



**CONSEIL NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA**

SECRETARIAT TECHNIQUE

**REVUE A MI-PARCOURS
DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LE SIDA
2006-2010**

DE COTE

RÉPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

SECRETARIAT TECHNIQUE

Aboumou



**REVUE À MI-PARCOURS
DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LE SIDA
2006-2010**

Juin 2009

SOMMAIRE

| | |
|--|-----|
| REMERCIEMENTS..... | I |
| V | |
| ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISES | V |
| LISTE DES TABLEAUX | VII |
| LISTE DES GRAPHIQUES | X |
| RESUME DU RAPPORT..... | I |
| I. INTRODUCTION..... | 1 |
| II. JUSTIFICATION, TERMES DE REFERENCE ET METHODOLOGIE DE LA REVUE | 2 |
| 2.1. Justification..... | 2 |
| 2.2. Termes de référence | 2 |
| 2.3. Méthodologie | 3 |
| 2.4. Limites de la méthodologie..... | 4 |
| III. REVUE DETAILLEE DES AXES STRATEGIQUES ET DES DOMAINES D’ACTION DU PSN 2006-2010 | 5 |
| A. Axe stratégique 1 : Prévention | 5 |
| A.1. Communication pour le changement de comportement (CCC) | 7 |
| 1. Résumé du domaine d’action..... | 7 |
| 2. Ressources financières | 7 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats | 8 |
| 4. Analyse et commentaires | 9 |
| A.2. Conseil Dépistage Volontaire (CDV)..... | 11 |
| 1. Résumé du domaine d’action..... | 11 |
| 2. Ressources financières | 11 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats | 12 |
| 4. Analyse et commentaires | 14 |
| A.3. Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)..... | 15 |
| 1. Résumé du domaine d’action..... | 15 |
| 2. Ressources financières | 15 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats | 16 |
| 4. Analyse et commentaires | 19 |
| A.4. Prévention par le préservatif (masculin et féminin) | 20 |
| 1. Résumé du domaine d’action..... | 20 |
| 2. Ressources financières | 20 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats | 22 |
| 4. Analyse et commentaires | 23 |
| A.5. Lutte contre les IST | 24 |
| 1- Résumé du domaine d’action | 25 |
| 2. Ressources financières | 25 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats | 26 |
| 4. Analyses et commentaires | 27 |
| A.6. Sécurité transfusionnelle..... | 27 |
| 1. Résumé du domaine d’action..... | 27 |
| 2. Ressources financières | 28 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats | 28 |
| 4. Analyses et commentaires | 29 |
| A.7. Prévention des accidents à l’exposition au sang et autres liquides biologiques | 29 |
| 1. Résumé du domaine d’action..... | 30 |
| 2. Ressources financières | 30 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats | 31 |
| 4. Analyse et commentaires | 32 |
| A.8. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida..... | 32 |

| | |
|---|----|
| 1. Résumé du domaine d'action..... | 32 |
| 2. Ressources financières..... | 33 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 33 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 33 |
| A.9. La prévention chez les PVVIH..... | 33 |
| 1. Résumé du domaine d'action..... | 33 |
| 2. Ressources financières..... | 34 |
| 3. Réalisations/Processus & Résultats..... | 34 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 34 |
| A.10. Lutte contre la transmission du VIH par la consommation de drogues..... | 34 |
| 1. Résumé du domaine d'action..... | 34 |
| 2. Ressources financières..... | 35 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 35 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 35 |
| B. Axe stratégique 2 : Prise En Charge..... | 36 |
| B.1. Traitement (ARV, IO, suivi biologique, soins pédiatriques)..... | 38 |
| 1. Résumé du domaine d'action "Traitement"..... | 38 |
| 2. Ressources financières..... | 39 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 44 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 48 |
| B.2. Les soins palliatifs..... | 48 |
| 1. Résumé du domaine d'action..... | 48 |
| 2. Ressources financières..... | 49 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 50 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 50 |
| B.3. Soutien nutritionnel..... | 52 |
| 1. Résumé du domaine d'action..... | 53 |
| 2. Ressources financières..... | 53 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 54 |
| 4. Analyses et commentaires..... | 55 |
| B.4. Soutien juridique..... | 55 |
| 1. Résumé du domaine d'action..... | 56 |
| 2. Ressources financières..... | 56 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 56 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 57 |
| B.5. Soutien socio-économique..... | 57 |
| 1. Résumé du domaine d'action..... | 57 |
| 2. Ressources financières..... | 57 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 58 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 59 |
| B.6. Prise En Charge des OEV..... | 59 |
| 1. Résumé du domaine d'action..... | 60 |
| 2. Ressources financières..... | 61 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 62 |
| 4. Analyses et commentaires..... | 62 |
| C. Axe Stratégique 3 : Coordination..... | 64 |
| 1. Résumé de l'axe stratégique..... | 64 |
| 2. Ressources financières..... | 64 |
| 3. Réalisations/Processus & Résultats..... | 66 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 66 |
| 5. Recommandations..... | 66 |
| D. Axe Stratégique 4 : Financement..... | 69 |
| 1. Problématique du financement du PSN..... | 70 |
| 2. Bref aperçu du bilan des réalisations par rapport aux prévisions..... | 72 |
| 3. Financement du PSN sur la période 2006-2008..... | 72 |
| 3.1. Les grandes sources de financement du PSN..... | 74 |
| 3.1.1. Financements intérieurs..... | 75 |

| | |
|--|-----|
| 3.1.2. Financements extérieurs..... | 77 |
| 3.2. Financements des axes stratégiques du PSN..... | 78 |
| 3.3. Financement des Domaines d'Actions Prioritaires (DAP) du PSN..... | 81 |
| 3.4. Financements des Axes et Domaines d'Action Prioritaire (DAP) du PSN par le SNU et PEPFAR..... | 82 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 84 |
| 5. Recommandations..... | 84 |
| E. Axe Stratégique 5 : Suivi & évaluation..... | 87 |
| 1. Résumé de l'axe stratégique..... | 87 |
| 2. Ressources financières..... | 87 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 89 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 91 |
| 5. Recommandations..... | 93 |
| F. Axe Stratégique 6 : Renforcement des Capacités..... | 94 |
| 1. Résumé de l'axe stratégique..... | 94 |
| 2. Ressources financières..... | 94 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 95 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 98 |
| 5. Recommandations..... | 99 |
| G. Axe Stratégique 7 : Recherche..... | 99 |
| 1. Résumé de l'axe stratégique..... | 99 |
| 2. Ressources financières..... | 99 |
| 3. Réalisations/ Processus & Résultats..... | 100 |
| 3.1. Bilan de la recherche dans la prévention..... | 100 |
| 3.2. Bilan de la recherche dans la prise en charge..... | 100 |
| 4. Analyse et commentaires..... | 101 |
| 5. Recommandations..... | 102 |
| IV. ANALYSE DES CONSTATS DE LA REVUE DU PSN 2006-2010..... | 102 |
| 4.1. Le PSN 2006-2010 et les outils de mise en œuvre..... | 102 |
| 4.1.1. Conception du PSN 2006-2010..... | 102 |
| 4.1.2. Utilisation du PSN 2006-2010 comme cadre unique d'action..... | 103 |
| 4.2. Environnement national de mise en œuvre du PSN 2006-2010..... | 103 |
| 4.2.1. Forces et Opportunités pour la mise en œuvre du PSN en 2009-2010..... | 105 |
| 4.2.2. Contraintes/obstacles à la mise en œuvre du PSN en 2009-2010..... | 106 |
| 4.3. Environnement international..... | 109 |
| V. RECOMMANDATIONS GENERALES DE LA REVUE..... | 109 |
| 5.1. Articulation des différents plans de développement..... | 109 |
| 5.2. Priorité au Système d'information en matière de VIH/sida..... | 110 |
| 5.3. Système d'information sanitaire..... | 110 |
| 5.4. Cadre institutionnel pour la lutte contre le sida..... | 111 |
| 5.5. Gouvernance..... | 111 |
| 5.6. Financement..... | 111 |
| 5.7. Accroître le potentiel des OSC, des réseaux d'OSC et des plateformes..... | 111 |
| 5.8. Mise en œuvre et amélioration des performances pour des résultats concrets..... | 112 |
| VI. CONCLUSION..... | 113 |
| ANNEXES..... | 1 |
| Annexe 1 : Organigramme du Ministère de la Lutte contre le SIDA..... | 1 |
| Annexe 2 : Circuit de l'information au sein du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique..... | 1 |
| Annexe 3 : Mécanisme de coordination et du circuit de l'information non Santé..... | 2 |
| Annexe 4 : Indicateurs UNGASS pour la Côte d'Ivoire, 2008..... | 3 |

REMERCIEMENTS

Nous aimerions saisir cette occasion pour exprimer notre gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à ce travail, et renouveler notre profonde reconnaissance à nos partenaires techniques et financiers qui ont contribué de façon décisive à la réalisation et à la publication de cette revue à mi-parcours du PSN 2006-2010. Il s'agit de l'ONUSIDA, le PNUD, le PEPFAR, la BANQUE MONDIALE, et l'UNFPA.

Le contenu de ce rapport est de la responsabilité des auteurs et ne représente pas forcément le point de vue officiel des partenaires dont le PEPFAR.

ABREVIATIONS ET SIGLES UTILISES

| | | |
|-----------|---|---|
| ABICOM | : | Association pour le Bien-être Communautaire |
| AES | : | Accident d'Exposition au Sang |
| AGR | : | Activité Génératrice de Revenus |
| AIBEF | : | Association Ivoirienne pour le Bien-être Familial |
| AIMAS | : | Agence Ivoirienne de Marketing Social |
| AIS | : | Alliance Internationale contre le Sida |
| ANADER | : | Agence Nationale pour le Développement Rural |
| ANS-CI | : | Alliance Nationale pour la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire |
| APROSAM | : | Association pour la Promotion de la Santé de la Mère |
| ARSIP | : | Alliance des Religieux pour la lutte contre le Sida et autres Pandémies |
| CAT | : | Centre Anti-Tuberculeux |
| 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 SIDA |
| CHU | : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CICR | : | Comité International de la Croix Rouge |
| CIMLS | : | Comité Interministériel de Lutte contre le SIDA |
| CIP | : | Côte d'Ivoire Prospérité |
| CIRBA | : | Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan |
| CMP | : | Comité Multipartite et du Partenariat |
| 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 |
| CSE | : | Chargé de Surveillance Epidémiologique |
| DAP | : | Domaine d'Action Prioritaire |
| DMRCF | : | Direction la Mobilisation des Ressources et de la Coordination des Financements |
| DMS | : | Direction de la Mobilisation Sociale du MLS |
| DRH | : | Direction des Ressources Humaines |
| EDSCI-III | : | Troisième Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire |
| EIS-CI | : | Enquête sur les Indicateurs du SIDA en Côte d'Ivoire |
| ENSEA | : | Ecole Nationale de Statistiques et d'Economie Appliquée |
| ESTHER | : | Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau |
| FFOM | : | Forces - Faiblesses - Obstacles - Menaces |
| FHI | : | Family Health International |
| FM | : | Fonds Mondial (de Lute contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme) |
| FNLS | : | Fonds National de Lutte contre le SIDA |
| GTT | : | Groupe Technique de Travail |
| GTZ | : | Coopération Technique Allemande |
| HKI | : | Hellen Keller International |
| HSH | : | Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes |
| IMTA | : | Institut de Médecine Tropicale d'Anvers |
| INHP | : | Institut National d'Hygiène Publique |
| INSP | : | Institut National de Santé Publique |
| IO | : | Infection Opportuniste |
| IST | : | Infection Sexuellement Transmissible |
| JHU/CCP | : | John Hopkins University/Center for Communication Programs |
| KfW | : | Banque Allemande de Développement (Kreditanstalt fur Wiederaufbau) |

| | | |
|----------|---|--|
| MEF | : | Ministère de l'Économie et des Finances |
| MFFAS | : | Ministère de la Femme, de la Famille et des Affaires Sociales |
| MJS | : | Ministère de la Jeunesse et des Sports |
| MJDH | : | Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme |
| MLS | : | Ministère de la Lutte contre le Sida |
| MPD | : | Ministère du Plan et du Développement |
| MSHP | : | Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique |
| NPI | : | New Partnership International |
| OBC | : | Organisation à Base Communautaire |
| OCAL | : | Organisation du Corridor Abidjan-Lagos |
| OEV | : | Orphelins et Enfants Vulnérables |
| OIM | : | Office International pour les Migrations |
| OMD | : | Objectifs du Millénaire pour le Développement |
| OMS | : | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : | Organisation Non Gouvernementale |
| ONUCI | : | Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire |
| ONUSIDA | : | Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| OSC | : | Organisation de la Société Civile |
| PAM | : | Programme Alimentaire Mondial |
| PAN | : | Plan d'Action National |
| PAPO | : | Projet d'Assistance aux Populations Hautement Vulnérables |
| PEC | : | Prise En Charge |
| PEPFAR | : | President's Emergency Plan For AIDS Relief |
| PEST | : | Politique - Economique - Social - Technologique |
| PIB | : | Produit Intérieur Brut |
| PIP | : | Plan d'Intensification de la Prévention |
| PMA | : | Paquet Minimum d'Activités |
| 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 |
| PNSE | : | Plan National de Suivi & Evaluation |
| PNSRPF | : | Programme National de Santé de la Reproduction et de Planification Familiale |
| PSI | : | Population Services International |
| PSN | : | Plan Stratégique National |
| PSP-CI | : | Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire |
| PTME | : | Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| PUMLS | : | Programme d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida |
| PVVIH | : | Personnes Vivant avec le VIH |
| EF/REDES | : | Estimation des Flux des Ressources et Dépenses relatives au Sida |
| RETRO-CI | : | Rétrovirus Côte d'Ivoire |
| RIP+ | : | Réseau Ivoirien des PVVIH |
| SEPS | : | Syndrome d'Épuisement des Professionnels de la Santé |
| SIDA | : | Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises |
| SIG | : | Système d'Information et de Gestion |
| TRMR | : | Table Ronde de Mobilisation des Ressources |
| UNFPA | : | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| UNGASS | : | Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies |
| UNICEF | : | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| UVICOCI | : | Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire |
| VIH | : | Virus de l'Immunodéficiences Humaines |

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution du financement des DAP de l'axe "Prévention" de 2006 à 2008

- Tableau 2 : Evolution du financement du DAP "CCC" par source, de 2006 à 2008
- Tableau 3 : Les intervenants en matière de CCC
- Tableau 4 : Nombre de personnes sensibilisées sur la période 2006-2008
- Tableau 5 : Evolution du financement du DAP "CDV" par source, de 2006 à 2008
- Tableau 6 : Quelques indicateurs de CDV de 2006 à 2008
- Tableau 7 : Evolution du financement du DAP "PTME" par source, de 2006 à 2008
- Tableau 8 : Liste de quelques indicateurs nationaux sur la PTME
- Tableau 9 : Evolution du financement du DAP "Prévention par le préservatif" par source, de 2006 à 2008
- Tableau 10 : Liste des indicateurs du DAP "Prévention par le préservatif"
- Tableau 11 : Evolution du financement du DAP "IST" par source, de 2006 à 2008
- Tableau 12 : Liste des indicateurs IST renseignés par UNICEF
- Tableau 13 : Evolution du financement du DAP "Sécurité Transfusionnelle" par source, de 2006 à 2008
- Tableau 14 : Liste de quelques indicateurs du DAP "Sécurité Transfusionnelle"
- Tableau 15 : Evolution du financement du DAP "Prévention des AES" par source, de 2006 à 2008
- Tableau 16 : Liste des indicateurs du DAP "Prévention des AES" renseignés par UNICEF
- Tableau 17 : Situation de la prise en charge au 30 novembre 2005
- Tableau 18 : Evolution du financement des DAP de l'axe "Prise en charge" de 2006 à 2008
- Tableau 19 : Evolution du financement du DAP "Traitement", par source, de 2006 à 2008
- Tableau 20 : Répartition géographique des sites de PEC
- Tableau 21 : Situation de la co-infection VIH-Tuberculose de 2006 à 2008
- Tableau 22 : Evolution du financement du DAP "Soins Palliatifs", par source, de 2006 à 2008
- Tableau 23 : Evolution du financement du DAP "Prise en charge nutritionnelle", par source, de 2006 à 2008
- Tableau 24 : Evolution du financement du DAP "PEC socio-économique", par source, de 2006 à 2008
- Tableau 25 : Evolution du financement du DAP "Prise en charge des OEV", par source, de 2006 à 2008
- Tableau 26 : Situation des indicateurs nationaux de la "prise en charge des OEV" pour 2006-2008
- Tableau 27 : Evolution du financement de l'axe stratégique "Coordination", par source, de 2006 à 2008
- Tableau 28 : Coûts des activités de lutte contre le VIH/sida du PSN 2006-2010
- Tableau 29 : Engagements financiers enregistrés à la Table Ronde de Mobilisation des Ressources
- Tableau 30 : Réalisations financières par rapport aux estimations du PSN et aux annonces de la TRMR
- Tableau 31: Sources de financement intérieur du PSN de 2006 à 2008
- Tableau 32 : Répartition du financement public du PSN de 2006 à 2008
- Tableau 33 : Sources de financement extérieur

Tableau 34 : Acteurs des sources de financement extérieur

Tableau 35 : Financement des axes stratégiques du PSN de 2006 à 2008

Tableau 36 : Informations financières selon les sources par axe stratégique et par année

Tableau 37 : Financement des DAP (axes prévention et prise en charge) de 2006 à 2008

Tableau 38 : Contribution des Agences du SNU à la lutte contre le VIH/sida de 2006 à 2008

Tableau 39 : Contribution du PEPFAR à la lutte contre le VIH/sida de 2006 à 2008

Tableau 40 : Evolution du financement de l'axe stratégique "Suivi & Evaluation" par source, de 2006 à 2008

Tableau 41 : Résultats d'enquête sur la connaissance et l'utilisation des outils de collecte des données non santé par les organisations

Tableau 42 : Evolution du financement de l'axe stratégique "Renforcement des capacités" par source, de 2006 à 2008

Tableau 43 : Récapitulatif du nombre de personnes formées par sexe et selon la qualification, de mars à décembre 2007

Tableau 44 : Nombre de personnes formées par domaine programmatique et par qualification en 2008

Tableau 45 : Proportion des ressources humaines ayant reçu au moins une formation sur le sida en rapport avec leur domaine d'intervention

Tableau 46 : Evolution du financement de l'axe stratégique "Recherche" par source, de 2006 à 2008.

LISTE DES GRAPHIQUES

- Graphique 1 : Evolution du financement des DAP de la prévention de 2006 à 2008
- Graphique 2 : Part des partenaires financiers dans le DAP "CCC" de 2006 à 2008
- Graphique 3 : Part des partenaires financiers dans le DAP "CDV" de 2006 à 2008
- Graphique 4 : Couverture du conseil et dépistage du VIH par pays en 2007
- Graphique 5 : Part des partenaires financiers dans le DAP "PTME" de 2006 à 2008
- Graphique 6 : Couverture Prophylaxie ARV chez les femmes enceintes séropositives, par pays en 2007
- Graphique 7 : Part des partenaires financiers dans le DAP "Prévention par le préservatif", 2006-2008
- Graphique 8 : Evolution des points de distribution des préservatifs
- Graphique 9 : Evolution de la distribution des préservatifs
- Graphique 10 : Part des partenaires financiers dans le DAP "IST" de 2006 à 2008
- Graphique 11 : Part des partenaires financiers dans le DAP "AES" de 2006 à 2008
- Graphique 12 : Evolution du financement des DAP de l'axe "prise en charge" de 2006 à 2008
- Graphique 13 : Part des partenaires financiers du DAP "Traitement" de 2006 à 2008
- Graphique 14 : Evolution du nombre de PVVIH sous traitement ARV en file active
- Graphique 15 : Part des partenaires financiers du DAP "Soins Palliatifs" de 2006 à 2008
- Graphique 16 : Part des partenaires financiers du DAP « PEC nutritionnelle » de 2006 à 2008
- Graphique 17 : Part des partenaires financiers dans le DAP « PEC socio-économique » de 2006 à 2008
- Graphique 18 : Part des partenaires financiers du DAP "Prise en charge des OEV" de 2006 à 2008
- Graphique 19 : Part des partenaires financiers dans l'axe « Coordination » Graphique 17 : Evolution des dépenses globales par année
- Graphique 20 : Evolution des différentes sources de données financières
- Graphique 21 : Evolution des grandes sources de financement
- Graphique 22 : Représentation des grandes sources de financement du PSN de 2006 à 2008
- Graphique 23 : Evolution du financement public de 2006 à 2008
- Graphique 24 : Evolution du financement privé de 2006 à 2008
- Graphique 25 : Evolution financement des acteurs au niveau du financement extérieur
- Graphique 26 : Evolution financement extérieur par source de 2006 à 2008
- Graphique 27 : Evolution du financement des axes stratégiques du PSN de 2006 à 2008
- Graphique 28 : Comparaison des données financières du PEPFAR et du REDES
- Graphique 29 : Part des axes stratégiques du PSN de 2006 à 2008 dans le financement
- Graphique 30 : Part de chaque partenaire financier dans l'axe stratégique "Suivi & évaluation" 2006 à 2008
- Graphique 31 : Ruptures de stock en supports de collecte des données durant les 12 derniers mois
- Graphique 32 : Part de chaque partenaire financier dans l'axe stratégique "Renforcement des capacités", 2006-2008.

RESUME DU RAPPORT

1. INTRODUCTION

En 2006, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un Plan Stratégique National pour la période 2006-2010 (PSN 2006-2010) qui s'articule autour des sept axes stratégiques suivants : (1) la prévention qui comporte dix domaines d'action prioritaires ; (2) la prise en charge qui comporte six domaines d'action prioritaires ; (3) la coordination ; (4) le financement ; (5) le suivi & évaluation ; (6) le renforcement des capacités ; (7) la recherche. Le Plan d'action national 2008-2009 (PAN 2008-2009) et le Plan national de suivi & évaluation (PNSE) ont également été élaborés, mais, avec un certain décalage. Ces trois documents de base ont été complétés par l'*Identification des cibles de l'accès universel* ; le *Plan d'intensification de la prévention* ; le *Plan de passage à l'échelle de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la Prise en Charge Pédiatrique du VIH/sida* ; le *Plan Stratégique National Prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida 2007-2010*. Il n'y a pas toujours une cohérence entre les objectifs et stratégies de ces documents avec ceux du PSN 2006-2010.

Cette revue à mi-parcours a révélé que, malgré un processus participatif et un document consensuel, le PSN 2006-2010 n'a pas été cet unique "cadre d'action contre le VIH/sida qui offre une base pour la coordination des activités de tous les partenaires" comme le voudraient les "Trois Principes". De même, les lacunes des systèmes d'information et l'absence de rapports relatifs à la mise en œuvre du PSN 2006-2010 sur la période sous revue n'ont pas facilité l'exercice. Quant au financement du PSN 2006-2010, sur un besoin de 297,120 milliards de francs, 286,131 milliards étaient mobilisables, si on considère les intentions déclarées des différentes sources de financement que sont l'Etat, le secteur privé, la société civile et les partenaires multilatéraux et bilatéraux. A mi-parcours, 81% des montants attendus ont été mobilisés (cf. axe stratégique "financement").

La crise politico-militaire et l'environnement post-crise ont, sans doute, limité les performances réalisées dans la mise en œuvre des axes stratégiques et domaines d'action prioritaires du PSN. Néanmoins, la revue a montré que, durant la période 2006-2008, il y a eu beaucoup de réalisations allant dans le sens de "l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien", même si ces réalisations ne s'inscrivent pas toujours dans le PSN 2006-2010. Des ressources financières substantielles ont été dépensées grâce aux contributions des partenaires au développement, à la tête desquels la coopération bilatérale américaine (PEPFAR).

2. METHODOLOGIE

La méthodologie proposée par les consultants et à laquelle a adhéré le Comité de Suivi de la revue a consisté en : (1) une revue documentaire exhaustive ; (2) des ateliers thématiques fondés sur les axes stratégiques, avec la participation de toutes les parties prenantes ; (3) une collecte d'informations à Abidjan et dans des régions sélectionnées ; (4) des entretiens ciblés avec des responsables clés identifiés au niveau central et au niveau des partenaires au développement, pour affiner les informations ; (5) une synthèse et analyse des informations en vue de l'élaboration des rapports par axe stratégique et par domaine ; (6) une retraite de mise en commun pour l'élaboration de la version zéro du rapport global de la revue ; (7) un débriefing avec les hauts responsables du MLS pour une restitution et le recueil des avis et suggestions ; (8) un atelier de restitution ou "validation technique" autour de la version zéro du rapport ; (9) la prise en compte des observations et suggestions pertinentes des acteurs et partenaires et production de la première version du rapport ; (10) la revue de la première version du rapport par les partenaires clés pour observations et suggestions ; (11) une restitution avec les autorités ivoiriennes et les partenaires au développement sur la deuxième version du rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2006-2010 ; (12) la production du rapport final de la revue à mi-parcours du PSN 2006-2010. Quant aux limites de cette méthodologie, il y a essentiellement l'indisponibilité des uns et des autres et l'absence de documents clés tels que les rapports annuels relatifs au PSN 2006-2010. L'analyse a été faite grâce aux outils FFOM et PEST.

3. BILAN DES RÉALISATIONS

3.1. Axe stratégique 1 : Prévention

Le niveau de financement de l'axe prévention, pour 2008-2010, représente en moyenne, 67,81% des estimations financières du PSN et 105,76% des intentions de financement issues de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR). Les prévisions globales pour la période sous revue ont été dépassées : 27,1 milliards de FCFA obtenus contre 25,7 milliards escomptés, alors que trois des dix DAP n'ont bénéficié d'aucun financement.

▪ Communication pour le changement de comportement (CCC)

A mi-parcours, la "Communication pour un Changement de Comportement" (CCC) a bénéficié d'un total de 5 milliards de FCFA, représentant 5,87% des ressources financières mobilisées sur la période sous revue (86,1 milliards de FCFA) et 18,59% du financement de l'axe prévention. Les interventions de CCC ont été développées sur toute l'étendue du territoire national, mais, elles ont relativement peu touché les populations rurales. Pourtant, des projets financés par PEPFAR et le FM sont prioritairement orientés vers les zones rurales. Bien qu'ayant un pool de formateurs en CCC, la stratégie nationale n'a pas été révisée. En matière de CCC, les résultats attendus se mesureront à travers l'EDSCI-III prévue courant 2009. Il n'y a pas de leader qui assure la coordination de la CCC. Toutefois, la Direction de l'Information et de la Communication du MLS devrait permettre de résoudre ce problème de leadership.

▪ Conseil & Dépistage Volontaire (CDV)

A mi-parcours, le "Conseil et Dépistage Volontaire" a bénéficié d'un total de 2,2 milliards de FCFA, représentant 2,65% des ressources financières mobilisées sur la période sous revue et 8,41% du financement de l'axe prévention. Le plan d'intensification de la prévention a défini des objectifs intermédiaires dont le premier est d'atteindre 300 CDV fonctionnels en 2008. Au bilan, objectifs intermédiaires dont le premier est d'atteindre 300 CDV fonctionnels en 2008. Cependant, 14 le nombre de CDV fonctionnels est passé de 85 en 2006 à 287 CDV en 2008. Cependant, 14 districts ne disposent pas de centre de dépistage. Toutes les étapes retenues dans la première stratégie, n'ont pas été réalisées. Concernant la deuxième stratégie, le nombre de personnes conseillées et dépistées est de 76 328 en 2006, 11 020 en 2007, et 244 591 en 2008. Le deuxième objectif, "passage du taux de dépistage volontaire de 6% à 25 % d'ici 2010", pourra être renseigné avec l'EDSCI-III. Les activités CDV sont assez faiblement intégrées dans les services de santé.

▪ Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

La PTME a été financée à hauteur de 3,8 milliards de FCFA sur la période 2006 à 2008. Ce qui représente 4,42% du financement global du PSN et 14% du financement de l'axe prévention. Au bilan, le *Rapport de la 3e mission conjointe du groupe de travail inter-agences sur la PTME et la PECP en Côte d'Ivoire, septembre 2008* renseigne : "parmi les 3 711 femmes dépistées séropositives au VIH, 74% (2 746 femmes) ont bénéficié de prophylaxie ARV et très peu d'enfants nés de mère séropositive ont été dépistés. Seuls 1 873 enfants vivant avec le VIH ont été mis sous traitement sur les 40 000 que compte le pays (estimations ONUSIDA)". En 2008, selon le *Plan de passage à l'échelle*, sur 399.000 femmes enceintes, seulement 178.119 ont été conseillées et testées, soit un taux de réalisation de 44,64%. Le PNPEC a enregistré 6.909 femmes séropositives sous prophylaxie ARV et 1.115 enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie ARV en 2008. Dans le pays, sur 83 districts, 69 disposent d'au moins un site PTME, 14 districts restent à couvrir. Entre 2006 et 2008, bien que l'accroissement du nombre de sites de PTME ait été important, la couverture reste insuffisante. Certaines prévisions du PSN n'ont pas été réalisées.

▪ Prévention par le préservatif (masculin et féminin)

La "Prévention par le préservatif", avec un financement de 10,02 milliards de FCFA représente 36,86% du financement de l'axe prévention et 11,63% du financement global du PSN pour la période 2006-2008. Appuyée par la KfW, AIMAS enregistre les meilleurs résultats en matière de distribution des préservatifs. L'utilisation du préservatif féminin demeure encore très faible. En 2006, 2007 et 2008, le nombre de préservatifs féminins distribués est respectivement de 3 465 ; 36 028 et 28 646. Quant aux préservatifs masculins, pour un objectif fixé à 100 000 000 à distribuer, 83 489 321 ont pu être distribués de 2006 à 2008. En 2008, le taux de distribution des

préservatifs était de 27%. Ce taux est relativement faible. Avec l'UNFPA comme principal partenaire, le Programme National de Santé de la Reproduction et de Planification Familiale (PNSRPF) est le chef de file "naturel" pour ce qui concerne les préservatifs. Devant l'insuffisance de leadership et de coordination, le MLS et le MSHP devraient mettre en place un comité de coordination des activités en rapport avec le préservatif, adopter un plan national de promotion des condoms masculin et féminin et, assurer une meilleure couverture du milieu rural.

▪ **Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)**

La "Lutte contre les IST" avec 629 millions de FCFA, représente 2,31% du financement de l'axe prévention et 0,73% du financement du PSN de 2006 à 2008. Depuis la fin du projet sida III, l'insuffisance des ressources limite les possibilités de "traiter correctement selon l'approche syndromique tous les cas d'IST dépistés" et "d'étendre la couverture des services de référence IST aux 19 régions administratives", les 2 objectifs du DAP. Les lacunes du système d'information expliqueraient la sous-notification des cas d'IST. Le MSHP a le potentiel en matière d'infrastructures sanitaires et de personnels formés pour développer à nouveau la prise en charge syndromique des IST dans la plupart des régions et améliorer le suivi des IST.

▪ **Sécurité transfusionnelle**

De 2006 à 2008, la "Transfusion sanguine" a bénéficié d'un financement cumulé de 2,89 milliards de FCFA, ce qui représente 3,73% du financement du PSN et 11,82% de celui de l'axe prévention. Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) en est le bénéficiaire exclusif. En 2008, le système d'assurance qualité a été mis en place et a permis d'obtenir une qualification biologique des poches de sang à 100%. Au 31 décembre 2008, il existait 38 services menant des activités de sécurité transfusionnelle sur le territoire national ; 198 personnes ont été formées en sécurité transfusionnelle ; 160.187 poches de sang ont été collectées sur 205.818 attendues, soit un déficit de 45.631 poches de sang. Les capacités du CNTS ont été renforcées et plusieurs antennes et sites avancés de collecte et de transfusion sanguine ont été installés dans plusieurs localités. Le CNTS a travaillé en dehors du cadre du PSN 2006-2010.

▪ **Prévention des accidents d'exposition au sang (AES) et autres liquides biologiques**

De 2006 à 2008, la "Prévention des Accidents d'Exposition au Sang et autres liquides biologiques" a bénéficié d'un financement cumulé de 2,16 milliards de FCFA représentant 7,9% du financement de l'axe prévention et 2,51% du financement du PSN. Cependant, pour la période 2006-2008, aucune des actions inscrites dans le PSN n'a été rapportée. Signalons la formation de 1.603 personnels de santé en sécurité des injections dans le cadre de la "sécurité transfusionnelle". L'UNICEF a pu former 253 personnes sur les AES et distribuer 281 kits pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Les directives en matière d'AES n'ont pas été vulgarisées et le plan d'extension prévu dans le PSN 2006-2010 n'a pas été élaboré.

▪ **Lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida**

Pour 2006-2008, la "lutte contre la stigmatisation et la discrimination" n'a enregistré aucun financement bien qu'ayant fait l'objet d'annonces lors de la TRMR. Durant la période sous revue, il n'y a pas eu de réalisations significatives. Un avant projet de la loi sur le VIH/sida et l'adaptation d'outils internationaux pour la formation des acteurs communautaires seraient en cours. La stigmatisation et la discrimination étant une réalité, il convient d'en faire une évaluation et de mener une réflexion approfondie au courant de 2009-2010 en vue d'une prise en compte plus rigoureuse, plus objective et plus réaliste de ce problème dans le prochain PSN.

▪ **La prévention chez les PVVIH**

Bien qu'ayant fait l'objet d'annonces à hauteur de 156 millions de FCFA à la TRMR, la "Prévention chez les PVVIH" n'a pas été financée au cours de la période 2006-2008. Néanmoins, des activités de sensibilisation ont été menées par les organisations de PVVIH mais, le REDES n'a pas permis de retracer les dépenses effectuées. Il conviendrait de procéder à une analyse de la situation et de faire un bilan des réalisations dans ce DAP afin de disposer de bases objectives pour accorder une plus grande attention à la prévention chez les PVVIH dans le prochain PSN.

▪ **Lutte contre la transmission du VIH par la consommation de drogues**

Ce DAP n'a pas fait l'objet d'une budgétisation dans le PSN 2006-2010 et n'a reçu aucun financement. La drogue ne semble pas, à priori, être un problème important au regard du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Devant l'incertitude, la prudence commanderait des études prenant en compte les populations clés plus exposées au risque d'infection, en particulier les consommateurs de drogues et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

3.2. Axe stratégique 2 : Prise en charge

Sur la période 2006-2008, l'axe stratégique "Prise en charge" a été financé à hauteur de 34,652 milliards de FCFA. Ce montant représente 40,22% du montant total du financement du PSN.

▪ Traitement (ARV, IO, suivi biologique, soins pédiatriques)

De 2006 à 2008, le DAP "traitement" a été financé à hauteur de 31,843 milliards de FCFA. Ce qui représente 91,89% du financement de l'axe prise en charge et environ 36,98% du financement global du PSN. Depuis août 2008, le traitement ARV est gratuit. Le nombre de PVVIH sous traitement ARV est passé de 20.000 à 51.833 dont 3.100 enfants. Pour la même période, le PNSE a fixé comme objectif 78 000 PVVIH à mettre sous ARV soit un écart de 26 167 (44%). En 2008, on dénombrait 215 sites de traitement ARV, 175 sites de PEC pédiatrique, 69 laboratoires de suivi biologique. Sur 83 districts, 68 disposaient chacun d'au moins un site de traitement ARV dont 54 disposaient d'au moins un laboratoire de suivi biologique. Il y a 15 districts qui restent à pourvoir en sites de traitement ARV pour avoir une couverture district à 100%. Le nombre de sites de traitement ARV reste faible comparé aux 403 infrastructures publiques, privées et confessionnelles pouvant offrir ce service. Beaucoup de stratégies du PSN n'ont pas été mises en œuvre dont la création d'un cadre juridique et institutionnel des activités des conseillers communautaires au sein des structures sanitaires ; et, la mise en place d'un groupe technique chargé de l'assurance qualité des services de prise en charge médicale.

▪ Soins palliatifs

De 2006 à 2008, les "Soins palliatifs" ont bénéficié d'un financement de 709 millions de FCFA représentant 0,82% du financement total du PSN et 2,05% du financement de l'axe stratégique "Prise en charge". Un document de politique et un plan stratégique des soins palliatifs en Côte d'Ivoire ont été élaborés en 2005. Le nombre d'acteurs formés aux soins palliatifs est passé de 211 en 2005 à plus de 500 en 2008 dont 100 professionnels de la santé et plus de 400 communautaires. En 2007 et 2008, ce sont respectivement 52.372 et 99.694 PVVIH dont 6.000 enfants qui ont effectivement bénéficié de soins palliatifs contre 24.255 personnes en 2005. Le projet pilote IRIS des soins palliatifs, développé à San-Pédro avec le soutien du PEPFAR, intègrerait les différents concepts avec les soins en réseau et un système de référence et contre-référence. Il semble pouvoir servir de modèle de soins palliatifs. A ce jour, les textes réglementaires relatifs aux opioïdes et pour l'organisation des soins à domicile, n'ont pas encore été pris. La prévention et la gestion du syndrome d'épuisement des professionnels de la santé (SEPS) dans les structures offrant des soins palliatifs n'ont pas été développées.

▪ Soutien nutritionnel

De 2006 à 2008, le "Soutien nutritionnel" a été financé à hauteur de 137,233 millions de FCFA, ce qui représente 0,40% du financement de l'axe stratégique "Prise en charge" et 0,16% du financement du PSN. Deux projets assurent l'appui alimentaire aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida : (i) le projet du PAM démarré en 2007, couvre 42.000 personnes éligibles en 2008 et prévoit d'assister 53.360 personnes en 2009. Les bénéficiaires sont les PVVIH sous traitement ARV, les personnes enrôlées dans la PTME et les OEV ; (ii) le projet VIH/sida et nutrition, exécuté par le Programme National Nutrition (PNN) et financé par PEPFAR et HKI, a débuté en 2008. Selon le PNN, "le projet est exécuté sur 8 sites pilotes et dans 4 districts. Il a permis de former 67 personnels de santé et 25 agents de santé communautaire à la prévention et la PEC de la malnutrition, d'équiper les sites en matériels de mesures anthropométriques et matériels culinaires, et d'élaborer des directives pour les prestataires des centres de santé, ainsi que des outils de collecte et de gestion des données. En plus de ces deux projets, il y a le projet de prévention en direction des personnes déplacées à l'ouest soutenu par

l'UNFPA. Le renforcement de la sécurité alimentaire des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida n'a pas fait l'objet d'initiatives de nature à assurer la sécurité alimentaire (la distribution de semences n'a pas été faite). La promotion d'aliments fortifiés n'a pas fait l'objet d'activités d'envergure puisque seulement deux produits, la farine et l'huile, ont été fortifiés.

▪ **Soutien juridique**

Le "soutien juridique" n'a enregistré aucun financement malgré les annonces lors de la TRMR. Il n'a pas fait l'objet d'une budgétisation dans le PSN 2006-2010. La riposte nationale au VIH/sida en Côte d'Ivoire n'a pas encore véritablement pris en compte la protection juridique des droits et devoirs des PVVIH et personnes affectées par le VIH. Le MLS et le Ministère de la Justice auraient initié un avant-projet de loi, avec le soutien de l'ONUSIDA, du PNUD, de l'UNIFEM et de l'Assemblée nationale. Ces initiatives n'entrent pas dans les prévisions du PSN 2006-2010. En effet, le PSN 2006-2010 avait prévu la création d'un service juridique pour la promotion des droits et devoirs des PVVIH et le renforcement des dispositions légales protégeant les PVVIH.

▪ **Soutien socio-économique**

De 2006 à 2008, le "Soutien socio-économique" a reçu un financement cumulé de 49,555 millions de FCFA, représentant 0,14% du financement de l'axe stratégique "Prise en charge" et 0,16% du financement du PSN sur cette période. Aucune des prévisions du PSN 2006-2010 n'a fait l'objet d'intervention spécifique. L'absence de mise en œuvre des stratégies prévues n'a pas permis de progrès significatifs vers l'objectif qui est d'améliorer la qualité de vie des PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida. L'insuffisance de ressources financières expliquerait cette situation. En effet, sur 722 000 000 FCFA prévus pour la période 2006-2008, seulement 49 555 103 ont été mobilisés. Cependant, avec l'appui de l'UNICEF, 120 familles ont bénéficié d'AGR pour un budget total de 400,000 USD en 2006 et, pour 2008, il y a eu 710 familles pour un budget total de 355,000 USD (cf. DAP "soutien aux OEV"). L'UNFPA a soutenu 395 PVVIH et 50 victimes de violences sexuelles, à hauteur de 200 000 000 de FCFA. En 2008, le PNOEV a élaboré un guide pour la mise en œuvre des AGR.

▪ **La Prise en charge des OEV**

De 2006 à 2008, la "Prise en charge des OEV" a enregistré un montant cumulé de 1,913 milliard de FCFA, représentant 5,52% des ressources de l'axe stratégique "Prise en charge" et 2,22% du financement total du PSN. Le PSN 2006-2010 a estimé le nombre d'OEV à 540.000 en Côte d'Ivoire, en 2005. Relativement au premier objectif, le nombre d'OEV ayant bénéficié d'un soutien en 2008 est de 84.947. Le nombre total de familles d'OEV bénéficiant d'AGR n'a pas été répertorié. Comme cité précédemment, l'UNICEF a appuyé 120 familles à travers des AGR pour un budget total de 400,000 USD en 2006. En 2008, ce sont 710 familles pour un budget total de 355,000 USD. Le deuxième objectif relatif à la "mobilisation de 50% de la population sur la problématique des OEV en vue d'un changement de comportement", il est loin d'être atteint. Au niveau de l'objectif 3 "assurer l'accès de 40% des OEV aux services sociaux de base, éducation et formation", des activités ont été menées pour améliorer les conditions de vie des OEV. Selon le PNOEV du MFFAS, 16 centres sociaux abritent les plateformes de collaboration et de PEC des OEV en fin 2008. Seulement 1 743 OEV ont bénéficié d'un soutien scolaire. Quant au quatrième objectif du PSN 2006-2010 "assurer la prise en charge psychosociale de 60% des OEV et leurs familles", le nombre d'OEV ayant bénéficié de soutien psychosocial n'a cessé de croître, passant de 33 534 OEV en 2006 à 50 350 en 2007 et à 84 947 en 2008. Les autres indicateurs retenus dans le PSN 2006-2010 n'ont pas été renseignés. Il s'agit du nombre de familles bénéficiaires d'AGR ; du nombre de sessions de plaidoyer ; du nombre d'OEV et de familles bénéficiaires d'appui nutritionnel ; du nombre d'OEV déscolarisés et non scolarisés insérés dans la vie socioprofessionnelle ; et, du nombre de groupes d'auto-soutien mis en place.

3.3. Axe stratégique 3 : Coordination

La **multisectorialité** et la **décentralisation** sont les deux options stratégiques fondamentales de la RCI en matière de lutte contre le sida. Pour avoir une coordination adéquate de la riposte nationale au VIH/sida, le Gouvernement a créé et installé différents organes : le CNLS, le

CIMLS, le CMP, les Comités Décentralisés et les Comités Sectoriels. Dans le cadre des "Trois principes", le CNLS créé et installé en 2004, est l'instance unique de coordination de la réponse nationale. Le MLS qui assure le secrétariat du CNLS, est le maître d'œuvre en terme de coordination technique". La coordination est abordée comme axe stratégique mais, au-delà, il s'agit du cadre institutionnel et de la gouvernance de la riposte nationale au VIH/sida.

De 2006 à 2008, l'axe stratégique "Coordination" a été financé à hauteur de 17,359 milliards de FCFA représentant 20% du financement total du PSN. La coopération bilatérale américaine (PEPFAR) avec 10,1 milliards de FCFA représente 58,18% du financement de la "Coordination".

En terme de réalisations au 31 décembre 2008, le Secrétariat Technique chargé de la Coordination (STCO), qui remplace le Secrétariat Général prévu dans le PSN 2006-2010, a été créé par le Décret N° 2007-566 du 10 août 2007 portant organisation du Ministère de la Lutte contre le Sida. L'équipe du STCO est opérationnelle depuis juin 2008. Cependant, le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) n'a pas tenu ses réunions statutaires, la dernière réunion remontant au 23 juin 2006. Le Comité Interministériel de Lutte contre le Sida (CIMLS), créé par Décret N° 2004-14 du 7 janvier 2004, n'a pas fonctionné depuis sa toute première réunion tenue le 10 mai 2005. Le **Forum des Partenaires** qui remplace le Comité Multipartite et du Partenariat créé par arrêté N° 14 MLS/CAB du 29 juillet 2005 est déjà fonctionnel et s'est réuni deux fois, en avril 2008 et mars 2009. Les Comités Sectoriels de Lutte contre le Sida (CSLS), 28 CSLS ont été mis en place sur 32 pour les ministères et 2 CSLS pour 2 des 10 grandes institutions de la République que compte le pays. Ainsi, sur un total de 42 CSLS à créer 34 ont été mis en place.

Quant aux Comités Régionaux de Lutte contre le Sida (CRLS), 16 ont été installés sur les 19 à mettre en place. Sur les 16 comités installés, 10 disposent de Cellule Technique d'Appui aux Initiatives Locales (CTAIL) avec, à leur tête, un Conseiller régional VIH. Chaque CTAIL est implantée composée de trois professionnels et dispose d'un budget de fonctionnement. Elle est implantée au niveau de la région dont elle couvre tous les départements. Le district d'Abidjan dispose de son CRLS alors que celui de Yamoussoukro n'en dispose pas encore. Concernant les Comités Départementaux de Lutte contre le Sida (CDLS), 39 ont été installés sur 58 à créer. Sur 196 Comités Communaux de Lutte contre le Sida (CCLS) à créer, 52 ont été mis en place. La mise en place des Comités Villageois de Lutte contre le Sida (CVLS) n'a pas été prise en compte comme objectif spécifique, alors qu'ils figurent en bonne place dans le schéma de coordination au niveau du PSN 2006-2010 et dans le schéma du circuit de collecte des données non santé du PNSE 2008-2009. Il y a 723 comités villageois mis en place sur 3000 à créer. Par ailleurs, l'Alliance des Maires contre le Sida constitue un cadre de concertation et de coordination.

Au niveau du schéma de coordination, les partenaires de mise en œuvre devraient constituer le niveau opérationnel, représenté par les structures sanitaires, les cellules focales publiques et privées, les services et organisations de la société civile qui opèrent sur le terrain, soit au niveau national ou aux niveaux décentralisés. Le schéma pourrait être redessiné pour mieux repositionner les différents organes et structures. De même, l'organigramme du MLS (cf. annexe 1) montre que la coordination des différentes directions, de STCO et de tous les autres organes ou structures du ministère se fait au niveau du cabinet.

3.4. Axe stratégique 4 : Financement

Les efforts conjugués du gouvernement et de ses partenaires, ont permis de mobiliser 81% du financement prévu et de réaliser d'importantes activités inscrites ou non dans le PSN 2006-2010. Pour améliorer la coordination des financements, il a été créé en 2007, au sein du MLS, une Direction chargée de la Mobilisation des Ressources et de la Coordination du Financement (DMRCF). Le budget du PSN 2006-2010, a été estimé à deux cent quatre vingt dix sept milliards cent vingt millions de francs CFA (297 milliards 120 millions de FCFA) soit 577 millions USD (1USD = 515 FCFA). Lors de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR), les partenaires financiers se sont engagés pour 286,131 milliards soit environ 555 millions de dollars US. Dans le souci de pérennisation du financement de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire, il a été prévu de développer des activités de mobilisation de ressources, de promouvoir

des mesures d'incitation fiscales pour encourager les entreprises, de développer la participation communautaire et la solidarité nationale, de faire le plaidoyer auprès des collectivités locales et des confessions religieuses, et enfin, de promouvoir la sécurité sociale.

▪ **Bref aperçu du bilan des réalisations par rapport aux prévisions**

Conformément à l'axe stratégique "Financement" du PSN 2006-2010, la table ronde de mobilisation des ressources a été organisée, le Fonds National de Lutte contre le Sida a été mis en place et la Direction de la Mobilisation des Ressources et de la Coordination des Financements (DMRCF) a été créée en juin 2007. Aucune des autres étapes prévues dans le PSN 2006-2010 n'a été réalisée : l'élaboration de plans annuels de mobilisation de ressources ; la mise en place d'un cadre d'évaluation des mesures d'incitation fiscales ; l'information/sensibilisation des acteurs publics et privés impliqués ; la constitution d'un comité national d'évaluation des mesures d'incitation ; l'évaluation périodique de la mise en œuvre des mesures d'incitation ; le développement de la participation communautaire à travers le plaidoyer auprès des collectivités locales et des confessions religieuses ; la promotion de la solidarité nationale.

▪ **Financement du PSN sur la période 2006-2008**

Le tableau ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, montre, en comparant les données obtenues à partir du REDES aux engagements des bailleurs lors de la TRMR, qu'à mi-parcours, les objectifs de financement ont été atteints à 60,73% (86,151 milliards obtenus FCFA sur 141,862 milliards de FCFA escomptés). Cette même analyse faite, par rapport aux estimations financières du PSN, donne un niveau d'atteinte des objectifs de 59,10%. Cependant, par rapport à l'année 2006, il y a un dépassement budgétaire de 4,287 milliards de FCFA au niveau des données de la TRMR avec un taux d'exécution est de 124,86%.

Tableau des Réalisations financières par rapport aux estimations du PSN et aux annonces de la TRMR

| Années | 2006 | 2007 | 2008 | Total |
|--|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| Sources d'information | en FCFA | en FCFA | en FCFA | en FCFA |
| Données REDES | 21 532 122 000 | 33 301 972 000 | 31 317 000 000 | 86 151 094 000 |
| Données estimation PSN | 36 924 000 000 | 49 073 000 000 | 59 765 000 000 | 145 762 000 000 |
| Données Table Ronde de Mobilisation des Ressources | 17 245 000 000 | 62 309 000 000 | 62 308 000 000 | 141 862 000 000 |
| Taux exécution REDES/Estimation PSN | 58,31% | 67,86% | 52,40% | 59,10% |
| Taux exécution REDES/TRMR | 124,86% | 53,45% | 50,26% | 60,73% |

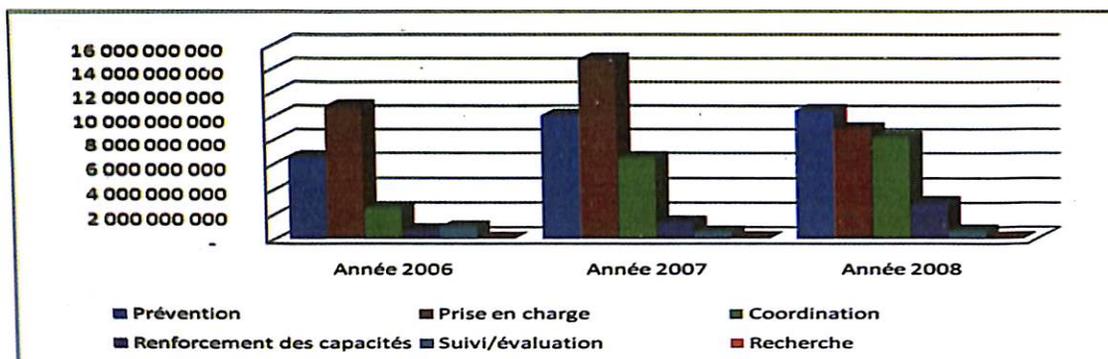
Par rapport à 2010, terme du PSN 2006-2010, le niveau du financement actuel de la lutte contre le VIH/sida à mi-parcours représente 30,11% des intentions de financement issues de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (286,1 milliards de FCFA en fin 2010) et 29% des estimations financières du PSN (297,1 milliards de FCFA en fin 2010).

▪ **Financements des axes stratégiques et des domaines d'actions prioritaires du PSN**

A mi-parcours de la mise en œuvre du PSN, selon les données obtenues à partir du REDES, l'axe "prise en charge" a reçu le plus gros financement cumulé avec 34,6 milliards de FCFA. Ensuite, viennent les axes "prévention" (27,1 milliards de FCFA) ; "coordination" (17,2 milliards de FCFA) ; "renforcement des capacités" (4,9 milliards de FCFA) ; "suivi & évaluation" (2 milliards de FCFA) ; et "recherche" (86,9 millions de FCFA). Le détail de ces informations par année figure dans le tableau ci-dessous.

Il faut aussi signaler que, en dehors des années 2006 et 2007 où on note un net écart entre le financement de la prévention et celui de la prise en charge, comme le montre le graphique ci-dessous, pour l'année 2008, le niveau du financement de la prévention est supérieur à celui de la prise en charge (10,5 milliards de FCFA contre 8,9 milliards de FCFA).

Graphique 25 : Evolution du financement des axes stratégiques du PSN de 2006 à 2008



Au niveau des domaines d'actions prioritaires (DAP), le "traitement", avec 36,96% du total du financement sur la période 2006-2008, a reçu le plus de moyens avec 31,8 milliards de FCFA. Hormis la "coordination" qui a mobilisé aussi 20% des financements, la "prévention par l'utilisation du préservatif" et la "communication pour le changement de comportement" ont respectivement mobilisé 11,63% (10 milliards de FCFA) et 5,87% (5 milliards de FCFA) des financements. Le tableau ci-après montre une augmentation régulière du financement des DAP

Tableau du Financement des Axes stratégiques et des Domaines d'actions prioritaires de 2006 à 2008

| Années | 2006 | 2007 | 2008 | Total | Pourcentage |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Axes & DAP du PSN | en FCFA | en FCFA | en FCFA | en FCFA | |
| Axe prévention | | | | | |
| CCC | 1 105 915 024 | 1 499 023 781 | 2 449 950 158 | 5 054 888 963 | 5,87% |
| CDV | 334 537 818 | 1 202 755 318 | 749 855 480 | 2 287 148 616 | 2,65% |
| PTME | 540 822 865 | 1 489 669 940 | 1 776 560 850 | 3 807 053 655 | 4,42% |
| Préservatifs | 3 158 432 676 | 3 429 539 530 | 3 434 613 528 | 10 022 585 734 | 11,63% |
| IST | 3 797 610 | 329 997 000 | 296 024 750 | 629 819 360 | 0,73% |
| AES | 655 432 298 | 838 939 692 | 670 665 705 | 2 165 037 695 | 2,51% |
| Transfusion sanguine | 767 275 543 | 1 301 116 002 | 1 146 207 494 | 3 214 599 039 | 3,73% |
| Prévention chez les PVVIH | -- | -- | -- | -- | 0,00% |
| Lutte contre la stigmatisation | -- | -- | -- | -- | 0,00% |
| Drogue | -- | -- | -- | -- | 0,00% |
| Sous total 1 | 6 566 213 834 | 10 091 041 263 | 10 523 877 965 | 27 181 133 062 | 31,55% |
| Axe prise en charge | | | | | |
| Traitement (ARV, IO....) | 10 165 950 036 | 13 544 218 107 | 8 133 726 488 | 31 843 894 631 | 36,96% |
| Soins palliatifs | 119 140 380 | 232 354 682 | 357 536 189 | 709 031 251 | 0,82% |
| PEC des OEV | 541 317 386 | 949 237 896 | 422 673 189 | 1 913 228 471 | 2,22% |
| PEC socio-économique | 36 435 963 | - | 13 119 140 | 49 555 103 | 0,06% |
| PEC nutritionnelle | 9 500 000 | 84 110 195 | 43 623 039 | 137 233 234 | 0,16% |
| PEC juridique | - | - | - | - | 0,00% |
| sous total 2 | 10 872 343 765 | 14 809 920 880 | 8 970 678 045 | 34 652 942 690 | 40,22% |
| Axe Coordination | | | | | |
| | 2 454 730 061 | 6 501 434 803 | 8 274 561 411 | 17 230 726 275 | 20,00% |
| Axe Renforcement des capacités | | | | | |
| | 695 302 855 | 1 328 587 371 | 2 919 979 098 | 4 943 869 324 | 5,74% |
| Axe Suivi/évaluation | | | | | |
| | 933 531 485 | 516 067 501 | 605 878 577 | 2 055 477 563 | 2,39% |
| Axe Recherche | | | | | |
| | 10 000 000 | 54 920 182 | 22 024 904 | 86 945 086 | 0,10% |
| Sous total 3 | 4 093 564 401 | 8 401 009 857 | 11 822 443 990 | 24 317 018 248 | 28,23% |
| Total | 21 532 122 000 | 33 301 972 000 | 31 317 000 000 | 86 151 094 000 | 100,00% |

Il faut bien noter que, seuls les axes stratégiques "prévention" et "prise en charge" ont été décomposés en DAP. Les axes "coordination", "renforcement des capacités", "suivi & évaluation" et "recherche" n'ont pas de DAP intitulés en tant que tels.

3.5. Axe stratégique 5 : Suivi & Evaluation

Dans la mise en œuvre du Plan National de Suivi & Evaluation, le MSHP renseigne les indicateurs relatifs à la prise en charge médicale des PVVIH à travers le Système d'Information de Gestion (SIG) géré par la DIPE, tandis que le MLS, à travers la DPSE, a la charge d'impulser et de faciliter cet exercice pour tous les secteurs autres que la santé (communautaire, privé, secteurs gouvernementaux). L'ensemble de ces informations doit faire l'objet de rapports annuels sous la coordination du MLS.

De 2006 à 2008, l'axe stratégique "Suivi & Evaluation" a été financé à hauteur de 2,055 milliards de FCFA, représentant 2,39% du financement total du PSN.

Les indicateurs de PEC, CDV et PTME ont été actualisés avec l'appui technique de MEASURE Evaluation/JSI. Toutefois, les outils de collecte ne sont pas toujours disponibles dans les structures sanitaires. Au niveau du système d'information de routine non sanitaire, les indicateurs ont été définis, des outils de collecte de données ont été élaborés, le mécanisme de collecte et de transmission des données a été défini mais l'utilisation de ces outils par les acteurs concernés n'est pas effective. Par contre, il existe des outils spécifiques élaborés par les partenaires financiers. Une évaluation conduite en 2007 a montré que 70% des organisations utilisaient ces outils de collecte de données des partenaires au niveau communautaire.

En l'absence de données exhaustives et fiables sur le VIH/sida, faute d'un système d'information opérationnel, il n'a pas été possible de produire les rapports semestriels ni les rapports annuels. Seuls les rapports UNGASS ont été produits tous les deux ans (2006 et 2008). Au 31 décembre 2008, certaines activités prévues dans cet axe stratégique n'ont pas été réalisées.

Les insuffisances du système d'information qui avaient motivé l'inscription de ce dernier comme axe stratégique du PSN 2006-2010 ont été sans doute améliorées mais, elles restent d'actualité. Ces constats sont valables aussi bien pour le système d'information et de gestion du MSHP que pour celui du MLS.

Le *Rapport de l'évaluation du système d'information de gestion de Côte d'Ivoire, mai 2008* révèle que : "l'exactitude globale des données est de 40%. Si seulement 51% des districts sanitaires analysent les données et 44% seulement les utilisent, c'est parce que les agents de santé au niveau du district ne savent pas à quoi peuvent leur servir les données et, de ce fait, ne peuvent accorder ni soin à leur collecte, ni importance à leur traitement et analyse".

"Le système d'information du MSHP : dans tous les districts visités, au moins une personne travaille à plein temps sur le SIG. Il s'agit des Responsables des Centres de Surveillance Epidémiologique (CSE). Ils sont les gestionnaires de données santé au niveau du district.

La mise en place des CTAIL dans les régions devrait permettre de résoudre définitivement le problème du système d'information en matière de VIH/sida. Une condition essentielle est que les CTAIL soient dans d'excellentes conditions de travail avec des moyens conséquents. Tous les acteurs sur le terrain doivent collaborer avec les CTAIL

3.6. Axe stratégique 6 : Renforcement des capacités

"La réussite de la lutte multisectorielle et décentralisée passe nécessairement par le renforcement des capacités des acteurs des secteurs public et privé, de la société civile, des ONG et des différents réseaux de lutte contre le sida" (Extrait du *PSN 2006-2010*).

De 2006 à 2008, l'axe stratégique "Renforcement des capacités" a été financé à hauteur de 4,943 milliards de FCFA, ce qui représente 5,74% du financement total de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire pour la période 2006-2008.

Selon le TIMS, il y a eu **1.496 personnes formées** de mars à décembre 2007 sur l'ensemble du pays. L'étude sur la cartographie des ressources humaines a montré que les ONG/OBC ont le plus bénéficié de formation comparées aux comités sectoriels et décentralisés. Quant au niveau d'équipement, certaines OSC bénéficient d'appui logistique et matériel directement de leurs partenaires techniques et financiers. Seulement 25% des ressources humaines ont été formées dans leurs domaines d'intervention, d'où une inadéquation entre les domaines d'intervention

des acteurs et les formations reçues. Une identification des besoins de formation et l'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines pourraient apporter une solution idoine.

3.7. Axe stratégique 7 : La recherche

Il a été décidé, pour la période 2006-2010, "de renforcer la recherche opérationnelle dans les domaines de la prévention, de la prise en charge globale et du financement. De plus, la recherche vaccinale devra être redynamisée". L'axe stratégique "Recherche" a été financé à hauteur de 86,945 millions de FCFA, représentant 0,1% du financement total du PSN pour 2006-2008.

Parmi les 11 stratégies retenues, seules trois ont connu une mise en œuvre effective. Il s'agit des études sur la résistance aux ARV, de celles sur la pharmacovigilance des ARV et de l'organisation de rencontres de partage des résultats de recherche. Les huit autres stratégies concernant la prévention n'ont pas été mises en œuvre dans la période sous revue. Concernant la prise en charge, le cadre de concertation entre médecine moderne et médecine traditionnelle, prévu dans le PSN, n'a pas été mis en place. Pourtant comme il est dit dans le DSRP 2009-2013, "en cas de maladie, les populations pauvres se tournent d'abord vers un tradipraticien". Or, "en Côte d'Ivoire, le taux de pauvreté est passé de 10% en 1985 à 48,9% en 2008 ; ce qui correspond à un effectif de pauvres estimé à 974 000 en 1985 et à 10 174 000 en 2008".

4. ANALYSE DES CONSTATS DE LA REVUE DU PSN 2006-2010

4.1. Le PSN 2006-2010 et les outils de mise en œuvre

▪ Conception du PSN 2006-2010

Le PSN 2006-2010, formulé dans une dynamique nationale participative, est articulé autour de 7 axes stratégiques et de 16 domaines d'action prioritaires. Ils traduisent les priorités retenues par le pays, dans un large consensus. Cependant, les domaines d'action prioritaires (DAP) de l'axe prise en charge auraient pu être réorganisés en trois axes stratégiques que sont la "prise en charge médicale et psychologique" ; la "prise en charge socio-économique" ; la "prise en charge juridique". Des axes stratégiques transversaux tels que le "renforcement des capacités" et la "recherche" auraient pu être intégrés dans les différents domaines d'actions pour plus de pertinence et de cohérence. La recherche et le renforcement des capacités sont garants de progrès, d'innovation et de performances améliorées. La cohérence entre les objectifs, les stratégies, les étapes et les indicateurs et les résultats attendus n'est pas toujours évidente.

▪ Utilisation du PSN 2006-2010 comme cadre unique d'action

Malgré l'adoption des "Trois Principes" par la Côte d'Ivoire et bien que son élaboration ait impliqué toutes les parties prenantes, le PSN 2006-2010 n'a pas servi de cadre d'action ni pour les différents secteurs gouvernementaux (à l'exception du MSHP, du MEN et du MFFAS, MJS), ni pour la plupart des partenaires techniques et financiers, ni pour les partenaires de mise en œuvre y compris les organisations de la société civile (OSC). L'insuffisance de vulgarisation du PSN et l'absence de plan d'action n'ont pas facilité l'utilisation du PSN comme cadre d'action.

4.2. Environnement national de mise en œuvre du PSN 2006-2010

▪ Contexte de la mise en œuvre du PSN

La crise politico-militaire survenue le 19 septembre 2002 a divisé le pays en deux : le Sud sous contrôle gouvernemental et le Centre, le Nord et l'Ouest (CNO) sous contrôle des Forces Nouvelles (FN). Depuis mars 2007, la situation sociopolitique a évolué favorablement, avec la signature de l'Accord Politique de Ouagadougou (APO) qui a permis la mise en place d'un gouvernement de transition le 7 avril 2007.

C'est essentiellement cette crise et ses multiples conséquences qui ont marqué le contexte de la mise en œuvre du PSN 2006-2010, document dans lequel on peut lire : "ce contexte général marqué par la crise militaro-politique, la paupérisation des populations, la morosité économique et la suspension des appuis extérieurs a eu, entre autres conséquences, la stagnation des interventions dans la lutte contre le VIH/sida". Le PAN 2008-2009 de lutte contre le sida, issu des plans opérationnels des régions, met l'accent sur les problématiques nationales que sont la féménisation de l'épidémie de sida, l'incidence élevée de la maladie au sein de la jeunesse, les

difficultés d'accès aux soins, les cas de plus en plus nombreux des violences sexuelles faites aux femmes, et, l'insuffisance de coordination des interventions et de l'intégration effective de la lutte contre le VIH dans les politiques et plans sectoriels et aux niveaux décentralisés".

Des ressources financières substantielles ont été mobilisées de sources diverses, même si le pays n'a pas été éligible aux trois derniers rounds du Fonds Mondial. La dépendance quasi-totale du financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire des fonds extérieurs, la multiplicité des sources et l'insuffisance de la coordination crée, tout naturellement, des pôles de concentration de l'information stratégique. Aujourd'hui, il est impossible de trouver des informations complètes, exhaustives sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire en un seul lieu.

Le MLS/DPSE qui a la responsabilité de produire les rapports nationaux sur le VIH/sida, n'a ni les moyens matériels, ni les moyens financiers, ni le pouvoir à la hauteur de l'importance, de la complexité et du caractère crucial de sa mission.

▪ **Forces et Opportunités pour la mise en œuvre du PSN en 2009-2010**

- La présence des organismes de coopération et de financement grâce auxquels des sommes importantes d'argent sont mobilisées pour le financement de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Le PEPFAR reste le plus grand partenaire financier de la Côte d'Ivoire.
- Les organisations de la société civile (OSC) sont nombreuses et engagées dans la lutte contre le VIH/sida. Elles sont bien organisées et se retrouvent dans des cadres de coordination et de concertation tels que le Conseil des organisations de la société civile (COSCI), le réseau des personnes vivant avec le VIH (RIP+), le réseau ivoirien des jeunes (RIJES), le réseau des professionnels des media (REPMACI), le réseau des religieux (ARSIP), le réseau ivoirien des organisations féminines (RIOF). Tous ces réseaux constituent une immense force de riposte face au VIH/sida.
- Le potentiel du MSHP, en termes d'infrastructures et de personnels qualifiés, est un atout majeur, même si la situation au nord ne s'est pas encore totalement améliorée.
- Le DSRP 2009-2013 et le PNDS2009-2013, offrent une opportunité pour le développement d'actions communes avec le prochain PSN sida. Les articulations devront être établies.
- La situation de paix et de sécurité qui règne actuellement est un atout majeur pour le développement de programmes d'action sur le terrain, y compris dans les zones CNO où les populations ont besoin de stratégies alternatives face à la destruction des infrastructures sanitaires et au manque de personnels.

▪ **Contraintes/obstacles à la mise en œuvre du PSN en 2009-2010**

○ **Un cadre institutionnel bien pensé mais non opérationnel**

Au nom des "Trois Principes", le seul organe de coordination politique et stratégique est le **CNLS** au niveau national et ses organes décentralisés au niveau des régions, des départements et des communes. De même, le **MLS** est l'unique structure de coordination technique de la riposte nationale au VIH/sida et ses structures décentralisées au niveau des régions, des départements et des communes sont les **CTAIL**.

Si le **CNLS**, créé par Décret N° 2004-13 du 7 janvier 2004, présidé par le chef de l'Etat garde toutes ses prérogatives, le **MLS** a beaucoup de mal à s'acquitter de sa mission de coordination technique. Le **MLS** n'a ni les moyens, ni le pouvoir de sa mission.

Quant aux organes et structures déconcentrés/décentralisés, notamment les **CRLS**, leur fonctionnalité et leur efficacité dépendent essentiellement des **CTAIL** qui en assurent le secrétariat. Pour l'heure, la décentralisation, appuyée essentiellement par la Banque Mondiale à travers le PUMLS dans quatre des 19 régions que compte le pays, n'est pas encore effective.

Le Comité Interministériel de Lutte contre le Sida (**CIMLS**) créé par Décret N° 2004-14 du 7 janvier 2004, n'a pas fonctionné depuis sa création. Selon ses attributions et sa composition, il offre au **MLS** un cadre idéal pour la coordination technique des activités du secteur gouvernemental. Son fonctionnement pourrait contribuer à une plus grande cohésion autour du **MLS** et une plus grande cohérence de l'action gouvernementale en matière de sida.

Le **Forum des Partenaires** remplace le Comité Multipartite et du Partenariat (CMP) en matière de lutte contre le VIH/sida créé par arrêté N° 14 MLS/CAB du 29 juillet 2005. Au regard de ses attributions, il pourrait être un relais du CNLS avec un mandat plus opérationnel. La périodicité de ses réunions en fait une tribune intéressante pour avoir un rapport trimestriel des activités de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. Ses travaux pourraient servir de base pour préparer les réunions du CNLS. Cependant, sa composition devrait être revue pour une plus grande représentation des OSC à travers tous les réseaux existants.

Les **comités sectoriels** se justifient par l'option stratégique de la multisectorialité.

○ **Les modalités de financement qui n'incluent pas le MLS**

En Côte d'Ivoire, le MLS, chargé de la coordination technique de la lutte contre le sida ne gère pas les ressources financières et n'est associé ni à leur gestion, ni à la définition des modalités de financement des partenaires d'exécution, ni à l'attribution et à la signature des contrats avec les partenaires de mise en œuvre. La plupart des agences de coopération et de financement gèrent les fonds à leur niveau et travaillent directement avec des partenaires de mise en œuvre, sans associer le MLS. Cette exclusion des circuits financiers affaiblit le MLS.

○ **Un système national de suivi & évaluation inopérant**

Les acteurs nationaux ne se sont pas appropriés le Plan National de Suivi & Evaluation (PNSE), malgré l'adoption des "Trois Principes" par la Côte d'Ivoire. Il faut signaler que ce PNSE élaboré une année après le PSN n'a pas été largement diffusé et vulgarisé. Ici, il y a le système de collecte et gestion des données santé qui relève du MSHP et celui des données non santé qui relève du MLS. Relativement bien conçu dans les documents, le système d'information sanitaire du MSHP/DIPE et celui du MLS/DPSE ne fonctionnent pas comme décrit. Les données collectées et les informations empruntent des circuits parallèles calqués essentiellement sur les circuits financiers. Le cadre institutionnel relativement peu opérant et la gestion financière hors du "contrôle" du MLS ont contribué à affaiblir le système d'information et les mécanismes de suivi de la mise en œuvre du PSN. Le leadership n'est pas assuré par les nationaux.

○ **Un système de santé affaibli par une dizaine d'années de crise**

Le système de santé actuel a subi tous les effets négatifs de la crise : manque de ressources pour couvrir les besoins minimum, départ des personnels de santé vers d'autres régions et, pire encore, destruction des infrastructures du système dans les zones CNO. Sans un système de santé adéquat, à défaut d'être performant, les résultats et les impacts du PSN 2006-2010 et probablement ceux du PSN suivant, resteront très limités. La mise en œuvre du PNDS 2009-2013 sera déterminante pour que la Côte d'Ivoire se donne les chances d'atteindre l'objectif de "l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien".

○ **Les dysfonctionnements du système de santé**

En dehors des impacts négatifs de la crise, le système de santé souffrirait d'un certain nombre de dysfonctionnements qui limitent ses performances. Les ruptures de stocks de médicaments et/ou de réactifs et autres consommables de laboratoire au niveau des points de prestations de services, alors que ces produits se trouveraient à la PSP ; tout comme les guides à l'usage des personnels de santé qui sont élaborés mais ne seraient pas disponibles au niveau des formations sanitaires ; le "refus" de certains personnels de santé de prendre en charge les activités VIH/sida au niveau district ; le refus des personnels de santé de travailler avec les conseillers communautaires au moment où le continuum des soins est développé et où les perdus de vue posent de sérieux problèmes quant à l'observance des traitements ARV ; certains personnels de santé feraient payer le traitement ARV alors qu'il est gratuit en Côte d'Ivoire.

○ **Le potentiel non exploité des OSC**

Les ONG et diverses associations de la société civile qui s'impliquent dans la lutte contre le sida et qui ont été (ou non) partenaires de mise en œuvre du PSN 2006-2010 ne sont pas soutenues à la hauteur de leur potentiel et de l'importance de leur place dans le dispositif de la riposte nationale au VIH/sida. Ces organisations sont confinées dans des tâches ponctuelles ou des projets de court terme, sans appui institutionnel conséquent. Les réseaux et autres

regroupements d'OSC auraient pu jouer un rôle formidable non seulement dans les actions de l'accès universel mais également dans le suivi & évaluation en collectant et en traitant les données et informations des OSC et en les transmettant au MLS selon le circuit défini. Cela exige le renforcement de leurs capacités institutionnelles en terme de personnels salariés et de logistique y compris les espaces bureaux et les véhicules, de moyens de fonctionnement. En retour des contrats de résultats et de performances seraient signés avec ces réseaux d'OSC.

o **La fragilité et la précarité de la situation sociopolitique**

En crise et dans l'instabilité depuis 1999, la Côte d'Ivoire vit une période de paix et de sécurité depuis mars 2007 avec la signature de l'Accord Politique de Ouagadougou. Mais, comme dans toute transition, la stabilité, la paix et la sécurité actuelles resteront fragiles jusqu'à la tenue des élections. Cette fragilité est aggravée par le niveau élevé du chômage et de la pauvreté.

4.3. Environnement international

Le PSN 2006-2010 n'évoque pas l'environnement international de la lutte contre le sida bien que ce dernier inspire souvent les orientations des PSN, influe sur les options stratégiques et ouvre des possibilités de financement. D'une manière générale, on peut évoquer les forces et opportunités tels que les Objectifs du Millénaire pour le Développement et la Déclaration d'Engagement pour le VIH/sida (UNGASS, juin 2001) ; la Déclaration d'Abuja avril 2001 ; le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; les "Trois principes" ; "l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien" ; et, la nouvelle dynamique insufflée à ONUSIDA par le Directeur Exécutif, dynamique centrée sur l'accès universel et orientée vers les résultats sur le terrain.

Les faiblesses et obstacles se résument à la crise économique et financière qui secoue le monde et pourrait influencer sur le volume des ressources à mobiliser. Cependant, la crise ne doit pas être un prétexte pour un désengagement des partenaires financiers face aux problèmes vitaux que posent le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose – pour ne considérer que ces trois fléaux.

5. RECOMMANDATIONS GENERALES DE LA REVUE

5.1. Articulation des différents instruments de planification du développement

La mission de revue recommande au MLS, pour mieux évoluer vers l'atteinte des OMD en général et vers "l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien en matière de VIH" en particulier, d'**harmoniser les cycles de planification**. Tous les instruments de planification du développement en Côte d'Ivoire couvrent la période 2009-2013. De même, les programmes de coopération de la plupart des partenaires au développement couvrent la période 2009-2013. Le prochain PSN sida pourrait couvrir la période 2011-2013. Les résultats de la 3^e Enquête Démographique et de Santé (EDSCI-III) seront disponibles au début de 2010. Le processus d'élaboration du PSN 2011-2013 pourrait démarrer dès la fin du premier trimestre et se terminer avant la date de soumission au Fonds Mondial pour le 10^e round.

5.2. Priorité au Système d'information en matière de VIH/sida

Pour améliorer le système d'information sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire, il est recommandé au MSHP et au MLS, avec l'appui de ONUSIDA de redynamiser le **Groupe de Référence en Suivi & Evaluation du VIH/sida** comme cadre de coordination des activités de suivi & évaluation.

Il est recommandé au MLS et au MSHP d'une part, aux partenaires techniques et financiers d'autre part, de définir un cadre d'entente (Mémoire of understanding) pour **faciliter au MLS sa mission de Secrétariat du CNLS en l'appuyant pour la collecte, le traitement et la gestion** des données et informations relatives au VIH/sida aux niveaux national, régional et départemental. Dans ce sens, il est recommandé d'accorder un appui technique et financier conséquent au MLS/DPSE pour un système d'information national VIH/sida performant.

Aux niveaux déconcentrés/décentralisés, il est recommandé au MLS de **centrer les missions des Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives Locales (CTAIL) essentiellement sur le système d'information** du VIH/sida. Basée au niveau de la Préfecture de région et assurant le secrétariat du CRLS, la CTAIL est composée de trois experts avec le profil adéquat. En plus de la collecte

des données VIH/sida des secteurs autres que la santé, des OSC et du secteur privé évoluant dans la région, les CTAIL pourraient appuyer les Directeurs régionaux de la santé pour la compilation et le traitement des données santé relatives au VIH/sida. Il est fortement recommandé de mettre chaque CTAIL dans les meilleures conditions possibles pour l'exécution optimale de ses tâches (rémunération motivante, dotation en moyens matériels et financiers).

5.3. Système d'information sanitaire

Compte tenu de l'importance de la place de la santé dans la riposte nationale au VIH/sida, le système d'information sanitaire est l'épine dorsale du système d'information en matière de VIH/sida. Il fournit la plus grande part de l'information en matière de VIH/sida et doit, de ce fait, être performant. C'est pourquoi, la mission d'évaluation recommande au PEPFAR de **poursuivre et de rationaliser l'appui technique et financier au MSHP à travers la DIPE et le PNPEC**. Il est recommandé au PEPFAR et à tout autre partenaire du MSHP, en particulier l'OMS, de mettre en œuvre les recommandations pertinentes de l'évaluation du système d'information de gestion de mai 2008.

5.4. Cadre institutionnel pour la lutte contre le sida

Il est recommandé au MLS de procéder à une revue de l'organigramme du MLS en vue : (i) d'une meilleure définition de l'architecture institutionnelle quant aux organes et structures ; (ii) d'une meilleure compréhension des rôles et responsabilités respectifs des différentes instances dans leur articulation et leur complémentarité aux différents niveaux ; (iii) d'améliorer notablement le fonctionnement du dispositif institutionnel et la gouvernance de la riposte nationale au VIH/sida en Côte d'Ivoire.

Dans l'attente d'une telle évaluation, il est recommandé au MLS **d'accélérer le processus de déconcentration/décentralisation du CNLS et du MLS en mettant en place les CRLS et les CTAIL** qui assurent le secrétariat. Il est recommandé, au MLS et à tous les partenaires désireux d'appuyer les structures et organes déconcentrés/décentralisés, de se concerter pour une **répartition adéquate de l'appui technique, matériel et financier destiné aux régions** et aux départements pour éviter la "compétition" de deux partenaires dans une même localité et favoriser la complémentarité et la synergie partout où cela s'avère nécessaire.

5.5. Gouvernance

Il est recommandé au MLS de préparer et convoquer une réunion du **Comité Interministériel de Lutte contre le Sida** avant la fin de l'année 2009. L'objectif de cette réunion pourrait être essentiellement **"resserrer les rangs pour une riposte gouvernementale concertée et cohérente à tous les niveaux"**. Une fois enclenchées, ces réunions du CIMLS pourraient être programmées et se tenir de manière régulière selon les dispositions prescrites.

5.6. Financement

Il est recommandé au MLS et au Ministère des Finances de transformer le Fonds National de Lutte contre le Sida en une agence fiduciaire pour gérer les ressources financières destinées à la lutte contre le VIH/sida, en particulier les ressources de l'Etat, du Fonds Mondial, les donations et tout autre fonds éligible. Un mécanisme de gestion financière qui garantisse la transparence et la rigueur dans l'allocation des fonds et leur utilisation au profit exclusif des bénéficiaires finaux que sont les populations devra être mis en place. Ceci aura l'avantage de rendre au MLS ses prérogatives de mobilisation des ressources et de coordination des financements (Décret N° 2007-566 du 10 août 2007), en même temps qu'il lui donnera les moyens de sa mission.

5.7. Accroître le potentiel des OSC, des réseaux d'OSC et des plateformes

Il est fortement recommandé au MLS et aux partenaires techniques et financiers **d'accorder à la plateforme des réseaux d'OSC et aux différents réseaux d'OSC un appui technique et financier substantiel et conséquent** sur la base de véritables plans de développement institutionnel visant à redéfinir leurs missions de partenaires et de relais du gouvernement pour la réalisation de l'objectif de "l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien". Dans les cas d'entente directe entre OSC et partenaire financier, il est recommandé d'établir un cadre formel de partenariat qui implique le MLS pour lui faciliter son

travail de coordination technique. Dans ce cadre, un système de contrat tripartite de performances pourrait être adopté.

5.8. Mise en œuvre du PSN et amélioration des performances pour des résultats concrets

Il est recommandé au MLS et à ONUSIDA de recruter un consultant national, avant la fin de l'année 2009, pour l'élaboration d'un plan d'appui technique pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida inscrites ou non dans le PSN 2006-2010. Ce plan permettra d'améliorer les performances dans la mise en œuvre du PSN pour 2009-2010 et au-delà.

6. CONCLUSION

Le présent rapport de la revue à mi-parcours constitue un cadre de référence pour la revue finale du PSN 2006-2010 dans la perspective de l'élaboration du PSN 2011-2013. Pour se donner les meilleures chances d'une planification pertinente et efficace, il faut profiter de 2009-2010 pour affiner et/ou compléter certaines données et informations. A cette fin, l'EDSCI-III programmée pour 2009 offre une excellente opportunité, à condition de prendre en compte tous les indicateurs d'impact retenus pour "l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien". A défaut d'avoir l'EDS, une deuxième EIS pourrait parfaitement convenir.

Les chances d'atteindre les cibles de "l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien", dépendent de la sortie de crise que consacra l'organisation prochaine des élections. Et, le présent rapport pourrait emprunter la même conclusion que le DSRP qui dit : "la mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté ne sera réussie que si la paix revient de manière définitive dans le pays et que celui-ci retrouve son unité et le fonctionnement normal de ses institutions publiques centrales et locales". Le PNDS partage la même conviction en stipulant : "au-delà des ressources financières à mobiliser pour la mise en œuvre de ce PNDS, le maintien d'un environnement sociopolitique apaisé, qui passe par la tenue d'élections transparentes, libres et ouvertes, constitue le véritable défi à relever par les autorités et toute la classe politique ivoirienne."

En attendant, la mobilisation autour de "l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien" et le respect des "Trois Principes" aideraient à créer les synergies nécessaires pour de meilleures performances de la riposte nationale au VIH/sida en Côte d'Ivoire.

I. INTRODUCTION

En 2006, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un Plan Stratégique National pour la période 2006-2010 (PSN 2006-2010). Depuis 2006, ce PSN n'a jamais fait l'objet d'une revue ou d'une évaluation interne permettant d'en apprécier les performances et d'envisager des réajustements éventuels pour mieux assurer l'atteinte des cibles fixées pour 2010. Par ailleurs, des dysfonctionnements du système d'information mis en place ont rendu difficile, sinon impossible, la production de rapports exhaustifs et fiables sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Ainsi, la revue à mi-parcours, objet du présent rapport, pourrait combler cette lacune et, au-delà, donner l'occasion au Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) et à son Secrétariat de disposer d'un document de référence sur la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire, à la date du 31 décembre 2008.

Pour la réalisation de cette revue, le gouvernement de la République de Côte d'Ivoire a sollicité le soutien technique et financier de ses partenaires au développement. La Banque Mondiale, l'ONUSIDA, le PEPFAR, le PNUD et l'UNFPA ont accepté de fournir cet appui en mettant à disposition les consultants et en finançant les activités clés de la revue. Ainsi, la mission de revue à mi-parcours du PSN 2006-2010 a été réalisée par le Dr Mamadou Seck, expert en management stratégique, consultant international chef de mission ; Mr Ghislain Yapi, économiste de la santé, en charge de l'axe stratégique "Prévention" ; Dr Claude Konan, médecin, en charge de l'axe stratégique "Prise en charge" ; Mr Allet Paul Auguste Assi, économiste de la santé, en charge de l'axe stratégique "Financement" ; Mr Firmin Seka, statisticien démographe, en charge des axes stratégiques "Coordination ; Suivi & évaluation ; Recherche opérationnelle ; Renforcement des capacités".

Il convient de rappeler que le PSN 2006-2010 s'articule autour des sept axes stratégiques suivants : (1) la prévention qui comporte les dix domaines d'action prioritaires suivants ; (2) la prise en charge qui comporte les six domaines d'action prioritaires suivants ; (3) la coordination ; (4) le financement ; (5) le suivi & évaluation ; (6) le renforcement des capacités ; (7) la recherche opérationnelle. Faute d'avoir été centré sur "l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien", le PSN 2006-2010 a dû être complété par d'autres documents dont les contenus sont à articuler avec ceux des axes stratégiques et les domaines d'action prioritaires (DAP). Les documents de mise en œuvre que sont le Plan d'action national (PAN) 2008-2009 et le Plan national de suivi & évaluation (PNSE) également ont été élaborés avec un certain décalage.

Quant au financement du PSN 2006-2010, sur un besoin de 297,120 milliards de francs, 286,131 milliards étaient mobilisables, si on considère les intentions déclarées des différentes sources de financement que sont l'Etat, le secteur privé, la société civile et les partenaires multilatéraux et bilatéraux.

Cette revue à mi-parcours a révélé que, malgré un processus participatif et la production d'un document consensuel, le PSN 2006-2010 n'a pas été utilisé comme unique "cadre d'action contre le VIH/sida qui offre une base pour la coordination des activités de tous les partenaires" comme le voudrait les "Trois Principes". En effet, le PSN 2006-2010 n'a pas connu une grande appropriation par les acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH/sida. Le Plan National de Suivi & Evaluation élaboré en janvier 2007, avec une année de décalage par rapport au PSN 2006-2010, n'a pas été non plus utilisé comme l'unique "système convenu de suivi & évaluation au niveau du pays" comme le voudrait les "Trois Principes". La plupart des partenaires de mise en œuvre ne s'inscrivent pas dans le Plan National de Suivi & Evaluation. Quant au Plan d'Action National ou PAN 2008-2010, élaboré deux ans après le PSN 2006-2010 à partir d'une consolidation des Plans opérationnels régionaux, c'est une excellente initiative bien qu'il soit resté axé sur la mise en œuvre mais non sur les résultats.

En plus de ces trois documents de base sur lesquels se fonde la revue à mi-parcours, il y a eu d'autres documents de référence. Il en est ainsi de l'*Identification des cibles de l'accès universel* ; du *Plan d'intensification de la prévention* ; du *Plan de passage à l'échelle de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la Prise en Charge Pédiatrique du VIH/sida* ; du *Plan Stratégique National*

prise en charge des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida 2007-2010 ; sont cinq documents qui complètent le PSN 2006-2010. Il n'y a pas toujours une cohérence entre les objectifs et stratégies du PSN 2006-2010 et ceux des documents cités ci-dessus, ce qui a constitué une difficulté de la revue. Les lacunes des systèmes d'information, l'absence de rapports relatifs à la mise en œuvre du PSN 2006-2010 sur la période sous revue n'ont pas facilité l'exercice.

La crise politico-militaire et l'environnement post-crise ont, sans doute, limité les performances réalisées dans la mise en œuvre des axes stratégiques et domaines d'action prioritaires du PSN. Néanmoins, la revue a montré que, durant la période 2006-2010, il y a eu beaucoup de réalisations allant dans le sens de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien, mêmes si ces réalisations ne s'inscrivent pas toujours dans le PSN 2006-2010. Des ressources financières substantielles ont été dépensées avec les contributions des partenaires au développement, à la tête desquels se trouve la coopération bilatérale américaine à travers le PEPFAR.

II. JUSTIFICATION, TERMES DE REFERENCE ET METHODOLOGIE DE LA REVUE

2.1. Justification

Après trois années de mise en œuvre du Plan Stratégique National 2006-2010, le Conseil National de la Lutte contre le Sida (CNLS) de la République de Côte d'Ivoire, à travers son Secrétariat et en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, souhaite faire le bilan des réalisations, analyser les stratégies mises en œuvre et apprécier les efforts de mobilisation des ressources ainsi que le niveau et la pertinence de leur utilisation. Sur la base des résultats de cette évaluation, des recommandations seront formulées en vue de dégager des interventions prioritaires pour la période 2009-2010. Les recommandations tiendront compte de l'environnement de mise en œuvre.

Dans la description de la situation, les termes de référence de cette mission de revue à mi-parcours mettent l'accent sur la gouvernance actuelle de la riposte nationale au VIH/sida fondée essentielle sur les "Trois principes". En effet, conformément au 1^{er} principe, le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), présidé par le chef de l'Etat, est "la seule autorité nationale de coordination" de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire, au niveau politique et stratégique. Le ministère en charge de la lutte contre le sida (MLS), créé en 2001 pour marquer l'engagement de la Côte d'Ivoire au plus haut niveau, assure le secrétariat du CNLS. A ce titre, le MLS assure la coordination technique de la mise en œuvre du PSN 2006-2010 qui, au nom du 2^e principe, est "le seul cadre d'action contre le VIH/sida qui offre une base pour la coordination des activités de tous les partenaires" en Côte d'Ivoire. Le 3^e principe est "un système convenu de suivi et d'évaluation au niveau du pays". Cette revue entre dans ce dernier cadre.

2.2. Termes de référence

Il est demandé aux consultants de se référer au cadre d'action que constitue le PSN 2006-2010 ainsi qu'aux documents qui le complètent, au cadre de coordination et de mise en œuvre ainsi défini et aux ressources mobilisées et mises à la disposition des acteurs de la lutte contre le sida en RCI pour :

- analyser l'évolution de l'environnement global de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire et les changements intervenus depuis juin 2006 en termes de menaces et d'opportunités ayant un impact direct ou indirect sur la réponse nationale ;
- examiner l'état de mise en œuvre des stratégies contenues dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire de janvier 2006 au 31 décembre 2008 ;
- dégager et expliquer les écarts dans la mise en œuvre des différentes stratégies du plan par axe stratégique et par domaine d'action prioritaire ;

- évaluer les ressources mobilisées pour la mise en œuvre du plan stratégique conformément aux résultats de la table ronde de mobilisation des ressources et leurs emplois ;
- identifier les forces et les faiblesses, les opportunités et les contraintes dans la mise en œuvre des différentes stratégies du plan ;
- proposer des mesures correctrices et formuler des recommandations afin de réajuster les objectifs du plan stratégique national sur la période 2009-2010 ;
- élaborer le rapport de la revue à mi-parcours du plan stratégique national 2006-2010 ;
- faciliter la validation du rapport de la revue ;
- élaborer le rapport de mission.

Pour réaliser ce travail, les consultants ont proposé une méthodologie adaptée au contexte de la Côte d'Ivoire, pays en phase de sortie de crise et au système d'information peu performant. Cette méthodologie a été centrée essentiellement sur la recherche de données et informations et à leur "validation" par les acteurs et partenaires.

2.3. Méthodologie

La méthodologie proposée par les consultants et à laquelle a adhéré le Comité de Suivi de la revue a consisté en : (1) une revue documentaire exhaustive ; (2) des ateliers thématiques fondés sur les axes stratégiques, avec la participation de toutes les parties prenantes ; (3) une collecte d'informations à Abidjan et dans des régions sélectionnées ; (4) des entretiens ciblés avec des responsables clés identifiés au niveau central et au niveau des partenaires au développement, pour affiner les informations ; (5) une synthèse et analyse des informations en vue de l'élaboration des rapports par axe stratégique et par domaine ; (6) une retraite de mise en commun pour l'élaboration de la version zéro du rapport global de la revue ; (7) un débriefing avec les hauts responsables du MLS pour une restitution et le recueil des avis et suggestions ; (8) un atelier de restitution ou "validation technique" autour de la version zéro du rapport ; (9) la prise en compte des observations et suggestions pertinentes des acteurs et partenaires et production de la première version du rapport ; (10) la revue de la première version du rapport par les partenaires clés pour observations et suggestions ; (11) un débriefing avec les autorités ivoiriennes en présence des partenaires au développement (Forum des partenaires) sur la deuxième version du rapport de la revue à mi-parcours du PSN 2006-2010 ; (12) un atelier national de restitution ; (13) la production du rapport final de la revue à mi-parcours du PSN 2006-2010.

Le vendredi de chaque semaine, une séance de travail était tenue avec le Comité de Suivi de la revue à mi-parcours, sous la présidence du Directeur de la DPSE. A ces séances de travail, étaient présentés et discutés l'état d'avancement des travaux de la revue, la suite du calendrier/programme de travail, les termes de références des ateliers, les outils mis au point par les consultants, les difficultés rencontrées dans le travail et les solutions proposées.

Les briefings et débriefings avec les autorités ivoiriennes et les chefs d'agence de coopération et de financement sont partie intégrante de la méthodologie proposée par les consultants. Ils ont été des occasions d'échanges et de mise à niveau sur la revue, sur son importance pour le pays, sur le caractère participatif du processus et la nécessité absolue du leadership national. Chacune des personnalités rencontrées a donné des informations importantes et fait des suggestions pertinentes qui ont permis de recadrer les objectifs de la revue, de mieux orienter la recherche d'information et de réajuster certaines étapes de la méthodologie. Les perspectives des agences ont également été discutées pour permettre aux consultants de formuler des recommandations les plus pertinentes possibles.

Pour les besoins d'appropriation de ce travail par les nationaux, il a été convenu que les consultants assurent leur rôle de facilitateurs et que les responsables nationaux assurent le leadership de l'exercice. Dans la même logique, chaque consultant devait travailler avec un "homologue" national.

2.4. Limites de la méthodologie

Afin de faciliter la tâche aux différents acteurs de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire et pour bien "rentabiliser" les ateliers thématiques organisés en début de processus, des canevas de présentation ont été préparés par l'équipe de consultants, avec comme contenu essentiel les indicateurs retenus dans le PSN 2006-2010 et dans le Plan National de Suivi & Evaluation. Beaucoup d'organisations sollicitées n'ont pas rempli ces canevas et/ou ne les ont pas retournés aux consultants pour exploitation. Celles qui les ont remplis ont eu beaucoup de difficultés à renseigner les indicateurs demandés. Seul le PEPFAR a pu donner des informations exhaustives (sans le dernier trimestre de 2008).

L'indisponibilité des chefs de service, des responsables de projets nationaux et des directeurs nationaux des ministères impliqués dans la lutte contre le VIH/sida, des experts des agences bilatérales de coopération et de financement, et des experts des organisations du Système des Nations Unies a limité leur participation au processus de revue. La plupart des hauts responsables de ces institutions n'ont pas pris part à la revue, ils ont été absents à toutes les étapes clés du processus. Cependant, les ateliers thématiques ont connu un très bon niveau de participation avec des représentants de la presque totalité des parties prenantes de la lutte contre le VIH/sida à l'exception des organisations du Système des Nations Unies dont seul l'UNICEF a pris part à l'ensemble des travaux. Le HCR et l'OMS ont pris part partiellement à ces travaux.

Du fait de cette même indisponibilité, les membres du comité de suivi n'étaient pas toujours présents aux séances de travail hebdomadaires du vendredi.

La disposition méthodologique qui visait à favoriser le leadership national et la stratégie des homologues n'a pas marché comme souhaité. En effet, si la DPSE a assuré effectivement le leadership pour la revue à mi-parcours, les équipes consultant-homologue national n'ont pas bien fonctionné, sauf pour l'axe stratégique "Financement" où, le duo consultant-homologue a été exemplaire, comme en témoigne le résultat du REDES (Ressources et Dépenses du Sida). La stratégie consistait à programmer des séances de partage, de mise à niveau et d'appropriation progressive qui exigent disponibilité et engagement de la part des nationaux .

Afin de prendre en compte les observations, avis et suggestions des acteurs et partenaires clés, la toute première version du rapport (qui ne devait pas circuler) leur a été envoyée et la deuxième version produite après l'atelier de restitution (ou validation technique) leur a été envoyée. Aucun des chefs de service, des responsables de projets nationaux et des directeurs nationaux des ministères impliqués dans la lutte contre le VIH/sida, aucun des experts des agences bilatérales de coopération et de financement, et des experts des organisations du Système des Nations Unies, à l'exception de ONUSIDA, Banque Mondiale et UNFPA, n'a réagi. A ces exceptions notables, aucune observation écrite n'a été reçue par les consultants. Alors qu'à défaut d'avoir pris part au processus, c'était là le seul moyen pour permettre à ces acteurs et partenaires clés de contribuer à l'exercice et d'aider les consultants à corriger d'éventuelles erreurs dans les données chiffrées, les informations et les analyses et, en conséquence, de mieux orienter les recommandations.

III. REVUE DETAILLEE DES AXES STRATEGIQUES ET DES DOMAINES D'ACTION DU PSN 2006-2010

Le PSN 2006-2010 a défini des cibles prioritaires qui sont : les enfants (0-15 ans) ; les OEV (0-18 ans) ; les jeunes (15-24 ans) ; les femmes et jeunes filles ; les corps habillés et combattants ; les professionnels du sexe ; les migrants et routiers ; les enseignants ; les PVVIH ; les consommateurs de drogues ; les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ; les couples discordants ; les travailleurs (secteurs public et privé) ; la population rurale ; et enfin, la population carcérale.

En plus du PSN 2006-2010, les documents complémentaires cités dans l'introduction ont servi de références pour la revue des axes stratégiques et des domaines d'action prioritaires. L'absence de cohérence entre ces documents et le PSN 2006-2010 n'a pas facilité l'exercice de revue.

A. AXE STRATÉGIQUE 1 : PRÉVENTION

Le Plan d'Intensification de la Prévention (PIP) pour la période 2007-2008 a repris les objectifs et les stratégies du PSN 2006-2010. Il a introduit les notions d'"interventions clés" et d'"activités prioritaires", ce qui devrait contribuer à préciser davantage les actions concrètes à mener et mettre en exergue les résultats ou indicateurs de processus. Quant au PSN, il a clairement formulé les indicateurs de processus alors que le Plan d'Intensification a mentionné essentiellement des indicateurs d'impact qui nécessitent une enquête nationale pour être renseignés. Les deux plans ne sont pas toujours en cohérence. Par ailleurs, le PIP a ajouté la recherche vaccinale et omis les DAP 9 et 10 relatifs, respectivement, à la prévention chez les PVVIH et la lutte contre la transmission du VIH chez les usagers de drogues injectables.

Globalement, la prévention souffre encore du défaut de coordination. Les activités de suivi & évaluation échappent aux structures nationales qui en ont le mandat, du fait de dysfonctionnements du système d'information. La déconcentration/décentralisation identifiée comme défi majeur de l'intensification de la prévention du VIH/sida n'a pas encore connu le succès que cette stratégie a connu dans d'autres pays. L'implication des Organisations de la Société Civile (OSC) et les moyens mis à leur disposition ne sont pas à la hauteur du potentiel que recèle cette importante composante de la riposte nationale au VIH/sida.

La prévention comporte dix domaines d'action qui sont passés en revue ci-dessous. Chaque domaine d'action est abordé selon le plan suivant : (i) un résumé du DAP qui décrit brièvement la problématique avant la mise en œuvre du PSN 2006-2010, rappelle les objectifs et les stratégies tels que formulés dans le PSN ; (ii) les ressources du DAP ; (iii) les réalisations/processus et résultats ; (iv) les analyses et commentaires ; (v) les recommandations pour le DAP.

Pour le financement de la prévention, les informations issues de l'exploitation des données du REDES estiment à 27,1 milliards de FCFA le montant des ressources qui ont été allouées dans la mise en œuvre des activités de prévention. Ce montant représente 31,55% du montant total du financement (86,1 milliards de FCFA) de la lutte contre le Sida pour la période de 2006 à 2008, sous revue. Ce sont les DAP, prévention par le préservatif, communication pour le changement de comportement, prévention de la transmission mère-enfant et la transfusion sanguine qui ont reçu le plus de financement avec respectivement 11 milliards, 5 milliards, 3,8 milliards et 3,2 milliards de FCFA. Comme le montre le tableau 1 ci-dessous, les DAP, "Prévention chez les PVVIH", "Lutte contre la stigmatisation" et "Prévention de la transmission du VIH par les drogues injectables" n'ont pas fait l'objet de financement.

Par rapport aux prévisions financières, à mi-parcours, le niveau actuel de financement de l'axe prévention représente en moyenne, 67,81% des estimations financières du PSN et 105,76% des intentions de financement issues de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR). Les prévisions globales pour cette période ont été dépassées : 27,1 milliards de FCFA obtenus contre

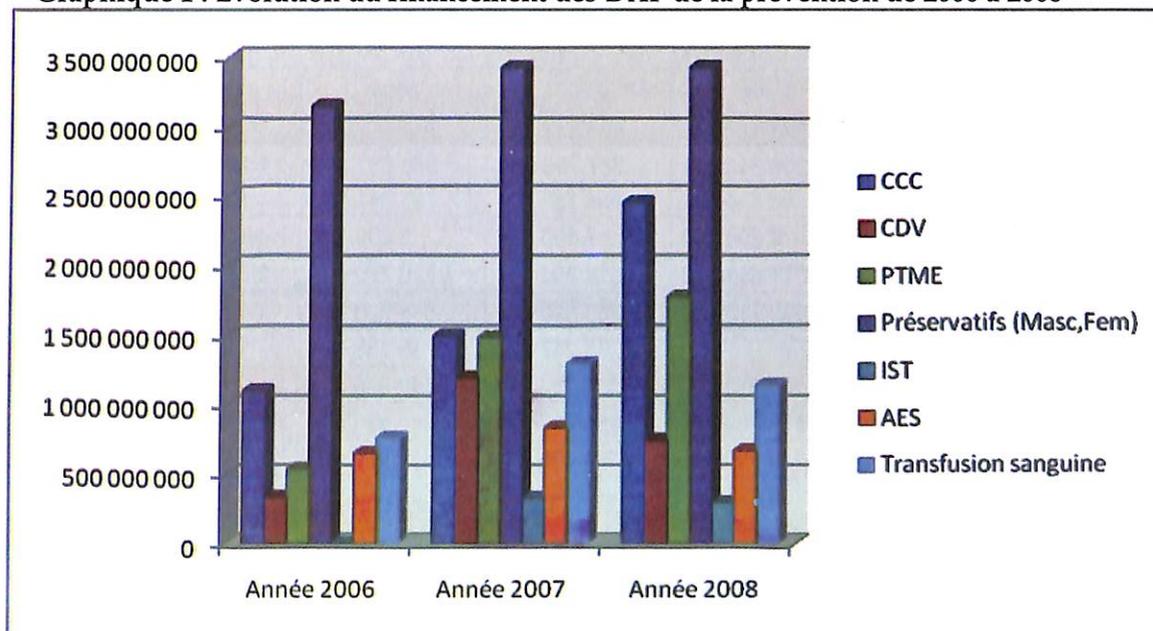
25,7 milliards escomptés, alors que trois des dix DAP n'ont bénéficié d'aucun financement, comme le montre le tableau 1 ci-dessous réalisé à partir des données du REDES.

Tableau 1 : Evolution du financement des DAP de l'axe "Prévention" de 2006 à 2008

| DAP de l'axe Prévention | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA |
|--|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| CCC | | 1 105 915 024 | 1 499 023 781 | 2 449 950 158 | 5 054 888 963 |
| CDV | | 334 537 818 | 1 202 755 318 | 749 855 480 | 2 287 148 616 |
| PTME | | 540 822 865 | 1 489 669 940 | 1 776 560 850 | 3 807 053 655 |
| Préservatifs (Masc,Fem) | | 3 158 432 676 | 3 429 539 530 | 3 434 613 528 | 10 022 585 734 |
| IST | | 3 797 610 | 329 997 000 | 296 024 750 | 629 819 360 |
| AES | | 655 432 298 | 838 939 692 | 670 665 705 | 2 165 037 695 |
| Transfusion sanguine | | 767 275 543 | 1 301 116 002 | 1 146 207 494 | 3 214 599 039 |
| Prévention chez les PVVIH | | -- | -- | -- | -- |
| Lutte contre la stigmatisation | | -- | -- | -- | -- |
| Drogue | | -- | -- | -- | -- |
| Total REDES | | 6 566 213 834 | 10 091 041 263 | 10 523 877 965 | 27 181 133 062 |
| Total PSN | | 13 174 000 000 | 13 365 000 000 | 13 545 000 000 | 40 084 000 000 |
| Total TRMR | | 2 665 000 000 | 11 684 000 000 | 11 352 000 000 | 25 701 000 000 |
| Taux d'exécution REDES/Estimation PSN | | 49,84% | 75,50% | 77,70% | 67,81% |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 246,39% | 86,37% | 92,71% | 105,76% |

Les informations financières issues du REDES montrent que, par rapport à la fin de la mise en œuvre du PSN (2010), l'axe prévention représente 38,47% des estimations financières du PSN (70,639 milliards de FCFA) et 58,45% des annonces de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (46,499 milliards de FCFA). Le graphique 1 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, montre l'évolution du financement des DAP de l'axe prévention, de 2006 à 2008. Les trois DAP qui n'ont pas été financés ne figurent pas sur ce graphique 1.

Graphique 1 : Evolution du financement des DAP de la prévention de 2006 à 2008



A.1. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

1. Résumé du domaine d'action

Problématique du CCC : avant 2005, en Côte d'Ivoire, les messages et informations sur les connaissances du VIH/sida se donnaient à travers des activités de sensibilisation de masse, en général. Cela a permis de toucher un nombre important de personnes. Pourtant, les populations continuaient d'adopter des comportements favorisant le risque d'infection par le VIH. Cet état de fait a conduit à l'adoption d'une stratégie nationale de communication pour le changement de comportement 2005-2008. De plus, le PSN 2006-2010 a retenu la communication pour le changement de comportement (CCC) comme domaine d'action prioritaire.

Objectifs : (1) d'ici fin 2010, réduire de 64,5% à 35% le pourcentage de jeunes ayant leur premier rapport sexuel avant 18 ans ; (2) d'ici fin 2010, augmenter de 35% à 45% le nombre de personnes déclarant avoir limité le nombre de leur partenaires sexuels à un ; (3) d'ici fin 2010, réduire la transmission du VIH liée aux pratiques culturelles.

Stratégies : (1) promotion de l'abstinence ; (2) promotion de la fidélité réciproque ; (3) Promotion de la réduction du multipartenariat sexuel ; (4) promotion des pratiques culturelles à moindre risque de transmission de l'infection ; (5) promotion du document de stratégie nationale CCC.

2. Ressources financières

A mi-parcours, comme le montre le tableau 2 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, un total de 5 milliards de FCFA ont servi à financer les activités de CCC. Cela représente 5,87% du financement du PSN (86,1 milliards de FCFA) et 18,59% du financement de l'axe prévention. La comparaison de l'évolution des financements basée sur l'exploitation des données du REDES de 2006 à 2008 par rapport aux annonces de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources et aux estimations financières du PSN pendant la même période, montre que pour l'année 2006, le rapport REDES/TRMR était de 163,60% quand celui de REDES/Estimations PSN était de 16,4%.

Avec la coopération américaine (PEPFAR), les prévisions de financement de la CCC, sur la période 2006-2008, étaient d'environ 13,5 milliards de FCFA. Cependant, c'est seulement 2,5 milliards de FCFA qui ont été retracés par le REDES, soit un taux de recouvrement de 18,50%.

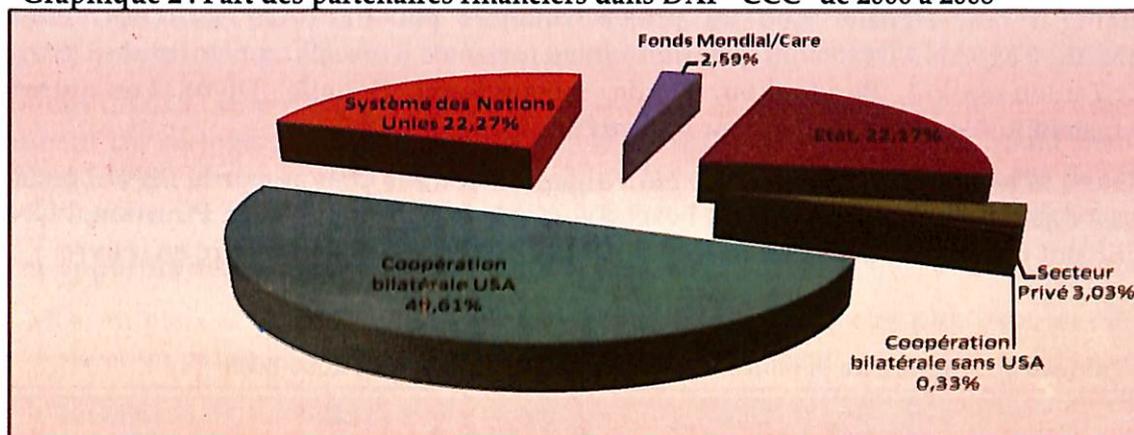
Tableau 2 : Evolution du financement du DAP "CCC" par source, de 2006 à 2008

| Sources de Financement | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|------------------------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| Etat | | 206 341 311 | 357 799 230 | 556 691 255 | 1 120 831 796 | 22,17% |
| Secteur Privé | | 33 814 051 | 54 162 290 | 64 941 182 | 152 917 523 | 3,03% |
| Coopération bilatérale sans USA | | 4 200 000 | 7 100 000 | 5 400 000 | 16 700 000 | 0,33% |
| Coopération bilatérale USA | | 671 841 172 | 614 894 537 | 1 220 772 597 | 2 507 508 306 | 49,61% |
| Système des Nations Unies | | 189 718 490 | 369 820 448 | 566 306 533 | 1 125 845 471 | 22,27% |
| Fonds Mondial/Care | | - | 95 247 276 | 35 838 591 | 131 085 867 | 2,59% |
| Total REDES | | 1 105 915 024 | 1 499 023 781 | 2 449 950 158 | 5 054 888 963 | 100,00% |
| Total TRMR | | 676 000 000 | 3 380 000 000 | 3 241 000 000 | 7 297 000 000 | |
| Total PSN | | 6 743 000 000 | 6 784 000 000 | 6 827 000 000 | 20 354 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 163,60% | 44,35% | 75,59% | 69,27% | |
| Taux d'exécution REDES /PSN | | 16,40% | 22,10% | 35,89% | 24,83% | |

Le graphique 2 ci-après, réalisé à partir des données du REDES, montre que la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) est le plus grand partenaire financier, avec un montant cumulé de 2,5 milliards de FCFA, soit 49,61% du total du financement du DAP "CCC" pour la période 2006-2008 sous revue. Le Système des Nations Unies (SNU) et l'Etat de Côte d'Ivoire ont contribué respectivement pour 1,125 milliards FCFA et 1,120 milliards de FCFA, ce qui représente 22,27% et 22,21% du financement de ce DAP pour la période sous revue. Les

informations financières issues du REDES montrent que le secteur privé, le Fonds mondial et la coopération bilatérale sans les USA, avec respectivement 3,03%, 2,59% et 0,33% des financements, ont contribué plus modestement dans la CCC.

Graphique 2 : Part des partenaires financiers dans DAP "CCC" de 2006 à 2008



Par rapport à 2010, terme du PSN, le niveau du financement actuel du DAP "CCC" représente 39,88% des intentions de financement (12,6 milliards FCFA / Table Ronde de Mobilisation des Ressources) et 13,82% des estimations financières du PSN (36,5 milliards de FCFA).

3. Réalisations/ Processus & Résultats

Les intervenants en matière de CCC sont nombreux et peuvent être identifiés en fonction des partenaires qui financent directement des organisations de mise en œuvre ou bien, mettent des ressources financières à la disposition de sous-partenaires qui, à leur tour, financent des organisations de mise en œuvre. Les résultats sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES.

Tableau 3 : les intervenants en matière de CCC

| Bailleurs | Sous-partenaires/ Agences | Partenaires de mise en œuvre (PMO) |
|-----------------------------|----------------------------|--|
| PEPFAR | JHU/CCP, FHI | ONG nationales (APROSAM, CIP, AIMAS) |
| Fonds Mondial | OCAL Care International | ABICOM, APROSAM, ANS-CI, ANADER, Care Côte d'Ivoire, AIMAS |
| Système des Nations Unies | UNFPA, UNICEF UNHCR | Ministères techniques |
| Coopération allemande (KfW) | AIMAS | |
| Etat ivoirien | ONG locales | |

Les cibles de l'accès universel ont été ajoutées au PSN en addendum. Les 4 indicateurs retenus dans le plan d'accélération de la prévention et les cibles pour 2008 ne peuvent être mesurés que par une enquête nationale. Il s'agit de : (i) pourcentage des jeunes hommes et femmes de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans ; (ii) pourcentage des jeunes hommes et femmes de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans ; (iii) pourcentage des travailleurs du sexe bénéficiant annuellement de programmes de prévention sida ; (iv) pourcentage des policiers et militaires bénéficiant annuellement de programme de prévention sida. Cependant les indicateurs de résultats donnent les constats ci-dessous.

Pour retarder le premier rapport sexuel, la stratégie développée est l'abstinence au niveau des jeunes de moins de 18 ans. Pour toutes les autres cibles, toutes les stratégies de prévention sont

promues par la CCC : abstinence, fidélité ou préservatif. Environ 4 968 821 personnes ont été touchées par les activités CCC, de 2006 à 2008.

En matière de CCC, les interventions ont été développées sur toute l'étendue du territoire national. Bien qu'ayant un pool de formateurs en CCC, la stratégie nationale n'a pas été révisée. Les interventions ont très peu touché les populations rurales comparativement au milieu urbain. Cependant, il faut signaler que les projets financés par PEPFAR/ANADER, FM/CARE, FM/AIMAS, FM/ANADER sont prioritairement orientés vers les zones rurales (San Pedro, Dabou, Yamoussoukro, Bondoukou, Tanda, Abengourou, Bouaflé, Divo). Les autres zones rurales restent faiblement touchées par les activités CCC.

Par ailleurs, la loi sur l'excision n'a pas été vulgarisée comme prévue par le PSN et les activités relatives à l'abandon de la pratique de l'excision n'ont pas été rapportées. Pourtant, l'UNFPA et l'UNICEF ont financé ces activités que l'ONEF et l'ODAFEM doivent mettre en œuvre.

Tableau 4 : Nombre de personnes sensibilisées sur la période 2006-2008

| Partenaires | Années | 2006 | 2007 | 2008 | Cumul 2006-2008 |
|--------------|--------|----------------|------------------|------------------|--------------------|
| PEPFAR | | 195 666 | 1 217 799 | 1 389 340 | 2 802 805 |
| Care/ FM | | 4936 | 185 182 | 147 664 | 337 782 |
| OCAL/FM | | -- | -- | -- | -- |
| UNICEF | | 120 000 | 132 789 | 132 789 | 385 578 |
| UNFPA | | 101 002 | 185 269 | 151 436 | 437 707 |
| UNHCR | | -- | -- | 90 | 90 |
| AIMAS | | 327 450 | 334 327 | 343 353 | 1 005 130 |
| TOTAL | | 749 054 | 2 055 366 | 2 164 672 | 4 969 092 |

Source : Rapport d'activités des partenaires (2006-2008)

Les groupes cibles sont les jeunes de 15 à 24 ans, avec un accent particulier sur les moins de 18 ans, à travers des activités soutenues par l'UNICEF. Les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans sont ciblés par UNFPA à travers 13 centres d'écoute et de conseil (CEC). AIMAS, JHU/CCP, HOPE ont travaillé sur les aspects publicitaires (affiches, spots, prospectus). Les Corps Habillés et ex-combattants sont ciblés par le projet Opération Hautement Vulnérable (OHP) du PEPFAR et par UNFPA. Les populations rurales sont ciblées par les projets PEPFAR/ANADER et Fonds Mondial/ ANADER, les enseignants et élèves par le projet PEPFAR/MEN, les professionnels du sexe par le projet PAPO-HV avec le PEPFAR, les femmes enceintes pour la PTME, les hommes ayant des rapports avec les hommes par le projet New Partnership International (NPI/PEPFAR), les couples discordants, les réfugiés et déplacés internes ciblés par UNHCR et UNFPA.

4. Analyse et commentaires

Les intervenants en matière de CCC sont multiples et divers, ce qui contribue à accroître les activités dans ce domaine. La mise en œuvre des activités demande des financements importants donc attrayants pour les partenaires de mise en œuvre mais, les activités de ce domaine ne sont pas toujours bien suivies et, il n'existe pas d'outils consensuels de rapportage des activités. Par ailleurs, il n'y a pas, au niveau national, une structure ou une organisation leader qui assure la coordination dans ce domaine.

La quasi-totalité des cibles du plan stratégique sont touchées par les activités CCC. Certains projets ciblent des populations spécifiques. C'est le cas du projet PEPFAR/MEN qui cible les élèves, enseignants et leurs familles ; le Projet d'Assistance aux Populations Hautement Vulnérables (PAPO-HV) cible les professionnelles du sexe. Les projets soutenus par l'UNFPA ciblent les professionnelles du sexe, les jeunes ainsi que les hommes en uniforme et les personnes déplacées dans le cadre du projet Opération Haute Protection (OHP) pour les

hommes en uniforme et les personnes déplacées mis en œuvre par Population Service International (PSI) et le ministère de la défense.

En matière de CCC, les résultats attendus se mesureront à travers l'EDSCI-III prévue courant 2009. Mais, les résultats intermédiaires montrent que les stratégies sont développées sur le terrain par les PMO. Les stratégies "Promotion des pratiques culturelles à moindre risque de transmission du VIH" et "Promotion du document de stratégie nationale de CCC" sont peu visibles sur le terrain. Par ailleurs, il n'existe pas d'outils spécifiques pour les renseigner.

Les activités de CCC sont réalisées par les ONG, les OBC et les collectivités décentralisées. Selon le document de cartographie des ressources humaines, les activités de CCC sont menées sur toute l'étendue du territoire national avec une forte concentration dans les régions des Lagunes du Bas Sassandra, du Haut Sassandra, du Moyen Comoé et de la région des Montagnes.

Forces et opportunités

- Mise en place d'un programme national sur les populations clés plus exposées au risque d'infection par le VIH (populations hautement vulnérables).
- Mobilisation de ressources financières importantes pour les activités de CCC.
- Multiplicité des intervenants dans le domaine CCC.
- Existence d'un "Plan stratégique jeunes 2007-2009".
- Existence d'un pool national de formateurs en CCC.
- L'existence d'une Direction de l'Information et de la Communication (DIC) au sein du MLS.

Faiblesses et obstacles

- Absence de leadership clair par rapport au CCC (pas de coordination).
- Absence d'un cadre de concertation des intervenants en CCC.
- Absence d'évaluation du contenu et de la qualité des messages.
- Absence de normes de qualité.
- Absence d'un paquet minimum d'activités.

5. Recommandations

- Il est recommandé au MLS et au MSHP de redynamiser le groupe technique de travail en CCC, sous le leadership de la DIC/MLS, pour débattre des obstacles en matière de CCC afin d'y trouver des solutions adéquates.
- Il est recommandé au MLS d'impulser, et aux partenaires financiers d'appuyer davantage d'activités en faveur des populations clés plus exposées au risque d'infection par le VIH.
- Il est recommandé au MLS d'actualiser et vulgariser la stratégie nationale CCC afin que tous les acteurs se l'approprient pour des interventions de qualité.
- Il est recommandé au MLS de promouvoir et aux partenaires de mise en œuvre de d'intensifier les interventions CCC dans les zones rurales.

A.2. CONSEIL DÉPISTAGE VOLONTAIRE (CDV)

Selon l'OMS, le conseil en VIH/sida est "un dialogue confidentiel entre un client et un personnel soignant en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/sida. Le conseil consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs" (extrait du *Document de normes et directives des CDV*). Le conseil comprend trois étapes : le conseil pré-test, le conseil post-test et le suivi psychosocial. Mais entre le conseil pré test et le conseil post test, il y a le dépistage ou test qui permet de savoir si la personne est infectée par le VIH ou non. Ce test est volontaire.

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : "le Conseil et le Dépistage Volontaire étant la porte d'entrée de la prise en charge, il importe d'orienter les actions pour une plus grande couverture nationale qui permettra d'accroître le taux de fréquentation des CDV".

Objectifs : (1) augmenter la couverture nationale en CDV de 85 à 460 d'ici 2010 ; (2) augmenter le taux de dépistage volontaire de 6% à 25 % d'ici 2010.

Stratégies : (1) mise en œuvre du plan d'extension des CDV ; (2) communication accrue autour des CDV.

2. Ressources financières

A mi-parcours, comme le montre le tableau 5 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, les activités de Conseil et Dépistage Volontaire ont été financées à hauteur de 2,2 milliards de FCFA. Ce niveau de financement représente 2,65% du financement du PSN (86,1 milliards de FCFA) et 8,41% du financement de l'axe prévention pour 2006-2008. La lecture du tableau montre qu'en 2006, il y a un très grand dépassement budgétaire par rapport aux intentions de financement. Par rapport aux estimations budgétaires du PSN, l'on constate des dépassements budgétaires de 328,62% en 2007 et 201,03% en 2008.

Tableau 5 : Evolution du financement du DAP "CDV" par source, de 2006 à 2008

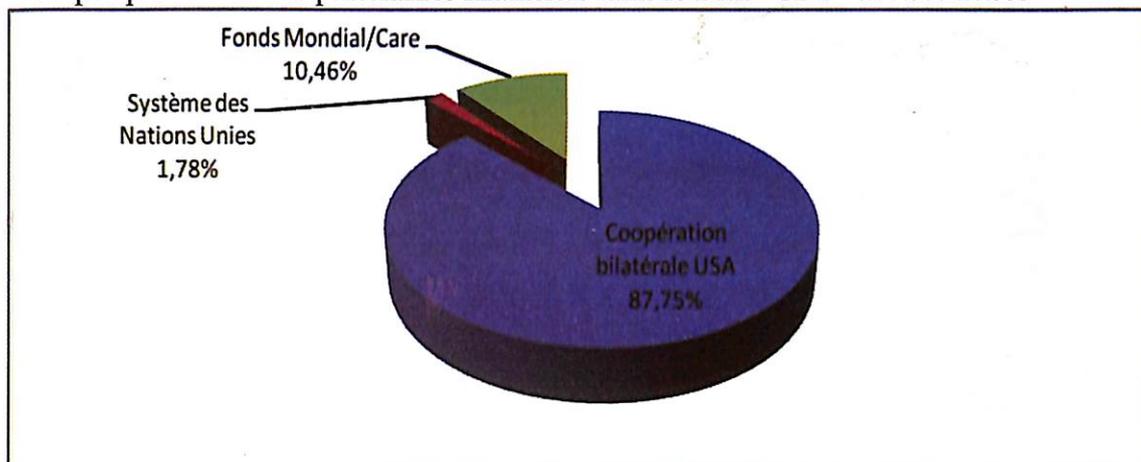
| Années | 2006 | 2007 | 2008 | Total | Pourcentage |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| Sources de financement | en FCFA | en FCFA | en FCFA | en FCFA | |
| Coopération bilatérale USA (PEPFAR) | 106 562 998 | 1 165 885 034 | 734 598 480 | 2 007 046 512 | 87,75% |
| Système des Nations Unies | 26 981 820 | 13 789 535 | - | 40 771 355 | 1,78% |
| Fonds Mondial/Care | 200 993 000 | 23 080 749 | 15 257 000 | 239 330 749 | 10,46% |
| Total REDES | 334 537 818 | 1 202 755 318 | 749 855 480 | 2 287 148 616 | 100,00% |
| Total TRMR | 132 000 000 | 2 034 000 000 | 1 979 000 000 | 4 145 000 000 | |
| Total estimation PSN | 359 000 000 | 366 000 000 | 373 000 000 | 1 098 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | 253,44% | 59,13% | 37,89% | 55,18% | |
| Taux d'exécution REDES/estimation PSN | 93,19% | 328,62% | 201,03% | 208,30% | |

Les prévisions de financement du "CDV" au niveau de la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) sur la période 2006-2008 étaient d'environ 23,7 milliards de FCFA. Le REDES n'a pu retracer que 2 milliards de FCFA, ce qui ne représente que 8,43% du total des prévisions.

Le graphique 3 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, montre que, ni l'Etat, ni le secteur privé, ni la coopération bilatérale (exceptés les USA) ne sont intervenus dans le financement du CDV durant la période 2006 à 2008. C'est la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) qui a financé ce DAP avec plus de 87,75% (2 milliards F CFA) du montant prévu (2,2

milliards de FCFA) pour 2006-2008. Le Fonds mondial et les agences du Système des Nations Unies sont aussi intervenus dans le financement de ce DAP à hauteur respectivement de 10,46% (239,3 millions de FCFA) et de 1,78% (40,7 millions de FCFA).

Graphique 3 : Part des partenaires financiers dans le DAP "CDV" de 2006 à 2008



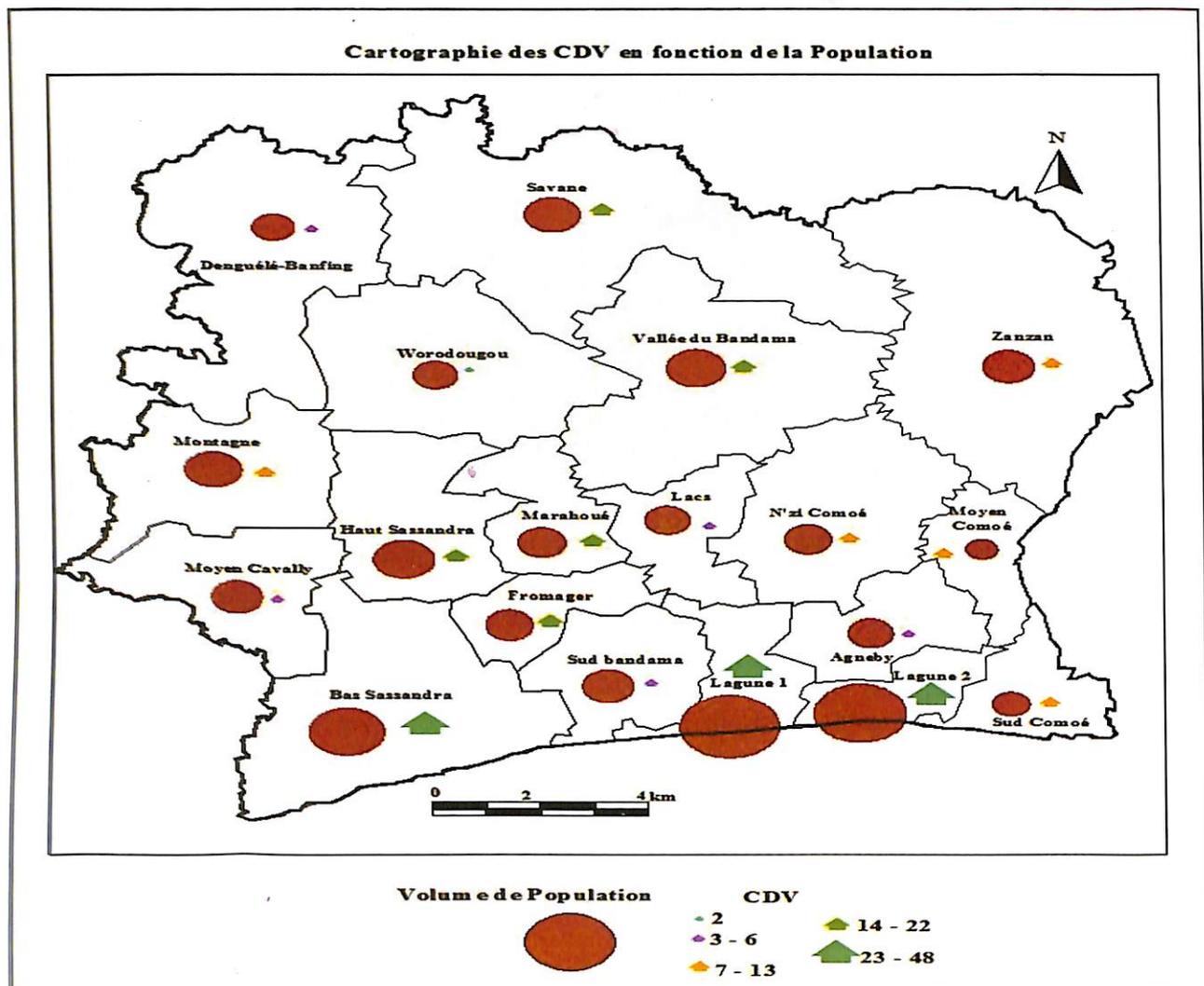
Par rapport au terme du PSN (2010), selon les informations financières obtenues à partir du REDES, le niveau de financement prévu pour le DAP "CDV" a été atteint, voire dépassé. Les intentions de financement se chiffraient à 2,24 milliards de FCFA alors que les données du REDES font état de 2,27 milliards de FCFA, ce qui représente un taux d'exécution de 102,06%. Cependant, quand on considère les estimations financières du PSN (8 milliards de FCFA), le montant actuel du financement du DAP "CDV" représente 26,38% de niveau d'exécution.

Les CDV autonomes se trouvent au sein de la communauté et permettent de capter toutes les personnes qui ne passent pas par un établissement sanitaire pour connaître leur statut sérologique. Les CDV autonomes sont soutenus par des partenaires financiers et techniques mais surtout avec l'appui des collectivités locales et des organisations de la société civile. En termes de ressources humaines, selon le rapport 2006 d'Alliance CI, la mise en place d'un CDV autonome requiert la formation d'un coordonnateur, d'un comptable, d'au moins deux conseillers, d'un bio-technicien et de conseillers communautaires, ce qui donne un minimum de six personnes. Leur activité consiste à faire le test de dépistage des clients à travers les tests rapides ou à travers le prélèvement d'échantillons de sang qu'ils acheminent dans les laboratoires pour l'analyse. Cette stratégie implique fortement la communauté et les collectivités locales dans la prise en charge de leur population.

3. Réalisations/ Processus & Résultats

Les cibles de l'accès universel introduites par l'addendum au PSN sont : (i) pourcentage de la population générale ou des populations clés à plus haut risque ayant reçu un test de dépistage VIH et qui sont informés du résultat ; (ii) taux de dépistage volontaire parmi la population générale ; (iii) nombre de population générale testée (CDV et PTME). Seul le 3^e indicateur, compris comme le nombre de personnes testées, est renseigné.

Concernant la couverture des interventions en matière de CDV, la cartographie montre que 14 districts ne disposent pas de centre de dépistage, ce sont les districts d'Attécoubé, Sikensi, Sakassou, Mankono, Kounahiri, Nassian, Mbahiakro, Prikro, Kouibly, Tingrela, Madinani, Minignan, Didievi, Tiebissou. Outre les régions des Lagunes, la région du Bas-Sassandra est fortement dotée en centres de dépistage, notamment le district de San Pedro qui en compte 19. Par ailleurs, le district de Gagnoa en compte 12, Daloa 10, Korhogo et Abengourou 8 et Bouaflé 6. (Evaluation des sites CDV, PTME et PEC en 2008 du PNPEC).



Le PSN 2006-2010 a prévu la mise en œuvre du plan d'extension des CDV et une communication accrue sur les CDV. Concernant la première stratégie, toutes les étapes retenues n'ont pas été réalisées. Les activités de CDV ont été intégrées dans les structures sanitaires et de nouveaux sites autonomes ont été créés. Ces résultats peuvent être observés dans le tableau 6 ci-dessous, extrait du rapport du PNPEC de 2008.

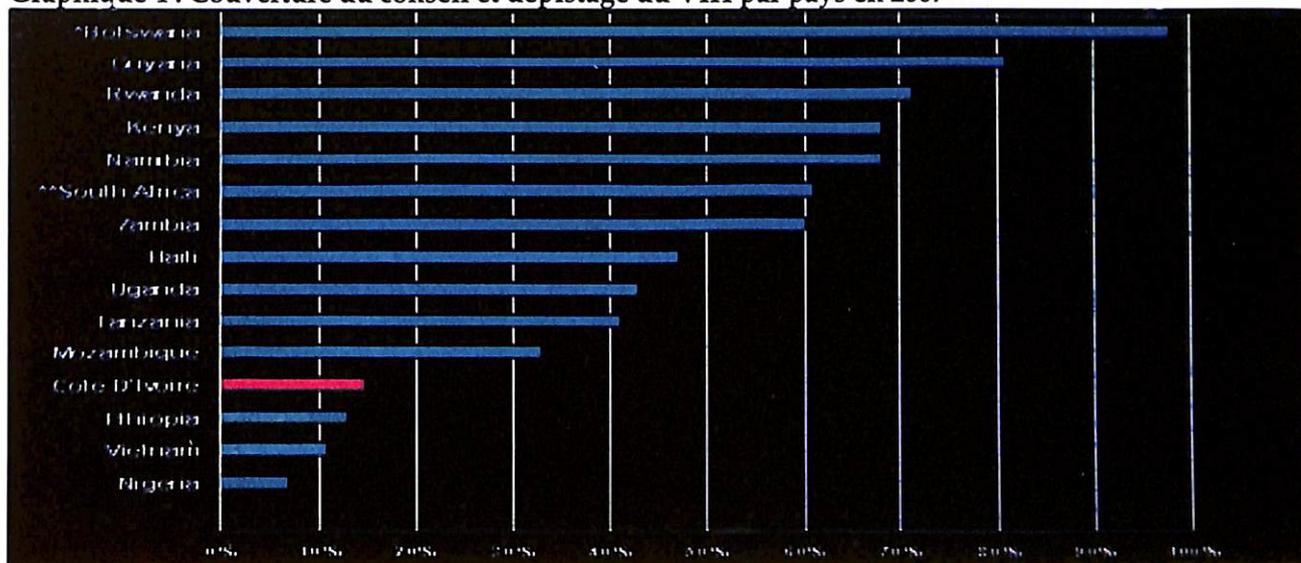
Tableau 6 : Quelques indicateurs de CDV de 2006 à 2008

| N° | Années | 2006 | 2007 | 2008 |
|----|--|--------|------------------------|----------------------------|
| | Indicateurs nationaux | | | |
| 01 | Nombre de sites de CDV fonctionnels | 85 | 111 (mi-juillet) | 287 |
| 02 | Nombre de personnes formées pour le CDV | -- | 226 (mars-décembre) | 419 (janvier-septembre) |
| 03 | Nombre de personnes conseillées et dépistées | 76 328 | 11 020 (idem) | 244 591 |

Source : Rapport PNPEC, 2008

Le nombre de CDV est passé de 85 en 2006 à 287 CDV fonctionnels en 2008. Les données disponibles ne ressortent pas le nombre des CDV intégrés et celui des CDV autonomes. En comparaison à d'autres pays africains, il ressort que la Côte d'Ivoire peut faire mieux quand on connaît son potentiel en ressources humaines de qualité (cf. graphique 4 ci-dessous).

Graphique 4 : Couverture du conseil et dépistage du VIH par pays en 2007



Source : Rapport 3e mission conjointe du groupe de travail inter-agences sur la PTME et la PECP en Côte d'Ivoire, septembre 2008

Pour ce qui est de la deuxième stratégie, deux étapes ont été prévues "promouvoir le CDV" avec pour indicateur le taux de fréquentation des CDV. Les résultats donnent un nombre de personnes conseillées et dépistées de 76 328 en 2006, 11 020 en 2007, puis 244 591 en 2008. On assiste à une augmentation du nombre de personnes dépistées entre 2006 et 2008. Une enquête pourra renseigner le "taux de fréquentation des sites CDV". Quant à l'indicateur "nombre de personnes dépistées venues retirer leur résultat", le PNPEC ne donne aucun chiffre. Le PEPFAR donne le chiffre de 175.322 que se partagent ACONDA, Alliance Côte d'Ivoire, ANADER, CARE, EGPAF, FHI et PSI.

L'actualisation des normes et directives serait en cours de préparation et un plan de formation en CDV serait en cours d'élaboration. Ces documents devront intégrer les nouvelles stratégies telles que le Conseil Dépistage à l'Initiative de Prestataire (CDIP) et le Conseil Dépistage à Base Communautaire (CDBC).

"L'identification des ONG et partenaires à impliquer dans les activités de formation des conseillers en CDV et la préparation des activités de formation des techniciens de laboratoires et des conseillers en CDV sont en cours" selon le *Rapport UNFPA 2008*.

4. Analyse et commentaires

Les interventions sur la période de 2006 à 2010 devraient permettre l'atteinte des deux objectifs principaux du DAP. Le plan d'intensification de la prévention a défini des objectifs intermédiaires dont le premier est d'attendre 300 CDV fonctionnels en 2008. Cet objectif est presque atteint, étant donné qu'il existe 287 CDV fonctionnels pour la période visée. Le gap pourra être comblé en 2009-2010, si la dynamique reste maintenue.

L'augmentation du taux de dépistage volontaire de 6% à 25 % d'ici 2010, qui est le deuxième objectif, pourra être renseigné avec l'EDSCI-III qui sera réalisée au courant de l'année 2009.

Forces et opportunités

- Présence et implication des partenaires au développement et des organisations non gouvernementales.
- Développement des activités dans les zones Centres Nord Ouest (CNO).

- Disponibilité des fonds pour la mise en œuvre au travers du Fonds Mondial, PEPFAR, UNITAID, UNICEF, UNFPA et autres Partenaires Techniques Financiers.

Faiblesses et obstacles

- Taux de dépistage relativement faible malgré tout l'appui financier.
- Faible intégration des activités de CD dans les services de santé.
- Faiblesse du système de référence et contre référence entre les structures de soins et de soutien.
- Faible niveau d'implication et d'engagement des communautés.
- Absence de stratégies pour l'implication des conjoints.
- Non utilisation de toutes les portes d'entrée pour le dépistage des enfants.

5. Recommandations au MLS et au MSHP

- Promouvoir la participation et l'engagement communautaire afin d'accroître le taux de fréquentation et de dépistage du VIH chez les populations sexuellement actives et promouvoir le dépistage chez les enfants.
- Actualiser le document de normes et directives en matière de CDV tel que planifié dans le PSN 2006-2010.
- Vulgariser de nouvelles stratégies biologiques (Dépistage au bout des doigts) afin de les rendre disponibles et permettre à un plus grand nombre de personnes d'avoir accès au dépistage du VIH.
- Se rapprocher du groupe de travail inter-agences pour la PTME et la PECP en Côte d'Ivoire qui a réalisé la 3^e mission conjointe en septembre 2008, pour faire le point des recommandations de cette mission conjointe et mettre en œuvre celles qui sont encore d'actualité.
- Réaliser une carte des sites CDV par district sanitaire afin de mieux apprécier la couverture géographique et mieux gérer le programme d'extension des sites CDV.

A.3. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT (PTME)

"Comme l'indiquent les résultats de l'EIS de 2005, les femmes sont plus affectées que les hommes avec un taux de prévalence de 6,4 % contre 2,9%. Les jeunes filles sont de plus en plus touchées par la maladie. Les données témoignent d'un visage de plus en plus féminin que continue de prendre l'épidémie de VIH/sida dans le pays". (Extrait du PSN 2006-2010).

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : le Rapport de la 3^e mission conjointe du groupe de travail inter-agences sur la PTME et la PECP en Côte d'Ivoire, septembre 2008 campe assez bien la problématique de la PTME en Côte d'Ivoire : "les résultats escomptés ne sont pas à la mesure des expertises nationales et des ressources disponibles. La Côte d'Ivoire est classée parmi les pays les moins performants au monde en matière de PTME et de PECP", alors que l'épidémie de VIH/sida se féminise.

Objectifs : (1) d'ici 2010, augmenter de 10 % à 70% les structures de consultation prénatale offrant des services de PTME ; (2) d'ici 2010, augmenter le taux de dépistage des femmes enceintes de 21% à 50% ; (3) d'ici 2010, réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant de 13 % à 5% chez les femmes bénéficiant des activités de PTME.

Stratégies : (1) mise en œuvre du plan d'extension PTME ; (2) mise en œuvre du plan intégré de communication pour la PTME ; (3) mise en place d'approches novatrices en matière de PTME.

2. Ressources financières

Il découle des données obtenues à partir du REDES que la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) a été financée à hauteur de 3,8 milliards de FCFA sur la période 2006 à 2008. Ce qui représente 4,42% du financement global du PSN et 14% du financement de l'axe prévention.

Le tableau 7 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, montre l'évolution des financements du DAP "Transmission Mère-Enfant" de 2006 à 2008, en fonction des sources. On constate que l'Etat, le secteur privé et le Fonds Mondial seraient restés en marge des activités de la PTME. Le rapport "informations REDES/intentions de financement (TRMR)", est passé de 59,11% en 2006 à 80,83% en 2008 en passant par 67,59% en 2007. Cependant, le rapport "informations REDES/Estimations PSN" est passé de 72,59% en 2006 à 194,98% en 2008 en passant par 226,89% en 2007. En prenant en compte ces deux dernières informations, on pourrait conclure qu'il y a eu des dépassements budgétaires sur les années 2007 et 2008.

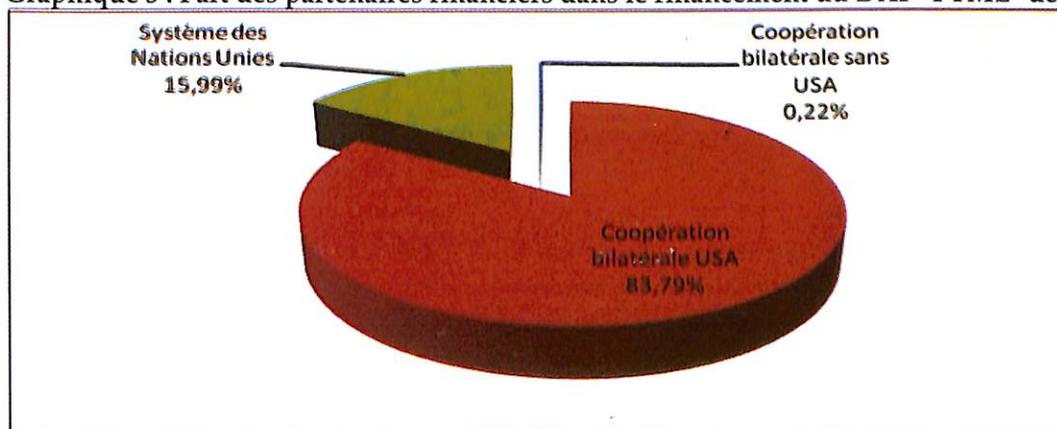
Tableau 7 : Evolution du financement du DAP "PTME" par source, de 2006 à 2008

| Années | 2006 | 2007 | 2008 | Total | Pourcentage |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| Sources de Financement | en FCFA | en FCFA | en FCFA | en FCFA | |
| Coopération bilatérale sans USA | 3 500 000 | -- | 5 020 000 | 8 520 000 | 0,22% |
| Coopération bilatérale USA | 529 403 100 | 1 000 000 000 | 1 660 446 517 | 3 189 849 617 | 83,79% |
| Système des Nations Unies | 7 919 765 | 489 669 940 | 111 094 333 | 608 684 038 | 15,99% |
| Total REDES | 540 822 865 | 1 489 669 940 | 1 776 560 850 | 3 807 053 655 | 100,00% |
| Total TRMR | 915 000 000 | 2 204 000 000 | 2 198 000 000 | 5 317 000 000 | |
| Total estimations PSN | 745 000 000 | 764 000 000 | 783 000 000 | 2 292 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | 59,11% | 67,59% | 80,83% | 71,60% | |
| Taux d'exécution REDES/Estimation PSN | 72,59% | 194,98% | 226,89% | 166,10% | |

En termes d'intervenants dans le financement de la PTME, sur la période de 2006 à 2008, comme l'illustre le graphique 5 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, la coopération bilatérale américaine, avec près de 83,79% (3,1 milliards de FCFA) est le principal partenaire financier pour ce DAP. Les autres sources de financement sont les agences du Système des Nations Unies (SNU) avec 608 millions de FCFA soit 15,99% et la coopération bilatérale sans les USA avec 0,22% du financement de ce DAP, pour la période 2006-2008 (cf. graphique 5 ci-dessous réalisé à partir des données du REDES).

La coopération bilatérale américaine (PEPFAR) est la principale source de financement de la PTME en Côte d'Ivoire. Cependant le montant cumulé de 3,1 milliards de FCFA recueilli à travers le REDES ne représente qu'environ 10,50% des prévisions de financement de PEPFAR qui sont estimées à 29,5 milliards de FCFA.

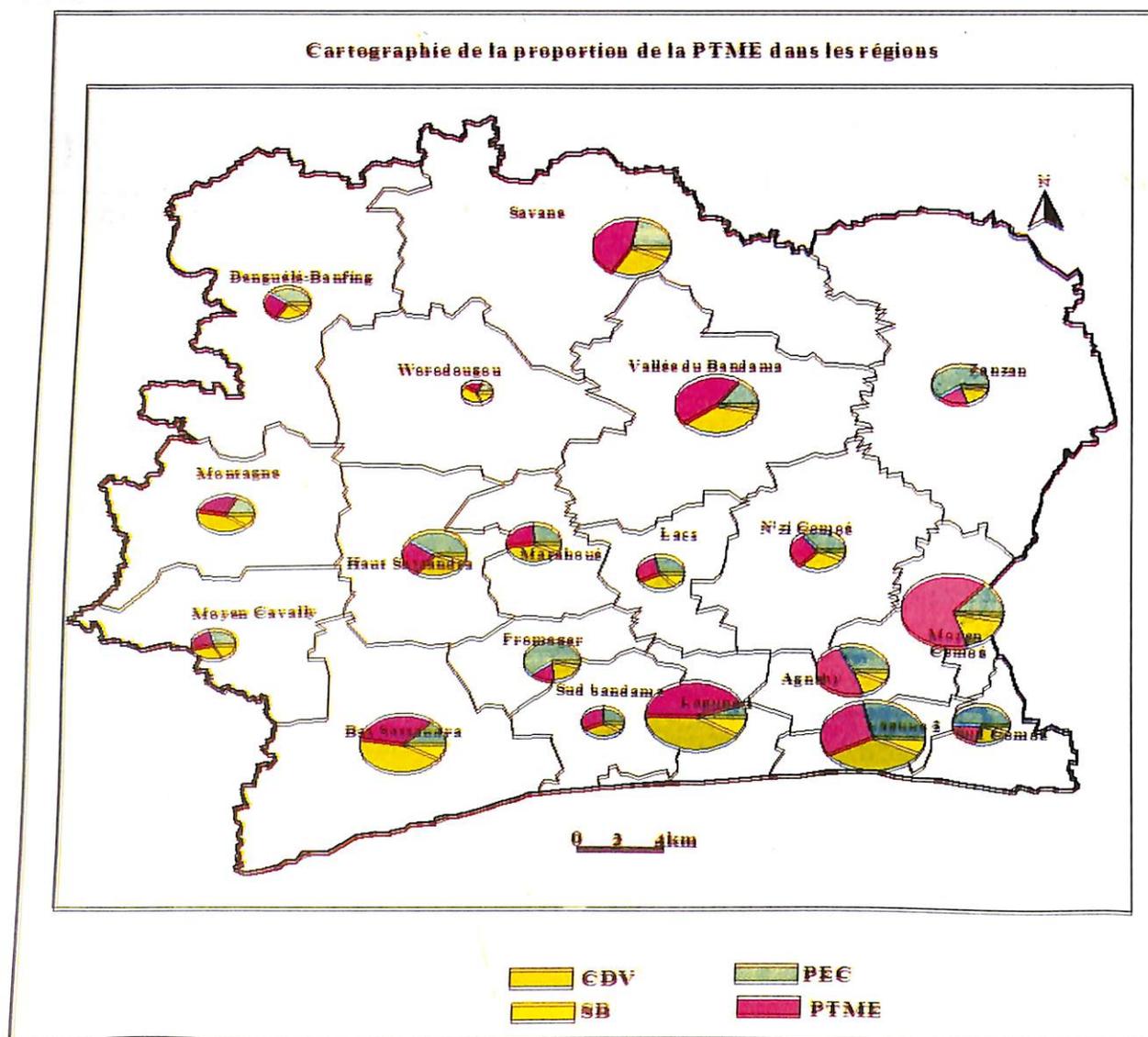
Graphique 5 : Part des partenaires financiers dans le financement du DAP "PTME" de 2006 à 2008



Par rapport à 2010, terme du PSN, le montant mobilisé représente 41,94% des intentions de financement (9,07 milliards de FCFA) et 97,17% des estimations budgétaires du PSN (3,91 milliards de FCFA).

3. Réalisations/ Processus & Résultats

C'est au niveau de la PTME qu'on note le plus d'indicateurs de l'accès universel à ajouter au PSN 2006-2010. Il s'agit de : (i) pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant une prophylaxie complète ARV pour réduire le risque de transmission materno-fœtale ; (ii) nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant une prophylaxie complète ARV pour réduire le risque de transmission materno-fœtale ; (iii) taux de dépistage volontaire des femmes enceintes/taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant ; (iv) pourcentage de femmes enceintes testées par an parmi celles qui sont reçues en CPN et conseillées ; (v) pourcentage des partenaires (de femmes enceintes) qui sont conseillés par an ; (vi) pourcentage annuel des partenaires (des femmes enceintes) qui sont testés parmi ceux qui ont été conseillés ; et, (vii) pourcentage d'enfants nés de mères séropositives et qui sont testés à partir de 12 mois.



"En 2007, malgré le nombre croissant des structures offrant des services de PTME, seulement 10% d'environ 1 million de femmes enceintes attendues ont eu accès au conseil et dépistage du VIH dans le cadre de la PTME. Parmi les 3 711 femmes dépistées séropositives au VIH, 74% ont bénéficié de prophylaxie ARV et très peu d'enfants nés de mère infectées par le VIH ont été dépistés. Seuls 1873 ont été mis sous traitement sur les 40 000 enfants vivant avec le VIH selon les estimations de l'ONUSIDA. En effet, un an après la mission conjointe de septembre 2008, les parties prenantes de la mise en œuvre de la PTME et la PECP ne s'inscrivent pas tous dans le plan de passage à échelle. Les résultats escomptés ne sont pas à la mesure des expertises nationales et des ressources disponibles. La Côte d'Ivoire est classée parmi les pays les moins

performants au monde en matière de PTME et de PECP (cf. graphique 6) tandis que le début de cette intervention était prometteur". *Rapport 3e mission conjointe du groupe de travail inter-agences sur la PTME et la PECP en Côte d'Ivoire, septembre 2008.*

Les valeurs de l'indicateur "taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant" et celles des indicateurs de l'accès universel de l'addendum au PSN ne pourront être connues que par une enquête. Quant au "nombre de femmes enceintes séropositives au VIH recevant une prophylaxie complète ARV", selon les données du PEPFAR, il est 3.100 en 2006 ; 4.780 en 2007 ; et, 4.620 en 2008. Le PNPEC donne un chiffre de 6.909 pour l'année 2008.

Le nombre d'enfants nés de mères séropositives sous prophylaxie ARV est de 1.115 pour l'année 2008, selon les informations obtenues du PNPEC aux ateliers thématiques.

Pour le passage à échelle de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, les stratégies développées sont essentiellement : l'augmentation du nombre de districts sanitaires offrant des services de PTME et, surtout l'augmentation du nombre de centres de santé réalisant des CPN et offrant des services de PTME. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau 8 ci dessous.

Tableau 8 : Liste de quelques indicateurs nationaux sur la PTME

| N° | Indicateurs | Valeur 2006 | | Valeur 2007 | | Valeur 2008 | |
|----|--|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|
| | | Cible | Réalisé | Cible | Réalisé | Cible | Réalisé |
| 01 | Nombre de sites de PTME fonctionnels | | 147 | 158 | 214 | 243 | 316 |
| 02 | Nombre de femmes enceintes conseillées et testées | | 56253 | | 48574 | 399.000 | 178.119 |
| 03 | Nombre de femmes enceintes sous protocole ARV (file active) | | 2773 | | 1890 | | 6909 |
| 04 | Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu une prophylaxie ARV | | 2402 | | 1672 | | 1115 |
| 05 | Nombre de femmes sous CTX | | ND | | ND | | ND |
| 06 | Nombre d'enfants sous prophylaxie | | ND | | ND | | ND |
| 07 | Nombre de laboratoires de diagnostic précoce chez les nouveaux nés | | 01 | | 01 | | 03 |
| 08 | Nombre de personnes formées pour la PTME | | | | 350 | | 460 |

Source : Rapport 2008, PNPEC

En 2008, selon le plan de passage à échelle, sur 399.000 femmes enceintes qui devraient être conseillées et testées, seulement 178.119 l'ont été, soit un taux de réalisation de 44,64%.

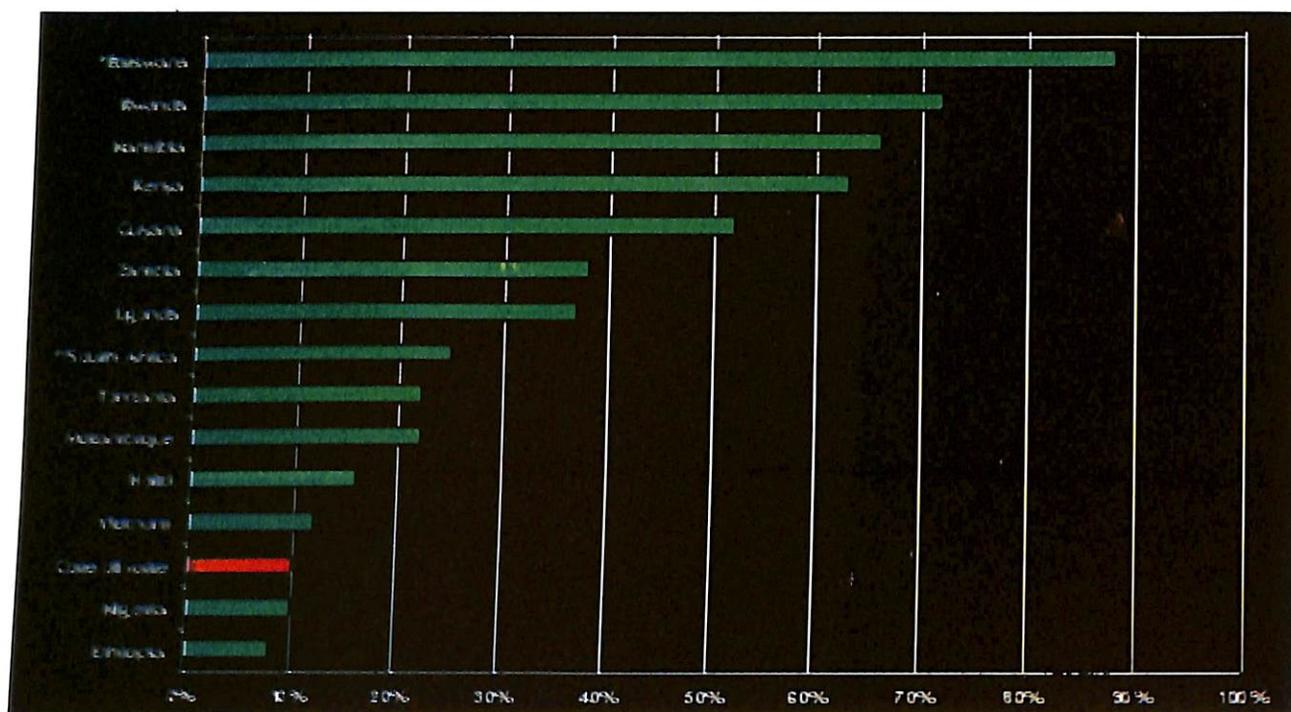
Au niveau de la mise en place des approches novatrices, le Plan de passage à échelle de la PTME a été actualisé en janvier 2008. La politique nationale a été révisée en 2006 et le manuel de procédures a été révisé en 2006 et en 2008.

La Côte d'Ivoire compte 69 districts sur 83 disposant d'au moins un site PTME. Par rapport à la cible fixée en 2008 qui est de 68 districts, l'objectif a été atteint. Cependant, 14 districts restent à couvrir. Il faut noter que le nombre de districts que compte le pays est passé de 72 à 83 depuis fin 2007. En terme de couverture géographique, l'objectif est loin d'être atteint car, sur environ 900 structures qui délivrent des services de CPN, seulement 371 font de la PTME. Il y'a donc une insuffisance en matière d'offre de service de PTME. Ainsi, sur les résultats attendus de "70% des structures de consultations prénatales offrant des services PTME", il y a actuellement 41,20%.

Beaucoup de prévisions du PSN n'ont pas été réalisées, à mi-parcours. Les nouvelles directives seraient en cours d'élaboration car, la production du rapport de la mission conjointe pour la PTME en septembre 2008 en était un préalable. Le Plan Intégré de Communication pour la PTME n'a pas été actualisé. De nouvelles directives (dépistage, prophylaxie, diagnostic) n'ont

pas été élaborées. Dans l'urgence, des circulaires auraient été prises et diffusées dans les formations sanitaires. Un des résultats attendus est "au moins 50% des femmes enceintes sont dépistées et connaissent leur résultat", il semblerait que les données pour renseigner cet indicateur n'existent pas.

Graphique 6 : Couverture Prophylaxie ARV chez les femmes enceintes séropositives, par pays en 2007



Source : Rapport 3e mission conjointe du groupe de travail inter-agences sur la PTME et la PECP en Côte d'Ivoire, septembre 2008

Le graphique 6 ci-dessus montre que la Côte d'Ivoire un des pays où la couverture en matière de prophylaxie ARV chez les femmes enceintes séropositives est la plus faible, en 2007.

4. Analyse et commentaires

Les faibles performances de la PTME semblent liées aux insuffisances de l'approvisionnement des laboratoires en intrants, à la mobilité du personnel médical et à la peur des femmes d'être victimes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH. En effet, la présentation du PEPFAR aux ateliers thématiques a été suivie de commentaires mettant en exergue le fait que les cibles fixées en sont jamais atteints et que les dysfonctionnements du système sanitaire ne sont pas étrangers à cette contre-performances.

Effectivement, les faibles performances de la PTME se comprennent d'autant moins que les sources de financement sont nombreuses et que les compétences existent dans le pays. L'Etat ivoirien, le PEPFAR, le Fonds Mondial, l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA, l'UNITAID, la Fondation Clinton, sont des sources de financement potentielles pour la PTME et la PECP en Côte d'Ivoire.

"Au niveau de l'intégration CDV/PTME dans les structures de santé, un arrêté sur les examens du bilan prénatal intégrant le dépistage du VIH a été pris par le Ministère de la Santé. Notons également la révision des directives en matière de dépistage et conseil du VIH". Rapport UNFPA 2008

Des progrès énormes ont été faits dans le domaine de la PTME, cependant des efforts restent à faire en matière de couverture de services PTME et au niveau de la population cible à toucher. La mise en œuvre de la PTME, se fait à travers trois stratégies dont deux n'ont pas été réalisées.

En terme de couverture des interventions, la cartographie montre que 14 districts ne disposent pas de centre de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Ce sont les districts de

Sakassou, Dabakala, Katiola, Mankono, Kounahiri, Bouna, Nassian, Prikro, Toulepleu, Tingrela Madinani, Minignan, Didievi et de Tiebissou. Ces 14 districts ont besoin d'intégrer les activités de PTME dans les structures de santé.

Forces et opportunités

- L'accroissement important du nombre de sites de PTME entre 2006 et 2008.
- L'existence de quatre (4) centres qui font le dépistage précoce des nouveau-nés.
- La révision des normes et directives en matière de PTME.

Faiblesses et obstacles

- L'insuffisance de couverture en sites PTME au niveau national.
- La concentration des 4 laboratoires réalisant la PCR à Abidjan (RETROCI, CEDRES, CIRBA, Institut Pasteur).
- L'insuffisance dans le suivi et la PEC des mères séropositives et des nouveaux nés de mères séropositives.

5. Recommandations au PNPEC

- Achever la mise en œuvre du plan d'extension PTME et intensifier les actions en faveur de la population concernée afin d'atteindre les objectifs fixés pour 2010.
- Réaliser la carte des sites PTME par district sanitaire pour mieux gérer le plan d'extension et assurer une couverture harmonieuse.
- Accroître la PEC des mères séropositives et des nouveaux-nés de mères séropositives en vue de réduire la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.
- Envisager la mise en place d'autres stratégies novatrices surtout dans les domaines du dépistage et de la communication autour de la PTME afin de réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

A.4. PRÉVENTION PAR LE PRÉSERVATIF (MASCULIN ET FÉMININ)

"La lutte contre le VIH/sida a connu de réels succès avec le préservatif (diminution des IST avec augmentation des ventes de préservatifs). Cependant, selon l'EIS 2005, seul 12% des femmes et 30% des hommes ont déclaré avoir utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques". Il existe un vaste programme de promotion et de marketing social du préservatif soutenu par une dotation nationale importante.

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : malgré son efficacité prouvée, l'utilisation systématique du préservatif masculin reste faible. On note également que l'utilisation du préservatif féminin est quasi inexistante. Son coût est jugé trop élevé et la technique d'utilisation difficile.

Objectifs : (i) augmenter de 40% à 50% la proportion de personnes utilisant systématiquement et correctement les préservatifs masculins ; (ii) d'ici 2010 amener 5% des femmes sexuellement actives à utiliser systématiquement et correctement les préservatifs féminins lors des rapports sexuels à risque

Stratégie : la promotion des préservatifs masculin et féminin dans les divers groupes cibles prioritaires est la stratégie retenue pour atteindre ces objectifs.

2. Ressources financières

Le DAP "Prévention par le préservatif", avec un financement de 10,02 milliards de FCFA est l'un des DAP qui a reçu le plus de contributions au cours de la période 2006 à 2008. Ce montant représente 36,86% du financement de l'axe prévention et 11,63% du financement global du PSN.

L'exploitation des données du REDES n'a pas permis d'apprécier la participation de l'Etat dans la prévention par le préservatif alors que ce dernier mène beaucoup d'action. Hormis ce fait, la coopération bilatérale sans les USA à travers principalement la KfW par le biais de AIMAS avec une contribution de 5,26 milliards de FCFA soit 52,58%, représente la principale source de financement de la "Prévention par l'utilisation du préservatif". Outre les agences du Système des Nations Unies (SNU), et principalement l'UNFPA, dont la contribution cumulée est de 153 millions de FCFA, les autres sources comme PEPFAR et le Fonds Mondial sont à des niveaux de financement cumulé de, respectivement, 785 millions de FCFA et 791 millions de FCFA. Le secteur privé intervient aussi dans le financement de la prévention par le préservatif mais il s'agit surtout de la contribution des ménages qui se situe à 3,02 milliards de FCFA (30,16%).

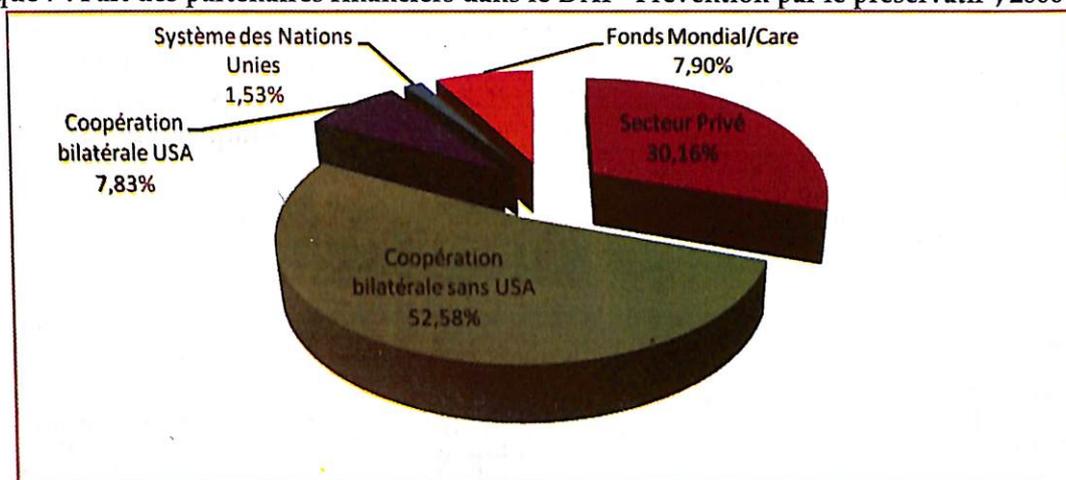
A l'analyse du rapport "informations REDES/intentions de financement (TRMR)", on constate que ce dernier est successivement de 714,58% en 2006 ; 144,83% en 2007 ; et de 153,26% en 2008. Il existerait donc un dépassement budgétaire dont le plus élevé se situe en 2006 (3,15 milliards dépensés sur les 442 millions de FCFA escomptés). Quant au rapport "informations REDES/Estimations PSN", il est supérieur à 80% durant les 3 années considérées.

Tableau 9 : Evolution du financement du DAP "Prévention par le préservatif" par source, de 2006 à 2008

| Années | 2006 | 2007 | 2008 | Total | Pourcentage |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| Sources de Financement | en FCFA | en FCFA | en FCFA | en FCFA | |
| Secteur Privé | 1 368 456 826 | 1 654 490 665 | --- | 3 022 947 491 | 30,16% |
| Coopération bilatérale sans USA | 1 668 508 500 | 1 768 291 365 | 1 832 836 644 | 5 269 636 509 | 52,58% |
| Coopération bilatérale USA | 99 999 575 | -- | 685 000 536 | 785 000 111 | 7,83% |
| Système des Nations Unies | 21 467 775 | 6757 500 | 125 378 346 | 153 603 621 | 1,53% |
| Fonds Mondial/Care | -- | --- | 791 398 002 | 791 398 002 | 7,90% |
| Total REDES | 3 158 432 676 | 3 429 539 530 | 3 434 613 528 | 10 022 585 734 | 100,00% |
| Total TRMR | 442 000 000 | 2 368 000 000 | 2 241 000 000 | 5 051 000 000 | |
| Total estimation PSN | 3 977 000 000 | 4 030 000 000 | 4 083 000 000 | 12 090 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | 714,58% | 144,83% | 153,26% | 198,43% | |
| Taux d'exécution REDES/Estimation PSN | 79,42% | 85,10% | 84,12% | 82,90% | |

Le graphique 7 ci-dessous, issu de l'exploitation des données du REDES, donne la répartition des financements en fonction des sources et permet de voir que dans le domaine de la prévention par l'utilisation du préservatif, la coopération bilatérale (en dehors des USA) est le principal partenaire financier de la Côte d'Ivoire. Plus particulièrement, il s'agit de la coopération allemande à travers la KfW.

Graphique 7 : Part des partenaires financiers dans le DAP "Prévention par le préservatif", 2006-2008



3. Réalisations/ Processus & Résultats

Les cibles de l'accès universel retenues dans l'addendum sont : (i) nombre de préservatifs distribués annuellement par le secteur public et le secteur privé ; (ii) pourcentage de la population utilisant le préservatif.

L'Agence Nationale de Marketing Social (AIMAS) assure l'approvisionnement et la distribution de la marque "Prudence". Son partenaire financier est KfW et elle s'appuie sur les centrales d'achats CDCI, Prosuma, SOCOCE et 2.Com pour la distribution. Des agents de AIMAS couvrent la zone gouvernementale par la distribution de préservatifs dans les différents points de vente. Une autre partie appelée échantillon est distribuée gratuitement aux organisations de la société civile et aux structures étatiques. En dehors de AIMAS, le circuit pharmaceutique distribue d'autres marques de préservatif.

Concernant les intervenants dans la promotion du préservatif, AIMAS est le leader dans la distribution des préservatifs en Côte d'Ivoire au vu des données disponibles. Elle travaille avec des sous-partenaires appelés "grossistes" ou "Centrales d'achats" qui l'aident dans la distribution du produit. Ce sont : CDCI, Prosuma SOCOCE et 2.Com. En plus de AIMAS, les structures comme l'AIBEF, PSI, l'UNFPA, le PEPFAR, le Ministère de la santé à travers le PNSRPF, le Ministère de la Lutte contre le Sida et les ONG locales interviennent dans la promotion et dans la distribution des préservatifs.

Dans le secteur de la santé publique, le Programme Santé de la Reproduction et Planification Familiale (PNSRPF) est leader dans l'approvisionnement et la distribution des préservatifs, en collaboration avec la PSP. Le PNSRPF est responsable de la coordination des activités liées aux condoms masculins et féminins. L'UNFPA est le seul fournisseur national du secteur public et la principale source d'approvisionnement des ONG nationale et internationale intervenant dans la santé de la planification familiale et la santé de la reproduction, incluant le VIH/sida. Les préservatifs vendus en pharmacie ne sont pas rapportés. Par contre, ceux approvisionnés auprès de AIMAS distribués par AIBEF, le PNSRPF, le MLS, CARE ont été pris en compte dans le tableau 10 ci-dessous.

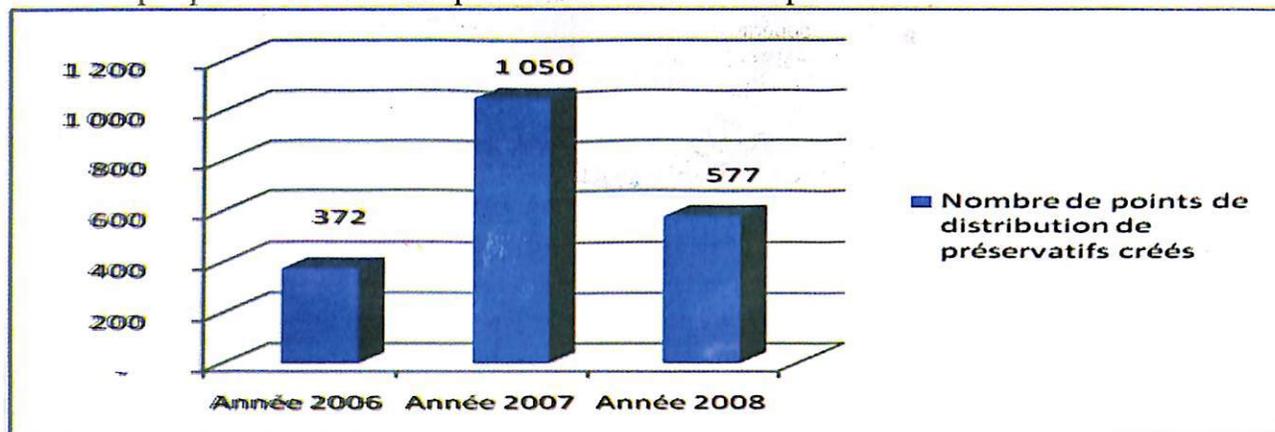
Tableau 10 : Liste des indicateurs du DAP "Prévention par le préservatif"

| N° | Indicateurs | Valeur 2006 | | Valeur 2007 | | Valeur 2008 | |
|----|--|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | | Prévu | Réalisé | Prévu | Réalisé | Prévu | Réalisé |
| 01 | Nombre de préservatifs masculins distribués | | 25 968 089 | | 28 320 160 | | 29 201 072 |
| 02 | Nombre de préservatifs féminins distribués | | 3 465 | | 36 028 | | 28 646 |
| 03 | Nombre de points de distribution de préservatifs créés | | 372 | | 1 050 | | 577 |

Source : Rapports d'activités 2006-2008, AIMAS, UNFPA

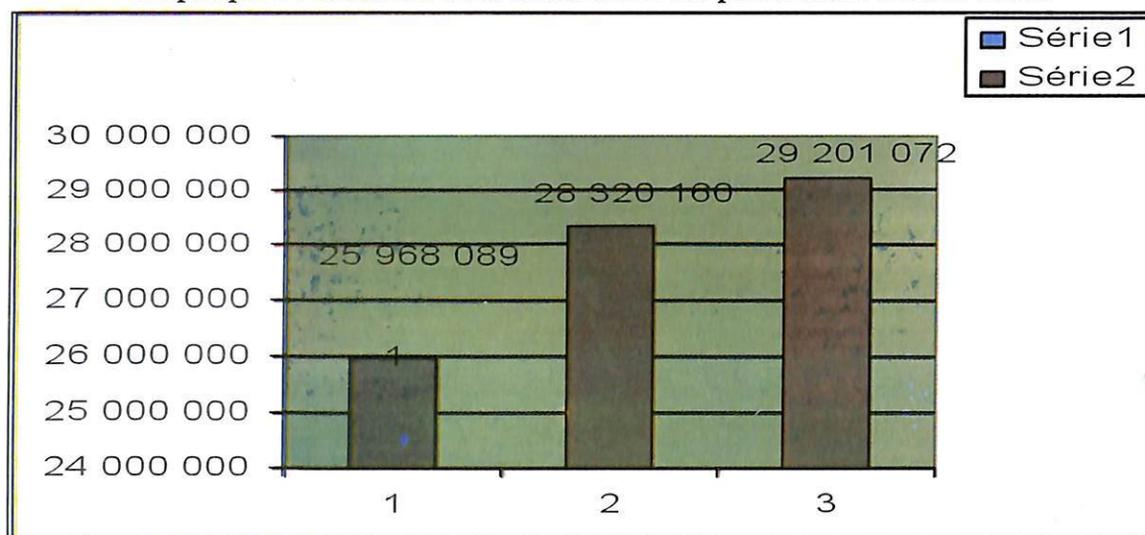
Le préservatif masculin est le plus distribué. La force de pénétration du marché des préservatifs féminins demeure encore très faible. Cela est démontré par les chiffres du tableau 10 ci-dessus. On a 3 465 préservatifs féminins distribués en 2006, il y en a 36 028 en 2007 et 28 646 en 2008. Quant aux préservatifs masculins, pour un objectif fixé à 100 000 000 de préservatifs à distribuer, 83 489 321 préservatifs ont pu être distribués de 2006 à 2008 (voir graphiques 8 et 9 ci-dessous).

Graphique 8 : Evolution des points de distribution des préservatifs de 2006 à 2008



Source : Rapports d'activités 2006-2008, AIMAS, UNFPA

Graphique 9 : Evolution de la distribution des préservatifs de 2006 à 2008



Source : Rapports d'activités 2006-2008, AIMAS, UNFPA

En 2008, il y a eu 29.201.072 préservatifs qui ont été distribués au niveau national dont 17.646 préservatifs féminins. La cible était de 105.000.000 de préservatifs pour 2008, ce qui représente un taux de distribution des préservatifs de 27%. Ce taux reste toujours très faible.

La distribution des préservatifs se fait sur toute l'étendue du territoire national. Le Projet OCAL couvre la zone de Bassam à Noé, AIMAS couvre tout le reste de l'étendue du territoire national. Les pharmacies vendent d'autres marques de condoms.

4. Analyse et commentaires

Le programme SR est le chef de file "naturel" pour ce qui concerne les préservatifs. Le style de travail peu ouvert, la non implication du MLS et d'autres acteurs du domaine des préservatifs, nuit à la coordination qui est quasi-inexistante. Le PNSRPF et le MLS n'ont pas les données sur l'approvisionnement et la distribution des préservatifs en Côte d'Ivoire. La quantité des condoms vendus en pharmacie n'est pas connue.

Le préservatif féminin a du mal à "entrer dans les mœurs". Sa disponibilité ne semblant pas poser de problème, une étude centrée sur son acceptabilité et son utilisation pourrait déterminer

s'il s'agit d'un rejet par les femmes du fait de son coût relativement élevé ou du fait de l'inconfort de son utilisation.

Concernant les réalisations, le premier indicateur est le plan de marketing social pour les préservatifs masculin et féminin. Le plan de marketing n'existe ni pour le condom masculin, ni pour le condom féminin. AIMAS fait le marketing social pour son propre compte. Quant aux deux autres indicateurs que sont : (i) le nombre de personnes utilisant systématiquement et correctement le préservatifs et, (ii) le nombre de femmes utilisant systématiquement et correctement les préservatifs féminins lors de rapports sexuels à risque, ils pourront être renseignés par l'EDSCI-III. Selon l'Analyse de la situation réalisée en 2007 par le ministère de la santé : "le condom féminin est rarement utilisé et rarement disponible. Parmi ceux qui connaissent le condom féminin et qui l'utilisent, la plupart pensent que le coût d'acquisition de 100 FCFA est élevé comparé à celui du condom masculin. Il est reproché au condom féminin d'être "grossier" et bruyant. Les professionnelles du sexe affirment que le condom féminin fait perdre du temps lors de son insertion donc fait perdre de la clientèle".

Les résultats sur l'utilisation du préservatif au niveau de la population générale ne sont pas disponibles. Ce sont des indicateurs d'impact qui ne peuvent être obtenus qu'après enquête au sein de la population. Cependant l'étude socio-comportementale auprès des professionnelles du sexe faite en 2005 sous l'égide de FHI/IMT/ENSEA a montré que 95,9% d'entre elles déclarent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Forces et opportunités

- Existence de partenaires financiers et techniques pour le préservatif.
- Disponibilité de personnes ressources qui ont été formées pour la distribution des préservatifs.
- Subvention substantielle du préservatif masculin.

Faiblesses et obstacles

- Persistance d'opinions négatives sur l'utilisation des condoms.
- Non respect des normes de conditions de stockage au niveau de certains points de distribution (tabliers).
- Absence de leadership véritable et de coordination.
- Forte dépendance du pays vis-à-vis des partenaires par rapport à l'approvisionnement en condoms.

5. Recommandations

- Il est recommandé au gouvernement ivoirien et aux partenaires financiers de subventionner les préservatifs féminins pour en baisser le coût afin d'accroître son accessibilité financière.
- Il est recommandé au MLS et au MSHP de promouvoir le préservatif féminin afin de briser les préjugés concernant son utilisation.
- Il est recommandé au MLS et au MSHP de mettre en place un comité de coordination des activités en rapport avec le préservatif.
- Il est recommandé au MLS et au MSHP de rendre disponibles et accessibles les préservatifs dans les milieux ruraux par une meilleure couverture.

A.5. LUTTE CONTRE LES IST

Les IST constituent le lit du VIH et donc, la lutte contre les IST est un moyen efficace de prévention de la transmission du VIH. Ainsi, dès 1995, l'approche syndromique a été retenue pour la prise en charge des IST. Une réduction notable du taux des IST chez les professionnels du sexe a été enregistrée. Ces efforts doivent être poursuivis.

1- Résumé du domaine d'action

Problématique : les IST favorisent la transmission du VIH.

Objectifs : (1) réduire d'ici 2010, de 10,2 à 8 pour 1000 l'incidence des IST au sein de la population sexuellement active ; (2) traiter correctement selon l'approche syndromique tous les cas d'IST dépistés ; (3) étendre la couverture des services de référence IST aux 19 régions administratives.

Stratégies : (1) communication pour la prévention des IST ; (2) communication pour la PEC correcte des IST ; (3) actualisation des directives IST.

2. Ressources financières

Selon les informations issues du REDES, le DAP "Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles" avec un financement cumulé de 629 millions de FCFA représente 2,31% du financement de l'axe prévention et 0,73% du financement global de la lutte contre le VIH/sida de 2006 à 2008. L'Etat et la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) sont, d'après l'analyse des données du REDES, les seules sources de financement de ce DAP. Avec 95,80%, la coopération bilatérale américaine apparaît comme la principale source de financement.

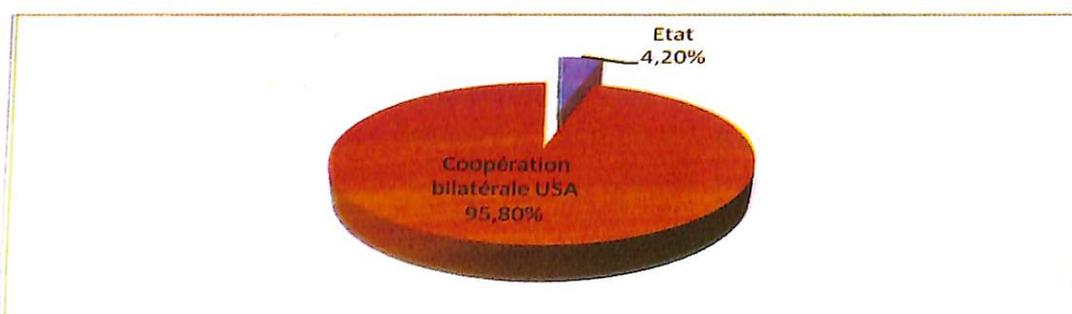
L'analyse des données financières de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR) montre que très peu d'intentions de financement ont été exprimées au regard des estimations financières du PSN : 2 millions de FCFA d'intentions de financement par rapport 1,4 milliards de FCFA d'estimation budgétaire sur la période de 2006 à 2008. Cela se traduit donc par des rapports "informations REDES/intentions de financement" (TRMR) qui montrent de très grands dépassements budgétaires allant jusqu'à plus de 31000%. Au niveau des rapports entre "informations REDES/estimations financières PSN", ils sont très faibles en 2006 mais connaissent une hausse en 2007 et 2008 avec des taux d'exécution respectivement de 68,32% et 57,59%.

Tableau 11 : Evolution du financement du DAP "Lutte contre les IST" par source, de 2006 à 2008

| Sources | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|--|--------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| Etat | | 3 797 610 | - | 22 684 750 | 26 482 360 | 4,20% |
| Coopération bilatérale USA (PEPFAR) | | | 329 997 000 | 273 340 000 | 603 337 000 | 95,80% |
| Total REDES | | 3 797 610 | 329 997 000 | 296 024 750 | 629 819 360 | 100,00% |
| Total TRMR | | 1 000 000 | 1 000 000 | - | 2 000 000 | |
| Total estimation PSN | | 437 000 000 | 483 000 000 | 514 000 000 | 1 434 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 379,76% | 32999,70% | 0,00% | 31490,97% | |
| Taux d'exécution REDES/Estimation PSN | | 0,87% | 68,32% | 57,59% | 43,92% | |

Le graphique 10 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, donne la répartition des financements en fonction des sources et permet de voir que dans le domaine des Infections Sexuelles Transmissibles, le PEPFAR est le principal partenaire financier de la Côte d'Ivoire.

Graphique 10 : Part des partenaires financiers dans le DAP "IST" de 2006 à 2008



L'exploitation du tableau 11, réalisé à partir des données du REDES, montre également que, la table ronde de mobilisation des ressources (TRMR) n'avait pu enregistrer que 2 millions de FCFA mobilisables alors que les estimations budgétaires du PSN sont à 2,4 milliards de FCFA pour le DAP "Lutte contre les IST" pour la durée du PSN. A mi-parcours, le taux d'exécution serait à 31,490,97% si l'on considère les intentions de financement de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR) ; ce taux est à 24,90% si l'on considère le budget inscrit dans le PSN 2006-2010.

3. Réalisations/ Processus & Résultats

En l'absence d'un système d'information fonctionnel, les IST sont peu notifiées. Les données concernant les IST sont sous-estimées. Il est donc difficile, sinon impossible, d'obtenir un chiffre fiable quant au nombre de cas d'IST dépistés et traités sur la période de la revue. Les IST étant une porte d'entrée de l'infection à VIH, le dépistage d'un cas d'IST constitue une opportunité de dépistage d'un cas de VIH/sida. Il est donc important de renforcer le système d'information en général, le système de diagnostic et de notification des cas d'IST en particulier, afin de disposer de données fiables pour la prise de décision et la planification des actions de lutte contre les IST.

Le premier objectif spécifique qui est de "réduire d'ici 2010, de 10,2 à 8 pour 1000 l'incidence des IST au sein de la population sexuellement active" pourra être pris en compte dans l'EDSIII-CI. Il faut signaler que les étapes décrites dans le PSN et qui sont : (i) Renforcer la mobilisation communautaire ; (ii) Intensifier les campagnes de sensibilisation ; et (iii) Organiser des campagnes mass média ne permettent pas d'atteindre l'objectif.

Quant aux objectifs spécifiques (2) "traiter correctement selon l'approche syndromique tous les cas d'IST dépistés" et (3) "étendre la couverture des services de référence IST aux 19 régions administratives", la situation qui prévaut n'est pas favorable à leur atteinte. En effet, il existe seulement trois centres de référence en matière de prise en charge des IST qui sont l'INSP, l'INHP et le centre de dermatologie du CHU de Treichville. Tous ces centres sont regroupés à Abidjan. Il semblerait que la plupart des sites de traitement IST ne mènent plus d'activités de prise en charge des IST depuis la fin du projet Sida III. Et, le système d'information n'a pas encore redonné aux IST leur place par une bonne organisation de la notification des cas et un meilleur suivi.

Cependant, il existe un Groupe de Travail Technique sur les IST, composé des organisations suivantes : le MSHP, le MLS, Care, PSI, PSP, JHPIEGO et FHI. Depuis la mise en place, deux réunions ont été organisées, une en 2007 et une autre en 2008.

Selon le Projet d'Assistance aux Populations hautement vulnérables, 880 professionnels du sexe porteurs d'une IST ont été conseillés et dépistés pour le VIH. Parmi eux, 185 étaient séropositives soit une prévalence de 21%, en 2008¹. Ce résultat montre l'importance du diagnostic, du traitement et de la notification des IST.

Tableau 12 : Liste des indicateurs IST renseignés par UNICEF

| N° | Indicateurs | 2006 | 2007 | 2008 |
|----|---|------|------|--------|
| 01 | Nombre de services d'IST couverts (services de santé conviviaux dans les Services de Santé Urbains) (SSU) | 10 | 15 | 15 |
| 02 | Nombre de personnes dépistées | - | - | 10.254 |
| 03 | Nombre de personnes traitées (jeunes 15-24 ans des SSU) | 2320 | 4200 | 3464 |
| 04 | Nombre de personnes formées pour la prise en charge syndromique des IST | 75 | 75 | 75 |

Source : Rapports d'activités UNICEF (2006 -2008)

¹ Projet d'assistance aux populations hautement vulnérable PAPO-HV, période 01/01/2008 au 01/01/2009, FHI

Il convient de noter que les zones couvertes par UNICEF sont Man, Odienné, Danané, Abidjan, Bondoukou, Bouaké et Korogho. Les données du tableau 12 ci-dessus ne concernent que la prise en charge des IST dans les écoles. Les données concernant les établissements sanitaires n'ont pas été disponibles.

4. Analyses et commentaires

Les actions des intervenants se font dans le cadre des activités "régaliennes" qui sont d'assurer la santé des populations. Les stratégies retenues dans le PSN n'ont pas été mises en œuvre. Aucune structure ne prend le leadership pour impulser et coordonner les actions en rapport avec ce DAP. Le rapportage fait en matière d'IST ne permet pas de faire une analyse des réalisations sur le terrain.

Forces et opportunités

- Existence d'infrastructures sanitaires d'accueil pour développer la prise en charge syndromique des IST.
- Existence de personnes ressources formées pour la prise en charge syndromique.

Faiblesses et obstacles

- Sous notification des IST posant le problème du système d'information en général et celui du suivi des IST.
- Insuffisance dans la PEC des IST.
- Insuffisance de la prise en charge communautaire des IST.

5. Recommandations au MSHP

- Etendre la couverture de la prise en charge des IST dans toutes les 18 autres régions de la Côte d'Ivoire afin de réduire le gap constaté au niveau des structures de référence en matière de PEC des IST.
- Actualiser les directives sur les IST pour une prise en charge correcte des IST, selon l'approche syndromique.
- Développer le système d'information et le suivi en matière d'IST.

A.6. SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

"Le Centre National de Transfusion Sanguine, chargé de la promotion de la sécurité transfusionnelle, a mis en place des antennes permettant une large couverture nationale. Des activités de sensibilisation à l'endroit des donneurs de sang ont permis de passer de la prévalence du VIH de 6% chez les nouveaux donneurs à moins de 0,3% parmi les donneurs fidélisés. Cependant la crise que vit le pays a rendu les antennes de Korhogo et Bouaké non fonctionnelles. Le défi à relever est d'accroître la couverture nationale en structures de transfusion, mais également de prendre en compte tous les autres aspects de la stratégie globale de meilleure pratique transfusionnelle" (Extrait du *Plan d'intensification de la prévention*, 2007).

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : les risques de transmission sanguine du VIH, souvent éclipsée par la transmission sexuelle, reste élevés si des mesures rigoureuses ne sont pas appliquées quant au don de sang et à la transfusion sanguine.

Objectifs : (1) réduire d'ici 2010, la prévalence du VIH/SIDA chez les nouveaux donneurs de 6 à 4% et le pourcentage de séroconversion chez les donneurs réguliers de 0,3% à 0% ; (2) garantir la sécurité du sang transfusé par l'amélioration de la qualification biologique des dons de sang.

Stratégies : (1) promotion et fidélisation au don de sang régulier volontaire et non rémunéré ; (2) amélioration de la qualification biologique des dons.

2. Ressources financières

De 2006 à 2008, le DAP "Transfusion sanguine" a bénéficié d'un financement cumulé de 2,89 milliards de FCFA. Ce DAP a été entièrement financé par la coopération bilatérale américaine (PEPFAR). A mi-parcours, ce financement qui représente 3,73% de l'ensemble des financements du PSN (86,151 milliards de FCFA) et 11,82% des financements de l'axe prévention (27,181 milliards de FCFA). Comme l'indique le tableau 13 ci-dessous, ce DAP n'a fait l'objet d'aucune intention de financement en 2006.

Il faut noter qu'en Côte d'Ivoire, la structure bénéficiaire de ce financement est le centre de transfusion sanguine. La comparaison des financements reçus par cette structure avec les différentes prévisions montre que, par rapport aux estimations financières du PSN, il y a des dépassements budgétaires avec des taux qui varient entre 205% et 342%. Cependant, par rapport à la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR), hormis l'année 2006 où aucune intention de financement n'était exprimée, l'on peut noter des taux d'exécution de 80,97% en 2007 et 71,33% en 2008.

Tableau 13 : Evolution du financement du DAP "Sécurité Transfusionnelle" par source, de 2006 à 2008

| Années Sources de Financement | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA |
|--|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Coopération bilatérale USA (PEPFAR) | 767 275 543 | 1 301 116 002 | 1 146 207 494 | 3 214 599 039 |
| Total REDES | 767 275 543 | 1 301 116 002 | 1 146 207 494 | 3 214 599 039 |
| Total TRMR | - | 1 607 000 000 | 1 607 000 000 | 3 214 000 000 |
| Total PSN | 374 000 000 | 380 000 000 | 386 000 000 | 1 140 000 000 |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 80,97% | 71,33% | 100,02% |
| Taux d'exécution REDES/Estimation PSN | 205,15% | 342,40% | 296,94% | 281,98% |

Selon les informations reçues du REDES, pour la fin de la mise en œuvre du PSN (2010), le niveau actuel du financement du DAP "Transfusion Sanguine" représente 50% des intentions de financement (6,426 milliards de FCFA) et 166,39% des estimations financières du PSN (1,932 milliards de FCFA).

3. Réalisations/ Processus & Résultats

Au niveau de ce DAP, les stratégies développées sont au nombre de deux : (i) la promotion et la fidélisation au don de sang régulier volontaire et non rémunéré et, (ii) l'amélioration de la qualification biologique des dons. Les étapes décrites dans le PSN ne sont pas celles mises en œuvre par le CNTS. Les indicateurs retenus "La prévalence du VIH/SIDA chez les nouveaux donneurs est réduite à 4%" et "le pourcentage de séroconversion chez les donneurs réguliers réduit de 0,3% à 0%" seront sans doute mesurés par l'EDSIII-CI sinon par une enquête

Néanmoins, un certain nombre d'activités de communication et de mobilisation des donneurs a été engagé. Les étapes définies par le CNTS pour atteindre les objectifs de communication, de mobilisation des donneurs et de couverture des besoins nationaux en produits sanguin sont les suivantes : (i) le recrutement de nouveaux donneurs ; (ii) l'éducation des donneurs et des populations à la culture du don de sang ; (iii) la fidélisation des donneurs ; (iv) le renforcement du partenariat avec les ONG, les associations et clubs de donneurs pour la promotion du don de sang ; et (v) l'organisation de collectes. Les résultats pourront être observés à l'évaluation finale du PSN 2006-2010.

Quant à l'amélioration de la qualification biologique du sang, qui est la deuxième stratégie retenue dans le PSN, le système d'assurance qualité a été mis en place et a permis d'obtenir une qualification biologique des poches de sang à 100% en 2008, comme le montre le tableau 14 ci-dessous.

Tableau 14 : Liste de quelques indicateurs du DAP "Sécurité Transfusionnelle"

| N° | Indicateurs | 2006 | 2007 | 2008 |
|----|---|------|------|---------|
| 01 | Nombre de poches de sang collectées | -- | -- | 160 187 |
| 02 | Qualification biologique des poches de sang | -- | -- | 100% |
| 03 | Nombre de personnes formées en transfusion sanguine | -- | -- | 198 |

Source : Analyse de la situation pour l'élaboration du 9^{ème} round, Fonds Mondial

En 2008, il existait 38 services menant des activités de sécurité transfusionnelle sur le territoire national ; 198 personnes ont été formées en sécurité transfusionnelle ; et 1.603 ont été formées en sécurité des injections (cf. DAP "AES"). Toujours en 2008, sur 205.818 attendues, 160.187 poches de sang ont été collectées, soit un déficit de 45.631 poches de sang. Toutes les poches de sang, soit 100%, ont été testées. Les informations concernant 2006 et 2007 n'ont pas été obtenues. L'Etat et PEPFAR constituent les seuls partenaires financiers au niveau de ce DAP.

4. Analyses et commentaires

Le CNTS a travaillé en dehors du cadre du PSN 2006-2010 et a adopté une démarche plus systématique pour la fidélisation des donneurs de sang qui se poursuit selon le programme déjà planifié. Les capacités du CNTS ont été renforcées et plusieurs antennes et sites avancés de collecte de sang et de transfusion sanguine ont été installés dans plusieurs localités. En plus des sites d'Abidjan et de Yamoussoukro, ceux des villes de Korhogo, de Bouaké, de Gagnoa et de Daloa sont déjà fonctionnels. Les centres de prélèvement de Toumodi, d'Agboville et de Cocody sont en cours d'installation. D'autres centres de transfusion sanguine sont en cours de réhabilitation. Ces activités n'avaient pas été planifiées dans le PSN 2006-2010, ce qui a entraîné un accroissement des dépenses de ce DAP au-delà des prévisions.

Forces et opportunités

- L'appui conséquent du PEPFAR pour l'extension du réseau de centres de transfusion sanguine et, parallèlement, le renforcement des capacités du personnel.
- La mise en place d'un système de management de la qualité (SMQ).
- Le Respect strict des bonnes pratiques de conservation et de distribution des produits sanguins.
- La qualification biologique des dons de sang.

Faiblesses et obstacles

- La relative insuffisance des moyens (logistique, système d'information, infrastructure, ressources humaines), malgré l'appui conséquent apporté au CNTS.
- Les insuffisances des stratégies de promotion du don de sang et de fidélisation des donneurs.

5. Recommandations au CNTS

- Réadapter les stratégies de promotion du don de sang et de fidélisation des donneurs réguliers et des donneurs nouvellement recrutés.
- Faire le bilan des besoins prioritaires, encore non satisfaits, pour une promotion effective de la sécurité transfusionnelle en Côte d'Ivoire, et négocier avec les bailleurs de fonds, notamment avec le PEPFAR.

A.7. PRÉVENTION DES ACCIDENTS À L'EXPOSITION AU SANG ET AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES

Cette prévention répond aux soucis de réduire les risques encourus par le personnel de santé et les utilisateurs de matériels piquants, coupants, contondants dans l'exercice de leurs métiers ainsi que les personnes victimes de violences sexuelles.

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : les accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques, y compris les violences sexuelles, peuvent être à l'origine d'une infection par le VIH.

Objectifs : (1) réduire la transmission du VIH/sida par exposition à des matériels tranchants, piquants, contondants ; (2) améliorer la prise en charge des cas d'accident à l'exposition au sexe ; (3) améliorer la prise en charge des cas d'AES du personnel de santé.

Stratégies : (1) promotion de la CCC chez les travailleurs utilisant les matériels tranchants, coupants, contondants ; (2) communication pour la prévention du VIH en cas d'accident d'exposition au sexe ; (3) prise en charge des AES et autres liquides biologiques.

2. Ressources financières

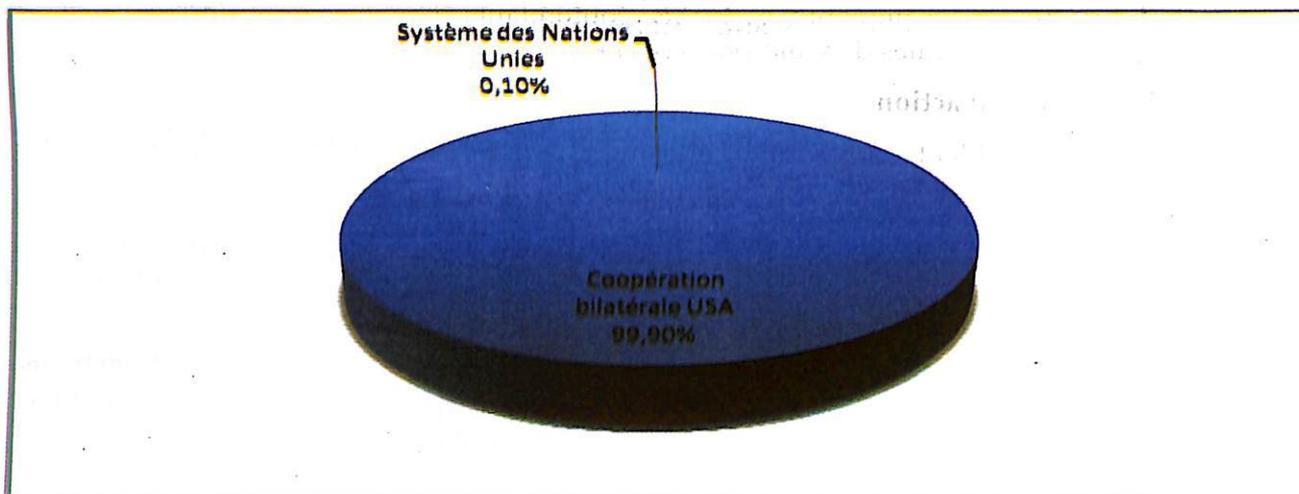
Selon les informations issues du REDES, de 2006 à 2008, le DAP "Prévention des Accidents d'Exposition au Sang" a bénéficié d'un financement cumulé de 2,16 milliards de FCFA. Ce financement représente 7,9% du financement de l'axe prévention (27,18 milliards de FCFA) et 2,51% du financement global de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire (86,15 milliards de FCFA). Il faut aussi signaler qu'en 2008, le DAP "Prévention des AES" n'a fait l'objet d'aucune proposition de financement de la part des participants à la table de mobilisation des ressources. Cependant, ce DAP a été financé par deux grandes sources que sont le Système des Nations Unies et la coopération bilatérale américaine (PEPFAR).

Tableau 15 : Evolution du financement du DAP "Prévention des AES" par source, de 2006 à 2008

| Années Sources de Financement | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|----------------|
| Coopération bilatérale USA | 755 431 873 | 838 939 692 | 668 441 435 | 2 167 251 965 | 99,90% |
| Système des Nations Unies | -- | -- | 2 214 270 | 2 214 270 | 0,10% |
| Total REDES | 655 432 298 | 838 939 692 | 670 655 705 | 2 165 037 695 | 100,00% |
| Total TRMR | 452 000 000 | 2 000 000 | - | 454 000 000 | |
| Total PSN | 100 000 000 | 102 000 000 | 104 000 000 | 306 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | 145,00% | 41946,98% | 0,00% | 476,980% | |
| Taux d'exécution REDES/Estimation PSN | 655,43% | 822,49% | 644,86% | 707,42% | |

Comme le montre le graphique 11 ci-dessous, la coopération américaine (PEPFAR), avec 2,26 milliards de FCFA soit 99,90% du total du financement du DAP "Prévention des AES". Selon les données du tableau 15 ci-dessus, en 2008, les agences du Système des Nations Unies, à travers l'UNICEF, a financé à hauteur de 2,21 millions de FCFA le DAP "Prévention des AES", ce qui ne représente que 0,1%. UNFPA aurait financé des actions dans ce domaine à hauteur de 75 millions de FCFA à travers son projet de prévention et de prise en charge des violences sexuelles.

Graphique 11 : Part des partenaires financiers dans le DAP "AES" de 2006 à 2008



Il faut signaler que la contribution de la coopération américaine (PEPFAR) à la mise en œuvre de la prévention des accidents d'exposition au sang ne représente que 17,22% de ses prévisions de financement sur la période sous revue. En effet, pour la sécurité des injections, la coopération américaine avait prévu 13,120 milliards de FCFA. Ce qui couvre largement les besoins de financement en ce qui concerne les AES, tant au niveau des intentions de financement (454 millions de FCFA pour la Table Ronde de Mobilisation des Ressources) que des estimations financières du PSN (704 millions de FCFA).

En ce qui concerne les données issues du REDES, à mi-parcours, le niveau de financement actuel du DAP "Prévention des AES" avec 476,98% et 707%, a largement dépassé les prévisions budgétaires tant au niveau des intentions de financement qu'au niveau des estimations financières du PSN.

3. Réalisations/ Processus & Résultats

Il faut rappeler qu'en matière d'AES, des actions ont été menées surtout au niveau des CHU d'Abidjan. Deux thèses de médecine ont été soutenues : l'une "Incidence des AES sur 3 ans chez 104 personnels du bloc opératoire des CHU d'Abidjan", par Soro S. en 2003 ; et l'autre "Antécédents d'AES chez le personnel des 3 CHU d'Abidjan", par Simo A. en 1999. Aussi, en 2004, deux phases de formation ont été assurées par le Groupe d'Etude sur les Risques d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES). Il faut remarquer que ces actions sont antérieures à la période sous revue et n'ont d'intérêt que de montrer l'attention que les praticiens portent aux AES.

Cependant, pour la période 2006-2008, aucune des actions inscrites dans le PSN n'a été rapportée. Signalons la formation de 1.603 personnels de santé en sécurité des injections dans le cadre de la sécurité transfusionnelle (cf. DAP "Sécurité transfusionnelle"). L'UNICEF a mené des activités dont les résultats sont présentés dans le tableau 16 ci-dessous.

Tableau 16 : Indicateurs du DAP AES renseignés par l'UNICEF

| N° | Indicateurs | 2006 | 2007 | 2008 |
|----|---|------|------|------|
| 01 | Nombre de personnels de santé formés aux AES | 120 | 77 | 56 |
| 02 | Nombre d'AES pris en charge par les Kits de PEP | 39 | 71 | 171 |

Source : Présentation de l'UNICEF aux ateliers thématiques, 24-26 février 2009

Sur la période 2006-2008, l'UNICEF a pu former 253 personnes sur les AES et distribuer 281 kits pour la prise en charge des victimes des violences sexuelles.

4. Analyse et commentaires

Selon les informations disponibles, les campagnes de sensibilisation prévues, surtout sur les violences sexuelles n'ont pas été menées. Les directives en matière d'AES n'ont pas été vulgarisées et le plan d'extension prévu dans le PSN 2006-2010 n'a pas été élaboré.

Au niveau des stratégies, trois ont été identifiées mais aucune n'a été mise en œuvre. Quant aux indicateurs retenus dans la PSN : (i) nombre de cas d'infection par le VIH par exposition à du matériel tranchant, coupant, piquant, contondant ; (ii) nombre de cas d'accident à l'exposition au sexe pris en charge dans les structures spécialisées ; (iii) nombre de cas d'AES et autres liquides biologiques pris en charge, seul ce dernier a été renseigné par un travail de l'UNICEF (cf. tableau 16 ci-dessus).

Forces et opportunités

- Appui financier de PEPFAR, UNFPA et UNICEF (à coordonner).
- Existence d'outils de formation et d'un pool de formateurs.

Faiblesses et obstacles

- Absence d'indicateurs sur les AES.
- Absence de vulgarisation des directives en matière d'AES.
- Insuffisance des équipements de protection (gants, bavettes, lunettes, casques, bottes, conteneurs).

5. Recommandations au MSHP

- Faire la promotion des méthodes de prévention des AES.
- Intensifier les campagnes de sensibilisation sur les AES.
- Mobiliser et coordonner les ressources financières pour la PEC des AES.
- Intégrer des indicateurs des AES dans les outils nationaux de collecte de données.

A.8. LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION LIÉES AU VIH/SIDA

Il s'agit, dans ce volet, de renforcer le cadre juridique, les pratiques et politiques en vue de la réduction de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Il s'agit également de susciter auprès des populations et de maintenir un comportement positif vis-à-vis des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida. Dans le PSN 2006-2010, le seul indicateur retenu est : "le nombre de programmes d'interventions spécifiques faisant la promotion de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH au niveau individuel, communautaire et professionnel".

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : la perception négative qu'a suscité le VIH/sida au début de l'épidémie du fait de sa transmission sexuelle persiste encore malgré le haut niveau de prise de conscience noté actuellement dans tous les pays.

Objectifs : (1) renforcer le cadre juridique, les pratiques et politiques en vue de la réduction de la stigmatisation et la discrimination liée au VIH ; (3) accroître de 15,5% à 30% le pourcentage des personnes adoptant des pratiques et attitudes non discriminatoires et stigmatisant envers les PVVIH.

Stratégies : (1) plaider pour l'élimination des pratiques discriminatoires et stigmatisantes à l'égard des PVVIH, des structures et institutions ; (2) promotion de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH au niveau individuel, communautaire et professionnel.

2. Ressources financières

A mi-parcours de la mise œuvre du PSN, le DAP "Lutte contre la stigmatisation et la discrimination", n'a encore enregistré aucun financement quand bien même ce DAP a fait l'objet d'annonces de financement lors de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR). Au stade actuel, le niveau de financement de ce DAP devrait s'élever à 66 millions de FCFA pour atteindre 109 millions de FCFA à la fin de l'année 2010. Il faut remarquer que ce DAP n'a pas non plus fait l'objet d'une budgétisation lors de l'élaboration du PSN 2006-2010.

3. Réalisations/ Processus & Résultats

"Le nombre de programmes d'interventions spécifiques faisant la promotion de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH au niveau individuel, communautaire et professionnel" est l'indicateur retenu dans le PSN. Il y a comme une incohérence entre l'absence de budget et l'invite des acteurs à mettre en œuvre des programmes d'action.

De manière pratique, deux processus ont été lancés : (i) l'avant projet de la loi sur le VIH qui est au stade de validation technique ; (ii) l'élaboration de documents de formation en matière de stigmatisation et de discrimination, exercice conduit par le MLS, l'ANSCI, le RIP+, et JHU/CCP. Il s'agit d'adapter les outils internationaux pour élaborer des outils de formation de formateurs à l'intention des acteurs religieux et communautaires.

4. Analyse et commentaires

La structuration de ce DAP, comme celle de la prévention chez les PVVIH et celle de la prévention de la transmission du VIH par la consommation de drogue montrent quelques lacunes du PSN 2006-2010 qui garde, néanmoins, tout le mérite d'avoir été participatif et consensuel.

5. Recommandation au MLS

La stigmatisation et la discrimination étant une réalité, il convient d'en faire une évaluation et de mener une réflexion approfondie au courant de 2009-2010 en vue d'une prise en compte plus rigoureuse, plus objective et plus réaliste de ce problème dans le prochain plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida.

A.9. LA PRÉVENTION CHEZ LES PVVIH

L'implication des PVVIH dans la lutte contre le VIH/sida a montré son efficacité en contribuant à donner un visage humain au VIH/sida. Aussi, est-il important d'apporter une prise en charge appropriée aux PVVIH et d'intensifier la prévention au sein de ce groupe cible compte tenu des risques de réinfection.

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : en l'absence de mesures de prévention rigoureuse, les PVVIH peuvent se réinfectées surtout que le VIH est un virus capables de mutations et que certains virus sont résistants à certains ARV.

Objectifs : (1) amener 95% des PVVIH à adopter des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH ; (2) amener 100% des PVVIH à fréquenter les centres de prise en charge globale.

Stratégies : (1) promotion de la prévention positive ; (2) promotion de la prise en charge efficace des soins et de l'observance des traitements.

2. Ressources financières

Malgré que le fait que ce DAP ait fait l'objet d'intentions de financement lors de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR), aucune source de financement n'est intervenu dans le financement des activités de ce DAP au cours de la période allant de 2006 à 2008. Les bailleurs présents à la Table de Mobilisation des Ressources s'étaient engagé à contribuer au financement de ce DAP à hauteur de 156 millions de FCFA. Cependant, l'exploitation des données du REDES nous a permis d'apprécier les différentes contributions. A mi-parcours, toutes les activités contenues dans ce DAP reste encore à être mises en œuvre. Des interventions en matière de prévention chez les PVVIH sont certes menées mais les REDES n'a pas permis de les retracer.

3. Réalisations/Processus & Résultats

La mise en œuvre des interventions de ce DAP se limite à des activités de sensibilisation des PVVIH réalisées par le Réseau des organisations de PVVIH. Ce réseau compte aujourd'hui plus de 50 organisations membres (Projet SERVIR). Ce qui montre l'ampleur de la tâche. Dans la mise en œuvre du PSN 2006-2010, en collaboration avec Alliance CI et le RIP+, le ministère de la lutte contre le sida a engagé le processus d'élaboration d'outils de formation en matière de prévention positive. Ce processus débouchera sur la mise en place d'un pool de formateurs et des formations des agents communautaires.

Dans le PSN 2006-2010, les indicateurs retenus n'ont pas été renseignés. Il s'agit de "la proportion de PVVIH ayant déclaré adopter des comportements responsables" qui est renseigné par une enquête et "la proportion de PVVIH fréquentant les centres de prise en charge" qui ne semble pas être un indicateur très spécifique de ce DAP.

4. Analyse et commentaires

Ce DAP n'a pas bénéficié de l'attention et du soutien financier nécessaire pour la mise en œuvre d'actions de nature à changer la situation des PVVIH exposées au risque de réinfection.

5. Recommandation

Il est recommandé au MLS de procéder à une analyse de la situation et de faire un bilan des réalisations dans ce DAP afin de disposer de bases objectives pour accorder une plus grande attention à ce DAP dans le prochain PSN.

A.10. LUTTE CONTRE LA TRANSMISSION DU VIH PAR LA CONSOMMATION DE DROGUES

C'est l'échange de seringues qui comporte des risques de transmission du VIH, cependant, la consommation de drogue induit l'inhibition du jugement et provoque des comportements peu favorables à la prévention de la transmission du VIH. C'est pourquoi il convient de mener des actions de lutte contre la consommation de drogues d'une façon générale, de drogues injectables en particulier.

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : le taux de consommation de drogue injectable est faible en Côte d'Ivoire. Cependant, il a été retenu dans le PSN 2006-2010 d'organiser des interventions de lutte contre l'utilisation des drogues eu égard à leurs effets néfastes sur le comportement.

Objectifs : (1) réduire de 25 % la transmission sanguine du VIH chez les consommateurs de drogue injectable ; (2) réduire de 50 % la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogue.

Stratégies : (1) promotion de la prévention de la transmission sanguine du VIH chez les consommateurs de drogue injectable ; (2) promotion de la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogue.

2. Ressources financières

Les drogues injectables n'étant pas un mode majeur de transmission du VIH en Côte d'Ivoire, les intervenants dans le domaine n'ont pas mené des actions à grand financement. C'est pourquoi, pour ce DAP, il n'y a eu aucune information financière. Pourtant, selon les annonces de la TRMR, le montant dépensé devrait se chiffrer à 477 millions de FCFA à mi-parcours, et à 798 millions de FCFA à la fin de la mise en œuvre du PSN, en 2010. Tout comme les DAP "Prévention chez les PVVIH" et "Lutte contre la stigmatisation et la discrimination", ce DAP n'a pas fait l'objet d'une budgétisation lors de l'élaboration du PSN 2006-2010.

3. Réalisations/ Processus & Résultats

Par manque de financement, rien n'a été fait au niveau de ce DAP. La revue documentaire montre que les avis sont partagés sur ce phénomène en Côte d'Ivoire. Certains pensent que le phénomène est marginal, tandis que d'autres estiment qu'il a pris des proportions qui méritent une attention particulière, dès maintenant.

Les deux indicateurs retenus dans le PSN 2006-2010 ne peuvent être renseignés que par une enquête, il s'agit du "taux de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables" et du "taux de transmission du VIH par voie sexuelle chez les consommateurs de drogues".

Une étude sur l'usage de drogue et le sida pourrait aider à mieux appréhender l'ampleur du phénomène et à envisager des mesures plus appropriées.

4. Analyse et commentaires

La drogue ne semble pas, à priori, être un problème important au regard du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Toutefois, la mise en exergue de populations clés plus exposées au risque d'infection par le VIH dont la composition reste mal définie dans le PSN 2006-2010 et la prudence devant l'incertitude commanderaient une série d'études prenant en compte tous les groupes identifiés comme populations clés plus exposées au risque d'infection (consommateurs de drogues, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, etc.).

5. Recommandation

Il est recommandé au MLS de mener, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers concernés, des études qui prendraient en compte toutes les populations clés plus exposées au risque d'infection par le VIH, y compris les consommateurs de drogues. Ces études permettront d'apprécier l'importance de ces populations et leurs rôles potentiels autant dans la transmission du VIH que dans la prévention de la transmission du VIH.

B. AXE STRATÉGIQUE 2 : PRISE EN CHARGE

L'analyse de la revue du PSN 2002-2004 et du plan intérimaire 2005 a bien relevé que l'engagement politique de l'Etat, les efforts des partenaires techniques et financiers et les initiatives de la société civile ont permis d'améliorer l'accès à la prise en charge des PVVIH. En effet, 41 districts sanitaires disposaient d'au moins un site de PEC en 2005 contre 5 districts en 2002 ; 83 sites opérationnels contre 7 en 2002. Le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 2 105 en 2002 à 17 404 en 2005 soit 44% des objectifs nationaux. La prise en charge thérapeutique des enfants était quasi inexistante. Malgré la gratuité des ARV, 740 enfants seulement, soit environ 2%, bénéficiaient de prise en charge alors que près de 40.000 enfants vivaient avec le VIH/sida.

Tableau 17 : Situation de la prise en charge au 30 novembre 2005²

| Situation en 2002 | Réalisations au 30/11/2005 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 2 régions et 5 districts couverts | <ul style="list-style-type: none"> • 19 régions et 41 districts couverts |
| <ul style="list-style-type: none"> • 7 Sites opérationnels | <ul style="list-style-type: none"> • 83 sites opérationnels |
| <ul style="list-style-type: none"> • 2 105 Personnes sous ARV | <ul style="list-style-type: none"> • 17 404 Personnes sous ARV (PSP) |
| <ul style="list-style-type: none"> • 30 Personnels de santé formés | <ul style="list-style-type: none"> • 300 Personnels de santé formés |
| <ul style="list-style-type: none"> • Stratégies nationales de diagnostic des séroconversions à VIH. • Guide de soins infirmiers pour la PEC psychosociale de l'infection à VIH. • Guide pour la PEC clinique de l'infection à VIH chez l'adulte. • Guide pour la PEC clinique de l'infection à VIH chez la mère et l'enfant. | <ul style="list-style-type: none"> • Document de politique PEC. • Algorithme de PEC révisé. • Manuel de référence de la formation à la PEC. |

Source : Rapport revue du PSN2002-2004 et du plan intérimaire 2005

A cela s'ajoute le fait que la prise en charge communautaire, les soins et le soutien (soins palliatifs, soutien nutritionnel, soutien socio-économique) étaient peu développés. La féminisation de l'épidémie, qui nécessite l'approche genre avec des orientations spécifiques en faveur des femmes, n'était pas prise en compte spécifiquement.

Pour améliorer l'accès au traitement et à la prise en charge des PVVIH, le PSN 2006-2010 a identifié six Domaines d'Action Prioritaires (DAP) qui sont : (i) Traitement (ARV, IO, suivi biologique, soins pédiatriques) ; (ii) Soins palliatifs ; (iii) Soutien nutritionnel ; (iv) Soutien Juridique ; (v) Soutien Socio-économique ; (vi) Prise en charge des OEV.

Selon les informations obtenues à partir de l'exploitation des données du REDES, à mi-parcours, l'axe stratégique "Prise en charge" a été financé à hauteur de 34,652 milliards de FCFA. Ce montant représente 40,22% du montant total du financement de la lutte contre le Sida pour la période de 2006 à 2008 (86,1 milliards de FCFA). Dans cet axe stratégique "Prise en charge", c'est le DAP "Traitement" qui a reçu le financement le plus important. Avec un financement cumulé de 31,843 milliards de FCFA, ce DAP occupe la première place des interventions dans la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Les DAP "Prise en charge des OEV" et "Soins palliatifs" avec respectivement 5,52% et 2,05%, ont reçu une part importante des financements même si en termes de pourcentage, cela paraît négligeable par rapport au DAP "Traitement".

Par rapport aux prévisions financières, à mi-parcours, le niveau actuel de financement de l'axe stratégique "Prise en charge", représente en moyenne 46,13% des estimations financières du PSN

² Rapport revue du PSN 2002-2004 et intérimaire 2005

et 39,63% des intentions de financement exprimées lors de la TRMR. Il faut signaler que, à l'exception du DAP "Prise en charge juridique", à mi-parcours, tous les autres DAP ont été financés (cf. tableau 18 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES).

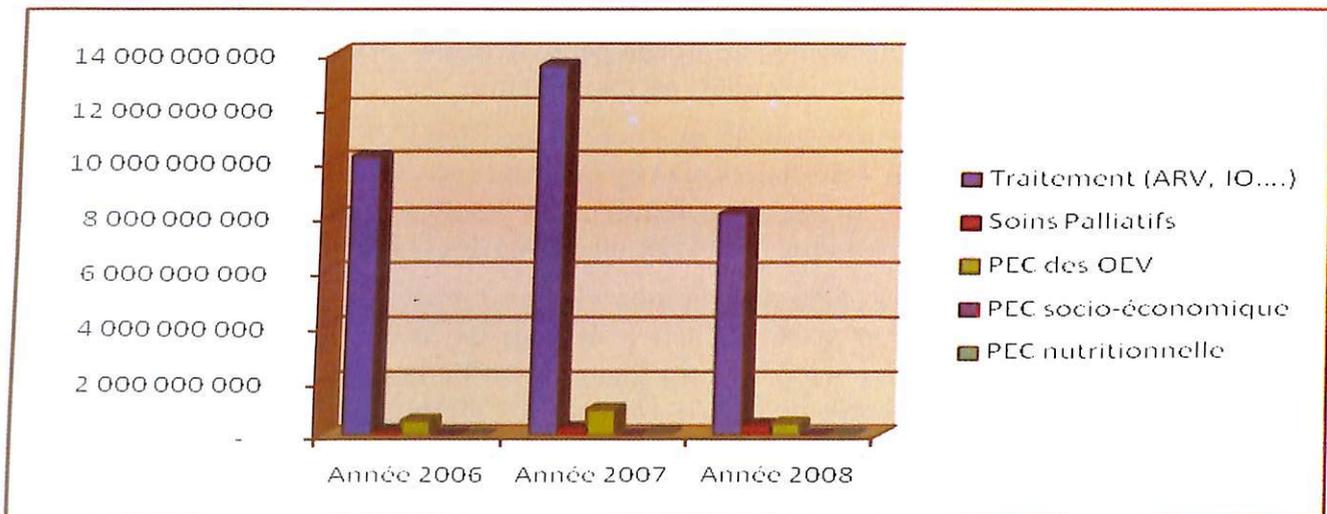
Tableau 18 : Evolution du financement des DAP de l'axe "Prise en charge" de 2006 à 2008

| DAP | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|--------------------------------|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Traitement (ARV, IO,) | | 10 165 950 036 | 13 544 218 107 | 8 133 726 488 | 31 843 894 631 | 91,89% |
| Soins Palliatifs | | 119 140 380 | 232 354 682 | 357 536 189 | 709 031 251 | 2,05% |
| PEC des OEV | | 541 317 386 | 949 237 896 | 422 673 189 | 1 913 228 471 | 5,52% |
| PEC socio-économique | | 36 435 963 | -- | 13 119 140 | 49 555 103 | 0,14% |
| PEC nutritionnelle | | 9 500 000 | 84 110 195 | 43 623 039 | 137 233 234 | 0,40% |
| PEC juridique | | -- | -- | -- | -- | 0,00% |
| Total REDES | | 10 872 343 765 | 14 809 920 880 | 8 970 678 045 | 34 652 942 690 | 100,00% |
| Total TRMR | | 12 793 000 000 | 36 861 000 000 | 37 789 000 000 | 87 443 000 000 | |
| Total PSN | | 16 232 000 000 | 24 084 000 000 | 34 812 000 000 | 75 128 000 000 | |
| Taux d'exécution Redes/TRMR | | 84,99% | 40,18% | 23,74% | 39,63% | |
| Taux d'exécution Redes/PSN | | 66,98% | 61,49% | 25,77% | 46,13% | |

En faisant une analyse par rapport à la fin de la mise en œuvre du PSN (en 2010), à mi-parcours, l'axe stratégique "Prise en charge" représente 20,57% des estimations financières du PSN (168,476 milliards de FCFA) et 22,89% des intentions de financement exprimées lors de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (151,387 milliards de FCFA).

Le graphique 12 ci-après, réalisé à partir des données du REDES, montre l'évolution générale des financements des DAP de l'axe stratégique "Prise en charge", à l'exception de la "Prise en charge juridique" qui n'a bénéficié d'aucun financement connu.

Graphique 12 : Evolution du financement des DAP de l'axe "prise en charge" de 2006 à 2008



Comme pour l'axe stratégique "prévention" chaque domaine d'action est abordé selon le plan suivant : (i) un résumé du DAP qui décrit brièvement la problématique avant la mise en œuvre du PSN 2006-2010, rappelle les objectifs et les stratégies tels que formulés dans le PSN ; (ii) les ressources du DAP ; (iii) les réalisations/processus et résultats ; (iv) les analyses et commentaires ; (v) les recommandations pour le DAP.

B.1. TRAITEMENT (ARV, IO, SUIVI BIOLOGIQUE, SOINS PÉDIATRIQUES)

Dans le PSN 2006-2010 on pouvait lire : "durant la période 2006-2010, la décentralisation et l'intégration des activités de prise en charge dans les structures de santé existantes permettront d'étendre l'offre de soins aux PVVIH à tous les districts sanitaires de la Côte d'Ivoire. Cette approche district augmentera l'accès au traitement ARV. L'on contribuera ainsi à l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH. Un accent particulier sera mis sur l'offre de soins pédiatriques".

1. Résumé du domaine d'action "Traitement"

Problématique : avant l'élaboration du PSN 2006-2010, la situation était caractérisée par l'insuffisance de la prise en charge des PVVIH et s'expliquait par le faible accès au traitement ARV et IO et l'insuffisance des soins pédiatriques. Cette situation a notablement changé et devrait permettre le développement de la prise en charge thérapeutique des PVVIH.

Objectif général : augmenter le nombre de PVVIH sous ARV de 20 000 à 104 000 d'ici 2010.

Objectifs spécifiques : (i) assurer la prise en charge médicale des PVVIH dans tous les districts sanitaires ; (ii) assurer la prise en charge pédiatrique dans tous les centres de prise en charge du VIH ; (iii) renforcer la prise en charge de la co-infection VIH-tuberculose ; (iv) assurer l'accès aux médicaments dans tous les centres de PEC (ARV, Cotrimoxazole et autres médicaments IO) ; (v) mettre en place un système d'assurance qualité des services de prise en charge médicale.

Stratégies : (i) augmentation du nombre de centres de prise en charge médicale ; (ii) création d'un cadre juridique et institutionnel des activités des conseillers communautaires au sein des structures sanitaires ; (iii) augmentation de la sensibilisation de la population sur l'offre de soins aux PVVIH ; (iv) mise en place d'un système de référence et contre-référence pour la prise en charge thérapeutique et biologique ; (v) organisation d'un cadre de collaboration entre les acteurs ; (vi) amélioration de l'accès aux structures sanitaires des enfants nés de mères séropositives ; (vii) amélioration du dépistage VIH de tous les patients tuberculeux ; (viii) amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH ; (ix) obtention de la gratuité du cotrimoxazole et la réduction des coûts des autres médicaments IO ; (x) mise en place d'un groupe technique chargé de l'assurance qualité des services de prise en charge médicale ; (xi) élaboration de normes, guides et standards de qualité des services de prise en charge médicale (clinique, laboratoire, pharmacie).

2. Ressources financières

Tableau 19 : Evolution du financement du DAP "Traitement", par source, de 2006 à 2008

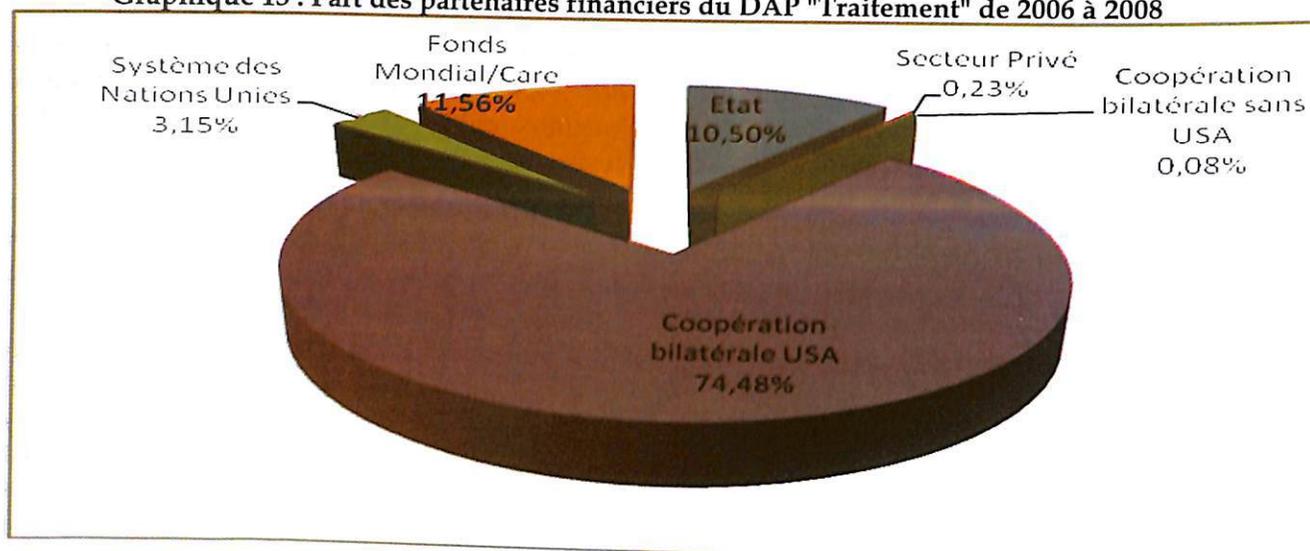
| Sources | Années 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total Général en FCFA | Pourcentage |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-------------|
| Etat | 1 081 147 952 | 1 433 368 411 | 27 788 500 | 3 342 304 863 | 10,50% |
| Secteur Privé | 19 047 063 | 23 992 000 | 30 012 358 | 73 051 421 | 0,23% |
| Coopération bilatérale sans USA | 5 000 000 | 11 333 449 | 10 196 135 | 26 529 584 | 0,08% |
| Coopération bilatérale USA (PEPFAR) | 8 216 051 044 | 9 014 227 068 | 6 485 482 749 | 23 715 760 861 | 74,48% |
| Système des Nations Unies | 498 521 880 | 494 926 700 | 10 651 875 | 1 004 100 455 | 3,15% |
| Fonds Mondial/Care | 346 182 097 | 2 566 370 479 | 769 594 871 | 3 682 147 447 | 11,56% |
| Total REDES | 10 165 950 036 | 13 544 218 107 | 8 133 726 488 | 31 843 894 631 | |
| Total TRMR | 9 936 000 000 | 20 969 000 000 | 21 929 000 000 | 52 834 000 000 | |
| Total estimations PSN | 7 166 000 000 | 13 616 000 000 | 22 510 000 000 | 43 292 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | 102,31% | 64,59% | 37,09% | 60,27% | |
| Taux d'exécution REDES/Estimation PSN | 141,86% | 99,47% | 36,13% | 73,56% | |

De 2006 à 2008, comme le montre le tableau 19 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, le DAP "traitement" a été financé à hauteur de 31,843 milliards de FCFA. Ce niveau de

financement représente 91,89% du financement total de l'axe prise en charge et environ 36,98% du financement global de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Le niveau de financement du traitement s'explique par le fait que beaucoup de ressources ont été investies dans l'achat des ARV ainsi que dans la mise en place des laboratoires biologiques et d'autres actions liées aux traitements.

A l'analyse des données, il se dégage que la coopération bilatérale américaine, à travers PEPFAR, est la principale source de financement des activités du DAP "Traitement" avec un financement cumulé de 23,715 milliards de FCFA soit 74,48% du montant total du financement de ce DAP. D'autres sources comme le Fonds Mondial, l'Etat et le Système des Nations Unies ont financé le DAP "Traitement" respectivement à hauteur de 3,682 milliards, 3,342 milliards et 1,004 milliards de FCFA. Le graphique 13 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, montre le poids des différentes sources de financement du DAP "Traitement".

Graphique 13 : Part des partenaires financiers du DAP "Traitement" de 2006 à 2008



En terme d'atteinte d'objectifs au niveau des prévisions financières, en moyenne, 60% des intentions de financement et 73% des estimations financières du PSN ont été atteints à mi-parcours même si l'année 2006 fait ressortir des dépassements budgétaires allant de 102% par rapport aux intentions de financement à 141% par rapport aux estimations financières du PSN.

Le niveau actuel du financement du DAP "Traitement" correspond à 35,98% des estimations financières du PSN (88,504 milliards de FCFA) et 28,30% des intentions de financement (112,541 milliards de FCFA) en fin 2010.

Les principaux contributeurs pour ce DAP sont la coopération américaine, l'Etat de Côte d'Ivoire, les autres agences de coopération bilatérale (USA exclus) et les agences du Système des Nations Unies.

3. Réalisations/ Processus & Résultats

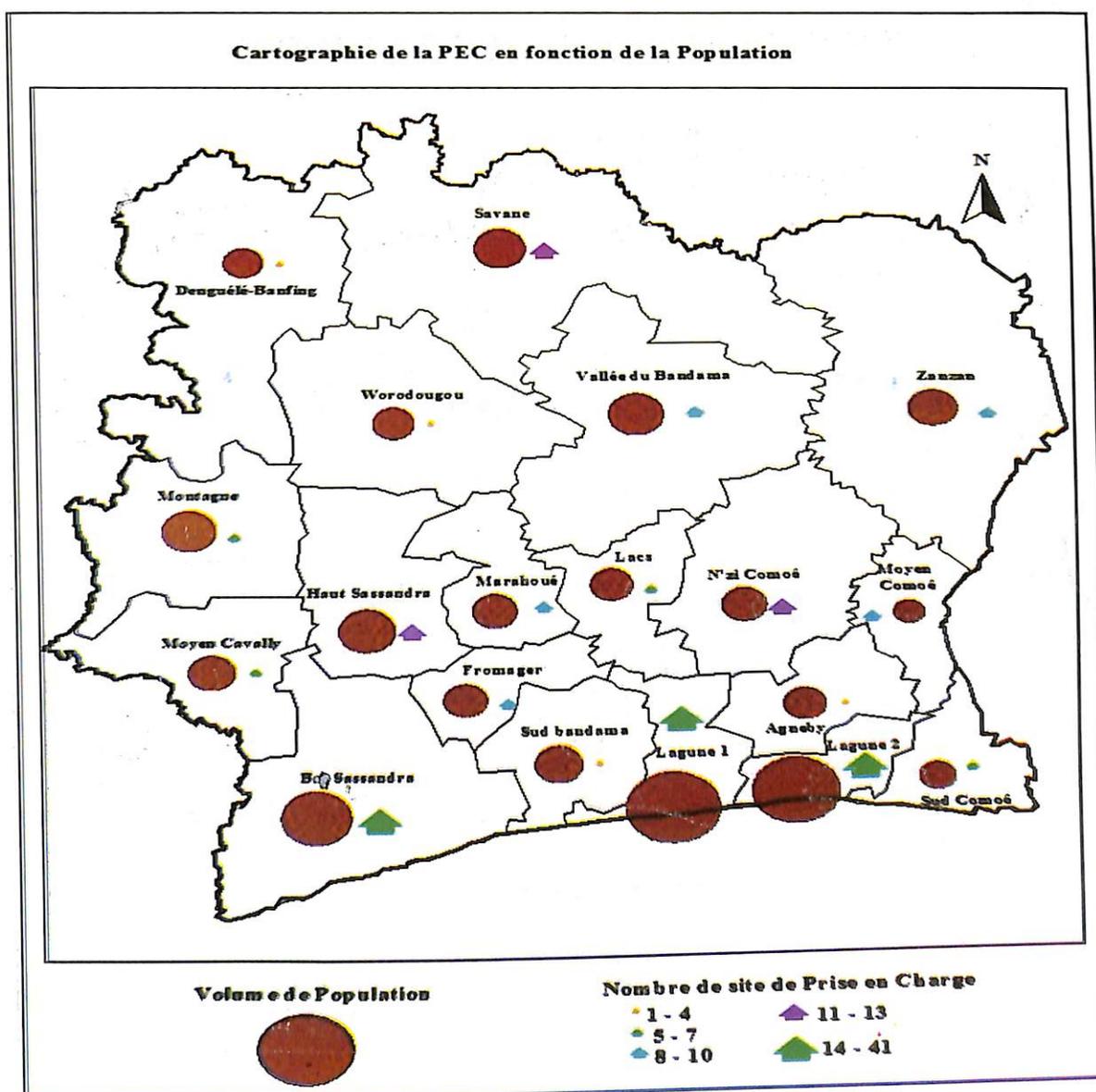
En 2008, 68 districts disposaient chacun d'au moins un site de traitement ARV. Compte tenu du fait que le nombre de districts est passé de 72 en 2006 à 83 en 2008, il y a 15 districts qui restent à pourvoir en centre de traitement ARV pour avoir une couverture district à 100% au plan national. Les 15 districts non couverts sont : Beoumi, Sakassou, Dabakala, Katiola, Mankono, Kounahiri, Bouna, Nassian, Prikro, Kouibly, Tingrela, Madinani, Minigan, Didievi, Tiebissou.

Au niveau national, on dénombrait 215 sites de traitement ARV en 2008, dont 118 sont effectivement approvisionnés par la PSP contre 89 en 2007 et 175 sites de PEC pédiatrique. Les autres sites satellites s'approvisionneraient au niveau des pharmacies de district ou autres structures. Le nombre de sites de traitement ARV reste faible comparé aux infrastructures

publiques, privées et confessionnelles pouvant offrir ces services. En effet, en 2007³, la Côte d'Ivoire comptait pour le service public, 317 centres de santé urbains, 77 établissements sanitaires de première référence, 9 établissements sanitaires de deuxième référence soit au total 403 structures capables d'offrir le traitement ARV.

Les sites de traitement ARV, sont inégalement répartis sur le territoire national. La majorité de ces sites sont concentrés dans la partie sud du pays. Certaines zones fortement peuplées disposent de moins de sites de prise en charge que d'autres, faiblement peuplées. Il s'agit, entre autres, des régions du Worodougou, Denguélé, Bafing, Moyen Cavally, Sud Bandama, Agnéby qui sont fortement peuplées mais qui disposent moins de sites de PEC que le Sud Comoé, le N'zi Comoé, le Fromager, le Moyen Comoé.

Il en est de même pour le suivi biologique où l'on observe une disparité entre les régions. Les régions des Lagunes 2, Haut Sassandra, Vallée du Bandama sont moins desservies.



Au niveau national, 54 districts sur 83 disposaient d'au moins un laboratoire de suivi biologique en 2008. Au total 69 laboratoires de suivi biologique offrent des services pour la prise en charge des PVVIH. La cartographie des interventions montre que 14 districts offrant des services de traitement ARV ne disposent pas de laboratoire de suivi biologique. Les régions des Lagunes 1 et 2 regroupent le 1/3 des laboratoires assurant le suivi biologique. La région du Bas-Sassandra possède à elle seule 7 laboratoires (Tabou, San Pedro, Soubré, Sassandra). De même les districts d'Alépé, de Yamoussoukro et d'Aboisso possèdent chacun 2 laboratoires pour le suivi biologique.

En ce qui concerne le dépistage et le suivi biologique des enfants, le PSN 2006-2010 avait prévu de doter 3 CHU de possibilités de diagnostic précoce (PCR). En 2008, aucun CHU ne dispose de diagnostic précoce (PCR). Néanmoins le pays compte 4 structures disposant de possibilités de diagnostic précoce par la PCR. Il y a 20 sites qui font le prélèvement sur DBS.

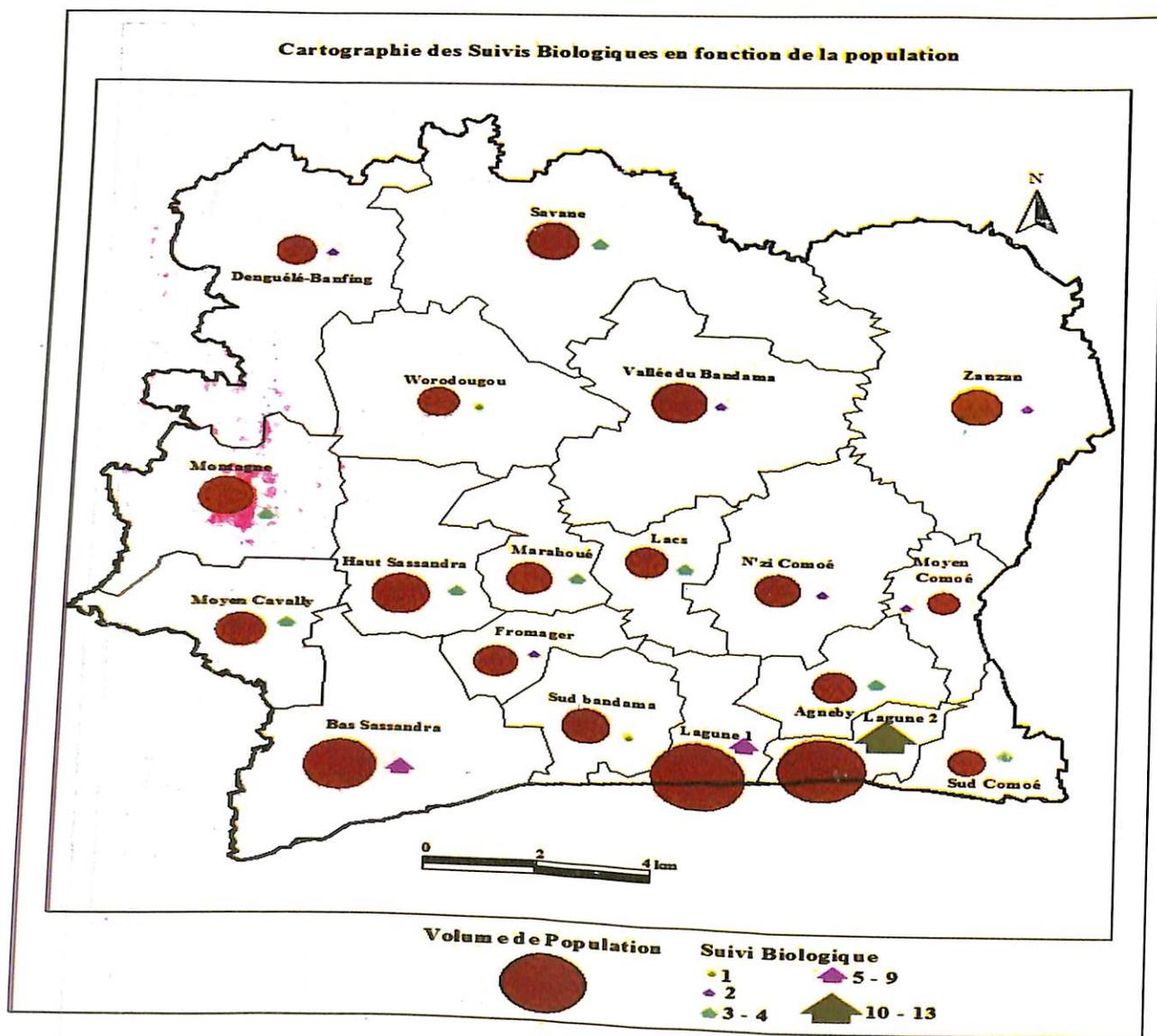


Tableau 20 : Répartition géographique des sites de PEC

| Régions | Nombre de districts | Population | Nombre de sites PEC | Prévalence |
|----------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------|
| Lacs | 4 | 585.621 | 6 | 4,8 |
| Nzi Comoé | 6 | 702.862 | 11 | 5,8 |
| Vallée du Bandama | 7 | 1.337.783 | 10 | 4,8 |
| Denguélé | 4 | 441.845 | 3 | 1,7 |
| Bafing | - | - | - | 1,7 |
| Worodougou | 3 | 527.830 | 1 | 1,7 |
| Savanes | 4 | 1.103.007 | 13 | 3,2 |
| Zanzan | 5 | 903.490 | 8 | 3,3 |
| Haut Sassandra | 3 | 1.449.093 | 12 | 3,7 |
| Marahoué | 3 | 703.988 | 9 | 3,7 |
| Montagne | 6 | 1.181.158 | 6 | 3,5 |
| Moyen Cavally | 4 | 815.045 | 5 | 3,5 |
| Fromager | 2 | 662.530 | 10 | 3,7 |
| Sud Bandama | 2 | 858.599 | 3 | 5,5 |
| Bas Sassandra | 4 | 2.500.506 | 25 | 4,2 |
| Moyen Comoé | 2 | 140.752 | 9 | 5,8 |
| Sud Comoé | 3 | 302.243 | 7 | 5,5 |
| Agnéby | 3 | 601.209 | 4 | 5,5 |
| Lagune 1 | 9 | 4.947.188 | 32 | 6,1 |
| Lagune 2 | 9 | 4.183.571 | 41 | 6,1 |
| Total/Moyenne | 83 | 23.948.320 | 215 | 4,7 |

Source : Plan d'extension PNPEC

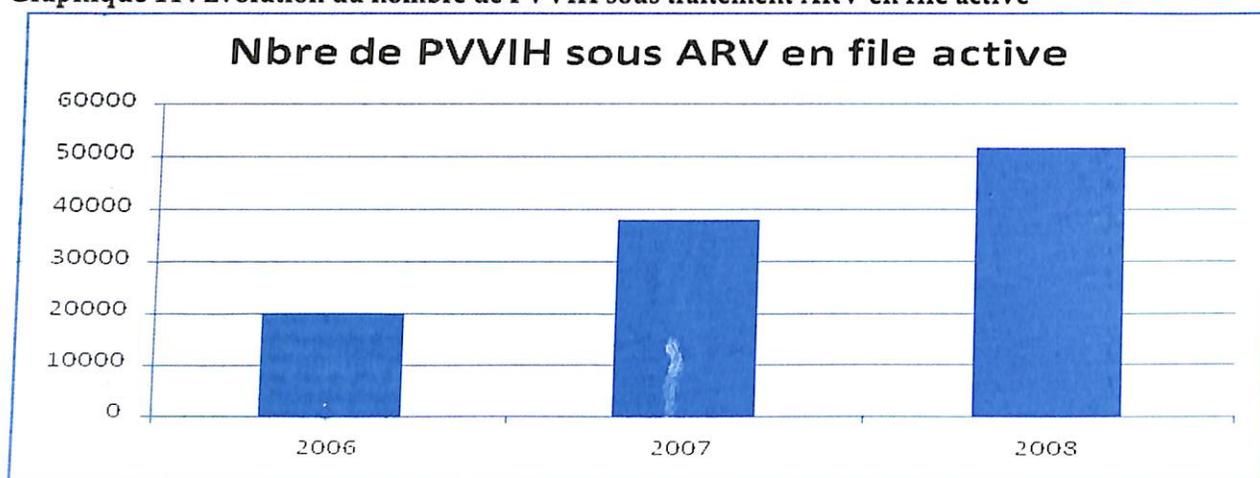
▪ Accès aux ARV

Le coût du traitement ARV est passé de 5000 FCFA par trimestre à 3000 FCFA en 2007 et, depuis août 2008, les ARV sont délivrés gratuitement. L'approvisionnement en ARV, tant au niveau central que sur les sites a été amélioré. En effet, depuis 2007, la PSP n'a pas connu de rupture de stock et tous les sites sont régulièrement approvisionnés en ARV. Ils disposent d'un stock de sécurité pour une durée de deux mois environ. Aujourd'hui la PSP ne rencontre pas de problème particulier au niveau de l'approvisionnement et la distribution des ARV.

Le dispositif thérapeutique et de suivi biologique et les initiatives en matière de renforcement des capacités ont permis d'augmenter sensiblement le nombre de PVVIH sous traitement ARV qui est passé de 20.000 à 51.833 dont 3.100 enfants, dans la période 2006-2008. En 3 ans, le nombre de PVVIH sous traitement ARV a augmenté de 31.833 soit une augmentation de 61%. Pour la même période 2008, le Plan national de suivi et évaluation a fixé un objectif de 78 000 PVVIH à mettre sous ARV soit un écart de 26 167 (44%).

A fin 2008, le nombre de PVVIH ayant commencé le traitement était de 71.833 PVVIH. On estime alors que 20.000 PVVIH soit un taux de 27,84% ne sont plus actuellement sous traitement, soit par décès, soit par abandon - ce sont ces PVVIH sont regroupées sous le vocable de "perdues de vue".

Graphique 14 : Evolution du nombre de PVVIH sous traitement ARV en file active



Source : PSP

En plus de la couverture géographique des sites de prise en charge thérapeutique et des laboratoires de suivi biologique, l'accès au traitement ARV a été amélioré par d'autres initiatives dont : la formation du personnel médical au diagnostic et à la prescription des ARV ; la formation du personnel paramédical pour le suivi des PVVIH ; la formation des techniciens de laboratoire au diagnostic biologique et celle des acteurs communautaires pour le suivi de l'observance, la prise en charge psychosociale et le soutien. L'élaboration de documents de politiques, de normes et d'algorithmes a permis une standardisation du traitement ARV. Le graphique 14 ci-dessus montre la progression régulière du nombre de PVVIH sous ARV.

▪ **Campagnes de sensibilisation et de mobilisation communautaire**

Des campagnes de sensibilisation ont été menées sur toute l'étendue du territoire national pour promouvoir l'offre de soins des PVVIH. Des messages ont été diffusés à travers les campagnes de masses (radio, télévision, affiche, dépliants) et des campagnes de proximité. Le nombre de campagnes, indicateur choisi dans le PSN, n'a pas été renseigné.

▪ **Amélioration de l'accès des enfants nés de mères séropositives aux structures sanitaires**

Les 175 sites de PEC pédiatrique que comptait le pays en fin 2008 contribuent à l'amélioration de l'accès des enfants nés de mères séropositives aux structures de santé. Ainsi en 2008, 3100 enfants étaient sous ARV contre 740 en 2005. Ces actions ont été obtenues grâce aux renforcements des capacités du personnel à la PEC pédiatrique, à l'équipement des sites et laboratoires et à l'approvisionnement en ARV pédiatrique.

▪ **Amélioration du dépistage du VIH de tous les patients tuberculeux et amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH**

Le nombre de structures intégrant la prise en charge TB-VIH a augmenté. De même, le nombre de patients tuberculeux ayant été conseillés et dépistés pour le VIH a connu une augmentation entre 2006 et 2008 comme l'indique le tableau 13 ci-dessous. Les progrès réalisés sont à des initiatives telles que : la formation du personnel à la prise en charge TB-VIH ; l'intégration de la prise en charge TB-VIH ; la mise à disposition dans les structures de réactifs et consommables pour le dépistage du VIH ; l'existence d'algorithmes décisionnels de PEC de la tuberculose en vue de standardiser le diagnostic de tuberculose et permettre la référence des PVVIH suspects de tuberculose vers les Centres Anti-Tuberculeux (CAT)/Centres de Diagnostic de la Tuberculose (CDT) ; l'existence d'ordinogrammes de prise en charge de la co-infection TB-VIH ; la mise en fonction du nouveau circuit des malades variant selon la structure (CAT, CDT avec ou sans médecin, Pneumo Physiologie).

Tableau 21 : Situation de la co-infection VIH-Tuberculose de 2006 à 2008

| Indicateurs | Années | 2006 | 2007 | 2008 (1er semestre) |
|--|--------|--------------|---------------|------------------------|
| Nombre de patients tuberculeux | | 21.204 | 23.380 | 12.401 |
| Nombre de CDT ayant intégré le CD du VIH et les soins VIH | | 31 | 65 | -- |
| Nombre et % de malades tuberculeux testés pour le VIH | | 5.810 27% | 11.264 48% | 7.750 62% |
| % de malades tuberculeux testés qui ont reçu les résultats | | 3 898 67% | 9 045 80% | 8 044 65% |
| Nombre de tuberculeux testés positif pour le VIH (TB/VIH +) | | 2 130 37% | 4 370 39% | 2 420 30% |
| % de malades tuberculeux VIH positif ayant reçu le cotrimoxazole | | 1 185 56% | 3 935 90% | -- |
| % de malades tuberculeux VIH positif ayant reçu les ARV | | 994 47% | 1 153 26% | 1 124 |

Source : Rapport Programme National de Lutte contre la Tuberculose

▪ Accès aux traitements IO

Pour le traitement des affections opportunistes, 7152 adultes et 1331 enfants ont reçu le traitement IO. Ces chiffres seraient largement en-deçà de ce qui est réalisé sur le terrain. Les insuffisances en complétude et promptitude notées dans le système d'information sanitaire indiquent qu'il est difficile, voire impossible, d'avoir les données réelles. Selon les acteurs du terrain, le nombre de PVVIH ayant accès aux traitements des IO est insuffisant par rapport aux besoins.

Le cotrimoxazole est délivré gratuitement aux PVVIH en prévention mais pas en traitement curatif. Les médicaments contre les autres IO ne sont pas délivrés gratuitement, ils sont à la charge des patients. Le nombre de centres de santé offrant gratuitement le cotrimoxazole et disposant de médicaments IO à coût réduit, indicateur retenu dans le PSN, n'a pas été renseigné. Les ressources pour le financement du traitement des IO en général et du cotrimoxazole en particulier devraient être augmentées sensiblement afin que la gratuité puisse être effective et que l'accessibilité soit totale pour les PVVIH.

Dans ce bilan des réalisations, il convient de signaler que certaines stratégies retenues dans le PSN n'ont pas été mises en œuvre, notamment : (i) la création d'un cadre juridique et institutionnel des activités des conseillers communautaires au sein des structures sanitaires ; (ii) la mise en place d'un système de référence et contre-référence pour la prise en charge thérapeutique et biologique ; (iii) l'organisation d'un cadre de collaboration entre les acteurs ; (iv) l'obtention de la gratuité du cotrimoxazole et la réduction des coûts des autres médicaments IO ; (v) la mise en place d'un groupe technique chargé de l'assurance qualité des services de prise en charge médicale. De même, (v) on note une insuffisance dans la mise en œuvre dans la sensibilisation des mères PVVIH et la mise en place d'un calendrier couplé au programme de vaccination pour le dépistage précoce et le suivi des enfants nés de mères séropositives par manque d'équipement et d'intrant pour la PCR sur les sites.

Par ailleurs, en dehors du nombre de personnes recevant le traitement ARV, les cibles de l'accès universel tels que définis dans l'addendum du PSN n'ont pas été renseignées. Il s'agit : (i) du pourcentage des femmes, hommes et enfants à un stade précoce de l'infection à VIH qui reçoivent une combinaison thérapeutique ARV ; (ii) du pourcentage d'enfants nés de mères infectées par le VIH, éligibles, qui bénéficient du traitement ARV.

4. Analyse et commentaires

Le PSN 2006-2010 anticipant les difficultés dans la prise en charge médicale relevait : "selon un rapport de l'UNICEF, suite à une enquête conduite en juin 2004, le personnel qualifié devant assurer les services de soins fait cruellement défaut dans les zones nord en dépit des programmes humanitaires qui s'attellent à la réhabilitation des centres de santé ainsi qu'à la fourniture d'équipements et de médicaments". En effet, la mise en œuvre du PSN 2006-2010, s'est faite dans un contexte de sortie de crise sociopolitique et militaire qui a entraîné une désorganisation du système sanitaire et des structures de PEC dans les zones CNO. Les résultats relativement faibles pourraient s'expliquer par cette situation.

En Côte d'Ivoire, le financement du VIH/sida en général, celui du traitement ARV en particulier, est assuré par les partenaires au développement. L'achat des ARV et l'équipement des centres de traitement est financé par eux, notamment par le PEPFAR et le FM. Le nombre de PVVIH sous traitement ARV : 51.833 est loin des objectifs du PSN 2006-2010 à savoir 104.000 PVVIH en 2010. Le gap à atteindre en moins de 2 ans est de 52.176 soit 51% de l'effectif visé. Le nombre d'enfants sous ARV est très faible au regard des besoins, si l'on considère que la proportion d'enfants sous ARV représente 10% des personnes sous ARV soit 5183 enfants. En 2008, le nombre de PVVIH ayant pris une fois le traitement ARV est de 71.833 et la file active pour la même année est de 51.833. Cela signifie que le nombre de perdus de vue est de 20.000 soit 27,84% ce qui pose un problème pour le suivi des malades. Ces arrêts de traitement ARV sont liés à des causes diverses dont la mauvaise observance, le manque de suivi, les conditions de vie précaires ou le décès. Ce problème doit être considéré comme une priorité de la PEC médicale.

La couverture géographique en sites de traitement ARV et suivi biologique reste faible et est inégalement répartie sur le territoire national. Respectivement 15% et 31% des districts ne disposaient pas de sites de traitement ARV et de suivi biologique en fin 2008. Le nombre de sites de traitement ARV est insuffisant comparé aux infrastructures publiques, privées et confessionnelles pouvant offrir ces services. En effet, en 2007⁴, la Côte d'Ivoire comptait pour le service public, 317 centres de santé urbain, 77 établissements sanitaires de première référence, 9 établissements sanitaires de deuxième référence soit au total 403 structures capables d'offrir le traitement ARV. Environ 50% des sites pouvant offrir des services de traitement ARV en milieu urbain ne le font pas. Cette situation limite l'accessibilité des services de traitement ARV et IO pour les PVVIH. L'approche district pour la mise en œuvre des activités de prise en charge médicale n'est pas véritablement opérationnelle. La mise en œuvre des activités se faisant jusque là par l'approche site, l'équipe cadre de district ne s'est pas appropriée les activités de VIH/sida bien qu'elles soient intégrées dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Ce contexte de non appropriation des activités VIH/sida par des professionnels de santé peut constituer un handicap dans la mise en œuvre des activités liées au VIH/sida. Parfois, certains collectent les données mais ne les transmettraient pas dans le circuit défini par la DIPE. Le circuit le plus respecté et le plus régulièrement alimenté est celui des partenaires financiers, en particulier le PEPFAR et CARE.

Si l'accès aux ARV en terme de disponibilité sur les sites est satisfaisant, ce n'est pas le cas pour les médicaments IO qui demeurent un problème pour les PVVIH. Des ruptures sont constatées sur les sites. A cela s'ajoute l'inaccessibilité financière du cotrimoxazole qui n'est pas gratuit pour les PVVIH, en traitement curatif, tout comme les médicaments contre les autres IO.

Au bilan, plusieurs stratégies n'ont pas été mises en œuvre au cours de ces trois premières années du PSN 2006-2010. Il s'agit :

- du début de la mise en œuvre des activités des conseillers communautaires au sein des structures sanitaires. En effet un guide pour l'harmonisation des interventions des conseillers communautaires dans le cadre de la prévention du VIH et de la PEC des PIAVIH en CI a été élaboré et validé. La mise en œuvre de ce guide renforcerait la PEC communautaire par l'aide à l'observance qui commence depuis l'hôpital,

⁴ PNDS 2009-2013

l'accompagnement et le suivi. Ils renforcent les liens entre le personnel médical et les patients, et réduisent le nombre de perdus de vue.

- la mise en place d'un système de référence et contre-référence pour la prise en charge thérapeutique et biologique. Le système de référence et contre-référence aurait permis d'assurer la continuité des soins et l'amélioration de la prise en charge en évitant les complications et en réduisant le nombre de perdus de vue et la mortalité liée au sida.
- l'organisation d'un cadre de collaboration entre les acteurs. Ce cadre permettrait de mieux organiser les activités de lutte contre le VIH/sida par la mise en place de plateforme de concertation, l'amélioration du système de recours, l'implication des différents acteurs dans la mobilisation de ressources additionnelles communes.
- la gratuité du cotrimoxazole en traitement et la réduction des prix des médicaments contre les autres IO chez les PVVIH. En effet le cotrimoxazole en traitement curatif est à la charge des patients, limitant ainsi leur accessibilité sous traitement curatif. Le coût des médicaments contre les autres IO est resté relativement élevé.
- Dans l'approche district, la mise en œuvre des axes stratégiques dévolus au secteur de la santé dans le PSN 2006-2010 doit être gérée et coordonnée par les districts sanitaires, unités opérationnelles du système national de santé. L'approche district n'ayant pas été totalement opérationnalisée, certaines équipes cadres de district ne se sont pas appropriées les activités VIH/sida. La stratégie d'intervention par "approche site" dans laquelle le niveau central identifiait les sites de mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/sida par district ou région n'a pas donné les résultats escomptés. Les raisons évoquées pour expliquer ces faibles performances sont, entre autres : (i) la disparité dans la couverture nationale entre milieu urbain et milieu rural ; (ii) la faible implication des gestionnaires du système local de santé (Direction Régionale, Médecin Chef de District) ; (iii) la faible implication des organes locaux de coordination (Equipe Cadre de District, Comité Régional de Lutte contre le Sida, Comité Départemental de Lutte contre le Sida) dans le processus ; (iv) l'implication insuffisante des autorités décentralisées (collectivités territoriales) et la faible participation de la communauté et de la société civile.

En réalité, le PSN 2006-2010 dont l'élaboration a été participative, n'a pas tout à fait servi de cadre unique de référence à tous les acteurs pour la riposte nationale comme le stipulent les "Trois principes". Le manque d'appropriation pourrait être dû au fait que le PSN n'a pas été vulgarisé auprès des acteurs sur le terrain pour qu'ils s'en approprient et s'en inspirent pour élaborer leurs projets et plans d'action dans la perspective de contribuer à l'atteinte des objectifs nationaux consensuels retenus dans le PSN 2006-2010.

Forces et opportunités

- La gratuité des ARV permet une meilleure accessibilité des traitements et constitue un facteur d'encouragement pour faire le test et connaître son statut sérologique.
- L'existence d'un document d'orientation stratégique pour l'extension des interventions pour la prise en charge globale 2008-2010 pourrait améliorer les résultats.
- L'existence de documents et de manuel de formation permettra de renforcer les capacités des prestataires et d'améliorer la qualité des services et la couverture.
- L'existence de structures sanitaires capables de développer des activités de prise en charge thérapeutique constitue une force pour l'amélioration de l'accessibilité grâce à la décentralisation de l'offre des services pour améliorer la couverture géographique et la qualité des soins.
- la révision des schémas thérapeutiques a permis de réduire les protocoles thérapeutiques, d'harmoniser et de standardiser les prescriptions.
- L'existence de documents normatifs (directives nationales, guide d'harmonisation des interventions des conseillers communautaires) contribue à la qualité des prestations ;

- Le PNDS 2009-2013 prévoit : "une offre des services de santé accrue par la réhabilitation, la construction et le renforcement des plateaux techniques dans les zones CNO où le dispositif sanitaire a été fortement ébranlé par la crise et sur l'ensemble du pays. Cette stratégie qui est l'axe central du PNDS 2009-2013 à hauteur de 1 011 381 000 000 de francs CFA vise à remettre à niveau le système sanitaire fortement éprouvé pour atteindre au moins son niveau d'avant la crise surtout dans les zones CNO où le financement requis est de 51,920 milliards de FCFA soit 5,13% des besoins pour l'amélioration de l'offre de service dans cette zone".

Faiblesses et obstacles

- Une faible captation des enfants infectés du fait de : (i) l'insuffisance de dépistage chez les enfants au niveau des portes d'entrée (aucun laboratoire de dépistage précoce dans les CHU) ; (ii) la non validation du manuel de procédures ; (iii) l'absence de mécanismes formels de collecte et d'acheminement des échantillons et de rendu des résultats.
- L'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire national et, elle est souvent concentrée dans les grandes agglomérations. La décentralisation de l'offre de soins améliorerait l'accessibilité géographique des traitements ARV pour les PVVIH éligibles.
- L'approche district n'ayant pas été suffisamment opérationnelle, la mise en œuvre des programmes VIH/Sida a été réalisée en dehors du système existant. En effet, certains acteurs ont travaillé parallèlement au système en implantant des sites de PEC ou de PTME. Le district sanitaire considéré comme l'unité opérationnelle, est donc resté en dehors de la mise en œuvre des activités VIH. Il n'y a donc pas eu d'intégration effective du VIH dans le paquet minimum d'activités de certains districts et donc pas de supervisions des équipes cadre de districts.
- L'insuffisance de l'offre de services dans les centres de santé urbains (problème de formation et de disponibilité de laboratoire pour le bilan biologique, insuffisance des équipements de laboratoire et défaut de maintenance des équipements).
- Les pannes récurrentes des équipements de laboratoire sont dues à l'absence de maintenance consécutive à l'insuffisance de ressources financières allouées à la maintenance au sien des structures.
- L'insuffisance de complémentarité et de synergie des interventions entre le volet communautaire et le volet médical. Cette insuffisance de synergie est préjudiciable à la continuité des soins et au suivi des patients qui auraient réduit le nombre de perdues de vue parmi les PVVIH sous ARV.
- L'insuffisance du système de référence et de contre-référence qui ne permet pas un meilleur suivi des malades.
- L'analyse de la situation a montré une faiblesse au niveau de la réactivité du système et une insuffisance de la qualité des services de PEC. L'amélioration de la réactivité du système et de la qualité des services permettrait de capter plus de patients et de faire un meilleur suivi.
- Il y a une insuffisance de coordination de la prise en charge médicale des PVVIH au niveau national, tout comme au niveau des districts sanitaires.

5. Recommandations

- Il est recommandé au MSHP d'exploiter le potentiel en terme d'infrastructures sanitaires pour accroître la couverture nationale en sites de traitement ARV, y compris les sites de dépistage précoce du VIH chez les nouveau-nés et de prise en charge pédiatrique et de réaliser une carte des sites ARV par district pour mieux apprécier et gérer le programme d'extension des sites ARV.
- Il est recommandé au MSHP de mettre une priorité absolue sur l'approche district pour une décentralisation effective des services : promouvoir une compréhension commune du concept par les acteurs de la santé au niveau du district, redéfinir la place du VIH/sida dans l'offre de services et assurer la mise en œuvre effective de l'approche district, doter les Equipes Cadres de District (ECD) de ressources suffisantes.
- Il est recommandé au MSHP d'évaluer le système de référence et contre-référence ainsi que la qualité des services en vue d'y apporter les améliorations nécessaires et d'en accroître la performance.
- Il est recommandé au MSHP de mieux assurer la maintenance des équipements en dotant les districts de ressources financières suffisantes réservées à la maintenance, ou en passant un contrat avec une entreprise de maintenance hospitalière.
- Il est recommandé au MLS et au MSHP de développer la prise en charge communautaire et de renforcer le cadre de collaboration entre les acteurs communautaires et les professionnels de la santé chargés de la prise en charge médicale des PVVIH pour une meilleure prise en charge et un meilleur suivi des patients dans une dynamique de continuum des soins.
- Il est recommandé au MLS et au MSHP de rendre gratuit le cotrimoxazole en traitement curatif des PVVIH et de réduire le prix des médicaments pour les autres IO.
- Il est recommandé au MSHP et au MLS de mettre en place un mécanisme de coordination des interventions de prise en charge des PVVIH.

B.2. LES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs ou soins complémentaires aux PVVIH et aux personnes affectées par le VIH est une stratégie qui complète les traitements médicaux et parfois les remplace dans un contexte où ces traitements sont inaccessibles. Les soins palliatifs sont organisés dans les structures de santé et se poursuivent dans la communauté et à domicile.

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : les soins palliatifs sont une dimension importante et indispensable de la prise en charge des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida. Cependant, ils restent relativement méconnus de la plupart des acteurs de la lutte contre le sida et, leur mise en œuvre effective dans le cadre du système de santé national reste encore timide.

Objectif général : offrir des soins palliatifs à un plus grand nombre de PVVIH et de personnes affectées par le VIH/sida d'ici 2010.

Objectifs spécifiques : (i) renforcer l'offre de soins palliatifs dans les structures sanitaires, au sein de la communauté et à domicile ; (ii) développer les soins à domicile et les soins communautaires ; (iii) mobiliser la société pour les soins palliatifs.

Stratégies : (i) renforcement de l'accès aux médicaments nécessaires et aux produits nutritionnels thérapeutiques ; (ii) renforcement du soutien aux familles et aux soignants ; (iii) mise en place d'un cadre de réglementation des soins à domicile et dans la communauté ; (iv) renforcement des structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté ; (v) sensibilisation de la société aux soins palliatifs.

2. Ressources financières

De 2006 à 2008, selon les informations du REDES, le DAP "Soins palliatifs" a bénéficié d'un financement de 709 millions de FCFA qui représente 0,82% du financement total de la lutte contre le VIH/sida et 2,05% du financement global de l'axe stratégique "Prise en charge". Comme le montre le tableau 22 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, les sources de financement sont le secteur privé, la coopération bilatérale américaine (PEPFAR), le Fonds Mondial et la coopération bilatérale sans les USA. L'Etat ivoirien et le Système de Nations Unies ne sont pas intervenus dans le financement des soins palliatifs.

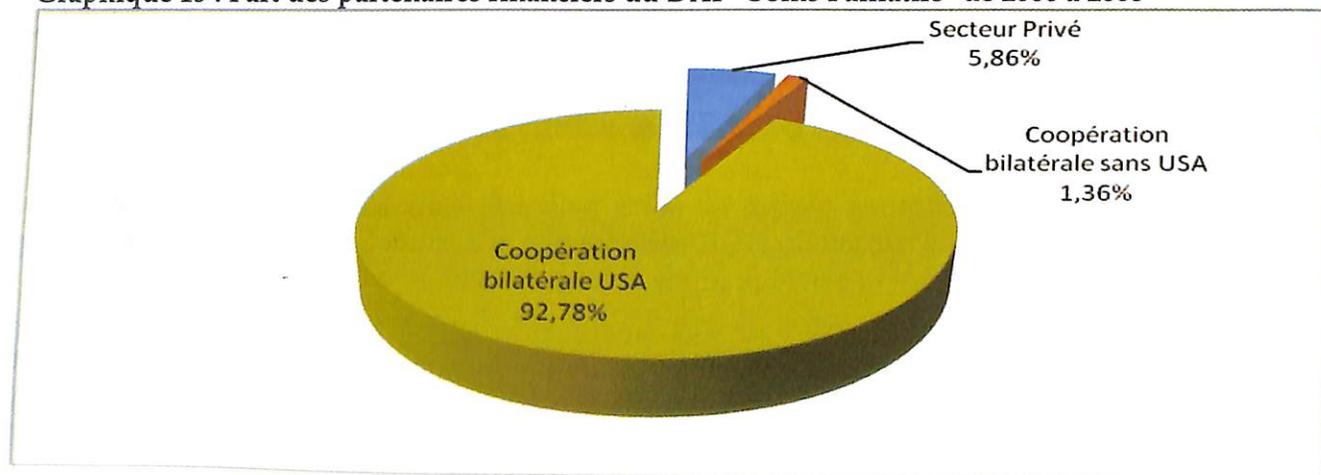
Au niveau des prévisions, l'on note une faiblesse des intentions de financement en 2006. Mais, au lieu des 9 millions de FCFA annoncés à la TRMR, ce sont 119 millions de FCFA qui ont été finalement mobilisés. Cela s'est traduit par un dépassement budgétaire de plus de 1 323,78%. Pour les autres années, nous avons un niveau d'atteinte des prévisions financières qui est très faible si nous considérons les résultats de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (5,93% en 2007 et 9,13% en 2008).

Tableau 22 : Evolution du financement du DAP "Soins Palliatifs", par source, de 2006 à 2008

| Années Sources de Financement | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|---|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| Secteur Privé | 4 500 000 | 33 895 362 | | 38 395 362 | 5,42% |
| Coopération bilatérale sans USA | 6 416 880 | - | 2 500 000 | 8 916 880 | 1,26% |
| Coopération bilatérale USA (PEPFAR) | 108 223 500 | 153 514 000 | 346 271 189 | 608 008 689 | 85,75% |
| Fonds Mondial/Care | -- | 44 945 320 | 8 768 000 | 53 713 320 | 7,58% |
| Total REDES | 119 140 380 | 32 354 682 | 357 539 189 | 709 034 251 | 100,00% |
| Total TRMR | 9 000 000 | 3 916 000 000 | 3 916 000 000 | 7 841 000 000 | |
| Total PSN | 436 000 000 | 893 000 000 | 1 571 000 000 | 2 900 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | 1323,78% | 5,93% | 9,13% | 9,04% | |
| Taux d'exécution REDES/Estimations PSN | 27,33% | 26,02% | 22,76% | 24,45% | |

Le graphique 15 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, montre qu'avec un montant cumulé de 608 millions de FCFA, la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) est la principale source de financement du DAP "Soins palliatifs" en Côte d'Ivoire. Sa contribution constitue 85,75% du total du montant sur les trois années sous revue. D'autres sources comme le Fonds Mondial, le secteur privé et la coopération bilatérale (sans les USA) ont aussi participé à la mise en œuvre du DAP "Soins Palliatifs" avec des montants cumulés respectifs de 53,7 millions, 38,39 millions et 8,916 millions de FCFA. Le graphique ci-après montre la part de chaque contributeur.

Graphique 15 : Part des partenaires financiers du DAP "Soins Palliatifs" de 2006 à 2008



En terme d'atteinte d'objectifs au niveau des prévisions financières, en moyenne, 9,4% des intentions de financement et 24,45% des estimations budgétaires du PSN ont été atteints à mi-parcours, même si l'année 2006 fait ressortir des dépassements budgétaires de 1323% par rapport aux intentions de financement et de 27% par rapport aux estimations budgétaires du PSN.

Le niveau actuel du financement du DAP "Soins Palliatifs" correspond à 10,76% des estimations budgétaires du PSN (6,589 milliards de FCFA) et 4,52% des intentions de financement (15,675 milliards de FCFA) pour fin 2010.

3. Réalisations/ Processus & Résultats

Les soins palliatifs ou soins complémentaires constituent un ensemble d'interventions pour améliorer, maintenir, promouvoir la santé, le bien-être, éviter la maladie ou traiter les malaises - qui ne font pas partie du traitement spécifique des PVVIH. Ces soins complémentaires, associés à une bonne observance des ARV, améliorent la qualité de vie des PVVIH. Ils commencent dans le milieu de soins et se poursuivent dans la communauté et à domicile. Les dispensateurs de soins palliatifs sont : les prestataires de santé, la famille, l'entourage, la communauté (les groupes confessionnels, les Organisations de la Société Civile, les tradipraticiens).

Les soins palliatifs renferment deux notions : les soins et le soutien. Les principales interventions des soins consistent à lutter contre la douleur, les troubles neuropsychiques, les signes cutanéomuqueux (escarres, chéloïdes, etc.), autres symptômes des IO et la dénutrition. Quand au soutien, il consiste à l'éducation pour la promotion de la santé, l'amélioration de l'hygiène de vie et de l'hygiène alimentaire, la prise en charge psycho-sociale et spirituelle. A cela s'ajoute l'hébergement, l'aide vestimentaire et la gestion du syndrome d'épuisement des professionnels de la santé (SEPS).

Plusieurs activités ont été menées pour assurer les soins palliatifs aux PVVIH et aux personnes affectées par le VIH/sida. Un document de politique et un plan stratégique des soins palliatifs en Côte d'Ivoire ont été élaborés en 2005. Ces documents ont permis de définir la vision, les orientations, les concepts et le cadre stratégique des soins palliatifs en Côte d'Ivoire. Ils ont servi de base pour l'élaboration de ce DAP dans le PSN 2006-2010. A ces documents d'orientation stratégique, s'ajoute ceux des normes et le guide de PEC des soins palliatifs. Le cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes a été révisé et le plan de mise en œuvre élaboré.

Au niveau de la formation, des efforts ont été faits par l'Etat et les partenaires pour le renforcement des capacités des acteurs afin d'améliorer la PEC. Des sessions de formation des formateurs des professionnels de santé et des communautaires ont été organisées. Le nombre d'acteurs formés à la PEC des soins palliatifs est passé de 211 en 2005 à plus de 500 en 2008 dont 100 professionnels de la santé et plus de 400 communautaires issus de différentes ONG. Ces formations ont été menées par FHI, PNOEV, RIP, PSI, CARE, ACONDA.

En 2007 et 2008, ce sont respectivement 52.372 et 99.694 PVVIH dont 6.000 enfants qui ont effectivement bénéficié de soins palliatifs contre 24.255 personnes en 2005. De 2005 à 2008, le nombre de PVVIH ayant bénéficié de soins palliatifs a été multiplié par 4.

Le projet pilote IRIS des soins palliatifs développé à San Pédro par le PEPEFAR intègre les différents concepts, les soins en réseau et un système de référence et contre-référence bien défini.

4. Analyse et commentaires

L'environnement de mise en œuvre des soins palliatifs est celui de la période de sortie de crise, avec une insuffisance des ressources au niveau de l'Etat, une paupérisation de la population, une augmentation des besoins des PVVIH et un accès aux ARV encore limité.

Les soins palliatifs permettent un meilleur suivi des malades par le continuum des soins et apportent un appui à leur famille. Les soins palliatifs commencent dans le milieu de soins (hôpital), se poursuivent dans la communauté et à domicile. Cette complexité des soins palliatifs

nécessite une prise en charge en réseau, avec une référence et contre-référence bien définies. Malheureusement, cette notion de réseau est insuffisamment prise en compte par les acteurs de mise en œuvre des soins palliatifs. Les soins et le soutien sont menés dans la même structure par les acteurs qui n'ont pas toujours les différentes expertises requises. Le projet pilote IRIS des soins palliatifs, développé à San Pédro par le PEPEFAR constitue un modèle des soins palliatifs.

La prise en charge des soins, notamment le traitement de la douleur et des symptômes nécessitant des opioïdes et autres médicaments inscrits sur la liste rouge, est assurée dans les structures hospitalières universitaires, spécialisées ou sanitaires régionales. A ce jour, les textes réglementaires pour l'approvisionnement des structures en opioïdes et autres médicaments, pour le contrôle et la gestion des opioïdes et pour l'organisation des soins palliatifs à domicile, n'ont pas encore été pris. Cette lacune ne permet pas la décentralisation et la mise en œuvre effectives des soins palliatifs en Côte d'Ivoire. Les populations bénéficiaires n'ont pas encore accès aux médicaments nécessaires et aux produits nutritionnels thérapeutiques pouvant améliorer la qualité des soins délivrés.

Plusieurs structures sanitaires et communautaires mènent des activités de soins palliatifs. Des supervisions ont montrés que les concepts, les notions et les modèles d'offre de soins palliatifs différaient d'une structure à une autre. Il est donc nécessaire de définir un modèle unique de soins palliatifs et de sensibiliser les acteurs sur le concept et coordonner la mise en œuvre sur le terrain.

D'autres stratégies et actions comme celles citées plus haut n'ont pas été développées dans le PSN 2006-2010. Il s'agit notamment du renforcement de la supervision des structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté, la prévention et la gestion des Syndromes d'Épuisement des Professionnels de la Santé (SEPS) dans les structures offrant des soins palliatifs. L'insuffisance des activités de supervision ne permet pas de suivre les interventions des acteurs et de corriger les faiblesses éventuelles. En outre, le nombre de professionnels de santé et de communautaires formés restent insuffisant au regards des besoins des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida.

Dans l'analyse précédente concernant le traitement, il a été noté qu'environ 20.000 PVVIH ayant débuté le traitement ARV l'ont arrêté. Ces arrêts du traitement ARV sont liés à des causes diverses dont la mauvaise observance, le manque de suivi, les conditions de vie précaires ou le décès. Ce problème doit être considéré comme une priorité de la PEC médicale. L'amélioration des soins palliatifs et un cadre réglementaire pour les soins et le suivi des malades permettraient de réduire le nombre de perdus de vue. Les besoins non couverts en soins palliatifs restent importants.

Forces et opportunités

- L'existence des documents de politique et de stratégies qui donne la vision, les orientations et le cadre stratégique des soins palliatifs.
- L'élaboration des documents de normes, procédures, de guide des soins palliatifs à domicile et dans la communauté.
- L'existence de module de formation en soins palliatifs.
- La révision du cadre réglementaire des soins palliatifs.

Faiblesses et obstacles

- L'absence de texte réglementaire pour l'approvisionnement des structures en opioïdes et autres médicaments, le contrôle et la gestion des opioïdes, la réglementation des soins palliatifs à domicile.
- Les risques de stigmatisation suscitent la réticence des PVVIH pour le suivi communautaire et les visites à domicile.

- L'insuffisance de personnel de santé et communautaires formés.
- L'absence de réseau et l'insuffisance de la référence et contre-référence limite la PEC.
- Le manque de lien organique entre le secteur médical et le secteur communautaire limite les performances de l'un et l'autre et prive le système des synergies nécessaires.
- L'absence de services spécifiques de soins palliatifs limite les possibilités d'améliorer la qualité de la PEC.
- La prise en charge communautaire, y inclus les soins palliatifs, n'est pas coordonnée au niveau district ni au niveau central.
- Malgré un taux d'exécution très faible, les ressources financières semblent insuffisantes au regard des besoins estimés par les acteurs de terrain. Ceci poserait le problème des capacités d'absorption, des procédures de mise à disposition des fonds ou du manque d'acteurs engagés dans les soins palliatifs.
- L'insuffisance de la prévention et la prise en charge du Syndrome d'Épuisement des Professionnels de la Santé (SEPS).
- L'insuffisance de la supervision pour un meilleur suivi des activités des acteurs et l'amélioration des prestations.

5. Recommandations

- Il est recommandé au MSHP et au MLS de mettre en place le cadre réglementaire pour l'approvisionnement des structures en opioïdes et autres médicaments, le contrôle et la gestion des opioïdes, la réglementation des soins palliatifs à domicile afin d'accroître les performances de la prise en charge médicale des PVVIH.
- Il est recommandé au MLS et au MSHP de développer un programme de formation des acteurs communautaires en général, des conseillers communautaires en particulier et de mettre à disposition les ressources nécessaires pour une couverture complète du pays et un accès total aux soins pour les PVVIH qui en ont besoin.
- Il est recommandé au MSHP de développer des services de soins palliatifs dans les structures sanitaires existants, de renforcer la prévention et la PEC des SEPS.
- Il est recommandé au MSHP et au MLS de mettre en place un mécanisme de coordination de la prise en charge communautaire et un cadre de coordination entre volet communautaire et volet médical de la prise en charge des PVVIH.
- Il est recommandé au gouvernement ivoirien et aux partenaires tels que PEPFAR qui finance plus de 85% de ce DAP, de mobiliser les ressources nécessaires pour développer les actions communes entre le MLS et le MSHP à tous les niveaux pour une synergie d'action et de meilleures performances dans la prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH.
- Il est recommandé aux MLS et MSHP de renforcer la supervision pour l'amélioration des activités des acteurs sur le terrain.

B.3. SOUTIEN NUTRITIONNEL

"Le soutien nutritionnel et alimentaire sera intégré aux protocoles de prise en charge des PVVIH aussi bien dans les structures de santé que dans la communauté. Pour ce faire, notre pays se propose de renforcer la collaboration entre le Programme National de Nutrition (PNN) et les programmes VIH/sida". (Extrait du PSN 2006-2010).

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : l'alimentation et la nutrition sont partie intégrante de la prise en charge globale des PVVIH, notamment les PVVIH sous traitement ARV et parfois des personnes affectées en situation de précarité. Or, en Côte d'Ivoire, le soutien nutritionnel reste encore insuffisant au regard des besoins.

Objectif : renforcer le soutien nutritionnel et alimentaire dans la communauté ;

Stratégies : (1) renforcement de la sécurité alimentaire des PVVIH et des personnes affectées ; (2) promotion des aliments fortifiés.

2. Ressources financières

De 2006 à 2008, le DAP "Prise en charge nutritionnelle" a été financé à hauteur de 137,233 millions de FCFA, ce qui représente 0,40% du financement de l'axe stratégique "prise en charge" et 0,16% du financement total de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.

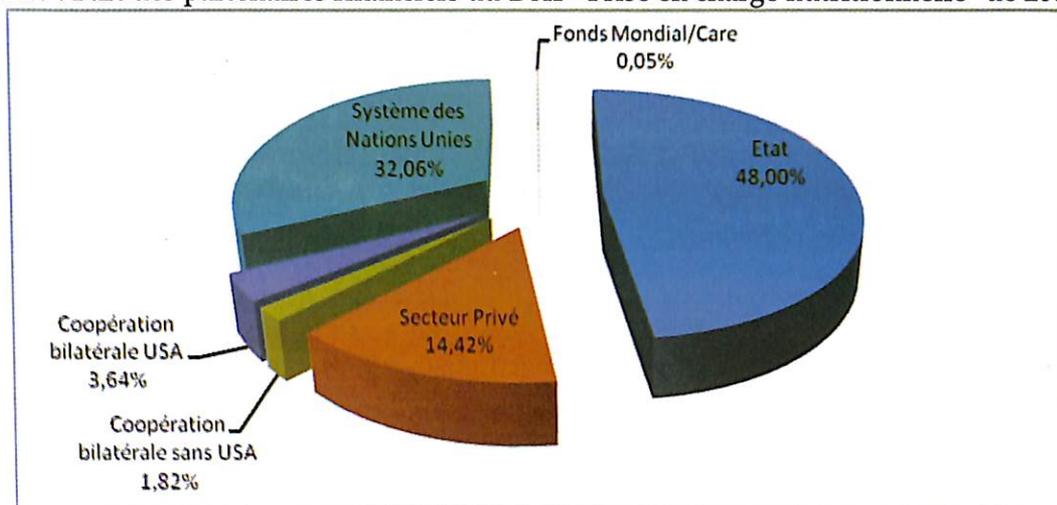
A mi-parcours, le niveau actuel du financement du DAP "Prise en charge nutritionnelle", représente, par rapport aux prévisions de financement, 2,93% des intentions de financement par rapport à la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (4,688 milliards de FCFA) et 7,1% des estimations budgétaires du PSN (1,933 milliards de FCFA).

Tableau 23 : Evolution du financement du DAP "Prise en charge nutritionnelle", par source, de 2006 à 2008

| Sources | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total Général en FCFA | Pourcentage |
|--|--------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------|
| Etat | | | 54 339 000 | 11 531 877 | 65 870 877 | 48,00% |
| Secteur Privé | | 7 000 000 | 7 700 000 | 5 091 162 | 19 791 162 | 14,42% |
| Coopération bilatérale sans USA | | 2 500 000 | | | 2 500 000 | 1,82% |
| Coopération bilatérale USA | | | | 5 000 000 | 5 000 000 | 3,64% |
| Système des Nations Unies | | | 22 000 000 | 22 000 000 | 44 000 000 | 32,06% |
| Fonds Mondial/Care | | | 71 195 | | 71 195 | 0,05% |
| Total REDES | | 9 500 000 | 84 110 195 | 43 623 039 | 137 233 234 | 100,00% |
| Total TRMR | | 1 206 000 000 | 1 741 000 000 | 1 741 000 000 | 4 688 000 000 | |
| Total estimation PSN | | 290 000 000 | 595 000 000 | 1 048 000 000 | 1 933 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 0,79% | 4,83% | 2,51% | 2,93% | |
| Taux d'exécution REDES/Estimation PSN | | 3,28% | 14,14% | 4,16% | 7,10% | |

A l'analyse des données du REDES sur la période 2006-2008, l'Etat, le secteur privé, la coopération bilatérale sans les USA, la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) et le Fonds Mondial ont contribué à la réalisation des activités prévue dans ce DAP. L'Etat, le Système des Nations Unies (SNU) et secteur privé avec respectivement 48%, 32,06 et 14,42% apparaissent comme les principales sources de financement. Le graphique 16 ci-après, réalisé à partir des données du REDES, montre le poids de la contribution des différentes sources de financement.

Graphique 16 : Part des partenaires financiers du DAP "Prise en charge nutritionnelle" de 2006 à 2008



3. Réalisations/ Processus & Résultats

Deux projets majeurs ont été mis en place pour l'appui alimentaire aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida.

- Le projet du PAM démarré en 2007, appuie les PVVIH par l'apport de complément alimentaire fortifié équivalent à 1300 kcal/jour pour une dotation d'une ration de 5 personnes par famille et par mois. Le projet qui s'adresse aux PVVIH et aux personnes affectées par le VIH, intègre le continuum de soins (observance, conseil, soutien) et intervient au nord et à l'ouest. En 2008, 42.000 personnes éligibles ont été soutenues et le projet prévoit d'assister 53.360 personnes en 2009. Pour les PVVIH sous traitement ARV, l'assistance est d'un mois, de 18 mois pour la PTME et de 6 à 10 mois pour les OEV.
- Le projet VIH/sida et nutrition, exécuté par le Programme National Nutrition (PNN) et financé par PEPFAR et HKI, a débuté en 2008. L'objectif de ce projet est de "contribuer à l'amélioration de l'état de santé des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida (enfants nés de mères séropositives, Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH) par l'octroi de services alimentaires et nutritionnels de qualité intégrés à la prise en charge (PEC) globale des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida".

Selon le PNN, "le projet est exécuté sur 8 sites pilotes dans 4 districts et a pour objectifs spécifiques de : (i) mettre en place une base de référence ; (ii) offrir le counselling nutritionnel à 100% des PVVIH reçues ; (iii) offrir le conseil en alimentation/allaitement du nourrisson à au moins 80% des femmes enceintes suivies ; (iv) dépister la malnutrition chez 100 % des PIAVIH reçus ; (v) prendre en charge tous les PIAVIH malnutris dans les zones d'intervention. Ce projet a permis :

- de former 67 personnels de santé (27 médecins, 23 infirmiers, 17 sages femmes) et 25 agents de santé communautaire à la prévention et la PEC de la malnutrition ;
- de distribuer des kits et produits alimentaires composés de 4 cartons de Résomal, 30 cartons de lait F100, 48 cartons de lait F75, 24 cartons de BP100 : 24 cartons de BP5 et 150 cartons de Plumpy-nut ;
- d'équiper les sites en matériels de mesures anthropométriques, matériels culinaires pour les séances de démonstration diététique et en intrants pour la PEC de la malnutrition ;
- d'élaborer des directives pour les prestataires des centres de santé, des outils de collecte et de gestion des données et la formation à l'utilisation de ces outils de gestion, d'élaborer un guide pratique de soins et soutien nutritionnels et alimentaires aux PVVIH et d'approvisionner régulièrement les sites en aliments de compléments enrichis.

En plus de ces deux projets, l'UNFPA, dans le cadre de son projet de prévention en direction des personnes déplacées à l'ouest, a distribué 300 kits alimentaires, 300 kits d'hygiène et 60 sacs de semence de maïs de 2006 à 2008, correspondant à la période sous revue.

En ce qui concerne la promotion des aliments fortifiés, seules la farine et l'huile sont fortifiées par le projet GAIN financé par Hellen Keller International (HKI). Il s'agit d'une fortification à l'échelle nationale de ces aliments. La promotion de ces aliments pour les PVVIH reste insuffisante.

4. Analyses et commentaires

La prise en charge nutritionnelle reste encore faible au regard des besoins nationaux. Cette faiblesse est due à l'insuffisance des ressources financières pour le financement de ce DAP. L'appui nutritionnel accordé aux personnes éligibles dans le cadre des projets cités plus haut est de trop courte durée pour produire l'effet recherché sur les bénéficiaires.

La première stratégie, à savoir le renforcement de la sécurité alimentaire des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida n'a pas fait l'objet d'initiatives de nature à assurer la sécurité alimentaire. Les deux projets cités ci-dessus, se limitent à assurer un apport de complément alimentaire à un certain nombre de bénéficiaires pendant une durée limitée. L'étape concernant la distribution des semences (et aliments) aux PVVIH et aux personnes affectées par le VIH/sida n'a pas été mise en œuvre. La distribution de semences aurait permis aux bénéficiaires de développer des activités génératrices de revenus par la création de potagers et de champs et, ainsi, d'avoir des chances de sortir de la précarité et de garantir leur sécurité alimentaire.

La deuxième stratégie qui est la promotion d'aliments fortifiés, annoncées dans le PSN 2006-2010 n'a pas fait l'objet d'activités d'envergure puisque seulement deux produits, la farine et l'huile, ont été fortifiés. L'insuffisance des ressources financières et le faible nombre d'acteurs intervenant dans ce DAP expliqueraient le faible développement des activités. C'est cette insuffisance des ressources qui aurait entraîné un retard dans la mise en œuvre des activités de renforcement du soutien nutritionnel et alimentaire des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida. En effet, les activités du PAM n'ont débuté qu'en 2007 et celles du PNN en 2008. Le projet du PNN ne concerne que 4 districts sanitaires sur les 83 que compte le pays. Il est donc primordial de faire un passage à échelle de ce projet pour en faire bénéficier les PVVIH et les personnes affectées par le VIH/sida sur toute l'étendue du territoire.

A ces faiblesses s'ajoute l'insuffisance de coordination et de supervision des activités tant au niveau central qu'au niveau périphérique.

Fores et opportunités

- la formation des 67 agents de santé et des 25 agents de santé communautaires à la prévention et à la prise en charge de la malnutrition.
- Existence de directives et guide de PEC nutritionnelle à l'usage des prestataires.
- Existence d'équipement pour la PEC nutritionnelle.
- Existence d'aliments fortifiés pour une meilleure PEC nutritionnelle des PVVIH.

Faiblesses et obstacles

- Insuffisance des ressources financières pour couvrir les besoins et passer à échelle.
- Faible coordination des activités.
- Absence de distribution de semences et aliments aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida.
- Insuffisance dans la fortification des aliments et faible promotion des aliments fortifiés.
- Non intégration des activités de nutrition dans le plan de suivi & évaluation de la PEC globale des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida.

B.4. SOUTIEN JURIDIQUE

La réponse nationale au VIH/sida en Côte d'Ivoire n'a pas encore véritablement pris en compte la protection juridique des personnes séropositives. La nécessité d'assurer à ces personnes une protection légale est d'autant plus importante que le contexte reste marqué par une forte stigmatisation/discrimination à l'égard des personnes séropositives.

Dans le PSN 2006-2010, on note : "en vue de garantir la protection des droits des PVVIH et des personnes affectées, des efforts seront entrepris en vue d'accroître l'offre d'assistance juridique".

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : l'épidémie de VIH/sida, compte tenu de sa nature sociale, de la gêne liée à son mode de transmission sexuelle et de ses impacts multiformes, est source de stigmatisation, de discrimination et d'autres formes d'injustice qu'il convient de prendre en compte dans la riposte nationale au VIH/sida.

Objectif : apporter un soutien juridique à tous les PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida exprimant un besoin.

Stratégies : (1) promotion des droits et devoirs des PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida ; (2) amélioration de l'offre de services d'assistance juridique en faveur des PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida.

2. Ressources financières

A mi-parcours de la mise œuvre du PSN 2006-2010, le DAP "Prise en charge juridique" n'a enregistré aucun financement malgré les annonces lors de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR). Il y a eu des engagements à hauteur de 55 millions de FCFA. A mi-parcours, le niveau de financement de ce DAP devrait s'élever à 15 millions de FCFA (cf. tableau TRMR) pour atteindre 55 millions de FCFA à la fin de l'année 2010. Il faut remarquer que ce DAP n'a pas fait l'objet d'une budgétisation lors de l'élaboration du PSN 2006-2010.

3. Réalisations/ Processus & Résultats

La réponse nationale au VIH/sida en Côte d'Ivoire n'a pas encore véritablement pris en compte la protection juridique des personnes séropositives. En ce qui concerne la promotion des droits et devoirs des PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida, un avant-projet de loi portant protection des personnes vivant avec le VIH/sida a été initié en février 2009 (hors période sous revue) par le MLS et le Ministère de la Justice, avec le soutien de l'ONUSIDA, du PNUD, de l'UNIFEM et de l'Assemblée nationale.

Pour l'amélioration de l'offre de services d'assistance juridique en faveur des PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida, seulement des actions ponctuelles sont menées par des associations pour venir en aide aux personnes qui en expriment le besoin. Il s'agit d'aide pour l'établissement d'extraits de naissance et d'autres documents administratifs.

Dans le cadre d'un projet financé par le GIP ESTHER, une plate forme d'ONG (Ruban Rouge, Lumière Actions, Amepouh, Femme égale Vie) se concertent pour apporter un soutien juridique aux PVVIH suivies par cette coalition. Il s'agit de besoins d'informations juridiques, d'ouverture de dossiers et règlement des frais de dossiers, de recherche de partenariat avec des professionnels regroupés en réseaux pour la défense des droits humains, comme l'association des Femmes Juristes de Côte d'Ivoire.

Les initiatives citées ci-dessus n'entrent pas dans les prévisions du PSN 2006-2010. En effet, le PSN 2006-2010 avait prévu la Promotion des droits et devoirs des PVVIH en créant un service juridique pour la promotion des droits et devoirs des PVVIH et en renforçant les dispositions légales protégeant les PVVIH. Les indicateurs sont le nombre de dispositions légales prises et le nombre de cas de violations assistés.

4. Analyse et commentaires

Comme mentionné plus haut, la réponse nationale au VIH/sida en Côte d'Ivoire n'a pas encore véritablement pris en compte la protection juridique des personnes séropositives. Dans le PSN 2006-2010, aucun budget n'est consacré au DAP "Soutien juridique", le reléguant ainsi au second plan. Seulement un avant-projet de loi portant protection des personnes vivant avec le VIH/sida a été initié en février 2009. L'adoption de cette loi protégeant les PVVIH pourra contribuer à la réduction des actes de stigmatisation et discrimination, aussi bien sur les lieux de travail qu'au sein de la communauté.

Il n'existe pas de service juridique pour la promotion des droits et devoirs des PVVIH. Les activités spontanées menées par les organisations ne peuvent pas couvrir les besoins juridiques des PVVIH. Le leadership doit être pris par le Gouvernement.

Fores et opportunités

- Il existe un avant-projet de loi portant protection des personnes vivant avec le VIH/sida.

Faiblesses et obstacles

- Absence de budget dans le PSN 2006-2010 pour la mise en œuvre des stratégies et activités du DAP "Soutien juridique".
- Absence de leadership du gouvernement dans la protection des droits et devoirs des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida.
- Absence de loi relative au VIH/sida.
- Absence de service juridique pour la promotion des droits et devoirs des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida.

B.5. SOUTIEN SOCIO-ÉCONOMIQUE

Selon le *PSN 2006-2010*, "en vue de réduire l'impact économique et social du VIH/sida, des conditions seront créées pour faciliter l'accès des PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida aux activités génératrices de revenus (AGR) et leur réinsertion sociale. Un accent particulier sera mis sur l'encadrement des bénéficiaires d'AGR".

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : les relations de cause à effet entre le VIH/sida d'une part et la pauvreté et la précarité d'autre part, justifient le soutien socio-économique des PVVIH et des personnes affectées par le VIH/sida.

Objectif : améliorer la qualité de vie de tous les PVVIH.

Stratégies : (i) facilitation de la création d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) par les PVVIH, les personnes affectées par le VIH/sida et les organisations ; (ii) mise en place d'un mécanisme de financement des AGR ; (iii) mobilisation de la communauté pour le soutien aux projets d'AGR ; (iv) facilitation de la réinsertion sociale des PVVIH.

2. Ressources financières

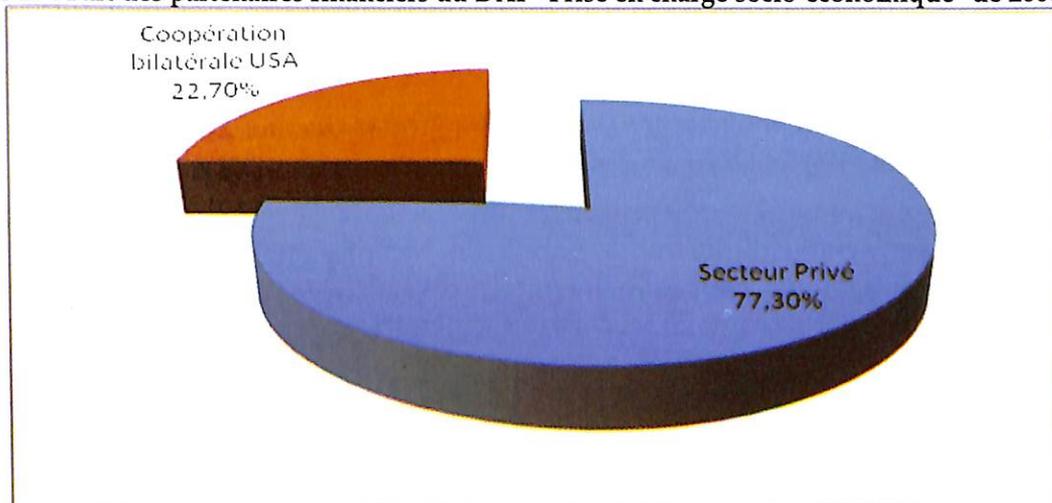
De 2006 à 2008, le DAP "Prise en charge socio-économique" a reçu un financement cumulé de 49,555 millions de FCFA. Ce qui représente 0,14% du financement de l'axe "prise en charge" (34,652 milliards de FCFA) et 0,16% du financement du PSN sur la période (86,151 milliards de FCFA). A mi-parcours, le niveau du financement du DAP "Prise en charge socio-économique", représente 8,26% des intentions de financement exprimées à la TRMR (600 millions de FCFA) et 6,86% des estimations financières du PSN (722 millions de FCFA).

Tableau 24 : Evolution du financement du DAP "PEC socio-économique", par source, de 2006 à 2008

| Sources | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|---|--------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| Etat | | -- | -- | -- | -- | -- |
| Secteur Privé | | 25 185 963 | -- | 13 119 140 | 38 305 103 | 77,30% |
| Coopération bilatérale sans USA | | -- | -- | -- | -- | -- |
| Coopération bilatérale USA | | 11 250 000 | | | 11 250 000 | 22,70% |
| Système des Nations Unies | | -- | -- | -- | -- | -- |
| Fonds Mondial/Care | | -- | -- | -- | -- | --- |
| Total REDES | | 36 435 963 | -- | 13 119 140 | 49 555 103 | 100,00% |
| Total TRMR | | 16 000 000 | 306 000 000 | 278 000 000 | 600 000 000 | |
| Total estimation PSN | | 129 000 000 | 232 000 000 | 361 000 000 | 722 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 227,72% | 0,00% | 4,72% | 8,26% | |
| Taux d'exécution REDES/Estimations PSN | | 28,24% | 0,00% | 3,63% | 6,86% | |

A l'analyse des données du REDES, sur la période 2006-2008 seulement deux sources de financement ont contribué à la réalisation des activités prévues dans ce DAP et le secteur privé apparaît comme la principale source avec 77,30% des financements (38,305 millions de FCFA). Le graphique 17 ci-après, réalisé à partir des données du REDES, montre le poids de la contribution des différentes sources de financement.

Graphique 17 : Part des partenaires financiers du DAP "Prise en charge socio-économique" de 2006 à 2008



3. Réalisations/ Processus & Résultats

Les étapes/stratégies et indicateurs de résultats retenus dans le PSN 2006-2010 sont : (i) le nombre d'AGR créées ; (ii) le nombre de PVVIH et de personnes affectées par le VIH/sida bénéficiaires d'AGR ; (iii) l'élaboration d'un mécanisme de financement des AGR ; (iv) un consensus sur la politique nationale de financement des AGR ; (v) la mise en place d'un fonds de garantie ; (vi) le nombre de campagnes de sensibilisation menées sur l'existence des micro-financements à caractère social ; (vii) le nombre de PVVIH et de personnes affectées par le VIH/sida socialement réinsérées.

Aucune de ces prévisions du PSN 2006-2010 n'a fait l'objet d'intervention spécifique. Cependant, avec l'appui de l'UNICEF, des OEV ont bénéficié d'un soutien économique à travers des activités génératrices de revenus (AGR). En effet, 120 familles en 2006 ont bénéficié d'AGR pour

un budget total de 400,000 USD et, pour 2008, il y a eu 710 familles pour un budget total de 355,000 USD (cf. DAP "soutien aux OEV").

De 2006 à 2008, l'UNFPA a soutenu 395 PVVIH et 50 victimes de violences sexuelles, à hauteur de 200 000 000 de FCFA.

Le PNOEV a élaboré un guide pour la mise des AGR pour les familles des OEV, en 2008. Ce guide donne une orientation et une vision sur les AGR.

4. Analyse et commentaires

Le domaine d'action prioritaire "soutien socio-économique" n'a pas fait l'objet d'interventions spécifique entrant clairement dans le cadre du PSN 2006-2010. Seulement Le Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales a un programme d'AGR mais qui n'est pas orienté nécessairement vers les PVVIH.

Les activités de soutien socio-économique, en plus de pouvoir sortir les PVVIH de la précarité, peuvent contribuer à réduire les inégalités sociales entre hommes et femmes en augmentant le pouvoir économique de ces dernières à travers des activités génératrices de revenus.

Les différentes stratégies développées dans le PSN 2006-2010 n'ont pas été mises en œuvre pour l'amélioration du soutien économique des PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida. Il s'agit de : (i) la facilitation de la création d'AGR par les PVVIH et les organisations ; (ii) la mise en place d'un mécanisme de financement des AGR ; (iii) la mobilisation de la communauté pour le soutien aux projets d'AGR ; (iv) la facilitation de la réinsertion sociale des PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida.

L'absence ou l'insuffisance de la mise en œuvre de ces stratégies n'ont pas permis d'atteindre l'objectif qui est d'améliorer la qualité de vie des PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida. Cette absence ou faiblesse est principalement due à l'insuffisance de ressources financière mobilisées pour ce DAP. En effet sur 722 000 000 FCFA prévus pour la période 2006-2008, seulement 49 555 103 ont été mobilisés et utilisés. Le financement des AGR et la mise en œuvre des activités auraient permis aux PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida de mener des activités pour leur autonomisation.

En plus de ces insuffisances, les activités d'AGR ne sont pas documentées, il est donc difficile d'apprécier les interventions menées.

Le soutien économique n'a pas été une priorité pour les acteurs de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire comme semble l'illustrer la rareté des actions entreprises dans ce domaine. Pourtant, les étroites relations de cause à effet entre le VIH/sida et la pauvreté/précarité commandent de développer davantage les activités génératrices de revenus au profit des PVVIH et des personnes affectées par le VIH. Ce serait s'attaquer à un facteur important de la vulnérabilité des femmes et une des causes profondes de l'exposition à l'infection par le VIH.

Forces et opportunités

- Existence d'un guide pour la mise en œuvre des AGR.

Faiblesses et obstacles

- Insuffisance de ressources financières pour la mise en œuvre de ce DAP.
- Absence de fonds de garantie pour les AGR.
- Politique sociale en faveur des PVVIH et personnes affectées par le VIH/sida timide.
- Insuffisance de documentation des AGR.

B.6. PRISE EN CHARGE DES OEV

1. Résumé du domaine d'action

Problématique : l'augmentation du nombre d'OEV est l'impact social le plus dramatique et le plus menaçant pour la stabilité sociale si les OEV sont abandonnés à eux-mêmes, sans encadrement et sans soutien en rapport avec leurs besoins.

Objectif général : d'ici fin 2010, assurer la prise en charge des OEV et de leurs familles.

Objectifs spécifiques : (1) renforcer les capacités de 30% des familles pour la prise en charge des OEV ; (2) mobiliser 50% de la population sur la problématique des OEV en vue d'un changement de comportement ; (3) assurer l'accès de 40% des OEV aux services sociaux de base, éducation et formation ; (4) assurer la prise en charge psychosociale de 60% des OEV et leurs familles.

Stratégies : (1) développement d'AGR pour les familles d'OEV démunies ; (2) mobilisation en faveur des OEV et de leurs familles ; (3) scolarisation des OEV démunis ; (4) appui alimentaire et nutritionnel aux OEV et leur famille démunis scolarisés ou non ; (5) facilitation de l'accès à la formation et à l'insertion socioprofessionnelle des OEV déscolarisés et non scolarisés ; (6) renforcement du soutien psychologique aux parents et aux OEV.

2. Ressources financières

De 2006 à 2008, selon les données du REDES, le DAP "Prise en charge des OEV" a enregistré un financement cumulé de 1,913 milliards de FCFA. Le niveau actuel de ce financement représente 5,52% du montant global de l'axe stratégique "Prise en charge" et 2,22% du financement total de la lutte contre le VIH/sida sur cette période. L'Etat, le secteur privé, la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) et le Fonds Mondial ont été les principales sources de financement du DAP "Prise en charge des OEV".

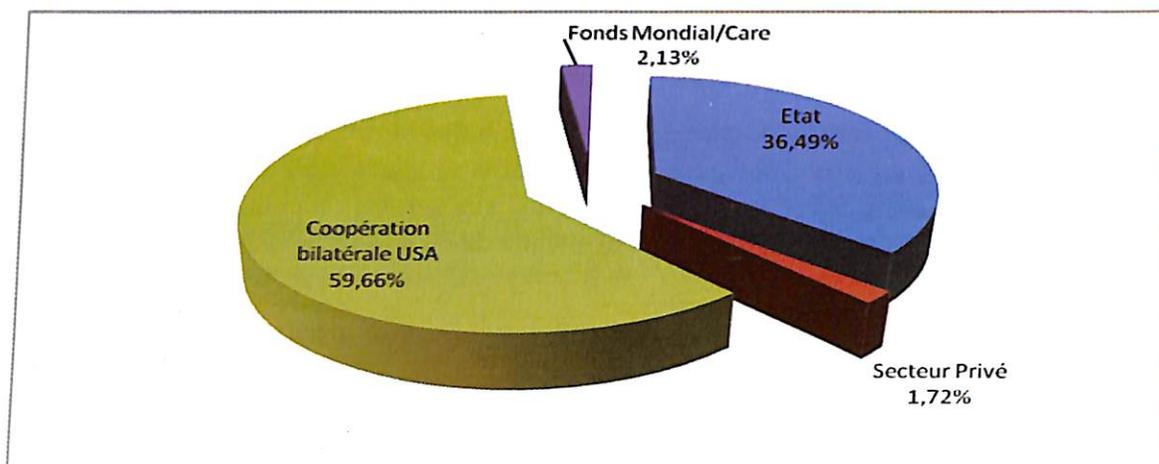
A mi-parcours, par rapport aux prévisions financières, le niveau de financement du DAP "Prise en charge des OEV" reste très faible par rapport aux intentions de financement et aux estimations financières du PSN. Pour les intentions de financement, le taux atteint est de 11,42% (1,913 milliards obtenus sur les 16,750 milliards escomptés) et, par rapport aux estimations financières du PSN le taux atteint est de 7,28% (1,913 milliards obtenus sur les 26,281 milliards estimés).

Tableau 25 : Evolution du financement du DAP "Prise en charge des OEV", par source, de 2006 à 2008

| Sources | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|--|--------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| Etat | | 200 330 394 | 440 467 881 | 57 313 758 | 698 112 033 | 36,49% |
| Secteur Privé | | 7 490 255 | 14 773 916 | 10 590 431 | 32 854 602 | 1,72% |
| Coopération bilatérale USA | | 333 496 737 | 467 682 679 | 340 339 500 | 1 141 518 916 | 59,66% |
| Fonds Mondial/Care | | | 26 313 420 | 14 429 500 | 40 742 920 | 2,13% |
| Total REDES | | 541 317 386 | 949 237 896 | 422 673 189 | 1 913 228 471 | 100,00% |
| Total TRMR | | 1 622 000 000 | 7 570 000 000 | 7 558 000 000 | 16 750 000 000 | |
| Total estimation PSN | | 8 211 000 000 | 8 748 000 000 | 9 322 000 000 | 26 281 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 33,37% | 12,54% | 5,59% | 11,42% | |
| Taux d'exécution REDES/Estimation PSN | | 6,59% | 10,85% | 4,53% | 7,28% | |

Pour ce DAP, la coopération bilatérale américaine (PEPFAR), avec 1,141 milliards de FCFA soit 59,66% à mi-parcours, est la principale source de financement du DAP "Prise en charge des OEV". L'Etat, le Fonds Mondial et le secteur privé financent ce DAP mais, leur financement reste plus ou moins faible par rapport à la contribution de la coopération américaine (PEPFAR). Le graphique 18 ci-dessous montre le poids de la contribution des différentes sources de financement dans la prise en charge des OEV.

Graphique 18 : Part des partenaires financiers du DAP "Prise en charge des OEV" de 2006 à 2008



3. Réalisations/ Processus & Résultats

Le premier objectif spécifique fixé par le PSN est de "renforcer les capacités de 30% des familles pour la prise en charge des OEV". Le PSN 2006-2010 a estimé le nombre d'OEV à 540.000 en Côte d'Ivoire, en 2005. Le nombre d'OEV ayant bénéficié d'un soutien, toute nature confondue en 2008 est de 84.947. Le nombre total de familles d'OEV bénéficiant d'AGR n'a pas été répertorié. Avec l'appui de l'UNICEF, 120 familles ont bénéficié d'AGR pour un budget total de 400,000 USD en 2006. En 2008, ce sont 710 familles pour un budget total de 355,000 USD.

Le deuxième objectif "mobiliser 50% de la population sur la problématique des OEV en vue d'un changement de comportement" est loin d'être atteint. Relativement peu de séances de sensibilisation ont été organisées (cf. tableau 26 ci-dessous).

Tableau 26 : Situation des indicateurs nationaux de la "prise en charge des OEV" pour 2006-2008

| Indicateurs nationaux | Années | | |
|--|--------|--------|--------|
| | 2006 | 2007 | 2008 |
| Nombre de centres sociaux prenant en charge les OEV | 6 | 12 | 16 |
| Nombre d'OEV pris en charge | 31 534 | 50 350 | 84 947 |
| Nombre d'OEV ayant bénéficié d'un soutien scolaire | N/A | -- | 1753 |
| Nombre d'OEV ayant bénéficié d'un soutien médical | 35 | 75 | 300 |
| Nombre d'OEV ayant bénéficié d'un soutien psychosocial | 35 534 | 50 350 | 84 947 |
| Nombre d'OEV ayant bénéficié d'un soutien nutritionnel | N/A | N/A | N/A |
| Nombre d'OEV ayant bénéficié d'un soutien économique (AGR) | N/A | N/A | N/A |
| Nombre de séances de sensibilisation menées sur la problématique des OEV | 24 | 36 | 64 |
| Nombre de personnes formées sur la PEC des OEV | -- | -- | 1882 |

Source : Rapport PN-OEV, 2008

Au niveau de l'objectif 3 "assurer l'accès de 40% des OEV aux services sociaux de base, éducation et formation", des activités ont été menées pour améliorer les conditions de vie des OEV. Selon le PNOEV du MFFAS, 16 centres sociaux abritent les plateformes de collaboration et de PEC des OEV en fin 2008. Il s'agit d'Abidjan (Abobo, Koumassi, Yopougon), Abengourou, Agboville, Bondoukou, Bouna, Bouaké, Daloa, Dimbokro, Gagnoa, Dabakala, Korhogo, Man, San Pedro, Yamoussoukro. Ces centres ont permis d'identifier des OEV et d'assurer leur prise en charge.

Seulement 1 743 OEV ont bénéficié d'un soutien scolaire. L'UNFPA, à travers son projet de prévention chez les personnes déplacées internes à l'ouest, a offert 300 kits scolaires aux OEV. Le nombre d'OEV ayant bénéficié de soutien nutritionnel et d'insertion socio-professionnelle n'est pas renseigné.

Quant au quatrième objectif du PSN 2006-2010 "assurer la prise en charge psychosociale de 60% des OEV et leurs familles", le nombre d'OEV ayant bénéficié de soutien psychosocial n'a cessé de croître, passant de 33 534 OEV en 2006 à 50 350 en 2007 et à 84 947 en 2008.

Depuis 2006, le nombre de centres sociaux augmente régulièrement du simple au double et, en conséquence, le nombre d'OEV pris en charge a augmenté d'environ 85% entre 2006 et fin 2008.

Les besoins non couverts restent importants dans le soutien aux OEV. Au niveau national, le PNOEV développe un soutien global intégrant la prise en charge médicale, l'appui à la scolarité/apprentissage de métiers, l'insertion socioprofessionnelle et le soutien psychosocial. L'action communautaire reste primordiale dans le soutien aux OEV d'où l'importance de la mobilisation communautaire qui ne semble pas avoir fait l'objet d'actions déterminantes.

Les autres indicateurs retenus dans le PSN 2006-2010 actuellement sous revue n'ont pas été renseignés de manière exhaustive ou n'ont pas été renseignés du tout. Il s'agit du nombre de familles bénéficiaires d'AGR ; du nombre de sessions de plaidoyer ; du nombre d'OEV et de familles bénéficiaires d'appui nutritionnel ; du nombre d'OEV déscolarisés et non scolarisés insérés dans la vie socioprofessionnelle ; et, du nombre de groupes d'auto-soutien mis en place.

Les cibles suivantes de l'accès universel ont été ajoutées en addendum au PSN 2006-2010 : (i) pourcentage d'OEV (garçons et filles) âgés de moins de 18 ans vivant dans un ménage où un paquet d'aide minimum est fourni ; et (ii) pourcentage d'OEV qui a accès à un service social, éducation et formation. Ces indicateurs ne sont pas renseignés et devront être pris en compte dans le prochain PSN de lutte contre le VIH/sida et dans le PSN du PNOEV.

4. Analyses et commentaires

Le Plan Stratégique National de Prise en charge des OEV 2007-2010 n'a pas les mêmes objectifs et stratégies que le PSN 2006-2010 en ce qui concerne la prise en charge des OEV. Les différentes stratégies citées dans le PSN 2006-2010 ont été insuffisamment mises en œuvre. Les capacités des familles pour la prise en charge des OEV n'ont pas été développées. Le développement d'AGR en faveur des PVVIH est insuffisamment pris en compte dans la mise en œuvre du PSN 2006-2010 par manque de ressources financières. A cela s'ajoute l'absence de mobilisation de la population sur la problématique des OEV qui aurait pu entraîner un changement de comportement et renforcer la mobilisation sur la question des OEV. L'accès des OEV, aux services sociaux de base, éducation et formation est faible et insuffisamment renseigné. Seulement 1 743 OEV ont bénéficié d'un soutien scolaire. Le nombre d'OEV ayant bénéficié d'insertion socio professionnelle n'est pas renseigné.

Au niveau national, le PNOEV développe un soutien global intégrant la prise en charge médicale, l'appui à la scolarité/apprentissage de métiers, l'insertion socioprofessionnelle et le soutien psychosocial. L'action communautaire reste primordiale dans le soutien aux OEV d'où l'importance de la mobilisation communautaire qui ne semble pas avoir fait l'objet d'actions déterminantes pendant la période sous revue.

Dans le cadre du PNOEV, les interventions sont uniformisées et harmonisées avec tous les intervenants. La prise en charge des OEV est partielle ou totale. Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre, les besoins non couverts restent importants dans le soutien aux OEV. L'on assiste à une augmentation du nombre d'OEV avec des besoins multiples et une paupérisation de la population due à la crise sociopolitique qui a rendu plus fragile la cohésion sociale. Cet environnement ne favorise pas la solidarité traditionnelle et rend difficile la prise en charge des OEV par les familles. Aussi, est-il nécessaire de mobiliser des ressources substantielles, beaucoup plus importantes, afin d'assurer une prise en charge de qualité à tous les OEV identifiés.

Forces et opportunités

- le leadership du Ministère de la Femme, de la Famille et des Affaires Sociales.
- l'existence d'un Plan Stratégique OEV (2007-2010), d'un plan de Suivi & Évaluation et des outils harmonisés de collecte de données.
- *l'existence d'un document de politique, de Normes et Directives des Services à offrir aux OEV (2006).*
- l'existence de modules de formation spécifiques à la prise en charge des OEV.
- l'existence d'une ligne budgétaire dans le budget de l'Etat au Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales.
- le soutien financier assuré des partenaires tels que PEPFAR, l'UNICEF, l'UNFPA.

Faiblesses et obstacles

- l'insuffisance de ressources financières pour couvrir les besoins des OEV.
- l'insuffisance de données et informations pour renseigner les indicateurs nationaux et internationaux concernant l'accès universel.
- insuffisance de mobilisation sociale et communautaire sur la problématique des OEV.
- Insuffisance d'accès des OEV aux services sociaux de bases.
- L'absence d'un partenariat rapproché entre le MFFAS/PNOEV et le MLS afin de mieux coordonner les actions en faveur des OEV et mieux gérer l'information stratégique.

5. Recommandations

- Il est recommandé au gouvernement ivoirien et aux partenaires techniques et financiers d'accroître sensiblement les ressources financières pour la PEC des OEV.
- Il est recommandé au PNOEV, en collaboration avec les services compétents du MFFAS, du MSHP et du MLS de s'appuyer sur l'approche district pour la PEC médicale des OEV.
- Il est recommandé au PNOEV/MFFAS et à la DPSE/MLS d'établir un cadre de collaboration à tous les niveaux afin que soient assurés la collecte, la compilation, le traitement, l'analyse et le partage des données et informations sur les OEV.
- Il est recommandé au MLS et MFFAS de promouvoir la mobilisation sociale et communautaire sur la problématique des OEV.
- Il est recommandé au PNOEV, en collaboration avec les services compétents du MLS, de développer davantage les stratégies de prévention du VIH au niveau des OEV.

C. AXE STRATÉGIQUE 3 : COORDINATION

Il convient de rappeler que la **multisectorialité** et la **décentralisation** sont les deux options stratégiques fondamentales de la RCI en matière de lutte contre le sida. La multiplicité des acteurs induite par ces stratégies exige une forte capacité de coordination, au niveau central et aux niveaux déconcentrés/décentralisés. Pour avoir une coordination adéquate de la riposte nationale au VIH/sida, le Gouvernement a créé et installé différents organes : le CNLS, le CIMLS, le CMP, les Comités Décentralisés et les Comités Sectoriels. Dans le cadre des "Trois principes" qui recommandent, entre autres, une structure unique nationale de coordination, le CNLS créé et installé en 2004, est l'instance unique de coordination de la réponse nationale. Le MLS qui assure le secrétariat du CNLS, est le maître d'œuvre en terme de coordination technique". Ainsi, la coordination est abordée comme les autres axes stratégiques mais, au-delà, il s'agit du cadre institutionnel et de la gouvernance de la riposte nationale au VIH/sida en Côte d'Ivoire.

1. Résumé de l'axe stratégique

Problématique : les structures et organes mis en place pour coordonner la riposte nationale au VIH/sida, multisectorielle et décentralisée, n'ont pas été fonctionnels et, cela a amené le MLS à inscrire la "coordination" comme axe stratégique du PSN 2006-2010.

Objectif général : "renforcer la coordination nationale de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire d'ici 2010".

Objectifs spécifiques : (1) assurer le fonctionnement adéquat du CNLS ; (2) rendre opérationnels le Comité Interministériel de Lutte contre le Sida ; (3) rendre opérationnel le Comité Multipartite et de Partenariat (remplacé par le Forum des Partenaires) ; (4) rendre opérationnels les comités sectoriels ; (5) rendre opérationnels les comités régionaux ; (6) rendre opérationnels les comités départementaux ; (7) rendre opérationnels les comités communaux et des districts d'Abidjan et de Yamoussoukro ; (8) assurer l'harmonisation des activités des différentes structures nationales de coordination.

2. Ressources financières

De 2006 à 2008, l'axe stratégique "Coordination" a été financé à hauteur de 17,359 milliards de FCFA. Ce financement représente à mi-parcours 20% du financement total de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire (86,151 milliards de FCFA).

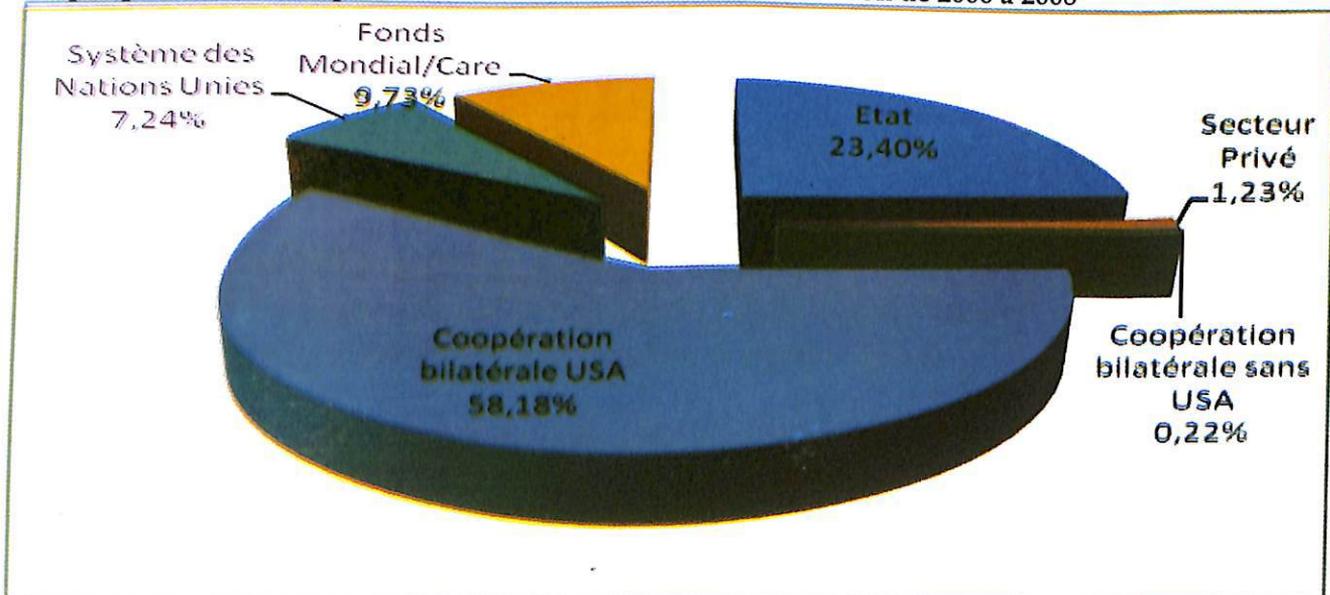
Par rapport aux prévisions financières sur la période de 2006 à 2008, le niveau de financement actuel de l'axe stratégique "Coordination" correspond en moyenne à 2634,15% des intentions de financement (659 millions de FCFA) et à 260,26% des estimations financières du PSN (6,670 milliards de FCFA). Il y a de très grands dépassements budgétaires par rapport aux estimations prévues.

Tableau 27 : Evolution du financement de l'axe stratégique "Coordination", par source, de 2006 à 2008

| Sources | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|------------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------|
| Etat | | 1 069 383 902 | 1 259 457 873 | 1 732 606 243 | 4 061 448 018 | 23,40% |
| Secteur Privé | | 159 371 719 | 35 929 015 | 18 162 505 | 213 463 239 | 1,23% |
| Coopération bilatérale sans USA | | 651 760 | | 29 651 041 | 38 262 801 | 0,22% |
| Coopération bilatérale USA | | 853 877 555 | 3 793 395 588 | 5 453 060 248 | 10 100 333 391 | 58,18% |
| Système des Nations Unies | | 499 795 125 | 577 036 845 | 179 213 885 | 1 256 045 855 | 7,24% |
| Fonds Mondial/Care | | | 827 655 482 | 861 867 489 | 1 689 522 971 | 9,73% |
| Total REDES | | 2 583 080 061 | 6 501 434 803 | 8 274 561 411 | 17 359 076 275 | 100,00% |
| Total TRMR | | 570 000 000 | 77 000 000 | 12 000 000 | 659 000 000 | |
| Total estimation PSN | | 1 636 000 000 | 2 171 000 000 | 2 863 000 000 | 6 670 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 453,17% | 8443,42% | 68954,68% | 2634,15% | |
| Taux d'exécution REDES/PSN | | 157,89% | 299,47% | 289,02% | 260,26% | |

A l'analyse des données du REDES sur la période 2006-2008, la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) avec 10,1 milliards de FCFA représentant 58,18% du financement de l'axe stratégique "Coordination", est le principal partenaire financier de la Côte d'Ivoire. D'autres sources de financement comme l'Etat, le Fonds Mondial et le Système de Nations Unies ont contribué à la réalisation des activités prévues dans cet axe stratégique, avec respectivement des contributions de 4,061 milliards de FCFA, 1,689 milliards de FCFA et 1,256 milliards de FCFA. Le graphique 19 ci-après, réalisé à partir des données du REDES, montre le poids de la contribution des différentes sources de financement.

Graphique 19 : Part des partenaires financiers de l'Axe Coordination de 2006 à 2008



3. Réalisations/Processus & Résultats

Pour atteindre les objectifs spécifiques rappelés ci-dessus, des stratégies ont été proposées. Le bilan des résultats atteints est fait par rapport à chaque objectif spécifique et sur la base de stratégies/actions prévues.

- Assurer le fonctionnement adéquat du CNLS : le Secrétariat Technique chargé de la Coordination (STCO), qui remplace le Secrétariat Général prévu dans le PSN 2006-2010, a été créé par le Décret N° 2007-566 du 10 août 2007 portant organisation du Ministère de la Lutte contre le Sida. L'équipe du STCO est opérationnelle depuis juin 2008. Chaque année, un budget lui est alloué par l'Etat pour son fonctionnement. Cependant, les réunions statutaires du CNLS n'ont pas été organisées régulièrement, la dernière réunion remonte au 23 juin 2006.
- Rendre opérationnel le Comité Interministériel de Lutte contre le Sida (CIMLS) : le CIMLS, créé par Décret N° 2004-14 du 7 janvier 2004, n'a pas fonctionné depuis sa toute première réunion tenue le 10 mai 2005. Le plaidoyer prévu auprès du Premier Ministre et des membres du gouvernement n'a pas été fait.
- Rendre opérationnel le Forum des Partenaires : le Comité Multipartite et du Partenariat créé par arrêté N° 14 MLS/CAB du 29 juillet 2005 est devenu le Forum des Partenaires. Le texte de création du Forum n'est pas encore pris. Néanmoins, le Forum des Partenaires est déjà fonctionnel et s'est réuni une fois, le 09 avril 2008.
- Rendre opérationnels les Comités Sectoriels de Lutte contre le Sida (CSLS) : 28 comités sectoriels ont été mis en place sur 32 à créer, soit un comité par ministère. Deux des grandes institutions de la République sur dix que compte le pays, ont déjà mis en place leur comité sectoriel. Ceci porte à 34 le nombre de comités sectoriels mis en place sur un total de 42 à créer. Tous les comités sectoriels mis en place ont un point focal sauf deux. Quinze (15) des points focaux sont à plein temps.
- Rendre opérationnels les Comités Régionaux de Lutte contre le Sida (CRLS) : 16 comités régionaux ont été installés sur les 19 à mettre en place. Sur les 16 comités installés, 10 disposent de Cellule Technique d'Appui aux Initiatives Locales (CTAIL) avec, à leur tête, un Conseiller régional VIH. Chaque CTAIL dispose d'un budget de fonctionnement. Les CRLS tiennent des réunions périodiques et rendent compte au MLS par le biais du Préfet de région. Quant aux districts d'Abidjan et de Yamoussoukro, le premier a mis en place son comité et le second n'en dispose pas encore.
- Opérationnalisation des Comités Départementaux de Lutte contre le Sida (CDLS) : 39 comités départementaux ont été installés sur 58 à créer. Un comité sur les 39 installés est soutenu par le PEPFAR - il s'agit de celui de San Pedro.
- Opérationnalisation des Comités Communaux de Lutte contre le Sida (CCLS) : 52 CCLS ont été mis en place sur 196 à créer. Ces comités ne sont pas fonctionnels. Par ailleurs, l'Alliance des Maires contre le sida constitue un cadre de concertation et de coordination.
- Assurer l'harmonisation des activités des interventions de coordination entre le CNLS, le CCM et les autres entités de coordination. Dans cet objectif, il était prévu de réviser le Décret de création du CNLS afin d'inclure le CCM et les autres entités de coordination. Le Décret n'a pas été pris et le CCM n'a pas encore été intégré dans le CNLS.

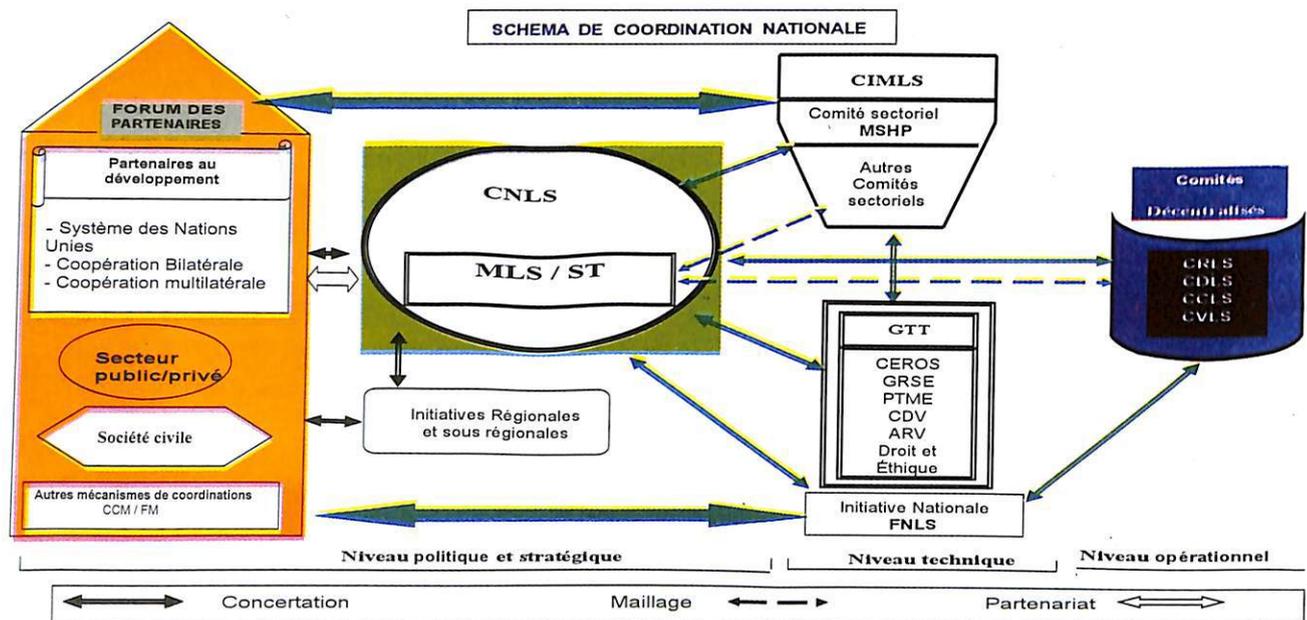
Les comités villageois de lutte contre le sida n'ont pas été pris en compte comme objectif spécifique, cependant, ils figurent en bonne place dans le schéma de coordination au niveau du PSN 2006-2010. Ils figurent également dans le PNSE et plus précisément dans le schéma du circuit de collecte des données non santé. Il y a 723 comités villageois qui ont été mis en place sur 3000 à créer.

4. Analyse et commentaires

La mise en œuvre de l'axe stratégique "coordination" nécessite un cadre formel de collaboration et de communication entre le MLS et les secteurs clés intervenant dans la riposte nationale au VIH/sida. Notamment, une collaboration étroite et un cadre de concertation permanent entre le MLS, le MSHP, le MFFAS et le MEN permettraient de construire une base solide pour la coordination des actions de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.

Au sein du MLS, les synergies nécessaires pour faciliter la coordination programmatique et systémique de nature à garantir au MLS un leadership effectif n'existent pas entre les différentes directions.

Le CNLS a été créé depuis 2004 mais n'a pas tenu ses réunions statutaires régulièrement. Cet organe qui est la seule autorité à avoir la responsabilité de la coordination politique et stratégique de la riposte nationale au VIH/sida est incontournable. En conséquence, le MLS doit veiller à son fonctionnement régulier d'autant que, le Décret de création prévoit une réunion par an. Cette réunion statutaire pourrait être programmée au courant du mois de mars de chaque année. Cela permettrait au Secrétariat du CNLS de disposer des mois de janvier et février pour préparer le rapport annuel sur le sida en Côte d'Ivoire, à présenter à la réunion du CNLS.



Le schéma de coordination nationale présente les CRLS, les CDLS, les CCLS et les CVLS comme le niveau opérationnel. Ces organes ne constituent pas un niveau opérationnel. Ils sont les équivalents du CNLS aux différents niveaux déconcentrés/décentralisés. En tant que tels, ils sont des organes locaux de coordination politique et stratégique, comme le CNLS l'est au niveau national. Et, pour ces niveaux décentralisés en général, c'est la CTAIL qui est l'organe technique comme le MLS l'est au niveau national. Contrairement au MLS, la CTAIL ne dispose pas de l'équivalent du CIMLS comme forum de coordination technique. Là encore, c'est le CRLS qui sera le cadre de coordination technique en même temps qu'il est celui de la coordination politique et stratégique. Il convient de signaler que la CTAIL est implantée au niveau de la région et couvre tous les départements. Les niveaux commune et village n'ont pas un organe technique propre bien défini pour assurer le secrétariat des CCLS et des CVLS.

De même, la lecture du schéma de coordination nationale montre que le MLS est placé au niveau politique et stratégique alors qu'il est bien la structure de coordination technique et devrait donc se trouver au niveau technique.

Le niveau opérationnel serait représenté par les structures sanitaires, les cellules focales publiques et privées, les services et organisations de la société civile qui opèrent sur le terrain, soit au niveau national ou aux niveaux décentralisés. Ces partenaires de mise en œuvre devraient constituer le niveau opérationnel du schéma de coordination.

Le schéma pourrait être redessiné pour mieux repositionner les différents organes et structures.

Le CIMLS et le CMP ou Forum des Partenaires sont des mécanismes de concertation sur lesquels s'appuient le Secrétariat du CNLS pour faire son travail de coordination sur les aspects techniques et financiers. Les comités sectoriels et les comités décentralisés sont des organes de coordination politique et stratégique mais également des cadres de coordination technique.

L'organigramme du MLS (cf. annexe 1) montre que la coordination des différentes directions, de STCO et de tous les autres organes ou structures du ministère se fait au niveau du cabinet. Il n'y a dans l'organigramme aucune entité qui fait la coordination technique en dehors du cabinet. Chaque structure fonctionne de manière autonome sinon indépendante des autres structures. Ceci pourrait être à l'origine de difficultés à bâtir une équipe soudée et à créer les synergies nécessaires pour atteindre un objectif commun, dans le respect de valeurs et de règles partagées.

Forces et opportunités

- L'existence des CTAIL est une force et une opportunité pour le pays. En effet, la CTAIL est la seule structure au niveau régional dont les rôles et les responsabilités sont de rassembler toutes les données et informations sur le VIH/sida, de tous les secteurs et de tous les acteurs en un rapport unique à soumettre à l'autorité régionale qu'est le Préfet de région, président du CRLS.
- La disponibilité de l'appui financier des partenaires est une force et une opportunité pour le pays et pour le MLS, si ce dernier a accès aux ressources financières pour mener à bien sa mission de coordination technique.
- L'existence de cadre formel de coordination est une force, à condition de faire fonctionner chaque organe selon les dispositions légales prévues.
- L'adhésion de la Côte d'Ivoire aux "Trois Principes" est un atout, à condition que cela soit respecté par tous les acteurs et partenaires.

Faiblesses et obstacles

- Le manque et/ou l'insuffisance de ressources financières pour appuyer les structures et organes décentralisés du MLS est un obstacle au bon fonctionnement du système national de gestion de la riposte nationale au VIH/sida.
- L'absence d'une compréhension commune des rôles et responsabilités des CTAIL a beaucoup retardé la mise en place de ces dernières et handicapé leur fonctionnement.
- La prise en compte tardive des textes réglementaires n'a pas permis leur application avant la revue à mi-parcours.

5. Recommandations

- Il est recommandé aux partenaires techniques et financiers en général, au PEPFAR, au PNUD, à l'UNFPA et à l'UNICEF de joindre leurs efforts à ceux de la Banque Mondiale et de ONUSIDA pour accorder un appui matériel et financier substantiel au MLS pour doter toutes les régions du pays en CTAIL immédiatement opérationnelles. Cela voudrait dire un personnel motivé, un équipement adéquat en matériel informatique et de communication, une logistique permettant de parcourir tous les départements de la région et des moyens financiers pour assurer le fonctionnement de tout le dispositif.
- Il est recommandé au MLS de revoir son cadre institutionnel interne afin de repenser les différentes entités de l'organigramme, d'éviter les chevauchements, de mieux définir les passerelles entre les entités et de créer un mécanisme de coordination de nature à amener les différentes entités à travailler ensemble, en synergie, selon des règles et des valeurs partagées.
- Il est recommandé au MLS de programmer la réunion statutaire du CNLS la dernière semaine du mois de mars de chaque année et y présenter le rapport annuel d'activités ainsi que le rapport financier de la riposte nationale au VIH/sida en Côte d'Ivoire. Ainsi, une revue du PSN VIH/sida pourrait être faite au courant des mois de janvier et février de chaque année.
- Il est recommandé au MLS de faire fonctionner les différents organes du cadre institutionnel afin d'améliorer la gouvernance de la riposte nationale au VIH/sida.

D. AXE STRATÉGIQUE 4 : FINANCEMENT

"Les dépenses annuelles destinées à la lutte contre le sida dans les pays à faibles et à moyens revenus sont passées de moins de 300 millions de dollars des États-Unis en 1996 à 1,6 milliard en 2001, puis à 10 milliards environ en 2007. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) estime que, pour réaliser l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien d'ici à 2010, le montant annuel des dépenses devrait augmenter de manière spectaculaire jusqu'à atteindre un total de 40 milliards de dollars. Entre 70 et 80% de ces fonds devront être investis dans les pays à faibles et à moyens revenus les plus durement touchés par le VIH/sida et qui dépendent étroitement de l'aide des pays donateurs. Depuis, une résolution adoptée en 1970 par l'Assemblée générale des Nations Unies, les gouvernements des pays donateurs ont régulièrement promis d'augmenter l'aide publique au développement (APD) jusqu'à ce qu'elle représente 0,7% de leur produit intérieur brut (PIB), mais seul un petit nombre d'entre eux a tenu cet engagement. En canalisant le flux de l'argent de la source à la destination, puis en veillant à ce qu'il soit consacré à des interventions pertinentes, on pourrait contribuer de façon notable à l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien".

La revue du PSN 2002-2004 et du Plan Intérimaire 2005 a montré une bonne mobilisation des ressources pour le financement des différentes activités de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Du fait des efforts conjugués du gouvernement et de ses partenaires, 81% du financement prévu ont pu être mobilisés et ont permis de réaliser d'importantes activités inscrites dans ces plans. Cependant, les revues avaient montré une insuffisance de suivi des ressources eu égard aux difficultés d'obtention des informations financières relatives aux activités de certains partenaires. Pour pallier à cette insuffisance, dans le PSN 2006-2010, un accent particulier a été mis sur l'amélioration de la coordination et de la mobilisation des ressources. Dans ce sens, un plan de pérennisation du financement a été élaboré, en tenant compte de la fin de certains projets. De même, pour améliorer la coordination des financements, il a été créé en 2007, au sein du MLS, une Direction de la Mobilisation des Ressources et de la Coordination des Financements (DMRCF). Cette direction a pour rôle, entre autres, de fournir à tout moment des informations sur les besoins, les financements disponibles, le gap, les niveaux d'exécution, en tant qu'entité unique de coordination des financements de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire.

1. Problématique du financement du PSN

Le budget du PSN 2006-2010, a été estimé à deux cent quatre vingt dix sept milliards cent vingt millions de francs CFA (297 milliards 120 millions de FCFA) soit 577 millions USD (1USD = 515 FCFA) qui devront être mobilisés grâce aux efforts conjugués de l'Etat, du secteur privé, des communautés et des partenaires extérieurs. Dans la mobilisation des fonds, un accent particulier est mis sur les ressources internes en vue de la pérennisation du financement de la lutte contre le VIH/sida. Lors de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR), les acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/sida se sont engagés à hauteur de 286,131 milliards soit environ 555 millions de dollars US. Dans le même souci de pérennisation du financement de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire, il a été prévu de développer des activités de mobilisation de ressources, de promouvoir les mesures d'incitation fiscales contenues dans l'annexe à la loi de finances 2001 pour encourager les entreprises, de développer la participation communautaire et la solidarité nationale, de faire le plaidoyer auprès des collectivités locales et des confessions religieuses et de promouvoir la sécurité sociale.

Tableau 28 : Coûts des activités de lutte contre le VIH/sida du PSN 2006-2010 (en millions de FCFA)

| Axes/Domaines d'action | Années | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Total |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| AXE 1: PREVENTION | | 13 174 | 13 365 | 13 545 | 15 009 | 15 547 | 70 639 |
| Communication pour le changement de comportement | | 6 743 | 6 784 | 6 827 | 7 661 | 8 541 | 36 557 |
| Interventions centrées sur les jeunes | | 2 855 | 2 840 | 2 823 | 3 187 | 3 551 | 15 256 |
| Interventions centrées sur les TIS et leurs Partenaires | | 1 482 | 1 496 | 1 511 | 1 527 | 1 542 | 7 558 |
| Interventions sur le lieu du travail | | 1 477 | 1 504 | 1 531 | 1 657 | 1 788 | 7 958 |
| Interventions centrées sur les HSH | | 10 | 15 | 22 | 61 | 139 | 247 |
| Corps Habillés et Combattants | | 336 | 336 | 336 | 364 | 392 | 1 764 |
| Les Femmes (25 ans et plus) | | 331 | 341 | 351 | 362 | 373 | 1 757 |
| Campagnes médiatiques | | 252 | 252 | 252 | 504 | 756 | 2 017 |
| Conseil dépistage volontaire | | 359 | 366 | 373 | 505 | 641 | 2 242 |
| Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) | | 745 | 764 | 783 | 803 | 823 | 3 918 |
| Prévention par le préservatif (masculin et féminin) | | 3 977 | 4 030 | 4 083 | 4 498 | 3 886 | 20 474 |
| Lutte contre les IST | | 437 | 483 | 514 | 507 | 491 | 2 432 |
| Sécurité transfusionnelle | | 374 | 380 | 386 | 393 | 399 | 1 932 |
| Prévention des accidents à l'exposition au sang et liquides biologiques | | 100 | 102 | 104 | 148 | 251 | 704 |
| Lutte contre la stigmatisation et la discrimination liée au VIH/SIDA | | PM | PM | PM | PM | PM | PM |
| Prévention chez les PVVIH | | 280 | 297 | 315 | 334 | 354 | 1 581 |
| Lutte contre la transmission du VIH/SIDA par la consommation de drogues | | 158 | 159 | 160 | 160 | 161 | 798 |
| Recherche vaccinale et opérationnelle | | PM | PM | PM | PM | PM | PM |
| AXE 2 : PRISE EN CHARGE | | 16 232 | 24 084 | 34 812 | 43 338 | 50 011 | 168 476 |
| Traitement (ARV, IO, suivi biologique, Soins pédiatriques) ; | | 7 166 | 13 616 | 22 510 | 30 604 | 38 645 | 112 541 |
| Thérapie ARV | | 5 056 | 10 265 | 17 619 | 20 530 | 24 208 | 77 679 |
| Tests diagnostiques VIH | | 26 | 56 | 102 | 129 | 162 | 475 |
| Bilans Biologiques | | 1 166 | 1 641 | 2 363 | 6 785 | 10 417 | 22 373 |
| Prophylaxie et traitement des IO | | 918 | 1 653 | 2 425 | 3 159 | 3 858 | 12 013 |
| Prise en charge des OEV | | 8 211 | 8 748 | 9 322 | 9 408 | 7 501 | 43 190 |
| Soins palliatifs | | 726 | 1 488 | 2 619 | 2 875 | 3 273 | 10 982 |
| Soins palliatifs (hors soutien nutritionnel) | | 436 | 893 | 1 571 | 1 725 | 1 964 | 6 589 |
| Prise en charge et soutien nutritionnel | | 290 | 595 | 1 048 | 1 150 | 1 309 | 4 393 |
| Soutien juridique | | PM | PM | PM | PM | PM | PM |
| Réduction de l'impact socio-économique | | 129 | 232 | 361 | 451 | 592 | 1 764 |
| AXE 3 : COORDINATION | | 1 636 | 2 171 | 2 863 | 3 418 | 3 996 | 14 085 |
| AXE 4 : RENFORCEMENT DES CAPACITES (formation, équipement, rénovation) | | 3 207 | 5 577 | 4 770 | 4 913 | 5 086 | 23 554 |
| AXE 5 : SUIVI & ÉVALUATION | | 1 784 | 2 566 | 2 213 | 2 486 | 3 633 | 12 682 |
| AXE 6 : RECHERCHE | | 892 | 1 184 | 1 562 | 1 865 | 2 180 | 7 683 |
| TOTAL GENERAL | | 36 925 | 48 948 | 59 764 | 71 029 | 80 454 | 297 120 |

Source : PSN 2006-2010

Pour plus d'efficacité, la revue du volet financier du PSN 2006-2010 a été faite selon les axes stratégiques et les domaines d'actions prioritaires (DAP) de chaque axe stratégique. Le tableau 28 ci-dessus, extrait du PSN 2006-2010, montre le budget du PSN 2006-2010 et donne les détails de coût par stratégie, par domaine d'action prioritaire et par année tels que prévus dans le PSN 2006-2010. Il montre que la "Lutte contre la stigmatisation et la discrimination", le "Soutien juridique" et la "recherche vaccinale" ne bénéficient d'aucun budget. Mais, il faut signaler également que la recherche vaccinale n'est plus dans l'axe stratégique "Prévention" comme initialement prévu mais dans l'axe stratégique "Recherche".

Après la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR), des intentions de financement du PSN à hauteur de 286,131 milliards ont été enregistrées. Le tableau 29 ci-dessous donne une vue globale des annonces de financements exprimées à la date du 14/06/07 par axe stratégique et par DAP, pour les cinq années du PSN soit la période 2006-2010.

Tableau 29 : Engagements financiers enregistrés à la Table Ronde de Mobilisation des Ressources

| AXES/DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES | OFFRES DE FINANCEMENTS EXPRIMEES (Millions FCFA) | | | | | | Montants Non Affectés | TOTAL | % |
|---|--|---------------|---------------|---------------|---------------|----------|-----------------------|----------------|---|
| | ANNEES | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | | | |
| Axe 1 : Prévention | | | | | | | | | |
| Communication pour le changement de comportement | 676 | 3 380 | 3 241 | 2 688 | 2 688 | - | 12 674 | 27,26% | |
| Conseil Dépistage Volontaire | 132 | 2 034 | 1 979 | 1 961 | 1 958 | - | 8 065 | 17,34% | |
| Prévention de la Transmission Mère-Enfant | 915 | 2 204 | 2 198 | 2 196 | 2 196 | - | 9 708 | 20,88% | |
| Prévention par le préservatif (masculin & féminin) | 442 | 2 368 | 2 241 | 1 838 | 1 838 | - | 8 726 | 18,77% | |
| Lutte contre les IST | 1 | 1 | - | - | - | - | 2 | 0,00% | |
| Sécurité transfusionnelle | - | 1 607 | 1 607 | 1 607 | 1 607 | - | 6 426 | 13,82% | |
| Prévention des accidents à l'exposition au sang et liquides biologiques | 452 | 2 | 0 | - | - | - | 454 | 0,98% | |
| Lutte contre la stigmatisation et la discrimination liée au VIH/SIDA | 10 | 35 | 21 | 23 | 20 | - | 109 | 0,23% | |
| Prévention chez les PVVIH | 35 | 31 | 30 | 30 | 30 | - | 156 | 0,34% | |
| Lutte contre la transmission du VIH/SIDA par la consommation de drogues | - | - | - | - | - | - | 0 | 0,00% | |
| Recherche vaccinale et opérationnelle | - | - | - | - | - | - | 0 | 0,00% | |
| Montant non affectés | - | 25 | 35 | 60 | 60 | - | 180 | 0,39% | |
| Sous/Total Axe Prévention | 2 665 | 11 684 | 11 352 | 10 401 | 10 396 | 0 | 46 499 | 100,00% | |
| Axe 2 : Prise en charge | | | | | | | | | |
| Traitement (ARV, IO, suivi biologique, Soins pédiatriques) ; | 9 936 | 20 969 | 21 929 | 17 809 | 17 860 | - | 88 504 | 58,46% | |
| Soins palliatifs | 9 | 3 916 | 3 916 | 3 918 | 3 918 | - | 15 675 | 10,35% | |
| Soutien nutritionnel | 1 206 | 1 741 | 1 741 | 1 746 | 20 | - | 6 452 | 4,26% | |
| Soutien juridique | 0 | 0 | 15 | 20 | 20 | - | 55 | 0,04% | |
| Soutien Socio-économique | 16 | 306 | 278 | 307 | 217 | - | 1 124 | 0,74% | |
| Prise en charge des OEV | 1 622 | 7 570 | 7 558 | 7 578 | 5 810 | - | 30 139 | 19,91% | |
| Montant non affectés | 3 | 2 361 | 2 360 | 2 358 | 2 358 | - | 9 439 | 6,23% | |
| Sous/Total Axe Prise en charge | 12 793 | 36 861 | 37 796 | 33 735 | 30 201 | - | 151 387 | 100% | |
| Axe 3 : Coordination | | | | | | | | | |
| Coordination | 570 | 77 | 12 | 12 | 12 | - | 683 | 100% | |
| Sous/Total Axe Coordination | 570 | 77 | 12 | 12 | 12 | - | 683 | 100% | |
| Axe 4 : Renforcement des capacités | | | | | | | | | |
| Prévention | 34 | 9 | 3 | 3 | 3 | - | 52 | 0,37% | |
| Prise en charge | 194 | 10 | 1 | 1 | 1 | - | 207 | 1,47% | |
| Coordination | 64 | 434 | 382 | 0 | 0 | - | 879 | 6,25% | |
| Recherche | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 10 | 0,07% | |
| Financement | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0,00% | |
| Suivi-évaluation | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0,00% | |

| AXES/DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES | OFFRES DE FINANCEMENTS EXPRIMEES (Millions FCFA) | | | | | | % | | |
|--|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------|----------------|---------|
| | ANNEES | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | Montants Non Affectés | TOTAL | |
| Montant non affectés | | 55 | 3 302 | 3 191 | 3 186 | 3 191 | - | 12 925 | 91,85% |
| S/Total Axe Renforcement des capacités | | 357 | 3 754 | 3 577 | 3 190 | 3 195 | - | 14 073 | 100,00% |
| Axe 5 : Suivi-Evaluation | | | | | | | | | |
| Suivi-évaluation | | 295 | 4 632 | 4 569 | 4 257 | 4 272 | - | 18 025 | 100,00% |
| S/Total Axe Suivi-Evaluation | | 295 | 4 632 | 4 569 | 4 257 | 4 272 | - | 18 025 | 100,00% |
| Prévention | | 241 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 241 | 78,83% |
| Prise en charge | | 65 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 65 | 21,17% |
| Montant non affectés | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0,00% |
| Sous/Total Axe Recherche | | 306 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 306 | 100,00% |
| Montants Non Affectés/DAP | | 260 | 5 301 | 5 001 | 5 001 | 5 001 | 34 597 | 55 160 | |
| TOTAL GENERAL | | 17 245 | 62 309 | 62 308 | 56 596 | 53 077 | 34 597 | 286 131 | |

2. Bref aperçu du bilan des réalisations par rapport aux prévisions

Conformément aux prévisions de l'axe stratégique "Financement" du PSN 2006-2010, la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR) a été organisée, le Fonds National de Lutte contre le Sida a été mis en place et la Direction de la Mobilisation des Ressources et de la Coordination des Financements (DMRCF) a été créée en juin 2007. Aucune des autres étapes prévues dans le PSN 2006-2010 n'a été réalisée.

Les étapes prévues dans le PSN 2006-2010 et qui ne sont pas réalisées sont :

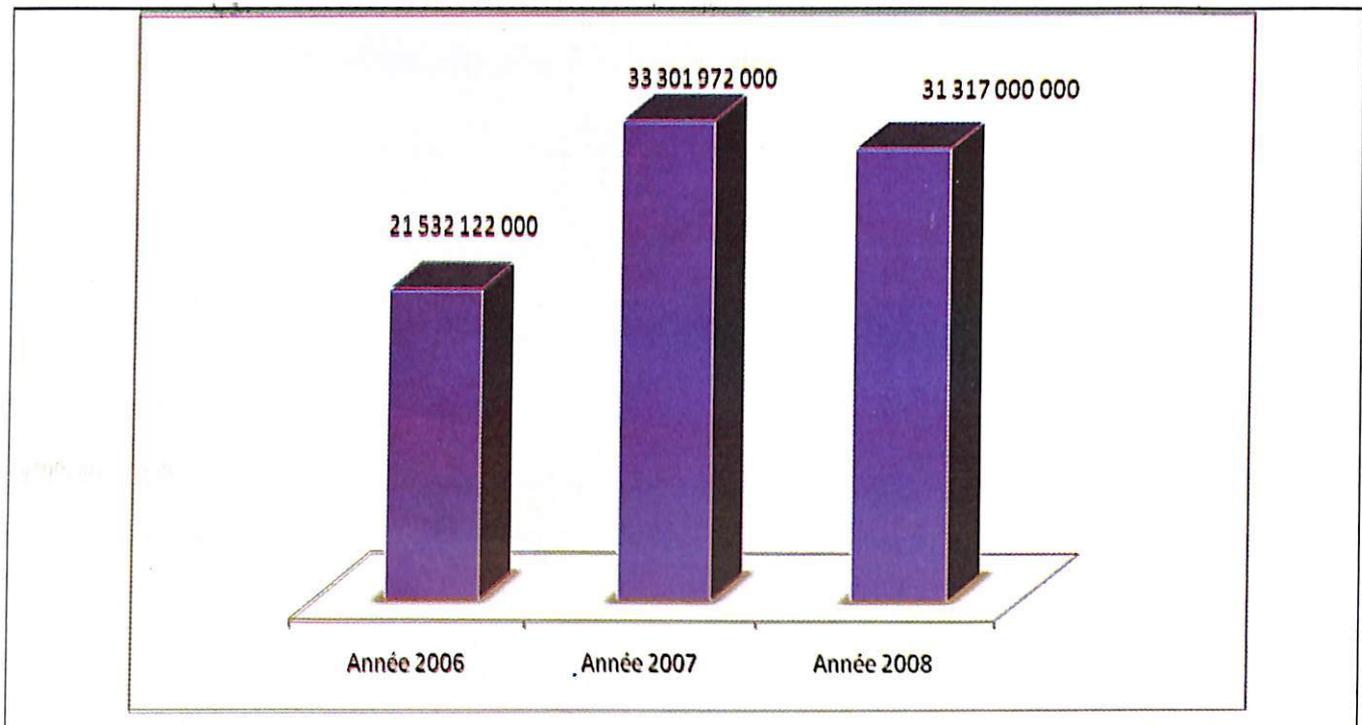
- l'élaboration de plans annuels de mobilisation de ressources ;
- la mise en place d'un cadre d'évaluation des mesures d'incitation fiscales ;
- l'information/sensibilisation des acteurs publics et privés impliqués ;
- la constitution d'un comité national d'évaluation des mesures d'incitation ;
- l'évaluation périodique de la mise en œuvre des mesures d'incitation ;
- le développement de la participation communautaire à travers le plaidoyer auprès des collectivités locales et des confessions religieuses ;
- la promotion de la solidarité nationale.

Il conviendrait d'analyser les raisons pour lesquelles aucune de ces actions n'a été réalisée par les services compétents du MLS.

3. Financement du PSN sur la période 2006-2008

L'exploitation des données issues du REDES montre que, sur la période de 2006 à 2008, environ 86,151 milliards de FCFA ont été dépensés dans les activités de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Ces financements sont passés d'environ 21,532 milliards de FCFA en 2006, à environ 31,302 milliards de FCFA en 2008 avec un pic d'environ 33,317 milliards de FCFA en 2007 comme le montre le graphique 20 ci-dessous. Trois sources essentielles ont permis de financer la lutte contre le VIH/sida au cours de la période sous revue : les fonds internationaux, les fonds publics et les fonds privés.

Graphique 20 : Evolution des dépenses globales par année



Le tableau 30 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, montre, en comparant les données obtenues à partir du REDES aux engagements des bailleurs lors de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR), qu'à mi-parcours, les objectifs de financement ont été atteints à 60,73% (86,151 milliards obtenus FCFA sur 141,862 milliards de FCFA escomptés). Cette même analyse faite, par rapport aux estimations financières du PSN, donne un niveau d'atteinte des objectifs de financement de 59,10%. Cependant, par rapport à l'année 2006, il y a un dépassement budgétaire de 4,287 milliards de FCFA au niveau des données de la TRMR avec un taux d'exécution est de 124,86%.

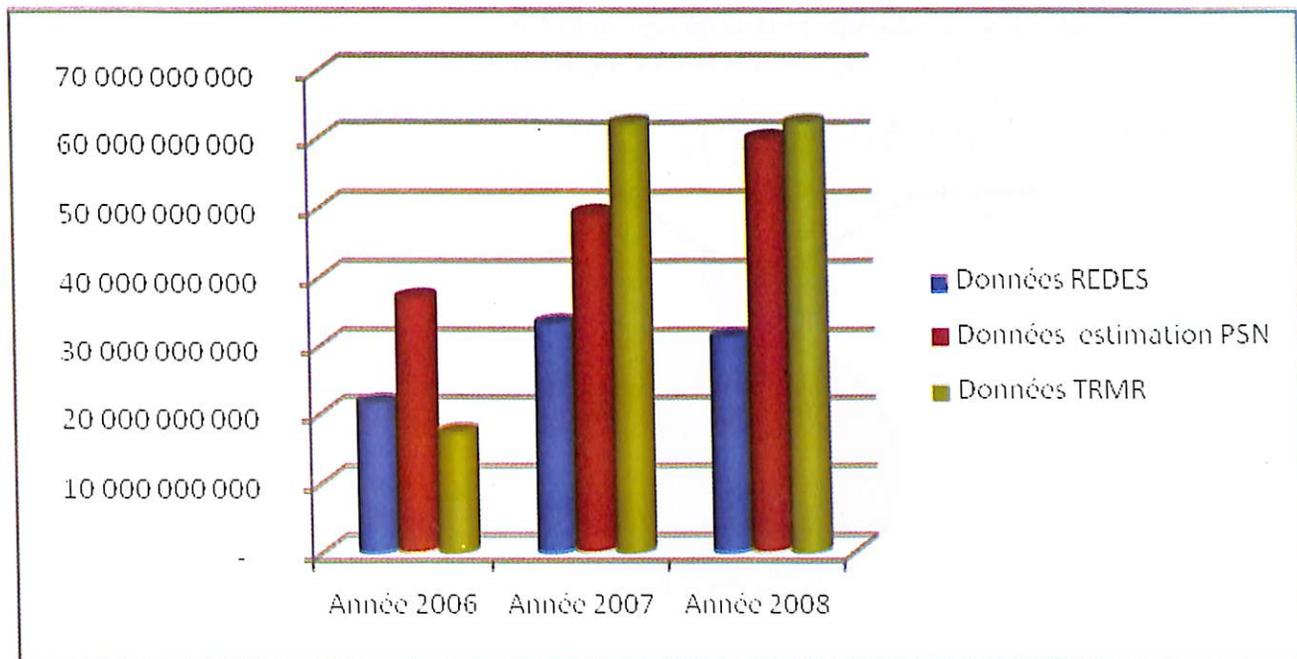
Tableau 30 : Réalisations financières par rapport aux estimations du PSN et aux annonces de la TRMR

| Sources d'information | Années 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA |
|--|---------------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Données REDES | 21 532 122 000 | 33 301 972 000 | 31 317 000 000 | 86 151 094 000 |
| Données estimation PSN | 36 924 000 000 | 49 073 000 000 | 59 765 000 000 | 145 762 000 000 |
| Données Table Ronde de Mobilisation des Ressources | 17 245 000 000 | 62 309 000 000 | 62 308 000 000 | 141 862 000 000 |
| Taux exécution REDES/Estimation PSN | 58,31% | 67,86% | 52,40% | 59,10% |
| Taux exécution REDES/TRMR | 124,86% | 53,45% | 50,26% | 60,73% |

Le graphique 21 page 74 permet de mieux apprécier la comparaison entre les données financières obtenues à partir du REDES et celles issues d'une part de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR) et, d'autre part des estimations budgétaires du PSN.

Par rapport à l'année 2010 qui marque la fin du PSN 2010, le niveau du financement actuel de la lutte contre le VIH/sida, à mi-parcours, représente 30,11% des intentions de financement issues de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (286,1 milliards de FCFA en fin 2010) et 29% des estimations financières du PSN (297,1 milliards de FCFA en fin 2010).

Graphique 21 : Evolution des différentes sources de données financières

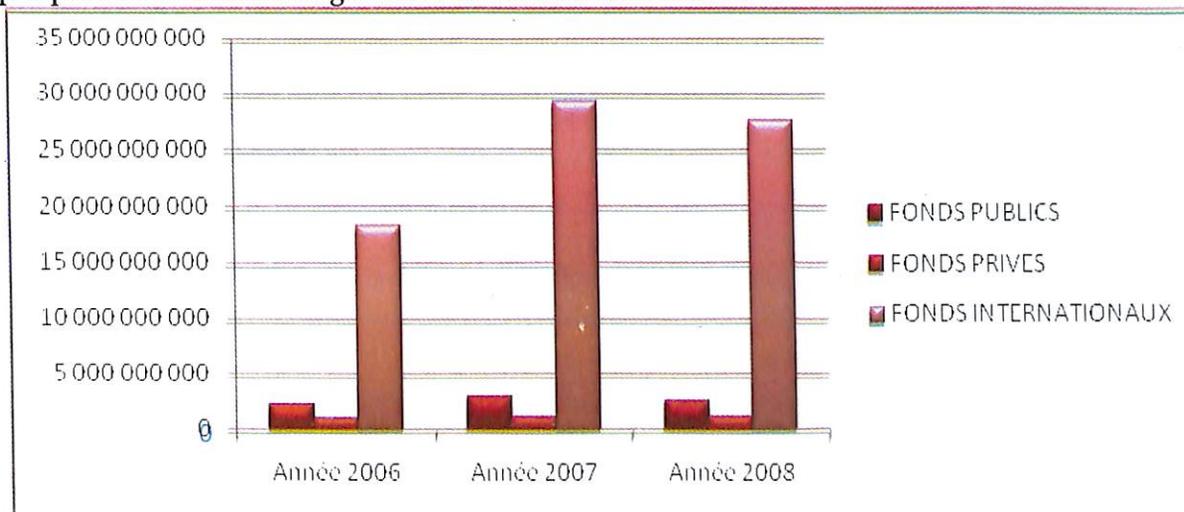


3.1. Les grandes sources de financement du PSN

L'analyse des données financières du REDES indique, qu'à mi-parcours, la mise en œuvre du PSN a enregistré 3 grandes sources de financement que sont : les Fonds publics nationaux, les Fonds privés et les Fonds internationaux.

Comme le montre le graphique 22 ci-après, les fonds internationaux sont les plus importants et cela, durant les 3 années sous revue (2006, 2007 et 2008), avec 75,1 milliards de FCFA. En plus de ces fonds, les fonds publics et les fonds privés ont aussi joué un rôle important dans le financement du VIH/sida même si leur contribution se chiffre respectivement à 7,8 milliards de FCFA et à 3,2 milliards de FCFA. L'analyse de ces données montre que le financement du VIH/sida en Côte d'Ivoire est très dépendant de l'extérieur.

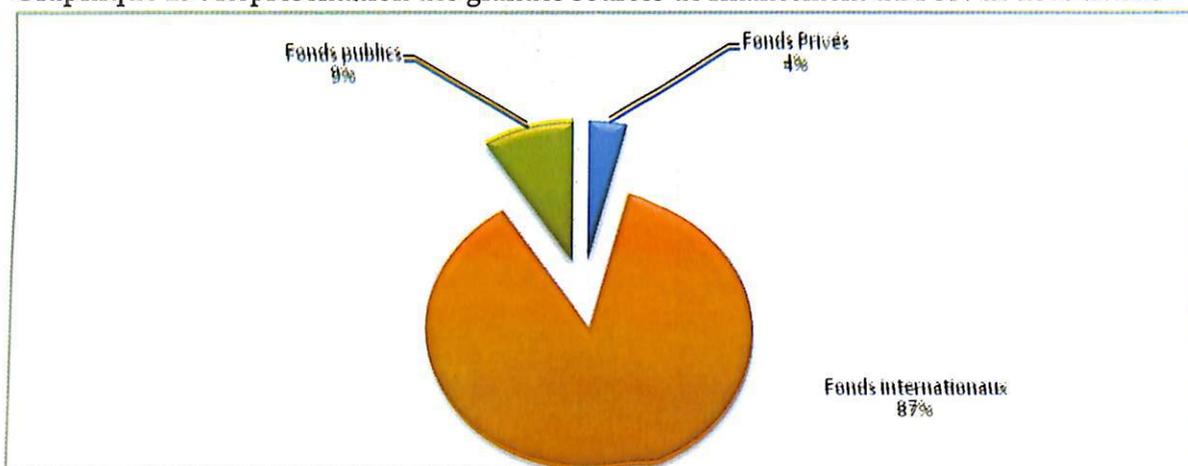
Graphique 22 : Evolution des grandes sources de financement



Les fonds internationaux qui représentent 87,22% du total du financement sont composés des ressources provenant des agences de coopération bilatérale, des agences du Système des Nations Unies, des ONG internationales, du Fonds Mondial et des institutions de financement et de développement. Les fonds privés qui représentent 3,77% du financement, regroupent les ressources des ménages et des entreprises du secteur privé. Les fonds publics, d'origine étatique

sont présents dans le financement de la lutte contre le VIH/sida à hauteur de 9,01%. Le poids des différentes grandes sources de financement est représenté dans le graphique 23 ci-dessous.

Graphique 23 : Représentation des grandes sources de financement du PSN de 2006 à 2008



Les sources de financement du VIH/sida en Côte d'Ivoire peuvent aussi s'analyser sous les deux grandes rubriques que sont les sources de financement intérieur et les sources de financement extérieur.

3.1.1. Financements intérieurs

Les Fonds publics provenant de l'Etat et les fonds privés provenant principalement des institutions à but lucratif, des ménages et des institutions à but non lucratif, sont les différentes sources qui constituent le financement intérieur du VIH/sida en Côte d'Ivoire. De 2006 à 2008, l'Etat a été le principal pourvoyeur de ressources avec 7,8 milliards de FCFA sur les 11 milliards soit plus de 70% du financement intérieur. C'est ce qu'illustre le tableau 31 ci-après, réalisé à partir des données du REDES.

Tableau 31 : Sources de financement intérieur du PSN de 2006 à 2008

| Années | 2 006 | | 2 007 | | 2 008 | | TOTAL | |
|--|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| | Montant | % | Montant | % | Montant | % | Montant | % |
| Fonds du Gouvernement | 2 281 123 378 | 69,65 | 2 934 912 495 | 72,87 | 2 544 359 302 | 68,89 | 7 760 395 175 | 70,41 |
| FONDS PUBLICS | 2 281 123 378 | 69,65 | 2 934 912 495 | 72,97 | 2 544 359 302 | 68,89 | 7 760 395 175 | 70,41 |
| Institutions à but lucratif- Fonds de corporation | 33 221 051 | 1,01 | 36 912 825 | 0,92 | 62 066 782 | 1,67 | 132 200 658 | 4,06 |
| Fonds des ménages | 931 506 569 | 28,44 | 989 377 474 | 24,41 | 1 002 019 200 | 27,01 | 2 922 903 240 | 89,89 |
| Institutions à but non lucratif (autres que l'assurance sociale) | 20 048 785 | 0,61 | 61 707 581 | 1,53 | 100 992 268 | 2,72 | 182 748 634 | 5,62 |
| Sources de financement privées non classées ailleurs (n.c.a) | 9 058 076 | 0,28 | 4 773 530 | 0,12% | 0 | 0,00% | 13 831 606 | 0,42 |
| FONDS PRIVÉS | 993 834 481 | 30,35 | 1 092 771 410 | 27,13 | 1 165 078 250 | 31,41 | 3 251 684 141 | 29,59 |
| TOTAL | 3 274 957 859 | 100 | 4 027 683 905 | 100 | 3 709 437 552 | 100 | 11 012 079 316 | 100 |

▪ Financements publics

Avec un financement cumulé de 7,7 milliards de FCFA de 2006 à 2008, l'Etat a participé à hauteur de 9,01% au financement global du VIH/sida. Ce financement est passé de 2,2 milliards en 2006 à 2,9 milliards en 2007 puis à 2,5 milliards en 2008. Selon les informations issues du REDES, c'est seulement quatre ministères qui, à travers les ressources de l'Etat, ont financé les activités de lutte contre le VIH/sida : le Ministère de la Lutte contre le Sida (MLS), le Ministère

de Santé et de l'Hygiène Public (MSHP), le Ministère de L'Education Nationale (MEN) et le Ministère de la Femme, de la Famille et des Affaires Sociales (MFFAS).

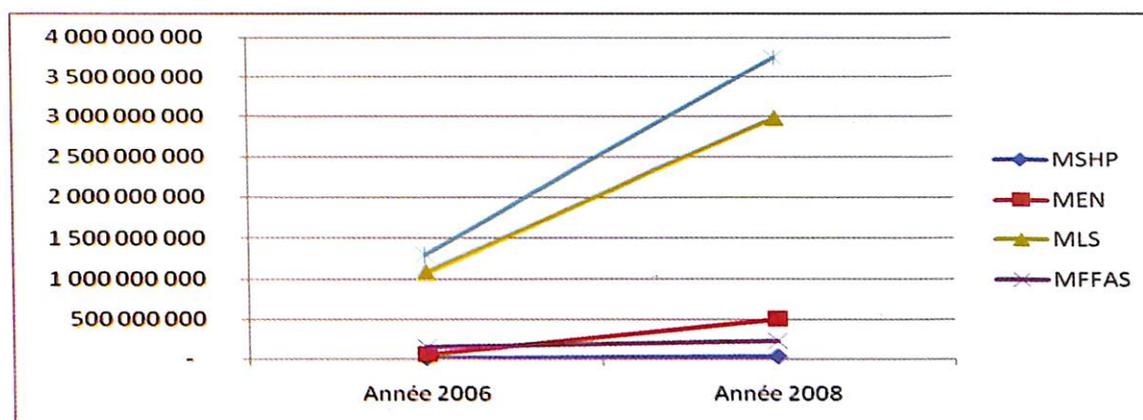
En tant que Ministère en charge de la lutte contre le sida, la MLS a bénéficié de plus de 80% du financement de l'Etat. C'est un total de 6,3 milliards FCFA sur les 7,8 milliards de FCFA qui lui a été alloué. Le tableau 32 ci-après, réalisé à partir des données du REDES, montre que le MEN avec 10,83% (845 millions de FCFA) est aussi un acteur étatique important dans le cadre de la lutte contre le sida.

Tableau 32 : Répartition du financement public du PSN de 2006 à 2008

| Ministères | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | % |
|--------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------|
| MSHP | | 1 200 000 | 33 440 551 | 26 551 555 | 61 192 106 | 0,78 |
| MEN | | 59 007 457 | 280 363 979 | 505 651 030 | 845 022 466 | 10,83 |
| MLS/CNLS | | 1 079 947 952 | 2 326 076 607 | 2 986 754 720 | 6 392 779 279 | 81,93 |
| MFFAS | | 141 322 023 | 141 322 847 | 221 334 023 | 503 978 893 | 6,46 |
| Total | | 1 281 477 432 | 2 781 203 984 | 3 740 291 328 | 7 802 972 744 | 100 |

Le graphique 24 ci-après, réalisé à partir des données du REDES, montre l'évolution du financement public de la lutte contre le VIH/sida au niveau des acteurs de l'Etat. Il permet de constater une augmentation des financements, avec des disparités entre les différents ministères.

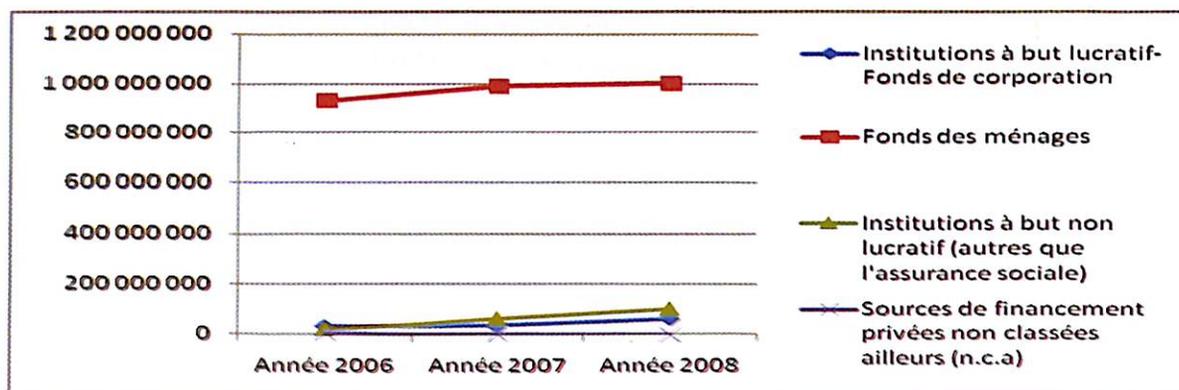
Graphique 24 : Evolution du financement public de la lutte contre le VIH/sida de 2006 à 2008



▪ Financement privé

Au niveau des acteurs intérieurs autres que l'Etat, les ménages avec 2,9 milliards de FCFA (financement cumulé de 2006 à 2007) soit 89,89% sont la principale source de financement de la part du secteur privé (3,2 milliards de FCFA). Cette contribution des ménages représente, au niveau du financement global intérieur, 26,54%. Au niveau des fonds privés, le graphique 25 ci-après montre que de 2006 à 2008, le financement des ménages dans la lutte contre le VIH/sida est resté constant contrairement aux autres acteurs de ce secteur.

Graphique 25 : Evolution du financement privé de 2006 à 2008



3.1.2. Financements extérieurs

Avec plus de 87% des financements, les sources extérieures apportent la part la plus importante du financement du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Ce sont les contributions bilatérales directes, les agences multilatérales de gestion de ressources extérieures et les organisations internationales non gouvernementales à but non lucratif qui constituent les entités de cette source. Le tableau 33 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, confirme que de 2006 à 2008, les ressources provenant de l'extérieur ont permis de financer la lutte contre le VIH/sida à hauteur de 75,1 milliards de FCFA. Les contributions bilatérales directes avec 84,09% (63,1 milliards de FCFA) des montants mobilisés constituent la principale source de financement. Les agences multilatérales de gestion de ressources extérieures participent à ce financement à hauteur de 15,15%. Il faut souligner que les organisations internationales non gouvernementales à but non lucratif ont aussi joué un rôle important même si leur contribution reste relativement faible (0,76%).

Tableau 33 : Sources de financement extérieur

| Source de financement | Années | | 2 006 | | 2 007 | | 2 008 | | TOTAL | |
|---|-----------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|---------|---|
| | Montant | % | Montant | % | Montant | % | Montant | % | Montant | % |
| Contributions bilatérales directes | 16 513 863 727 | 90,45 | 23 394 085 200 | 79,91 | 23 273 847 245 | 83,30 | 63 181 796 172 | 84,09 | | |
| Agences Multilatérales de gestion de ressources | 1 493 484 986 | 8,18 | 5 743 556 859 | 19,62 | 4 147 402 886 | 15,02 | 11 384 444 731 | 15,15 | | |
| ONG Internationales | 249 815 428 | 1,37 | 136 646 036 | 0,47 | 186 312 317 | 0,67 | 572 773 781 | 0,76 | | |
| Fonds Internationaux | 18 257 164 141 | 100 | 29 274 288 095 | 100 | 27 607 562 448 | 100 | 75 139 014 684 | 100 | | |
| TOTAL | 18 257 164 141 | 100 | 29 274 288 095 | 100 | 27 607 562 448 | 100 | 75 139 014 684 | 100 | | |

Pour les nécessités d'analyse et en fonction des données issues du REDES, le financement extérieur peut être subdivisé en 6 grandes composantes que sont : la coopération bilatérale (sans les USA), la coopération bilatérale américaine (PEPFAR), les institutions de financement et de développement, le Fonds Mondial, les organisations du Système des Nations Unies et les Fondations et ONG internationales.

Avec un financement cumulé de 56,2 milliards de FCFA, soit 74,90%, la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) apparaît comme la principale source de financement extérieur. Cette contribution représente 65,32% de tout le financement global (86,131 milliards de FCFA) du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Le Fonds Mondial et la coopération bilatérale (sans USA) avec respectivement 10,55% et 9,15% constituent les autres acteurs relativement importants du financement extérieur.

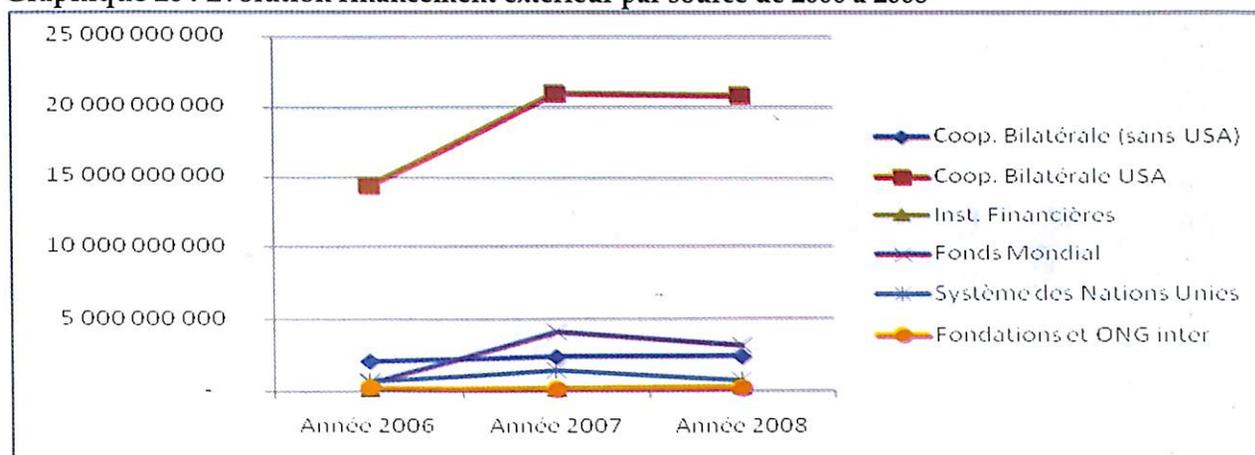
Tableau 34 : Acteurs des sources de financement extérieur

| Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | % |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Coop. Bilatérale (sans USA) | 2 104 969 872 | 2 387 050 633 | 2 385 913 329 | 6 877 933 834 | 9,15% |
| Coop. Bilatérale USA | 14 408 893 855 | 21 007 034 567 | 20 861 093 523 | 56 277 021 945 | 74,90% |
| Inst. Financières | 181 688 306 | 164 422 914 | 284 437 518 | 630 548 738 | 0,84% |
| Fonds Mondial | 613 993 680 | 4 138 959 696 | 3 173 216 995 | 7 926 170 371 | 10,55% |
| Système des Nations Unies | 697 803 000 | 1 440 174 249 | 716 588 766 | 2 854 566 015 | 3,80% |
| Fondations et ONG inter | 249 815 428 | 136 646 036 | 186 312 317 | 572 773 781 | 0,76% |
| Total Général | 18 257 164 141 | 29 274 288 095 | 27 607 562 448 | 75 139 014 684 | 100,00% |

Quant aux agences du Système des Nations Unies, elles interviennent dans le financement extérieur pour 3,80%. Le tableau 34 ci-après, réalisé à partir des données du REDES, montre les contributions des acteurs du financement extérieur, dans les détails et au fil des années.

Le graphique 26 ci-après indique que de 2006 à 2008, l'apport de la coopération bilatérale américaine dans le financement extérieur de la lutte contre le sida est resté en constante progression, même si, l'année 2008 a enregistré une légère baisse de cet apport, selon les données du REDES. Au niveau des autres sources de financement extérieur également, il y a une évolution.

Graphique 26 : Evolution financement extérieur par source de 2006 à 2008



Au niveau de la coopération bilatérale américaine, une comparaison entre les données du REDES et les informations provenant du PEPFAR montre que dans l'ensemble, il y a une évolution des tendances. En effet, sur la période sous revue, la coopération bilatérale américaine aurait dépensé 129,9 milliards de FCFA dans le financement de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Quant au REDES, il a fait ressortir un financement de 56,2 milliards FCFA selon les informations issues des partenaires financés par PEPFAR qui ont renseigné l'outil REDES, soit un taux de couverture de 43,31%. Au niveau des organisations du Système des Nations Unies, les informations issues du REDES ont fait ressortir que l'UNFPA a contribué pour 1,3 milliard de FCFA dans le financement du VIH/sida en Côte d'Ivoire, alors que les informations obtenues auprès de l'UNFPA estiment cette contribution à 8,5 milliards de FCFA.

3.2. Financements des axes stratégiques du PSN

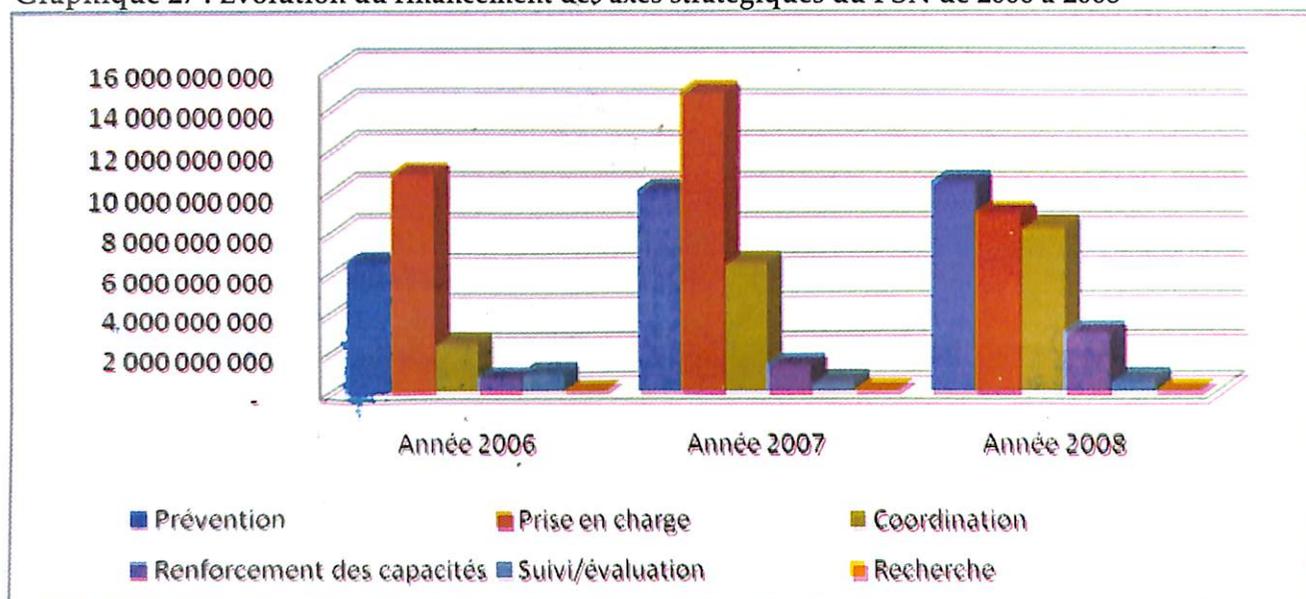
A mi-parcours de la mise en œuvre du PSN, selon les données obtenues à partir du REDES, l'axe "prise en charge" a reçu le plus gros financement cumulé avec 34,6 milliards de FCFA. Ensuite, viennent les axes "prévention" (27,1 milliards de FCFA); "coordination" (17,2 milliards de FCFA); "renforcement des capacités" (4,9 milliards de FCFA); "suivi & évaluation" (2 milliards de FCFA); et "recherche" (86,9 millions de FCFA). Le détail de ces informations par année figure dans le tableau 35 ci-après (page 79), réalisé à partir des données du REDES.

Tableau 35 : Financement des axes stratégiques du PSN de 2006 à 2008

| Années | 2006 | 2007 | 2008 | Total | Pourcentage |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Axes stratégiques | | | | | |
| Prévention | 6 566 213 834 | 10 091 041 263 | 10 523 877 965 | 27 181 133 062 | 31,55% |
| Prise en charge | 10 872 343 765 | 14 809 920 880 | 8 970 678 045 | 34 652 942 690 | 40,22% |
| Coordination | 2 454 730 061 | 6 501 434 803 | 8 274 561 411 | 17 230 726 275 | 20,00% |
| Renforcement des capacités | 695 302 855 | 1 328 587 371 | 2 919 979 098 | 4 943 869 324 | 5,74% |
| Suivi/évaluation | 933 531 485 | 516 067 501 | 605 878 577 | 2 055 477 563 | 2,39% |
| Recherche | 10 000 000 | 54 920 182 | 22 024 904 | 86 945 086 | 0,10% |
| Total (REDES) | 21 532 122 000 | 33 301 972 000 | 31 317 000 000 | 86 151 094 000 | 100,00% |

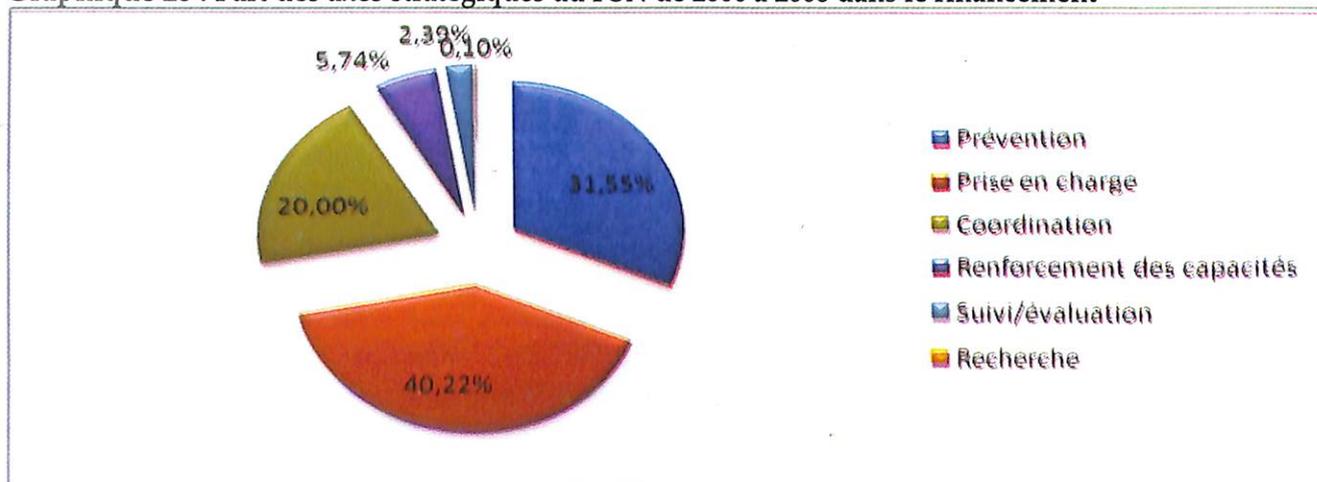
Il faut signaler que, en dehors des années 2006 et 2007 où on note un net écart entre le financement de la prévention et celui de la prise en charge, comme le montre le graphique 27 ci-dessous, pour l'année 2008, le niveau du financement de la prévention est supérieur à celui de la prise en charge (10,5 milliards de FCFA contre 8,9 milliards de FCFA).

Graphique 27 : Evolution du financement des axes stratégiques du PSN de 2006 à 2008



En terme de poids financier de chaque axe stratégique, le graphique 28 ci-dessous indique que l'axe "prise en charge" représente 40,22% du montant total du financement de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire pour la période 2006-2008.

Graphique 28 : Part des axes stratégiques du PSN de 2006 à 2008 dans le financement



Les axes "prévention" et "coordination", avec respectivement 31,55% et 20% du montant total des financements suivent en deuxième et troisième positions. L'axe "recherche", avec 0,1% des financements est resté le moins soutenu financièrement.

A mi-parcours de la mise en œuvre du PSN 2006-2010, si l'on compare les données issues du REDES aux autres sources d'informations financières telles que les estimations budgétaires du PSN et les intentions de financement annoncées à la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR), il apparaît que les prévisions ont été atteintes à 50% environ, même si pour l'année 2006, les informations financières du REDES révèlent un dépassement de 126,76% (21,5 milliards FCFA obtenus contre 16,8 milliards estimés).

Comme l'illustre le tableau 36 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES, de tous les axes stratégiques du PSN, c'est la "coordination" qui enregistre les plus grands dépassements budgétaires durant la période sous revue. En effet, en rapprochant les données du REDES aux estimations du PSN, le taux d'exécution budgétaire est de 150% en 2006 (2,4 milliards de FCFA obtenus contre 1,6 milliards estimés) ; 299% en 2007 (6,5 milliards de FCFA obtenus contre 2,1 milliards de FCFA estimés) ; et 289% en 2008 (8,2 milliards de FCFA obtenus contre 2,6 milliards de FCFA estimés). Quand on considère les données du REDES au regard des données de la TRMR, le taux d'exécution budgétaire est de 430% en 2006 (2,4 milliards de FCFA obtenus contre 570 millions de FCFA escomptés) ; 8 443% en 2007 (6,5 milliards de FCFA obtenus contre 77 millions de FCFA escomptés) et 68 954% en 2008 (8,2 milliards de FCFA obtenus contre 12 millions de FCFA escomptés).

L'axe "coordination" est largement en dépassement budgétaire alors que des axes stratégiques comme la "recherche", le "renforcement des capacités" et, un peu moins, le "suivi & évaluation" ont des taux d'exécution budgétaire faibles par rapport aux prévisions.

Tableau 36 : Informations financières selon les sources par axe stratégique et par année

| Années | Axes stratégiques | Informations REDES | Informations PSN | Informations TRMR | REDES/ PSN | REDES /TRMR |
|--------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|----------------|
| 2006 | Prévention | 6 566 213 834 | 13 174 000 000 | 2 665 000 000 | 49,84% | 246,39% |
| | Prise en charge | 10 872 343 765 | 16 232 000 000 | 12 793 000 000 | 66,98% | 84,99% |
| | Coordination | 2 454 730 061 | 1 636 000 000 | 570 000 000 | 150,04% | 430,65% |
| | Renforcement des capacités | 695 302 855 | 3 207 000 000 | 357 000 000 | 21,68% | 194,76% |
| | Suivi/évaluation | 933 531 485 | 1 784 000 000 | 295 000 000 | 52,33% | 316,45% |
| | Recherche | 10 000 000 | 892 000 000 | 306 000 000 | 1,12% | 3,27% |
| | Sous total 1 | 21 532 122 000 | 36 925 000 000 | 16 986 000 000 | 58,31% | 126,76% |
| 2007 | Prévention | 10 091 041 263 | 13 365 000 000 | 11 684 000 000 | 75,50% | 86,37% |
| | Prise en charge | 14 809 920 880 | 24 084 000 000 | 36 861 000 000 | 61,49% | 40,18% |
| | Coordination | 6 501 434 803 | 2 171 000 000 | 77 000 000 | 299,47% | 8443,42% |
| | Renforcement des capacités | 1 328 587 371 | 5 577 000 000 | 3 754 000 000 | 23,82% | 35,39% |
| | Suivi/évaluation | 516 067 501 | 2 566 000 000 | 4 632 000 000 | 20,11% | 11,14% |
| | Recherche | 54 920 182 | 1 184 000 000 | - | 4,64% | 0,00% |
| | Sous total 2 | 33 301 972 000 | 48 947 000 000 | 57 008 000 000 | 68,04% | 58,42% |
| 2008 | Prévention | 10 523 877 965 | 13 545 000 000 | 11 352 000 000 | 77,70% | 92,71% |
| | Prise en charge | 8 970 678 045 | 34 812 000 000 | 37 796 000 000 | 25,77% | 23,73% |

| Années | Axes stratégiques | Informations REDES | Informations PSN | Informations TRMR | REDES/PSN | REDES/TRMR |
|--------|----------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|---------------|---------------|
| | Coordination | 8 274 561 411 | 2 863 000 000 | 12 000 000 | 289,02% | 68954,68% |
| | Renforcement des capacités | 2 919 979 098 | 4 770 000 000 | 3 577 000 000 | 61,22% | 81,63% |
| | Suivi/évaluation | 605 878 577 | 2 213 000 000 | 4 569 000 000 | 27,38% | 13,26% |
| | Recherche | 22 024 904 | 1 562 000 000 | - | 1,41% | 0,00% |
| | Sous total 3 | 31 317 000 000 | 59 765 000 000 | 57 306 000 000 | 52,40% | 54,65% |
| | Total Général | 86 151 094 000 | 145 637 000 000 | 131 300 000 000 | 59,15% | 65,61% |

3.3. Financement des Domaines d'Actions Prioritaires (DAP) du PSN

Au niveau des domaines d'actions prioritaires (DAP), le "traitement", avec 36,96% du total du financement sur la période 2006-2008, a reçu le plus de moyens avec 31,8 milliards de FCFA. Hormis la "coordination" qui a mobilisé aussi 20% des financements, la "prévention par l'utilisation du préservatif" et la "communication pour le changement de comportement" ont respectivement mobilisé 11,63% (10 milliards de FCFA) et 5,87% (5 milliards de FCFA) des financements. Le tableau 37 ci-après, réalisé à partir des données du REDES, montre une augmentation du financement des DAP, année après année.

Tableau 37 : Financement des DAP (axes prévention et prise en charge) de 2006 à 2008

| Années | 2006 | 2007 | 2008 | Total | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| Axes & DAP du PSN | en FCFA | en FCFA | en FCFA | en FCFA | Pourcentage |
| Axe prévention | | | | | |
| CCC | 1 105 915 024 | 1 499 023 781 | 2 449 950 158 | 5 054 888 963 | 5,87% |
| CDV | 334 537 818 | 1 202 755 318 | 749 855 480 | 2 287 148 616 | 2,65% |
| PTME | 540 822 865 | 1 489 669 940 | 1 776 560 850 | 3 807 053 655 | 4,42% |
| Préservatifs | 3 158 432 676 | 3 429 539 530 | 3 434 613 528 | 10 022 585 734 | 11,63% |
| IST | 3 797 610 | 329 997 000 | 296 024 750 | 629 819 360 | 0,73% |
| AES | 655 432 298 | 838 939 692 | 670 665 705 | 2 165 037 695 | 2,51% |
| Transfusion sanguine | 767 275 543 | 1 301 116 002 | 1 146 207 494 | 3 214 599 039 | 3,73% |
| Prévention chez les PVVIH | - | - | - | - | 0,00% |
| Lutte contre la stigmatisation | - | - | - | - | 0,00% |
| Drogue | - | - | - | - | 0,00% |
| Sous total 1 | 6 566 213 834 | 10 091 041 263 | 10 523 877 965 | 27 181 133 062 | 31,55% |
| Axe prise en charge | | | | | |
| Traitement (ARV, IO....) | 10 165 950 036 | 13 544 218 107 | 8 133 726 488 | 31 843 894 631 | 36,96% |
| Soins palliatifs | 119 140 380 | 232 354 682 | 357 536 189 | 709 031 251 | 0,82% |
| PEC des OEV | 541 317 386 | 949 237 896 | 422 673 189 | 1 913 228 471 | 2,22% |
| PEC socio-économique | 36 435 963 | - | 13 119 140 | 49 555 103 | 0,06% |
| PEC nutritionnelle | 9 500 000 | 84 110 195 | 43 623 039 | 137 233 234 | 0,16% |
| PEC juridique | - | - | - | - | 0,00% |
| sous total 2 | 10 872 343 765 | 14 809 920 880 | 8 970 678 045 | 34 652 942 690 | 40,22% |
| Axe Coordination | 2 454 730 061 | 6 501 434 803 | 8 274 561 411 | 17 230 726 275 | 20,00% |
| Axe Renforcement des capacités | 695 302 855 | 1 328 587 371 | 2 919 979 098 | 4 943 869 324 | 5,74% |
| Axe Suivi/évaluation | 933 531 485 | 516 067 501 | 605 878 577 | 2 055 477 563 | 2,39% |
| Axe Recherche | 10 000 000 | 54 920 182 | 22 024 904 | 86 945 086 | 0,10% |

| Années Axes & DAP du PSN | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------|
| Sous total 3 | 4 093 564 401 | 8 401 009 857 | 11 822 443 990 | 24 317 018 248 | 28,23% |
| Total | 21 532 122 000 | 33 301 972 000 | 31 317 000 000 | 86 151 094 000 | 100,00% |

Il faut bien noter que, seuls les axes stratégiques "prévention" et "prise en charge" ont été décomposés en DAP. Les axes "coordination", "renforcement des capacités", "suivi & évaluation" et "recherche" n'ont pas de DAP intitulés en tant que tels.

3.4. Financements des Axes et Domaines d'Action Prioritaire (DAP) du PSN par le SNU et PEPFAR

Selon les informations du REDES, à mi-parcours, l'ensemble des agences du Système des Nations Unies a financé la lutte contre le VIH/sida à hauteur de 4,497 milliards de FCFA, représentant 5,22% de tout le financement de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire pour la période 2006-2008. Les contributions des agences du Système des Nations Unies peuvent être appréciées à travers le tableau 38 ci-dessous, réalisé à partir des données du REDES.

Tableau 38 : Contribution des agences du SNU à la lutte contre le VIH/sida de 2006 à 2008

| SOURCES DAP du PSN | Famille des NU | ONUSIDA | UNICEF | PNUD | UNFPA | PAM | OMS | TOTAL GENERAL |
|-----------------------------------|-------------------|-------------|-------------|---------------|---------------|------------|-------------|------------------|
| CCC | 1 500 000 | 29 565 000 | 87 769 115 | 17 535 670 | 972 758 686 | | 16 717 000 | 1 125 845 471 |
| CDV | | | | 37 759 855 | | | 3 011 500 | 40 771 355 |
| PTME | | | 560 087 995 | 14 848 565 | 33 747 478 | | | 608 684 038 |
| Préservatifs (Masc. Et Fem.) | | | | 12 565 275 | 132 135 846 | | 8 902 500 | 153 603 621 |
| IST | | | | | | | | - |
| AES | | | 2 214 270 | | | | | 2 214 270 |
| Transfusion sanguine | | | | | | | | - |
| Prévention chez les PVVIH | | | | | | | | - |
| Lutte contre la stigmatisation | | | | | | | | - |
| Drogue | | | | | | | | - |
| Sous total 1 | 1 500 000 | 29 565 000 | 650 071 380 | 82 709 365 | 1 138 642 010 | 0 | 28 631 000 | 1 931 118 755 |
| En pourcentage | 0,08% | 1,53% | 33,66% | 4,28% | 58,96% | | 1,48% | 100,00% |
| Traitement (ARV, IO....) | | 10 561 875 | 175 952 345 | 468 293 235 | | | 349 203 000 | 1 004 010 455 |
| Soins Palliatifs | | | | | | | | - |
| PEC des OEV | | | | | | | | - |
| PEC socio- économique | | | | | | | | - |
| PEC nutritionnelle | | | | | | 44 000 000 | | 44 000 000 |
| PEC juridique | | | | | | | | - |
| sous total 2 | 0 | 10 561 875 | 175 952 345 | 468 293 235 | 0 | 44 000 000 | 349 203 000 | 1 048 010 455 |
| Coordination | 2 500 000 | 496 224 125 | | 628 971 730 | | | 128 350 000 | 1 256 045 855 |
| Renforcement des capacités | | 67 574 000 | | | | | | 67 574 000 |
| Suivi/évaluation | | 14 000 000 | 73 893 910 | 106 449 300 | | | | 194 343 210 |
| Recherche | | | | | | | | - |
| Sous total 3 | 2 500 000 | 577 798 125 | 73 893 910 | 735 421 030 | 0 | 0 | 128 350 000 | 1 517 963 065 |
| Total Général | 4 000 000 | 617 925 000 | 899 917 635 | 1 286 423 630 | 1 138 642 010 | 44 000 000 | 506 184 000 | 4 497 092 275 |

Au niveau de la prévention, parmi les agences du Système des Nations Unies, l'UNFPA et l'UNICEF apparaissent comme les principaux contributeurs, avec respectivement 1,138 milliards de FCFA et 650 millions de FCFA. Dans le domaine de la prise en charge, le PNUD, l'OMS et l'UNICEF apparaissent comme les principaux partenaires financiers avec des contributions respectives de 468 millions de FCFA, 349 millions de FCFA et 175 millions de FCFA. Au niveau de la coordination, ONUSIDA, le PNUD et l'OMS sont les principaux contributeurs parmi les agences des Nations Unies. Leur contribution dans la coordination des activités se situe respectivement à hauteur de 496,22 millions de FCFA, 628,97 millions de FCFA et 128,35 millions de FCFA. Au niveau du renforcement des capacités, l'exploitation des résultats du REDES laisse apparaître l'ONUSIDA comme la seule organisation du Système des Nations Unies qui intervient dans ce domaine avec un financement de 67,57 millions de FCFA. Au niveau du suivi & évaluation, l'UNICEF est le plus grand contributeur, avec un financement de 106,44 millions de FCFA. D'autres organisations comme le PNUD et l'ONUSIDA sont aussi intervenues, avec respectivement 73,89 millions de FCFA et 14 millions de FCFA.

Il existe de grands écarts entre les données du REDES et celles fournies par les structures concernées. Par exemple, pour les informations provenant de certaines agences du Système des Nations Unies, à mi-parcours, l'UNFPA soutient avoir financé la prévention à hauteur de 2,312 milliards de FCFA alors que le REDES n'a pu retracer que 1,138 milliard de FCFA.

Pour l'UNICEF, c'est 3,170 milliards qui auraient été investis durant la période sous revue, dans la PTME, la CCC, les AES, les IST et les OEV contre 899,917 millions de FCFA répertoriés à travers le REDES soit 28,4%. Quant au UNHCR qui estime avoir financé la lutte contre le VIH/sida à hauteur de 250 millions de FCFA, le REDES n'a rapporté aucune donnée concernant ce financement.

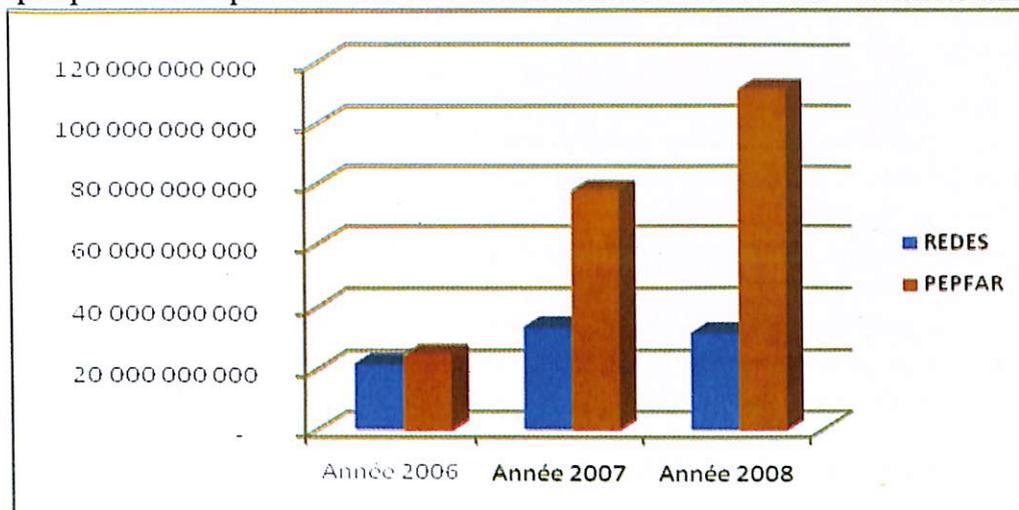
Tableau 39 : Contribution du PEPFAR à la lutte contre le VIH/sida de 2006 à 2008

| Années DAP/Axes Stratégiques | Année 2006 | Année 2007 | Année 2008 | Total |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| CCC | 2 863 263 000 | 4 508 205 500 | 6 103 323 000 | 13 474 791 500 |
| CDV | 1 439 533 500 | 1 948 375 000 | 2 032 375 000 | 5 420 283 500 |
| PTME | 1 144 281 500 | 2 170 548 500 | 2 625 000 000 | 5 939 830 000 |
| AES | 978 157 500 | - | 1 206 323 000 | 2 184 480 500 |
| Transfusion Sanguine | 1 057 500 000 | 1 606 500 000 | 2 250 000 000 | 4 914 000 000 |
| Sous total Prévention | 7 482 735 500 | 10 233 629 000 | 14 217 021 000 | 31 933 385 500 |
| Traitement | 9 967 621 500 | 19 758 101 500 | 28 565 624 500 | 58 291 347 500 |
| Soins Palliatifs | 775 000 000 | 1 810 000 000 | 3 121 875 000 | 5 706 875 000 |
| PEC des OEV | 1 619 466 500 | 3 693 879 000 | 5 033 854 000 | 10 347 199 500 |
| Sous total PEC | 12 362 088 000 | 25 261 980 500 | 36 721 353 500 | 74 345 422 000 |
| Suivi/évaluation | 1 565 304 000 | 2 285 500 000 | 2 879 500 000 | 6 730 304 000 |
| Renforcement des capacités | 762 580 000 | 1 655 000 000 | 2 780 000 000 | 5 197 580 000 |
| Coordination | 2 262 732 000 | 2 770 869 500 | 3 671 076 500 | 8 704 678 000 |
| Sous total autres axes | 4 590 616 000 | 6 711 369 500 | 9 330 576 500 | 20 632 562 000 |
| TOTAL PEPFAR | 24 435 439 500 | 77 702 588 500 | 111 207 325 500 | 213 345 353 500 |
| TOTAL REDES | 21 532 122 000 | 33 301 972 000 | 31 317 000 000 | 86 151 094 000 |

Pour les informations provenant de la coopération bilatérale américaine, à mi-parcours comme le montre le tableau 39 ci-dessus, le PEPFAR aurait investi, de façon cumulée, 213,345 milliards de FCFA. Ce niveau de financement représente plus de 247,6% du financement global du VIH/sida en Côte d'Ivoire tel que retracer à travers le REDES.

Outre l'année 2006, où le financement du PEPFAR n'a pas un différentiel significatif par rapport aux informations issues de l'exploitation du REDES, le graphique 29 ci-dessous montre que pour les autres années 2007 et 2008 concernées par la revue, le financement du PEPFAR équivaut au double, voire au triple des données collectées par le REDES.

Graphique 29 : Comparaison données financières PEPFAR et données financières REDES



4. Analyse et commentaires

En Côte d'Ivoire, le VIH/sida bénéficie de financements substantiels, même si ces financements ne sont pas destinés, de manière spécifique, au PSN 2006-2010. Si l'on considère les données collectées à travers le REDES, la coopération bilatérale américaine, à travers le PEPFAR, est le partenaire financier le plus important avec une contribution de plus de 75% des dépenses effectuées sur la période 2006-2008, soit environ 56,277 milliards de FCFA. Selon la coopération bilatérale américaine elle-même, sa contribution serait autour de 213,345 milliards de FCFA sur cette même période. Il faut signaler que les données du REDES ne sont pas exhaustives, tous les partenaires n'ayant pas fourni les données financières requises. Le PEPFAR appuie plusieurs institutions gouvernementales et organisations non gouvernementales dans les réponses sectorielles au VIH/sida. Tenant compte de l'importance de la Prise en charge des PVVIH, le PEPFAR appuie de manière conséquente le Programme National de Prise en Charge (PNPEC) et la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE) du Ministère de la Santé. Le PEPFAR appuie également le Ministère de la Lutte contre le SIDA à travers la Direction de l'Information et de la Communication (DIC) et la Direction de la Planification et du Suivi & Evaluation (DPSE) marquant ainsi tout son intérêt pour le système d'information et le suivi & évaluation des activités de lutte contre le VIH/sida.

L'Etat de Côte d'Ivoire met à disposition des ressources relativement conséquentes. Avec une contribution de 10,73% (9,245 milliards de FCFA) aux dépenses de VIH/sida sur la période 2006-2008. Le Fonds Mondial finance d'importantes activités à travers CARE, une ONG américaine qui est bénéficiaire principal de la subvention du Fonds Mondial pour le VIH/sida en Côte d'Ivoire. CARE est également appuyé par le PEPFAR. Il contribue pour 9,35% (8,052 milliards de FCFA) des dépenses pour la période sous revue, selon le REDES. A côté de ces trois grandes sources de financement des activités de lutte contre le VIH/sida, il y a le Système des Nations Unies avec ONUSIDA et ses co-parrains (OMS, PNUD, UNFPA, UNICEF) qui

interviennent à hauteur de 12,05% (10,380 milliards de FCFA), la Banque Mondiale, la BAD, UNITAID, la Fondation Clinton, les coopérations bilatérales allemande, belge, canadienne, française, italienne et japonaise qui ont financé des interventions durant cette période 2006-2008, sous revue. Aucun des partenaires financiers n'appuie directement le MLS en dehors de PEPFAR et de la Banque Mondiale qui vient de reprendre ses financements de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire dans le cadre du PUMLS.

Le REDES qui est utilisé ici comme instrument pour assurer une traçabilité des ressources financières et pour mesurer la contribution des uns et des autres dans la lutte contre le VIH/sida n'a pas pu collecter toutes les informations disponibles. Certaines agences de financement et certaines sources de financement n'ont pas rempli les outils de collecte de données, ce qui crée un décalage entre les informations issues de l'exploitation des résultats du REDES et la réalité du financement sur le terrain. Il est important de tenir compte de cette limite du REDES dont l'exercice doit se poursuivre pour assurer une fiabilité de l'outil, avec la collaboration bienveillante des tous les partenaires.

Il faut signaler que le MLS a mis en place un dispositif institutionnel capable de mobiliser, de capter et de gérer les ressources financières destinées au VIH/sida. En dehors de la traditionnelle Direction des Affaires Administratives et Financières qui gère le budget propre du MLS, il a été créé une Direction de la Mobilisation des Ressources et de la Coordination des Financements (DMRCF). Depuis septembre 2004, il a été créé un Fonds National de Lutte contre le Sida (FNLS) qui est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie financière. Le FNLS est sous la double tutelle du Ministère en charge de la Lutte contre le Sida (tutelle technique) et du Ministère en charge de l'Economie et des Finances (tutelle financière). Le FNLS est géré par un Conseil de Gestion de douze membres, présidé par le Ministre de l'Economie et des Finances et comprenant, entre autres, le Ministre de la Lutte contre le Sida, le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, ONUSIDA, une PVVIH.

Malgré ce dispositif, il n'y a pas une coopération financière directe entre la plupart des partenaires financiers et le MLS pour rendre possible la "coordination" technique de la riposte nationale au VIH/sida. La plupart des partenaires financiers travaillent directement avec des sous-partenaires financiers et/ou des partenaires de mise en œuvre. Et, de ce fait, le MLS est en dehors des circuits qu'il est sensé coordonner en sa qualité de Secrétariat du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), seule autorité nationale de coordination de la riposte au VIH/sida, au nom des "Trois Principes". Même être bénéficiaire principal de la subvention du Fonds Mondial (ne serait-ce que pour le secteur public) n'a pas été possible pour le MLS qui, au nom des "Trois Principes", encore une fois, devrait être le bénéficiaire principal "naturel" pour la subvention du FM au VIH/sida. Ainsi, le MLS ne dispose pas des moyens financiers qui auraient pu lui permettre de remplir pleinement sa mission de secrétariat du CNLS. Et, par ailleurs, il n'existe pas entre le MLS et les partenaires financiers un cadre de collaboration/partenariat impliquant le MLS dans la signature des contrats ou conventions avec les acteurs de mise en œuvre.

Cette absence du MLS des circuits financiers pourrait expliquer également les difficultés qu'il a à remplir sa mission de collecte, analyse, traitement et gestion des données relatives au VIH/sida au niveau des villages, des communes, des départements, des régions et du pays tout entier. Aucune autre institution n'a la responsabilité de produire les rapports relatifs au VIH/sida incluant tous les secteurs gouvernementaux (santé, famille et affaires sociales, éducation, forces armées, jeunesse, agriculture, transports, etc.), les partenaires de la société civile (ONG, réseaux d'OSC, religieux, réseaux de PVVIH, etc.) et le secteur privé. Peut-être, pourrait-on trouver là une des raisons pour lesquelles la Côte d'Ivoire n'a pas produit de rapports périodiques (semestriels, annuels) relatifs à la mise en œuvre du PSN 2006-2010 et reflétant le caractère multisectoriel et décentralisé de la lutte contre le VIH/sida.

L'absence de tels rapports a rendu particulièrement difficile cette revue à mi-parcours, tout comme la formulation de la proposition ivoirienne au 9^e round du Fonds Mondial qui s'est déroulée à la même période. Les données sont souvent parcellaires, disparates et pas faciles d'accès, en particulier les données financières. Chaque entité garde ses données et, il n'y a aucun mécanisme de coordination ou de concertation pour une mise en commun de ces données, faute de leadership du MLS.

5. Recommandations

- La mission de revue à mi-parcours recommande au gouvernement ivoirien et aux partenaires au développement, en particulier le PEPFAR, de donner au MLS les moyens financiers et matériels pour s'acquitter de sa mission de secrétariat du CNLS et responsable du système d'information et de suivi & évaluation en matière de VIH/sida. Plus particulièrement, il est recommandé à tous les partenaires d'aider le MLS à étudier les moyens de transformer le Fonds National de Lutte contre le Sida en une agence fiduciaire qui pourra centraliser les ressources destinées à la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et constituer un panier commun avec des mécanismes et procédures clairement définis qui garantissent la transparence et la rigueur dans la gestion et l'allocation des ressources financières.
- Il est recommandé au MLS, avec l'appui de ONUSIDA, de poursuivre et de renforcer l'utilisation du REDES parmi les outils de gestion financière utilisés au niveau du MLS. Il est recommandé au MLS de vulgariser le REDES et sensibiliser les acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/sida à son utilisation et s'assurer que les résultats du REDES sont pris en compte dans les rapports et lors de la planification des interventions. Enfin, la mission d'évaluation recommande au MLS de poursuivre et de compléter le travail qui a déjà été accompli par l'équipe du REDES sous le leadership de la Direction de la Mobilisation des Ressources et de la Coordination des Financements.
- Il est recommandé aux partenaires financiers, sous la coordination du MLS, d'orienter les ressources vers les axes stratégiques et les domaines d'actions prioritaires insuffisamment pris en compte lors de ces trois années sous revue.

E. AXE STRATÉGIQUE 5 : SUIVI & ÉVALUATION

"Pour une meilleure lisibilité des interventions et en application des recommandations et engagements internationaux, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un Cadre National de Suivi & Evaluation intégré à toutes les étapes de la lutte contre le VIH/sida".

Le Système National de Suivi & Evaluation comprend trois niveaux :

- le niveau périphérique où se mènent les activités ou actions à l'endroit des populations cibles : c'est le niveau opérationnel, premier niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information.
- le niveau intermédiaire où se mènent les activités de coordination, d'appui et de mesure des résultats : c'est le deuxième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures intermédiaires et périphériques.
- le niveau central est constitué par le MLS/DPSE, 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 conduites toutes les études d'impact et d'appui technique à la lutte contre le VIH/sida.

Dans la mise en œuvre de ce cadre, le Ministère en charge de la santé renseigne tous les indicateurs relatifs à la prise en charge médicale des PVVIH à travers le Système d'Information de Gestion (SIG) géré par la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), tandis que le Ministère de la Lutte contre le Sida a la charge de produire les indicateurs sur les interventions au niveau de tous les secteurs autres que la santé (communautaire, privé, secteurs gouvernementaux). L'ensemble de ces informations doit faire l'objet de rapports semestriels et annuels.

A l'issue de la revue des PSN 2002-2004 et du plan intérimaire 2005, le suivi & évaluation des activités de lutte contre le VIH/sida a été retenu comme l'un des principaux axes stratégiques du PSN 2006-2010.

1. Résumé de l'axe stratégique

Problématique : la période 2006-2010 a été choisie pour mettre l'accent sur les systèmes d'information et renforcer le suivi & évaluation en corrigeant les insuffisances constatées par la revue du PSN 2002-2004 et du plan intérimaire 2005. Ceci devrait permettre également de faire un meilleur suivi des engagements nationaux, de ceux des partenaires et de ceux des Chefs d'Etat, notamment la Déclaration d'Abuja 1 et 2 et celui de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), ainsi que des OMD.

Objectifs : (i) améliorer le système d'information de routine sur les interventions du VIH ; (ii) améliorer le système de surveillance épidémiologique des IST/VIH/sida ; (iii) systématiser les enquêtes épidémiologiques/études sur les IST/VIH/sida ; (iv) opérationnaliser la coordination du suivi & évaluation des IST/VIH/sida ; (v) suivre et évaluer le PSN 2006-2010.

Stratégies identifiées : les stratégies sont en relation avec les objectifs ci-dessus. Elles sont reprises dans la partie 4 ci-dessous intitulée "Réalisations/Processus & Résultats" avec les indicateurs de résultats et les niveaux d'atteinte de ces indicateurs.

2. Ressources financières

De 2006 à 2008, l'axe stratégique "Suivi & Evaluation" a été financé à hauteur de 2,055 milliards de FCFA. Ce financement représente à mi-parcours 2,39% du financement total de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire (86,151 milliards de FCFA).

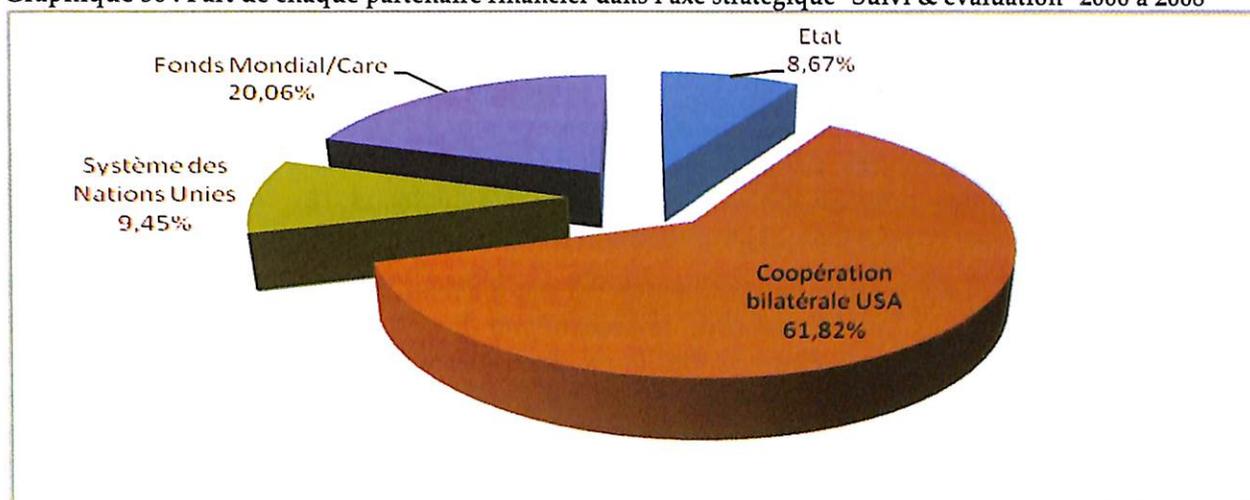
Comme le montre le tableau 40 ci-dessous, par rapport aux prévisions financières sur la période de 2006 à 2008, le niveau de financement actuel de l'axe stratégique "Suivi & Evaluation" correspond en moyenne à 21,65% des intentions de financement (9,496 milliards de FCFA) et à 31,32% des estimations financières du PSN (6,563 milliards de FCFA).

Tableau 40 : Evolution du financement de l'axe stratégique "Suivi & Evaluation" par source, de 2006 à 2008

| Sources | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|-------------------------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| Etat | | 58 149 160 | 77 562 660 | 42 414 522 | 178 126 342 | 8,67% |
| Coopération bilatérale USA (PEPFAR) | | 615 858 180 | 215 900 428 | 438 917 109 | 1 270 675 717 | 61,82% |
| Système des Nations Unies | | 46 524 145 | 137 257 190 | 10 561 875 | 194 343 210 | 9,45% |
| Fonds Mondial/Care | | 213 000 000 | 85 347 223 | 113 985 071 | 412 332 294 | 20,06% |
| Total REDES | | 933 531 485 | 516 067 501 | 605 878 577 | 2 055 477 563 | 100,00% |
| Total TRMR | | 295 000 000 | 4 632 000 000 | 4 569 000 000 | 9 496 000 000 | |
| Total PSN | | 1 784 000 000 | 2 566 000 000 | 2 213 000 000 | 6 563 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 316,45% | 11,14% | 13,26% | 21,65% | |
| Taux d'exécution REDES/PSN | | 52,33% | 20,11% | 27,38% | 31,32% | |

A l'analyse des données du REDES sur la période 2006-2008, la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) avec un financement de 1,270 milliards de FCFA soit 61,82% du total de l'axe stratégique "Suivi & Evaluation" représente la principale source de financement. D'autres sources de financement comme le Fonds Mondial, le Système des Nations Unies et l'Etat ont contribué à la réalisation des activités de cet axe stratégique avec des financements respectifs de 412,332 millions de FCFA, 194,343 millions de FCFA et 178,126 millions de FCFA. Le graphique 30 ci-après, réalisé à partir des données du REDES, montre le poids de la contribution de chaque source de financement.

Graphique 30 : Part de chaque partenaire financier dans l'axe stratégique "Suivi & évaluation" 2006 à 2008



Le niveau actuel du financement de l'axe stratégique "Suivi & Evaluation" correspond à 16,21% des estimations financières du PSN (12,682 milliards de FCFA) et 11,40% des intentions de financement (18,025 milliards de FCFA) en fin 2010.

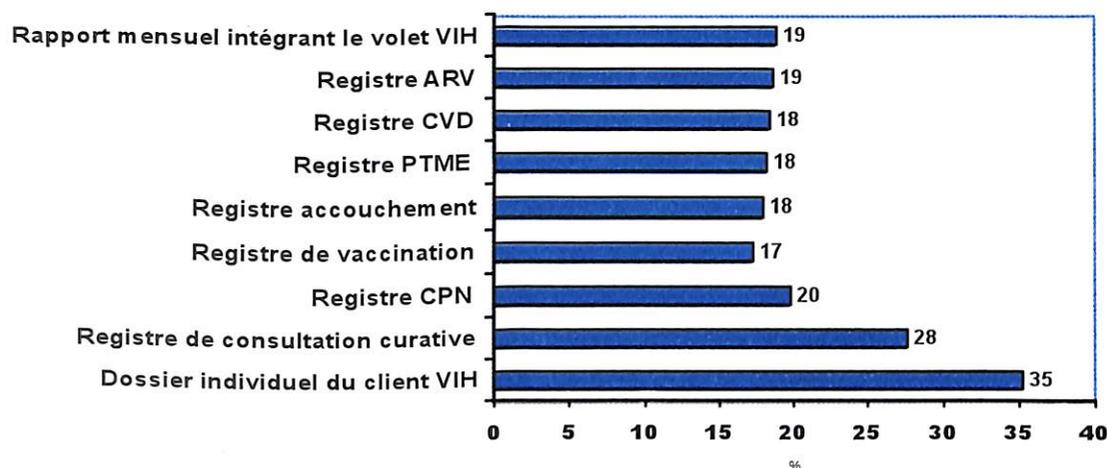
3. Réalisations/ Processus & Résultats

Pour atteindre les objectifs spécifiques rappelés ci-dessus, des stratégies ont été proposées. Le bilan des résultats atteints est fait par rapport à chaque objectif spécifique et sur la base des stratégies/actions prévues.

- **Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH**

Au niveau du système d'information sanitaire de routine, les indicateurs de PEC, CDV et PTME ont été actualisés sous la direction de la DIPE avec l'appui technique de MEASURE Evaluation/JSI et l'appui financier du PEPFAR, à travers des ateliers de consensus national. Des outils de collecte de données standardisés ont été également élaborés ainsi que les mécanismes de collecte et de gestion des données. Toutefois, la disponibilité des outils de collecte dans les structures sanitaires n'est pas totalement assurée comme le montre le graphique 31 ci-dessous.

Graphique 31 : Ruptures de stocks en supports de collecte de données durant les 12 derniers mois



Source : Rapport évaluation du SIG, 2008

D'autres supports de collecte de données sur le suivi longitudinal des malades VIH et une application informatique SIGVIH ont été élaborés pour une gestion des données sur les sites de prise en charge. Aussi, l'application informatique SIG VISION a été révisée pour prendre en compte les indicateurs de PTME, CDV et PEC avec l'appui de MEASURE Evaluation/JSI mais, cette application n'est pas utilisée partout pour des raisons liées à la disponibilité d'ordinateurs et à la formation de gestionnaires des données. Il faut signaler cependant que des personnels chargés de la collecte des données ont été formés à cette tâche et un certain nombre de gestionnaires des données ont été formés au traitement des données.

Au niveau du système d'information de routine non sanitaire, les indicateurs ont été définis. Des outils de collecte de données ont été élaborés, le mécanisme de collecte et de transmission des données a été défini mais l'utilisation de ces outils par les acteurs concernés n'est pas effective. Par contre, il existe des outils spécifiques élaborés par les partenaires et mis à la disposition des organisations de mise en œuvre. Une évaluation conduite en 2007 a montré que 70% des organisations utilisaient ces outils de collecte de données au niveau communautaire.

Tableau 41 : Résultats d'enquête sur la connaissance et l'utilisation des outils de collecte de données non santé par les organisations

| Tableau II : Répartition des organisations selon la connaissance et l'utilisation des outils. | | |
|---|--------------------|-------------|
| variable | Effectif N = 30 | pourcentage |
| Connaissent ou ont entendu parlé des outils du MLS | 21 | 70% |
| Ont été formés à l'utilisation | 11 | 37% |
| Possèdent tous les outils incluant le guide de procédures | 10 | 33% |
| Utilisent et ont été formés aux outils du MLS | 7 | 23% |
| Utilisent et ont été supervisés | 8 | 27% |
| N'ont pas été formés et utilisent les outils du MLS | 9 | 30% |
| N'ont pas été formés mais supervisés | 4 | 13% |

Source : Rapport d'évaluation des outils de gestion des données non santé, MLS/DPSE 2007

Il était prévu la dissémination des résultats de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire à travers des rapports annuels et semestriels. En l'absence de données exhaustives et fiables sur le VIH/sida, faute d'un système d'information opérationnel, il n'a pas été possible de produire les rapports semestriels ni les rapports annuels relatifs à la mise en œuvre du PSN.

▪ **Améliorer le système de surveillance épidémiologique des IST/VIH/sida**

La revue documentaire et l'analyse des informations disponibles montrent que l'enquête sur les résistances aux ARV chez les femmes enceintes est en cours ainsi que l'intégration de la surveillance des donneurs de sang dans le système national de surveillance épidémiologique du VIH. Par contre : (i) les sources de financement de la surveillance ne sont pas diversifiées, c'est l'Etat et le PEPFAR à travers le CDC RETROCI qui prennent en charge cette activité ; (ii) la surveillance sentinelle ne couvre pas toutes les régions comme prévu ; (iii) aucun rapport semestriel sur la surveillance n'est réalisé, les rapports sont toujours annuels et le dernier rapport disponible est celui de 2006, le rapport de 2008 est en cours d'élaboration. Par ailleurs, le processus de mise en œuvre de la surveillance de seconde génération serait en cours.

Les défis majeurs dans la mise en œuvre de cet axe stratégique sont :

- l'intégration de la surveillance sentinelle dans les activités des districts sanitaires ;
- la mise en place d'un dispositif national de surveillance des IST ;
- la mise en place d'un dispositif national de surveillance des AES ;
- la mise en place d'un dispositif national de surveillance des populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH (PS, HSH, consommateurs de drogues injectables, populations carcérales).

▪ **Systématiser les enquêtes épidémiologiques/études sur les IST/VIH/sida**

Une planification des enquêtes et des études a été réalisée à travers le plan national de suivi & évaluation mais, cette planification n'est pas actualisée chaque année. Il n'existe pas de répertoire national sur les enquêtes et études sur les IST/VIH/sida. Les défis majeurs pour la systématisation des enquêtes épidémiologiques/études sur les IST/VIH/sida sont : (i) la mise à jour de la planification des enquêtes et études sur les IST/VIH/sida et la réalisation du répertoire national sur les études et enquêtes sur les IST/VIH/sida. Au moment où cette revue était en cours, le processus de réalisation de l'EDSCI-III était enclenché par une mission préparatoire.

▪ **Opérationnaliser la coordination du Suivi & Evaluation des IST/VIH/sida conformément aux "Trois Principes"**

- Renforcement du cadre national de coordination du suivi & évaluation conformément aux "Trois Principes" : dans le cadre de l'opérationnalisation de la coordination du suivi & évaluation des IST/VIH/sida, un cadre consensuel de Suivi & Evaluation a été mis en place en 2003, ce cadre n'a été actualisé, ni formalisé comme prévu par le PSN 2006-2010. Il n'a pas été diffusé pour une appropriation.

- Redynamisation des organes de coordination : les points focaux suivi & évaluation des ministères et dans les faïtières ont été identifiés et formés en suivi & évaluation et à l'utilisation des outils de collecte et de gestion des données. Quant aux niveaux déconcentrés/décentralisés, douze unités régionales de suivi & évaluation, sur les 19 à mettre en place, ont été installées et équipées en matériel informatique. Les chargés de suivi & évaluation de ces 12 unités ont été formés en suivi & évaluation et dans l'utilisation des outils de collecte et de gestion des données. Quatre de ces unités régionales de suivi & évaluation sont équipées de motos. Dans le secteur santé, chaque district sanitaire est doté d'un chargé de suivi & évaluation formé à la collecte et la gestion des données. Il dispose du matériel informatique nécessaire.
- **Suivre et Evaluer le plan stratégique national 2006-2010**

Cet objectif comporte neuf stratégies : (i) les stratégies 1 et 2 sont en rapport avec la supervision des acteurs des centres de prise en charge en matière de collecte de données. A ce niveau, il y a une insuffisance qualitative de la supervision du fait de l'absence d'outil de contrôle de la qualité des données. Par ailleurs, l'étude sur la qualité des données dans le secteur santé réalisée par MEASURE Evaluation en 2008 a montré que la supervision de la collecte des données dans les établissements sanitaires est seulement de 28%. La supervision des acteurs communautaires est faible et irrégulière. Quant aux outils de supervision, ils existent autant au MLS qu'au MSHP.

Dans la stratégie 5 qui est en rapport avec l'évaluation du PSN, seule la première étape qui consiste en l'élaboration du PNSE a été réalisée. Les revues annuelles prévues par le PSN n'ont pas été réalisées.

Quant à la stratégie 6 relative à l'élaboration des rapports nationaux de lutte contre le VIH/sida, au bilan, il faut noter que les rapports UNGASS ont été régulièrement produits tous les deux ans (2006 et 2008) et que, au moment où se déroule la présente revue, le dernier produit par le MSHP sur la riposte sectorielle santé fac au VIH/sida est celui de 2006.

Le rapport annuel global sur le VIH/sida, le rapport Abuja, le rapport sur les OMD, les rapports conventionnels avec les partenaires n'ont pas été produits.

La stratégie 3 relative à l'opérationnalisation des organes de coordination, la stratégie 4 relative au suivi du plan stratégique, la stratégie 7 relative au suivi du plan de financement, la stratégie 8 relative au suivi du plan de renforcement des capacités et la stratégie 9 relative au suivi du plan d'exécution des enquêtes et recherches n'ont pas été mises en œuvre. Il convient toutefois de signaler que le TIMS, élément de suivi du renforcement des capacités est mis en place et est fonctionnel. Pour le moment, le TIMS n'a pris en compte que les formations conduites par le MSHP. De même, dans le cadre du suivi des enquêtes et recherches, le plan prévu par le PSN serait disponible.

4. Analyse et commentaires

Les insuffisances du système d'information qui avaient motivé l'inscription de ce dernier comme axe stratégique du PSN 2006-2010 se sont sans doute améliorées mais, elles restent d'actualité. Il s'agit de :

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

Ces constats sont valables aussi bien pour le système d'information et de gestion du MSHP que pour celui du MLS.

Le *Rapport de l'évaluation du système d'information de gestion de Côte d'Ivoire, mai 2008* révèle que : "l'exactitude globale des données est de 40%. Il n'a été retrouvé aucune donnée sur les nouveaux patients de sexe masculin de plus de 14 ans sous ARV, alors que le SIGVISION révisé comporte un module VIH". Ce constat est éloquent et confirme la réticence de certains personnels de santé de collecter les données en rapport avec le VIH/sida considéré comme un programme à part.

Le *Rapport de l'évaluation du système d'information de gestion de Côte d'Ivoire, mai 2008* poursuit : "la majorité des districts disposent de base de données informatisée. Seulement 2/3 des districts déclarent calculer des indicateurs. La comparaison avec les cibles est l'analyse la moins effectuée. Le score moyen pour l'analyse des données est de 51% ... Le score global de l'utilisation des données est de 44%. Ce score est faible pour le district qui représente le niveau décentralisé et opérationnel de la gestion du système de santé basée sur les informations".

Si seulement 51% des districts sanitaires analysent les données et 44% seulement les utilisent, c'est parce que les agents de santé au niveau du district ne savent pas à quoi peuvent leur servir les données et, de ce fait, ne peuvent accorder ni soin à leur collecte, ni importance à leur traitement et analyse. C'est du reste ce que confirme le rapport d'évaluation du SIG en disant : "la connaissance de la raison d'être du SIG est de 22% ... Dans l'ensemble les compétences observées sont très faibles dans la capacité à vérifier la qualité des données, la compétence dans la définition des problèmes et leur résolution étaient respectivement de 12 % et 17%".

Quant aux indicateurs spécifiques de "genre" qui devaient être pris en compte, ils ne sont même pas évoqués.

Les forces et opportunités

- "Le système d'information du MSHP : dans tous les districts visités, au moins une personne travaille à plein temps sur le SIG. Il s'agit des Responsables des Centres de Surveillance Epidémiologique (CSE). Ils sont les gestionnaires de données au niveau du district. Toutes ces personnes ont été formées à la collecte, la vérification et l'analyse des données sauf dans un seul district (Abengourou) où le CSE n'a pas été formé à l'utilisation et à la gestion des données VIH" (*Rapport de l'évaluation du système d'information de gestion de Côte d'Ivoire, mai 2008*).
- "Le système de supervision et de monitoring du PNDS 2009-2013 se fera à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par un renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)." (*PNDS 2009-2013*).
- L'expérience en cours de la transmission des données en utilisant les PDA est une voie à développer et à évaluer en vue de son extension éventuelle.
- La mise en place des CTAIL dans les régions devrait permettre de résoudre définitivement le problème du système d'information en matière de VIH/sida. La condition essentielle est que les CTAIL soient dans d'excellentes conditions de travail avec un salaire motivant et des moyens de travail qui leur permettent d'être opérationnels sur le terrain (ordinateurs, véhicules, solide formation en épidémiologie, en statistiques et en informatique, accès permanent à internet, etc.).

Les faiblesses et obstacles

- Le système d'information du MLS connaît des difficultés qui empêchent la production des rapports annuels sur l'épidémie de VIH/sida en Côte d'Ivoire. Une incompréhension à propos des CTAIL et de leurs missions est à l'origine de la réticence de certains partenaires à apporter un appui technique et financier à cette structure légère de trois personnes que le MLS a mis en place pour déconcentrer ses services et être en mesure de collecter, traiter et analyser les données des OSC, du secteur privé, des "secteurs" gouvernementaux autres que la santé et du secteur de la santé concernant le VIH/sida. .

- Le MLS ne dispose pas des moyens matériels et financiers de sa mission, ce qui favorise tout naturellement l'émergence de circuits parallèles de l'information en matière de VIH/sida et l'impossibilité à produire un rapport exhaustif sur le VIH/sida dans le pays.

5. Recommandations

- Il est recommandé au MSHP/DIPE de mettre en œuvre les recommandations de l'évaluation du SIG notamment la disponibilité des outils de collecte dans tous les établissements sanitaires afin d'améliorer les performances du système d'information sanitaire en général, le volet concernant le VIH/sida en particulier. L'accent doit être mis sur la complétude, l'exactitude et la qualité des données d'une part, et sur la formation des agents, la mise à disposition du manuel de procédures sur l'utilisation du SIG, la supervision et l'organisation régulière de réunions de coordination pour la présentation et la discussion des rapports au niveau de chaque district et ensuite au niveau de chaque région, d'autre part.
- Il est recommandé aux partenaires au développement de la Côte d'Ivoire : (i) d'appuyer financièrement et techniquement le MLS/DPSE afin de hisser le système d'information du VIH/sida au même niveau que le système d'information du MSHP/DIPE et PNPEC ; (ii) de poursuivre et accroître l'appui technique et financier à la DIPE et au PNPEC. C'est à ce prix qu'il y aura une information exhaustive en matière de VIH/sida incluant tous les secteurs et tous les acteurs de la lutte contre ce fléau dans le pays.
- Il est recommandé au MLS, au MSHP et à tous les partenaires de : (i) sensibiliser les acteurs sur leur rôle dans le processus de production des données ; (ii) former les acteurs à l'utilisation des outils ; (iii) rendre fonctionnel le circuit de l'information mis en place par le MLS et le MSHP ; (iv) sensibiliser les partenaires à utiliser le circuit de l'information mis en place par le MLS et le MSHP ; (v) élaborer tous les documents de stratégies, de normes, de procédures prévues ; (vi) mettre en œuvre un plan d'évaluation de la qualité des données ; (vii) mener des réflexions sur le choix du système de transmission des données ; (viii) renforcer les capacités de traitement et d'analyse des données à tous les niveaux.
- En vue de maintenir le personnel technique du suivi & évaluation dans le système public, il est recommandé au MLS, au MSHP et aux partenaires de mettre en place un mécanisme de motivation de ces experts particulièrement recherchés au moment où le système d'information est une priorité absolue dans tous les pays.
- Il est recommandé au MLS, en étroite collaboration avec les partenaires techniques et financiers, de tout mettre en œuvre pour que les données soient effectivement collectées, traitées, analysées et validées au niveau des départements et au niveau des régions avant d'être acheminées au niveau central.

F. AXE STRATÉGIQUE 6 : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

"La réussite de la lutte multisectorielle et décentralisée passe nécessairement par le renforcement des capacités des acteurs des secteurs public et privé, de la société civile, des ONG et des différents réseaux de lutte contre le sida. La Côte d'Ivoire dispose actuellement de certains outils ou instruments nécessaires pour la formation (documents de politiques, directives nationales, documents de référence de formation, documents de normes et procédures). La revue du Plan Stratégique 2002-2004 et du Plan Intérimaire 2005, a mis l'accent sur l'absence d'un plan national de formation". (Extrait du PSN 2006-2010).

1. Résumé de l'axe stratégique

Problématique : la résolution des problèmes liés au VIH/sida exige des moyens matériels et une certaine expertise selon le domaine d'action. C'est pourquoi, "le PSN 2006-2010 se propose dans le cadre du renforcement de capacités, de mettre l'accent sur : (i) la formation des acteurs aux techniques de management, de prise en charge globale, de communication pour le changement de comportement, de mobilisation sociale et communautaire, de mobilisation des ressources et de suivi & évaluation ; et (2) l'équipement des structures de prise en charge et des organisations de lutte contre le sida".

Objectifs et stratégies : Les objectifs et stratégies en rapport avec le renforcement des capacités sont annoncés dans le PSN au niveau de chaque axe stratégique et de chaque DAP. Pour chaque DAP un objectif de renforcement des capacités est formulé par rapport à chaque objectif du DAP. Ainsi, dans cet axe stratégique "renforcement des capacités" il y a 6 objectifs généraux, 31 objectifs spécifiques et 52 stratégies. La plupart des objectifs ne sont pas atteints et la plupart des stratégies n'ont pas été mises en œuvre. C'est pourquoi, la mission de revue s'est référée essentiellement au rapport TIMS pour les formations en santé et à la cartographie des ressources humaines réalisée par le MLS en 2007, avec l'appui de ONUSIDA, pour les activités de formation dans les comités sectoriels, les comités décentralisés, les réseaux et plateformes d'ONG/OBC. Le point 3 intitulé "réalisations/processus et résultats" est alimenté essentiellement par ces deux sources d'informations. Il est probable que le bilan des réalisations ne soit pas exhaustif.

2. Ressources financières

De 2006 à 2008, l'axe stratégique "Renforcement des capacités" a été financé à hauteur de 4,943 milliards de FCFA. Ce financement représente 5,74% du financement total de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire (86,151 milliards de FCFA) pour la période 2006-2008. Les actions majeures comme la formation et l'assistance technique ont respectivement coûté 221,181 millions de FCFA et 487,280 millions de FCFA.

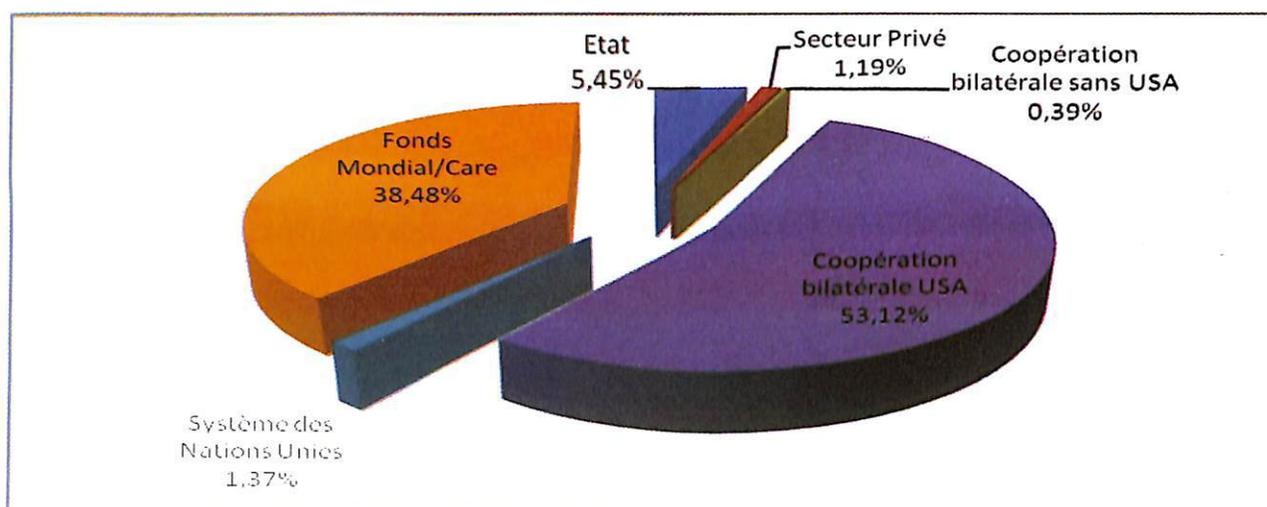
Par rapport aux prévisions financières sur la période de 2006 à 2008, le niveau de financement actuel de l'axe stratégique "Renforcement de capacités" correspond en moyenne à 64,31% des intentions de financement (7,688 milliards de FCFA) et à 36,48% des estimations financières du PSN (13,554 milliards de FCFA). L'on note ainsi de très grands dépassements budgétaires par rapport aux estimations prévues (cf. tableau 42 page 94, issu de l'exploitation des données du REDES).

Tableau 42 : Evolution du financement de l'axe stratégique "Renforcement des capacités" par source, de 2006 à 2008

| Sources | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|------------------------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| Etat | | 152 053 655 | 117 296 273 | -- | 269 349 928 | 5,45% |
| Secteur Privé | | 7 873 680 | 28 500 000 | 22 680 000 | 59 053 680 | 1,19% |
| Coopération bilatérale sans USA | | 1 963 050 | 7 360 195 | 9 878 595 | 19 201 840 | 0,39% |
| Coopération bilatérale USA | | 523 945 970 | 828 122 888 | 1 274 317 895 | 2 626 386 753 | 53,12% |
| Système des Nations Unies | | 9 466 500 | 58 107 500 | -- | 67 574 000 | 1,37% |
| Fonds Mondial/Care | | | 289 200 515 | 1 613 102 608 | 1 902 303 123 | 38,48% |
| Total REDES | | 695 302 855 | 1 328 587 371 | 2 919 979 098 | 4 943 869 324 | 100,00% |
| Total TRMR | | 357 000 000 | 3 754 000 000 | 3 577 000 000 | 7 688 000 000 | |
| Total estimation PSN | | 3 207 000 000 | 5 577 000 000 | 4 770 000 000 | 13 554 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 194,76% | 35,39% | 81,63% | 64,31% | |
| Taux d'exécution REDES/PSN | | 21,68% | 23,82% | 81,22% | 35,48% | |

À l'analyse des données du REDES sur la période 2006-2008, la coopération bilatérale américaine (PEPFAR) avec un financement de 2,626 milliards de FCFA soit 53,12% du total de l'axe stratégique "Renforcement des capacités" représente la principale source de financement. D'autres sources de financement comme le Fonds Mondial et l'Etat ont contribué à la réalisation des activités prévues dans cet axe stratégique avec des financements respectifs de 1,902 milliards de FCFA et 269,349 millions de FCFA. Le graphique 32 ci-après montre la part de contribution de chacune des sources de financement.

Graphique 32 : Part de chaque partenaire financier dans l'axe stratégique "Renforcement des capacités", 2006-2008



Le niveau actuel du financement de l'axe stratégique "Renforcement des capacités" correspond à 20,99% des estimations financières du PSN (23,554 milliards de FCFA) et 35,13% des intentions de financement (14,073 milliards de FCFA) en fin 2010.

3. Réalisations/ Processus & Résultats

Globalement, les objectifs fixés pour l'axe "renforcement des capacités" se retrouvent dans les DAP correspondant de ces mêmes axes stratégiques. L'exploitation du rapport TIMS a permis d'obtenir des informations sur les formations dans le secteur de la santé.

Tableau 43 : Récapitulatif du nombre de personnes formées par sexe et selon la qualification, de mars à décembre 2007

| | JHPIEGO | FHI | EGPAF | ACONDA | CARE | UNICEF | Measure | JHU/CCP | SIDACTION | PEPFAR | ALLIANCE-CI | OMS | JSI/MMIS | ANADER | Total |
|--------------------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|------------|-----------|-------------|
| Qualification | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexe | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hommes | 57 | 89 | 107 | 176 | 38 | 55 | 29 | 16 | 5 | 35 | 4 | 41 | 190 | 28 | 870 |
| Femmes | 26 | 65 | 200 | 112 | 12 | 16 | 6 | 29 | 16 | 20 | 12 | 7 | 91 | 14 | 626 |
| Qualification | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sages-femmes | 18 | 3 | 110 | 48 | - | 12 | - | 1 | - | 18 | - | 3 | 27 | 5 | 245 |
| Infirmiers(ères) | 30 | 21 | 64 | 73 | 2 | 8 | 5 | - | - | 17 | 1 | 17 | 117 | 9 | 364 |
| Médecins | 25 | 35 | 76 | 69 | - | 35 | 25 | 6 | - | 7 | - | 5 | 20 | - | 303 |
| Aide soignant | - | - | - | 15 | 6 | - | - | - | - | - | 23 | - | - | - | 44 |
| Garçon et fille de salle | - | - | - | 17 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 117 | - | 135 |
| Assistant social | - | - | - | 8 | - | - | 2 | 15 | - | - | - | - | 37 | - | 62 |
| PGP et Tech Labo | 2 | 15 | 16 | 5 | - | - | - | 5 | - | 13 | - | - | 10 | - | 66 |
| Pharmacien | - | 10 | 5 | 8 | - | - | 1 | 2 | - | - | - | - | 15 | - | 41 |
| Agent com. | - | 50 | 19 | 30 | 6 | - | - | 3 | 21 | - | - | - | 18 | 20 | 167 |
| Autres | 8 | 20 | 16 | 15 | 35 | 16 | 2 | 13 | - | - | - | 23 | 37 | 8 | 193 |
| Total | 83 | 154 | 307 | 288 | 50 | 71 | 35 | 45 | 21 | 55 | 16 | 48 | 281 | 42 | 1496 |

Source : Rapport TIMS 2008

"De mars à décembre 2007, différentes formations dans différents domaines programmatiques du VIH ont été organisées et renseignées dans le TIMS avec **1 496 personnes formées** et cela pour toutes les qualifications sur l'ensemble du territoire national. La plus grande proportion des personnes formées correspond aux infirmiers suivis des médecins et des sages-femmes. Les pharmaciens représentent la corporation la moins visée par les formations".

Tableau 44 : Nombre de personnes formées par domaine programmatique et par qualification en 2008

| Domaine programmatique | Sexe | | Qualification | | | | | | | | | | | | | Total |
|-------------------------|-------------|-------------|---------------|------------|--------------------|------------|-------------|-----------|-------------|-----------|---------------------|------------------|----------------------------|------------|------------|-------------|
| | Hommes | Femmes | Médecins | Sage-femme | Technicien de Labo | Infirmier | Pharmaciens | PGP | Conseillers | CSE | Assistant social(e) | Aide soignant(e) | Garçons et filles de salle | A.S com. | Autres | |
| CDV | 352 | 209 | 20 | 56 | 58 | 237 | 10 | 2 | 92 | 3 | 20 | 7 | 1 | 8 | 47 | 561 |
| PTME | 120 | 339 | 92 | 227 | 16 | 48 | 1 | 0 | 14 | 1 | 4 | 11 | 1 | 1 | 2 | 464 |
| PEC | 487 | 238 | 420 | 48 | 37 | 70 | 41 | 3 | 73 | 0 | 5 | 5 | 4 | 6 | 13 | 725 |
| IST | 60 | 29 | 21 | 15 | 0 | 26 | 2 | 0 | 10 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 13 | 89 |
| CIP/C | 11 | 8 | 4 | 3 | 0 | 1 | | | 2 | | 5 | 0 | 0 | 4 | | 19 |
| IEC-CCC | 303 | 220 | 7 | 9 | 1 | 26 | 0 | 0 | 79 | 0 | 8 | 16 | 3 | 33 | 342 | 523 |
| Soins Palliatifs | 110 | 124 | 30 | 1 | 2 | 23 | 1 | 3 | 51 | 0 | 7 | 8 | 0 | 72 | 36 | 234 |
| Suivi et évaluation | 151 | 44 | 56 | 13 | 0 | 27 | 14 | 8 | 0 | 50 | 4 | 0 | 0 | 0 | 23 | 195 |
| Sécurité des Injections | 649 | 414 | 96 | 118 | 58 | 263 | 30 | 22 | 0 | 9 | 25 | 73 | 335 | 9 | 65 | 1103 |
| PEC-OEV | 74 | 71 | 11 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 42 | 18 | 1 | 3 | 1 | 17 | 40 | 145 |
| Gestion des Stocks | 72 | 25 | 3 | 4 | 4 | 9 | 42 | 35 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 86 |
| Total | 2389 | 1755 | 760 | 494 | 176 | 732 | 141 | 73 | 363 | 81 | 81 | 123 | 345 | 150 | 581 | 4155 |

"Au cours de l'année 2008, Aconda, EGPAF et JSI/MMIS ont organisé respectivement 57 sessions de formation, 38 sessions de formation et 29 sessions de formation soit 33%, 22% et 17% du nombre total de formations. Pour toute l'année 2008, 173 formations ont été enregistrées".

"Le nombre d'hommes formés est pratiquement le double du nombre de femmes formées. Il y a plus de personnes formées en sécurité des injections, ensuite vient la proportion des personnes formées en prise en charge, en CDV, en IEC-CCC et en PTME.

- Les médecins ont été plus formés en prise en charge.
- Pour ce qui est des sages-femmes, la majorité a bénéficié des formations en PTME.
- Les infirmiers ont été plus formés en CDV et sécurité des injections.
- La corporation des pharmaciens n'était pas trop visée par les formations organisées.
- Les conseillers ont été plus formés en CDV et en IEC-CCC.
- Les aides soignants ainsi que les garçons et filles de salle ont été formés à la sécurité des injections pour la plupart". TIMS, 2008.

L'étude sur la cartographie des ressources humaines a montré, à travers ces structures, que les ONG/OBC ont le plus bénéficié de formation par rapport aux comités sectoriels et décentralisés. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les personnes qui y travaillent sont des bénévoles qui n'ont pas toujours les compétences de base".

Quant au niveau d'équipement, certaines organisations de la société civile bénéficient d'appui logistique et matériel directement des partenaires techniques et financiers intervenant dans la lutte contre le sida. Les principaux bailleurs sont le PEPFAR et le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme.

Tableau 45 : Proportion des ressources humaines ayant reçu au moins une formation sur le sida en rapport avec leur domaine d'intervention

| Domaine d'intervention | Effectif N | % des RH formées dans leur domaine d'intervention |
|--------------------------------------|------------|---|
| Prévention | | |
| CCC | 650 | 22,0% |
| Préservatif | 19 | 5,3% |
| CDV | 52 | 20,9% |
| PTME | 40 | 7,5% |
| IST | 30 | 6,7% |
| Prévention chez les PVVIH | 7 | 0,0% |
| Stigmatisation | 4 | 0,0% |
| Traitement | | |
| ARV, IO | 94 | 37,2% |
| Soins à domicile et soins palliatifs | 16 | 6,3% |
| Soutien | | |
| OEV | 108 | 18,5% |
| Psychosocial | 52 | 3,8% |
| Nutritionnel | 16 | 6,3% |
| Juridique | 6 | 0,0% |
| économique | 11 | 0,0% |
| Renforcement de capacité | 87 | 5,7% |
| S&E | 107 | 28,0% |
| Coordination | 233 | 13,7% |

Source : Rapport de l'étude sur la cartographie des ressources humaines

4. Analyse et commentaires

"A la pratique, beaucoup de dysfonctionnements ont été relevés dans le suivi des activités de formation. Ainsi, on peut noter entre autres des doublons dans les formations, la mauvaise répartition du personnel formé sur l'ensemble du territoire national, etc." *Rapport TIMS des formations de 2007 et 2008 sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire.*

Il a été noté une inadéquation entre les domaines d'intervention des acteurs et les formations reçues. En effet, seulement 25% des ressources humaines ont été formées dans leurs domaines d'intervention (cf. Tableau 43 ci-dessus).

Il y a une insuffisance de planification et de coordination des formations. Une identification des besoins de formation et l'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines pourraient apporter une solution idoine.

Forces et opportunités

- l'engagement des partenaires techniques et financiers dans le renforcement des capacités est un atout pour le pays ;
- l'existence d'une cartographie des ressources humaines offre une base pour des mises à jour et réajustements en vue d'assurer une couverture optimale du pays.

Faiblesses et obstacles

- absence d'un plan de formation des ressources humaines ;
- absence d'un plan national de renforcement des capacités en ressources matérielles ;
- non respect de l'approche district par les partenaires techniques en matière de renforcement des capacités.

5. Recommandations

- Il est recommandé au MLS d'intégrer les axes stratégiques transversaux tel que le renforcement des capacités dans les différents DAP pour le prochain plan stratégique.
- Il est recommandé au MSHP d'impliquer le MLS dans la gestion du TIMS afin qu'il prenne en compte toutes les formations en matière de VIH/sida plutôt que d'être orienté exclusivement santé.
- Il est recommandé aux partenaires organisateurs de renforcement des capacités, notamment dans le domaine de la santé, de tenir compte de l'approche district.
- Il est recommandé au MLS et au MSHP d'élaborer un plan de formation des ressources humaines du VIH/sida et un plan pour le renforcement des capacités en ressources matérielles.
- Il est recommandé aux partenaires techniques et financiers de tenir le MLS informé des initiatives de renforcement des capacités techniques et matérielles ainsi que des réhabilitations d'infrastructures afin de faciliter la collecte et la gestion des données et informations en matière de renforcement des capacités en rapport avec le VIH/sida.

G. AXE STRATÉGIQUE 7 : RECHERCHE

"L'évaluation du plan stratégique 2002-2004 et du plan intérimaire 2005 a montré que les études réalisées en Côte d'Ivoire ont permis de mieux cerner les aspects sociaux de l'épidémie du VIH et d'élaborer des directives nationales (consensus sur le cotrimoxazole, simplification des schémas thérapeutiques, standardisation du bilan biologique). Cependant, ces études ne prennent pas suffisamment en compte certains groupes cibles et la recherche vaccinale qui a connu un démarrage a été freinée par la crise militaro-politique.

Pour la période 2006-2010, il s'agira de renforcer la recherche opérationnelle dans les domaines de la prévention, de la prise en charge globale et du financement. De plus, la recherche vaccinale devra être redynamisée. Les domaines d'actions prioritaires suivants ont été retenus :

- la recherche au niveau de la prévention ;
- la recherche au niveau de la prise en charge".

1. Résumé de l'axe stratégique

Problématique : dans le domaine du VIH/sida beaucoup de progrès ont été réalisés grâce à la recherche aussi bien biologique, clinique qu'opérationnelle, force est de reconnaître que beaucoup de questions continuent à se poser sur le virus et ses capacités de mutation, sur les possibilités d'un vaccin, sur les résistances du VIH aux ARV, sur les phénomènes sociaux engendrés par l'épidémie de VIH/sida, etc. Aussi, la recherche reste-t-elle une priorité pour apporter des réponses aux questions restées sans réponses.

Objectifs : les objectifs spécifiques de la recherche en matière de prévention sont : (i) réaliser des enquêtes dans les populations cibles ; (ii) conduire des activités de recherche opérationnelle ; (iii) améliorer la connaissance de l'épidémie du VIH/sida en Côte d'Ivoire ; redynamiser la recherche vaccinale. Onze stratégies ont été retenues pour cet objectif.

Quant à la recherche dans le domaine de la prise en charge, les objectifs spécifiques sont : (i) développer des activités de recherche en matière de PEC globale ; (ii) améliorer la qualité de la prise en charge pédiatrique ; (iii) développer des approches novatrices en matière de prise en charge ; (iv) promouvoir la pharmacopée africaine. Cet objectif comporte six stratégies.

Stratégies : les 17 stratégies de l'axe recherche sont passées en revue au point 3 intitulé "réalisations/processus et résultats".

2. Ressources financières

De 2006 à 2008, l'axe stratégique "Recherche" a été financé à hauteur de 86,945 millions de FCFA. Ce financement représente 0,1% du financement total de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire (86,151 milliards de FCFA) pour la période 2006-2008.

Par rapport aux prévisions financières sur la période de 2006 à 2008, le niveau de financement actuel de l'axe stratégique "Recherche" correspond en moyenne à 28,41% des intentions de financement (306 millions de FCFA) et à 2,39% des estimations financières du PSN (3,638 milliards de FCFA).

Tableau 46 : Evolution du financement de l'axe stratégique "Recherche" par source, de 2006 à 2008

| Sources | Années | 2006 en FCFA | 2007 en FCFA | 2008 en FCFA | Total en FCFA | Pourcentage |
|------------------------------------|--------|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|
| Etat | | 10 000 000 | | 5 000 000 | 15 000 000 | 17,25% |
| Fonds Mondial/Care | | | 54 920 182 | 17 024 904 | 71 945 086 | 82,75% |
| Total REDES | | 10 000 000 | 54 920 182 | 22 024 904 | 86 945 086 | 100,00% |
| Total TRMR | | 306 000 000 | - | - | 306 000 000 | |
| Total estimation PSN | | 892 000 000 | 1 184 000 000 | 1 562 000 000 | 3 638 000 000 | |
| Taux d'exécution REDES/TRMR | | 3,27% | 0,00% | 0,00% | 28,41% | |
| Taux d'exécution REDES/PSN | | 1,12% | 4,64% | 1,41% | 2,39% | |

A l'analyse des données du REDES sur la période 2006-2008, c'est seulement l'Etat et le Fonds Mondial qui ont investi dans la recherche sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Cependant, le niveau de leur contribution sont faibles si on considère les intentions de financement après la Table Ronde de Mobilisation des Ressources (TRMR) et les estimations financières du PSN à mi-parcours de la mise en œuvre du PSN 2006-2010. Au niveau de la Table Ronde de Mobilisation des Ressources, les bailleurs se sont engagés à financer la recherche à hauteur de 306 millions et cela uniquement pendant l'année 2006. Cependant force est de constater qu'au regard des données du REDES, aucune activité de recherche n'a été financée. Aussi, pour les autres années (2007, 2008, 2009 et 2010), aucune intention de financement n'a été exprimée.

Le niveau actuel du financement de l'axe stratégique "Recherche" correspond à 1,13% des estimations financières du PSN (7,683 milliards de FCFA) et 24,41% des intentions de financement (306 millions de FCFA) en fin 2010.

3. Réalisations/ Processus & Résultats

Le bilan des réalisations est fait sur la base des stratégies retenues rappelées ci-dessous.

3.1. Bilan de la recherche dans la prévention

Parmi les 11 stratégies retenues, seules trois ont connu une mise en œuvre effective. Il s'agit des études sur la résistance aux ARV et des études sur la pharmacovigilance des ARV qui sont menées au niveau du service des Maladies Infectieuses, dans le cadre des activités de recherches universitaires. L'organisation de rencontres de partage des résultats de recherche se fait également, au niveau du MLS qui organise chaque année des journées scientifiques et au niveau universitaire. Toutefois, il faut souligner qu'il ne s'agit pas d'activités nécessairement en rapport avec le PSN 2006-2010.

Les huit autres stratégies n'ont pas été mises en œuvre dans la période sous revue. Il s'agit de : (i) la réalisation d'enquêtes pour évaluer la situation du VIH dans les populations cibles, notamment les femmes parmi ces populations (enseignants, HSH, consommateurs de drogues, jeunes, ex-combattants) ; (ii) la réalisation d'enquêtes socio-comportementales ; (iii) l'évaluation de l'acceptation et de l'utilisation du préservatif féminin ; (iv) l'évaluation du niveau de résistance des IST ; (v) le renforcement de la diffusion des données ; (vi) l'organisation d'une session annuelle de présentation des données ; (vii) la création des conditions favorables à la recherche vaccinale sur le VIH/sida ; (viii) la conduite d'activités de recherche vaccinale.

3.2. Bilan de la recherche dans la prise en charge

Dans le cadre du PSN 2006-2010, les réalisations en matière de recherche dans la prise en charge, sont globalement insuffisantes.

Le cadre de concertation entre médecine moderne et médecine traditionnelle aurait été mis en place mais, en l'absence de documents y relatifs, la mission de revue n'a pas eu des informations sur son fonctionnement, ses activités et son impact. En particulier, les informations sur le nombre de rencontres organisées, le nombre de substances naturelles testées actives, le nombre de tradithérapeutes impliqués dans la prise en charge du VIH sur la période sous revue, ne sont pas disponibles.

Quant au dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives, on peut lire dans le rapport de la mission conjointe du groupe de travail inter-agences pour la PTME et la PECP en Côte d'Ivoire (septembre 2008) : "la présentation de EGPAF a mis en exergue les réalités suivantes : la recommandation nationale est de faire le diagnostic des enfants exposés au VIH par PCR ADN à partir de la 6^{ème} semaine de vie ; la technologie de biologie moléculaire (PCR) n'est effectuée que par 4 laboratoires basés tous à Abidjan ; la phase de démonstration a permis de prouver la faisabilité en routine du diagnostic du VIH en Côte d'Ivoire ; le défi est maintenant de permettre l'accès de tous (enfant et personnel de santé), au dépistage précoce de l'enfant".

Concernant les travaux de recherche clinique, thérapeutique et biologique, en dehors des activités traditionnelles de recherche de services du CHU et des instituts de recherche, aucune des activités prévues dans le PSN 2006-2010 n'a été menée. En particulier, les axes de recherche clinique, thérapeutique et biologique n'ont pas été définis, les travaux de recherche n'ont été ni planifiés ni exécutés comme cela est prévu dans le PSN 2006-2010.

Les trois dernières stratégies n'ont pas été mises en œuvre : la création d'un cadre de concertation sur la recherche ; l'évaluation de l'impact des interventions des ONG dans la PTME ; et, l'identification des approches novatrices.

4. Analyse et commentaires

La place de la médecine traditionnelle semble avoir été sous-estimée, ce qui expliquerait l'insuffisance des réalisations dans ce domaine. En effet, le cadre de concertation entre médecine moderne et médecine traditionnelle, prévu dans le PSN, n'a pas été mis en place. Pourtant dans le DSRP 2009-2013, on peut lire : "en cas de maladie, les populations pauvres se tournent d'abord vers un tradipraticien ou pratiquent l'automédication au lieu de consulter un personnel de santé moderne. En effet, 52.0% de ceux qui déclarent consulter un tradipraticien en premier, en cas de maladie, sont pauvres contre seulement 25% chez ceux qui préfèrent dans ces cas consulter un médecin". Or, "en Côte d'Ivoire, le nombre de pauvres a été multiplié par 10 en l'espace d'une génération. Aujourd'hui une personne sur deux est pauvre contre une personne sur dix en 1985. En effet, le taux de pauvreté est passé de 10% en 1985 à 48,9% en 2008 ; ce qui correspond à un effectif de pauvres estimé à 974 000 en 1985 et à 10 174 000 en 2008".

Les thèmes de recherche inscrits dans le PSN 2006-2010 semblent être d'actualité et pourraient faire l'objet d'une réflexion en vue de leur mise en œuvre d'ici à 2010 et, éventuellement, de leur prise en compte dans le prochain PSN.

5. Recommandations

- Il est recommandé au MSHP en général, au PNPEC en particulier : (i) de redynamiser le cadre de concertation entre médecine moderne et médecine traditionnelle, avant la fin de l'année 2009 ; (ii) de revoir les objectifs assignés à ce cadre de concertation en tenant compte de la place de la médecine traditionnelle, de son potentiel et de ce que pourrait être sa contribution au regard du grand nombre de personnes qui y ont recours, faute d'accès à la médecine moderne ou par conviction.
- Il est recommandé au MLS d'intégrer dans le prochain PSN autant que possible les activités de recherche dans les axes stratégiques et les domaines d'action prioritaires. Cela pourrait faciliter la mobilisation de ressources financières au profit de la recherche. La nature de la recherche action qui est en même temps une intervention programmatique et une activité de recherche justifie l'intégration de la recherche dans les axes stratégiques et domaines d'actions prioritaires. La recherche reste une priorité absolue dans le domaine du VIH/sida.
- Il est recommandé au MLS de mettre en place un cadre réglementaire sur la recherche en matière de VIH/sida en vue de faciliter la coordination des initiatives qui, dans ce domaine, sont le plus souvent prises par les partenaires techniques et financiers et les universités. Il facilitera également la diffusion et l'utilisation des résultats de recherche.

IV. ANALYSE DES CONSTATS DE LA REVUE DU PSN 2006-2010

4.1. LE PSN 2006-2010 ET LES OUTILS DE MISE EN ŒUVRE

4.1.1. Conception du PSN 2006-2010

Le PSN 2006-2010, formulé dans une dynamique nationale participative, est articulé autour de 7 axes stratégiques et de 16 domaines d'action prioritaires. Ils couvrent la totalité des champs de la riposte à l'épidémie de VIH/sida et traduisent les priorités retenues par le pays, dans un large consensus. Le regroupement des DAP dans l'axe prise en charge, bien que logique et cohérent, aurait pu être scindé en trois axes stratégiques basés sur la typologie classique de "prise en charge médicale et psychologique" ; "prise en charge socio-économique" ; "prise en charge juridique".

Des axes stratégiques transversaux tels que le renforcement des capacités et la recherche ont été difficiles à évaluer. La recherche n'a pas pu mobiliser les ressources prévues et c'est seulement 0,07% du budget qui a été dépensé. Il serait, sans doute, plus stratégique de les intégrer dans les différents domaines d'actions pour plus de pertinence et de cohérence. Cela n'enlève rien à l'importance et au caractère incontournable de la recherche et du renforcement des capacités qui sont garants des progrès, de l'innovation et de la performance.

Le PSN a été complété par un Plan d'action national pour 2008-2009 (PAN 2008-2009) qui est en réalité une consolidation des plans opérationnels des régions et n'a été produit qu'en juin 2008. Le Plan national de suivi & évaluation (PNSE) est achevé en janvier 2007. Ces deux documents constituent les outils de mise en œuvre et de suivi du PSN. Ils ont été élaborés avec un trop grand décalage par rapport au PSN alors qu'il est indiqué de les élaborer aussitôt la première mouture du PSN produit. Ce décalage expliquerait, ne serait-ce que partiellement, que ces documents ne soient pas toujours utilisés par les acteurs, tout comme le PSN 2006-2008.

D'autres documents sont venus compléter le PSN 2006-2010, sans en épouser toujours la même conception, ce sont : (i) l'identification des cibles de l'accès universel ; (ii) le plan d'intensification de la prévention ; (iii) le plan de passage à l'échelle de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH et de la Prise en Charge Pédiatrique du VIH/sida ; (iv) le Plan Stratégique National de PEC des OEV 2007-2010 et le Plan de Suivi & Evaluation ; (v) le Plan Stratégique Jeunes 2007-2009.

Entre le PSN 2006-2010 et les documents cités ci-dessus, il n'y a pas une articulation rigoureuse. Les concepts utilisés ne sont pas harmonisés d'un document à l'autre, par exemple, entre "stratégies", "étapes", "interventions clés" et "activités prioritaires". Et, les indicateurs utilisés ne sont pas toujours les mêmes. Les concepts d'indicateurs et de résultats attendus ne sont pas toujours faciles à comprendre et à discerner des impacts attendus du PSN. Ceci a constitué une difficulté pour la revue à mi-parcours mais, c'est une expérience très riche qui pourrait permettre de mieux aborder le prochain processus de planification et de veiller à une meilleure articulation des différents instruments de planification de la riposte nationale.

La cohérence entre les objectifs, les stratégies, les étapes et les indicateurs et les résultats attendus du PSN 2006-2010 n'est pas toujours évidente.

4.1.2. Utilisation du PSN 2006-2010 comme cadre unique d'action

La revue à mi-parcours a permis de constater que, malgré l'adoption des "Trois Principes" par la Côte d'Ivoire et bien que son élaboration ait impliqué toutes les parties prenantes, le PSN 2006-2010 n'a pas servi de cadre d'action ni pour les différents secteurs gouvernementaux (à l'exception du MSHP, du MEN et du MFFAS, MJS), ni pour la plupart des partenaires techniques et financiers, ni pour les partenaires de mise en œuvre y compris les OSC. Pourtant, de l'avis de tous les acteurs rencontrés, le processus de son élaboration a été participatif et le PSN 2006-2010 a été consensuel.

A l'analyse, il s'avère que le document du PSN 2006-2010 a été distribué avec un certain décalage. C'est pourquoi, les régions viennent seulement de s'en approprier et de s'en inspirer pour élaborer leurs plans opérationnels dont la consolidation a donné le Plan d'Action National 2008-2009. Par ailleurs, là où le PSN a été distribué, il n'a pas été vulgarisé pour permettre aux acteurs de s'en approprier et de s'en servir comme cadre unique de référence pour l'action.

La non utilisation du PSN a rendu difficile le présent exercice de revue à mi-parcours et, l'absence de rapport relatif à la mise en œuvre de ce PSN a ajouté une dimension à la difficulté. Cette situation qui s'est imposée à l'équipe de consultants a transformé la revue en une course, dans tous les sens, pour rassembler des données et des informations en vue de "construire" un rapport qui reflète au mieux la situation de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire au 31 décembre 2008.

4.2. ENVIRONNEMENT NATIONAL DE MISE EN ŒUVRE DU PSN 2006-2010

La République de Côte d'Ivoire, traditionnelle terre d'immigration, de paix et de stabilité politique, connaît une série de perturbations sociopolitiques depuis 1999. La plus grave de celles-ci est sans doute, la crise politico-militaire survenue le 19 septembre 2002. En effet, elle a divisé le pays en deux : le Sud sous contrôle gouvernemental et le Centre, le Nord et l'Ouest (CNO) sous contrôle des Forces Nouvelles (FN).

C'est essentiellement cette crise et ses multiples conséquences qui ont marqué le contexte de la mise en œuvre du PSN 2006-2010, document dans lequel on peut lire : "ce contexte général marqué par la crise militaro-politique, la paupérisation des populations, la morosité économique et la suspension des appuis extérieurs a eu, entre autres conséquences, la stagnation des interventions dans la lutte contre le VIH/sida". Le PAN 2008-2009 de lutte contre le sida, issu des plans opérationnel des régions, met l'accent sur les problématiques nationales que sont la féminalisation de l'épidémie de sida, l'incidence élevée de la maladie au sein de la jeunesse, les difficultés d'accès aux soins, l'impact de la maladie dans les secteurs clefs, les cas de plus en plus nombreux des violences sexuelles faites aux femmes, l'insuffisante appropriation par les acteurs

locaux de terrain des politiques nationales et des plans nationaux validés. Et, par-dessus tout, l'insuffisance de coordination des interventions et de l'intégration effective de la lutte contre le VIH dans les politiques et planifications sectorielles et aux niveaux décentralisés".

Depuis mars 2007, la situation sociopolitique a évolué favorablement, avec la signature de l'Accord Politique de Ouagadougou (APO) qui a permis la mise en place d'un gouvernement de transition le 7 avril 2007. La mission de ce gouvernement est d'instaurer la paix dans le pays et de le sortir de la crise par la tenue d'élections libres et transparentes, avec l'appui de la communauté internationale.

Les effets positifs de ce tournant important pour le pays sont évoqués dans la préface du *Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 2009-2013* signé le 03 juillet 2008, dans les termes suivants : "un peu plus d'un an après l'Accord Politique de Ouagadougou, les plus grands défis humanitaires ont été surmontés, un nombre croissant de déplacés internes a regagné le lieu d'origine et la transition d'une phase d'urgence vers une période de redressement et de développement est amorcée. Le Programme de Sortie de Crise du Gouvernement a permis de mobiliser les partenaires extérieurs pour appuyer la mise en œuvre de l'Accord Politique de Ouagadougou et asseoir sur de solides bases la consolidation de la paix".

Concernant plus spécifiquement la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire, cet environnement de paix et d'une plus grande sécurité qui s'est instauré depuis ledit Accord, bien que jugé encore relativement fragile, a permis un foisonnement d'activités importantes pour "recadrer" la riposte nationale au VIH/sida. En effet, pendant le déroulement de la présente mission d'évaluation à mi-parcours du PSN 2006-2010, quatre autres missions sont en cours : (1) une mission de l'ONUSIDA qui travaille sur l'Estimation des Flux des Ressources et Dépenses nationales de lutte contre le Sida (EF/REDES) ; (2) une mission conjointe de ONUSIDA et OMS pour la formulation de la proposition de la Côte d'Ivoire à soumettre au Fonds Mondial pour le 9e round ; (3) une mission du PNUD pour proposer un manuel de procédures pour le cadre institutionnel ; (4) une mission préparatoire de l'Enquête Démographique et de Santé qui va prendre en compte très largement les indicateurs du VIH/sida.

Dans un cadre plus large, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2009-2013 et le Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP) pour la période 2009-2013 viennent d'être achevés. L'un et l'autre ont fait une place à la lutte contre le VIH/sida – comme dans les versions précédentes. Dans la pratique, il n'y a eu aucune action concertée entre les entités de coordination de ces trois instruments de planification du développement que sont le DSRP, le PNDS et le PSN sida.

Et, concernant la mobilisation des ressources financières, tous les acteurs s'accordent à reconnaître que la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire a mobilisé des ressources financières substantielles, de sources diverses, même si le pays n'a pas été éligible aux trois derniers rounds du Fonds Mondial. Il y a deux grands partenaires que sont le PEPFAR et CARE, en tant que bénéficiaire principal du Fonds Mondial. Ces deux partenaires ont apporté, à eux seuls, un total de plus de 65 milliards de FCFA sur un budget total de 86,151 milliards de FCFA, soit plus de 75% des dépenses totales sur la période sous revue.

Plus récemment, la Banque Mondiale a accordé à la Côte d'Ivoire vingt millions de dollars américains (20.000.000 USD) pour financer le Projet d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PUMLS). Ce projet, en vigueur depuis le 1er octobre 2008 pour une durée de quatre ans, couvrent quatre régions qui sont : (1) les Savanes au Nord (Korogho), les Montagnes à l'Ouest (Man), le Sud Comoé (Aboisso) et les Lagunes (Abidjan) qui concentrent 47% de la population ivoirienne. Bien sûr, ceci entre dans les perspectives pour 2009 et au-delà.

La dépendance quasi-totale du financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire des fonds extérieurs, comme du reste c'est le cas dans la plupart des pays africains, la multiplicité des sources et l'absence de coordination crée, tout naturellement, des pôles de concentration de l'information stratégique et du "pouvoir". Celui qui détient l'argent détient de facto le pouvoir, y compris celui de créer et de gérer, par défaut, un circuit parallèle de l'information stratégique.

En effet, cette situation est largement facilitée par l'absence totale d'un leadership national pour la gestion du système d'information relatif au VIH/sida. Dans le contexte actuel de la Côte d'Ivoire, il n'y a aucune initiative pour mettre les partenaires autour d'une même table afin de traiter définitivement et radicalement de la "centralisation" de l'information en matière de VIH/sida par le MLS qui en a la responsabilité, à tous les niveaux. Il n'y a pas eu non plus, de la part du MLS, d'initiative pour mettre en place un système lui permettant de regrouper tous les partenaires et acteurs périodiquement (tous les trois mois par exemple) pour présenter leurs rapports d'activités et ainsi, obtenir les informations en vue d'élaborer un rapport consolidé. Aujourd'hui, il est impossible de trouver des informations complètes, exhaustives sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire en un seul lieu. Aucune institution, aucun organe dans le pays ne dispose de ces informations complètes sur le VIH/sida. Chaque institution, chaque partenaire détient des informations parcellaires relatives à ses domaines d'intérêt.

Les difficultés rencontrées au cours de cette revue notamment dans la recherche de données et d'informations pertinentes et fiables, reflètent la réalité de la situation en Côte d'Ivoire. Elles montrent la faiblesse du système mis en place pour la collecte et la gestion des données santé comme des données non santé relatives au VIH/sida. La DIPE au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et la DPSE au Ministère de la Lutte contre le Sida, ont en charge le système d'information. L'une et l'autre n'arrivent pas à s'acquitter de leur mission pour des raisons diverses. Plus spécifiquement, le MLS/DPSE n'a ni les moyens humains, ni les moyens matériels, ni les moyens financiers à la hauteur de l'importance, de la complexité et du caractère crucial de sa mission. Les données collectées ne passent pas par les circuits définis par le MLS. Aucun cadre formel de partage de ces données et informations n'a été défini entre le MSHP et le MLS d'une part et les partenaires techniques et financiers d'autres part. Plus inattendu encore, aucun cadre de collaboration formel n'est défini et appliqué entre le MSHP et le MLS. Il y a une insuffisance de communication institutionnelle entre le MLS et le MSHP, notamment les directions en charge des deux systèmes d'information. A priori, rien ne justifie une telle situation qui doit changer pour le plus grand intérêt de tous les acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire et pour l'intérêt du pays.

4.2.1. Forces et Opportunités pour la mise en œuvre du PSN en 2009-2010

- L'environnement de mise en œuvre est marqué par des opportunités à saisir malgré le contexte difficile de la Côte d'Ivoire. La première des opportunités est la présence des organismes de coopération et de financement grâce auxquels des sommes importantes d'argent sont mobilisées pour le financement de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire. Le PEPFAR reste le plus grand partenaire financier de la Côte d'Ivoire.
- Les organisations de la société civile (OSC) sont nombreuses et engagées dans la lutte contre le VIH/sida. Elles sont bien organisées et font l'effort de se retrouver dans des cadres de coordination et de concertation. En effet, la plupart des OSC sont regroupées dans des réseaux tels que le Conseil des organisations de la société civile (COSCI), le réseau des personnes vivant avec le VIH (RIP+), le réseau ivoirien des jeunes (RIJES), le réseau des professionnels des media (REPMACI), le réseau des religieux (ARSIP), le réseau ivoirien des organisations féminines (RIOF). Tous ces réseaux sont regroupés dans une plateforme et constituent une immense force de riposte face au VIH/sida. Malheureusement, le potentiel de ces organisations n'est pas mis à profit et elles ne sont pas financièrement et matériellement soutenues de manière conséquente. Et pourtant, elles sont les plus aptes à intervenir au sein de la communauté et des familles et de changer la situation là où vivent et travaillent les populations. C'est avec les OSC qu'il y a les meilleures chances de gagner la lutte contre le VIH/sida.
- Le potentiel du MSHP, en termes d'infrastructures et de personnels qualifiés, est un atout majeur, même si la situation au nord ne s'est pas encore totalement améliorée. Il reste à évaluer le système pour en déceler les forces, les faiblesses et les dysfonctionnements qui limitent les performances des programmes d'intervention en matière de VIH/sida.

- Le PNDS 2009-2013 est un cadre idéal pour le développement d'actions de grande envergure dans le cadre de la réponse sectorielle santé au VIH/sida. Il offre une opportunité de développer des actions communes entre le MLS et le MSHP. Il s'agira de trouver les articulations entre le PNDS et le prochain PSN sida.
- Le DSRP 2009-2013, tout comme le PNDS, offre une opportunité pour le développement d'actions communes avec le prochain PSN sida. Il pourrait s'agir, entre autres, du financement d'AGR par le DSRP au profit de PVVIH et de personnes affectées par le VIH. Là également, les articulations devront être trouvées.
- La situation de paix et de sécurité qui règne actuellement est un atout majeur pour le développement de programmes d'action sur le terrain, y compris dans les zones CNO où les populations ont besoin de stratégies alternatives face à la destruction des infrastructures sanitaires et au manque de personnels.

4.2.2. Contraintes/obstacles à la mise en œuvre du PSN en 2009-2010

Un cadre institutionnel bien pensé mais non opérationnel

- La multitude d'organes dits de coordination dans un pays qui a adopté les "Trois Principes" peut créer une certaine confusion. Au nom des "Trois Principes", le seul organe de coordination politique et stratégique est le **CNLS** au niveau national et ses organes décentralisés au niveau des régions, des départements et des communes. De même, le **MLS** est l'unique structure de coordination technique de la riposte nationale au VIH/sida et ses structures décentralisées au niveau des régions, des départements et des communes sont les **CTAIL**.
- Si le **CNLS**, créé par Décret N° 2004-13 du 7 janvier 2004, présidé par le chef de l'Etat garde toutes ses prérogatives, le **MLS** a beaucoup de mal à s'acquitter de sa mission de coordination technique. Il rencontre aujourd'hui les mêmes difficultés que rencontraient les ministères de la santé à "coordonner" des structures de même niveau hiérarchique et qui avaient amené l'ONUSIDA et ses co-parrains à proposer de placer la tutelle de la lutte contre le sida à la Primature ou à la Présidence de la République. Le **MLS** n'a ni les moyens, ni le pouvoir de sa mission, ce qui contribue à multiplier les pôles de pouvoir parallèles et paralyse la coordination. Or, le **MLS** doit être vu comme le secrétariat du **CNLS** agissant au nom de Monsieur le Président de la République, Président du **CNLS**.
- Quant aux organes et structures déconcentrés/décentralisés, les **CRLS**, dont la mise en place a débuté en 2008, n'existent pas encore dans toutes les régions et, les **CRLS** mis en place ne sont pas encore très fonctionnels. Les **CTAIL** sont en tout début d'expérimentation avec une dizaine actuellement mises en place dont seulement quatre appuyées par le **PUMLS**. Du fait d'une absence de compréhension commune du rôle des **CTAIL**, il est noté des difficultés de fonctionnement de ces structures et une insuffisance de collaboration avec les autres entités régionales. Pourtant, le caractère multisectoriel de la lutte contre le sida exige bien la présence d'une structure de "coordination" technique aux niveaux déconcentrés/décentralisés pour assurer le secrétariat du **CRLS** et être le répondant du **MLS**. Il reste à faire l'unanimité sur cette réalité pour être cohérent avec la logique de créer un ministère du sida. Pour l'heure, la décentralisation qui est appuyée essentiellement par la Banque Mondiale à travers le **PUMLS** dans quatre des 19 régions que compte le pays n'est pas encore effective.
- Le **Comité Interministériel de Lutte contre le Sida (CIMLS)** créé par Décret N° 2004-14 du 7 janvier 2004, n'a pas fonctionné depuis sa création. Selon ses attributions et sa composition, il offre au **MLS** un cadre idéal pour la coordination technique des activités du secteur gouvernemental en matière de sida. Son fonctionnement pourrait contribuer à une plus grande cohésion autour du **MLS** et une plus grande cohérence de l'action gouvernementale en matière de sida, grâce à une compréhension commune partagée du cadre institutionnel et des exigences de la multisectorialité.

- Le **Forum des Partenaires** remplace le Comité Multipartite et du Partenariat (CMP) en matière de lutte contre le VIH/sida créé par arrêté N° 14 MLS/CAB du 29 juillet 2005. Au regard de ses attributions, il pourrait être un relais du CNLS avec un mandat plus opérationnel. La périodicité de ses réunions en fait une tribune intéressante pour avoir un rapport trimestriel des activités de lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. Ses travaux pourraient servir de base pour préparer les réunions du CNLS. Cependant, sa composition devrait être revue pour une plus grande représentation des OSC à travers tous les réseaux existants.
- Les **comités sectoriels** se justifient par l'option stratégique de la multisectorialité.

Les modalités de financement qui n'incluent pas le MLS

- En Côte d'Ivoire, le MLS, chargé de la coordination technique de la lutte contre le sida ne gère pas les ressources financières et n'est associé ni à leur gestion, ni à la définition des modalités de financement des partenaires d'exécution, ni à l'attribution et à la signature des contrats avec les partenaires de mise en œuvre. La plupart des agences de coopération et de financement gèrent les fonds à leur niveau et travaillent directement avec des partenaires de mise en œuvre, sans associer le MLS. Cette manière de procéder, qui exclut le MLS des circuits financiers, entraîne son exclusion du circuit d'acheminement des données et informations et la création de circuits parallèles superposables aux circuits financiers.
- Il ressort des entretiens avec certains partenaires et acteurs que le MSHP qui a adopté "l'approche district", n'a pas souhaité que les districts soient directement financés en n'associant pas le niveau central. La crainte du ministère serait d'être contourné et de perdre le contrôle sur les circuits de l'information une fois exclu des circuits financiers. De leur côté, les partenaires au développement veulent s'assurer que les ressources servent effectivement aux districts sanitaires sans lourdeur des procédures. L'accès des districts à ces financements aurait, sans doute, contribué à l'amélioration du bien-être des populations. Il resterait à trouver les modalités de financement des districts sanitaires.
- Ces deux extrêmes n'ont que des effets négatifs sur la gouvernance de lutte contre le VIH/sida. Il est urgent de trouver une troisième voie plus viable pour : (1) donner aux ministères la possibilité de remplir leur mission de coordination et de gestion de l'information ; (2) donner aux partenaires financiers la garantie que les ressources mises à disposition parviendront aux populations qui en sont les bénéficiaires finaux. Ce dernier objectif nécessite une révision du système actuel qui souffrirait d'un grand nombre d'intermédiaires. Au bout, il ne reste que très peu pour financer les activités et contribuer à faire baisser la prévalence du VIH et améliorer le bien-être des bénéficiaires finaux.

Un système national de suivi & évaluation inopérant

- Les acteurs nationaux ne se sont pas appropriés le Plan National de Suivi & Evaluation (PNSE), malgré l'adoption des "Trois Principes" par la Côte d'Ivoire. Il faut signaler que ce PNSE n'a pas été largement diffusé et vulgarisé.
- Parler du suivi & évaluation revient à considérer le système d'information dans son ensemble. Ici, il y a le système de collecte et gestion des données santé qui relève du MSHP et celui des données non santé qui relève du MLS. Relativement bien conçu dans les documents, le système d'information sanitaire du MSHP/DIPE et celui du MLS/DPSE ne fonctionnent pas comme décrit. Les données collectées et les informations empruntent des circuits parallèles calqués essentiellement sur les circuits financiers gérés par les partenaires. La revue à mi-parcours a été une occasion de faire l'unanimité sur l'insuffisance de la qualité et de l'exhaustivité des données collectées, du fait de possibilités de doublons et parfois de non collecte des données. Cela s'expliquerait par la lourdeur des outils de collecte des données sur le VIH/sida mais également sur les autres maladies. Ce qui pose le problème du nombre d'indicateurs à retenir. La mobilité du personnel semble également menacer la survie du système.

- Le cadre institutionnel relativement peu opérant et la gestion financière hors du "contrôle" du MLS ont contribué à affaiblir le système d'information et les mécanismes de suivi de la mise en œuvre du PSN. Le leadership n'est pas assuré par les nationaux. Sans maîtrise des données et des informations, il est impossible de prendre des décisions pertinentes et de planifier sur des bases objectives et les plus proches de la réalité.

Un système de santé affaibli par une dizaine d'années de crise, la destruction des infrastructures et le départ de personnels professionnels qualifiés

- Le système de santé actuel a subi tous les effets négatifs de la crise : manque de ressources pour couvrir les besoins minimum, départ des personnels de santé vers d'autres régions et, pire encore, destruction des infrastructures du système dans les zones CNO. C'est pourquoi, on peut lire dans l'introduction du *PNDS 2009-2013* : "le *PNDS 1996-2005* est arrivé à échéance en décembre 2005 dans un contexte de crise sociopolitique et de situation sanitaire aggravée... Bien que peu aisé, en raison des nombreux défis à relever, aussi bien sur le plan de la lutte contre la maladie que sur le plan du renforcement du système de santé, le processus de planification auquel le secteur de la santé s'est attelé au cours de l'année 2007 a abouti à une nouvelle vision du développement sanitaire conforme aux exigences du moment".
- Sans un système de santé adéquat, à défaut d'être performant, les résultats et les impacts du PSN 2006-2010 et probablement ceux du PSN suivant, resteront très limités. La mise en œuvre du *PNDS 2009-2013* sera déterminante pour que la Côte d'Ivoire se donne les chances d'atteindre les cibles de l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien.

Dysfonctionnements du système

- En dehors des impacts négatifs de la crise, le système de santé souffre d'un certain nombre de dysfonctionnements qui limitent ses performances. Les ruptures de stocks de médicaments ou de réactifs et autres consommables de laboratoire au niveau des points de prestations de services, alors que ces produits se trouveraient à la PSP ; tout comme les guides à l'usage des personnels de santé qui sont élaborés mais ne seraient pas disponibles au niveau des formations sanitaires ; le "refus" de certains personnels de santé de prendre en charge les activités VIH/sida au niveau district ; le refus des personnels de santé de travailler avec les conseillers communautaires au moment où on développe le continuum des soins et où les perdus de vue posent de sérieux problèmes quant aux traitements ARV ; l'absence d'autonomie des districts sanitaires ; certains personnels de santé qui feraient payer les traitements ARV alors qu'ils sont déclarés gratuits et sont effectivement gratuits.

Le potentiel non exploité des OSC

- Les ONG et diverses associations de la société civile qui s'impliquent dans la lutte contre le sida et qui ont été (ou non) partenaires de mise en œuvre du PSN 2006-2010 ne sont pas soutenues à la hauteur de leur potentiel et de l'importance de leur place dans le dispositif de la riposte nationale au VIH/sida. Ces organisations sont confinées dans des tâches ponctuelles ou des projets de court terme sans appui institutionnel conséquent. Les réseaux et autres regroupements d'OSC auraient pu jouer un rôle formidable non seulement dans les actions de l'accès universel mais également dans le suivi & évaluation en collectant et en traitant les données et informations des OSC et en les transmettant au MLS selon le circuit défini. Le renforcement de leurs capacités institutionnelles en terme de personnels salariés et de logistique y compris les espaces bureaux et les véhicules, de moyens de fonctionnement. En retour des contrats de performances seraient signés avec ces ONG et réseaux d'OSC.

La fragilité et la précarité de la situation sociopolitique

- En crise et dans l'instabilité depuis 1999, la Côte d'Ivoire vit une période de paix et de sécurité depuis mars 2007 avec la signature de l'Accord Politique de Ouagadougou.

Mais, comme dans toute transition, la situation de stabilité actuelle, de paix et de sécurité restera fragile jusqu'à la tenue des élections. Cette fragilité est aggravée par le niveau élevé du chômage et de la pauvreté.

4.3. ENVIRONNEMENT INTERNATIONAL

Le PSN 2006-2010 n'évoque pas l'environnement international de la lutte contre le sida bien que ce dernier inspire souvent les orientations des PSN, influe sur les options stratégiques et ouvre des possibilités de financement. D'une manière générale, on peut évoquer les forces et opportunités et les faiblesses et obstacles.

❖ Forces et opportunités

- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement et la Déclaration d'Engagement pour le VIH/sida (UNGASS, juin 2001) ont enregistré l'adhésion de tous les gouvernements et constituent un motif de mobilisation de ressources adéquates pour donner au pays les chances d'atteindre ces objectifs auxquels la Côte d'Ivoire a adhéré.
- La Déclaration d'Abuja avril 2001 engage les Etats à consacrer 15% du budget national à la santé pour consolider la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, est la source essentielle de financement de la lutte contre le VIH/sida dans le monde.
- Les "Trois principes" ou "Three ones" dont le respect strict par les nationaux et les partenaires au développement facilite le travail de coordination du CNLS et surtout de son secrétariat.
- L'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien est le défi commun à relever par tous les pays, c'est le fil conducteur de la lutte contre le sida et l'épine dorsale du cadre d'action commun contre le VIH/sida.
- La nouvelle dynamique insufflée à ONUSIDA par le Directeur Exécutif, dynamique centrée sur l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien et orientée vers les résultats sur le terrain.

❖ Contraintes/obstacles

- La crise économique et financière qui secoue le monde ne manquera pas d'influer sur les montants à mobiliser. Déjà, le Fonds Mondial qui avait pensé lancer deux rounds par année à partir de 2009, s'en tiendra un seul round, faute d'avoir pu mobiliser les montants escomptés. Cependant, la crise ne doit pas être un prétexte pour un désengagement des partenaires financiers face au problème vital que pose le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose – pour ne considérer que ces trois fléaux qui ravagent le continent africain.

V. RECOMMANDATIONS GENERALES DE LA REVUE

5.1. ARTICULATION DES DIFFÉRENTS PLANS DE DÉVELOPPEMENT

La mission de revue recommande au MLS, pour mieux évoluer vers l'atteinte des OMD en général et vers "l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH" en particulier, d'**harmoniser les cycles de planification**. Tous les instruments de planification du développement en Côte d'Ivoire couvrent la période 2009-2013. De même, les programmes de coopération de la plupart des partenaires au développement couvrent la période 2009-2013. Le prochain PSN sida pourrait couvrir la période 2010-2013. Autant pour le VIH/sida que pour la santé, 2010 sera une année de référence puisque les résultats de la 3^e Enquête Démographique et de Santé (EDSCI-III) seront disponibles au premier

trimestre de 2010. L'EDSCI-III est la source la plus crédible de données et d'informations pour la planification. En même temps, l'évaluation finale du PSN 2006-2010 en vue de la formulation du prochain plan stratégique pourrait se faire dès le premier trimestre 2010 en utilisant le présent rapport de revue à mi-parcours comme référence. Un autre intérêt de l'harmonisation est que le **PSN 2010-2013** de lutte contre le sida pourra définir et mettre en œuvre, avec le DSRP 2009-2013 d'une part et le PNDS 2009-2013 d'autre part, un cadre de partenariat pour faciliter la mise en œuvre des interventions communes. Ce cadre pourrait être un "programme d'action" avec des interventions concrètes et des résultats mesurables. La formulation du PSN 2010-2013 pourrait alors démarrer dès la fin du premier trimestre et se terminer en juin 2010 pour être soumis au Fonds Mondial pour le 10^e round.

Une fois le PSN 2010-2013 élaboré, des stratégies seront mises en œuvre pour une appropriation effective par tous les secteurs gouvernementaux, le secteur privé et les organisations de la société civile. Les plans d'action sectoriels, les projets des OSC, les programmes du secteur privé et les plans opérationnels des structures décentralisées devront alors s'inscrire dans le PSN 2010-2013 et dans le Plan d'actions national de référence.

5.2. PRIORITÉ AU SYSTÈME D'INFORMATION EN MATIÈRE DE VIH/SIDA

Pour améliorer le système d'information et obtenir des données et informations les plus fiables possibles sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire, il est recommandé au MSHP et au MLS de définir, dans les meilleurs délais, un **cadre formel de collaboration** étroite pour gérer les deux systèmes d'information avec des stratégies et des actions concrètes, une définition précise des rôles et responsabilités, des résultats précis à atteindre selon des échéances bien déterminées.

Il est recommandé au MLS et au MSHP d'une part, aux partenaires techniques et financiers, d'autre part, en particulier PEPFAR, CARE, Banque Mondiale et le Système des Nations Unies dans le cadre de ONUSIDA, de définir un cadre d'entente (Mémorandum of understanding) pour **faciliter au MLS sa mission de Secrétariat du CNLS en l'appuyant pour la collecte, le traitement et la gestion** des données et informations relatives au VIH/sida aux niveaux national, régional et départemental. Dans ce sens, il est recommandé spécifiquement au PEPFAR d'accorder un appui technique et financier conséquent au MLS/DPSE pour un système d'information national VIH/sida performant et pour donner du sens à l'appui sectoriel fourni au MSHP.

Il est recommandé à ONUSIDA de redynamiser le **Groupe de Référence en Suivi & Evaluation du VIH/sida** comme cadre de coordination des activités de suivi & évaluation au niveau national.

Aux niveaux déconcentrés/décentralisés, il est recommandé au MLS de **réorienter les missions des Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives Locales (CTAIL) pour les centrer essentiellement sur le système d'information** du VIH/sida. Basées au niveau de la Préfecture de région et assurant le secrétariat du CRLS, la CTAIL devra être composée de trois experts en suivi & évaluation avec un profil approprié. Ces derniers devront collecter les données VIH/sida des secteurs autres que la santé, celles des OSC et du secteur privé évoluant dans la région. Ils pourraient appuyer les Directeurs régionaux de la santé pour la compilation et le traitement des données santé relatives au VIH/sida. Il est fortement recommandé de mettre chaque CTAIL dans les meilleures conditions possibles pour l'exécution optimale de ses tâches. Il s'agit d'une rémunération motivante et d'une dotation en moyens matériels et financiers à la hauteur de la mission.

5.3. SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

Compte tenu de l'importance de la place de la santé dans la riposte nationale au VIH/sida, le système d'information sanitaire est l'épine dorsale du système d'information en matière de VIH/sida. Il fournit la plus grande part de l'information en matière de VIH/sida et doit, de ce fait, être performant. C'est pourquoi, la mission d'évaluation recommande au PEPFAR de

poursuivre et de rationaliser l'appui technique et financier au MSHP à travers la DIPE et le PNPEC. Il est fortement recommandé au PEPFAR et à tout autre partenaire du MSHP, en particulier l'OMS, de mettre en œuvre les recommandations pertinentes de l'évaluation du système d'information de gestion de mai 2008.

5.4. CADRE INSTITUTIONNEL POUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Il est recommandé au MLS de procéder à une évaluation du cadre institutionnel et de la gouvernance de la riposte nationale au VIH en général, l'organigramme du MLS en particulier, en vue : (i) d'avoir une vision plus claire de l'architecture institutionnelle quant aux organes et structures ; (ii) de mieux comprendre les rôles et responsabilités respectifs des différentes instances dans leur articulation et leur complémentarité aux différents niveaux ; (iii) d'améliorer notablement le fonctionnement du dispositif institutionnel et la gouvernance de la riposte nationale au VIH/sida en Côte d'Ivoire.

Dans l'attente d'une telle évaluation, il est recommandé au MLS **d'accélérer le processus de déconcentration/décentralisation du CNLS et du MLS en mettant en place les CRLS et les CTAIL** avec un appui conséquent de tous les partenaires. Il est recommandé à tous les partenaires techniques et financiers - Banque Mondiale, ONUSIDA, PNUD, PEPFAR, CARE - de soutenir la déconcentration/décentralisation du MLS en fournissant un appui technique, matériel et financier aux CRLS et aux CTAIL. Dans ce domaine, il est recommandé, au MLS et à tous les partenaires désireux d'appuyer les structures et organes déconcentrés/décentralisés, de se concerter sous le leadership du MLS pour une **répartition adéquate de l'appui technique, matériel et financier destiné aux régions** et aux départements et pour éviter la "compétition" de deux partenaires dans une même localité et favoriser la complémentarité et la synergie partout où cela s'avère nécessaire.

5.5. GOUVERNANCE

Il est recommandé au MLS de préparer et convoquer une réunion du **Comité Interministériel de Lutte contre le Sida** avant la fin de l'année 2009. L'objectif de cette réunion pourrait être essentiellement **"resserrer les rangs pour une riposte gouvernementale concertée et cohérente à tous les niveaux"**. Le présent rapport pourrait être présenté brièvement en insistant sur les recommandations et les rôles et responsabilités de chacun. Une fois enclenchées, ces réunions du CIMLS devront être programmées et se tenir de manière régulière selon les dispositions prescrites.

5.6. FINANCEMENT

Il est recommandé au CCM et aux partenaires au développement de **soutenir le MLS comme bénéficiaire principal de la subvention du Fonds Mondial destinée à la lutte contre le VIH/sida.** Dans ce sens, il est recommandé au MLS de transformer le Fonds National de Lutte contre le Sida en une agence fiduciaire pour gérer la subvention du Fonds Mondial en même temps que les ressources mises à disposition par l'Etat ivoirien. Un mécanisme de gestion financière qui garantisse la transparence et la rigueur dans l'allocation des fonds et leur utilisation au profit exclusif des bénéficiaires finaux que sont les populations devra être mis en place. Ceci aura l'avantage de rendre au MLS ses prérogatives de mobilisation des ressources et de coordination des financements (Décret N° 2007-566 du 10 août 2007), en même temps qu'il lui donnera les moyens de sa mission.

5.7. ACCROÎTRE LE POTENTIEL DES OSC, DES RÉSEAUX D'OSC ET DES PLATEFORMES

Il est fortement recommandé au MLS et aux partenaires techniques et financiers **d'accorder à la plateforme des réseaux d'OSC et aux différents réseaux d'OSC un appui technique et financier substantiel et conséquent** pour : (i) élaborer et mettre en œuvre de véritables plans de développement institutionnel visant à redéfinir leurs missions de partenaires et de relais du

gouvernement dans l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien ; (ii) développer leurs capacités pour mieux assurer la concertation et la coordination des actions de leurs membres y compris la collecte et la gestion des données et informations ; (iii) encadrer leurs membres pour l'amélioration continue de leurs performances sur le terrain. Il est recommandé d'établir un cadre formel de partenariat entre les réseaux d'OSC, le MLS et les partenaires financiers pour faciliter au MLS son travail de coordination technique dans les cas d'entente directe entre l'OSC et le partenaire financier. Dans ce cadre, un système de contrats de performances pourrait être mis en place.

5.8. MISE EN ŒUVRE ET AMÉLIORATION DES PERFORMANCES POUR DES RÉSULTATS CONCRETS

Il est recommandé au MLS et à ONUSIDA de recruter un consultant national, avant la fin de l'année 2009, pour l'élaboration d'un plan d'appui technique pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le sida inscrites ou non dans le PSN 2006-2010 et, éventuellement, au-delà. Afin de mieux comprendre cette nouvelle orientation suggérée par ONUSIDA pour accélérer la progression des pays vers l'accès universel, un extrait des termes de référence de la planification de l'appui technique est proposé ci-dessous.

Les termes de référence justifient la planification de l'appui technique ainsi : "l'augmentation des financements disponibles pour le VIH/sida représente pour les pays une opportunité importante d'accélérer la réponse nationale à l'épidémie. Cependant les pays font face à des difficultés pour utiliser les fonds disponibles car les capacités nationales ne se sont pas accrues au même rythme que les financements. Les carences dans les systèmes et les domaines programmatiques représentent un obstacle majeur à la mise en œuvre de la réponse nationale et l'atteinte des objectifs. L'appui technique constitue un élément crucial pour surmonter les obstacles et les carences dans la mise en œuvre de la réponse nationale en vue d'atteindre les cibles nationales de l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins, et au soutien.

Jusqu'ici, très souvent, l'appui technique aux pays reste, dans la plupart des cas, ad hoc, non coordonné, basé sur l'offre plutôt que sur la demande. L'appui technique a souvent peu d'effet à long terme vu qu'il y a insuffisance dans le transfert de connaissances"

"Les pays demandent une approche plus systématique et plus coordonnée dans l'appui technique. Un des éléments clés pour assurer un appui technique effectif, coordonné, et mis en œuvre en temps opportun est la disponibilité d'un plan d'appui technique basé sur l'identification des carences et des obstacles majeurs dans la mise en œuvre du plan stratégique ou du plan d'action national et sur une analyse approfondie des besoins en capacités techniques prioritaires. Un plan d'appui technique validé représente pour tous les partenaires nationaux et internationaux le document de référence pour la mise à disposition de l'assistance technique.

Le développement d'un plan d'appui technique, conduit sous l'égide de l'autorité nationale de coordination du VIH/sida, garantit l'appropriation nationale du processus. La participation des diverses parties prenantes, notamment la société civile, les partenaires nationaux et internationaux dans le processus garantit l'adhésion des donateurs et des partenaires.

L'ONUSIDA, dont la mission est d'appuyer les réponses nationales, assistera l'autorité nationale de coordination du VIH/sida du pays pour développer un plan d'appui technique en vue d'améliorer la mise en œuvre de la réponse nationale et de l'atteinte des cibles de l'accès universel. Ce plan contribuera également à améliorer la réalisation des projets du Fonds Mondial".

VI. CONCLUSION

Dans l'attente des résultats de l'EDSCI-III, la priorité est dans la mise en œuvre des recommandations de la présente évaluation à mi-parcours afin d'améliorer les performances du PSN 2006-2010 en élaborant et en opérationnalisant immédiatement un Plan d'appui technique pour la mise en œuvre.

Avec ce rapport de la revue à mi-parcours, la Côte d'Ivoire dispose d'un cadre de référence pour la revue finale du PSN 2006-2010 dans la perspective de l'élaboration du prochain PSN qui pourrait couvrir la période 2010-2013, avec donc un glissement de la dernière année du PSN finissant dans le prochain PSN de lutte contre le sida. Pour se donner les meilleures chances d'une planification pertinente et efficace, il faut profiter de 2009-2010 pour affiner certaines données et informations et pour compléter d'autres. A cette fin, l'EDSCI-III qui est programmée pour 2009, offre une excellente opportunité, à condition de prendre en compte tous les indicateurs d'impacts retenus pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien. A défaut d'avoir l'EDS, une deuxième EIS s'imposerait pour obtenir les informations nécessaires à la mesure des impacts du PSN 2006-2010 et à l'élaboration du prochain PSN.

Au demeurant, les chances d'atteindre les cibles de "l'accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien", dépendent de la sortie de crise que consacrerait l'organisation prochaine des élections. Et, ce rapport de la Revue du PSN 2006-2010 pourrait emprunter la même conclusion que le DSRP : "la mise en œuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté ne sera réussie que si : (i) la paix revient de manière définitive dans le pays et que celui-ci retrouve son unité et le fonctionnement normal de ses institutions publiques centrales et locales ; (ii) les élections générales se tiennent sans incident majeur et que le Pouvoir issu des urnes ne soit pas contesté ; (iii) l'autorité de l'Etat est restaurée sur tout le territoire national ; (iv) la sécurité est assurée partout et pour tous ; (v) la transformation et la diversification de l'économie sont réalisées ; et (vi) de nouvelles politiques de gouvernance publique transparentes et inclusives sont mises en œuvre avec succès".

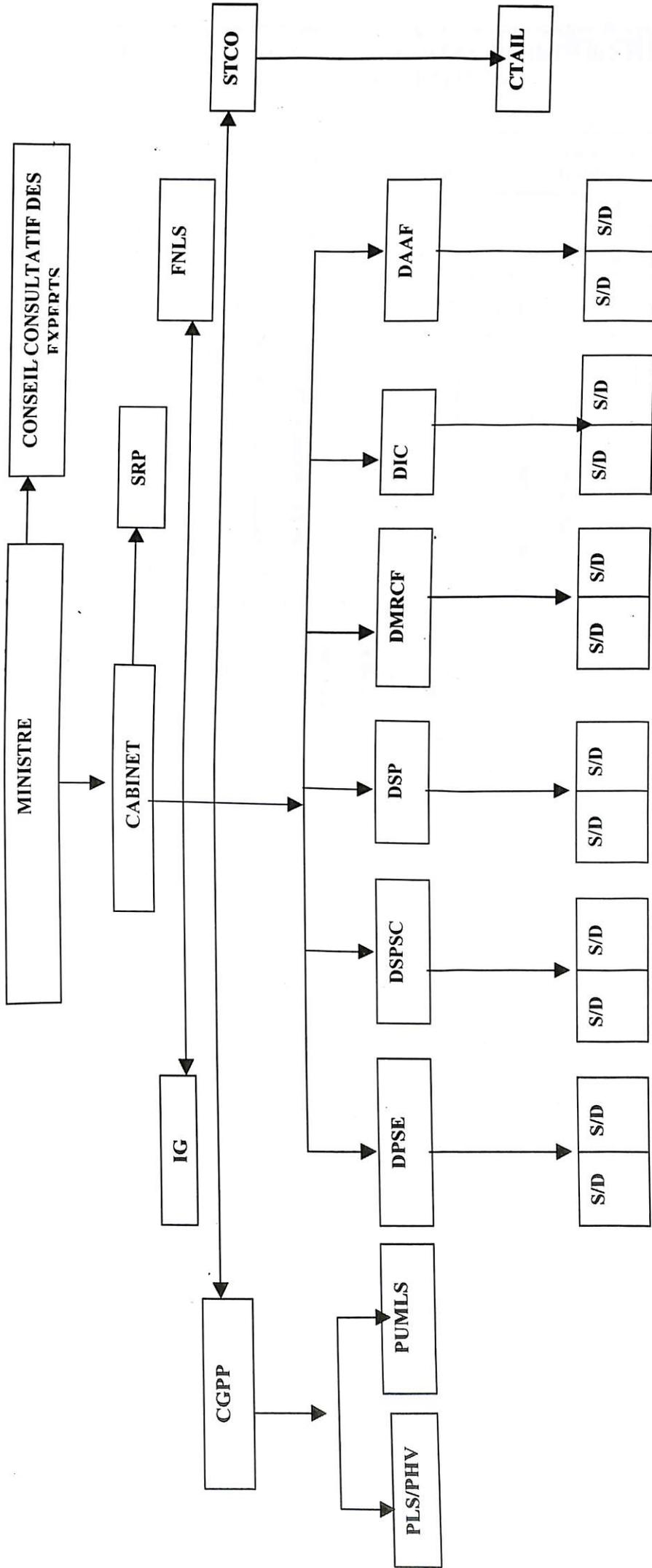
Le Plan National de Développement Sanitaire partage la même conviction en stipulant : "au-delà des ressources financières à mobiliser pour la mise en œuvre de ce PNDS, le maintien d'un environnement sociopolitique apaisé, qui passe par la tenue d'élections transparentes, libres et ouvertes, constitue le véritable défi à relever par les autorités et toute la classe politique ivoirienne. Le maintien d'un tel environnement constituera, par ailleurs, un argument important pouvant assurer à lui tout seul un véritable succès à la table ronde de mobilisation de ressources. La réussite de la mise en œuvre du PNDS 2009-2013 est donc fortement tributaire de l'évolution de la situation sociopolitique du pays ; il revient de ce fait à tous les Ivoiriens d'œuvrer dans le sens de la recherche et du maintien de la cohésion sociale pour entrevoir un début d'amélioration de leurs conditions de vie en général et de leur état de santé en particulier. "

Dans le sens de la réalisation des objectifs consensuels du PSN 2006-2010 de lutte contre le sida et, au-delà de celui-ci, chaque acteur de terrain, chaque cadre ou haut responsable national, chaque expert impliqué dans la riposte nationale au VIH/sida et chaque partenaire technique et/ou financier doit exercer pleinement le leadership qui est le sien, dans un esprit de complémentarité et de synergie, ciment de cette cohésion sociale évoquée par le PNDS 2009-2013. La mobilisation autour de l'objectif de "l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien" et le respect des "Trois Principes" montrent la voie à suivre.

ANNEXES

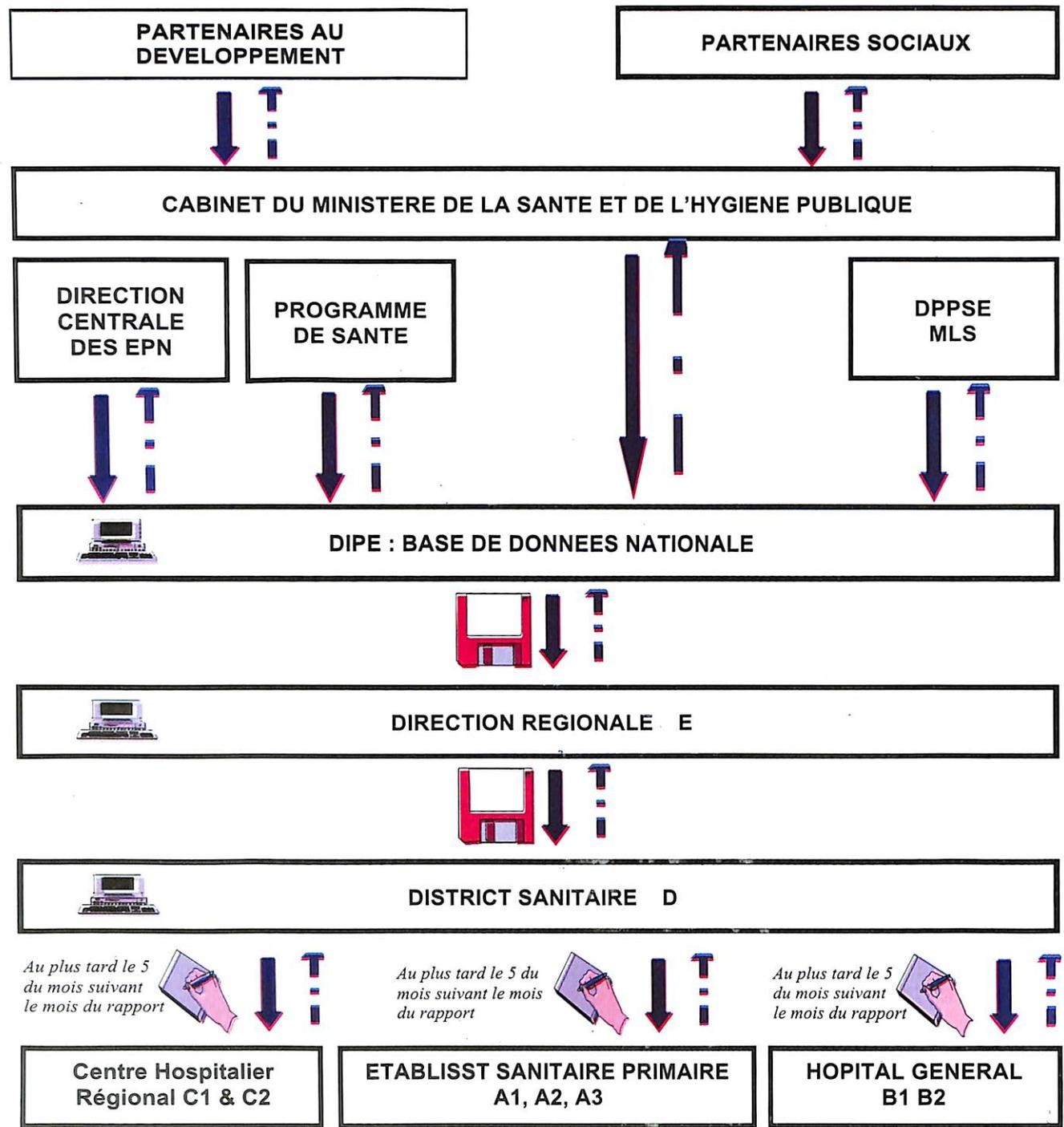


ANNEXE 1 : ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



SOURCE : Décret N° 2007-566 du 10/08/2007°

ANNEXE 2 : CIRCUIT DE L'INFORMATION AU SEIN DU MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

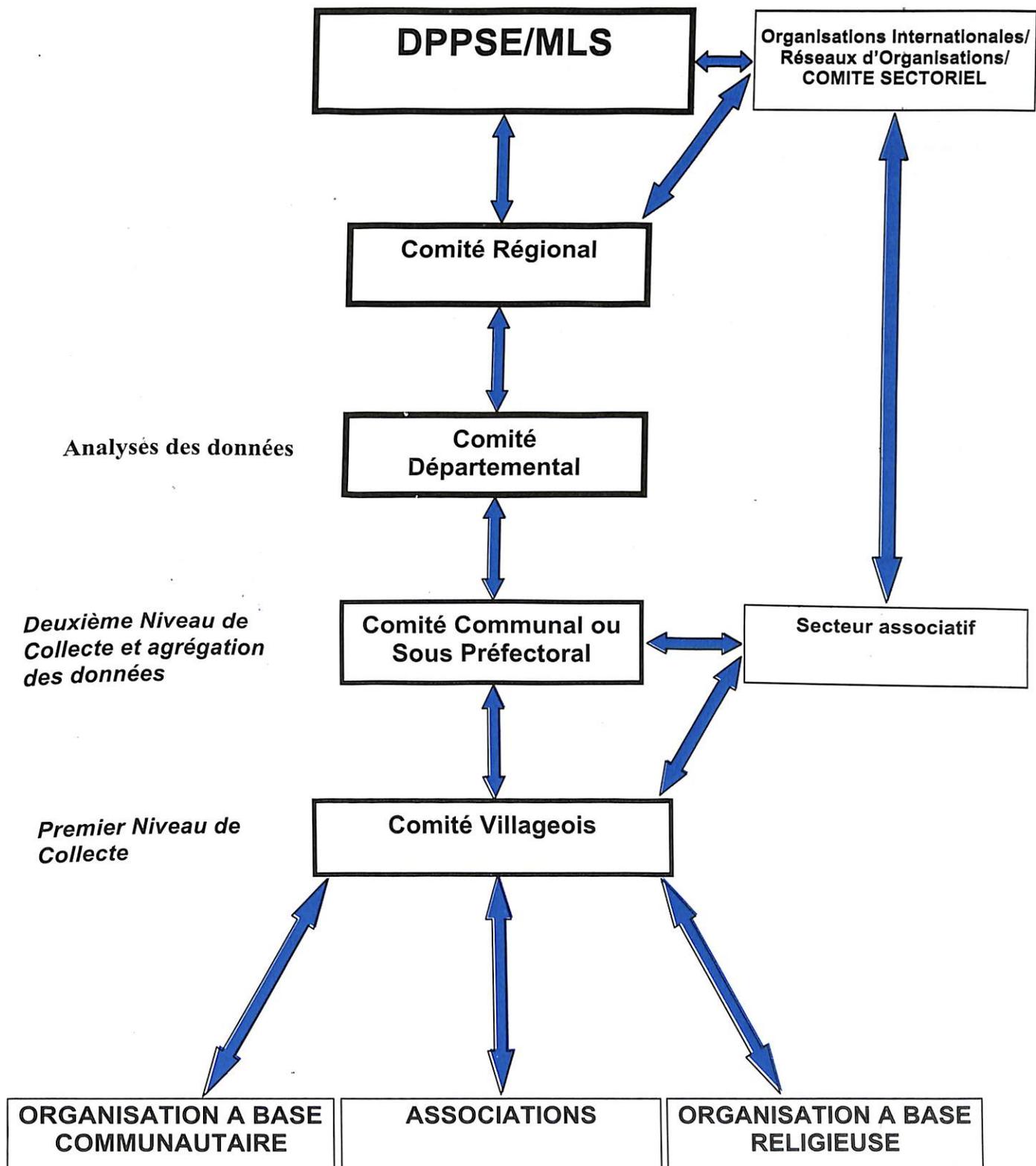


LEGENDE :

Support papier Base de données Disquette

Transmission de rapports Retro Information

A1, A2, A3 = Rapport des structures sanitaires premier niveau ;
 B1, B2 = Rapport des Hôpitaux Généraux
 C1, C2 = Rapport Centre Hospitalier Régional



ANNEXE 4 : INDICATEURS UNGASS POUR LA COTE D'IVOIRE, 2008

| INDICATEURS | VALEURS PAR ANNÉE | | | SOURCES |
|--|-------------------|-------------|--------------------|----------------------------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | |
| 1: DÉPENSES INTÉRIEURES ET INTERNATIONALES POUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA PAR CATÉGORIES ET SOURCES DE FINANCEMENT (EN MILLIONS DE FCFA) ¹ | 8 293 | 20 613 | 6 981 ² | MLS/UNGASS |
| 2 : INDICE COMPOSITE DES POLITIQUES NATIONALES | | | | |
| 2.1 : PARTIE A : | 6,6 | | 8 | RAPPORT UNGASS 2008 |
| 2.2 : PARTIE B : | 2,5 | | 3,75 | RAPPORT UNGASS 2008 |
| PROGRAMMES NATIONAUX | | | | |
| | | 2006 | 2007 | |
| 3 : POURCENTAGE DES DONS DE SANG SOUMIS À UN DÉPISTAGE DE QUALITÉ DU VIH | 100% | | 100% | CNTS |
| 4 : POURCENTAGE D'ADULTES ET D'ENFANTS ATTEINTS D'INFECTION À VIH À UN STADE AVANCÉ SOUS ANTIRÉTROVIRAL | 21,3% | | 29,7% | PNPEC |
| 5 : POURCENTAGE DE FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES À QUI L'ON A ADMINISTRÉ DES ANTIRÉTROVIRAUX POUR RÉDUIRE LE RISQUE DE TME | 11,2% | | 17,2% | RAPPORT UNGASS 2008 |
| 6 : POURCENTAGE DE CAS DE TUBERCULOSE LIÉS À UNE SÉROPOSITIVITÉ VIH CONCOMITANTE AUXQUELS ONT ÉTÉ ADMINISTRÉ UN TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ET UN TRAITEMENT CONTRE LE VIH | 10% | | | REGISTRÉ DES PATIENTS CAT (PNLT) |
| 7 : POURCENTAGE DE FEMMES ET D'HOMMES DE 15 À 49 AYANT SUBI UN TEST VIH AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET EN CONNAISSANT LE RÉSULTAT | | | 3,5% | EISCI 2005 |
| 8 : POURCENTAGE, PARMIS LES POPULATIONS LES PLUS À RISQUE, DE PERSONNES AYANT SUBI UN TEST VIH DANS LES 12 DERNIERS MOIS ET QUI EN CONNAISSANT LE RÉSULTAT | | | | |
| 8.1 PROFESSIONNELS DU SEXE | | | 50,9% | ENSEA 2007 |
| 8.2 HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES | | | 57% | REGISTRE CDC |
| 8.3 CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES | N.A | | N.A | |
| 9 : POURCENTAGE, PARMIS LES POPULATIONS LES PLUS À RISQUE, DE PERSONNES QUE LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH PARVIENNENT À ATTEINDRE | | | | |
| 9.1 PROFESSIONNELS DU SEXE | | | 92,5% | ESC 2007 |
| 9.2 HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES | | | 100% | REGISTRE CDC |
| 9.3 CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES | N.A | | N.A | |
| SOINS ET SOUTIENS | | | | |
| 10 : POURCENTAGE D'ENFANTS ORPHELINS ET D'AUTRES ENFANTS VULNÉRABLES (0 À 17 ANS) VIVANT DANS DES FOYERS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE AIDE EXTÉRIEURE GRATUITE POUR LEUR PRISE EN CHARGE | 8,8% | | | PNOEV/ONUSIDA |
| 11 : POURCENTAGE D'ÉCOLES AYANT INCLUS UN ENSEIGNEMENT RELATIF AU VIH DANS LES PROGRAMMES DE PRÉPARATION À LA VIE ACTIVE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE SCOLAIRE | 1,4% | | | MEN/DMOSS |

| | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| 12 : SCOLARISATION ACTUELLE DES ORPHELINS ET DES NON ORPHELINS ÂGÉS DE 10 À 14 ANS | | | |
| 12.1 SCOLARISATION ACTUELLE DES ORPHELINS ÂGÉS DE 10 À 14 ANS | | 62,4% | EISCI 2005 |
| 12.2 SCOLARISATION ACTUELLE DES NON ORPHELINS ÂGÉS DE 10 À 14 ANS | | 51,7% | |
| CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS | | | |
| 13 : POURCENTAGE DE JEUNES ÂGÉS DE 15 À 24 ANS POSSÉDANT TOUT À LA FOIS DES CONNAISSANCES EXACTES SUR LES MOYENS DE PRÉVENIR LES RISQUES DE TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH ET QUI REJETTENT LES PRINCIPALES IDÉES FAUSSES CONCERNANT LA TRANSMISSION DU VIRUS | | 22,2% | EISCI 2005 |
| 14 Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus | | | |
| 14.1 : PROFESSIONNELS DU SEXE | | 31.7% | ESC 2007 |
| 14.2 : HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES | N.A | N.A | |
| 14.3 : CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES | N.A | N.A | |
| 15 : POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES ET HOMMES DE 15 À 24 ANS AYANT EU DES RAPPORTS SEXUELS AVANT L'ÂGE DE 15 ANS | | 17,6% | EISCI 2005 |
| 16 : POURCENTAGE D'ADULTES DE 15 À 49 ANS AYANT EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC PLUS D'UN PARTENAIRE AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDENTS | | 16,4% | |
| 17 : POURCENTAGE D'ADULTES DE 15 À 49 ANS AYANT EU PLUS D'UN PARTENAIRE SEXUEL AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET QUI DÉCLARENT AVOIR UTILISÉ UN PRÉSERVATIF LORS DE LEUR DERNIER RAPPORT SEXUEL | | 44,4% | |
| 18 : Pourcentage de professionnel (le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client | | 95.9% | ESC 2007 |
| 19 : Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport annuel avec un partenaire masculin | 46.8% | | CDC |
| 20 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel | N.A | N.A | |
| 21 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue | N.A | N.A | |
| Atténuation de l'impact | | | |
| 22 POURCENTAGE DE JEUNES DE 15 À 24 ANS INFECTÉS PAR LE VIH | | 1,4% | EISCI 2005 |
| 23 : POURCENTAGE DE PERSONNES SÉROPOSITIVES PARMIS LES POPULATIONS LES PLUS À RISQUE | | | |
| 23.1 : PROFESSIONNELS DU SEXE | 18,3% | | PROJET PAPO-HV ABIDJAN |
| 23.2 : HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES | 18.5% | | CDC |
| 23.3 : CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES | N.A | N.A | |
| 24 : Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci | | 89% | ACONDA VS |
| 25 : Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH | SERA GÉNÉRÉ PAR ONUSIDA | SERA GÉNÉRÉ PAR ONUSIDA | |

**CONSEIL NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA
SECRETARIAT TECHNIQUE**



Juin 2009