

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE
CONTRE L'INFECTION A VIH, LE SIDA ET LES IST
2011 - 2015**

Février 2011

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
SIGLES ET ACCRONYMES.....	4
PREFACE	7
AVANT PROPOS	8
RESUME EXECUTIF	9
INTRODUCTION	14
I. PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN 2011-2015	15
II. DONNEES GENERALES SUR LA COTE DIVOIRE.....	17
2.1 Contexte géographique et démographique de la Côte d'Ivoire	17
2.2 Contexte politique, économique et social	18
2.3 Système de santé et situation sanitaire	19
III. SITUATION DU VIH, DU SIDA ET DES IST	23
3.1 Données épidémiologiques du VIH, du sida et des IST	23
3.2 Déterminants de l'infection à VIH.....	28
IV. REPONSE NATIONALE FACE AUX IST/VIH/SIDA ENTRE 2006-2010	31
4.1 Principales Actions.....	31
4.2 Principaux résultats obtenus	32
a) <i>PTME</i>	33
b) <i>Marketing social</i>	33
c) <i>Dépistage dans la population générale</i>	34
4.3 Analyse de la réponse au niveau des groupes hautement vulnérables.....	37
V. SYNTHESE DES DIFFICULTES DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/SIDA	38
VI. SYNTHESE DES PRIORITES DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/SIDA	40
POUR LA PERIODE 2011-2015.....	40
VII. ORIENTATIONS STRATEGIQUES POUR LA LUTTE CONTRE L'INFECTION A	42
VIH, LE SIDA ET LES IST DE 2011 A 2015	42
7.1 Principes Directeurs	42
7.2 Alignement du PSN 2011-2015.....	44
7.3 Finalités et Axes Stratégiques du PSN 2011-2015.....	44
VIII. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN OEUVRE DU	76
PSN 2011-2015	76
8.1 Secteurs et Acteurs d'intervention	76
8.2 Dispositif de coordination de la mise en œuvre du PSN	77

8.3	Cadre de Prévention et Gestion des Conflits	79
IX.	MECANISMES DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI - EVALUATION DU PSN 2011-2015	81
9.1	Mécanisme de mise en œuvre du PSN 2011-2015	81
9.2	Mécanisme de Suivi- évaluation du PSN	82
9.3	Cadre de Performance du PSN 2011-2015	91
X.	COÛTS ET MECANISME DE GESTION FINANCIERE	96
10.1	Coûts du PSN 2011-2015	96
10.2	Mécanisme de Gestion des ressources Financières	100
10.3	Ressources pour le Financement de la mise en œuvre du PSN	103
XI.	ANALYSE ET GESTION DES RISQUES	105
11.1	Analyse des risques	105
11.2	Conditions de succès de la mise en œuvre du PSN 2011-2015	106
ANNEXE	107
	Tableau d'Indicateurs de Santé de la Côte d'Ivoire	108
	Liste des Tableaux	109
	Liste des Figures.....	109
	Liste des cartes	109
	Liste des Graphiques	109
	Liste des Documents consultés.....	110
	Liste des participants au processus d'élaboration du PSN 2011 – 2015.....	112

SIGLES ET ACCRONYMES

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

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

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

PREFACE

Fléau des temps modernes, le VIH/SIDA constitue pour le monde en général et pour nos pays en développement en particulier une menace pour notre sécurité et notre développement. Il nous faut donc non seulement réduire son impact sur les populations mais surtout l'endiguer.

Cette pandémie menace notre présent et notre futur. De ce fait, aucune politique de développement durable ne peut être menée efficacement en ignorant le facteur VIH/SIDA.

C'est ce souci qui m'a guidé dès mon accession à la magistrature suprême à prendre lors de la campagne Mondiale contre le SIDA en 2001, l'engagement de m'impliquer personnellement dans la lutte contre le SIDA pour que les ravages de cette maladie reculent en Côte d'Ivoire.

J'ai traduit cet engagement en créant un département ministériel spécifiquement en charge de la lutte contre le VIH/SIDA.

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

A l'instar des autres pays, la Côte d'Ivoire a souscrit aux déclarations d'ABUJA I et II, ainsi que celles de UNGASS sur l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

Aussi, je me réjouis qu'au terme de la mise en œuvre du Plan Stratégique National 2006-2010, les acteurs nationaux et les Partenaires, sous la conduite du Ministère de la Lutte contre le Sida, assurant le Secrétariat Technique du CNLS aient élaboré un nouveau Plan Stratégique couvrant la période 2011-2015 sur la base des leçons tirées de la revue du plan précédent.

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

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

A cet effet, j'invite tous les acteurs nationaux à s'inscrire résolument dans les axes prioritaires de ce présent document qui a le consensus de tous pour une lutte sans complaisance contre le VIH/SIDA dans notre pays.

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

Je reste persuadé que l'atteinte des objectifs de ce plan stratégique 2011-2015, nous permettra d'être au rendez-vous des objectifs du Millénaire pour le Développement, avec une Côte d'Ivoire où l'impact du VIH/SIDA a été considérablement réduit sur l'individu, la famille et les communautés.

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

AVANT PROPOS

Les décennies de lutte nous ont montré qu'il y a eu des acquis appréciables. En effet, l'option du Gouvernement pour une politique multisectorielle et de décentralisation, la création de différents organes de lutte rendue nécessaire pour s'attaquer à tous les aspects du problème du VIH/SIDA, et l'implication concertée de tous, ont permis d'atteindre une prévalence estimée à 3,4 (Rapport ONUSIDA 2009).

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

En plus des conséquences connues de l'épidémie, la Côte d'Ivoire devra faire face à d'autres conséquences liées à la crise socio politique qu'elle vit depuis 2000.

C'est en cela que je salue l'avènement du présent Plan Stratégique National 2011-2015 élaboré, de façon participative et consensuelle, sur la base des leçons tirées de la mise en œuvre du PSN 2011-2015.

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

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

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

Je fais une mention spéciale à tous nos Partenaires notamment l'ONUSIDA, la Banque Mondiale, le PEPFAR et le Fonds Mondial pour leur soutien à tout ce processus.

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

Secrétaire Technique du CNLS

RESUME EXECUTIF

La Côte d'Ivoire traverse une crise militaro-politique depuis 2000. Cette crise multiforme a davantage dégradé les conditions de vie d'une population estimée à 21,9 millions d'habitants en 2010¹. Le niveau de pauvreté a connu une forte augmentation entre 2002 (38,4%) et 2009 (46,8%).

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

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

Selon les estimations de ONUSIDA, on remarque une baisse de la prévalence au sein de la population générale qui est passée de 4,7% en 2005 à 3,4% en 2009. Le nombre de sites fonctionnels de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a atteint le nombre de 554 (en 2009) sur les 720 Centres de santé qui offrent la CPN, soit une couverture de 77%. On dénombre actuellement 549 sites de CDV, soit une couverture en district sanitaire de 95%. Le nombre de personnes sous traitement a augmenté, passant de 32,30% en 2006 à 48% en 2009².

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

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

¹ Projections de l'INS

² Rapport annuel 2009 sur le Sida

Commandité par le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), ce PSN 2011-2015 a pu être élaboré grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs et décideurs nationaux du Secteur Public, de la Société Civile, du Réseau des PVVIH, du Secteur Privé, ainsi que les Partenaires au développement. Il définit les priorités nationales de la lutte, ainsi que les résultats escomptés pour inverser la tendance de l'épidémie. A ce titre, il est la référence nationale pour tous les acteurs et partenaires qui interviendront dans la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire.

Le Plan Stratégique National (2011-2015) de lutte contre l'Infection à VIH, le Sida et les IST (2011-2015) est aligné sur le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et le Plan National de développement Sanitaire. Au niveau international, il s'aligne sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ainsi que des engagements ratifiés par la Côte d'Ivoire, notamment la Déclaration des Nations Unies sur le VIH et le Sida (UNGASS) ; la Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union Africaine sur le VIH, le Sida, la Tuberculose et le Paludisme ; la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et le principe des « Three Ones ».

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

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

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

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

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

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

Ainsi la chaîne de résultat de la riposte nationale sur la période 2011-2015 se présente comme suit :

AXE STRATEGIQUE 1 : PREVENTION

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

Résultats Sous-Effets de l'Axe Prévention:

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

AXE STRATEGIQUE 2 : PRISE EN CHARGE

Résultat d'Effet 2: La Qualité de vie des adultes (Hommes et Femmes) et des enfants vivant avec le VIH est améliorée d'ici 2015

Résultats Sous-Effets de l'Axe Prise en Charge :

- Sous-Effet 2.1:** Au moins 80% des patients adultes et adolescents éligibles au traitement sont sous ARV d'ici 2015
- Sous-Effet 2.2:** 100% d'enfant infectés par le VIH bénéficient d'un traitement ARV d'ici 2015
- Sous-Effet 2.3:** Au moins 80% des Patient PVVIH bénéficient des traitements contre les infections opportunistes
- Sous-Effet 2.4:** Au moins 80% des patients PVVIH bénéficient de soins et soutiens d'ici 2015

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

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

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

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

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

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

AXE STRATEGIQUE 4 : GOUVERNANCE DE LA REPONSE NATIONALE

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

Résultats Sous-Effets de l'Axe Gouvernance

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

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

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

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

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

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

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

Les Organes d'orientation et de coordination, existants seront renforcés pour qu'ils soient plus opérationnels. Un Comité National d'Approbaton sera créé avec pour mission principale de valider, pour le compte du CNLS, les plans opérationnels.

A la périphérie, les Comités décentralisés et les services déconcentrés exerçant dans la coordination des interventions seront tous mobilisés autour des Comités Régionaux de Lutte contre le Sida. Un Comité Régional d'Approbaton sera créé dans chaque région pour analyser et approuver les Plans opérationnels des acteurs locaux.

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

Le coût de la mise en oeuvre de ce PSN est de **410 079 160 247** (quatre cent dix milliards soixante dix neuf million cent soixante mille deux cent quarante sept) francs CFA **soit, 820 158 320,49 USD.**

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

INTRODUCTION

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

Avec une prévalence de l'infection à VIH estimée à 3,4% (ONUSIDA 2009), le sida reste une réelle menace pour la survie des populations et pour la reprise de l'économie nationale. D'où l'intérêt d'accorder une place de choix à la lutte contre cette maladie.

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

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

Ce PSN de lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST apporte certaines innovations et permet au gouvernement de renforcer la dimension multisectorielle et partenariale à tous les niveaux. Il fixe les grandes orientations et les principes d'action de la lutte contre le sida pour la période 2011-2015, en restant conforme aux stratégies nationales de réduction de la pauvreté (DSRP). Il s'inscrit également dans le cadre de la réalisation des engagements internationaux, notamment, l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

I. PROCESSUS D'ELABORATION DU PSN 2011-2015

Le processus d'élaboration du PSN de lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST en Côte d'Ivoire s'est déroulé sur la période d'Aout 2010 à Février 2011 sous la supervision de la Direction de la Planification et du Suivi-Evaluation (DPSE) du Ministère en charge de la Lutte contre le Sida. Ce processus se décompose en 09 étapes regroupées en trois grandes phases.

Phase 1 : Mise en place de l'Equipe Nationale de Revue et de Planification (ENRP)

Cette première phase a consisté à (i) mettre en place une Equipe Nationale de Revue et de Planification (ENRP), à (ii) préparer le processus et à (iii) mettre à niveau l'Equipe Nationale de Revue et Planification.

L'Equipe Nationale de Revue et de Planification (ENRP) mise en place, a été composée de personnes ressources provenant des secteurs public et privé et de la société civile. Elle a été renforcée par des consultants nationaux et internationaux chargés d'appuyer le processus de planification stratégique.

Cette Equipe a commencé la préparation du processus par l'adoption d'une méthodologie et d'une feuille de route qui vont servir de cadre et plan de travail. En outre, ses membres ont été formés à la planification axée sur les résultats. Ce renforcement des capacités leur a permis de se familiariser aux concepts et aux outils qui seront utilisés tout au long du processus de planification stratégique.

Par la suite, et en vue de rendre le processus de planification très participatif et susciter la forte implication de tous les acteurs de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire, des plaidoyers ont été faits à l'endroit du Gouvernement, des leaders de communautés et des partenaires techniques et financiers.

Phase 2 : La revue du PSN 2006-2010

Cette phase a permis de faire la revue finale du PSN 2006-2010 sur la période d'Août à Octobre 2010. Elle a été très participative avec la contribution des représentants des acteurs et des bénéficiaires de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire.

Le rapport de la revue a été discuté en atelier par l'ensemble des acteurs impliqués. Les recommandations issues de cet atelier ont servi de base à la détermination des priorités du futur Plan Stratégique National.

Phase 3 : Elaboration du PSN 2011-2015

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

- L'analyse de la situation et de la réponse nationale au VIH et la définition des priorités et des cibles à atteindre en 2015. Cet atelier de 5 jours a vu la participation d'environ 170 personnes issues de tous les secteurs de la lutte contre le sida ;

- L'élaboration d'une première mouture du Plan Stratégique National 2011-2015 de lutte contre le sida par un groupe restreint, appuyé de personnes ressources provenant des structures nationales et des partenaires internationaux;
- L'amélioration de la première mouture par la prise en compte de toutes les préoccupations des différents secteurs de la riposte et des bénéficiaires de la lutte ;
- La validation technique du PSN 2011-2015, par les acteurs, les bénéficiaires et les partenaires de la lutte contre le VIH, le Sida et les autres IST;
- L'adoption du PSN 2011-2015 de Lutte contre l'infection à VIH, le Sida et les IST par le Gouvernement de Côte d'Ivoire.

Le schéma ci-après traduit les différentes étapes des 3 phases de l'élaboration.

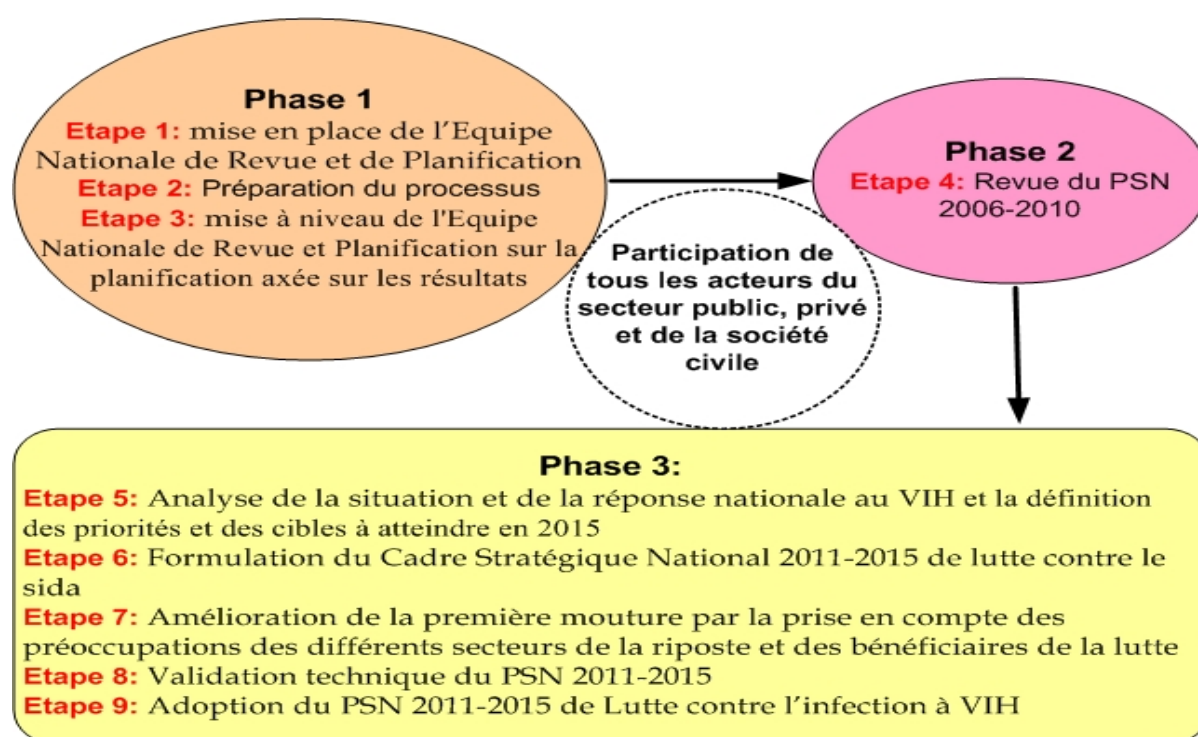


Figure 1: Les phases du processus d'élaboration du PSN

II. DONNEES GENERALES SUR LA COTE DIVOIRE

2. 1 Contexte géographique et démographique de la Côte d'Ivoire



Carte 1 : Carte Administrative de la Côte d'Ivoire

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire a une superficie de 322.462 km². Le pays est limité au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, à l'Est par le Ghana et au Sud par l'Océan Atlantique.

Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au Sud et en climat tropical de type soudanais au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord.

La population de la Côte d'Ivoire est estimée à 21,9 millions³ d'habitants en 2010. 43% de cette population ont moins de 15 ans, et 49% sont des femmes. 51% parmi ces femmes sont en âge de procréer. 52% de la population vit en zone rurale contre 48% en zone urbaine.

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

Cette population est influencée par un fort taux d'immigration (26% d'étrangers) lié à la situation géographique et historique du pays qui en fait un carrefour d'échanges économiques et culturels.

La Côte d'Ivoire compte 19 régions administratives; 80 départements; 2 districts (Abidjan et Yamoussoukro); 389 sous-préfectures; 987 communes et 8574 villages. La capitale politique est Yamoussoukro et Abidjan, la capitale économique. Les principales villes les plus peuplées sont Abidjan ; Bouaké ; Daloa ; Yamoussoukro ; Korhogo et Man.

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

2.2 Contexte politique, économique et social

2.2.1 Contexte politique

Depuis son indépendance en 1960, le pays a connu une stabilité politique jusqu'au coup d'état militaire de décembre 1999. La période de transition qui a suivi, a abouti à l'adoption d'une nouvelle constitution en août 2000 et à l'organisation d'élections générales en Octobre 2000, consacrant ainsi l'avènement de la deuxième République. La crise militaro-politique survenue le 19 septembre 2002 a entraîné une partition de fait du pays en deux zones, l'une sous contrôle du Gouvernement et l'autre, sous contrôle des Forces Nouvelles (ex rébellion armée).

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

³ Projection de l'Institut National de la statistique

2.2.2 Contexte économique et social

La Côte d'Ivoire a longtemps été le moteur de l'économie de la sous-région ouest africaine avec 40% du Produit Intérieur Brut (PIB) de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA).

Fortement dépendante du secteur agricole, notamment les filières café, cacao et coton, l'économie ivoirienne est entrée dans une phase de récession à partir des années 90. De 6,6% en moyenne entre 1994 et 1999⁴, le taux de croissance économique a été proche de zéro sur la période 2000-2007, voire négative (-1,6 et -1,7 respectivement en 2002 et 2003).

A partir de 2008, l'économie ivoirienne a amorcé un nouvel élan de redressement avec les branches d'extraction pétrolière et des télécommunications comme principaux leviers de la croissance. Le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant a atteint 1137 USD en 2009⁵.

Au plan social, ces longues années de crise ont conduit à la détérioration des conditions de vie des populations, malgré la mise en œuvre de différents programmes économiques et financiers sur la période. Ainsi, le niveau de pauvreté a connu une forte augmentation entre 2002 (38,4%) et 2009 (46,8%). L'Indice du Développement Humain a évolué de 0,420 en 2000 puis 0,432 en 2005 pour être à 0,484⁶ en 2009 plaçant ainsi la Côte d'Ivoire au rang de 163^{ème} pays sur 182 dans le monde. La proportion de personnes vivant avec moins de 1,25 \$ US par jour est de 23,3%. La proportion de la population vivant avec moins de 2 \$ US par jour, et donc jugée pauvre, est de 46,8%. Le nombre de personnes pauvres a été multiplié par dix (10) en l'espace d'une génération. Aujourd'hui une (1) personne sur deux (2) est pauvre contre une personne sur dix en 1985. » (ENV2008).

Encore une fois, la Santé fait partie des secteurs les plus affectés par cette situation économique. La part du budget de l'Etat consacrée aux dépenses de santé n'ayant pu excéder les 5% du montant global, malgré l'engagement pris par les Chefs d'Etats Africains en 2001 à Abuja, d'y affecter 15% de leurs budgets.

2.3 Système de santé et situation sanitaire

2.3.1. La politique et l'organisation du Système de Santé

a) Politique sanitaire

La politique sanitaire actuelle de la Côte d'Ivoire est définie dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 2009-2013). Elle vise trois (3) objectifs :

- Améliorer l'efficacité et l'efficience du système sanitaire et le renforcement du cadre gestionnaire du système de santé ;
- Améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de santé ;

⁴ Fonds Monétaire International (FMI)

⁵ World Development Indicators, BM

⁶ Rapport sur le développement Humain 2009, PNUD

- Promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé par la promotion de l'utilisation des services de santé et de l'hygiène publique et la promotion de l'hygiène individuelle et collective

La mise en œuvre réussie de ce PNDS permettra à la Côte d'Ivoire d'atteindre les résultats suivants :

- Un cadre institutionnel amélioré se traduisant par l'adoption d'une loi d'orientation en santé publique et d'un code de la santé publique y compris le code d'Hygiène Publique ;
- Une offre des services de santé accrue par la réhabilitation, la construction et le renforcement des plateaux techniques dans les zones CNO (Centre-Nord-Ouest) où le dispositif sanitaire a été fortement ébranlé par la crise ;
- Une qualité des prestations de services de santé améliorée par la mise en œuvre effective du PMA aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, le renforcement de la lutte contre les maladies prioritaires, émergentes, réémergentes et négligées, ainsi que le développement de la recherche en santé.

b) Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien, structuré de manière pyramidale avec trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique), est organisé autour de deux composantes : l'une administrative et l'autre médicale. Chaque composante comprend trois niveaux.

La **Composante Administrative** comprend :

Un niveau central comprenant le Cabinet du Ministre, ainsi que les services qui lui sont rattachés, deux directions générales et dix directions centrales. Ces entités sont chargées de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.

Un niveau intermédiaire ou régional qui comporte dix neuf (19) directions régionales sanitaires chargées de la mise en œuvre de la politique nationale de santé au niveau régional, de la coordination des activités menées dans les districts sanitaires, ainsi que de l'encadrement technique, administratif et logistique des districts en collaboration avec les collectivités territoriales.

Un niveau périphérique ou opérationnel regroupant les quatre-vingt trois (83) districts sanitaires chargés notamment de la planification, la coordination et l'exécution des activités de santé de son aire géographique.

La **composante médicale** présente :

Un niveau primaire comprenant 1746 ESPC (établissements sanitaires de premier contact). Il s'agit des centres de santé urbains et ruraux, véritables points d'entrée du système sanitaire.

Un niveau secondaire de cette composante est constitué par les établissements sanitaires de premier recours ou de référence pour les malades provenant du niveau primaire. Il comprend 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 60 Hôpitaux Généraux.

Un niveau tertiaire comprenant les établissements sanitaires de second et dernier recours. Ce sont les 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). À ces établissements de soins s'ajoutent les EPN non hospitaliers (SAMU, IRF, PSP, CNTS, LNSP, INHP, INSP) et les structures de santé des institutions connexes que sont les ministères de la défense, de la sécurité intérieure, de la justice, de l'économie et des finances, de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur.

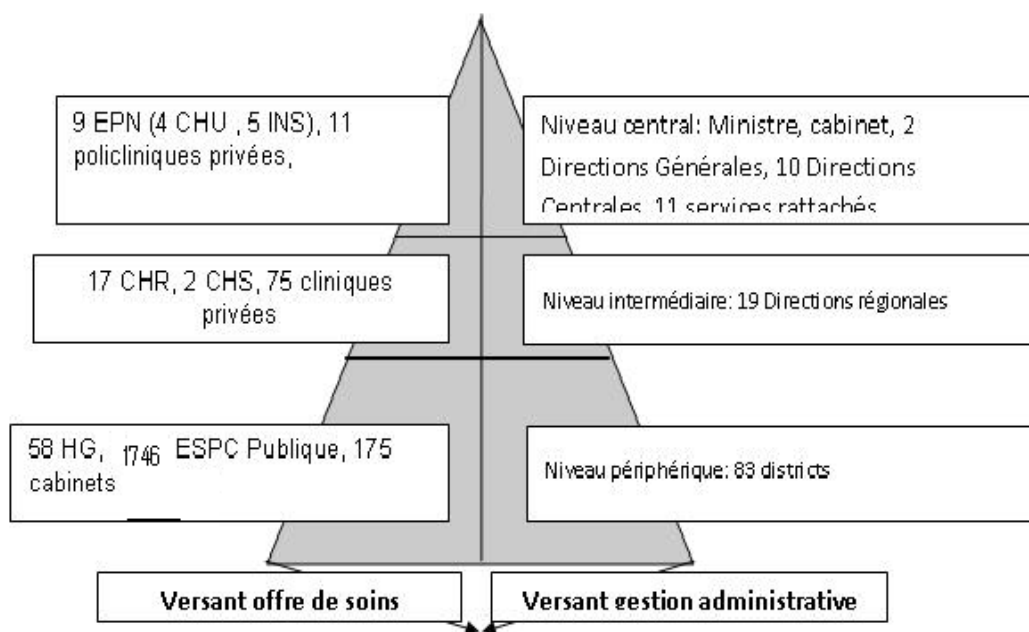


Figure 2: Les versants de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire

A côté du secteur public, il existe un secteur privé en pleine expansion. Il comprend 1187 cliniques et cabinets privés et 653 officines privées approvisionnées par trois grossistes répartiteurs.

Le secteur confessionnel compte 250 centres de santé et hôpitaux, parmi lesquelles environ 60 pour l'Eglise catholique et 4 pour les églises méthodiques et évangéliques mènent des activités relatives au VIH.

Le secteur communautaire non confessionnel compte environ 50 ONG actives dans la PEC globale. Il n'existe pas à ce jour de données complètes sur les interventions des ONG sur l'ensemble du territoire.

En 2010, le pays compte au niveau du secteur public, 21 254 agents contre 19 784 en 2007. Les ratios sont de 1 médecin pour 6 459 habitants, 1 infirmier pour 2 826 habitants et 1 technicien supérieur santé pour 13 445 habitants.

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

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

60% de ces agents sont en service dans la région des lagunes et ses environs.

2.3.2. Mortalité et Morbidité

L'état de santé de la population ivoirienne est caractérisé par un taux élevé de mortalité (367 pour 1000 chez les hommes et 354 pour 1000 chez les femmes en 2008)⁷, imputable notamment à l'infection au VIH/SIDA, au paludisme, à la diarrhée et aux infections respiratoires aiguës (IRA).

Chez les enfants, le taux de mortalité infantile est de 114⁸ pour 1000 naissances vivantes. Les IRA, le paludisme, la diarrhée et la malnutrition constituent les principales causes de morbidité et de mortalité chez l'enfant. Certaines maladies à caractère épidémique tels que le choléra, les méningites purulentes et la fièvre jaune continuent d'être des menaces constantes sur l'état de santé de la population.

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

Cette situation est entretenue par la précarité des conditions d'hygiène et de l'environnement sanitaire en général. En 2008, à peine 36%⁹ de la population urbaine avait accès aux installations d'assainissement améliorées.

⁷ World Health statistics 2010, OMS

⁸ World Health statistics 2010, OMS

⁹ OMS, 2008

III. SITUATION DU VIH, DU SIDA ET DES IST

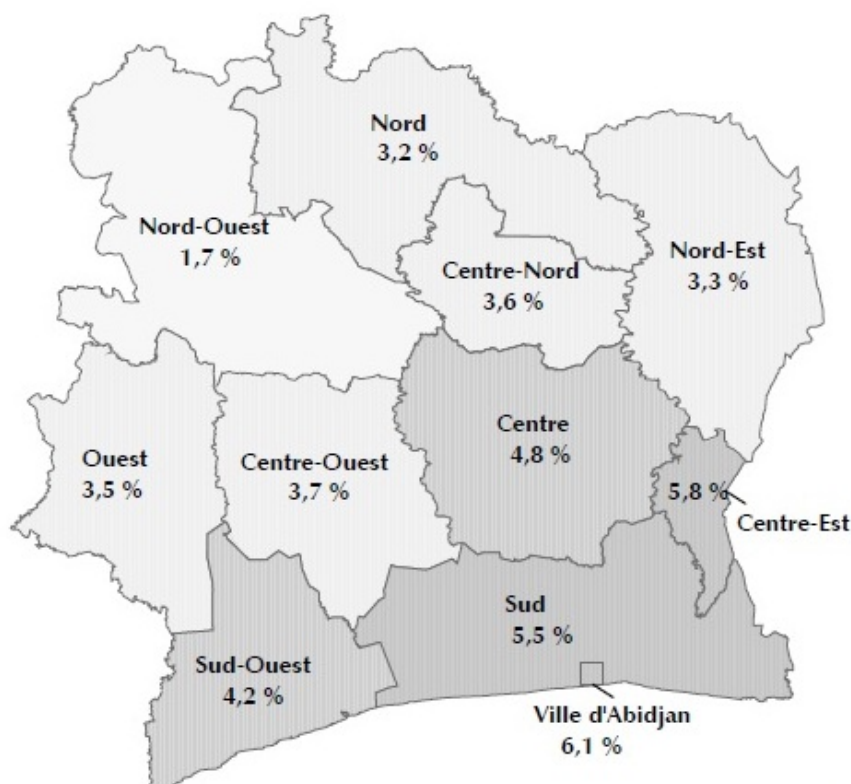
3.1 Données épidémiologiques du VIH, du sida et des IST

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

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

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

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



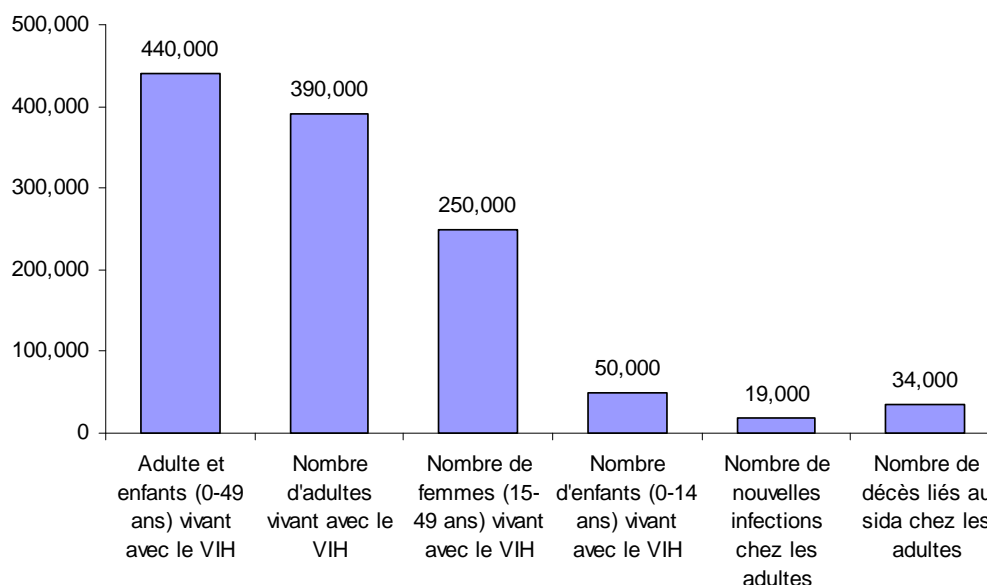
EIS-CI 2005

Carte 2: Taux de prévalence du VIH par région (EIS 2005)

En 2008, on estimait à 440 000 le nombre de personnes qui vivent avec le VIH en Côte d'Ivoire dont 250 000 femmes âgées de 15 ans et plus et 50 000 enfants âgés de 0 à 14 ans.

Dans la population de PVVIH, on estime à 150 000 (34%) les plus de 15 ans, et à 14 000 (3%) les enfants qui ont besoin d'ARV¹⁰. En 2008, 51 820 PVVIH étaient sous ARV¹¹.

Selon l'ONUSIDA, 34 000 cas de décès dus au VIH ont été estimés en 2008. En outre, ces estimations portent à 430 000 le nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du sida dans le pays et le nombre de nouvelles infections à 19 000 au cours de la même année. (graphique 1 : aperçu de l'infection)



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

Le rapport de la sérosurveillance sentinelle 2008 indique une séroprévalence du VIH de 4,5% chez les femmes enceintes de 15-49 au niveau national, désagrégée comme suit : 1,6% chez les 15-19 ans, 4,4% chez les 20-24 ans et 6,1% chez les plus de 25 ans. Les mères ayant besoin de traitement ARV étaient estimées à 22 000 (5%).

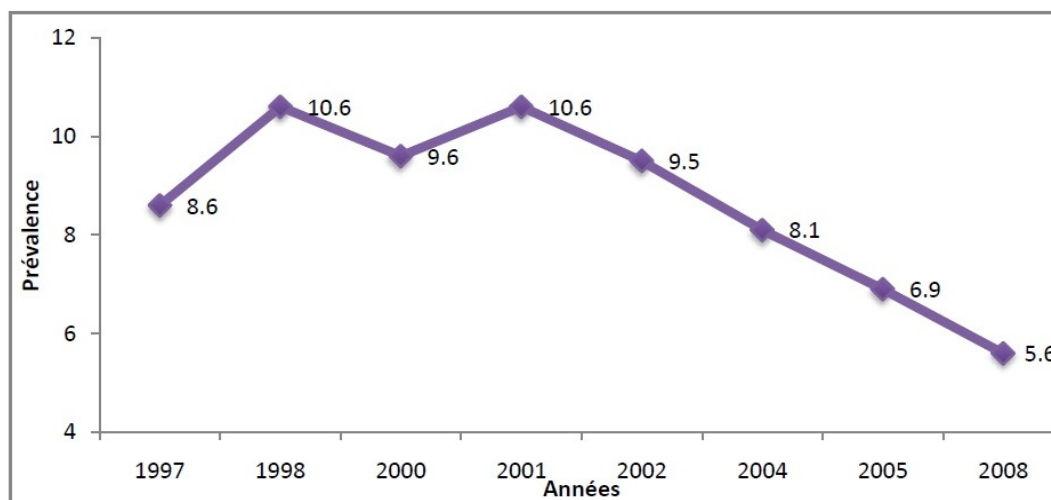
Chez les femmes enceintes en milieu urbain, la prévalence est de 5,6% chez les 15-49 ans. Réparti par tranche d'âge, ce taux est de 1,8% chez les 15-19 ans, 5,8% chez les 20-24 ans et 7,2% chez les 25 ans et plus.

On constate, depuis 2001, une tendance à la baisse de la prévalence chez les femmes vivant en milieu urbain. Cette même tendance est observée en 2005 et en 2008 (figure 3). Enfin, en milieu rural on note une séroprévalence de 3% dans la population des femmes enceintes.

Au niveau des tranches d'âge, ce taux est de 0% chez les 10-14 ans, de 1,4% chez les 15-19 ans, de 2% chez les 20-24 ans et de 4,4% chez les plus de 25 ans.

¹⁰ Source : Estimations ONUSIDA juillet 2009

¹¹ Source, Rapport annuel VIH/sida du secteur santé en Côte d'Ivoire 2007-2008



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

La féminisation de l'épidémie se confirme chez les populations des localités frontalières de l'ouest de la Côte d'Ivoire. A cet effet, les données de routine du Projet de "Prévention et de prise en charge des IST/VIH/sida des populations mobiles transfrontalières et de leurs communautés d'accueil dans les pays de l'Union du Fleuve Mano" pour l'année 2009 indiquent que 41% des femmes et 18,6% des hommes dépistés dans les localités frontalières de Danané et de Zouan-Hounien sont séropositives au VIH.

3.1.2 Situation du VIH et du Sida dans les populations les plus à risque du VIH

Les populations les plus à risque, selon le DSRP 2009 de la Côte d'Ivoire et conformément aux dénominations internationales, sont : (i) les jeunes ayant leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans, (ii) les femmes adultes victimes d'abus et de violence sexuels (30-34 ans), (iii) les couples sérodiscordants, (iv) les professionnels du sexe (PS), (v) les routiers, (vi) les militaires, (vii) les enseignants, (viii) les porteurs d'une IST, et (ix) les tuberculeux.

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

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

Tableau 2: Prévalence du VIH et utilisation des préservatifs parmi les PS

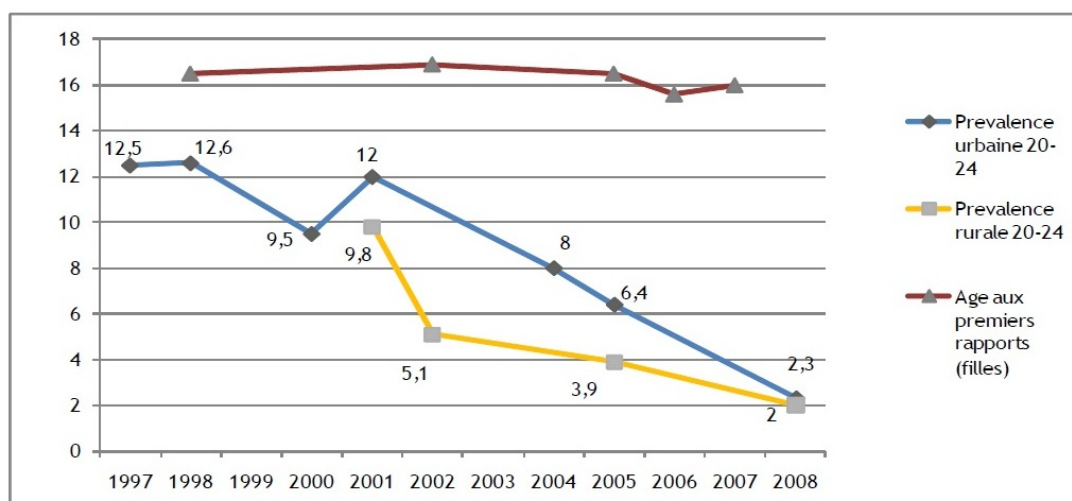
Les déterminants socio-économiques de la prostitution ont été exacerbés par la crise ivoirienne de septembre 2002 (ENSEA, étude CAP 2007). Une analyse situationnelle du MLS en 2008 estimait le nombre de professionnelles du sexe en Côte d'Ivoire à 11 334. Des méthodes de capture-recapture (2008 et 2009)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

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

En ce qui concerne **les utilisateurs de drogues injectables (UDI)** en Côte d'Ivoire, il existe très peu de données. Dans l'étude chez les PS, seulement 0,1% des femmes et 1% des hommes ont rapporté avoir utilisé des drogues injectables au moins une fois dans leur vie (Vuylsteke, 2010). Un total de 75 utilisateurs de drogues injectables ont été identifiés par 08 centres spécialisés où ils sont suivis médicalement. Le rapport annuel 2009 de l'Hôpital de la Police nationale établit à 22,2% le pourcentage d'utilisateurs de drogues injectables qui sont infectés par le VIH. Ce pourcentage a été obtenu sur la base de 18 utilisateurs de drogues injectables dépistés dont 04 sont séropositifs.

Il existe d'autres populations considérées vulnérables pour lesquelles on dispose de très peu ou même aucune donnée de prévalence. Des données indirectes sur leurs comportements à risque indiquent qu'ils sont potentiellement importants dans la transmission du VIH en Côte d'Ivoire. Il s'agit des **personnes en uniformes**, des **routiers** et de la **population carcérale**. La séroprévalence chez les routiers est estimée à 4% selon le rapport PSAMAO 2009 (PSI). Au sein de la population carcérale, les services de conseils et dépistage ont noté une prévalence du VIH de 5% (sur un total de 7138 personnes dépistées), dont 16% chez les femmes à la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (Esther 2009).

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



Graphique 3: Evolution de la prévalence VIH (urbain et rural) et de l'âge au premier rapport sexuel¹²

¹² MEASURE 2010

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

3.1.3 Données sur les IST

L'incidence des IST en Côte d'Ivoire est de 7 pour 1000 sur la période 2006-2010. Les estimations de nombre de personnes touchées par les IST parmi la tranche d'âge 15 à 49 ans, étaient de 52 703 en 2007 ; 54 734 en 2008 ; 56 747 en 2009 et 58 780 en 2010¹³. Mais, les cas traités ont été de 8 481 en 2008 et 10 481 en 2009. La fréquence d'apparition des IST en 2009¹⁴ était de 90% pour les écoulements génitaux ; 8% concernant les Ulcérations Génitales, et 1% pour les Végétations Génitales ainsi que pour les Bubons Génitaux.

3.1.4 Données sur les co-infections

En 2008, il y a eu 33,1% de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH¹⁵. Cette proportion était de 32,1% en fin octobre 2009¹⁶. Le nombre de co-infectés tuberculose/VIH est passé de 1 276 en 2007 à 2 519 en 2008 dont 995 hommes et 1 524 femmes ont reçu le traitement antituberculeux. Depuis l'avènement de l'infection à VIH, on note une progression de 10% des cas de tuberculose chaque année. La tuberculose constitue la principale infection opportuniste (36%) et la première cause de décès (32%) chez les personnes vivant avec le VIH/sida.

Le dépistage et la PEC du cancer du col et de l'Hépatite B sont au stade de projet pilote. Les activités sont circonscrites respectivement à 10 sites pour le cancer du col et à 10 pour l'hépatite B. En se basant sur la sérologie, 10% des patients sont co-infectés VIH/VHB¹⁷.

3.2 Déterminants de l'infection à VIH

Les causes de la propagation du VIH résident dans le multi partenariat sexuel, la précocité des rapports sexuels, le faible niveau de connaissance des populations sur le VIH, la persistance des inégalités du genre et de certaines pratiques culturelles telles que l'excision, le tatouage, le piercing, le lévirat, le sororat.

Les groupes les plus exposés au VIH sont les jeunes ayant leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans, les femmes adultes victimes d'abus et de violences sexuels (30-34 ans), les couples séro discordants, les professionnels du sexe et les Hommes ayant des Rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH).

¹³ Soumission au Round 9

¹⁴ Rapport national VIH 2009 (DIPE/PNPEC)

¹⁵ Rapport annuel 2008 du Programme national de lutte contre la tuberculose

¹⁶ Rapport annuel 2009 du Programme national de lutte contre la tuberculose

¹⁷ Source : Service des maladies Infectieuses du CHU de Treichville

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

Adolescents et jeunes (15–24 ans)]

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

Professionnels du Sexe (PS) :

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

PVVIH:

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

Hommes et femmes en uniforme

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

Orphelins et enfants vulnérables (OEV)

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

Populations mobiles (routiers, travailleurs saisonniers, etc.)

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

Moteurs et tendance de l'épidémie

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

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

IV. REPONSE NATIONALE FACE AUX IST/VIH/SIDA ENTRE 2006-2010

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

4.1 Principales Actions

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

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

Des efforts considérables ont été enregistrés dans plusieurs domaines de la réponse nationale au sida tels que décrits ci-dessous.

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

- Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), présidé par le Chef de l'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, coprésidé par le Ministre de la lutte contre le Sida et le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique.
- La coordination décentralisée est de mise et on compte 10 régions sur 19 bénéficiant de la présence de Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives locales (CTAIL) qui ont pour rôle d'assister les comités déconcentrés et décentralisés (régions, département, communes dans leurs missions de Coordination.

La réponse est également marquée par une forte implication de la société civile avec ses différents réseaux d'ONG et OBC. On peut citer notamment le Conseil des Organisations non gouvernementales de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI), le Réseau Ivoirien des PVVIH (RIP+), le Réseau des Professionnels des Medias, des Arts et des Sports contre le Sida (REPMASCI), l'Alliance des Religieux contre le VIH/Sida et les autres Pandémies (ARSIP), le Réseau Ivoirien des Jeunes contre le Sida (RIJES) et le Réseau des Organisations Féminines (RIOF). Ces réseaux sont bien structurés et comptent en leur sein un nombre très important de membres qui jouent un rôle actif dans la lutte contre le sida et constituent un partenaire clé dans la réponse à l'épidémie. A ce jour, environ 700 ONG sont répertoriées par la Direction du Secteur Privé et de la Société Civile (DSPSC) du Ministère de la Lutte contre le Sida. Ces acteurs de la société civile sont intervenus principalement dans le renforcement de la prise en charge communautaire pour le suivi des malades et la continuité des soins afin de réduire le nombre de perdus de vues. Ils ont aussi apporté leurs contributions aux soutiens nutritionnel et alimentaire, juridique et socio-économique visant à l'accompagnement des Personnes infectées et affectées par le VIH pour l'amélioration de leur qualité de vie.

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

Le secteur privé a été un acteur clé dans la lutte contre cette pandémie dont il est lourdement tributaire. Près de 300 entreprises disposent aujourd'hui de cellules focales de lutte contre le Sida en vue d'intensifier la prévention et de renforcer la prise en charge des travailleurs et leur famille.

Des coalitions sont constituées dont les plus importantes sont la Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI) et de la Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire (CECI) contre le Sida. Un programme « TOP Performance » a été mis en place au sein des entreprises pour redynamiser la lutte contre le Sida en leur sein et faciliter la coordination et un meilleur suivi des interventions de prévention et de prise en charge au sein des entreprises.

4.2 Principaux résultats obtenus

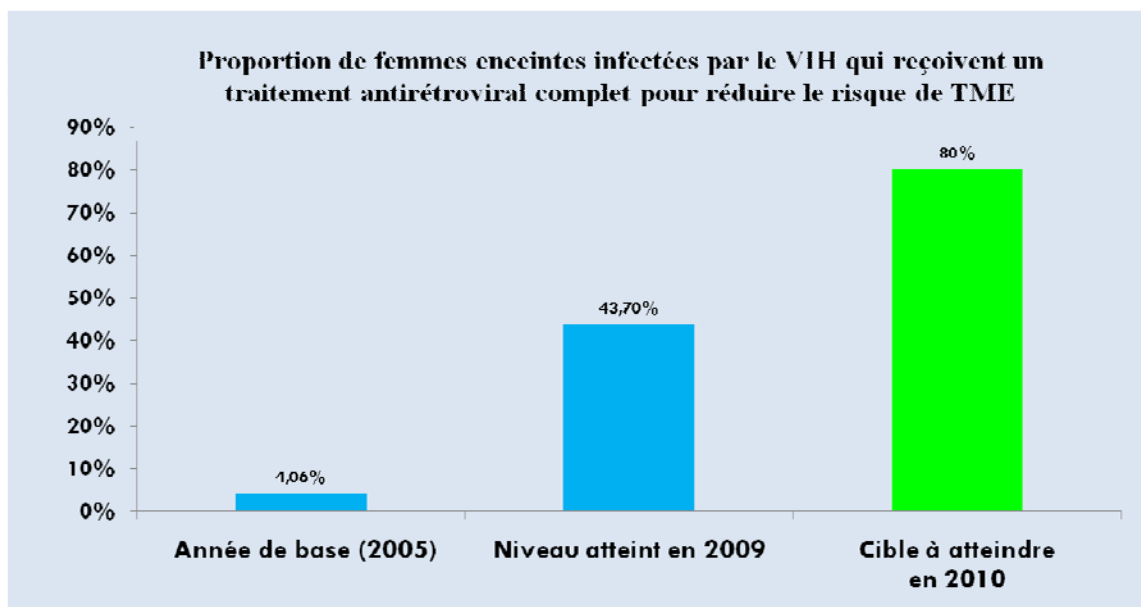
L'analyse des progrès accomplis vers l'atteinte des cibles de l'accès universel faite au cours de l'année 2010 montre que des efforts importants ont été faits à tous les niveaux, en vue d'atteindre les cibles de l'accès universels que le pays s'est fixé. Des progrès remarquables ont été faits au niveau de la prévention, du traitement et des soins et soutien.

4.2.1 Au Niveau de la Prévention

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

a) PTME

En ce qui concerne la Prévention de la Transmission de l'infection à VIH de la Mère à l'Enfant, il faut noter que 41% des femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu en 2009 un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de transmission à leurs bébés. Ces 41% représentent la moitié des 80%, qui est la cible prévue en 2010, comme l'indique le graphique 4.



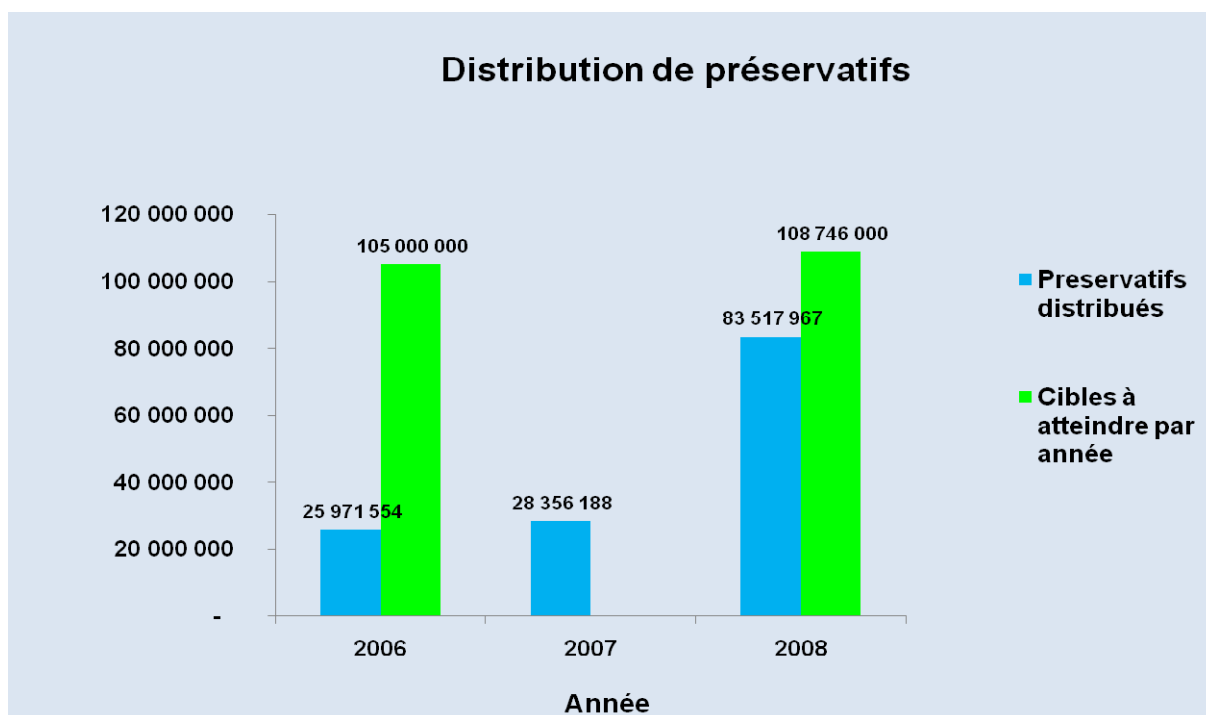
Graphique 4 : Proportion de femmes enceintes infectée qui reçoivent les ARV

Au niveau des sites de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, le nombre de sites fonctionnels est passé de 316 (en 2008) à 554 (en 2009) alors que la cible pour 2010 était de 537 sites PTME sur les 720 Centres de santé qui offrent la CPN, ce qui donne un taux de réalisation de 103%. Malgré tous ces efforts, il faut noter que sur la même période, seulement 64,91% des femmes enceintes vues en CPN ont été dépistées pour le VIH en Côte d'Ivoire soit (342 698 femmes enceintes).

b) Marketing social

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

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

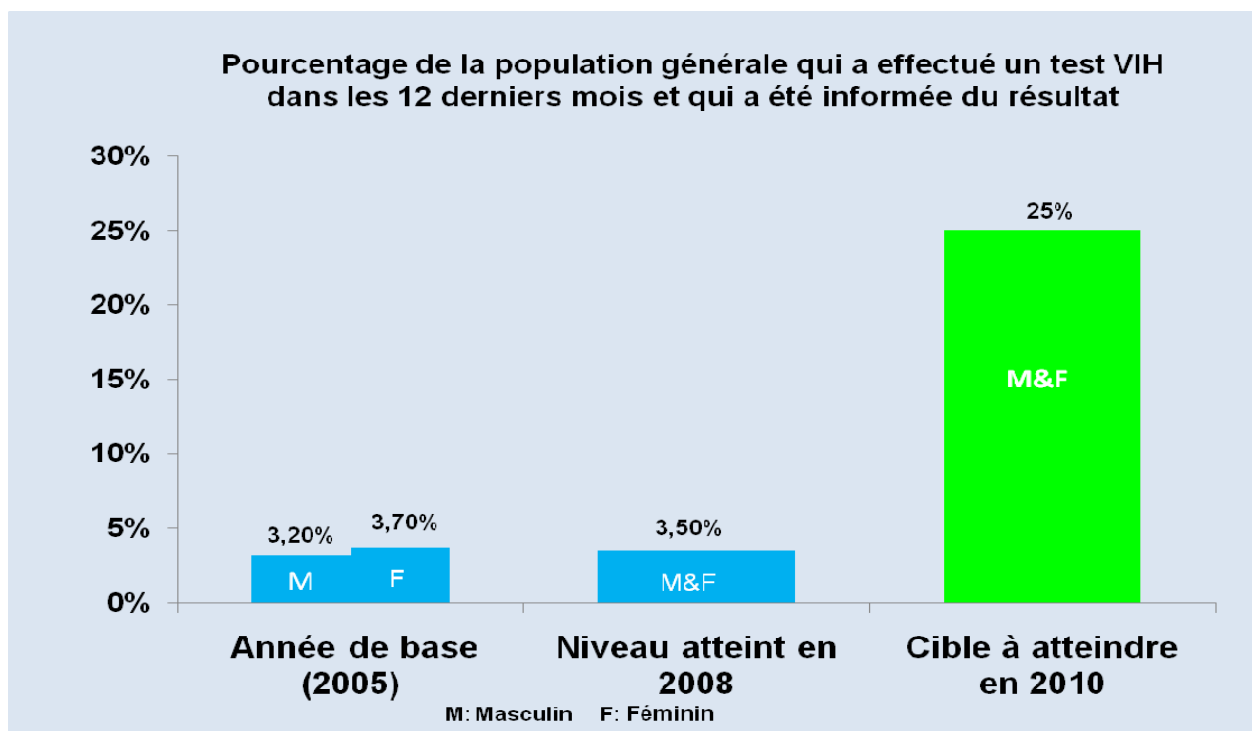


Graphique 5: Nombre de préservatifs distribués de 2006 à 2008

c) Dépistage dans la population générale

Selon l'enquête sur les indicateurs du Sida 2005, environ 3.5% de la population a subi un test de dépistage du VIH en 2005. La cible était fixée à 10% et 25 % respectivement pour 2008 et 2010.

Cependant, des efforts importants ont été faits. Il s'agit notamment de (i) l'augmentation de l'offre de dépistage avec l'ouverture de 320 sites, (89% planifié en 2008) ; (ii) l'intégration dans les structures sanitaires du Conseil et dépistage et (iii) la mise en place du nouvel algorithme de dépistage au bout des droits. Actuellement, on dénombre 549 sites CDV, soit une couverture en district sanitaire de 95%.



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

4.2.2 Au niveau du traitement

On note un renforcement de l'offre de service de prise en charge globale, une amélioration de l'accès au traitement ARV et la prise en charge des Infections Opportunistes (IOs).

Une augmentation du nombre de personnes sous traitement a été observée. De 32,30% en 2006 on est passé à 48% en 2009¹⁸. Cependant, la cible de 104 000 personnes à mettre sous traitement à l'horizon 2010 n'a pas été atteinte.

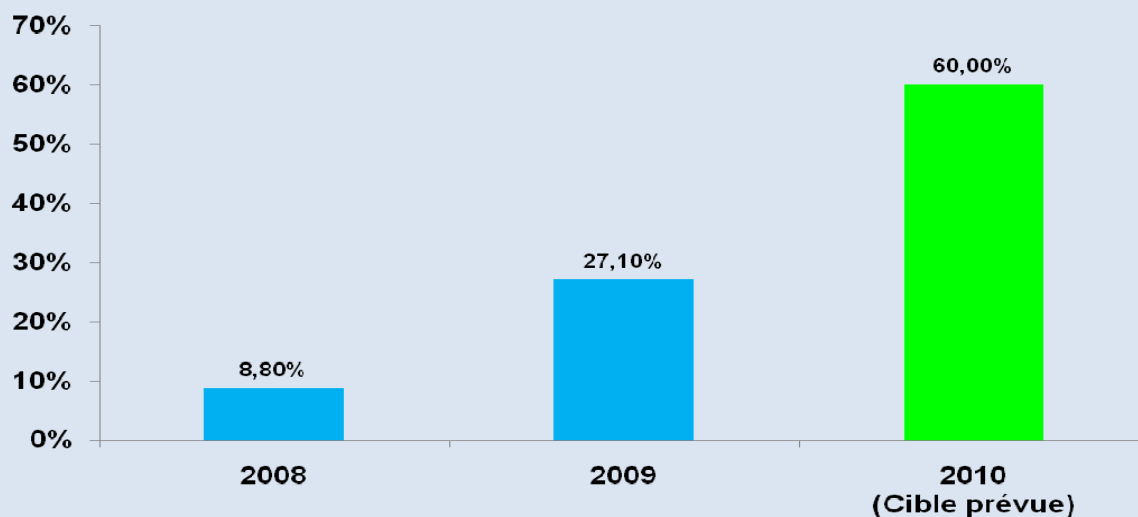
4.2.3 Au niveau des soins et soutiens

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

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

¹⁸ Rapport annuel 2009 sur le Sida

Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables, âgés de moins de 18 ans, vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en



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

4.3 Analyse de la réponse au niveau des groupes hautement vulnérables

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

La Clinique Confiance a estimé à 8 000 le nombre de professionnelles du sexe (PS), dont 5000 en maisons closes et 3000 exerçant cette activité de manière occasionnelle afin de générer des revenus. Ces PS occasionnelles sont pour la plupart des jeunes filles, élèves, étudiantes ou des femmes du secteur informel. 28% des professionnelles du sexe à la première visite de la clinique confiance sont infectées. Cette structure estime entre 450 et 500, le nombre d'hommes homosexuels utilisant ses services. 60% de ces hommes seraient hétérosexuels et 100 à 150 non prostitués.

L'éducation par les pairs et la communication pour le changement de comportement (CCC) ont bien été menées selon les recommandations internationales. Un programme national en faveur des populations hautement vulnérables a été mis en place au niveau du Ministère de la lutte contre le sida. Les activités de ce programme ont porté essentiellement sur les professionnelles du sexe et les détenus. L'étude MOT a suggéré de cibler davantage les clients de ces femmes et leurs conjoints réguliers.

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

La réponse nationale en direction des patients atteints d'une IST est déclarée être le « parent pauvre » de la réponse nationale. Bien que contribuant à la propagation du VIH chez les hommes (séroprévalence 3 fois plus élevée chez les hommes atteints d'une IST que les hommes sans IST connue), la réponse nationale est considérée insuffisante dans ce domaine.

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

La politique en direction des populations hautement vulnérables n'inclue pas les enfants prostitués et les élèves et femmes ayant de manière « occasionnelle » des relations sexuelles rémunérées. En outre, le volet social de la prévention y est absent, notamment (i) la réduction de la vulnérabilité des filles, (ii) les alternatives à la prostitution, (iii) la formation des jeunes filles à des métiers, (iv) le soutien social et l'accès à la prévention et à la prise en charge des enfants prostitués.

V. SYNTHÈSE DES DIFFICULTÉS DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/SIDA

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

- L'insuffisance de portée de la CCC sur les comportements du fait de l'inadéquation des moyens et des canaux de communication et de la faible spécificité des messages par rapport aux cibles. Ceci favorise l'expansion de l'infection à VIH ;
- La faible prise en compte du Genre dans les interventions ne permet pas de remédier à la vulnérabilité face au VIH des Populations vulnérables et des Populations clés à haut risque d'infection à VIH ;
- La décentralisation des différents domaines d'intervention n'est pas effective. La stratégie d'intervention par « approche site » utilisée n'a pas donné les résultats escomptés. Les équipes cadres de district ne s'étant pas appropriées les interventions, elles ne sont pas pérennes et s'arrêtent dès la première difficulté ;
- La faiblesse de la qualité des services constitue un frein à la fréquentation des structures de prévention et de prise en charge. Cette faiblesse est due à la démotivation du personnel médical et para médical, ainsi qu'à l'insuffisance des infrastructures et le manque d'équipements ;
- L'inaccessibilité financière des PVVIH aux autres médicaments de traitement des IO et au CTX en traitement curatif constitue un déficit en matière de prise en charge globale et compromet la qualité de vie des PVVIH ;
- L'insuffisance de la culture de l'information sanitaire caractérisée par la faible disponibilité des données et de leur utilisation pour la prise de décision. En conséquence la planification et les décisions ne sont pas basées sur les faits et donc ne permettent pas l'utilisation efficiente des ressources ;
- La faiblesse observée dans la coordination des activités sur le terrain ne permet pas d'orienter les interventions et d'avoir une bonne visibilité des activités des différents acteurs sur le terrain. Ceci est à l'origine de duplications d'interventions et d'utilisation inadéquate des ressources ;
- L'insuffisance de la PEC communautaire des PVVIH qui n'existe que dans certaines grandes villes. L'absence de statut juridique des Conseillers communautaires et l'insuffisance de synergie des interventions entre le volet communautaire et le volet médical ne permettent pas un meilleur suivi des PVVIH et est à l'origine du nombre élevé de perdus de vue estimé à 20 000 en 2008 ;
- La réponse du secteur privé face au sida reste faible comme en témoigne l'insuffisance d'accès aux services de prévention des travailleurs, de leur famille et des populations riveraines. De nombreux comités d'entreprise ne sont plus fonctionnels réduisant ainsi l'offre de service ;
- La faiblesse d'offre de soins et soutien aux OEV compromet leur épanouissement et le respect de leurs droits fondamentaux ;
- Le risque de non pérennisation des financements reste élevé en raison de l'insuffisance des ressources internes estimées à 10% des dépenses totales engagées dans le secteur entre 2006 et 2009. Dans ces ressources internes

dépensées, la part du gouvernement représente 8% contre 2% pour le secteur privé (y compris les ménages) ;

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

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

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

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

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

L'appropriation de la réponse nationale n'a pas été facilitée par la trop grande dépendance aux financements extérieurs. La part du Budget national consacré à la santé est restée inférieure à 5%¹⁹ dont moins de 0,25% est affectée à la lutte contre le sida.

¹⁹ World Health statistics 2010, OMS

VI. SYNTHÈSE DES PRIORITÉS DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH/SIDA POUR LA PÉRIODE 2011-2015

De nombreuses faiblesses ont été constatées dans la riposte nationale. Mais eu égard au contexte de sortie de crise militaro-politique et aux tendances actuelles de diffusion de l'épidémie, il convient d'établir des priorités pour la période 2011-2015.

De façon générale, une attention particulière sera accordée aux aspects transversaux tels que le Genre et les Droits Humains. Les inégalités liées au genre seront réduites en élargissant les prestations de prévention, de prise en charge et de réduction de l'impact à d'autres types de populations les moins couvertes.

De même, un accent sera mis sur la réduction des inégalités géographiques entre les régions et entre les zones urbaines et zones rurales.

La féminisation de l'épidémie sera placée au premier rang des préoccupations nationales durant la période 2011-2015, tant au niveau de la prévention, de la prise en charge médicale, psychosociale, que de la réduction de l'impact socio-économique de l'épidémie. Ainsi, des interventions précises vont cibler les filles et les femmes.

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

Au niveau du traitement et des soins, les préoccupations majeures se situent au niveau de la faible proportion des adultes et enfants sous traitement ARV, ainsi que la forte proportion des perdus de vue. Sur la période 2011-2015, la priorité sera accordée au traitement ARV des adultes, des adolescents et des enfants. Ces stratégies prioritaires prendront appui sur la poursuite de la décentralisation, l'intégration des services visant la prise en charge des co-morbidités associées au VIH et sida (TB, hépatites,...), ainsi que la délégation des tâches et l'implication des communautés à tous les niveaux pour favoriser l'accès universel aux soins et traitements.

Pour un soutien adéquat des PVVIH et des OEV, les communautés seront beaucoup plus impliquées dans la prise en charge psychosociale, socio-économique, juridique et le continuum de soins.

Au niveau de l'information stratégique, les préoccupations majeures portent sur : (i) la faible performance du système d'information de routine ; (ii) la faible disponibilité des données récentes de qualité du fait de l'irrégularité de leur collecte, de leur faible complétude et des difficultés de gestion, (iii) l'insuffisance en nombre et en compétence des ressources humaines impliquées dans le S&E; (iv) et le faible niveau d'analyse et d'utilisation des informations issues de la surveillance épidémiologique pour la prise de décision.

Sur la période 2011-2015, il s'agira de : renforcer le système d'information de routine et le système national de surveillance de seconde génération pour que les informations produites soient adaptées à la demande et utiles à la prise de décision.

La Coordination multisectorielle de la lutte contre le Sida est confrontée à la non appropriation du cadre institutionnel existant par les acteurs sectoriels et les partenaires au développement, à (ii) l'insuffisance de synergies entre les différentes interventions et à (iii) la faiblesse des réseaux de coordination communautaire. Pour une réponse nationale adéquate au sida, la coordination mérite d'être renforcée au cours de la période 2011-2015.

Le constat majeur fait au niveau du financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire, est qu'il y a une insuffisance de ressources mobilisées par rapport au besoin, un non alignement de l'aide extérieure sur les priorités et procédures nationales, et une absence de coordination et de contrôle de la gestion des fonds mobilisés. Aussi, la priorité sera-t-elle de réussir à mobiliser les ressources suffisantes au plan local et auprès des partenaires au développement, et à mettre en place un mécanisme consensuel de gestion en vue d'une utilisation optimale de ces fonds.

Toutes ces priorités ont guidé les choix stratégiques opérés ci-après pour une riposte nationale efficace entre 2011 et 2015.

VII. ORIENTATIONS STRATEGIQUES POUR LA LUTTE CONTRE L'INFECTION A VIH, LE SIDA ET LES IST DE 2011 A 2015

7.1 Principes Directeurs

Multisectorialité :

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

Ainsi, toutes les composantes du secteur public, du secteur privé et de la société civile demeureront impliquées dans la lutte contre le VIH et le sida. Cette implication s'est faite dans le cadre de la planification de ce PSN 2011-2015, et elle se poursuivra dans sa mise en œuvre.

Décentralisation :

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

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

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

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

Fruit de la réflexion internationale sur l'efficacité de l'aide au développement, les recommandations de la Déclaration de Paris visent une gestion optimale de l'aide au développement pour atteindre les résultats souhaités. Ainsi, dans le cadre de la mobilisation et la gestion des ressources extérieures pour la mise en œuvre de ce PSN 2011-2015, les principes clés de cette Déclaration seront suivis. Ce sont

l'Appropriation, l'Harmonisation, Alignement, la Gestion axée sur les Résultats et la Responsabilité mutuelle. Il s'agira de s'accorder pour que :

- La Côte d'Ivoire s'approprie réellement la coordination des appuis techniques et financiers ;
- Les Partenaires techniques et financiers alignent leurs appuis sur les stratégies, les institutions et les procédures nationales ;
- Les actions des bailleurs soient mieux harmonisées et plus transparentes ;
- La gestion des ressources soit axée sur les Résultats ;
- La responsabilité de tous (Nationaux et partenaires) soit engagée dans l'atteinte des résultats.

Gestion Axée sur les Résultats

A l'image du processus d'élaboration du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), celui du PSN 2011-2015 a suivi la démarche de la GAR (Gestion Axée sur les Résultats). Ce choix a permis aux participants de mettre l'accent sur les problèmes réels de la lutte contre le Sida pour exprimer les changements désirés. De ce fait une réelle cohérence est établie entre les différents niveaux de la chaîne de résultats jusqu'aux stratégies définies. Toute cette démarche donne la garantie que la mise en œuvre de ce plan répondra aux besoins réels des Populations.

Bonne Gouvernance:

Cadre privilégié d'orientation stratégique, ce PSN 2011-2015 a été élaboré dans un souci de bonne gouvernance. Ainsi, dans l'optique de s'assurer que les changements attendus de la mise en œuvre seront effectifs et serviront les intérêts des populations, des dispositions spécifiques ont été prises. L'accent a été mis sur la définition de mécanismes de mise en œuvre, de procédures de gestion, de même que le renforcement des capacités des organes d'orientation, de coordination et de suivi. Ces mesures visent à renforcer la responsabilité, la transparence, l'implication de toutes les parties prenantes, de même que l'obligation des acteurs à rendre compte des prestations, de la gestion des ressources et des résultats obtenus.

Implication des PVVIH :

Les Représentants des PVVIH ont été fortement impliqués dans la formulation de ce PSN 2011-2015. Cette implication demeura forte pour que les PVVIH continuent d'influencer tout processus de décisions pendant la mise en œuvre dudit plan.

Genre, Droits Humains et Equité : Dans le cadre du PSN 2011-2015, un accent particulier est mis sur la réduction des inégalités liées au genre, aux Droits Humains et à l'équité dans l'accès aux services. Dans le processus, il est tenu compte du document de Stratégie Nationale sur les Violences basées sur le genre, ainsi que du Guide national d'intégration du VIH tenant compte du genre dans les plans d'action sectoriels et décentralisés. A cela s'ajoute, comme référence, la Loi Relative à la Prévention, la Protection et le Contrôle en Matière de lutte contre le VIH/sida, qui est en instance d'adoption.

Respect de l'environnement : Les activités de prévention et de prise en charge du VIH/Sida produisent des déchets médicaux qui posent un réel problème de santé publique et d'environnement en Côte d'Ivoire. La mise en œuvre du PSN 2011-2015

prendra en compte la gestion écologiquement rationnelle de ces déchets pour contribuer à la limitation de la propagation du VIH/Sida.

Intégration des Services

Sur la période 2011-2015, les services offerts aux populations devront être intégrés. Il s'agira de développer des synergies entre les services de SR (Planification Familiale, Santé Maternelle et Néonatale, prévention et gestion des IST, promotion de la santé sexuelle, prévention et gestion de la violence sexiste) et ceux du VIH (prévention, traitement, soins et accompagnement).

7.2 Alignement du PSN 2011-2015

Au plan international

Le PSN 2011-2015 de la Côte d'Ivoire s'aligne sur le 6^{ème} objectif des OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement) qui porte sur « *Combattre le VIH, le Sida, le paludisme et d'autres maladies* ».

Le PSN 2011-2015 s'aligne aussi sur d'autres engagements ratifiés par la Côte d'Ivoire que sont : la Déclaration des Nations Unies sur le VIH et le Sida (UNGASS) ; la Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union Africaine sur le VIH, le Sida, la Tuberculose et le Paludisme ; la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et le principe des « Three Ones ».

Au plan national

Le présent PSN s'aligne sur : Le Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DRSP) et le Plan National de Développement sanitaire 2009-2013 (PNDS).

7.3 Finalités et Axes Stratégiques du PSN 2011-2015

7.3.1 *Vision*

Le Plan Stratégique National de lutte contre l'infection à VIH, le sida et les IST de Côte d'Ivoire est fondé sur la vision commune de tous les acteurs de la lutte contre le sida de relever le défi du point 6 des OMD (Objectif du Millénaire pour le Développement). Il devra contribuer d'ici 2015, à **inverser la tendance de la propagation du VIH et à atténuer l'impact du sida sur la population ivoirienne, en particulier les groupes hautement vulnérables.**

Il s'inscrit dans la ferme volonté du gouvernement de Côte d'Ivoire, des acteurs de la société civile et des partenaires au développement, de placer à nouveau le pays sur le chemin de la croissance et du développement durable.

7.3.2 *Résultats d'Impact*

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

7.3.3 Résultats d'Effet

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

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

2. L'Espérance de vie des adultes (hommes et femmes) et des enfants vivant avec le VIH a augmenté d'ici 2015.

3. Le bien être économique et social des PIAVIH et des OEV est amélioré d'ici 2015.

4. La Gouvernance de la Réponse nationale à l'infection à VIH, au Sida et aux IST est plus performante d'ici 2015.

7.3.4 Les Axes Stratégiques du PSN 2011- 2015

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

AXE STRATEGIQUE 1 : PREVENTION

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

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

AXE STRATEGIQUE 4 : GOUVERNANCE DE LA REPONSE NATIONALE

7.3.5 Domaines d'actions prioritaires du PSN 2011-2015

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

a) Domaines d'actions prioritaires de l'Axe Prévention :

- i. Promotion de l'utilisation correcte du préservatif masculin et féminin ;
- ii. Promotion du conseil et dépistage volontaire ;

- iii. Prise en charge des IST ;
- iv. Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant ;
- v. Sécurité transfusionnelle et prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologique

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

- i. Traitement ARV des PVVIH ;
- ii. Traitement ARV des enfants ;
- iii. Soins et soutiens aux PVVIH.

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

- i. Protection des PIAVIH contre la discrimination et la stigmatisation,
- ii. Soutien socio-économique des PIAVIH,
- iii. Soutien des OEV.

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

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

7.3.6 Chaînes de Résultats par Axe Stratégique

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

a) CHAINE DE RESULTATS DE L'AXE PREVENTION

i. Résultat d'Effet de l'Axe Prévention

La proportion des nouvelles infections à VIH et l'incidence des IST sont réduites de 30% dans la population générale et les groupes cibles prioritaire d'ici 2015.

ii. Les Résultats Sous-Effets de l'Axe Prévention

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

iii. Les Extraits majeurs par Sous-Effet de l'Axe Prévention

Sous-Effet 1. 1 : L'incidence du VIH et des IST baisse de 25 % dans la population générale

Liste des Extraits majeurs du Sous-Effet 1.1

1.1.1 L'utilisation correcte du préservatif (masculin et féminin) est systématique dans la population sexuellement active

Les Stratégies par Extrait majeur

Extrait 1.1.1 : L'utilisation correcte du préservatif (masculin et féminin) est systématique dans la population sexuellement active

Stratégies

- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et féminin
- Promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif masculin et féminin (Communication, marketing social) lors des rapports sexuels à risque

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la lutte contre le sida

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires techniques et Financiers

Sous effet 1.2 : L'incidence du VIH et des IST baisse de 50% dans les groupes cibles prioritaires

Liste des Extraits majeurs du Sous-Effet 1.2

- | | |
|-------|--|
| 1.2.1 | 80% des jeunes (15-24 ans) adoptent des comportements sexuels à moindre risque |
| 1.2.2 | 95% de PS et leurs clients bénéficient des programmes de prévention de qualité |
| 1.2.3 | 100 % de HSH adoptent des comportements sexuels à moindre risque |
| 1.2.4 | Les Hommes en uniformes, les populations carcérales, les routiers, les UDI, les enfants de la rue, bénéficient des programmes de prévention appropriés (spécifiques) |

Les Stratégies par Extrait majeur

Extrait 1.2.1 : 80% des jeunes (15-24 ans) adoptent des comportements sexuels à moindre risque

Stratégies

- Promotion des moyens de prévention contre le VIH et les IST chez les jeunes (prendre en compte la question du sexe intergénérationnel et la communication parent-enfant)
- Développement des programmes de prévention du VIH/ IST ciblés sur les autres jeunes non scolarisés selon les standards

- Renforcement de l'implication des jeunes dans les programmes de prévention parmi les jeunes
- Création d'un environnement favorable à l'utilisation des services SR/VIH pour les jeunes

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

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

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires Techniques et Financiers
- Réseaux des jeunes

Extrant 1.2.2 : 95% de PS et leurs clients bénéficient des programmes de prévention de qualité

Stratégies

- Renforcement des structures médicales et communautaires pour l'offre des services pour la prévention du VIH et la prise en charge des IST chez les PS
- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et féminin chez les PS et leurs clients
- Promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif masculin et féminin chez les PS et leurs clients
- Renforcement des capacités institutionnelles, techniques et matérielles des associations de PS

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

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

Partenaires stratégiques

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

Extrant 1.2.3 : 100% de HSH adoptent des comportements sexuels à moindre risque

Stratégies

- Renforcement des capacités des structures médicales et communautaires pour l'offre des services (VIH/IST) pour les HSH
- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et du lubrifiant chez les HSH
- Promotion de l'utilisation correcte et systématique du préservatif masculin

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère en charge de la Lutte contre le Sida;

Partenaires stratégiques

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

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

Stratégies

- Renforcement des capacités des acteurs et des structures pour la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH/IST spécifiques à ces groupes cibles
- Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du préservatif masculin et féminin chez ces groupes cibles

Responsable du Pilotage de la mise en œuvre :

- Ministère en charge de la Lutte contre le Sida;

Partenaires stratégiques

- Le Ministère chargé de la Défense;
- Le Ministère chargé de l'Education Nationale;
- Le Ministère chargé des Transports;
- Le Ministère chargé de la Justice

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 1.3

1.3.1 35% de la population connaissent leur statut sérologique

Les Stratégies par Extrant majeur

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

Stratégies

- Promotion du conseil et dépistage (mobilisation communautaire, CCC, etc)
- Accroissement de l'offre et de la qualité de dépistage (CDV, Passage à l'échelle du Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire : CDIP)

Responsable du Pilotage de la mise en œuvre :

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

Partenaires stratégiques

- Les Partenaires techniques et Financiers

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 1.4

1.4.1 100 % de femmes enceintes ont accès aux services de CPN

1.4.2 80% de femmes enceintes séropositives et leurs enfants bénéficient de services PTME de qualité

Les Stratégies par Extrant majeur

Extrant 1.4.1 : 100 % de femmes enceintes ont accès aux services de CPN

Stratégies

- Promotion de l'utilisation des services CPN
- Amélioration de l'offre de service de la CPN

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Le Ministère chargé de la santé

Partenaires stratégiques

- Les ONGs

Extrant 1.4.2 : 80% des femmes enceintes séropositives et leurs enfants bénéficient de services de PTME de qualité

Stratégies

- Extension des services de PTME dans l'ensemble des centres de CPN (publics et privés) sur le territoire
- Promotion de l'utilisation des services de PTME
- Renforcement des performances des activités PTME
- Promotion du dépistage pédiatrique du VIH des enfants issus de la PTME
- Renforcement du soutien nutritionnel des femmes enceintes séropositives (allaitantes) et de leurs enfants

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Le Ministère chargé de la santé

Partenaires stratégiques

- Les ONGs

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 1.5

1.5.1 Le programme de fidélisation des donneurs réguliers est mis en place d'ici 2015

1.5.2 100% des prestataires de soins exposés aux AES et autres patients victimes de violences sexuelles bénéficient d'une prise en charge adéquate d'ici 2015

Les Stratégies par extrant majeur

Extrant 1.5.1 : Le programme de fidélisation des donneurs réguliers est mis en place d'ici 2015

Stratégies

- Promotion du don de sang bénévole et volontaire non rémunéré
- Disponibilisation du sang sécurisé en quantité et qualité suffisante
- Développement d'un système national d'hémovigilance

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Le Ministère chargé de la Santé

Partenaires stratégiques

- Les Organisations de donneurs de sang

Extrant 1.5.2 : 100% des prestataires de soins exposés aux AES et autres patients victimes de violences sexuelles bénéficient d'une prise en charge adéquate d'ici 2015

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

b) CHAINE DE RESULTATS DE L'AXE PRISE EN CHARGE : TRAITEMENT ARV, SOINS ET SOUTIENS

i. Résultat d'Effet de l'Axe Prise en Charge

L'Espérance de vie des adultes (hommes et femmes) et des enfants vivant avec le VIH a augmenté d'ici 2015

ii. Les Résultats Sous-Effets de l'Axe Prise en Charge

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

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

Sous-Effet 2.2: **100% d'enfant infectés par le VIH bénéficient d'un traitement ARV d'ici 2015**

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

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

iii. Les Extrants majeurs par Sous-Effet de l'Axe Prise en Charge

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 2.1

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

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

Les Stratégies par Extrant majeur

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

Stratégies

- Dotation des districts sanitaires en nouveaux sites de prise en charge
- Renforcement de la formation des capacités de bases
- Disponibilisation des médicaments et intrants stratégiques
- Renforcement de l'assurance qualité des soins de la PEC médicale des PVVIH (adultes et enfants)

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Santé

Partenaires stratégiques

- Les ONG

Sous-Effet 2. 2 : 100% d'enfant infectés par le VIH bénéficient d'un traitement ARV d'ici 2015

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 2.2

- 2.2.1** L'offre de prise en charge pédiatrique est disponible dans au moins 80% des sites de prise en charge adultes au niveau de chaque district

Les Stratégies par Extrant majeur

Extrant 2.2.1 : L'offre de prise en charge pédiatrique est disponible dans au moins 80% des sites de prise en charge adultes au niveau de chaque district

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Santé

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

Liste des Extrants majeurs du sous-Effet 2.3:

2.3.1 100% des patients coinfectés VIH/TB ; Hépatite B ; Paludisme sont pris en charge selon les normes nationales

Les Stratégies par Extrant majeur

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

Stratégies

- Renforcement du diagnostic et de la prise en charge des co-infections VIH/TB/Hépatite B/Paludisme
- Renforcement de la prise en charge des infections opportunistes
- Renforcement des mécanismes de collaboration pour les interventions de PEC des coinfections
- Renforcement de la PEC des coinfections (TB/Hépatite B/paludisme) parmi les groupes vulnérables

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Santé

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

Liste des Extrants majeurs du sous-Effet 2.3:

2.4.1 80% des patients (adultes et enfants) sous ARV qui en ont besoin bénéficient d'un appui nutritionnel

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

2.4.3 80% des PIAVIH bénéficient de soutiens psychologiques et spirituels

2.4.4 80% des PIAVIH bénéficient d'un soutien social

Les Stratégies par Extrant majeur

Extrant 2.4.1 : 80% des patients (adultes et enfants) sous ARV qui en ont besoin bénéficient d'un appui nutritionnel

Stratégies

- Renforcement des capacités des formations sanitaires pour la prise en charge nutritionnelle
- Renforcement de la participation communautaire au soutien nutritionnel aux PVVIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

Partenaires stratégiques

- Les ONG

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

Stratégies

- Renforcement des capacités des prestataires médicaux
- Renforcement de l'implication des communautaires dans la prévention chez les PVVIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

Partenaires stratégiques

- Les ONG

Extrant 2.4.3 : 80% des PIAVIH bénéficient de soutiens psychologiques et spirituels

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

Partenaires stratégiques

- Les ONG

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

Partenaires stratégiques

- Les ONG

c) CHAÎNE DE RESULTATS DE L'AXE REDUCTION DE L'IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE

i. Résultat d'Effet de l'Axe “ Réduction de l'Impact Socio-Economique”:

Le bien être économique et social des PIAVIH et des OEV est amélioré d'ici 2015

ii. Les Résultats Sous-Effets de l'Axe Réduction de l'Impact

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

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

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

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

iii. Les Extrants majeurs par Sous-Effet de l'Axe Réduction de l'Impact

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 3.1

3.1.1 Les lois sont adoptées et appliquées

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

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

Les Stratégies par Extrait majeur

Extrait 3.1.1 : Les lois sont adoptées et appliquées

Stratégies

- Conduite de plaider pour l'adoption du projet de loi sur le VIH/sida
- Vulgarisation des dispositifs légaux qui protègent contre la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PIAVIH
- Renforcement des capacités des professionnels du droit en matière de stigmatisation et de discrimination des PIAVIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

- Ministère chargé de la Justice;
- Ministère de la Communication

Extrait 3.1.2 : Les PIAVIH connaissent leurs droits et leurs devoirs et les exercent.

Stratégies

- Renforcement des capacités des PIAVIH sur les dispositifs légaux relatifs à la stigmatisation et la discrimination

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

- Ministère chargé de la Justice
- Ministère chargé de la Communication
- Les ONGs

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

Stratégies

- Intensification de la sensibilisation en direction des communautés et des leaders d'opinion aux droits et devoirs des PIAVIH
- Renforcement du Principe GIPA
- Promotion de la protection des droits et devoirs des PIAVIH au sein des communautés

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Communication

Partenaires stratégiques

- Ministère chargé de la lutte contre le Sida;
- Ministère chargé de la Justice
- Les ONGs

Sous-Effet 3. 2 : Au moins 80% des PIAVIH bénéficient d'un soutien socioéconomique d'ici 2015

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 3.2

3.2.1 Les PIAVIH ont accès aux services économiques et sociaux

3.2.2 les PIAVIH sont autonomes sur le plan économique et social

Les Stratégies par Extrant majeur

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

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

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

Stratégies

- Appui financier aux PIAVIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

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

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 3.3

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

Les Stratégies par Extrant majeur

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

Stratégies

- Promotion des plates formes de collaboration et de prise en charge des OEV
- Renforcement des capacités des Travailleurs sociaux; Groupes communautaires de soutien engagés dans les activités de soins et soutiens aux OEV
- Mise en place d'un mécanisme de suivi de la qualité de la prise en charge des OEV

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé des Affaires Sociales;

Partenaires stratégiques

- Ministère chargé de la Santé;
- Ministère chargé de l'Education Nationale;
- Ministère chargé de la Justice

d) CHAINE DE RESULTATS DE L'AXE GOUVERNANCE

i. Résultat d'Effet de l'Axe Gouvernance de la Réponse

La Gouvernance de la Réponse nationale à l'infection à VIH, au Sida et aux IST est plus performante.

ii. Les Résultats Sous-Effets de l'Axe Gouvernance

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

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

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

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

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

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

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

iii. Les Extrants majeurs par Sous-Effet de l'Axe Gouvernance et Gestion

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 4.1

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

4.1.2 Les Appuis des donateurs sont alignés sur le cadre stratégique national

4.1.3 Tous les plans opérationnels sectoriels, régionaux et départementaux sont élaborés et gérés selon la planification axée sur les résultats intégrant le genre et les droits humains

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

Les Stratégies par Extrant majeur

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

Stratégies

- Extension de la Décentralisation, la déconcentration et de la Multisectorialité ;
- Renforcement du cadre institutionnel/réglementaire et des mécanismes de coordination
- Renforcement des capacités des acteurs des organes de Coordination
- Expression du leadership national aux niveaux central, sectoriel et décentralisé

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Le CNLS/Le Ministère chargé de la Lutte contre le Sida

Partenaires stratégiques

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

Extrant 4.1.2 : Les Appuis des donateurs sont alignés sur le Cadre stratégique national

Stratégies

- Renforcement et mise en place du cadre de partenariat;

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- CNLS/ Le Ministère chargé de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en oeuvre

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

Extrant 4.1.3 : Tous les plans opérationnels, régionaux sont élaborés et gérés selon la planification axée sur les résultats intégrant le genre et les droits humains

Stratégies

- Opérationnalisation du cadre stratégique national

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- CNLS/Ministère chargé de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en oeuvre

- Le Ministère chargé de la coordination nationale des questions de genre
- Les Organes de Coordination sectorielle et décentralisée

- ONUSIDA; PNUD

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en œuvre:

- CNLS/Ministère chargé de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en œuvre

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

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 4.2

4.2.1	La contribution de l'Etat au financement de la lutte contre le Sida a augmenté
4.2.2	La contribution du secteur privé dans le financement de la lutte contre le Sida a augmenté
4.2.3	Les appuis financiers extérieurs sont alignés sur les priorités nationales
4.2.4	Les systèmes de gestion des ressources financières pour la lutte contre le Sida sont fiables
4.2.5	Les mécanismes de mobilisation des ressources sont performants
4.2.6	Les financements des acteurs et des interventions sont basés sur les performances
4.2.7	Un cadre consensuel et commun de gestion des ressources de la lutte contre le VIH/sida est mis en place et fonctionne

Les Stratégies par Extrant majeur

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

Stratégies

- Diversification des mécanismes pérennes de mobilisation de ressources
- Affectation à la lutte contre le sida d'une partie des produits générés de la remise de la dette

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère chargé du Budget;

Partenaire de mise en oeuvre

- Ministère chargé de la lutte contre le Sida

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

Stratégies

- Renforcement du partenariat public-privé

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère chargé des Finances (Direction générale des Impôts)

Partenaire de mise en oeuvre

- Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire contre le Sida et les autres pandémies

Extrant 4.2.3 : Les appuis financiers extérieurs sont alignés sur les priorités nationales

Stratégies

- Mise en œuvre d'un cadre unique avec des mécanismes consensuels de gestion

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère chargé du Budget

Partenaires de mise en oeuvre

- CNLS/Ministère chargé de la lutte contre le Sida
- ONUSIDA

Extrant 4.2.4 : Les systèmes de gestion des ressources financières pour la lutte contre le Sida sont fiables

Stratégies

- Réforme des systèmes nationaux pour garantir l'efficacité, la responsabilité et la transparence des systèmes et procédures de gestion de l'aide

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère chargé de la Lutte contre le Sida

Partenaire de mise en oeuvre

- Ministère chargé des Finances (Direction générale du Budget)

Extrant 4.2.5 : Les mécanismes de mobilisation des ressources sont performants

Stratégies

- Mise en place de mécanismes de mobilisation des ressources

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- CNLS/Ministère chargé de la Lutte contre le Sida

Partenaire de mise en oeuvre

- Partenaires Financiers de la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire;

Extrant 4.2.6 : Les financements des acteurs et des interventions sont basés sur les performances

Stratégies

- Mise en œuvre de mécanismes et procédures de financements basés sur la performance

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- CNLS/Ministère chargé de la Lutte contre le Sida

Partenaire de mise en oeuvre

- Partenaires Financiers de la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire;

Extrant 4.2.7 : Un cadre consensuel et commun de gestion des ressources de la lutte contre le VIH/sida est mis en place et fonctionne

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- CNLS/Ministère chargé de la Lutte contre le Sida

Partenaire de mise en oeuvre

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

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 4.3

4.3.1 Les systèmes d'information de routine sont fonctionnels

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

4.3.3 Les informations stratégiques produites sont en adéquation avec la demande

4.3.4 Les informations issues du système national de surveillance de seconde génération sont utilisées pour la prise de décision

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

4.3.6 Le Suivi et Evaluation du PSN 2011-2015 est assuré

Les Stratégies par Extrant majeur

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- GTNIS

Partenaire de mise en oeuvre

- Ministère chargé de la lutte contre le Sida
- Les Réseaux d'ONG;
- CECI

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

Stratégies

- Développement de mécanismes de motivation du personnel en S&E basé sur la performance dans les différents secteurs (public et société civile) ;

- Intégration des modules de formation en collecte et gestion des données dans les institutions de formation de base et continue des personnels de santé et agents sociaux

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère chargé de la lutte contre le Sida

Partenaire de mise en oeuvre

- GTNIS
- Les Réseaux d'ONG;
- CECI

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- GTNIS

Partenaire de mise en oeuvre

- Ministère chargé de la lutte contre le Sida;
- Les organes de Coordination sectorielle et décentralisée
- Les Réseaux d'ONG;
- CECI

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

Stratégies

- Accroissement des ressources financières allouées à la surveillance épidémiologique et des autres études
- Réalisation des enquêtes de surveillance de seconde génération planifiées
- Promotion de la réalisation des enquêtes et études

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- GTNIS

Partenaire de mise en oeuvre

- Ministère chargé de la lutte contre le Sida;
- Les organes de Coordination sectorielle et décentralisée
- Les Réseaux d'ONG;

- CECI

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère chargé de la lutte contre le Sida (Pharmacie de la Santé Publique)

Partenaire de mise en oeuvre

- GTNIS

Extrant 4.3.6 : Le Suivi-Evaluation du PSN 2011-2015 est assuré

Stratégies

- Développement et mise en œuvre du Plan multisectoriel de l'information Stratégique sur le VIH;
- Revue à mi-parcours du PSN 2011-2015

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère chargé de la lutte contre le Sida (Direction chargée du Suivi-Evaluation)

Partenaire de mise en oeuvre

- GTNIS

Sous-Effet 4. 4 : D'ici 2015, 80% des structures du système communautaire contribuent efficacement à la réponse nationale

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 4.4

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

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

4.4.3 Les ressources et les capacités des acteurs des systèmes communautaires sont renforcées d'ici 2015

4.4.4 Les prestations de services communautaires sont de meilleure qualité et accessibles à 80% des cibles d'ici 2015

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

Les Stratégies par Extrait majeur

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

Stratégies

- Renforcement des compétences des acteurs du système communautaire en matière de plaidoyer et de dialogue politique au niveau national et régional ;
- Renforcement de la légitimité et de la crédibilité des acteurs du système communautaire à mener efficacement le plaidoyer et le dialogue politique au niveau national et régional
- Sensibilisation des politiques et des communautés aux questions de genre, d'orientation sexuelle, de pratiques socioculturelles néfastes contre les PVVIH

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère chargé de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en oeuvre

- Les réseaux d'ONGs
- Le Ministère chargé de la Justice;
- UNFPA

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Ministère chargé de la lutte contre le Sida

Partenaires de mise en oeuvre

- Les réseaux d'ONGs
- CECI

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

Stratégies

- Renforcement des ressources humaines communautaires en nombre et en qualité
- Amélioration de la gestion des ressources matérielles et équipements au niveau des systèmes communautaires
- Renforcement des ressources financière pour la mise en œuvre des programmes/projets des acteurs communautaires

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Les réseaux d'ONGs;

Partenaires de mise en oeuvre

- Le ministère chargé de la lutte contre le sida;
- Les Partenaires

Extrant 4.4.4 : Les prestations de services communautaires sont de meilleure qualité et accessibles à 80% des cibles, d'ici 2015

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Les réseaux d'ONGs;

Partenaires de mise en oeuvre

- Le ministère chargé de la lutte contre le sida (PNPEC);

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

Stratégies

- Renforcement des capacités organisationnelles et du leadership des acteurs du système communautaire
- Amélioration de la gouvernance dans les organisations communautaires

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre:

- Les réseaux d'ONGs;

Partenaires de mise en oeuvre

- Le ministère chargé de la lutte contre le sida;

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 4.5

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

4.5.2 Les ressources et les capacités des acteurs du secteur privé sont renforcées

4.5.3 Les prestations de service du secteur privé sont accessibles et de meilleure qualité

4.5.4 La gouvernance au sein de la CECI et des faïtières du secteur privé est améliorée

4.5.5 Le cadre de S&E du secteur privé est performant

Les Stratégies par Extrant majeur

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- CECI

Partenaires stratégiques

- Ministère chargé de la Lutte contre le Sida
- Les Faïtières d'ONG

Extrant 4.5.2: Les ressources et les capacités des acteurs du secteur privé sont renforcées

Stratégies

- Amélioration de la qualification et des effectifs des ressources humaines;
- Mobilisation des ressources par les acteurs du secteur privé pour la mise en œuvre de leurs programmes;

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- CECI

Partenaires stratégiques

- Les Faïtières d'entreprises du secteur privé

Extrant 4.5.3: Les prestations de service du secteur privé sont accessibles et de meilleure qualité

Stratégies

- Adaptation du paquet de services aux besoins de la population;
- Couverture d'au moins 80% des cibles des programmes nationaux par les interventions du secteur privé ;
- Amélioration de la collaboration entre le personnel médical, les entreprises et les acteurs des systèmes communautaires dans le cadre du continuum de soins,

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- CECI

Partenaires stratégiques

- Les Centres de santé des entreprises

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

Stratégies

- Application des politiques en matière du VIH, droits humains et Genre au sein des entreprises privées
- Alignement sur le PSN, des programmes stratégiques des structures du secteur privé
- Amélioration de la gestion des ressources matérielles et des infrastructures au niveau du secteur privé
- Renforcement du leadership et des capacités organisationnelles du secteur privé

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- CECI

Partenaires stratégiques

- Les Faïtières d'entreprises du secteur privé

Extrant 4.5.5: Le cadre de S&E du secteur privé est performant

Stratégies et Actions prioritaires

- Appropriation et utilisation par les structures du secteur privé, des outils de collecte des données ;
- Production par le secteur privé, des informations qui alimentent le système national de S&E,
- Utilisation par les structures du secteur privé, des données produites par le système national de S&E pour une meilleure prise de décision

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- CECI

Partenaires stratégiques

- GTNSI;
- Ministère chargé de la lutte contre le Sida

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

Liste des Extrants majeurs du Sous-Effet 4.6

4.6.1 Le processus d'approvisionnement des ARV, intrants stratégiques et préservatifs masculins et féminins au niveau central est amélioré d'ici 2015

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

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

Les Stratégies par Extrait majeur

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la Santé

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

Stratégies

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

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

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

Stratégies

- Renforcement des capacités des gestionnaires, prescripteurs et dispensateurs impliqués dans l'utilisation des produits

Responsable du Pilotage de la mise en oeuvre :

- Ministère chargé de la santé

7.3.7 Renforcement du Système de santé

Les changements désirés et exprimés par axes stratégiques dans ce PSN ne peuvent s'opérer que si la Côte d'Ivoire dispose d'un système de santé solide. De ce fait, les capacités du secteur de la santé méritent d'être davantage développées.

Ce renforcement nécessaire à la mise en œuvre de toutes les activités du PSN concernera aussi bien les Ressources humaines, les infrastructures et équipements que le système d'approvisionnement et de gestion de la chaîne d'approvisionnement.

a) Ressources humaines

La rétention du personnel de santé existants et le recrutement de personnel médical supplémentaire (médecins, infirmières, infirmières de l'assistant, techniciens de laboratoire) et d'agents de santé communautaire sont nécessaires pour atteindre les objectifs fixés pour ce PNS. Ainsi, le personnel nouvellement recruté et les anciens seront formés, régulièrement supervisés et auront des cours de recyclage pour mettre leurs connaissances à jour.

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

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

b) infrastructure et équipement

Pour que la prise en charge appropriée du sida (CDV/PTME/ARV) soit effective dans tous les districts, il faut une augmentation du nombre de centres de prises en charge, une réhabilitation des centres existants et l'équipement de tous ces centres en

matériels requis. Cela comprendra l'acquisition de matériels roulants (ambulances, motocyclettes), de matériels informatiques, et de fournitures et consommables de bureau.

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

c) Approvisionnement et Gestion de la chaîne d'approvisionnement

La Pharmacie de la Santé Publique (PSP) assure l'approvisionnement et la distribution de médicaments essentiels de qualité aux établissements publics de santé national, et les distribue au niveau des régions et des Districts Sanitaires. Elle supervise également les achats des intrants stratégiques (produits de labo), des fournitures médicales et produits de santé.

Le dispositif de quantification et d'achat des ARV (1^{ère} et le traitement en ligne 2^{ème}) des intrants stratégiques, des médicaments pour les IO, la prophylaxie et le traitement, sera renforcé pour s'assurer qu'il y n'aura aucune rupture de stock pour tous ces médicaments essentiels et produits de base. Les pharmacies au niveau régional seront soutenues pour obtenir ce résultat dans toutes les 19 régions. Au niveau central, la PSP sera renforcée afin d'augmenter sa capacité de stockage et d'établir un système de distribution active fonctionnelle.

Des dispositions seront prises également pour s'assurer que les produits sont stockés et distribués conformément aux normes techniques. Des rapports seront produits à cet effet par la PSP et les districts sanitaires.

Un plan détaillé de Renforcement du Système de Santé sera produit pour accompagner la mise en œuvre du PSN.

VIII. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE MISE EN OEUVRE DU PSN 2011-2015

8.1 Secteurs et Acteurs d'intervention

Conformément à la multisectorialité, les acteurs de tous les secteurs de développement seront mobilisés pour la mise en œuvre de ce plan Stratégique 2011-2015. Il s'agit du Secteur Public, du secteur Privé et de la société civile. Les partenaires multilatéraux et bilatéraux apporteront leurs appuis techniques et financiers à la mise en œuvre.

8.1.1 Au niveau du Secteur Public

Tous les départements ministériels et les grandes institutions de l'Etat, en plus de leurs missions traditionnelles de services publics, seront en action pour les interventions qui ciblent leurs personnels, leurs usagers et leurs familles.

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

a) Le Ministère chargé de la santé et de la Lutte contre le Sida

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

b) Les autres Ministères techniques

- ◆ **Ministère chargé des Affaires Sociales** fera la promotion de l'équité, de l'égalité et équilibre entre les sexes dans la lutte contre le VIH/Sida auprès des populations vulnérables.
- ◆ **Le Ministère chargé de la Communication** appuiera les actions d'information et de vulgarisation menées par les différents départements ministériels dans la lutte contre le sida.
- ◆ **Le Ministère chargé de la Fonction Publique et de l'Emploi** sera chargé du renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux affectés par le VIH /sida.
- ◆ **Le Ministère chargé de l'Education Nationale** aura la responsabilité d'intégrer l'information et l'éducation en matière de sida dans les curricula de formation des élèves de tous les niveaux.
- ◆ **Le Ministère de la justice et des Droits de l'Homme** mettra en œuvre la politique d'assistance juridique aux malades du VIH/sida.
- ◆ **Les Ministères chargés de la Défense et de la Sécurité** mettront en œuvre les interventions en faveur des Hommes en uniformes et leur famille.
- ◆ **Le Ministère chargé de la jeunesse** coordonnera les interventions qui ciblent les jeunes déscolarisés et non scolarisés

- ◆ **Le Ministère chargé de l'agriculture** aura la responsabilité d'intervenir en milieu rural
- ◆ **Le ministère chargé des transports** coordonnera les actions à mener en faveur des routiers.

8.1.2 *Au niveau de la Société civile*

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

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

8.1.3 *Au niveau du secteur privé*

Les cellules focales de Lutte contre le sida des entreprises seront directement responsabilisées dans la mise en œuvre des interventions en faveur des travailleurs, des usagers et leurs familles. Les cellules focales de lutte contre le Sida des organisations patronales (CGE-CI, FIPME, CCI-CI, CNM-CI) et syndicales (UGTCl, FESACI, DIGNITE) seront également associées aux interventions.

8.1.4 *Au niveau des Partenaires au Développement*

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

8.2 **Dispositif de coordination de la mise en œuvre du PSN**

8.2.1 *Les organes politiques d'Orientation*

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

Le **Comité Inter Ministériel de Lutte contre le Sida (CIMLS)** présidé par le Premier Ministre assurera la coordination de la lutte multisectorielle et la synergie des interventions multisectorielles afin d'optimiser la réponse nationale.

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

8.2.2 Les Organes étatiques de Coordination opérationnelle

a) Au sein du Ministère chargé de la santé et de la lutte contre le Sida

La coordination opérationnelle de la lutte contre le sida au sein de ce ministère se fera en conformité avec l'organigramme dudit ministère.

b) Les Structures de Coordination Décentralisée

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

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

c) Au sein des autres Ministères Techniques

i. Les Comités sectoriels de Lutte contre le Sida des Ministères

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

ii. Le programme national de prise en charge des OEV du fait du VIH/SIDA (PNOEV)

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

8.2.3 Les Réseaux des Organisations de la Société Civile

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

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

8.2.4 Les Faîtières du Secteur privé

La Coalition des entreprises de Côte d'Ivoire contre le Sida, en abrégé la CECI, est la principale organisation chargée de la planification et la coordination des interventions du secteur privé. Elle a pour mission : le renforcement des programmes des entreprises ; la facilitation des échanges de bonne pratique ; la promotion du partenariat public privé. A ce titre, la CECI coordonnera les actions menées par les cellules focales de lutte contre le sida des organisations patronales (CGECI, FIPME, CCI-CI, CNM-CI) et celles des entreprises.

8.2.5 Les structures de Coordination des partenaires

Les Partenaires disposent du Groupe thématique VIH/sida et du groupe des partenaires techniques et financiers de la santé, comme cadres d'échanges en vue de la coordination de leurs appuis techniques et financiers. ONUSIDA assurera la fonctionnalité de ces instances d'orientation et de plaidoyer.

8.2.6 Le Comité National d'Approbation des plans D'actions Opérationnels

Pour assurer une réelle coordination des interventions, les plans d'actions annuels des acteurs doivent être discutés et adoptés dans un cadre national comprenant les décideurs nationaux ; les faîtières de la société civile et du secteur privé et les partenaires au Développement.

Le CNA sera représenté dans chaque région par un Comité Régional d'Approbation présidé par le Préfet de Région.

Le Comité National d'Approbation sera créé par Décret présidentiel et les Comités régionaux d'approbation par Arrêtés préfectoraux. Leurs fonctionnements seront pris en charge par les partenaires financiers, selon les modalités qui seront définies dans les actes de création.

8.3 Cadre de Prévention et Gestion des Conflits

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

Au niveau technique, on pourrait assister à des :

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

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

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

IX. MECANISMES DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI - EVALUATION DU PSN 2011-2015

9.1 Mécanisme de mise en œuvre du PSN 2011-2015

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

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

9.1.1 Le Plan Opérationnel National

Dès l'adoption de ce PSN, un premier Plan Opérationnel National sera élaboré pour couvrir la période 2011-2013. Ainsi, sa durée coïncidera avec celles du DSRP et le PNDS. Ce plan sera multisectoriel.

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

Chaque année, ce plan sera évalué puis actualisé pour combler les gaps de l'année qui s'achève et prendre en compte les besoins de l'année suivante. Ainsi, le Plan Opérationnel restera triennal et sa période sera glissante. On aura alors, trois plans opérationnels pour le PSN (PON 2011-2013 ; PON 2012-2014 ; PON 2013-2015).

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

9.1.2 Les plans Opérationnels Régionaux

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

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

Les premiers POR couvriront la période 2011-2013 et ils seront glissants au rythme du PON.

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

9.1.3 Les plans d'actions Annuels

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

Ces plans seront élaborés par les acteurs eux-mêmes, mais devront être validés par le Comité National d'approbation ou les Comités Régionaux d'approbation avant d'être financés et mis en œuvre.

9.2 Mécanisme de Suivi- évaluation du PSN

9.2.1 Mécanisme de coordination du suivi-évaluation

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

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

a) Au niveau central

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

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

Ce groupe technique est composé d'experts en suivi-évaluation, en surveillance épidémiologique et en informatique provenant du gouvernement, des agences bilatérales et multilatérales, du système des nations unies, des institutions de

recherches et de la société civile. Il comprend trois (3) sous-groupes techniques de travail :

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

Le Groupe Technique National de l'Information Stratégique sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et les IST aura pour mission de :

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

Mécanismes de Coordination du Suivi Evaluation au Niveau Central

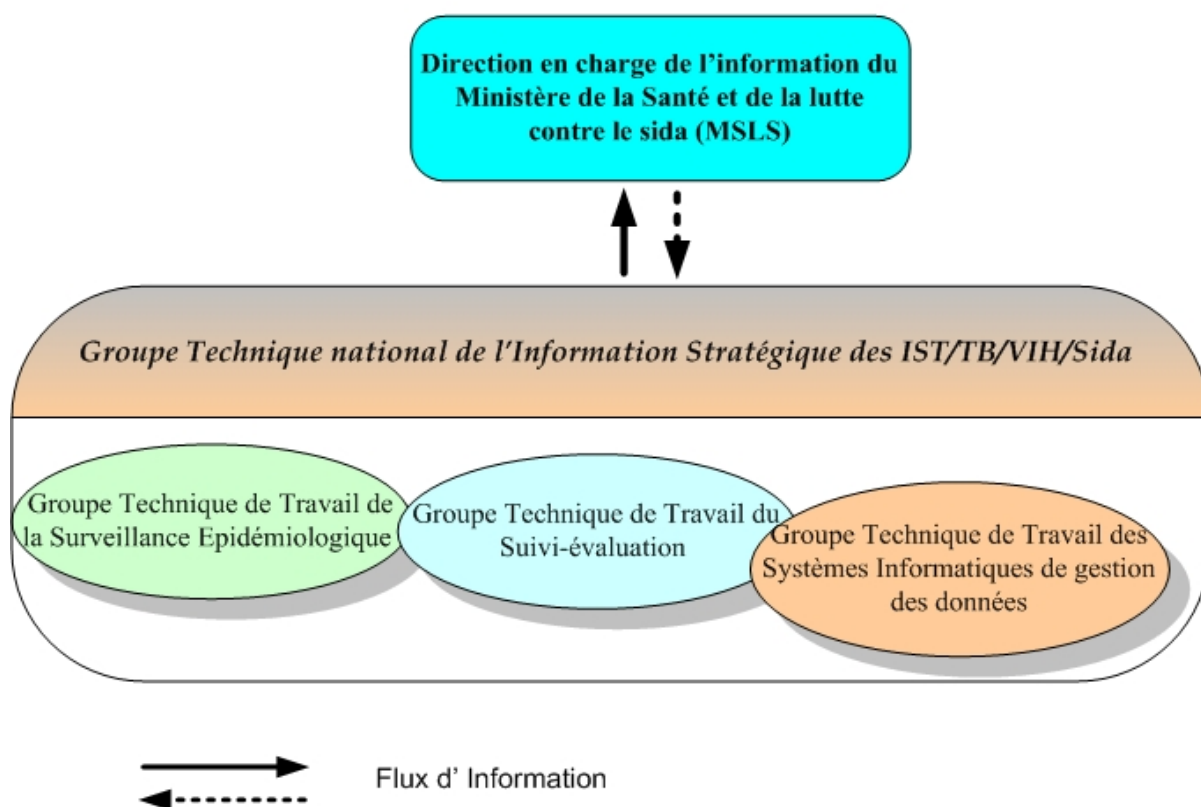


Figure 3: Mécanisme de Coordination du Suivi-Evaluation au niveau central

b) Au niveau régional

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

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

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

c) Au niveau district

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

- Elaborer le plan d'action annuel du district ;
- Collecter et compiler les rapports de son aire sanitaire ;
- Valider les données avec l'équipe cadre de district (ECD)
- Analyser les données collectées ;
- Transmettre mensuellement les données à la direction régionale ;
- Valider les données trimestriellement avec la direction régionale ;
- Transmettre trimestriellement les données validées au niveau central et régional ;
- Conduire des missions de supervision ;
- Conduire des missions de contrôle de la qualité des données de routines ;
- Coordonner les formations ;
- Coordonner les appuis techniques et financiers pour le suivi-évaluation ;
- Produire les rapports trimestriels et le rapport annuel des activités du district ;
- Diffuser les informations sur le VIH/sida au niveau départemental.

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

9.2.2 Mécanisme de suivi

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

a) Circuit de l'information

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

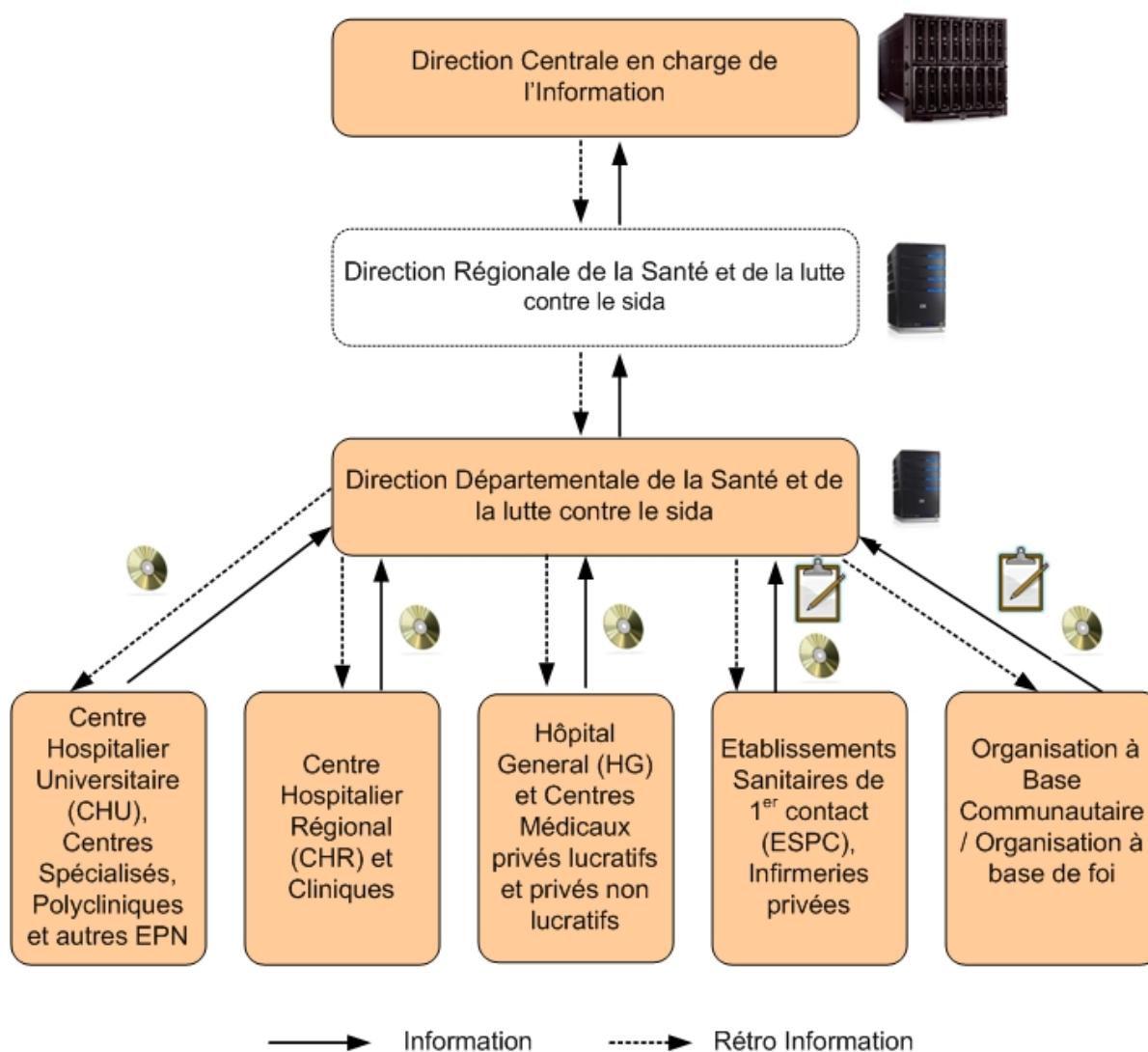


Figure 4: Le Circuit de l'information

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

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

Le niveau central analyse les données reçues et produit le rapport national et les rapports des engagements internationaux (UNGASS, Accès universel, OMD....).

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

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

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

b) Surveillance épidémiologique

La surveillance épidémiologique sera biologique et comportementale.

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

La surveillance biologique de l'infection à VIH se fera à travers : (i) la sérosurveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, (ii) des enquêtes sérologiques répétées dans les populations à haut risque telles que les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (MSM) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI) ; (iii) la surveillance de la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux et (iv) des enquêtes sérologiques répétées dans la population générale lors des enquêtes démographiques et de santé (EDS+) ou des enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS).

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

L'analyse situationnelle avait permis d'identifier une dizaine de populations dites à risque. Des enquêtes formatives permettront de confirmer les cinq groupes les plus à risque à surveiller au cours de ces cinq prochaines années, tenant compte des ressources disponibles.

La surveillance de la résistance du VIH aux ARV, la notification des cas de Sida et des IST compléteront cette surveillance.

9.2.3 *Plan de collecte des données de routine*

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

Tableau 3 : Plan de collecte des données de routine

9.2.4 Plan de collecte des données non routine

Enquêtes /Etude	Cible	Responsable	Années					Indicateurs
			2011	2012	2013	2014	2015	
Surveillance VIH sentinelle chez les femmes enceintes	Femmes enceintes	DIPE		X			X	Prévalence du VIH chez la femme enceinte
Surveillance sentinelle bio-comportementale des PS	PS	PLS-PHV	X		X			Prévalence du VIH chez les PS
Etude bio-comportementale chez les HSH	HSH	PLS-PHV	X		X			Prévalence du VIH chez les HSH
Etudes bio-comportementales chez les personnes en uniforme	Personnes en uniforme	Ministère de la défense	X		X			Prévalence du VIH chez les personnes en uniforme
Etudes bio-comportementales chez les routiers	Routiers	PLS-PHV		X				Prévalence du VIH chez les routiers
Etudes bio-comportementales chez la population carcérale	Population carcérale	PLS-PHV			X			Prévalence du VIH chez la population carcérale
L'étude comportementale des adolescents sous ARV	Adolescents (15-18ans)	PNPEC/PN OEV			X			
L'évaluation de la contribution du pouvoir décisionnel de la mère dans la PEC des enfants	Mères d'enfant vivant avec le VIH	PNPEC		X				
L'implication des hommes dans la PEC des femmes infectées	Partenaires des femmes PVVIH	PNPEC			X			
Les déterminants liés à la faible utilisation des services de PEC par les hommes	Partenaires des femmes PVVIH	PNPEC		X				
Etude sur la qualité de vie des PVVIH bénéficiant de soins et traitement	PVVIH	PNPEC					X	% PVVIH Hommes, femmes bénéficiant d'une PEC et qui ont une qualité de vie améliorée
La contribution des communautaires à la performance de la PEC du VIH/sida	Acteurs communautaires œuvrant dans la lutte contre le Sida	RIP			X			
Evaluation biennuel du système de suivi évaluation du PSN	Le système national de suivi	DIPE	X		X		X	Performance du système national de suivi évaluation

	évaluation							
EDS+	Population générale	DIPE	X				X	Prévalence du VIH et autres indicateurs de santé
enquêtes sur la résistance transmise	Femmes enceintes	DIPE/PNPE C		X			X	Niveau de résistance aux ARV
enquêtes sur les indicateurs d'alerte précoce	PVVIH	DIPE/PNPE C	X			X		Observance du traitement
Enquête pour l'identification formelle des groupes à risque	Population générale	PLS-PHV		X				
Triangulation des données de surveillances et des données de routine sur la réponse multisectorielle	Toutes les données disponibles sur la période du PSN	DIPE			X			
Evaluation de l'index de stigmatisation et discrimination envers les PVVIH	Les PVVIH	RIP			X			Index de stigmatisation et discrimination envers les PVVIH
Evaluation de la vulnérabilité des OEV (CSI)	Les OEV pris en charge	PNOEV	X	X	X	X	X	Indice de vulnérabilité des OEV
Evaluation de la qualité des prescriptions hors ARV, coût et coût efficacité	Les services de PEC médicale des PVVIH	RIP/PNPEC/PSP	X					Coût /efficacité des prescriptions hors ARV
Enquête des services de PEC	Les services de PEC médicale des PVVIH	PNPEC			X		X	% de PVVIH hommes et femmes en besoin de traitement qui bénéficient de traitement ARV selon le protocole

Tableau 4: Plan de collecte des données Non routine

9.2.5 *Plan de diffusion et d'utilisation des données*

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

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

Au niveau national, la direction chargée du suivi-évaluation disposera d'une banque de données pour toutes les données VIH/SIDA, y compris les recherches en cours. Le rapport annuel sera largement diffusé au cours de réunions annuelles rassemblant les décideurs et les acteurs.

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

9.2.6 *Mécanisme d'évaluation*

Les activités d'évaluation ont pour objectif d'apprécier périodiquement le degré d'atteinte des objectifs et de l'impact des programmes sur les bénéficiaires.

L'évaluation du PSN se fera grâce à une revue à mi-parcours (fin juin 2013) et à une évaluation finale au dernier trimestre 2015.

Des évaluations externes pourraient également être menées.

a) Revue à mi-parcours

Une revue à mi-parcours sera conduite à la fin du mois de Juin 2013.

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

b) Evaluation finale

L'évaluation finale consistera à faire :

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

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

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

c) Evaluations externes

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

9.3 Cadre de Performance du PSN 2011-2015

INDICATEURS DU CADRE DE PERFORMANCE DU PSN 2011-2015

I-PREVENTION

N°	Code	indicateur	Données de base			Valeurs cibles					Commentaire
			Valeur	année	source	2011	2012	2013	2014	2015	
Indicateur d'impact											
1.	PSN11-15 #	Prévalence du VIH chez les adultes de 15 – 49 ans	3,4%	2009	ONUSIDA			2,5%		1,8%	
2.	PSN11-15 #	Prévalence du VIH chez les PS (hommes et femmes)	18,5%	2006	Clinique de confiance			14%		10%	Enquête prévue en 2011
3.	PSN11-15 #	Prévalence du VIH chez les hommes et femmes de la population carcérale	H : 5,75% F : 16%	2009	ESTHER			H : 5% F : 14%		H : 4% F : 12%	
4.	UNGASS #23.2	Prévalence du VIH chez les HSH	24,5%	2010	UNGASS			22%		20%	
Indicateur de suivi											
5.	PSN11-15 #	Incidence du VIH dans la population des hommes et femmes sexuellement actifs	11 022	2009	ONUSIDA			10131		10234	
6.	PSN11-15 #	Proportion de femmes enceintes, conseillées dépistées et qui ont reçu leur résultat	95%	2009	DIPE (Rapport VIH)	95%	96%	96%	97%	100%	
7.	Indicateur 04 UNGASS #05	Proportion de femmes enceintes séropositives qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME	43,7%	2009	UNGASS	50%	55%	60%	70%	80%	
8.	PSN11-15 #	Pourcentage des patients hommes et femmes victimes d'AES ayant reçu une Prophylaxie Post Exposition	93.81%	2009	DIPE (Enquête)	100%	100%	100%	100%	100%	
9.	UNGASS #03	Pourcentage de poches de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	100%	2009	CNTS	100%	100%	100%	100%	100%	

Tableau 5: Cadre de résultats de l'Axe Prévention

II-PRISE EN CHARGE											
N°	Code	indicateur	Données de base			Valeurs cibles					Commentaire
			Valeur	année	source	2011	2012	2013	2014	2015	
Indicateur d'impact/évaluation											
1.		% PVVIH Hommes, Femmes bénéficiant d'une PEC et qui ont une qualité de vie améliorée					Enquête initiale				
Indicateur de suivi											
2.	UNGAS S #24	Pourcentage d'adultes (Homme, Femmes) et enfant infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous ARV à 12 mois après le début de celui-ci	67%	2009	EGPAF			75%		85%	
3.	PSN11-15 #	Pourcentage de PVVIH Hommes et femmes en besoins de traitement qui bénéficient de traitement ARV selon le protocole	45%	2009	DIPE / ONUSIDA	47%	52%	55%	70%	80%	
4.	UNGAS S #06	Pourcentage de tuberculeux dépistés séropositifs au VIH recevant concomitamment le traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH.	32, 1%	2009	PNLT			nd		nd	

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

III-REDUCTION DE L'IMPACT SOCIO ECONOMIQUE											
N°	Code	Indicateur	Données de base			Valeurs cibles					Commentaire
			Valeur	année	source	2011	2012	2013	2014	2015	
Indicateur d'impact											
1.	PSN11-15 #	Index de stigmatisation et de discrimination	54%	2009				nd		nd	
2.											
Indicateur de suivi											
3.	PSN11-15 #	Les lois sur les PIAVIH sont adoptées et ou appliquées	Existence d'un Projet de loi	2010	MLS/ ONUSIDA	Adoption du projet de loi	Textes d'application sont pris				
4.	UNGASS #12.1	Taux de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans	35,7%	2010	Rapport UNGASS 2010			nd	-	nd	
5.	UNGASS #12.2	Taux de fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'eux	51,7%	2005	EIS			nd		nd	
6.	PSN11-15 #	Proportion de femmes et d'hommes bénéficiaires d'AGR pouvant satisfaire au moins 3 besoins de base (alimentation, santé et abri)	nd		PNOEV (Enquête, données de suivi de programme)			nd		H : 35% F : 50%	
7.	PSN11-15 #	Indice de vulnérabilité des OEV						nd		nd	Rapport PNOEV
8.	UNGASS	Pourcentage d'enfants rendus	27,1%	2009	PNOEV			nd		60%	

	S #10	orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge									
--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

NB :

F= Femmes

H = Hommes

ND= Données non disponibles

X. COÛTS ET MECANISME DE GESTION FINANCIERE

10.1 Coûts du PSN 2011-2015

Le coût du Plan Stratégique National 2011-2015 a été estimé à l'aide du logiciel « Resources need model » (RNM). Ce modèle, mis en place par ONUSIDA avec l'appui technique de Future Institute, est recommandé aux différents pays pour la budgétisation des plans stratégiques de lutte contre le VIH, le Sida et les IST.

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

10.1.1 Démarche méthodologique

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

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

a) Collecte des données épidémiologique et des coûts unitaires

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

b) Fixation des cibles

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

c) Traitement des données et vérification des projections financière

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

10.1.2 Coût Global par an

Le coût du PSN 2011-2015 est estimé à **410 079 160 247** (quatre cent dix milliards soixante dix neuf million cent soixante mille deux cent quarante sept) francs CFA **soit, 820 158 320,49 USD**. Ce montant global est décliné par an dans le tableau 8.

Domaines prioritaires (en millions de F CFA)	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015
Jeunes	3 273	4 800	4 800	4 582	4 363	21 818
PS	825	1 210	1 210	1 155	1 100	5 500
Programmes sur le lieu de travail	2 712	3 977	3 977	3 796	3 615	18 077
HSH	188	275	276	263	251	1 253
Détenus	727	1 067	1 067	1 018	970	4 849
Hommes/femmes en uniforme	181	265	265	253	241	1 205
Fourniture, promotion des préservatifs	2 475	3 634	3 634	3 469	3 303	16 515
Traitement des IST	622	912	912	871	829	4 146
Conseil et test volontaire	2 925	4 635	6 936	9 481	11 382	35 359
PTME	1 764	2 587	2 587	2 470	2 352	11 760
Média de masse	331	486	486	464	442	2 209
Sécurité du sang	338	496	496	473	451	2 254
Prophylaxie post exposition	26	39	39	37	35	176
Thérapie antirétrovirale	24 422	25 864	27 866	30 576	33 473	142 201
Soins et prophylaxie non ARV	1 272	1 186	998	807	614	4 877
Examen biologique	5 779	5 886	6 251	6 396	6 570	30 882
Soins et soutien (soins palliatifs)	268	270	231	235	241	1 245
Soutien nutritionnel	401	802	1 003	1 003	802	4 011
Soutien socio économique	2 102	4 206	5 257	5 257	4 206	21 028
Soins des orphelins	2 952	5 904	7 380	7 380	5 904	29 520
Politique, admin., recherche, suivi et évaluation	6 668	15 380	15 393	7 658	6 095	51 194
TOTAL	60 251	83 881	91 064	87 644	87 239	410 079

Tableau 8 : répartition des coûts du PSN sur la période 2011-2015

10.1.3 Coûts du PSN par Axe Stratégique et par an

De façon générale, l'estimation du budget a tenu compte des hypothèses relatives à l'atteinte des objectifs de l'accès universel à la prévention, à la prise en charge et aux soins et soutiens. Ainsi pour la prise en charge médicale, les cibles fixées à l'horizon 2015 visent l'accès au traitement d'au moins 85% des PVVIH éligibles. Quant à la

prévention, les interventions qui ont fait l'objet de budgétisation couvrent en plus de la population générale, les populations clés plus exposées au risque d'infection.

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

Le tableau des coûts par axe d'intervention fait apparaître la prédominance de l'axe prise en charge avec 44% du coût du PSN, suivi de l'axe prévention 31%. L'axe Réduction de l'impact et Gouvernance représente respectivement 13% et 12%.

Axes thématiques	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	Total 2011-2015	Pourcentage
Prévention	16 387	24 383	26 685	28 332	29 334	125 121	31%
Prise en charge	31 741	33 206	35 346	38 014	40 898	179 205	44%
Réduction de l'Impact	5 455	10 912	13 640	13 640	10 912	54 559	13%
Gouvernance et Gestion de la Réponse	6 668	15 380	15 393	7 658	6 095	51 194	12%

Tableau 9: répartition du budget du PSN selon les Axes

Ces coûts par axe peuvent être davantage détaillés.

a) Coûts détaillés de la Prévention

Sur la période 2011-2015, le coût de la prévention est estimé à 125 milliards 121 millions de FCFA. Cet axe prévention reste dominé par le conseil et dépistage dont le coût représente (28%) du coût total, suivi des interventions à l'endroit des jeunes (17%), la lutte contre le sida sur le lieu du travail (14%), l'acquisition, la promotion et la distribution des préservatifs (13%) et la PTME (9%).

PREVENTION (en millions de F CFA)	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015
Jeunes	3 273	4 800	4 800	4 582	4 363	21 818
PS	825	1 210	1 210	1 155	1 100	5 500
Programmes sur le lieu de travail	2 712	3 977	3 977	3 796	3 615	18 077
HSH	188	275	276	263	251	1 253
Détenus	727	1 067	1 067	1 018	970	4 849
Hommes/femmes en uniforme	181	265	265	253	241	1 205
Fourniture de préservatifs	2 475	3 634	3 634	3 469	3 303	16 515
Traitement des IST	622	912	912	871	829	4 146
Conseil et test volontaire	2925	4635	6936	9481	11382	35 359

PTME	1 764	2 587	2 587	2 470	2 352	11 760
Média de masse	331	486	486	464	442	2 209
Sécurité du sang	338	496	496	473	451	2 254
Prophylaxie post exposition	26	39	39	37	35	176
Total	16 387	24 383	26 685	28 332	29 334	125 121

Tableau 10: Répartition des coûts de l'axe prévention

b) Coûts détaillés de l'Axe Prise en charge

La prise en charge renferme le traitement ARV dont le coût représente 80% du coût total de l'axe, suivi des examens biologiques (16%). Les autres soins représentent 3% du budget et les soins palliatifs 1%.

PRISE EN CHARGE						Total
(en millions de F CFA)	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	2011-2015
Thérapie ARV	24 422	25 864	27 866	30 576	33 473	142 201
Soins et prophylaxie non ARV	1 272	1 186	998	807	614	4 877
Examen biologique	5 779	5 886	6 251	6 396	6 570	30 882
Soins et soutien (soins palliatifs)	268	270	231	235	241	1 245
TOTAL	31 741	33 206	35 346	38 014	40 898	179 205

Tableau 11: répartition des coûts de l'axe prise en charge

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

Le soutien socio économique représente 39% du budget. Les autres soutiens aux OEV représente plus de la moitié du coût de l'axe soit 54%.

REDUCTION de l'impact						Total
(en Millions de F CFA)	2011	2012	2013	2014	2015	2011-2015
Soutien nutritionnel	401	802	1 003	1 003	802	4 011
Soutien socio économique	2 102	4 206	5 257	5 257	4 206	21 028
Soutien aux Orphelins	2 952	5 904	7 380	7 380	5 904	29 520
Total	5 455	10 912	13 640	13 640	10 912	54 559

Tableau 12: Répartition des coûts de l'axe Réduction de l'impact

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

L'axe gouvernance renferme la coordination de la réponse, le Système d'Information de Gestion, les recherches opérationnelles, le Renforcement des capacités et la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Ces coûts ne prennent pas en compte les activités de prévention et de prise en charge menées par les acteurs du système communautaire et du secteur privé, bien que dans l'organisation du PSN ces deux systèmes se retrouvent dans cet axe. Les interventions considérées ici sont celles qui sont en rapport avec le pilotage de la lutte contre le sida. Les autres aspects de la lutte se retrouvent dans les trois autres axes.

Le suivi évaluation et la recherche avec respectivement 34% et 27% du budget occupent une place importante comme l'indique le tableau 13.

GOVERNANCE (en Millions de F CFA)	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015
Coordination	1 053	2 428	2 428	1 214	972	8 095
Suivi évaluation	2 261	5 219	5 219	2 609	2 087	17 395
Recherche	1 791	4 134	4 133	2 067	1 653	13 778
Equipement	1 343	3 100	3 100	1 550	1 240	10 333
Formation	194	437	450	187	118	1 386
Stockage et distribution	27	62	62	31	25	207
Total	6 668	15 380	15 393	7 658	6 095	51 194

Tableau 13: répartition des coûts de l'axe gouvernance

Les ressources financières nécessaires seront mobilisées en interne (Etat, secteur privé, les ménages et l'Assurance Maladie Universelle, etc..) et auprès des partenaires bilatéraux et multilatéraux. Les fonds mobilisés seront gérés selon des procédures définies de façon consensuelle par l'Etat de Côte d'Ivoire et les partenaires de la lutte contre l'infection à VIH, le Sida et les IST. Les grandes lignes du mécanisme de gestion des ressources sont définies ci-après.

10.2 Mécanisme de Gestion des ressources Financières

La gestion financière des ressources mobilisées pour la mise en œuvre du PSN 2011-2015 se fera selon un mécanisme qui prend en compte les faiblesses relevées au cours de l'analyse de la réponse. Ce mécanisme fera en sorte que les appuis extérieurs s'alignent sur les priorités et procédures nationales, sans toutefois minimiser les contraintes de chaque Bailleurs et en ayant à l'idée la célérité avec laquelle les fonds doivent parvenir aux bénéficiaires.

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

Dès l'adoption de ce PSN, tous les financements prévus pour sa mise en œuvre seront retracés dans un plan de Financement qui sera élaboré pour couvrir la durée du plan opérationnel National. Chaque source de financement devra y faire inscrire

les montants par année et leurs affectations par secteur et par Axe stratégique et par Localité.

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

Ces plans (Financement et mobilisation des ressources) seront adoptés par le CNLS et le plan de financement aura un caractère contractuel entre chaque bailleur et l'Etat de Côte d'Ivoire. Le Secrétariat du CNLS suivra au quotidien le respect des engagements pris à partir de ce plan de financement. A cet effet, il produira chaque trimestre un Rapport de suivi qui fera le point des ressources mobilisées, y compris celles inscrites au budget de l'Etat et effectivement engagées et ordonnancés.

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

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

Par ce procédé, les prévisions de financements des bailleurs seront adoptées par l'Assemblée Nationale ou par Ordonnance de l'Exécutif en même temps que le Budget National. En outre, ces financements seront retracés dans le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFiP). En cas de retard dans le vote du Budget ou dans sa mise en place, des dispositions spécifiques seront prises par le Ministère de l'Economie et des Finances pour que les fonds des bailleurs soient utilisables dès le mois de janvier.

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

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

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

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

Au bout des 2 premières années, les manuels ci-après devront être disponibles auprès de tous les acteurs et bailleurs de fonds. Ce sont :

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

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

Ces unités de Gestion produiront chaque trimestre des Rapports de suivi Financier et programmatique qu'elles transmettront au Secrétariat Technique du CNLS. Le Secrétariat Technique du CNLS produira un rapport consolidé qui prendra en compte les Rapports de tous les Bailleurs. Ce Rapport consolidé sera transmis à tous les Bailleurs et présenté aux Réunions du CNLS.

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

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

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

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

10.3 Ressources pour le Financement de la mise en œuvre du PSN

Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du PSN 2011-2015 seront mobilisées en interne (Etat, secteur privé, les ménages, etc..) et auprès des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

a) Ressources disponibles au 31 décembre 2010

Au 31 décembre 2010, certains engagements financiers sont disponibles dans des documents officiellement validés. Malheureusement, ces engagements ne sont pas toujours repartis par année et ne sont pas toujours affectés à des dépenses précises. En attendant de produire un plan de financement détaillé qui répondra à ce souci de disposer des apports financiers par bailleur, par année et par type de dépenses, les engagements globaux sur la période 2011-2015 peuvent être résumés comme suit dans le tableau 14 :

Sources de Financement	Engagements Financiers officiels à la date du 31 décembre 2010		
	TOTAL en F CFA	TOTAL en US ²⁰ Dollars	TOTAL en Euros ²¹
ETAT de Côte d'Ivoire²²	11 375 000 000	22 750 000	17 341 102
Les ménages	-	-	-
Le secteur privé	-	-	-
PEPFAR²³	48 122 073 000	96 244 146	73 361 739
Round 9 du Fonds Mondial	82 619 837 286	165 239 675	125 953 322
Banque Mondiale	5 500 000 000	11 000 000	8 384 709
Les Agences²⁴ du Système des Nations Unies	11 343 600 000	22 687 200	17 293 233
TOTAL engagements financiers 2011-2015	158 960 510 286	317 921 021	242 334 105

Tableau 14: Récapitulatif des engagements financiers disponibles

²⁰ Avec un taux de change de 1US dollars = 500 F CFA

²¹ 1 euro = 655,956 F CFA

²² Source : DAAF du Ministère de la Lutte contre le Sida

²³ Engagements pour l'année 2011 (COP 2011)

²⁴ FAO, OIM, OMS, ONUSIDA, PAM, PNUD, UNHCR, UNICEF, UNFPA

Ainsi le cumul des engagements financiers officiels au 31 décembre 2010 est de **158 960 510 286** F CFA, soit **317 921 021** US Dollars.

b) Les Gap financiers à rechercher

Face à un besoin de financement de 410 079 160 247 F CFA, on ne dispose que de 158 960 510 286 F CFA. Il en ressort donc une différence considérable qui se présente comme l'indique le tableau 15.

	Montant		
	En F CFA	En US Dollars	En Euros
Coûts du PSN	410 079 160 247	820 158 320	625 162 603
Engagements financiers officiels au 31 Décembre 2010	158 960 510 286	317 921 021	242 334 105
GAP Financier à rechercher	251 118 649 961	502 237 300	382 828 498

Tableau 15: Tableau des ressources à mobiliser

Ainsi, le montant total de financement à rechercher pour couvrir tous les besoins de la mise en œuvre global du PSN est de **251 118 649 961** F CFA, soit **502 237 300** USD.

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

XI. ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

11.1 Analyse des risques

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

EVENEMENTS CRITIQUES	IMPACT SUR			Actions prévisionnelles pour minimiser les éventuels impacts
	Atteinte des Résultats	Echéances	Coûts	
Reprise du conflit armé	X	X	X	Concevoir un plan National d'Urgence Humanitaire Impliquer fortement Mobiliser les ONGs Nationales et Internationales
La Crise postélectorale perdue et les financements des partenaires (notamment les USA, de la Banque Mondiale et du Fonds Mondial) sont définitivement arrêtés	X	X	X	Faire un plaidoyer pour le renforcement de l'implication de l'Etat et du secteur privé (y compris le ménage) dans le financement du PSN
Une catastrophe naturelle intervient et occasionne des besoins d'urgence sanitaire	x		x	Actualiser le plan d'urgence sanitaire de la Direction de la santé Communautaire ; Etablir des relations formelles de travail avec la cellule des Urgences et catastrophes de la présidence de la République
Variation défavorable du taux de change monétaire			X	Elaborer le Plan de Financement en Euro et signer les engagements de financement en Euro
Rupture des Financements du plus gros Bailleurs en pleine mise en œuvre du Plan	X		X	Plaidoyer auprès de l'Etat pour que au moins 50% des fonds nécessaires à l'achat des ARV soit inscrits au Budget de l'Etat
La Côte d'Ivoire abandonne le Franc CFA			X	Mobiliser les Ressources en devises
Le Franc CFA est dévalué			X	

Tableau 16: Tableau de Mitigation des risques

11.2 Conditions de succès de la mise en œuvre du PSN 2011-2015

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

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

ANNEXE

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

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

Liste des Tableaux

Tableau 1: Effectifs du Personnel de santé du secteur public en 2007 et 2010	22
Tableau 2: Prévalence du VIH et utilisation des préservatifs parmi les PS	26
Tableau 3 : Plan de collecte des données de routine	87
Tableau 4: Plan de collecte des données Non routine	89
Tableau 5: Cadre de résultats de l'Axe Prévention.....	93
Tableau 6: Cadre de résultats de l'Axe Prise en Charge.....	93
Tableau 7: Cadre de résultats de l'Axe Réduction de l'Impact Socio-Economique ..	95
Tableau 8 : répartition des coûts du PSN sur la période 2011-2015	97
Tableau 9: répartition du budget du PSN selon les Axes	98
Tableau 10: Répartition des coûts de l'axe prévention	98
Tableau 11: répartition des coûts de l'axe prise en charge.....	99
Tableau 12: Répartition des coûts de l'axe Réduction de l'impact.....	99
Tableau 13: répartition des coûts de l'axe gouvernance	100
Tableau 14: Tableau de Mitigation des risques	105

Liste des Figures

figure 1: Les phases du processus d'élaboration du PSN	16
Figure 2: Les versants de la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire	21
Figure 3: Mécanisme de Coordination du Suivi-Evaluation au niveau central	83
figure 4: Le Circuit de l'information	85

Liste des cartes

carte 1 : Carte Administrative de la Côte d'Ivoire.....	17
carte 2: Taux de prévalence du VIH par région (EIS 2005)	23

Liste des Graphiques

Graphique 1 : Aperçu de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire.....	24
Graphique 2: Evolution de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en milieu urbain	25
Graphique 3: Evolution de la prévalence VIH (urbain et rural) et de l'âge au premier rapport sexuel.....	27
Graphique 4 : Proportion de femmes enceintes infectée qui reçoivent les ARV.....	33
Graphique 5: Nombre de préservatifs distribués de 2006 à 2008.....	34
Graphique 6: Proportion de la population qui a fait le test VIH	35
Graphique 7: Pourcentage d'OEV vivant dans des foyers bénéficiant d'aides extérieures.....	36

Liste des Documents consultés

- 1) : Analyse de la pertinence et de l'efficacité des financements du fonds mondial en appui à la prévention du VIH en Côte d'Ivoire, 2010, Dominique Kerouedan ; Pr Joseph Brunet-Jailly
- 2) : Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, Paris, 2005
- 3) : DIPE, rapport VIH 2009
- 4) : Document de Soumission de la Côte d'Ivoire au Round 9 du Fonds Mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, Abidjan, 2009
- 5) : Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté 2009-2013, Abidjan, 2009
- 6) : ENSEA, Etude Connaissance Aptitude Pratique, Abidjan, 2007
- 7) : ESTHER, Rapport 2010
- 8) : Etude sur l'utilisation des préservatifs chez les PS, Vuylsteke et al, 2010
- 9) : Family Health International, Audit de la qualité dans les centres PAPO-HV, Abidjan 2010
- 10) : Family Health International, Etude transversale VIH, Abidjan, 2009
- 11) : Family Health International, Rapport annuel 2009
- 12) : Hôpital de la Police nationale, Rapport annuel 2009
- 13) : Institut National de la Statistique, Base de données sur la population, 2006
- 14) : Ministère de la Lutte contre le Sida, Plan Stratégique National 2006-2010 de lutte contre le Sida, Abidjan, 2006
- 15) : Ministère de la Lutte contre le Sida, Rapport National 2009 de lutte contre l'infection à VIH, Abidjan, 2010
- 16) : Ministère de la Lutte contre le Sida, Rapport national VIH 2009
- 17) : Ministère de la Lutte contre le Sida, Rapport REDES (Estimation des Ressources et des Dépenses de Lutte contre le Sida), 2009
- 18) : Ministère de la Lutte contre le Sida, Revue à mi-parcours du PSN 2006-2010 de lutte contre le sida, Abidjan, 2009
- 19) : Ministère de la Lutte contre le Sida, Revue finale du PSN 2006—2010 de lutte contre le sida, Abidjan, 2011
- 18) : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Données de population 2010 à utiliser pour le calcul des indicateurs, DIPE, Abidjan, 2010
- 20) : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Plan National de Développement sanitaire 2009-2013, Abidjan 2009
- 21) : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Evaluation de la performance du SIG, Abidjan, 2008
- 22) : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Evaluation des Ressources Humaines de la

Santé en Côte d'Ivoire, août ,2005

- 23) Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique, Rapport annuel du Programme national de lutte contre la tuberculose 2009
- 24) Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Rapport surveillance sentinelle 2008
- 25) ONUSIDA, global report 2010
- 26) ONUSIDA, guide de terminologie
- 27) Population Service International, Enquête TRAC 2010
- 28) Population Service International, Rapport PSAMAO 2009
- 29) PUMLS, Rapport d'Activité 2009
- 30) URC, Rapport d'évaluation de la qualité des sites, Abidjan 2009

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

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE DEFINITION DES PRIORITES ET DES CIBLES

NSAHOTEL/GRAND BASSAM, DU 23 AU 27 AOUT 2010

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

20	AYE MARCELLIN	MLS/CT	07 78 74 27	ayemen@yahoo.fr
21	BAKO JEAN FRUCTUEUX	PREFECTURE SAN PEDRO / SG	34 71 22 37 / 07 01 10 42	fructueuxbako@hotmail.com
22	BALOU SOLANGE	HOPECI/DIRECTEUR	06 34 04 27	solange.balou@yahoo.fr
23	BAMBA ADAMA	PUMLS / COORD. NATIONAL	22 52 90 50 / 03 37 83 59	badamci@yahoo.fr
24	BAMBA YOUSOUF	REPMASCI / PCA	09 11 26 44 / 01 37 00 99	bambayoussouff@yahoo.fr
25	BARRY ISMAHEL A.	PUMLS/CSE	03 37 83 25 / 22 52 90 50	i.barry@pumls-ci.org
26	BEHIBRO ROSTAND	PNPEC	01 67 25 29	behibro@yahoo.fr
27	BENJAMIN EFFOLI	PREFECTURE KOHOGO	36 86 11 78 / 07 81 45 65	beffoli@yahoo.fr
28	BILLY D. ARISTIDE	CDC/PEPFAR	21 21 42 59 / 05 06 37 21	billyd@ci.cdc.gov
29	BISSIE EFFI MONIQUE	CTAIL FROMAGER / CR	32 77 14 89 / 08 82 56 16	yah_effi@yahoo.fr
30	BOKA RAOUL	OLIVE LEAF /F/CH PROG.	05 63 21 80	raoul_boka2004@yahoo.fr
31	BOKO DESIRE	ABT ASSOCIATES / DIRECT. PAYS	07 08 39 38 / 22 42 79 83	desire.boko@abtremote.com
32	BOSSO EDWIGE	MEASURE EVALUAT°/CONS. TECH. M&E	04 77 42 16	edwige.bosso@measure-jsi.ci edwigebosso@yahoo.fr
33	BOUA DIDIER	AVSI/APC	22 42 99 50 / 03 06 70 89	avsuapc@yahoo.fr
34	BOUIKALO ANGE DESIRE	MLS/DIC / CHARGE PROGRAMME	08 51 52 48 / 40 41 98 75	angelobouik@yahoo.fr
35	BRAUD K. BERTRAND	ARSIP / CHARGE PEC	09 14 93 76 / 05 03 79 67	braudbertrand@yahoo.fr
36	BREDE DIZO ROMUALD	CTAIL DENGUELE / CR	02 03 77 97	bredezoromuald@yahoo.fr
37	BRICE DELAGNEAU	AMICAALL	01 26 24 88 / 22 44 74 48	brydelagneau@yahoo.fr
38	BRISSY-KOUASSI	MLS/DSP / S/DIRECTEUR	02 00 13 79	lisedahi@yahoo.fr
39	BROU KOUAME FELIX	RIP+/SE	21 24 60 81 / 02 82 01 99	felibrou@yahoo.fr
40	CAPE AIME	CIE / MEDECIN	07 97 00 41	aaime@cie.ci
41	CAPE BRIGITTE	MEF/DGTCP	01 24 65 00	brigittecape@yahoo.fr
42	CAUMAUETH HERVE	CGFCC/BCC-FRC	01 01 06 66	hcaumaueth@yahoo.fr
43	CELESTIN EHUI DAMOH	MLS/DSPSC	05 81 64 80 / 21 24 31 19	cehuida@yahoo.fr

44	CLOTENI COULIBALY	CTAIL SAVANES / CR	02 03 63 72	clo_jean@yahoo.fr
45	CLOVI BERNADETTE Epse ABY	SAVE THE CHILDREN	07 86 75 75	berniscuk@yahoo.fr
46	CODO CARINE	PSP-CI	02 50 05 23	codokrys@yahoo.fr
47	COULIBALY GAHOUSSOU	MLS/CT	47 89 09 05	coulibalygahoussou@yahoo.fr
48	COULIBALY-OFFIA MADIARRA	PNUD/VIH ET GENRE	01 34 44 10	madiarra.coulibaly@undp.org
49	DABLE Epse GUE BRIGITTE	MFFAS / POINT FOCAL VIH/SIDA	07 80 35 48	damegue@yahoo.fr
50	DAO SIAKA	COUABLSI	07 10 81 28	daosiaka2001@yahoo.fr
51	DELPHINE ACHI-KOUASSI	CDC/PEPFAR / CT SERVICES ARV	02 00 85 96	achid@ci.cdc.gov
52	DIABATE CONOMBO JOSEPHINE	MLS/STCO / SECRETAIRE TECH.	07 09 96 49 / 20 33 80 77	jconombo@yahoo.fr stcomls-ci@yahoo.fr
53	DIABATE JOSEPH M. CH.	MINISTERE DE LA COOMUNICAT°	07 81 04 69	diabatejoseph@yahoo.fr
54	DIANE KOUAO MAXIME	MSHP/CNTS	03 01 07 38	dianekouao@yahoo.fr
55	DIECKET AOUSSOU LUCRECE	CSE PEDIATRIE CHU YOPOUGON	07 02 21 29	diecketlucrece01@yahoo.fr
56	DJOMAN JEAN MARC	UNFPA / COORD. REGIONAL	08 08 80 43	djoman@unfpa.org
57	DOFFOU ATSIN MARGUERITE	FNLS / DIRECTEUR	07 07 33 32	fondsnat_sida@yahoo.fr
58	DOFFOU EDMOND	MEN/PEPFAR / M&E	09 33 44 28	dauphout@yahoo.com
59	DOSSAN RENE KOUAKOU	PREFECTURE ABENGOUROU	35 91 35 60 / 05 01 70 00	dossanrenek@yahoo.fr
60	DROGON N'DA N'GORAN M.	MSHP/PNSR / S&E	07 65 03 08	monique_ahou@yahoo.fr
61	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	47 31 93 20	ebye@unaids.org
62	EHOUSSOU KONAN	CDC/PEPFAR	05 02 25 17 / 22 49 42 35	ehoussouk@ci.cdc.gov
63	ESSEY CELESTINE	MEN/PEPFAR / DP	05 64 18 34	gngangondon@yahoo.fr
64	ESSIS LORNG JEAN CLAUDE	MLS/DPSE	07 92 63 32	lornge6@yahoo.fr
65	ESSO YEDMEL CHRISTIAN SERGE	MSHP/PNLT	01 51 05 54 / 20 37 57 41	mouahetci@yahoo.fr esso.yedmel@pnlt.ci
66	ETI EDMOND	UFR SCIENCES MED. / VICE DOYEN	07 07 54 49 / 22 48 10 82	etiedmond@hotmail.com

67	ETTIEGNE MIAN S.	HKI / CHARGE DE PROG.	05 10 10 35	setiegne@hki.org
68	ETTIEGNE TRAORE VIRGINIE	MSHP/PNPEC / DIRECTEUR COORD.	07 29 76 76 / 22 42 07 17	virginetraore@gmail.com pnpecinfo@yahoo.fr
69	ETTILE JEAN-JACQUES	JOURNALISTE	07 68 11 41	ettylesskr@yahoo.fr
70	EVELYNE EHUA AMANGOUA	MLS/DIC / DIRECTEUR	21 35 28 29	evaehua@yahoo.fr
71	EZOUA JOSEPH	PNUD	07 01 44 18	joseph.ezoua@undp.org
72	FAMAN TOURE	ONUSIDA	02 0285 68	
73	FATIGA MAMADOU	RALSIK	05 57 92 57	ralsik@yahoo.fr
74	GAHA THOMAS NOEL	CTAIL SUD COMOE	07 72 08 70 / 03 51 41 56	docgahanoel@ahoo.fr
75	GBANTA LAURENT	COSCI/PCA	07 65 68 42	cos_ci@yahoo.fr
76	GNAO ELVIS	ARC-EN-CIEL+ / PRESIDENT	07 30 38 70	elvisjoce@yahoo.fr
77	GNASSOU LEONTINE	MEASURE EVALUATION	05 95 84 46	gnassou@jsi.com
78	GOUE LYLIANE	MEF/DGBF	49 07 15 33 / 20 21 07 77	lylianegragbo@yahoo.fr
79	GUELLA MICHEL	MLS/ DPSE	07 15 96 76 / 20 33 81 04	michel_guella@yahoo.fr
80	GUEU GOHILE ALEXIS	ALLIANCE-CI/ CHARGE DU S&E	04 34 75 07 / 01 76 97 69	gagueu@alliancecotedivoire.org
81	GUEYES BENJAMIN	MEF/IGF	20 22 00 71 / 03 64 02 03	gueyes_benjamin@hotmail.com
82	Père GUSTAVE ADOU	ARSIP / PCA	07 79 06 04 / 20 33 00 75	ettykadj@yahoo.fr
83	INAGBE DAGO	CTAIL VALLEE BANDAMAN / CR	02 54 50 99	inagbe@yahoo.fr
84	JENNIFER WALSH	PEPFAR / COORDONNATEUR	05 39 15 54 22 49 41 21	walshj@ci.cdc.gov
85	JOSEPH ESSOMBO	EGPAF / DIRECTEUR PAYS	22 41 45 05	jessomboped aids.org
86	JUMA KARIBURYO	OMS / ADMIN. VIH&TB	08 39 78 17	kariburyoj@who.int
87	KANHON SERGE	MSHP/PNPEC / CONSEILLER TECH.	08 08 79 55	kanhon_serge@yahoo.fr
88	KLA CHRISTIAN	MLS/DMRCF / DIRECTEUR	08 37 77 36 /05 37 77 36 22 42 3515	christian_kla@yahoo.fr
89	KODJO NIAMKE EZOUA	MLS/STCO / ASSISTANT	07 64 27 69 / 03 03 42 03	kodjone@yahoo.fr

90	KOFFI BEHOU	MFFAS/DEPG / INGENIEUR COORD.	20 22 75 63 / 05 07 21 52	koffibehou2008@yahoo.fr
91	KOFFI DJADJIKAN	MINISTERE INTERIEUR / POLICE NTLE	20 21 27 24 / 08 83 36 24	djadjik@yhao.fr
92	KOFFI K. GUY-GERARD	MSHP/CCGFSP	02 07 44 71	koffik@live.fr
93	KOMENA AUGUSTE ERIC	ACONDA	40 18 57 82	komenaeric@yahoo.fr
94	KONAN BOGUI NATHALIE	ANADER / DIRECT. EXECUTIF	20 21 76 98 / 01 01 64 20	kbnaths@yahoo.fr
95	KONAN CLOVIS	PUMLS/CP	22 52 90 50 / 03 37 83 20	clovisko@yahoo.fr
96	KONAN KOUAME JEAN	UNICEF / CHARGE PROG. OEV /JEUNE	05 57 21 77	kkonan@unicef.org
97	KONE MAMADOU	PNPEC / STATISTICIEN	02 90 25 37	penpecinfo@yahoo.fr
98	KONE SAYON	FHI / ASSISTANT TECH. PHV	22 40 50 10	scone@yahoo.fr
99	KOUADIO BLAISE	FHI/STO	22 40 50 10 / 05 82 02 20	bkouadio@fhi.org
100	KOUAKOU CATHERINE	ESPACE CONFIANCE / RESP. ACT° TERRAIN	21 35 28 61/62 /07 64 67 19	knkate@yahoo.fr
101	KOUAME BI KALOU C.	PREFECTURE ABOISSO / SG	08 87 79 29 / 21 30 40 79	
102	Dr KOUAME ISABELLE	ONUSIDA / CHARGÉE DE PROG.	47 31 93 19	kouamei@unaids.org
103	KOUAME N'GORAN JEAN LOUIS	ADDCI / PHARMACIEN	08 40 61 07	kouamebe2002@yahoo.fr
104	KOUASSI AHOU JOELLE	CTAIL LACS/CHARGE DE PROG.	08 83 20 18 / 40 41 47 23	joellekouassy@yahoo.fr
105	Dr KOUASSI-GOHOU VALERIE	MSHP/DIPE / DIRECTRICE	01 14 01 31 46 00 75 37	dipemshp@yahoo.fr
106	KOUJE PAULINE	UNFPA	08 08 80 47	kouje@unfpa.org
107	KPAN GBEMA JUSTINE	AFJCI/JURISTE CONSULTANTE	07 23 98 48 / 02 73 84 94	kpanjustine@gmail.com
108	LAGO HUGES	OMS	+226 71 30 34 32	lagoh@afro.who.int
109	LAGO KOURAI VALERIE	MSHP/PNPEC	40 17 62 61	kouraival@yahoo.fr
110	LATTROH MARIE ESSOH	MEF/CT	07 63 51 33	mef.secsoc@yahoo.fr
111	LION FREDERIC	COSCI MAN / COORD. REGIONAL	02 59 79 77	cosciman@yahoo.fr
112	M'BAHIA ADOUKO IRENE	PEPFAR / CONSEILLER TECH.	21 21 42 50 / 06 32 40 42	mbahiaa@yahooci.cdc.gov
113	MAKAN COULIBALY	UNICEF	05 07 18 90 / 21 21 18 33	macoulibaly@unicef.org

114	MOH RAOUL	SMIT / ATTACHE DE RECHERCHES	07 82 83 79	drmoh7@yahoo.fr
115	MOH SEMDE CORINNE	ACONDA-VS / PSYCHOLOGUE	40 18 58 26	corinne_ci@yahoo.fr
116	N'DIA YOUSOUF	STP/DSRP / ASSISTANT DU COORD.	07 60 12 65 / 22 41 43 14	ndia_youssouf@yahoo.fr
117	N'DIAYE AICHATOU	MLS/CTAIL - CR	07 60 26 70	aiechou2000@yahoo.fr
118	N'GUESSAN J. HERVE	UCR/ DIRECTEUR PAYS	08 41 41 49	jqualite@yahoo.fr
119	N'TAMON YVETTE	ARSIP / DIRECTRICE EXECUTIVE	22 42 60 51 / 03 77 14 96	alliance religieux_sida@yahoo.fr
120	NAHOUNOU LANWIS	CTAIL BAFING	57 18 81 20	lanwiso2007@yahoo.fr
121	NAHOUNOU NOEL	ABT ASSOCIATES	22 42 79 83 / 05 10 00 85	oel.nahounou@abtreelite.com
122	NEBOUT KAKOU TEOPHILE	MLS / DIRECTEUR DE CABINET	07 59 06 47	
123	NICOUE AIME	PEPFAR / S&E	05 01 38 70 / 22 49 42 38	nicouea@ci.cdc.gov
124	NIOBLE CYPRIEN	JHPIEGO/CT	05 60 17 95	cniole@jhpiego.net
125	OKOLI ADAORA	GENEVA GLOBAL	01 15 45 18	aokoli@genevaglobal.com
126	OKORONKWO STELLA	GENEVA GLOBAL	22 52 79 38 / 07 82 55 45	sokononfou@genevaglobal.com
127	OUATTARA SANGA MAMADOU	DC-PNN	02 81 34 04	ouattarasanga@hotmail.com
128	OUELLE FLAVIENNE	MLS/PLS-PHV	08 70 43 18	ouflavie@gmail.com
129	PATRICIA AJAVON	CCP / CHARGEE DE PROGRAMMES	47 85 15 95	pdaillyjavon@gmail.com
130	SADIA MARTIN A.	MEMJDH / ASSISTANT POINT FOCAL	06 95 07 78	sida_justice@yahoo.fr
131	Prof. SAMBA MAMADOU	MSHP / CHEF CPS	20 22 60 43	mamadou_samba@hotmail.fr
132	SEKA FRIDA	COSCI / S&E	07 69 15 26 / 22 41 26 55	sekafrida2001@yahoo.fr cos_ci@yahoo.fr
133	SIBOUO GROH PHILIPPE	AIMAS / CHARGE PROGRAMME VIH	05 88 38 09	sibouogroh@yahoo.fr
134	SIDE CLAUDE STEPHANE	MEMPD/DGP/CP	66 14 29 51	Sidestephane2008@yahoo.fr
135	SIHE BINEMON	RESEAU ONG ABENGOUROU	01 19 94 05	sbinemon@yahoo.fr
136	SIHI KOUHON HYPOLITE	MLS/DPSE / S-DIRECTEUR S&E	05 07 02 02	sihi_hyppolite@yahoo.fr
137	SOSTHENE DOUGROU	ALLIANCE-CI / DIRECTEUR EXECUT.	02 02 48 00	sdougrou@alliancecotedivoire.org

138	TANOY ANTHONY	EGPAF	06 34 12 65	antanoh@pedaids.org
139	TANOY MEA ANTOINE	MLS/CTAIL ABENGOUROU - CR	08 65 36 85	tanomeaantoine@yahoo.fr
140	TERI WINGATE	CDC/PEPFAR	22 49 41 41	wingatet@ci.cdc.gov
141	TIA YAO GBOKO	MLS/DPSE / S/DIRECTEUR PLANIF.	08 77 37 70	tiayao@yahoo.fr
142	TOURE SIAKA	ACONDA-VS-CI / DIRECTEUR	22 40 00 50 / 40 18 57 87	toure.siaka@acondavs.org
143	TRAORE AMED	MINI. DEFENSE / P. FOCAL VIH/SIDA	02 50 37 03 / 05 73 75 17	traamed@yahoo.fr
144	TUHO MOISE	PNPEC / CONSEILLER TECH.	05 94 72 20	moisetuho@gmail.com
145	VERONIQUE OSSOHOU- KONE	IRC	08 08 63 87 / 22 52 30 50	gbvadvocacy@cotedivoire.theire.org
146	WOGNIN AKA	CTAIL MONTAGNES / CR	07 70 73 13	wogninaka@yahoo.fr
147	YAPI GHISLAIN SYLVESTRE	MEF/DGBF/CE	20 21 03 32 / 02 32 63 38	yapighislain@yahoo.fr
148	YEO DELOURO ACHILLE	CTAIL/MLS	34 71 01 36 / 07 63 55 10	achilledo@yahoo.fr
149	YEPIE STEPHANE	MSHP/PNPEC	22 42 07 17 / 40 17 62 67	pnpecinfo@yahoo.fr yepiestephane@yahoo.fr
150	YREBE GOPRE ROLAND	MLS/DAAF - DIRECTEUR	20 22 72 76 - 07 46 85 36	yrebematy@yahoo.fr
151	ZADI L. SYLVAIN	PSI-CI / RESP. CCC / FORMATION	22 52 75 10 / 67 25 20 89	szadi@psici.org
152	ZOTOUA ERNEST	MINISTERE DES TRANSPORTS	05 47 57 84	zotoua@yahoo.fr
153	ZOUGOURI BLE BLAISE	MSHP/ DR S ANTE MONTAGNES	07 94 26 03	zougouri.blaise@yahoo.fr
CONSULTANTS				
154	BA DAOUDA	AFSAD / CONSULTANT		bacogep@yahoo.fr
155	CHARLES ZOZOUA	CONSULTANT	02 33 36 75 / 06 16 89 53	zouzouach@yahoo.fr zouzouacha@avisoci
156	FELIX POPOTTE	ONUSIDA / CONSULTANT	41 64 06 45 / 45 87 33 33	fpopotte@yahoo.fr
157	GAEL LESCORNEC	CONSULTANTE		lescolee@telkomsa.net
158	GUINAN JEAN CLAUDE	CONSULTANT	07 08 91 03	jcguinan@yahoo.fr
159	IRIS SEMINI	BANQUE MONDIALE		
	Prof. KADIO AUGUSTE	CCM-CI / CONSULTANT	20 22 17 43 /44 /070742 16	augustekadio@yahoo.com

160				kadiod@gmail.com
161	KRA WALTER	CONSULTANT	07 90 73 02	kouamewalter@yahoo.fr
162	KONAN CLAUDE	CONSULTANT	05 62 42 19	konanefr@yahoo.fr
163	KOSSONOU MONIQUE	CONSULTANTE	07 29 36 54	kossmonia@yahoo.fr
164	N'DAW BECHIR	PNUD / BUREAU REGIONAL	+221 7733 212 43	bechir.ndaw@undp.org
165	MAMADOU SECK	AFSAD / CONSULTANT	46 08 42 32	mamseck1@yahoo.com
166	NIYONGERE AUDACE	BANQUE MONDIALE / CONSULTANT	+ 257 79 924 386	niyongereaud@yahoo.fr niyongere.audace@gmail.com
PERSONNEL D'APPUI				
167	BILE MADELEINE	MLS/DPSE / SECRETAIRE	05 87 31 13	bilemado@yahoo.fr
168	NEBOUT A. ALFRED	MLS/DPSE / CHAUFFEUR	07 84 65 86	frednebout@yahoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER RESTREINT D'ELABORATION DE LA PREMIERE MOUTURE DU PSN
NSAHOTEL/GRAND BASSAM, DU 30 AOUT AU 03 SEPTEMBRE 2010

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE/FONCTION	CONTACTS	
			TEL./CELL.	E.MAIL
PARTICIPANTS				
01	ADAMA FOFANA	CGECI / CHARGE DE PROJET	20 30 08 20 / 06 69 22 69	fofana@cgeci.org
02	ADOUKO-KOUADIO PATRICIA	MSHP/DIPE RESP. VIH	07 36 65 75 / 20 32 33 17	paticom2001@yahoo.fr
03	AHOURE ALBAN A.	MLS/CT	05 77 32 60 / 07 86 31 14	ahourea@yahoo.fr
04	ANGAMAN KASSI ROGER	PN-OEV	22 41 39 86	kassyroger@yahoo.fr
05	ASSI KAUDJHIS H	ANADER / CHARGE D'ETUDE	20 21 16 88 / 01 05 03 25	hkaujdis@yahoo.fr
06	Dr AYE MARCELLIN	MLS/CT	07 78 74 27	ayemen@yahoo.fr
07	BAMBA ADAMA	PUMLS / COORD. NATIONAL	22 52 90 50 / 03 37 83 59	badamci@yahoo.fr
08	Dr BOSSO EDWIGE	MEASURE EVALUAT°/CONS. TECH. M&E	04 77 42 16	edwige.bosso@measure-isi.ci edwigebosso@yahoo.fr
09	BROU KOUAME FELIX	RIP+/SE	21 24 60 81 / 02 82 01 99	felibrou@yahoo.fr

10	Dr CELESTIN EHUI DAMOH	MLS/DSPSC	05 81 64 80 / 21 24 31 19	cehuida@yahoo.fr
11	CODO CARINE KRYSTEL	PSP-CI	02 50 05 23	codokrys@yahoo.fr
12	Dr COULIBALY-OFFIA MADIARRA	PNUD/VIH ET GENRE	01 34 44 10	madiarra.coulibaly@undp.org
13	Dr DIABATE CONOMBO JOSEPHINE	MLS/STCO / SECRETAIRE TECH.	07 09 96 49 / 20 33 80 77	jconombo@yahoo.fr stcomls-ci@yahoo.fr
14	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	47 31 93 20 / 22 52 86 44	ebye@unaids.org
15	EHILE M. GILBERT	AIMAS	05 99 09 65	ehile@aimas.org
16	Dr ESSIS LORNG JEAN CLAUDE	MLS/DPSE	07 92 63 32	lornge6@yahoo.fr
17	Dr ETTIEGNE TRAORE VIRGINIE	MSHP/PNPEC / DIRECTEUR COORD.	07 29 76 76 / 22 42 07 17	virginetraore@gmail.com pnpecinfo@yahoo.fr
18	EVELYNE EHUA AMANGOUA	MLS/DIC / DIRECTEUR	21 35 28 29	evaehua@yahoo.fr
19	EYIMIN A. ERNEST	CNPS / DEX	07 60 27 81	a.eyimin@cnps.ci
20	EZOUA JOSEPH	PNUD	07 01 44 18 / 20 31 74 00	joseph.ezoua@undp.org
21	FAMAN TOURE	ONUSIDA	02 02 08 58	Faman_9@hotmail.fr
22	GUELLA MICHEL	MLS/ DPSE	07 15 96 76 / 20 33 81 04	michel_guella@yahoo.fr
23	GUEYES BENJAMIN	MEF/IGF	20 22 00 71 / 03 64 02 03	gueyes_benjamin@hotmail.com
24	JEAN MARIE BILE	CNPS / COALITION	05 00 40 38	j.bile@cnps.ci
25	KANHON SERGES	MSHP/PNPEC / CONSEILLER TECH.	08 08 79 55	kanhon_serge@yahoo.fr
26	KLA CHRISTIAN	MLS/DMRCF / DIRECTEUR	08 37 77 36 /05 37 77 36 22 42 3515	christian_kla@yahoo.fr
27	KODJO NIAMKE EZOUA	MLS/STCO / ASSISTANT	07 64 27 69 / 03 03 42 03	kodjone@yahoo.fr
28	KONE DOHONA	PSP	02 50 05 00	dhnkone@yahoo.fr
29	Dr KONE GUISSONGUI LAURENT	CNPS / MEDECIN	07 56 39 98	l.kone@cnps.ci
30	KONE MAMADOU	PNPEC / STATISTICIEN	02 90 25 37	penpecinfo@yahoo.fr zahatcha@yahoo.fr
31	KOFFI PAUL AGENOR	CECI/SE	20 21 57 17 / 05 46 33 33	paulagenor@yahoo.fr
32	KOUAKOU YAO	FIPME	07 58 83 63	k.yao@aviso.ci
33	Dr KOUAME ISABELLE	ONUSIDA / CHARGEE DE PROG.	47 31 93 19 / 22 52 86 44	kouamei@unaids.org

34	KOUASSI MATHURIN	CECI/CONSULTANT	07 90 43 08	Kouassikm2003@yahoo.fr
35	LATTROH MARIE ESSOH	MEF-CAB/CT	07 63 51 49 / 20 20 09 28	mef.secsoc@yahoo.fr
36	LOBA N'GUESSAN	PERS. RESSOURCE SECT. PRIVE	05 61 04 32	g.loba@yahoo.fr
37	SOSTHENE DOUGROU	ALLIANCE-CI / DIRECTEUR EXECUT.	02 02 48 00 / 22 52 85 70	sdougrou@alliancecotedivoire.org
38	TIA YAO GBOKO	MLS/DPSE / S/DIRECTEUR PLANIF.	08 77 37 70	tiayao@yahoo.fr
39	TUHO MOISE	PNPEC / CONSEILLER TECH.	05 94 72 20	moisetuho@gmail.com
CONSULTANTS				
01	BA DAOUA	AFSAD / CONSULTANT		bacogep@yahoo.fr
02	Dr CHARLES ZOUZOUA	CONSULTANT	02 33 36 75 / 06 16 89 53	zouzouach@yahoo.fr zouzouacha@aviso.ci
03	Dr FELIX POPOTTE	ONUSIDA / CONSULTANT	41 64 06 45 / 45 87 33 33	fpopotte@yahoo.fr
04	GAEL LESCORNEC	CONSULTANTE		lescolee@telkomsa.net
05	Prof. GUINAN JEAN CLAUDE	CONSULTANT	07 08 91 03	icquinan@yahoo.fr
06	Prof. KADIO AUGUSTE	CCM-CI / CONSULTANT	20 22 17 43 /44 /070742 16	augustekadio@yahoo.com kadioad@gmail.com
07	KRA WALTER	CONSULTANT	07 90 73 02	kouamewalter@yahoo.fr
08	Dr KONAN CLAUDE	CONSULTANT	05 62 42 19	konanefr@yahoo.fr
09	KOSSONOU MONIQUE	CONSULTANTE	07 29 36 54	kossmonia@yahoo.fr
10	Dr MAMADOU SECK	AFSAD / CONSULTANT	46 08 42 32	mamseck1@yahoo.com
11	NIYONGERE AUDACE	BANQUE MONDIALE / CONSULTANT	+ 257 79 924 386	niyongereaud@yahoo.fr niyongere.audace@gmail.com
PERSONNEL D'APPUI				
01	BILE MADELEINE	MLS/DPSE / SECRETAIRE	05 87 31 13	bilemado@yahoo.fr
02	NEBOUT A. ALFRED	MLS/DPSE / CHAUFFEUR	07 84 65 86	frednabout@yahoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION TECHNIQUE DU PLAN
MANTCHAN HOTEL/GRAND-BASSAM, DU 10 AU 12 FEVRIER 2011

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE/FONCTION	CONTACTS	
			TEL./CELL.	E.MAIL
PARTICIPANTS				
01	AMICHIA ANICK HELGA	PSP-CI / DIRECTRICE	02 50 05 05	anickamichia8@yahoo.fr
02	ANGAMAN KASSI ROGER	PN-OEV	22 41 39 86 / 03 65 07 43	kassyroger@yahoo.fr
03	ASSOUMOU BONGOUA J.C.	CECI / CHARGE DE S&E	20 21 57 17 / 01 56 11 56 04 43 22 22	jc_assoumou@yahoo.fr
04	BAMBA ADAMA	FACILITATEUR	22 52 90 50 / 03 37 83 59	badamci@yahoo.fr
05	BOSSO EDWIGE	MEASURE EVALUAT°/CONS. TECH. M&E	04 77 42 16 / 02 00 14 76	edwige.bosso@measure-jsi.ci edwigebosso@yahoo.fr
06	BROU FELIX	RIP+/RESPONSABLE SE	21 24 60 81 / 02 82 01 99	felibrou@yahoo.fr
07	DIABATE CONOMBO JOSEPHINE	MSLS/STCO / SECRETAIRE TECH.	07 09 96 49 / 20 33 80 77	iconombo@yahoo.fr stcomls-ci@yahoo.fr
08	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	47 31 93 20 / 22 52 86 44	ebye@unids.org
09	EHOUSSOU KONAN	CDC/PEPFAR	05 02 25 17 / 22 49 42 35	ehoussouk@ci.cdc.gov
10	ELLOH SEVERIN	SCMS-CI	03 38 01 98	selloh@ci.pfscm.org
11	EVELYNE EHUA AMANGOUA	MSLS/DIC / DIRECTEUR	21 35 28 29	evaehua@yahoo.fr
12	EVI JEAN BEDEL	SCMS-CI	02 02 29 23	bevi@ci.pfscm.org
13	GUELLA MICHEL	MSLS/ DPSE / DIRECTEUR	07 15 96 76 / 20 33 81 04	michel_guella@yahoo.fr
14	GUEU GOHIDE ALEXIS	ALLIANCE-CI/ CHARGE S&E	04 34 75 07 / 01 76 97 69	gagueu@alliancecotedivoire.org
15	HIE CAROLE	MSLS/DPSE	47 61 62 24	irane29@yahoo.fr
16	Prof. KADIO AUGUSTE	CCM-CI / PRESIDENT	20 22 17 43 /44 /070742 16	augustekadio@yahoo.com kadioad@gmail.com
17	KIKIE ZADI PAUL	CDC/PEPFAR	05 09 35 44 / 01 08 90 16	kikietz@ci.cdc.gov
18	KLA CHRISTIAN	MSLS/DMRCF / DIRECTEUR	05 37 77 36 / 22 42 3515	christian_kla@yahoo.fr
19	KODJO NIAMKE EZOUA	MSLS/STCO / ASSISTANT	07 64 27 69 / 03 03 42 03	kodjone@yahoo.fr
20	KOFFI PAUL AGENOR	CECI/SE	20 21 57 17 / 05 46 33 33	paulagenor@yahoo.fr
21	KONE DOHONA	PSP-CI	02 50 05 00	kdhona@yahoo.fr
22	KOUADIO BAH ARNAUD	MEASURE EVALUATION	05 09 94 60	arnaud.kouadiobah@measure-jsi.ci

23	KONE MANANZA	UNFPA	08 08 09 04 /22 52 94 00	makone@unfpa.org
24	KOUAKOU PAULIN	INTERNE M&E	22 52 86 44 / 07 94 22 34	kouakouk@unaids.org
25	Dr KOUAME ISABELLE	ONUSIDA / CHARGÉE DE PROG.	47 31 93 19 / 22 52 86 44	kouamei@unaids.org
26	Dr KOUASSI-GOHOUE VALERIE	MSLS/DIPE / DIRECTRICE	01 14 01 31 46 00 75 37	dipemshp2@gmail.com
27	KRA WALTER	CONSULTANT	07 90 73 02	kouamewalter@yahoo.fr
28	LAGO KOURAI VALERIE	MSLS/PNPEC	40 17 62 61 / 05 95 10 14	kouraival@yahoo.fr
26	MOISE TOUHON	SCMS	02 02 29 19	mtouhon@ci.pfscm.org
30	MULANGA CLAIRE	ONUSIDA / UCC	22 52 86 44 / 07 45 18 08	mulangac@unaids.org
31	Dr SIHI KOUHON HYPPOLITE	MSLS/DPSE / S-DIRECTEUR S&E	05 07 02 02 / 03 22 23 24	sihi_hyppolite@yahoo.fr
32	SOSTHENE DOUGROU	ALLIANCE-CI / DIRECTEUR EXECUT.	02 02 48 00	sdougrou@alliancecotedivoire.org
33	TAPE JOCELYN	MSLS/PNPEC	08 31 27 42 / 22 42 07 17	jocelyntape@yahoo.fr tapej@pnpec.ci
34	TIA YAO GBOKO	MSLS/DPSE / S/DIRECTEUR PLANIF.	08 77 37 70 / 20 32 50 38	tiayao@yahoo.fr
35	YAO KONAN ERNEST	MSLS/DIPE / CHEF DE SERVICE	07 69 85 57 / 05 30 84 01	konanern@yahoo.fr
36	ZOUZOUA CHARLES	CONSULTANT	02 33 36 75 / 06 16 89 53	zouzouach@yahoo.fr zouzouacha@aviso.ci
PERSONNEL D'APPUI				
37	BILE MADELEINE	MLS/DPSE / SECRETAIRE	05 87 31 13	bilemado@yahoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION DU PSN 2011-2015 DE LUTTE CONTRE LE SIDA
OMS/ABIDJAN, DU 17 AU 19 FEVRIER 2011

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE/FONCTION	CONTACTS	
			TEL./CELL.	E.MAIL
PARTICIPANTS				
01	AHIMON EVELYNE	MSLS/DSP	02 00 13 36	evy.ahimon@yahoo.fr
02	AHOURE ALBAN A. E.	MSLS/CT	05 77 32 60 / 07 86 31 14	ahourea@yahoo.fr
03	AMON-ETTIEN IVANNE	PEPFAR	22 49 42 44 / 04 83 86 67	amongy@ci.cdc.gov
04	ANGAMAN KASSI ROGER	PN-OEV	22 41 39 86 / 03 65 07 43	kassyroger@yahoo.fr
05	ASSOUMOU BONGOUA J.C.	CECI / CHARGE DE S&E	20 21 57 17 / 01 56 11 56 04 43 22 22	jc_assoumou@yahoo.fr
06	BAMBA ADAMA	FACILITATEUR	22 52 90 50 / 03 37 83 59	badamci@yahoo.fr
07	BARRY ISMAHEL ABDOUL	PUMLS-CI	22 52 90 50 / 03 37 83 25	ismbarry@yahoo.fr
08	BOSSO EDWIGE	MEASURE EVALUAT°/CONS. TECH. M&E	04 77 42 16 / 02 00 14 76	edwige.bosso@measure-isi.ci edwigebosso@yahoo.fr
09	BROU FELIX	RIP+/RESPONSABLE SUIVI EVALUAT°	21 24 60 81 / 02 82 01 99	felibrou@yahoo.fr
10	CELESTIN EHUI DAMOH	MSLS/DSPSC	21 24 31 19 / 05 81 64 80	cehuida@yahoo.fr
11	DIABATE CONOMBO JOSEPHINE	MSLS/STCO / SECRETAIRE TECH.	07 09 96 49 / 20 33 80 77	iconombo@yahoo.fr stcomls-ci@yahoo.fr
12	DJENEBA COULIBALY-TRAORE	CDC/PEPFAR	22 49 42 50 / 05 85 67 92	coulibalyt@ci.cdc.gov
13	DOFFOU AT SIN MARGUERITE	MSLS/FNLS / DIRECTRICE	22 41 40 96 / 07 07 33 32	fondsnaat_sida@yahoo.fr
14	EBY EHOUNOUD PASCAL	ONUSIDA	47 31 93 20 / 22 52 86 44	ebye@unaid.org
15	EL ALLASSANE BAGUIA	MINISTERE PLAN ET DEV. / DSRP/STP	22 41 43 14 / 47 37 53 76	baguiael@yahoo.fr
16	EVELYNE EHUA AMANGOUA	MSLS/DIC / DIRECTEUR	21 35 28 29	evaehua@yahoo.fr
17	EVI JEAN BEDEL	SCMS-CI	02 02 29 23	bevi@ci.pfscm.org
18	GUELLA MICHEL	MSLS/ DPSE / DIRECTEUR	07 15 96 76 / 20 33 81 04	michel_guella@yahoo.fr
19	GUEU GOHIDE ALEXIS	ALLIANCE-CI/ CHARGE S&E	04 34 75 07 / 01 76 97 69	gagueu@alliancecotedivoire.org
20	HIE CAROLE	MSLS/DPSE	47 61 62 24	irane29@yahoo.fr
21	JUMA KARIBURYO	OMS/ADMINISTRATEUR VIH & TB	08 39 78 17	kariburyoj@who.int
22	Prof. KADIO AUGUSTE	CCM-CI / PRESIDENT	20 22 17 43 / 44 / 070742 16	augustekadio@yahoo.com kadioad@gmail.com

23	KIKIE ZADI PAUL	CDC/PEPFAR	05 09 35 44 / 01 08 90 16	kikietz@ci.cdc.gov
24	KLA CHRISTIAN	MSLS/DMRCF / DIRECTEUR	05 37 77 36 / 22 42 3515	christian_kla@yahoo.fr
25	KODJO NIAMKE EZOUA	MSLS/STCO / ASSISTANT	07 64 27 69 / 03 03 42 03	kodjone@yahoo.fr
26	KOFFI PAUL AGENOR	CECI/ SECRETAIRE EXECUTIF	20 21 57 17 / 05 46 33 33	paulagenor@yahoo.fr
27	KONAN CLAUDE	CONSULTANT	05 62 42 19	konanefr@yahoo.fr
28	KONAN DIBY JEAN-PAUL	MSLS/DIPE	05 99 43 26	dibykonanjp@gmail.com
29	KONE DOHONA	PSP-CI	02 50 05 00	kdohona@yahoo.fr
30	KOUAKOU PAULIN	INTERNE M&E	22 52 86 44 / 07 94 22 34	kouakouk@unaids.org
31	KOUAME OKA RENE	MSLS / DC PNN	07 67 41 18	reneaka@gmail.com
32	Dr KOUAME ISABELLE	ONUSIDA / CHARGEE DE PROG.	47 31 93 19 / 22 52 86 44	kouamei@unaids.org
33	KRA WALTER	CONSULTANT	07 90 73 02	kouamewalter@yahoo.fr
34	LAGO KOURAI VALERIE	MSLS/PNPEC	40 17 62 61 / 05 95 10 14	kouraival@yahoo.fr
35	LEROUX ELYSEE L.	RIJES / DIRECTEUR EXECUTIF	67 20 59 12	rijsci@yahoo.fr lerouxelysee@yahoo.fr
36	MANANZA KONE-SIDIBE	UNFPA / NPO VIH/JEUNES	08 08 09 04 / 22 52 94 00	makone@unfpa.org
37	MULANGA CLAIRE	ONUSIDA / UCC	22 52 86 44 / 07 45 18 08	mulangac@unaids.org
38	NAHOUA IREMINE	CDC/PEPFAR	04 83 86 32	nahouai@ci.cdc.gov
39	N'DIA YOUSOUF	STP-DSRP/ASSISTANT DU COORD.	07 60 12 65	ndia_youssouf@yahoo.fr
40	NICOUE AIME	PEPFAR	05 01 38 70 / 22 49 42 38	nicouea@ci.cdc.gov
41	SEKA FRIDA	COSCI/CHARGEE DE S&E	22 41 26 55 / 07 69 15 26	sekafrida2001@yahoo.fr
42	SIBOUO PHILIPPE	AIMAS/ CHEF CELLULE VIH/SIDA	05 88 38 09	sibouo.phil@aimas.org
43	Dr SIHI KOUHON HYPPOLITE	MSLS/DPSE / S-DIRECTEUR S&E	05 07 02 02 / 03 22 23 24	sihi_hyppolite@yahoo.fr
44	SOSTHENE DOUGROU	ALLIANCE-CI / DIRECTEUR EXECUT.	02 02 48 00	sdougrou@alliancetedivoire.org
45	TAPE JOCELYN	MSLS/PNPEC	08 31 27 42 / 22 42 07 17	jocelyntape@yahoo.fr tapej@pnpec.ci
46	TIA YAO GBOKO	MSLS/DPSE / S/DIRECTEUR PLANIF.	08 77 37 70 / 20 32 50 38	tiayao@yahoo.fr
47	TRAORE AMED	MINISTERE DE LA DEFENSE	02 50 37 03 / 05 73 75 17	traamed@yahoo.fr
48	YAPI GHISLAIN SYLVESTRE	MINISTERE ECONOMIE ET FINANCES	20 21 03 52 / 02 32 63 38	yapighislain@yahoo.fr
49	YREBE GOPRE ROLAND	MSLS/DAAF	20 22 72 76 / 07 46 85 36	yrebematy@yahoo.fr
50	ZOUZOUA CHARLES	CONSULTANT	02 33 36 75 / 06 16 89 53	zouzouach@yahoo.fr

				zouzouacha@aviso.ci
PERSONNEL D'APPUI				
51	BILE MADELEINE	MLS/DPSE / SECRETAIRE	05 87 31 13	bilemado@yahoo.fr
52	SANDRA PENAN	ONUSIDA	22 52 86 44 / 47 31 93 19 01 01 42 74	penans@unaid.org

