale. Ces actions dans leur quasi totalité ne s'inscrivent dans aucun cadre de référence en l'occurrence le plan stratégique national 2006-2010.

Une meilleure coordination permettrait une meilleure visibilité des actions et des appuis financiers par domaine d'intervention tels que préconisé par l'ONUSIDA.

V-1.4 La persistance des inégalités liées au genre et les violences faites aux filles et aux femmes

Dans ces domaines, on note une détermination du gouvernement à «prévenir et éliminer toutes les formes de violences contre les femmes et les filles», à travers l'adoption de plusieurs textes réglementaires, législatifs et juridiques. L'engagement du Gouvernement à améliorer la condition de la femme et de la fille s'est renforcé dès 1975.

Malgré ces efforts, les inégalités du genre persistent surtout au niveau de la vie politique ainsi que dans les domaines socio-économiques : accès aux services publics (école, santé), aux opportunités d'emplois, aux ressources, à la prise de décision, à la participation à la vie publique et politique.

Ainsi, en matière de participation à la vie politique, le Gouvernement compte seulement 4 femmes sur 33 ministres, soit 12%. En matière d'éducation, l'indice de parité est de 88 filles pour 100 garçons dans le primaire, et de 77 pour 100 dans le secondaire en 2006.

Ces inégalités se manifestent également à travers les violences basées sur le genre. Ces violences ont été exacerbées par la situation de conflit et la pauvreté galopante.

Avec l'appui des partenaires, les capacités des responsables des ministères techniques ont été renforcées en 2006 et 2007 sur le concept de genre et sa prise en compte dans les activités de planification du développement. Un document de politique de genre a été élaboré de manière consensuelle et est en cours de validation par le Gouvernement. Un projet de loi sur la santé de la

reproduction et la planification familiale est élaboré et attend d'être adoptée par le Parlement. L'adoption et la vulgarisation de cette politique sera un facteur favorisant l'autonomisation des femmes et la création d'un environnement leur permettant de négocier des rapports sexuels à moindre risque.

Il y a lieu de noter que ces inégalités sont surtout entretenues par des valeurs socioculturelles qui définissent les rôles et les statuts par rapport au sexe.

V-2 Actions à mener

Les actions nécessaires à mener pour atteindre les objectifs de l'UNGASS sont entre autres :

- le redéploiement complet du personnel dans les zones Centre, Nord et Ouest pour une restauration du système sanitaire sur l'ensemble du territoire,
- l'intensification de la prévention du VIH/sida pour améliorer les connaissances des groupes les plus vulnérables sur la transmission du VIH et enrayer les idées fausses en vue de l'adoption d'un comportement à moindre risque,
- la mise à jour du document de Programme Multisectoriel de Lutte contre le sida (PMLS) et la poursuite des négociations avec la Banque Mondiale en vue de la signature de l'accord de dons
- la mobilisation continue des ressources financières en vue de couvrir le déficit de financement pour intensifier la lutte contre le sida,
- la redynamisation des organes de coordination centraux, sectoriels et décentralisés,
- l'élaboration des manuels de procédure permettant à tous les partenaires de s'inscrire dans les cadres (le cadre stratégique, de suivi évaluation, etc.),
- l'intégration du genre et VIH dans les plans et programmes de développement national et sectoriel,
- l'intensification de la prévention du VIH en rapport avec les programmes de lutte contre les violences faites aux femmes.

VI- SOUTIEN DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

Ce chapitre se propose de décrire le soutien reçu des partenaires au développement et les actions à mener par ces partenaires dans le cadre de ce soutien.

La Côte d'Ivoire bénéficie du soutien des partenaires au développement dans le cadre de la mise en œuvre de son plan stratégique national 2006-2010 dont les interventions visent l'atteinte des buts/objectifs de UNGASS. L'appui reçu est d'ordre technique et financier et permet de couvrir tous les sept (07) axes stratégiques définis dans ce plan : (i) prévention, (ii) prise en charge avec pour Domaine d'Action Prioritaire –DAP (le traitement ARV, IO, suivi biologique, Soins pédiatriques, la prise en charge des OEV, les soins palliatifs, le soutien nutritionnel, le soutien juridique, et la réduction de l'impact socio-économique); (iii) la coordination, (iv) le financement, (v) le suivi- évaluation, (vi) le renforcement des capacités, et (vii) la recherche opérationnelle.

Cependant, le renforcement de l'appui des partenaires est toujours nécessaire pour permettre à la Côte d'Ivoire d'atteindre les buts/objectifs de l'UNGASS dans les délais. A cet effet, il s'avère important que la communauté internationale appui la sortie de crise, redémarre les négociations du Programme Multisectoriel de lutte contre le sida pour la signature de l'accord de dons, appui la coordination nationale et poursuit le financement de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le sida.

Dans ce dispositif d'appui, une plus grande implication du secteur privé dans la lutte contre le sida est requise de même que celle de la société civile en particulier dans les zones rurales,

VII- ENVIRONNEMENT DU SUIVI-ÉVALUATION

Ce chapitre est destiné à fournir un aperçu du système actuel de suivi et d'évaluation à souligner les besoins en matière de suivi et d'évaluation en assistance technique et en renforcement des capacités. Pour répondre aux exigences d'une lutte organisée, coordonnée et efficace, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un cadre national de suivi - évaluation consensuel de toutes les activités de lutte contre le VIH/sida.

VII-1 Aperçu du système actuel

Le principal objectif du S&E est de fournir les données nécessaires à l'orientation de la planification, de la coordination et de la mise en œuvre de la réponse au VIH.

Le Système National de suivi-évaluation pour ce faire comprend trois niveaux :

- le niveau périphérique où se mènent les activités ou actions à l'endroit des populations cibles : c'est le niveau opérationnel, premier niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information.
Les informations médicales sont recueillies par les responsables des Centres de Surveillance Epidémiologique (CSE) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et les données non santé, par les chargés de suivi-évaluation de la société civile (ONG, OBC/OAC), des Comités villageois, communaux, départementaux et régionaux.
- le Niveau intermédiaire où se font les activités de coordination, d'appui et de mesure des résultats : c'est le deuxième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures intermédiaires et périphériques. Il est assuré d'une part par les Districts Sanitaires et d'autre part, par les Comités Départementaux et Régionaux de lutte contre le sida.
- le niveau central est constitué par le MLS/ DPPSE, qui assure la gestion du Système National de Suivi Evaluation en s'appuyant sur le MSHP/DIPE, les comités sectoriels et les partenaires au développement. Il constitue le troisième niveau où sont traitées et diffusées aux partenaires toutes les informations programmatiques et financières sur le VIH/sida. C'est à ce niveau que seront conduites toutes les études d'impact et d'appui technique à la lutte contre le VIH/sida.

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

De 2002 à 2006, des efforts ont été entrepris et ont permis :

- d'identifier les indicateurs prioritaires relatifs à la prévention et à la prise en charge des IST/VIH/sida à intégrer au Système d'Information et de Gestion (SIG) ;
- d'intégrer la surveillance épidémiologique du VIH/sida précédemment conduite par le projet RETRO-CI (depuis 1996) ;
- de concevoir des outils de gestion du suivi-évaluation du niveau communautaire ;
- de compléter la surveillance épidémiologique du VIH/sida (sérosurveillance du VIH/sida auprès des femmes enceintes) par la surveillance comportementale matérialisée par plusieurs études d'envergure nationale telles que l'Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS-CI) ou sectorielle

(Etudes auprès des professionnels du sexe, des jeunes et des ex-combattants, ENSEA 2000, 2002, 2004, 2007) ;

- de former des acteurs en suivi-évaluation ;
- d'élaborer un plan national de suivi-évaluation budgétisé pour la période 2006-2010.

Malgré ces efforts, le système national de suivi évaluation n'a pas atteint les objectifs escomptés. Les raisons portent sur les points suivants :

- la non appropriation du cadre de suivi-évaluation par les acteurs, entraînant la mise en œuvre de systèmes parallèles de reportage par certains partenaires et le non partage des informations recueillies ;
- l'insuffisance de la culture de l'information, se traduisant par un faible intérêt porté à l'activité de reportage, base du suivi ;
- la non fonctionnalité du système national de suivi-évaluation se traduit, entre autres, par l'absence de rapports des comités sectoriels et décentralisés et l'indisponibilité des outils standardisés sur certains sites ;
- L'insuffisance de la coordination du suivi-évaluation au plan national.

A l'issue de la revue des PSN 2002-2004 et Intérimaire 2005, le suivi-évaluation des activités de lutte contre le VIH/sida a été retenu comme l'un des principaux axes d'intervention du Plan Stratégique National 2006-2010.

VII-2 Objectif pour la période 2006-2010

Pour la période 2006-2010, il s'agira de renforcer le système de suivi-évaluation en corrigeant les insuffisances constatées. Dans ce cadre, les objectifs suivants ont été retenus :

1. Améliorer le système d'information de routine sur les interventions du VIH ;
2. Améliorer le système de surveillance épidémiologique des IST/VIH/sida ;
3. Systématiser les enquêtes épidémiologiques/études sur les IST/VIH/sida ;
4. Opérationnaliser la coordination du suivi et évaluation des IST/VIH/sida ;
5. Suivre et évaluer la mise en œuvre du plan stratégique national 2006-2010.

Les stratégies ci-dessous seront utilisées :

- Actualisation de la liste consensuelle d'indicateurs, avec l'intégration d'indicateurs spécifiques « genre » ;
- Révision des outils de collecte des données ;
- Mise en place de Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives Locales dans les régions pour appuyer l'opérationnalisation des structures de coordination décentralisée de S&E
- Approvisionnement des structures en outils de collecte et de gestion des données ;
- Large diffusion des résultats de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire ;
- Extension de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes à toutes les régions sanitaires ;
- Extension des activités de surveillance aux domaines des IST, AES et autres liquides biologiques, populations carcérales et donneurs de sang ;
- Mise en place de systèmes de surveillance pour les résistances aux ARV et la pharmacovigilance ;
- Mise en place de systèmes de surveillance comportementale pour les populations les plus à risques ;
- Elaboration et diffusion d'un rapport national semestriel et annuel sur l'épidémie ;

- Planification d'enquêtes épidémiologiques, comportementales et autres études sur la période 2006-2010 ;
- Redynamisation et opérationnalisation des organes de coordination du suivi-évaluation;
- Supervision des acteurs en matière de collecte de données ;
- Suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique national 2006-2010.

VII-3 Besoins en assistance technique

Les besoins en assistance technique et de renforcement de capacités peuvent se résumer comme suit :

- une évaluation des capacités de l'unité de suivi-évaluation du Ministère de la Lutte contre le sida (MLS) devant permettre une description des postes, l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités et la définition d'un profil de carrière pour le personnel de l'unité de suivi évaluation
- un appui aux renforcements des capacités des responsables chargés de suivi évaluation à tous les niveaux : central et décentralisé
- un appui pour la conception et à la mise en place d'une base de données nationale pour répondre aux besoins de prise de décisions et d'établissement d'un rapport national sur l'épidémie ;
- Appui à la conception et à la mise en place de la base de données au niveau décentralisé pour répondre aux besoins d'informations et d'orientation de la lutte contre le sida à ce niveau.
- un appui à la mise en place des protocoles basés sur des normes internationales pour la surveillance auprès des populations les plus à risque.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En conclusion, la situation des indicateurs en 2007 s'est beaucoup améliorée par rapport aux années antérieures. Ainsi, les progrès réalisés et soutenus sont remarquables au niveau des domaines ci-après :

- sécurité du sang : **100%** d'unités de sang transfusés font l'objet de dépistage systématique de qualité
- personnes sous ARV : un accroissement du nombre de personnes sous ARV est noté de 21,3% en 2006 à 29,7% de personnes du fait de la baisse du coût du traitement ARV d'une mobilisation sociale intense.

- PTME : une augmentation significative de 11,2% à 17,2% de femmes recevant le traitement ARV en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH.

- Connaissance du résultat du test VIH et changement de comportement : chez les professionnelles de sexe, plus de la moitié connaissent leur statut sérologique ; il en est de même chez les hommes ayant des rapports avec des hommes. Pour ces populations à risque, la connaissance d'un lieu de dépistage est très élevée (environ 100%). Par rapport aux changements de comportement plus de 95% (2 337 sur 2 437) des professionnelles du sexe ont adopté un comportement à moindre risque par l'usage systématique du préservatif.

- en soutien aux OEV, la prise en charge a connu une amélioration importante avec le nombre d'OEV, bénéficiant des services, qui est passé de 8000 en 2005 à 37250 en 2007.

Malgré ces progrès, la durabilité des actions nécessite un renforcement des acquis ainsi que l'intensification de la lutte dans les domaines où les faiblesses persistantes sont constatées. Il s'agit notamment de :

- (i) la prise en charge de la coïnfection Tuberculose VIH,
- (ii) la promotion et l'extension de l'accès des services de dépistage volontaire aux populations,
- (iii) la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la mise en œuvre de programmes ciblant les jeunes à travers la lutte contre la précocité des rapports sexuels, l'utilisation systématique du préservatif, l'amélioration de leur connaissance sur les modes de transmission et de prévention du VIH, la promotion du life/skills dans les écoles et établissements,
- (iv) la réalisation d'études pour l'amélioration des connaissances sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les utilisateurs de drogues injectables (CDI) et la mise en œuvre de programmes en faveur de ces populations hautement vulnérables.

Par ailleurs, les efforts sont à poursuivre pour lever les obstacles (i) à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes, pour mieux préciser les messages et combattre les idées fausses, (ii) au traitement pour une grande accessibilité du traitement antirétroviral à un plus grand nombre de PVVIH et (iii) au renforcement de la coordination des activités et des financements.

Deux recommandations se dégagent pour les prochains rapports UNGASS: (i) le processus de préparation nécessite une meilleure appropriation de la démarche par les parties prenantes, (ii) l'intégration dans toutes les activités de routine du système national de suivi-évaluation des données financières et des indicateurs UNGASS dans la liste des indicateurs nationaux à produire périodiquement par les parties prenantes.

BIBLIOGRAPHIE

Ministère de la Lutte contre le Sida, Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS) période janvier – décembre 2002, Rapport national de la Côte d'Ivoire, Avril 2003, 24 pages.

Ministère de la Lutte contre le Sida, Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS), Rapport national de la Côte d'Ivoire, 2004, 36 pages.

ONUSIDA, Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base. Etablissement des rapports 2008, 144 pages.

Ministère de la Lutte contre le Sida, Institut National de la Statistique, RETROCI, ORC Macro, Enquête sur les Indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire, Décembre 2006, 235 pages.

Ministère de la Lutte contre le Sida, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Plan National d'Intensification de la prévention du VIH/sida en Côte d'Ivoire 2007-2008, Janvier 2007, 27 pages.

RAPPORT UNGASS 2008 DE LA COTE D'IVOIRE

GROUPE DE TRAVAIL

N°	STRUCTURES	NOM ET PRENOMS	CONTACTS	
			Tél./Cellulaire	E.Mail
01	AIMAS	ABOU FANTA	05 60 25 94 / 22 52 77 90	aboufanta@yahoo.fr
02	ANADER	ADOU LUC	01 05 04 66 / 20 21 99 51	lucadou2001@yahoo.fr
03	P. FOCAL MINISTERE DEFENSE	BAMBA IBRAHIMA	07 54 81 74 / 20 37 66 09	ibnbik@yahoo.fr
04	ALLIANCE-CI	BARRY ISMAEL	22 52 85 70	
05	UNIVERSITE COCODY	BLIBOLO A. DIDIER	01 51 80 30	bliboloa@yahoo.fr
05	PSI	DIDIER ADJOUA	22 52 75 10/18	
07	PNUD	EZOUA JOSEPH	07 01 44 18	Joseph.ezoua@undp.org
08	COSCI	GBANTA A. LAURENT	22 41 26 55 /07 65 68 42	laurentgbanta@yahoo.fr
09	DPPSE/MLS	GUELLA MICHEL	20 33 81 04	michel_guella@yahoo.fr
10	DIPE/MSHP	GUESSAN BI GOUZAN B.	20 32 33 17 / 05 06 83 96	bigouzanbernard@yahoo.fr
11	OMS	JUMA M. KARIBURYO	08 39 78 17 / 22 51 72 00	kariburyoj@ci.afro.who.int
12	DMOSS/MEN	KOFFI FAUSTIN	20 21 51 76	
13	CECI	KOFFI PAUL AGENOR	20 21 57 17 : 05 46 33 33	paulagenor@yahoo.fr
14	PN-OEV/MFAS	KOUA ANDERSON	22 41 39 86	
15	MEASURE EVALUATION/JSI	KOUADIO BAH ARNAUD	22 41 88 53 / 05 09 94 60	kouadiobah.arnaud@jsi.ci

16	ONUSIDA	KOUAME ISABELLE	20 31 21 30	Isabelle.kouame@undp.org
17	CGECI	LOBA N'GUESSAN	20 22 50 15 / 05 61 04 32	g.loba@yahoo.fr
18	RIOF/ASAPSU	MADY ANNICK	22 47 50 54 / 05 77 95 73	asapsu@hotmail.com
19	BANQUE MONDIALE	MAGAZI IBRAHIM	07 19 57 81	imagazi@woldbank.org
20	UNICEF	MAKAN COULIBALY	21 21 18 50	
21	UNFPA	MIAN RACHELLE DJANGONE	20 31 74 00	
22	PEPFAR	NICOUE AIME	07 46 11 84	niouzeade@yahoo.fr
23	ENSEA	SIKA LAZARE	22 44 41 15	sika@ensea.ed.ci
24	RIP+	SOUNGALO BEATRICE	21 24 60 81 / 06 31 06 60	Bea2dieu@yahoo.fr
25	FONDS MONDIAL	TUHO ZANGA MOISE	22 41 97 25/26	
26	PNPEC/MSHP	TRAORE VIRGINIE	20 32 28 69	
27	MEMPD	YAO épse KOUADIO	20 32 15 14 / 01 30 61 61	
28	FHI	ZOUZOUA CHARLES	22 40 50 10	czouzoua@fhi.ci

RAPPORT UNGASS 2008 DE LA COTE D'IVOIRE

EQUIPE TECHNIQUE RESTREINTE

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURES	CONTACTS	
			Tél./Cellulaire	E.Mail
01	ABOU SEKA K. N	DPPSE/MLS	05 47 13 79	abou_seka@livefr
02	AKA-KONAN SANDRINE	PNPEC VIH/SIDA	07 60 63 13	sandaka72@yahoo.fr
03	ANGAMAN KASSI ROGER	PN-OEV	06 17 34 21 / 22 41 39 86	kassyroger@yahoo.fr
04	BAMSSIE ROGER	CONSULTANT/ONUSIDA	07 77 00 73	bamssiery@yahoo.fr
05	DOFFOU EDMOND	MEN/DMOSS	09 33 44 28	eddoffou@yahoo.fr
06	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	20 31 21 30 / 05 95 92 54	ebye@unaids.org
07	KOUASSI LUCIEN	INS	20 21 40 08 / 07 93 53 15	kkouassi_lucien@yahoo.fr
08	LOBOGNON ROGER	RETROCI	21 25 41 89	
09	MELEDJE SIMON S.	MLS/DAAF	05 39 57 14	Melsimo1@hotmail.com
10	SEKA FRIDA	COSCI	07 69 15 26	sekafrida2001@yahoo.fr
11	SOUNGALO BEATRICE	RIP+	21 24 60 81 / 06 31 06 60	Bea2dieu@yahoo.fr
12	TIA YAO GBOKO	MLS/DPPSE	08 77 37 70	tiayao@yahoo.fr
13	TOURE TIADE LAURENT	DPPSE/MLS	08 48 73 53	tiade_lent@yahoo.fr
14	YORO BI VANIE MICHEL	MLS/DPPSE	07 47 42 18	yvaniebi@yahoo.fr
15	YORO YVAN NOEL	MLS/DPSSE	07 71 79 78	yoroty@yahoo.fr