

**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE**

Union – Discipline - Travail

-----

**CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA**

-----

**SECRETARIAT TECHNIQUE**

-----



**Plan Stratégique National de Lutte contre  
le VIH/SIDA 2006-2010**

**JUIN 2006**

## SOMMAIRE

<b>SIGLES OU ACRONYMES .....</b>	<b>3</b>
<b>PREFACE .....</b>	<b>6</b>
<b>AVANT PROPOS .....</b>	<b>7</b>
<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>11</b>
<b>1. CONTEXTE GENERAL .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. Présentation générale de la République de Côte d'Ivoire .....</b>	<b>12</b>
1.1.1. Contexte général et démographique.....	12
1.1.2. Organisation administrative.....	13
1.1.3. Contexte politique.....	13
1.1.4. Contexte économique et social .....	13
<b>1.2. Situation sanitaire et système de santé .....</b>	<b>14</b>
1.2.1. Mortalité et Morbidité .....	14
1.2.2. Politique de santé.....	14
1.2.3. Organisation du système de santé .....	14
1.2.4. Offre de soins .....	15
<b>2. SITUATION DU VIH.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. Epidémiologie du VIH/SIDA.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Données de l'Enquête sur les Indicateurs du SIDA (EIS).....</b>	<b>22</b>
<b>2.3. Epidémiologie des autres IST .....</b>	<b>24</b>
<b>2.4. Situation socio-comportementale .....</b>	<b>24</b>
<b>2.5. Situation du VIH au niveau des Secteurs .....</b>	<b>26</b>
2.5.1. Secteur de la Santé.....	26
2.5.2. Secteur de l'Education.....	26
2.5.3. Secteur de l'Agriculture .....	26
2.5.4. Secteur des Affaires Sociales.....	26
2.5.5. Secteur de la Défense .....	27
<b>2.6. Conséquences de la crise militaro politique sur la lutte contre le VIH/SIDA.....</b>	<b>27</b>
<b>2.7. Déterminants de l'épidémie .....</b>	<b>28</b>
<b>3. SYNTHÈSE DE LA REPOSE NATIONALE FACE A L'ÉPIDÉMIE .....</b>	<b>29</b>
<b>4. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2006-2010 .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1. PREVENTION .....</b>	<b>31</b>
<b>4.2. PRISE EN CHARGE.....</b>	<b>49</b>
<b>4.3. COORDINATION .....</b>	<b>64</b>
<b>4.4. FINANCEMENT .....</b>	<b>77</b>
<b>4.5. SUIVI-EVALUATION .....</b>	<b>82</b>
<b>4.6. RENFORCEMENT DES CAPACITES .....</b>	<b>94</b>
<b>4.7. RECHERCHE.....</b>	<b>120</b>
<b>5. CADRE DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>130</b>
<b>5.1. ORGANES AU NIVEAU CENTRAL .....</b>	<b>130</b>
<b>5.2. ORGANES AU NIVEAU DECENTRALISE .....</b>	<b>131</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>133</b>
<b>DOCUMENTS CONSULTES .....</b>	<b>134</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>137</b>

## **SIGLES OU ACRONYMES**

AES	Accident d'Exposition au Sang
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AIBEF	Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familial
AIMAS	Agence Ivoirienne de Marketing Social
AM	Alliance des Maires pour la Lutte contre le VIH/SIDA
ANADER	Agence Nationale pour le Développement Rural
ARSIP	Alliance des Religieux pour la lutte contre le SIDA et autres Pandémies
ASAPSU	Association pour l'Autopromotion de la Santé Urbaine
BICE	Bureau International Catholique de l'Enfance
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCLS	Comité Communal de Lutte contre le SIDA
CCM	Country Coordinating Mecanism
CDLS	Comité Départemental de Lutte contre le SIDA
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CECI	Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire pour la lutte contre le VIH/SIDA
CEROS	Cellule de Réflexion sur les Orphelins du SIDA
CGECI	Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CIE	Compagnie Ivoirienne d'Electricité
CIMLS	Comité Interministériel de Lutte contre le SIDA
CIRBA	Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan
CI-TELCOM	Côte d'Ivoire Télécommunication
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
CS	Centre de Santé
CSE	Chargé de Surveillance Epidémiologique
DAP	Domaine d'Action Prioritaire
DFR	Direction de la Formation et de la Recherche du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
DMS	Direction de la Mobilisation Sociale du MLS
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
EDS-CI	Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire
ECD	Equipe Cadre de District
EIS-CI	Enquête sur les Indicateurs du SIDA en Côte d'Ivoire

ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau
DRH	Direction des Ressources Humaines
FICR	Fédération Internationale de la Croix Rouge
FILTISAC	Filature et Tissage des Sacs
FMSTP	Fonds Mondial de Lute contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FNLS	Fonds National de Lutte contre le SIDA
FSU-Com	Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire
GTT	Groupe Technique de Travail
GTZ	Coopération Technique Allemande
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IHAA	International HIV/AIDS Alliance
IOM	International Office of Migration
IRA	Insuffisance Respiratoire Aigue
IST	Infection Sexuellement Transmissible
KFW	Kreditanstalt Fur Wiederaufbau (Banque Allemande de Développement)
MD	Ministère de la Défense
MDM	Médecins Du Monde
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEMSP	Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population
MFAS	Ministère de la Famille et des Affaires Sociales
MFRA	Ministère de la Fonction publique et de la Reforme Administrative
MI	Ministère de l'Intérieur
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
MSF	Médecins Sans Frontière
OAC	Organisation à Assise Communautaire
OBC	Organisation à Base Communautaire
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU CI	Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PEC	Prise En Charge
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PIAVIH	Personnes Infectées et Affectées par le VIH
PIB	Produit Intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMLS	Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PN-OEV	Programme National de prise en charge des Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA
PNN	Programme National de Nutrition
PNPEC	Programme National de Prise En Charge médicale des PVVIH
PNSR/PF	Programme National de Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale
PPH	Pneumo Phtysiologie
PSI	Population Services International
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RETRO-CI	Retrovirus Côte d'Ivoire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RIP+	Réseau Ivoirien des PVVIH
Save-UK	Save the children – United Kingdom
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SIG	Système d'Information et de Gestion
SIR	Société Ivoirienne de Raffinage
SOTRA	Société de Transport Abidjanais
TMVA	Taux Moyen de Variation Annuelle
UGFM	Unité de Gestion du Fonds Mondial
UNDP	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour la Science, l'Education et la Culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UVICOCI	Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **PREFACE**

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

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

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

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

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

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

Aussi, je me réjouis qu'au terme de la mise en œuvre des Plans Stratégique 2002-2004 et Intérimaire 2005, les acteurs nationaux et les Partenaires, sous la conduite du Ministère de la Lutte contre le Sida, assurant le Secrétariat Technique du CNLS aient élaboré un nouveau Plan Stratégique couvrant la période 2006-2010 sur la base des leçons tirées de la revue des Plans 2002-2004 et 2005.

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

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

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

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

Je reste persuadé que l'atteinte des objectifs de ce plan stratégique 2006-2010, nous permettra d'être au rendez-vous des objectifs du Millénaire pour le Développement, avec une Côte d'Ivoire où l'impact du VIH/SIDA a été considérablement réduit sur l'individu, la famille et les communautés.

S.E.M Laurent GBAGBO  
Président de la République de Côte d'Ivoire  
Président du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

## **AVANT PROPOS**

Vingt ans de lutte nous ont montré qu'il y a eu des acquis appréciables. En effet, l'option du Gouvernement pour une politique multisectorielle et de décentralisation, la création de différents organes de lutte rendue nécessaire pour s'attaquer à tous les aspects du problème du VIH/SIDA, et l'implication concertée de tous, ont permis d'atteindre une prévalence estimée à 7% en 2003 (Rapport ONUSIDA 2004). L'Enquête sur les Indicateurs du SIDA (EIS) réalisée en 2005, a montré une prévalence de 4,7% dans la population générale.

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

En plus des conséquences connues de l'épidémie, la Côte d'Ivoire devra faire face à d'autres conséquences liées à la crise socio politique qu'elle vit depuis Septembre 2002.

C'est en cela que je salue l'avènement du présent Plan Stratégique National 2006-2010 élaboré, de façon participative et consensuelle, sur la base des leçons tirées de la mise en œuvre des Plans 2002-2004 et 2005.

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

Ainsi tous les acteurs de la lutte chacun en ce qui le concerne, devra traduire en Plans d'Action Opérationnels, le présent PSN 2006-2010 et mettre un point d'honneur à contribuer à assurer un meilleur fonctionnement du Système National de Suivi-Evaluation. Cela est nécessaire pour rendre plus visible l'admirable travail des acteurs sur le terrain et aussi pour mieux définir les nécessaires ajustements en cours de mise oeuvre du plan.

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

Je fais une mention spéciale à tous nos Partenaires notamment l'ONUSIDA pour leur soutien à tout ce processus.

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

**Dr Christine NEBOUT ADJOBI**

Ministre de la Lutte contre le SIDA  
Secrétaire Technique du CNLS

## **RÉSUMÉ EXÉCUTIF**

La formulation du Plan Stratégique National (PSN) 2006-2010 a été l'occasion pour la Côte d'Ivoire, de tenir compte des leçons tirées de la mise en œuvre des Plan Stratégique 2002-2004 et Intérimaire 2005, et d'envisager des interventions idoines afin de parvenir à freiner la propagation du VIH/SIDA et à réduire ses conséquences socio-économiques sur les populations.

Ce Plan, commandité par le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), a pu être élaboré grâce à la participation de tous les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, qu'ils soient du Secteur Public, de la Société Civile, du Réseau des PVVIH, du Secteur Privé ou des Partenaires au développement.

Cadre prioritaire d'orientation des activités, le PSN 2006-2010, doit être la référence nationale indispensable pour tous les acteurs qui veulent participer à l'intensification de la Réponse Nationale. Il s'articule autour de sept (7) axes stratégiques d'intervention à savoir : la prévention ; la prise en charge ; la coordination ; le financement ; le Suivi-Evaluation ; le renforcement des capacités et la recherche opérationnelle.

Notons que la coordination, le financement et la recherche opérationnelle sont de nouveaux axes stratégiques par rapport aux Plans précédents ainsi que l'intégration d'une approche « genre » en mainstreaming de tous les axes avec des interventions spécifiques en faveur des femmes où nécessaire.

Les différents axes précédemment cités sont résumés ci-après :

### **Prévention :**

L'analyse des forces et faiblesses de la prévention dans le cadre de la revue a relevé globalement un accroissement des activités de prévention surtout dans le domaine de la sensibilisation de masse. Cependant, cet accroissement demeure encore insuffisant particulièrement en milieu rural et à l'endroit de certaines cibles (PVVIH, jeunes en milieu rural, consommateurs de drogues, personnels de santé, HSH, enfants,...). On note également l'insuffisance d'interventions CCC, ce qui se traduit par une persistance des comportements à risque surtout au niveau des jeunes et un faible niveau de fréquentation des CDV.

Tirant les leçons de la mise en œuvre des Plans 2002-2004 et 2005, et tenant compte de la situation de post crise et des engagements internationaux pour l'intensification de la prévention du VIH/SIDA, onze (11) domaines d'action prioritaires ont été identifiés pour le PSN 2006-2010. Il s'agit de : la Communication pour le Changement de Comportement, le Conseil Dépistage Volontaire, la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), la Prévention par le préservatif (masculin et féminin), la Lutte contre les IST, la Sécurité transfusionnelle, la Prévention des accidents à l'exposition au sang et autres liquides biologiques, la Lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA, la Prévention chez les PVVIH, la Lutte contre la transmission du VIH/SIDA par la consommation de drogues, la Recherche vaccinale et opérationnelle.

### **Prise en charge :**

Au cours de la revue des PSN 2002-2004/2005, il a été noté qu'un engagement politique fort de l'Etat et de la société civile, associé à l'appui des partenaires techniques et financiers ont permis d'améliorer l'accès à la prise en charge des PVVIH. Cependant, le nombre de malades sous traitement ARV est encore faible particulièrement chez les enfants et les autres aspects de la prise en charge sont peu développés (soins palliatifs, soins nutritionnels, soutien socio-économique).

Tenant compte de cette situation et des engagements internationaux pour l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien, six (6) domaines d'action prioritaires ont été identifiés pour le PSN 2006-2010. Il s'agit : du Traitement (ARV, IO, suivi biologique, Soins pédiatriques), de la PEC des OEV, des Soins palliatifs, du Soutien nutritionnel, du Soutien juridique, et de la Réduction de l'impact socio-économique.



## **Coordination :**

Pour intensifier la Réponse Nationale face à l'épidémie du VIH/SIDA, la Côte d'Ivoire a opté depuis plusieurs années, pour une lutte Multisectorielle et Décentralisée.

Les différents appels lancés en faveur de cette intensification ont abouti ces dernières années avec satisfaction à une multiplicité d'intervenants et d'interventions.

Pour avoir une coordination adéquate de cette Réponse Nationale, le Gouvernement a créé et installé différents organes : le CNLS, le CIMLS, le CMP, les Comités Décentralisés et les Comités Sectoriels.

L'analyse de la Situation et de la Réponse faite au cours de la revue des Plans Stratégique 2002-2004 et Intérimaire 2005, a montré des insuffisances au niveau de la coordination.

Pour corriger ces insuffisances, la revue a recommandé le renforcement de la coordination parmi les axes stratégiques d'intervention du PSN 2006-2010.

Ainsi, dans le cadre du **"Three one's"** qui recommande entre autre une structure unique nationale de coordination, le CNLS créé et installé en 2004, est et demeure l'instance unique de coordination de la Réponse Nationale.

Le MLS qui assure le Secrétariat Technique du CNLS, est le manager principal en terme de coordination des interventions de lutte contre le SIDA.

Pour mettre en œuvre cette recommandation, le PSN 2006-2010 propose :

Au niveau central :

- la création d'un Secrétariat Général au sein du MLS pour renforcer sa capacité technique;
- la transformation du CMP en Forum des Partenaires.

Au niveau décentralisé, la déconcentration du MLS pour appuyer techniquement la décentralisation, par :

- la mise en place d'une équipe technique d'appui au niveau régional sous la responsabilité d'un Conseiller Régional VIH/SIDA
- la mise en place d'une équipe technique d'appui au niveau départemental sous la responsabilité d'un Conseiller Départemental VIH/SIDA

Pour prendre en compte la communalisation en cours au niveau national, le PSN 2006-2010 envisage, la mise en place d'une équipe technique d'appui au niveau communal sous la responsabilité d'un Conseiller Communal VIH/SIDA nommé par le Conseil Municipal.

## **Financement :**

La revue des Plans Stratégique 2002-2004 et 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. En effet, 81% du financement prévu a pu être mobilisé grâce aux efforts conjugués du Gouvernement et de ses Partenaires. Ces ressources ont permis le financement des différents domaines d'actions prioritaires retenus dans les plans. Cependant, deux grands problèmes ont été identifiés : la faible mobilisation des ressources internes et l'insuffisance de coordination des ressources.

Au niveau de la mobilisation des ressources internes, l'on a noté une faible participation de l'Etat et des entreprises malgré l'existence de dispositions légales accordant des avantages fiscaux aux entreprises qui financent des interventions de lutte contre le VIH/SIDA (annexe fiscale de la loi des finances 2001).

En ce qui concerne la coordination des ressources, la revue a montré une insuffisance de suivi des ressources des bailleurs. A cela s'ajoute les difficultés d'obtention des informations financières relatives aux activités de certains Partenaires.

Dans le PSN 2006-2010, l'accent est mis sur l'amélioration de la coordination et le renforcement de la mobilisation des ressources. Il a également été proposé l'élaboration d'un Plan de pérennisation du Financement tenant compte de la fin de certains projets.

Le coût du présent PSN 2006-2010, est 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). Le financement de ce Plan sera mobilisé grâce aux efforts conjugués de l'Etat, du Secteur Privé, des Communautés et des Partenaires Extérieurs.

### **Suivi-Evaluation :**

Pour une meilleure lisibilité des interventions et en application des recommandations internationales, 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.

A l'issue de la revue des PSN 2002-2004 et Intérimaire 2005, le suivi-evaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA a été retenu comme l'un des principaux axes stratégiques pour l'élaboration du PSN 2006-2010. L'élaboration de ce plan est une opportunité pour faire un meilleur suivi des engagements nationaux et internationaux.

Pour la période 2006-2010, Il s'agira de renforcer le système de Suivi-Evaluation en corrigeant les insuffisances constatées. Dans ce cadre, les domaines d'actions prioritaires suivants ont été retenus : Amélioration du Système d'information de routine sur les interventions du VIH, Amélioration de la Surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA, Systématisation des Enquêtes Epidémiologiques/études sur les IST/VIH/SIDA, Opérationnalisation de la Coordination du Suivi et Evaluation des IST/VIH/SIDA, Suivi et Evaluation du PSN 2006-2010, Renforcement des capacités des acteurs chargés du suivi-évaluation à tous les niveaux.

En conclusion, les vingt huit (28) DAP listés dans le PSN 2006-2010 ont permis de définir des Objectifs (généraux et spécifiques) et des Stratégies ciblant particulièrement : Enfants (0-15 ans), OEV (0-18 ans), Jeunes (15-24 ans), Femmes et jeunes filles, Corps habillés et ex combattants, Professionnels du sexe, Migrants et routiers, Enseignants, PVVIH, Consommateurs de drogues, Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes, Couples discordants, Travailleurs (secteurs public et privé), Populations rurales, Populations carcérales.

La mise en œuvre de ce PSN 2006-2010 devrait permettre à la Côte d'Ivoire de baisser la séroprévalence de 4,7% à 3,5% et de réduire les effets néfastes du VIH/SIDA sur les populations par :

- Un accès aux services de soins améliorés ;
- Une prévention de l'infection à VIH/SIDA intensifiée ;
- Un système de suivi-évaluation fonctionnel et adapté ;
- Un renforcement des capacités rationalisé
- Un financement des activités suivi et coordonné ; un plan de financement disponible dans une perspective de pérennisation des ressources financières requises dans la lutte contre le SIDA ;
- Une recherche opérationnelle soutenue et développée ;
- Des impacts socio-économiques du VIH/SIDA sur les populations réduits dans le cadre de la lutte contre la pauvreté ;
- Une coordination plus efficace.

Une revue annuelle interne et une évaluation finale externe constitueront les instruments de suivi de ce Plan

## INTRODUCTION GENERALE

Dans le cadre de l'élaboration de son plan stratégique national de lutte contre le SIDA, une analyse de la situation et de la réponse a été effectuée à travers une revue des Plans Stratégique 2002-2004 et Intérimaire 2005.

Au terme de cette analyse, les axes stratégiques suivants ont été retenus :

- Le renforcement de la coordination à tous les niveaux et dans tous les secteurs ;
- L'intensification de la prévention ;
- Le renforcement de la prise en charge notamment chez les enfants dans le cadre de l'axe global aux soins ;
- L'opérationnalisation du suivi évaluation ;
- La rationalisation du renforcement des capacités des ressources humaines impliquées dans la lutte contre le SIDA dans le cadre d'un plan de formation à élaborer ;
- L'élaboration d'un plan de financement des activités de lutte contre le SIDA dans une perspective de pérennisation des ressources financières requises ;
- Le développement et le soutien à la recherche opérationnelle ;
- L'amélioration de l'efficacité et de l'efficience dans la réduction des impacts socio-économiques du VIH/SIDA sur les populations dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

La formulation du présent plan stratégique prend en compte :

- La situation épidémiologique du VIH/SIDA et la période post conflit ;
- Les leçons apprises au cours de la mise en œuvre des plans précédents ;
- Les engagements et recommandations internationales (UNGASS ; ABUJA ; Three one's ; intensification de la prévention, accès universel aux services de prévention, de traitement, des soins et de soutien ; campagne mondiale enfants et VIH/SIDA).

Les cibles prioritaires d'intervention définies dans le PSN 2006-2010 sont :

- Enfants (0-15 ans)
- OEV (0-18 ans)
- Jeunes (15-24 ans)
- Femmes et jeunes filles
- Corps habillés et combattants
- Professionnels du sexe
- Migrants et routiers
- Enseignants
- PVVIH
- Consommateurs de drogues
- Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes
- Couples discordants
- Travailleurs (secteurs public et privé)
- Population rurale
- Population carcérale

Dans le présent plan, les différents axes stratégiques seront abordés par domaines d'actions prioritaires (DAP). Pour chaque DAP, il est défini des objectifs, des stratégies, des étapes, des indicateurs et des Responsables de la mise en oeuvre.

Certains axes d'intervention ont été abordés de façon transversale : Financement, Suivi-Evaluation, Renforcement des capacités, Recherche opérationnelle.

## 1. CONTEXTE GÉNÉRAL

### 1.1. Présentation générale de la République de Côte d'Ivoire

#### 1.1.1. Contexte général et démographique

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322.462 km<sup>2</sup> avec une densité démographique estimée à 43 habitants par km<sup>2</sup>. Le pays est limité au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, à l'Est par le Ghana et au Sud par l'Océan Atlantique.

La population ivoirienne est passée de 15.446.231 habitants dont 26% d'étrangers, essentiellement des burkinabés et des maliens (RGPH 1998) à 19.096.988 habitants en 2005 (projection INS, 2005) avec un taux de croissance démographique de 3,5% (Rapport sur le Développement Humain 2005). 55% de cette population vit en zones rurales. La structure de cette population révèle que 42,4% de celle-ci est âgée de 0-14 ans, 51,6% de 15-64 ans et 2,4% de 65 ans et plus. Le rapport homme-femme est estimé à 1/1 dans tous les groupes d'âges (RGPH 1998). L'espérance de vie à la naissance est passée de 51 ans en 1998 à 45,9 en 2003 (Rapport sur le Développement Humain 2005). Le taux brut de natalité est de l'ordre de 45 pour 1000 avec un taux de croissance annuelle de 3,3%, et l'indice synthétique de fécondité de l'ordre de 5,2 enfants (EDS 1998) et de 4,6 (EIS 2005). Le taux de mortalité maternelle est de 960 pour 100 000 naissances vivantes (PNSR/PF 2005). La mortalité néonatale est passée de 62 pour 1000 en 1998 à 41 pour 1000 en 2005 (EIS 2005) et la mortalité infantile est passée de 112 pour 1000 en 1998-1999 (EDS-CI 1998) à 84 pour 1000 en 2005 (EIS 2005).

Selon l'EDS-CI 1998, les principales causes du taux élevé de la mortalité maternelle sont :

- Une maternité précoce (à 19 ans, 53% des filles ont déjà donné naissance à un enfant) ;
- Un intervalle inter gènesique court (2 ans) ;
- Un faible recours à la contraception moderne (prévalence contraceptive de 15%) ;
- Une surveillance insuffisante de la grossesse ;
- Une surveillance postnatale insuffisante ;
- Un niveau d'accouchements assistés par un professionnel de la santé relativement faible ;
- Un niveau élevé des accouchements à domicile (55%).

Les principales villes sont Abidjan (2.800.000 habitants), Bouaké (600.000 habitants), Daloa (135.000 habitants), Yamoussoukro (110.000 habitants), Korhogo (110.000 habitants) et Man (100.000 habitants) selon le RGPH 1998.

La Côte d'Ivoire est composée d'une soixantaine d'ethnies regroupées en quatre grands groupes qui sont :

- Les Akans, au Sud, au Centre, et à l'Est ;
- Les Krous au Sud-Ouest et Centre-Ouest ;
- Les Mandé du Nord au Nord et au Nord-Ouest, les Mandés du Sud à l'Ouest et au Sud-Ouest ;
- Les Gurs ou Voltaïques au Nord et au Nord-Est.

De l'époque coloniale, elle a conservé le français devenu la langue officielle ainsi que les systèmes administratif, judiciaire et éducatif.

Au plan confessionnel, différentes communautés religieuses sont présentes en Côte d'Ivoire. Approximativement 34% de la population se réclame des religions chrétiennes, 27% de la religion musulmane et 39% de l'animisme. Ces données sont en passe d'être modifiées par les flux migratoires car plus de 70% des populations étrangères en provenance des pays frontaliers du nord sont de confession musulmane. (RGPH 1998).

### **1.1.2. Organisation administrative**

L'Etat de Côte d'Ivoire est divisé en 19 Régions administratives, 58 Départements, 323 Sous-préfectures et plus de 8500 villages. Chaque Région regroupe plusieurs Départements, eux-mêmes divisés en Sous-préfectures. Les Régions et les Départements sont administrés par des Préfets et les Sous-Préfectures par des Sous-Préfets qui représentent le Gouvernement. Dans le cadre de la décentralisation, 56 Conseils Généraux, 2 Districts et 718 Communes ont été créés. La capitale politique est Yamoussoukro, Abidjan étant la capitale économique.

### **1.3. Contexte politique**

La Côte d'Ivoire, dès son indépendance le 7 Août 1960, a adopté le régime présidentiel comme mode de gouvernement. Le pays a vécu dans une stabilité politique jusqu'au coup d'état militaire de Décembre 1999. La période de transition qui s'en est suivie, a abouti à l'adoption d'une nouvelle constitution en Août 2000 et à l'organisation d'élections générales en Octobre 2000, consacrant ainsi l'avènement de la deuxième République. La crise militaro-politique survenue le 19 Septembre 2002, a entraîné une partition de fait du pays en deux zones, l'une sous contrôle du Gouvernement et l'autre, sous contrôle des Forces Nouvelles (ex rébellion armée). Cette situation n'a donc pas permis l'organisation des élections d'Octobre 2005. Cependant, avec l'appui de la Communauté Internationale, le processus de sortie de crise déclenché dès Octobre 2002 connaît des avancées. Depuis le 28 Décembre 2005, le Gouvernement de Transition qui a remplacé le Gouvernement de Réconciliation Nationale est chargé de créer les conditions pour la réunification du pays et l'organisation des élections générales en Octobre 2006.

#### **1.1.4. Contexte économique et social**

Au plan économique, de 1960 à 1980, la Côte d'Ivoire a connu une performance remarquable caractérisée par des taux de croissance à deux chiffres. Cette croissance exceptionnelle a été impulsée par le dynamisme de l'agriculture d'exportation. Les principales ressources proviennent des cultures industrielles (café, cacao, ananas, hévéas, palmiers à huile, coco, coton...).

Vers la fin des années 70, la chute des prix des matières premières d'exportation et les différents chocs pétroliers ont amené les autorités ivoiriennes à mettre en œuvre une série de réformes à travers les Plans d'Ajustements Structurels (PAS) inspirés par les institutions de Bretton Woods. Suite à ces mesures, et après la dévaluation du franc CFA en 1994, l'économie ivoirienne a amorcé un redressement marqué par la reprise de la croissance dès 1994. Cette amorce de reprise économique a été contrariée par les différents événements décrits dans le contexte politique.

En conséquence, le taux de croissance économique qui était de 0,1% en 2001 est passé à - 1,2% au lieu du taux prévisionnel de 3% en 2002. Quant au taux d'inflation annuel moyen, il a été de 3,1% en 2001 contre 4,4% en 2002.

Au plan social, ces années de crise ont débouché sur l'aggravation du phénomène de la pauvreté. La crise économique de la période 1980-1993 a accru l'incidence de la pauvreté dont le seuil est passé de 10% en 1985 à 32,3% en 1993, puis 36,8% en 1995 pour se situer à 38% en 2002 (ENV 2002). Les Secteurs Sociaux tels que la Santé et l'Education ont été parmi les plus affectés par cette situation. Ainsi, malgré l'engagement pris par les Chefs d'Etat Africains en 2001 à Abuja, d'affecter 15% du budget de l'Etat aux dépenses de santé, la Côte d'Ivoire n'a pu excéder les 7%.

Ce contexte général marqué par la crise militaro-politique, la paupérisation des populations, la morosité économique et la suspension des appuis extérieurs ont eu entre autres conséquences, la stagnation des interventions dans la lutte contre le VIH/SIDA.

## **1.2. Situation sanitaire et système de santé**

### **1.2.1. Mortalité et Morbidité**

Selon le RASS 2000, l'état de santé de la population ivoirienne est caractérisé par un taux élevé de mortalité estimé à 14,2 pour 1000, imputable notamment à l'infection au VIH/SIDA (le SIDA est la première cause de mortalité chez l'homme adulte et la 2<sup>ème</sup> chez la femme (après la mortalité due à la grossesse et à l'accouchement depuis 1990), au paludisme, à la diarrhée, aux infections respiratoires aiguës (IRA).

Chez l'enfant, les IRA, le paludisme, la diarrhée et la malnutrition constituent les principales causes de morbidité et de mortalité. La Côte d'Ivoire a enregistré plus de 1.710.000 cas d'IRA chez les moins de cinq ans et environ 850.000 cas de diarrhée en 1999 et 2000. Le paludisme a touché plus de 1.350.000 personnes environ pour cette même période. Certaines maladies à caractère épidémique tels que le choléra, les méningites purulentes et la fièvre jaune continuent d'être des menaces constantes sur l'état de santé de la population.

La Côte d'Ivoire a enregistré diverses épidémies de choléra entre 1995 et 1999 avec des pics épidémiques allant jusqu'à 13 cas pour 100.000 habitants dans la région de l'Ouest. Entre 700 et 800 cas de méningite cérébro-spinale ont été rapportés pour 1999 et 2000. D'autres maladies telles que le pian, la bilharziose urinaire, la dracunculose, n'en sont pas moins courantes. La tuberculose connaît une recrudescence du fait de l'infection à VIH.

Cette situation est entretenue par la précarité des conditions d'hygiène et de l'environnement sanitaire en général : moins de 30% de la population ivoirienne ont accès aux commodités sanitaires modernes adéquates et latrines améliorées ; l'accès à l'eau potable est relativement satisfaisant : 84% de la population.

### **1.2.2. Politique de santé**

La politique sanitaire de la Côte d'Ivoire définie dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1996-2005, avait pour objectif général l'amélioration de l'Etat de santé et du bien être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre de prestations sanitaires et les besoins des populations.

La politique sanitaire vise trois objectifs majeurs :

- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux grands problèmes de santé ;
- Améliorer l'efficacité du système de santé ;
- Améliorer la qualité des prestations sanitaires.

La mise en œuvre de cette politique se fait à travers des Programmes de santé.

### **1.2.3. Organisation du système de santé**

L'organisation du système de santé de la Côte d'Ivoire est de type pyramidal avec trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire).

Le découpage sanitaire comprend 19 Directions Régionales, et 86 Directions Départementales ou Districts Sanitaires.

Selon le décret n°96-876 du 25 novembre 1996 les structures sanitaires sont organisées en 3 niveaux :

**Niveau primaire** : Centres de Santé Ruraux (CSR), Centres de Santé Urbains (CSU), Services de Santé Scolaires et Universitaires (SSSU), Formations Sanitaires Urbaines (FSU) et Formations Sanitaires Urbaines à base Communautaire (FSU-Com) ; CSUS.

**Niveau secondaire** : Hôpitaux Généraux (HG), Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), Centre Hospitalier Spécialisé, Hôpital psychiatrique de Bingerville.

## **Niveau tertiaire :**

Le niveau tertiaire comprend :

- les Instituts Spécialisés : l'Institut Raoul Follereau d'Adzopé (IRF), l'Institut National de la Santé Publique (INSP), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), le Centre Nationale de Transfusion Sanguine (CNTS), l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) ;
- les Centres Hospitaliers Universitaires d'Abidjan (Treichville, Cocody, Yopougon), et de Bouaké.

Le secteur privé s'intègre dans ce système de santé à travers les infirmeries privées et d'entreprises, les dépôts de ventes de médicament au niveau primaire. Au niveau secondaire et tertiaire, ce sont les cabinets médicaux, les cliniques, les Polycliniques, les pharmacies, et les laboratoires privés.

### **1.2.4. Offre de soins**

La population ayant accès aux infrastructures de santé de qualité est passée de 31% en 1990 à 40% en 2002.

Le tableau ci-dessous, montre les principaux indicateurs de couverture sanitaire en Côte d'Ivoire comparativement aux standards de l'OMS.

**Tableau I : Indicateurs de couverture sanitaire**

<b>Indicateurs</b>	<b>Données Nationales</b>
Nombre d'habitants par médecin :	9 400
Nombre d'habitants par infirmier :	2 570
Nombre de femmes en âge de procréer par sage femme :	1946
Nombre d'habitants par dispensaire :	18 166
L'accessibilité géographique moyenne est :	
• Au Dispensaire :	17 Km
• A la Maternité :	25 Km
Population /Etablissement sanitaire de premier contact (ESPC)	1 ESPC/13 156 habitants
Population/Hôpital	1 hôpital/225 979 habitants
Population/lits d'hôpital	1 lit / 2 643 habitants
Population/bloc chirurgical	1 bloc / 374 794 habitants
Population/laboratoire hospitalier	1 laboratoire/307 331 habitants
Population/appareil de radiologie hospitalier	1 appareil de radiologie/426 849 habitants

**Source : MEMSP/SIG 2001**

L'analyse de ce tableau indique que sur certains indicateurs des efforts importants ont été faits. Répartition du personnel de santé.

L'effectif global du personnel de santé du secteur public au 31/12/2001 était de 17 186 agents repartis comme suit :

**Tableau II : Répartition du personnel de santé du secteur public par catégorie**

<b>Emploi</b>	<b>Effectifs</b>	<b>%</b>
Médecins/Pharmaciens/Chirurgiens dentistes	1763	10,3
Infirmiers Diplômés d'Etat	7233	42,1
Sages-femmes	1980	11,5
Aides-soignants	597	3,47
Administratifs et travailleurs sociaux	2331	13,6
Techniciens supérieurs de la Santé	614	3,57
Autres techniciens	89	0,52
Travailleurs occasionnels	2579	15
<b>TOTAL</b>	<b>17 186</b>	<b>100</b>

**Source : MEMSP/DRH**

Selon les estimations recueillies au cours de l'année 2001, on peut noter une grande inégalité dans la répartition géographique de cet effectif. En effet, 40% du personnel sanitaire se trouve dans la région des Lagunes ; aucune autre région n'atteint les 10% de l'effectif global. Cependant, malgré cette forte dotation en personnel à Abidjan, la couverture en soins de santé primaire est loin d'être satisfaisante ; ceci est dû au nombre croissant de la population de cette région. La crise que traverse le pays depuis 2002 a modifié la répartition du personnel de santé du fait du déplacement des populations et des prestataires de soins des zones sous contrôle des Forces Nouvelles vers les zones gouvernementales. En 2004, la région des lagunes regroupait à elle seule 60% du personnel de santé avec des variations selon les catégories de personnels : médecins (64%), infirmiers (48%), pharmaciens (74%), techniciens de laboratoires (48%) et travailleurs sociaux (67%) - source : Evaluation des Ressources Humaines de la Santé en Côte d'Ivoire, août 2005, Partnership for Health reforms plus (PHRplus).

Il est à noter qu'avant Septembre 2002, 3500 agents soit 20.4% de la totalité du personnel de santé du secteur public était en fonction dans les zones sous contrôle des Forces Nouvelles. 2 417 de ces agents soit 69,10% se sont déplacés vers la zone gouvernementale où la plupart a été redéployée.

La crise a réduit de façon considérable l'accès aux soins ainsi que leur qualité, sur l'ensemble du territoire et particulièrement dans les zones de conflit où 46% des structures sanitaires ont été détruites ou pillées.



**TABLEAU III : Répartition du Personnel de Santé selon les zones**

Emploi	Zones de conflits*		Zones sans conflit**		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Personnel médical	282	16	1 481	84	1763
Infirmiers	1 301	18	5 932	82.01	7 233
Sages-femmes	414	20.9	1 566	79.1	1 980
Aides-soignants	84	14.1	513	85.9	597
Techniciens supérieurs	223	31.7	480	68.3	703
Administratifs/travailleurs sociaux	265	11.4	2 066	88.6	2 331
Journaliers et occasionnels	931	36.1	1 648	63.9	2 579
Total	3 500	20.4	13 686	79.6	17 186

\* *Zones de conflits = zones sous contrôle des Forces Nouvelles*

\*\* *Zones sans conflit = zones gouvernementales*

## 2. SITUATION DU VIH

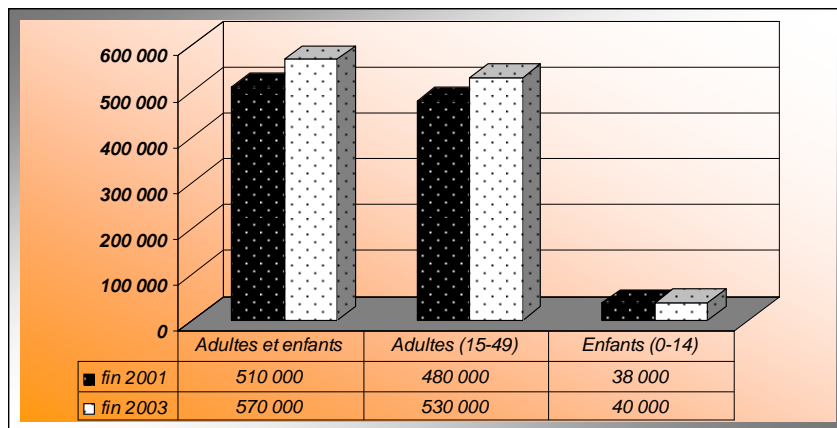
### 2.1. Epidémiologie du VIH/SIDA

C'est en 1985 que les premiers cas de SIDA ont été diagnostiqués en Côte d'Ivoire où l'épidémie est caractérisée par la présence des deux virus, le VIH-1 et le VIH-2.

La prévalence du VIH dans la population sexuellement active de 15 à 49 ans est estimée en fin 2003 à environ 7% selon le rapport 2004 de l'ONUSIDA contre 9,7% en 2001. Ces taux sont le reflet d'une stabilisation de l'épidémie.

Selon le même rapport, environ 570 000 personnes vivent avec le VIH en Côte d'Ivoire dont 530 000 adultes de 15- 49 ans et 40 000 enfants de 0 à 14 ans.

**Graphique n° 1 : Evolution du nombre de cas de VIH positif en Côte d'Ivoire selon les couches**



**Sources : Rapport ONUSIDA 2004**

En 1987, le nombre de cas de SIDA notifiés par la Côte d'Ivoire était d'environ 500. Treize ans plus tard, en 2000, on comptait un total cumulé d'environ 62 000 cas. Bien que chaque année, l'on note une augmentation importante des cas notifiés, l'on estime qu'en Côte d'Ivoire seulement 1 cas de SIDA sur 17 est notifié.

Comme partout ailleurs, les adultes jeunes représentent les principales victimes de l'épidémie en Côte d'Ivoire. En 1997, la majorité des cas de SIDA était notée parmi les sujets âgés de 20 à 49 ans, avec une prépondérance de la tranche d'âge de 30 à 34 ans (environ 20%). Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient environ 18% de la totalité des cas notifiés. Le rapport homme-femme pour les cas notifiés est passé de 4,8 hommes pour 1 femme en 1988 à moins de 1 homme pour 1 femme en 2000. Ce qui traduit une féminisation progressive importante de l'épidémie.

Des données de séro surveillance dans certaines populations supposées à faible ou haut risque permettent de disposer de quelques références dans le temps. Au niveau de la population supposée à faible risque d'infection pour le VIH essentiellement représentée par les donneurs de sang, la prévalence du VIH était de 5% chez les nouveaux donneurs et 1% chez les donneurs réguliers en 2002. La séro surveillance conduite en 2002 parmi les femmes enceintes a montré que la prévalence du VIH variait de 7,4% à 11,6% en zone urbaine avec une moyenne de l'ordre de 9,5%.

Dans la même année, cette prévalence variait de 1,9% à 11% en zone rurale avec une moyenne de l'ordre de 5,6%. La résultante immédiate de l'infection dans cette population est le SIDA pédiatrique qui se présente actuellement comme un problème de santé publique. Le taux de transmission mère enfant du VIH-1, en l'absence de toute intervention, est de l'ordre de 25% et le SIDA représente l'une des premières causes de morbidité et de mortalité en milieu pédiatrique.

(Source : Enquête de séro surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes 2002- Ministère de la santé et RETROCI).

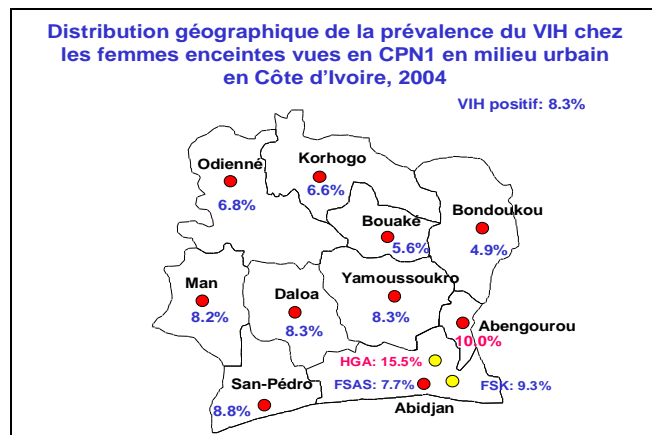
Parmi les populations considérées à haut risque pour le VIH, les patients consultant pour une IST dans les dispensaires anti-vénériens d'Abidjan ont une prévalence du VIH relativement élevée. Des études conduites en 1990, 1991 et 1992, ont relevé des taux de prévalence respectifs de 19%, 19,9% et 20,1%. La séroprévalence du VIH parmi des femmes libres qui consultent pour la première fois dans une clinique à Abidjan est passée de 89% en 1992 à environ 27% en 2002. Certaines interventions, telles le dépistage systématique et le traitement des IST ont ici démontré leur efficacité à travers la réduction de façon considérable de la séro-incidence du VIH et de la prévalence des IST dans cette population à Abidjan.

Comme dans la majorité des pays touchés par la pandémie du VIH/SIDA, la tuberculose est la plus importante affection opportuniste associée au SIDA en Côte d'Ivoire. Les données de la sérosurveillance du VIH parmi les tuberculeux à Abidjan, montrent une augmentation de la prévalence de l'infection à VIH qui est passée de 28% en 1987, à 45% en 1999. Toutefois, la tendance évolutive de l'infection à VIH parmi les tuberculeux est à la stabilisation depuis 1990. De 1989 à 1994, on a noté une proportion plus élevée d'hommes tuberculeux infectés par le VIH que de femmes tuberculeuses. Cette tendance s'est inversée au fil du temps, et la proportion de femmes tuberculeuses infectées par le VIH s'est révélée supérieure à celle des hommes depuis 1994.

De manière générale, on note en milieu hospitalier, une augmentation progressive de la prévalence de l'infection à VIH. L'évolution est nettement supérieure à celle observée dans les centres antituberculeux d'Abidjan. Dans le service de Pneumo-phtisiologie du CHU de Treichville (PPH), la séroprévalence observée parmi les sujets hospitalisés dans le service est passée de 23% en 1987 à 68% en 1992. Le service des maladies infectieuses reçoit le plus grand nombre de patients suspects d'infection au VIH. La prévalence observée dans ce service est passée de 45% en 1987 à 79% en 1995 et à 83% en 2006.

Il faut noter qu'en 2004, malgré la crise sociopolitique que traverse la Côte d'Ivoire, l'enquête annuelle de sérosurveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes a pu être réalisée. Les résultats de cette enquête constituent actuellement les premières informations disponibles sur l'ampleur de l'infection à VIH au niveau national dans le contexte d'après crise. Certes, les données sont limitées à la population des femmes enceintes des zones urbaines mais elles donnent des informations utiles sur les tendances de l'épidémie dans la population, permettant d'orienter les interventions de prévention et de prise en charge.

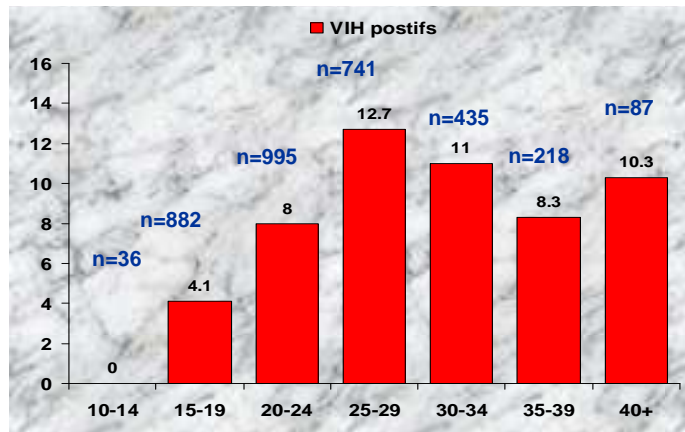
**Graphique n° 2 : Distribution géographique de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN1 en milieu urbain en CI en 2004.**



Source : RETROCI

De l'analyse des données en 2004, on retient les informations clés ci-après à prendre en compte dans l'élaboration des interventions : un rajeunissement important de la population des femmes enceintes.

**Graphique 3 : Prévalence (%) du VIH chez les femmes enceintes en milieu urbain selon les tranches d'âge en 2004**



Source : RETROCI

Cette proportion est particulièrement élevée chez les femmes enceintes enrôlées dans les sites localisés dans les zones ex-assiégées notamment au centre de protection maternelle infantile (PMI) de Belleville (Bouaké), à la PMI de Man et la PMI d'Odienné où plus du ¼ avait entre 15 et 19 ans.

La majorité de la population enquêtée est de nationalité ivoirienne et n'avait aucun niveau de scolarisation. Cependant, ce sont les femmes enceintes recrutées dans les PMI d'Odienné, de Bouaké et de Korhogo qui avaient les proportions les plus élevées de non scolarisation avec des taux allant jusqu'à 72,2% à la PMI d'Odienné.

Dans l'ensemble, les femmes enceintes consultent tardivement dans les établissements sanitaires pour leur première visite prénatale. Plus de la moitié parmi elles ont effectué leur première consultation prénatale (CPN1) au cours du deuxième trimestre de la grossesse.

L'âge moyen au premier rapport sexuel est 16,2 ans. Plus de la moitié des femmes enceintes ont eu leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans. Ce chiffre est légèrement plus faible à la maternité du CHR de Man et à la PMI de Bardot (San Pedro) où l'âge moyen au premier rapport sexuel était respectivement de 15,6 ans et 15,9 ans.

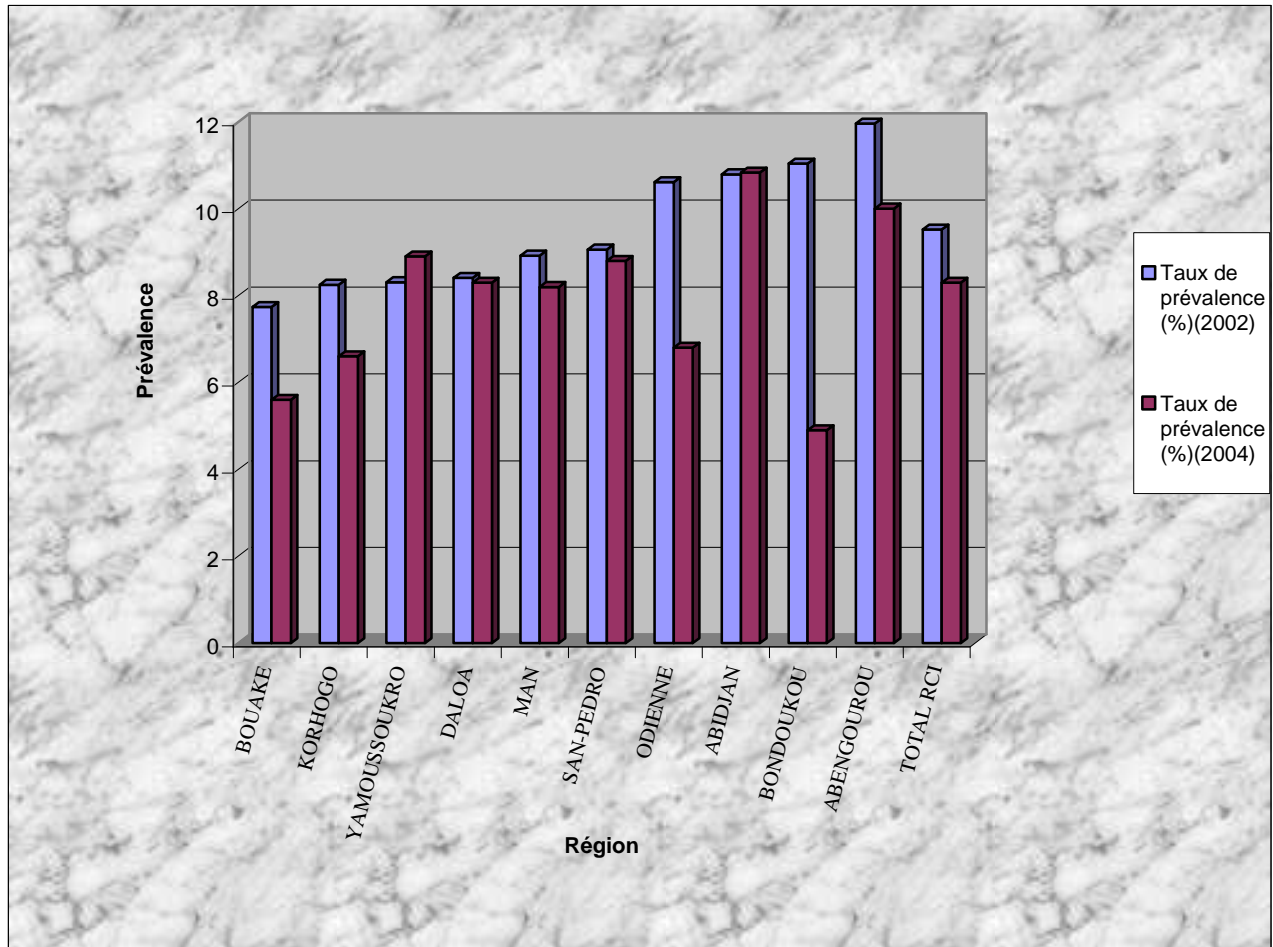
Globalement, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en milieu urbain en 2004 était de 8,3%. La prévalence médiane du VIH était de 8,25% avec des extrêmes compris entre 4,9 % à la maternité du CHR de Bondoukou et 15,5% à l'HG d'Abobo Nord (cf. carte sur la distribution géographique de la prévalence).

Dans l'ensemble, il n'existe pas de différence significative entre les taux de prévalence chez les femmes enceintes de la zone gouvernementale (9,1%) et celles de la zone ex-assiégée (6,8%).

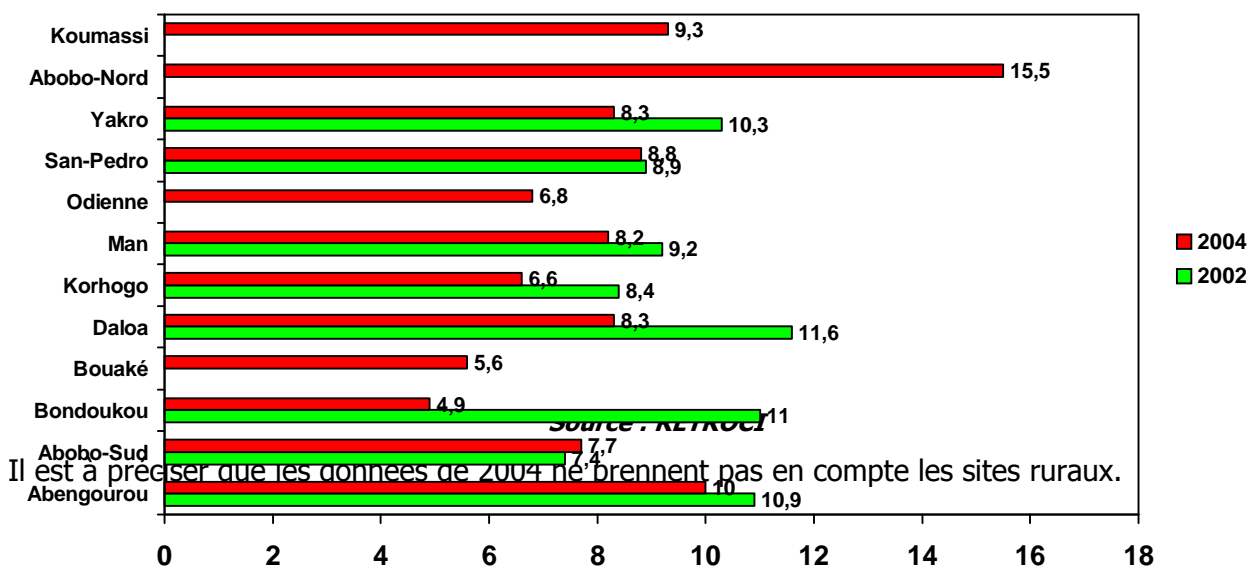
Globalement, on constate une stabilisation de la séroprévalence du VIH de 2002 à 2004 au niveau de tous les sites, à l'exception du CHR de Bondoukou où cette baisse est significative, passant de 11% à 4,9% (graphiques 4 et 5).

Le graphique 4 ci-dessous compare la prévalence dans les différentes régions des années 2002 et 2004. Il est à préciser que les données de 2004 ne prennent pas en compte les sites ruraux.

**Graphique 4 : Prévalence dans les différentes régions des années 2002 et 2004**



**Graphique 5 : Evolution de la prévalence chez les femmes enceintes en milieu urbain de 2002 à 2004**



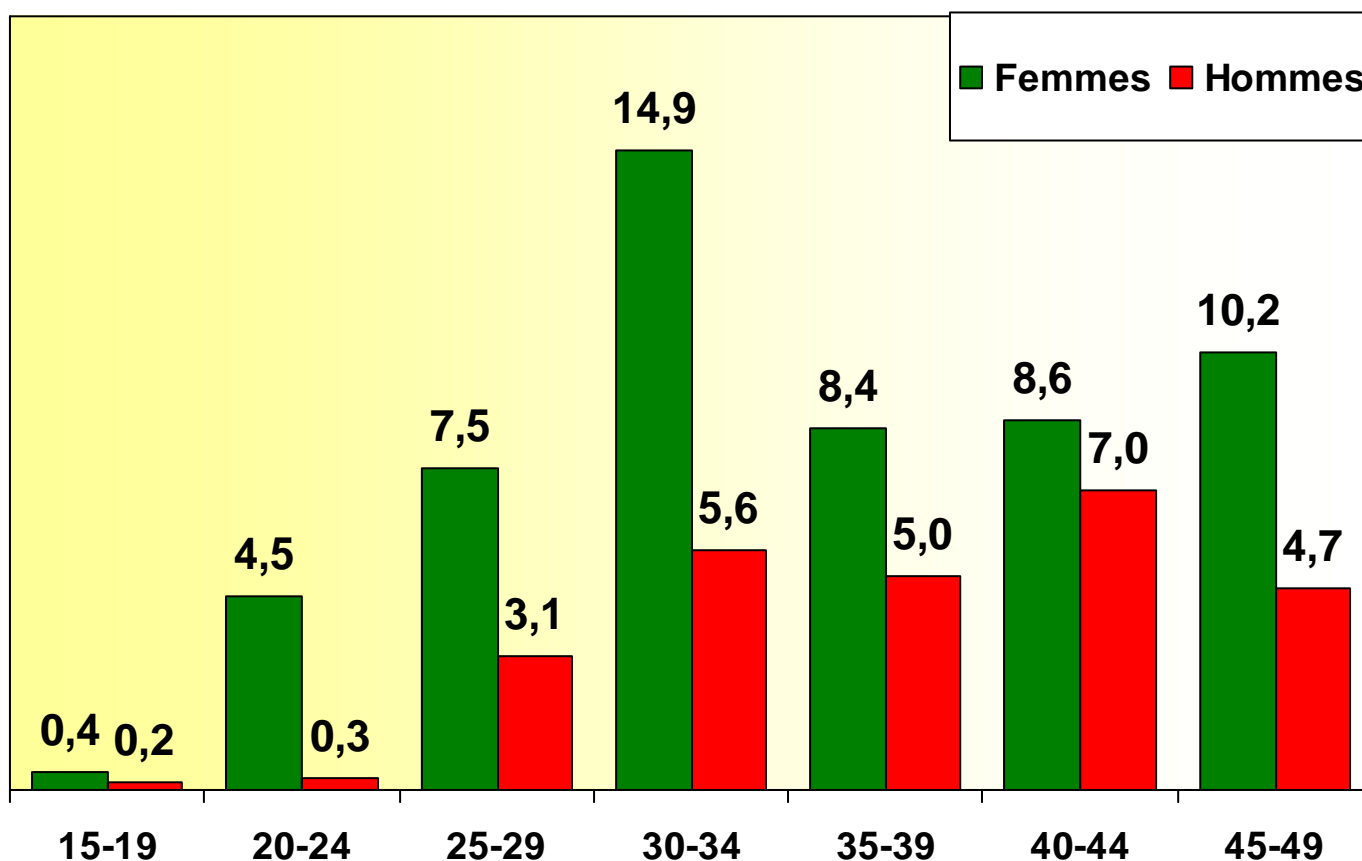
## 2.2. Données de l'Enquête sur les Indicateurs du SIDA (EIS)

Les informations issues de l'EIS 2005 (enquête de ménage incluant 3930 hommes et 4568 femmes nous donnent un taux de séroprévalence nationale inférieur aux estimations basées sur les résultats de la surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes. La séroprévalence nationale est de 4,7%.

Par ailleurs on note un taux de séroprévalence plus élevé chez les femmes (6,4%) que chez les Hommes (2,9%). Ce qui confirme la persistance de la féminisation de l'épidémie en Côte d'Ivoire. La tranche de population la plus touchée se situe entre 25-49 ans avec un pic à 30-34 ans (Graphique 6).

Cette séroprévalence est inégalement répartie entre les différentes régions du pays comme l'indique la figure 6 et le tableau IV ci-dessous.

**Graphique 6 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-59 ans séropositifs selon l'âge, EIS - Côte d'Ivoire 2005**



Source : Enquête EIS

**Tableau IV : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans séropositifs selon la région, EIS - Côte d'Ivoire 2005**

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

*Source : Enquête EIS*

La prévalence est plus élevée en zone urbaine (7,4% : pour les femmes et 3,2% pour les hommes) qu'en zone rurale (5,5% pour les femmes et 2,5% pour les hommes).

On note également que 73% des jeunes hommes et 56 % des jeunes filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge exact de 18 ans.

En outre, seules 12 % des femmes et 30 % des hommes ont utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques. Ce qui dénote de la persistance des comportements à risque.

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

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

## **Féminisation de l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire**

Comme l'indique les résultats de l'Enquête sur les Indicateurs du SIDA (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 dans le pays.

Il est admis que le VIH/SIDA accroît les inégalités en frappant le plus durement la population féminine. La discrimination sexuelle, la pauvreté et la violence sont autant de facteurs qui se situent au centre de l'épidémie du sida en Côte d'Ivoire comme dans la majorité des pays au sud du Sahara. On note qu'en plus des raisons physiologiques en faveur d'un risque de contamination par le VIH deux fois plus élevé que les hommes durant les rapports sexuels, les femmes et les filles sont souvent très peu informées sur la sexualité et les risques de transmission du VIH. La proportion féminine des analphabètes reste encore plus élevée. De plus, les femmes continuent souvent d'être dépourvues de la capacité de négocier et du soutien social qui leur permettrait d'insister pour des rapports sexuels moins dangereux ou de rejeter les avances non désirées.

En Côte d'Ivoire, la problématique du VIH et de l'égalité entre les hommes et les femmes s'est exacerbée avec la crise sociopolitique de grande ampleur que traverse depuis quelques années le

pays, affecté par l'épidémie à VIH dont la transmission hétérosexuelle demeure le mode dominant. La vulnérabilité de la gent féminine s'accroît et l'effet du SIDA sur les femmes continue d'accroître. La violence sexiste constitue un risque relativement élevé de contamination par le virus. Par ailleurs, la pauvreté grandissante force de nombreuses femmes à travailler dans l'industrie du sexe pour subsister ou à s'engager dans des relations leur offrant aucune possibilité de négocier l'utilisation de préservatifs.

La population féminine a payé un lourd tribut de la dégradation généralisée de la situation dans le pays et le contexte post-crise se doit d'aborder le genre désormais à la fois dans une perspective de redressement économique tout en prenant en compte le renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA et la dimension genre. Il s'agit de prendre en compte la composante antisexiste de l'épidémie en encourageant l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes.

### ***2.3. Épidémiologie des autres IST***

L'incidence moyenne des IST chez les adultes au plan national est de 10,7 pour 1000 en 1999 et de 10,2 pour 1000 en 2000. Cette incidence des IST a baissé entre 1996 et 2000 passant de 15,6 pour 1000 en 1996 à 13,8 en 1997, 12,2 en 1998, 10,7 en 1999 et 10,2 pour 1000 en 2000 : soit un taux moyen de variation annuel (TMVA) de -10%.

Cette diminution de l'incidence concerne la majorité des régions sanitaires ; probablement en rapport avec l'utilisation croissante des préservatifs (Confère courbe vente annuelle des préservatifs-AIMAS). Les diminutions les plus importantes concernent les régions du Sud I et II (-21,4% et -30,9%), du Zanzan (-28,1%) et des Savanes (-21,2%). De plus dans les autres régions, cette baisse n'est pas négligeable. Ainsi les IST ont diminué en cinq ans de 15% environ dans le Bas-Sassandra, dans la région des Lacs et du N'zi-Comoé, de 12% dans les Montagnes et le Moyen-Comoé, de 10% environ dans le Denguelé et le Worodougou. Trois régions seulement présentent une tendance à la hausse avec un TMVA positif à +2% dans la Vallée du Bandama et à +1,6% dans le Haut-Sassandra et la Marahoué (RASS 2000).

### ***2.4. Situation socio-comportementale***

La surveillance des comportements est primordiale dans la lutte contre le VIH/SIDA. En Côte D'Ivoire, les groupes vulnérables sur lesquels un suivi comportemental a été réalisé sont :

- Les jeunes célibataires de 15-19 ans ;
- Les migrants ruraux ;
- Les filles libres ou professionnels du sexe ;
- Les routiers.

Les différentes enquêtes menées ont porté sur les connaissances, attitudes et pratiques de ces groupes face au VIH/SIDA. Il s'agit de l'Enquête Démographie et Santé (EDS 1998), Enquête Socio Comportementale (ESC) en 2002, de l'étude de la santé sexuelle et de reproduction des adolescents et des jeunes de 12-24 ans en Côte d'Ivoire, en 2004 par l'UNFPA, et l'enquête faite par AIMAS 2005.

De ces enquêtes, il ressort les résultats suivants :

Pour tous les groupes cibles, on note un niveau élevé de connaissance sur le VIH/SIDA : entre 81% et 97% selon les groupes.

Par groupe vulnérable :

#### **1. Jeunes célibataires de 15-19 ans :**

- Méconnaissance des signes ou symptômes d'IST: 54% des filles et 41% des garçons (2002) ; 42% (2004) des jeunes ne savent identifier aucun signe ou symptômes d'IST ;



- Comportement à risque élevé surtout chez les jeunes : multipartenariat sexuel (1998 : 36% de garçons et 21% de filles ; 2002 : 39% de garçons et 15% de filles ; 2004 : 58% de garçons et 39% de filles) ;
- Faible taux d'utilisation systématique du préservatif chez les jeunes : 42% (garçons) et 29% (filles).

## **2. Migrants ruraux :**

- Niveau de connaissance élevé des modes de transmissions et des condoms masculins ;
- Faible utilisation des condoms : 34% des migrants ruraux avouent n'avoir jamais fait usage des préservatifs.

## **3. Filles libres ou professionnelles du sexe :**

- Bonne connaissance des signes ou symptômes d'IST: 95% savent identifier au moins un signe ou un symptômes d'IST ;
- Connaissance encore insuffisante des modes de prévention du SIDA : 76% connaissent le mode de prévention sexuelle contre 95% pour le mode de prévention sanguine ;
- Existence de comportement à risque au quotidien tel que l'utilisation non systématique des préservatifs : 4 à 5% n'utilisent pas les préservatifs avec les clients occasionnels et 58% avec leurs partenaires réguliers non payant.

## **4. Routiers :**

- Méconnaissance des signes ou symptômes d'IST : 23% ne savent identifier aucun signe ou symptômes d'IST ;
- Comportement à risque élevé : 34% ont eu des rapports sexuels avec une partenaire occasionnelle non commerciale ;
- Utilisation faible des condoms : 99% connaissent le préservatif mais seulement 75% les utilisent.

## **2.5. Situation du VIH au niveau des Secteurs**

Pour illustrer la situation du VIH dans les différents Secteurs, nous prendrons quelques exemples (Education, Agriculture, Affaires Sociales et Défense).

### **2.5.1. Secteur de la Santé**

Rappelons que le Secteur de la Santé a été traité au point 1.2. Il convient cependant de signaler que le secteur de la santé paie un lourd tribut au VIH/SIDA caractérisé par :

- La surcharge de travail lié à l'insuffisance de personnel qualifié ;
- Un allongement de la durée moyenne de séjour hospitalier ;
- Une élévation du taux d'occupation de lits par les patients infectés par le VIH/SIDA.

### **2.5.2. Secteur de l'Education**

Une étude réalisée sur la période scolaire 1996-1997, a donné les résultats suivants :

- Sept enseignants décédés par semaine scolaire pour cause de SIDA dont cinq instituteurs et deux professeurs du secondaire ;
- Indisponibilité des instituteurs malades du fait du SIDA : 24 semaines sur 28 semaines ouvrables (avant leur décès) ;
- Ancienneté moyenne des instituteurs décédés de SIDA : 13 ans sur les 30 ans de service requis par l'état.

En conséquence, pour cause de VIH/SIDA chez l'enseignant, au moins 71.655 enfants âgés de 6 à 11 ans n'ont pas pu être scolarisés en Côte d'Ivoire sur la période de l'étude.

Les données ne sont pas disponibles pour l'administration scolaire et les élèves au niveau de l'enseignement primaire. De plus, en ce qui concerne les autres niveaux d'enseignement (technique, professionnel, universitaire), la situation du VIH n'est pas encore documentée.

### **2.5.3. Secteur de l'Agriculture**

Le secteur agricole contribue pour 33% au PIB national et pour 66% aux exportations. Ce secteur, base de l'économie ivoirienne est durement touché par le VIH/SIDA.

Les données de la situation du VIH sur le secteur agricole ont été recueillies dans 10 pays africains dont la Côte d'Ivoire avec l'appui de la FAO. De ces données, on retient :

- La réduction des superficies cultivées ;
- La réduction d' 1/4 de la main d'œuvre agricole ;
- Perte de l'expertise agricole ;
- La séroprévalence dans les complexes agroindustriels avoisine 17%.

De plus d'autres travaux ont montré que la force de travail dans le secteur agricole a baissé de 5,6% en 2000 avec une prévision de baisse de 11, 4% en 2020.

### **2.5.4. Secteur des Affaires Sociales**

La situation du VIH dans le secteur des affaires sociales n'est pas suffisamment documentée. Cependant, les chiffres sur l'ampleur de la pandémie du VIH/SIDA font état d'une augmentation du nombre de personnes infectées et affectées notamment les orphelins et enfants vulnérables.

En effet, en fin 2003, on estimait à 40 000 le nombre d'enfants de 0 à 14 ans infectés contre 38.000 en 2001, et à 310.000 le nombre d'orphelins de moins de 17 ans contre 270.000 en 2001.

Une enquête pilote réalisée par le Programme National OEV en 2005 sur six sites a recensé 5656 OEV âgés de 0 à 18 ans et réparties comme suit :

- 52,40% de garçons et 47,60% de filles ;
- 27% ne vont pas à l'école ;
- Majoritairement pris en charge par la mère (45,2%), l'oncle ou la tante (25,2%), par le père (10,2%), institutions (7%), les grands parents (6,8%).

Ces intervenants dans la prise en charge et l'accompagnement des orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/SIDA (OEV) ne connaissent pas suffisamment la problématique des orphelins leur permettant d'apporter une réponse efficace.

### **2.5.5. Secteur de la Défense**

Selon une étude du Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) publiée en 2000, 150 et 200 militaires décèdent par an pour cause de VIH/SIDA.

### **2.6. Conséquences de la crise militaro politique sur la lutte contre le VIH/SIDA**

La situation de crise que traverse notre pays depuis septembre 2002, a entraîné des bouleversements aussi bien dans la population que sur le système de santé. Les effets du VIH/SIDA sur les populations vivant en Côte d'Ivoire sont exacerbés du fait des facteurs favorisant liés à la situation de crise. 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.

D'une façon générale on estime à 500 000 le nombre total de populations déplacées à travers le pays. Ces déplacements de populations se font préférentiellement vers le sud du pays principalement à Abidjan la capitale économique où l'on a identifié environ 120 000 personnes déplacées.

Ces déplacements de populations se font préférentiellement vers le sud du pays principalement à Abidjan la capitale économique du pays. Cette crise actuelle aurait engendré peu de mouvements de populations vers les pays voisins. En Côte d'Ivoire vivent plus de 70.000 réfugiés toutes nationalités confondues parmi lesquels 7.000 sont dans un camp de réfugiés à Guiglo. L'UNHCR estimait qu'en 2005, il resterait 35.000 réfugiés en Côte d'Ivoire après la mise en œuvre de son programme de rapatriement. (source : étude sur la cartographie humanitaire en République de Côte d'Ivoire, 2005).

Egalement, une étude commanditée par le Ministère de la Lutte contre le Sida en 2005 et portant sur les « conséquences de la crise sociopolitique sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA », a abouti aux résultats suivants :

- Environ 80% des structures sanitaires visitées sont disponibles et fonctionnelles excepté les villes dans les zones en crise où 65% des structures ne fonctionnent pas par manque d'eau courante ;
- La majorité des structures ont des problèmes de gestion des déchets biomédicaux (insuffisance de sécurité des injections, absence d'incinérateurs) ;
- Destruction des infrastructures sanitaires à l'ouest ;
- Déplacement massif de personnel qualifié et justifiant d'une formation complémentaire sur le VIH ;
- Non fonctionnalité des centres de CDV ;
- Rupture des chaînes d'approvisionnement en ARV, en Cotrimoxazole et en kits IST.

Selon les données de l'Évaluation des Ressources Humaines de la Santé en Côte d'Ivoire, août 2005, (Partnership for Health reforms plus (PHRplus), la majorité du personnel affecté de 2002 à 2004 a évoqué la crise militaro-politique comme motif de leur demande d'affectation indépendamment de leur lieu d'exercice avant la crise (Tableau n°5).

**Tableau n° V: Pourcentage de personnels de santé qui cite la crise comme raison d'affectation de 2002-2004**

Catégorie de personnel	Personnel affecté du fait de la crise	Total personnel affecté	% de personnel affecté du fait de la crise
<b>Médecins</b>			
2002	118	200	59%
2003	6	73	8%
2004	0	107	0
<b>Infirmiers</b>			
2002	332	444	75%
2003	19	186	10%
2004	1	160	1%
<b>Sages femmes</b>			
2002	137	205	67%
2003	6	106	6%
2004	4	91	4%
<b>Techniciens de laboratoires</b>			
2002	16	27	59%
2003	3	15	20%
2004	0	14	0
<b>Travailleurs sociaux</b>			
2002	10	27	37%
2003	2	20	10%
2004	0	22	0

*Source : Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population*

Il convient cependant, de souligner que certaines interventions de lutte contre le SIDA particulièrement dans le domaine de la prévention ont pu être menées grâce aux acteurs humanitaires de la société civile en l'occurrence les ONG locales et internationales, en collaboration avec les partenaires (système des Nations Unies, bilatéraux et autres multilatéraux).

Le plan d'extension de la prescription des ARV et les activités PTME n'ont pu être mise en œuvre dans ces mêmes zones. Par ailleurs, la décentralisation de la lutte contre le VIH/SIDA n'a pu être n'est pas effective dans les zones ex-assiégées malheureusement.

### **2.7. Déterminants de l'épidémie**

La Côte d'Ivoire présente des facteurs de vulnérabilité qui favorisent une propagation rapide du VIH et des autres Infections sexuellement transmissibles, aussi bien sur le plan socio-économique que sur les plans culturel et politique :

#### ➤ **Sur le plan socio-économique :**

- La paupérisation progressive des populations, le taux important de chômage chez les jeunes, créent des conditions précaires d'existence et de dépendance économique. Depuis 2002 cette situation s'est exacerbée à cause de la crise que connaît le pays ;
- La prostitution de survie : le faible niveau socioéconomique de la communauté, notamment au niveau des femmes et des filles, a aggravé le phénomène de prostitution,
- La précocité des rapports sexuels ;
- Les agressions sexuelles pendant la période de belligérance ;
- Avec la crise, les déplacements massifs de population ont créés une pression démographique dans les zones d'accueil avec son corollaire de viols, de prostitution et de toxicomanie ;
- L'intensité du trafic le long des routes Abidjan-Lagos, du rail (Sénégal, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et Mali), et du Fleuve Mano (Libéria, Guinée, Sierra Leone) et la Côte d'Ivoire augmente le risque de propagation du VIH/SIDA.

- **Sur le plan culturel un certain nombre de comportements accroissent le risque d'exposition à l'infection : citons par exemple**
  - Les difficultés d'échanger sur la sexualité au sein de la famille ;
  - La faiblesse des infrastructures culturelles favoriserait l'oisiveté des jeunes et l'accès facile aux médias pourrait expliquer certaines conduites à risques tels que les rapports sexuels précoces et avec de multiples partenaires ;
  - Réticence et/ou refus en ce qui concerne l'utilisation du préservatif ;
  - Consommation abusive d'alcool, de drogues ;
  - Fréquentation de lieux de perversion, etc.
  - Certaines pratiques culturelles telles que l'excision, le tatouage, le piercing.
- **De l'analyse de ces différents facteurs, se dégagent les principaux déterminants de l'épidémie en Côte d'Ivoire. Ce sont :**
  1. La prostitution ;
  2. La précocité des rapports sexuels chez les jeunes filles et les enfants ;
  3. La paupérisation accrue des populations ;
  4. Le chômage des jeunes ;
  5. Les pratiques culturelles néfastes (l'excision, le tatouage, le piercing) ;
  6. La non utilisation systématique des préservatifs ;
  7. L'accès limité à l'information sur le VIH/SIDA particulièrement en zone rurale ;
  8. La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

A ces déterminants classiques de la propagation du VIH/SIDA se sont ajoutés certains autres du fait de la crise. Ce sont :

9. Les viols et violences sexuelles dont sont victimes les femmes et les enfants ;
10. L'accès limité à la sécurité transfusionnelle dans les zones non gouvernementales ;
11. Les migrations et déplacements massifs des populations.

### **3. SYNTHÈSE DE LA REPONSE NATIONALE FACE A L'ÉPIDÉMIE**

Le Plan Stratégique National 2002-2004 et le Plan Intérimaire 2005 de la lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire ont été mis en œuvre dans une période de crise qui a entravé leur bonne exécution.

La revue a permis de relever :

- Un engagement politique important en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire avec en particulier une implication personnelle du Président de la République ;
- La mise en place effective de tous les moyens de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA dans notre pays (CNLS, CIMLS, CMP, CRLS, CDLS, CVRS, CSLS, CVLS) dont la fonctionnalité optimale n'a pu être obtenue en raison de la crise militaro-politique intervenue en septembre 2002 ;
- Au plan opérationnel, malgré la situation de crise militaro-politique que traverse notre pays et qui a perturbé sensiblement la mise en œuvre du plan, de nombreuses actions ont été menées dans la perspective de l'attente des objectifs assignés à chaque DAP. L'insuffisance de données récentes dans les différents domaines couverts par les DAP n'a par permis de mesurer objectivement le degré d'atteinte de chacun des objectifs ;
- Une forte implication financière et technique des partenaires de la Côte d'Ivoire dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. Cette assistance a notamment permis que les populations des zones sous contrôle de forces nouvelles continuent de bénéficier des actions de prévention et de prise en charge en matière de lutte contre le VIH/SIDA au même titre que celles vivant en zone Gouvernementale.

Afin de freiner la propagation du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire dont la prévalence est estimée à 7% en 2003 (ONUSIDA 2004), et 4,7% en 2005 (EIS-CI 2005) la revue a fait les recommandations suivantes pour l'élaboration du Plan Stratégique National 2006-2010 :

- Améliorer la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA à tous les niveaux et dans tous les secteurs ;
- Intensifier la prévention ;
- Renforcer la prise en charge notamment chez les enfants dans le cadre de l'accès global aux soins ;
- Opérationnaliser le cadre de Suivi-Evaluation ;
- Rationaliser le renforcement des capacités des ressources humaines impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre d'un plan de formation à élaborer ;
- Elaborer un plan de financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans une perspective de pérennisation des ressources financières requises ;
- Développer et soutenir la recherche opérationnelle ;
- Améliorer l'efficacité et l'efficience dans la réduction des impacts socio-économiques du VIH/SIDA sur les populations dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

## 4. PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2006-2010

### 4.1. PREVENTION

L'analyse des forces et faiblesses de la prévention dans le cadre de la revue a relevé globalement un accroissement des activités de prévention surtout dans le domaine de la sensibilisation de masse. Cependant, cet accroissement demeure encore insuffisant particulièrement en milieu rural et à l'endroit de certaines cibles (PVVIH, jeunes en milieu rural, Consommateurs de drogues, personnels de santé, HSH, enfants,...). On note également l'insuffisance d'interventions CCC, ce qui se traduit par une persistance des comportements à risque surtout au niveau des femmes, des jeunes et un faible niveau de fréquentation des CDV.

Tirant les leçons de la mise en œuvre des plans 2002-2004 et 2005, et tenant compte des recommandations internationales pour le renforcement de la prévention du VIH/SIDA, onze domaines d'action prioritaires ont été identifiés :

- Communication pour le changement de comportement notamment en faveur des femmes ;
- Conseil dépistage volontaire ;
- Prévention de la Transmission Mère-Enfant (actuellement Prévention de la Transmission Parents-Enfant) ;
- Prévention par le préservatif (masculin et féminin) ;
- **Lutte contre les IST ;**
- Sécurité transfusionnelle ;
- Prévention des accidents à l'exposition au sang et autres liquides biologiques ;
- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination liée au VIH/SIDA , notamment concernant les femmes ;
- Prévention chez les PVVIH ;
- Lutte contre la transmission du VIH/SIDA par la consommation de drogues ;
- Recherche vaccinale et opérationnelle.

Le PSN 2006-2010, définit pour chaque Domaine d'Action Prioritaire, des objectifs et stratégies suivants :

#### **DAP 1 : Communication pour le Changement de Comportement**

Concernant la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) les objectifs et stratégies suivants ont été identifiés :

##### Objectifs :

- D'ici fin 2010, réduire de 64,5% à 35% le pourcentage de jeunes ayant leur premier rapport sexuel avant 18 ans;
- D'ici fin 2010, augmenter de 35 à 45 % le nombre de personnes déclarant avoir limité le nombre de leur partenaire sexuel à un ;
- D'ici fin 2010, Réduire la transmission du VIH liée aux pratiques culturelles.

##### Stratégies :

- Promotion de l'abstinence ;
- Promotion de la fidélité réciproque ;
- Promotion de la réduction du multi partenariat sexuel ;
- Promotion des pratiques culturelles à moindre risque de transmission de l'infection
- Promotion du document de stratégie nationale CCC.

## **DAP 2 : Conseil et Dépistage Volontaire**

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 et qui permettront d'accroître le taux de fréquentation des CDV.

### Objectifs :

- Augmenter la couverture nationale en CDV de 85 à 460 d'ici 2010 ;
- Augmenter le taux de dépistage volontaire de 6% à 25 % d'ici 2010.

### Stratégies :

- Mise en œuvre du plan d'extension des CDV ;
- Communication accrue autour des CDV

## **DAP 3 : Prévention de la Transmission Mère-Enfant (actuellement Prévention de la Transmission Parents-Enfant)**

Les interventions de PTME viseront à réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant à 5 % d'ici 2010. Les objectifs et stratégies suivant ont été identifiés :

### Objectifs :

- D'ici 2010, Augmenter de 10 % à 70% les structures de consultation prénatale offrant des services de PTME ;
- D'ici 2010, Augmenter le taux de dépistage des femmes enceintes de 21% à 50% ;
- 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 :

- Mise en œuvre du plan d'extension PTME ;
- Mise en œuvre du plan intégré de communication pour la PTME ;
- Mise en place d'approches novatrices en matière de PTME.

## **DAP 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'Enquête sur les Indicateurs du SIDA 2005 (EIS), seul 12 % des femmes et 30 % des hommes ont déclaré avoir utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques.

Les interventions de prévention par le préservatif visent donc à augmenter de 40 à 50 % la proportion de personnes utilisant systématiquement et correctement les préservatifs masculins et à amener 5% des femmes sexuellement actives à utiliser systématiquement et correctement les préservatifs féminins lors des rapports sexuels à risque. Pour atteindre ces objectifs il faudra faire la promotion du préservatif masculin et féminin dans les divers groupes cibles prioritaires.

## **DAP 5 : Lutte contre les IST**

La lutte contre les IST contribue à réduire le nombre de nouvelles infections. Dans ce domaine, les objectifs et les stratégies fixés sont :

### Objectifs :

- Réduire d'ici 2010, de 10,2 à 8 pour 1000 l'incidence des IST au sein de la population sexuellement active ;
- Traiter correctement selon l'approche syndromique tous les cas d'IST dépistés ;
- Etendre la couverture des services de référence IST aux 19 régions administratives.

### Stratégies :

- Communication pour la prévention des IST ;
- Communication pour la PEC correcte des IST ;
- Actualisation des directives IST.



## **DAP 6 : Sécurité transfusionnelle**

L'amélioration de la sécurité transfusionnelle contribue à réduire les nouvelles infections par voie sanguine. Pour renforcer la sécurité transfusionnelle, les objectifs et stratégies suivants ont été identifiés :

### Objectifs :

- 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% ;
- Garantir la sécurité du sang transfusé par l'amélioration de la qualification biologique des dons de sang.

### Stratégies :

L'atteinte de ces objectifs passe par :

- La promotion et la fidélisation au don de sang régulier volontaire et non rémunéré ;
- L'amélioration de la qualification biologique des dons.

## **DAP 7 : Prévention des accidents à l'exposition au sang et liquides biologiques**

La prévention des accidents à l'exposition au sang et liquides biologiques répond aux soucis de réduire les risques encourus par le personnel de santé et les utilisateurs de matériels tranchants, coupants, contondants dans l'exercice de leurs métiers ainsi que les personnes victimes de violences sexuelles. Pour cela, les objectifs et stratégies suivants ont été définis :

### Objectifs :

- Réduire la transmission du VIH/SIDA par exposition à des matériels tranchants, piquants, contondants ;
- Améliorer la prise en charge des cas d'accident à l'exposition au sexe ;
- Améliorer la prise en charge des cas d'AES du personnel de santé.

### Stratégies :

- Promotion de la CCC chez les travailleurs utilisant les matériels tranchants, coupants, contondants ;
- Communication pour la prévention du VIH en cas d'accident d'exposition au sexe;
- Prise en charge des AES et autres liquides biologiques.

## **DAP 8 : Lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA**

Pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination liée au VIH/SIDA, il faudra pour la période 2006-2010. Pour ce faire, les objectifs et stratégies suivants sont identifiés :

### Objectifs :

- Renforcer le cadre juridique, les pratiques et politiques en vue de la réduction de la stigmatisation et la discrimination liée au VIH ;
- Accroître de 15,5% à 30% le pourcentage des personnes adoptant des pratiques et attitudes non discriminatoires et stigmatisant envers les PVVIH.

### Stratégies :

- Plaidoyer pour l'élimination des pratiques discriminatoires et stigmatisantes à l'égard des PVVIH, des structures et institutions ;
- Promotion de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH au niveau individuel, communautaire et professionnel.

## **DAP 9 : 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'intensifier la prévention dans ce groupe cible et leur apporter une prise en charge appropriée. Pour ce faire, les objectifs et stratégies suivants ont été identifiés.

### Objectifs :

- Amener 95 % des PVVIH à adopter des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH ;
- Amener 100% des PVVIH à fréquenter les centres de prise en charge globale.

### Stratégies :

- Promotion de la prévention positive ;
- Promotion de la prise en charge efficace des soins et de l'observance des traitements.

## **DAP 10 : Lutte contre la transmission du VIH/SIDA par la consommation de drogues**

Le taux de consommation de drogue injectable est faible en Côte d'Ivoire. Cependant, il convient d'organiser des interventions de lutte contre l'utilisation des drogues d'une façon globale eut égard à ses effets néfastes sur le comportement des individus. Les objectifs et stratégies identifiés dans ce domaine sont :

### Objectifs :

- Réduire de 25 % la transmission sanguine du VIH chez les consommateurs de drogue injectable ;
- Réduire de 50 % la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogue.

### Stratégies :

- Promotion de la prévention de la transmission sanguine du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogue injectable ;
- Promotion de la prévention de la transmission sexuelle du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogue.

## COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

**Objectif général:** Réduire de 25% l'incidence des nouvelles infections à VIH

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1** D'ici fin 2010, Réduire de 64,5% à 35% le pourcentage de jeunes ayant leur premier rapport sexuel avant 18 ans

**OS2** D'ici fin 2010, Augmenter de 35 à 45 % le nombre de personnes déclarant avoir limité le nombre de leur partenaire sexuel à un

**OS3** D'ici fin 2010, Réduire la transmission du VIH liée aux pratiques culturelles

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1: D'ici fin 2010, Réduire de 64,5% à 35% le pourcentage de jeunes ayant leur premier rapport sexuel avant 18 ans	1.1 Promotion de l'abstinence	1.1.1 Impliquer/Responsabiliser les religieux et les parents dans les sensibilisation des jeunes	Pourcentage de jeunes ayant leur premier rapport sexuel avant 18 ans	MLS	65% des jeunes ont leur premier rapport sexuel après 18 ans
		1.1.2 Organiser des campagnes de sensibilisation			
		1.1.3 Pratiquer la communication interpersonnelle par utilisation de pairs éducateurs			

COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS2: D'ici fin 2010, Augmenter de 35 à 45 % le pourcentage nombre de personnes déclarant avoir limité le nombre de leur partenaire sexuel à un	2.1 Promotion de la fidélité réciproque	2.1.1 Impliquer/Responsabiliser les religieux et les parents dans les sensibilisation des jeunes	Pourcentage de personnes déclarant avoir limité le nombre de partenaires sexuels à un	MLS	Au moins 45% des personnes déclarent avoir limité leur partenaire sexuel à un
		2.1.2 Organiser des campagnes de sensibilisation			
		2.1.3 Pratiquer la communication interpersonnelle par utilisation de pairs éducateurs			
	2.2 Promotion de la réduction du multi partenariat sexuel	2.2.1 Organiser des séances de sensibilisation des hommes en utilisant des pairs			
OS3: D'ici fin 2010, Réduire la transmission du VIH liée aux pratiques culturelles	3.1 Promotion des pratiques culturelles à moindre risque de transmission de l'infection	3.1.1 Vulgariser la loi sur l'excision	Proportion d'exciseuse ayant déclaré avoir abandonné la pratique	MLS	La transmission du VIH liée aux pratiques culturelles est réduite
		3.1.2 Organiser des campagnes de sensibilisation sur les pratiques à caractère invasif et autres pratiques culturelles à haut risque de transmission du VIH	Proportion de personnes respectant les précautions universelles		

**COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT**

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS3: D'ici fin 2010, Réduire la transmission du VIH liée aux pratiques culturelles	3.1 Promotion des pratiques culturelles à moindre risque de transmission de l'infection	3.1.3 Mettre en œuvre des programmes d'alphabétisation fonctionnelle Incluant des thèmes sur le VIH/SIDA	Nombre de programmes d'alphabétisation fonctionnelle incluant des thèmes sur le VIH	MLS	La transmission du VIH liée aux pratiques culturelles est réduite
OS3: D'ici fin 2010, Réduire la transmission du VIH liée aux pratiques culturelles	3.2 Promotion du document de stratégie nationale CCC	3.2.1 Reproduire le document de stratégie nationale CCC	Nombre de documents reproduits	MLS	La transmission du VIH liée aux pratiques culturelles est réduite
		3.2.2 Diffuser à grande échelle le document de stratégie nationale CCC	Nombre d'acteurs ayant reçu le document		
		3.2.3 Réviser le document de stratégie nationale CCC	Nombre d'acteurs ayant vus leurs capacités renforcées		

## CONSEIL DEPISTAGE VOLONTAIRE

**Objectif général: Réduire de 25% l'incidence des nouvelles infections à VIH**

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1 Augmenter la couverture nationale en CDV de 85 à 460 d'ici 2010**

**OS2 Augmenter le taux de dépistage volontaire de 6% à 25 % d'ici 2010**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1: Augmenter la couverture nationale en CDV de 85 à 460 d'ici 2010	1.1 Mise en œuvre du plan d'extension des CDV	1.1.1 Actualiser le plan d'extension	Existence d'un plan d'extension actualisé	MLS MSHP/PNPEC	460 CDV sont fonctionnels dans l'ensemble des départements
		1.1.2 Intégrer les activités du conseil dépistage dans les structures sanitaires	Nombre de départements couverts		
		1.1.3 Création de nouveaux sites autonomes	Nombre de nouveaux sites créés par an		
OS2: Augmenter le taux de dépistage volontaire de 6% à 25 % d'ici 2010	2.1 Communication accrue autour des CDV	2.1.1 Promouvoir le Conseil Dépistage Volontaire	Taux de fréquentation des sites de CDV	MLS MSHP/PNPEC	Au moins 25% des personnes de 15-49 ans ont fait le test de dépistage volontaires
		2.1.2 Renforcer la sensibilisation des personnes pour le dépistage volontaire	Nombre de personnes dépistées ayant retiré leurs résultats		

**PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT**

**Objectif Général:** Réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 5 %

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1** D'ici 2010, Augmenter de 10 % à 70% les structures

**de consultation prénatale offrant des services de PTME**

**OS2** D'ici 2010, Augmenter le taux de dépistage des femmes enceintes de 21% à 50%.

**OS3** 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**

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS1. D'ici 2010, Augmenter de 10 % à 70% les structures de consultation prénatale offrant des services de PTME	1.1 Mise en œuvre du plan d'extension PTME	1.1.1 Actualiser le plan d'extension	Nombre de structures de consultations prénatales offrant des services PTME	MLS MSHP/PNPEC	70% des structures de consultations prénatales offrent des services PTME
		1.1.2 Intégrer les activités de PTME dans les structures sanitaires offrant les services de CPN			
OS2. D'ici 2010, Augmenter le taux de dépistage des femmes enceintes de 21% à 50%.	2.1 Mise en œuvre du plan intégré de communication pour la PTME	2.1.1 Actualiser le PIC PTME	Proportion de femmes conseillées	MLS MSHP/PNPEC	Au moins 50% des femmes enceintes sont dépistées et connaissent leur résultat
		2.1.2 Vulgariser le PIC PTME			
		2.1.3 Mettre en œuvre le PIC PTME	Poucentage de femmes conseillées dépistées ayant retiré leur résultat		

**PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
<p>OS3. 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</p>	<p>3.1 Mise en place d'approches novatrices en matière de PTME</p>	<p>3.1.1 Réviser la politique nationale PTME et le manuel de procédure</p>	<p>Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant</p>	<p>MLS MSHP/PNPEC</p>	<p>Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est à 5% chez les femmes bénéficiant des activités de PTME</p>
		<p>3.1.2 Elaborer de nouvelles directives (dépistage, prophylaxie, diagnostic)</p>			
		<p>3.1.3 Mettre en œuvre les nouvelles directives</p>			



**PREVENTION PAR LE PRESERVATIF (MASCULIN ET FEMININ)**

**Objectif Général** Réduire de 25% l'incidence des nouvelles infections à VIH

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1** Augmenter de 40 % à 50 % la proportion de personnes utilisant systématiquement et correctement les préservatifs masculins

**OS2** D'ici 2010 amener 5% des femmes sexuellement actives à utiliser systématiquement et correctement les préservatifs féminins lors des rapports seuls à risque

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS1. Augmenter de 40 % à 50 % la proportion de personnes utilisant systématiquement et correctement les préservatifs masculins	1.1 Promotion du préservatif masculin	1.1.1 Renforcer le marketing social du préservatif	Existence d'un plan de marketing social du préservatif masculin	MLS	Au moins 50% des personnes sexuellement actives utilisent de façon systématique et corecte le préservatif masculin
		1.1.2 Rendre disponibles et accessibles les préservatifs masculins	Nombre de personnes utilisant systématiquement et correctement des préservatifs		
		1.1.3 Promouvoir l'utilisation correcte et systématique des préservatifs masculins			
OS2. D'ici 2010 amener 5% des femmes sexuellement actives à utiliser systématiquement et correctement les préservatifs féminins lors des rapports sexuels à risque	2.1 Promotion du préservatif féminin	2.1.1 Organiser le Marketing social du préservatif féminin	Existence d'un plan de marketing social du préservatif féminin	MLS	Au moins 5% des femmes sexuellement actives utilisent de façon systématique et corecte le préservatif féminin lors des rapports sexuels à risque
		2.1.2 Rendre disponibles et accessibles les préservatifs féminins	Nombre de femmes utilisant systématiquement et correctement les préservatifs féminins lors de rapports à risque		
		2.1.3 Promouvoir l'utilisation correcte et systématique des préservatifs féminins			

## LUTTE CONTRE LES IST

**Objectif Général**                      **Contribuer à réduire la transmission de l'infection à VIH**

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1**                                      **Reduire d'ici 2010, de 10,2 à 8 pour 1000 l'incidence des IST au sein de la population sexuellement active**

**OS2**                                      **Traiter correctement selon l'approche syndromique tous les cas d'IST dépistés**

**OS3**                                      **Etendre la couverture des services de référence IST aux 19 régions administratives**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Reduire d'ici 2010, de 10,2 à 8 pour 1000 l'incidence des IST au sein de la population sexuellement active	1.1 Communication pour la prévention des IST	1.1.1 Renforcer la mobilisation communautaire	Nombre de personnes ayant développé une IST lors des 12 derniers mois	MLS	L'incidence des IST au sein de la population sexuellement active est réduite au moins à 8 pour 1000
		1.1.2 Intensifier les campagnes de sensibilisation			
		1.1.3 Organiser des campagnes mass média			
OS2. Traiter correctement selon l'approche syndromique tous les cas d'IST dépistés	2.1 Communication pour la PEC correcte des IST	2.1.1 Renforcer la sensibilisation des personnels soignants à l'application de l'approche syndromique	Proportion de personnes dépistées traitées selon l'approche syndromique	MLS MSHP/PNPEC	Tous les cas d'IST dépistés sont traités correctement selon l'approche syndromique
		2.1.2 Organiser des campagnes mass média			
OS3. Etendre la couverture des services de référence IST aux 19 régions administratives	3.1 Actualisation des directives IST	3.1.1 Créer des services de référence IST dans les régions administratives	Nombre de services de référence IST créés et fonctionnels	MSHP/PNPEC	Les services de référence IST sont étendus aux 19 régions administratives
		3.1.2 Elaborer de nouveaux protocoles			
		3.1.3 Réviser les kits IST			
		3.1.4 Vulgariser l'utilisation des kits dans 19 régions administratives			

## SECURITE TRANSFUSIONNELLE

**Objectif Général** Améliorer la sécurité transfusionnelle

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1** 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%

**OS2** Garantir la sécurité du sang transfusé par l'amélioration de la qualification biologique des dons de sang

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. 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%	1.1 Promotion et fidélisation au don de sang régulier volontaire et non rémunéré	1.1.1 Renforcer la mobilisation communautaire	Prévalence du VIH/SIDA chez les donneurs réguliers	MLS MSHP/CNTS	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%
		1.1.2 Intensifier les campagnes de sensibilisation			
		1.1.3 Organiser des campagnes mass média			
		1.1.4 Constituer des groupes de donneurs réguliers volontaires non rémunérés à faible risque	Nombre de donneurs réguliers bénévoles non rémunérés recrutés		
OS2. Garantir la sécurité du sang transfusé par l'amélioration de la qualification biologique des dons de sang	2.1 Amélioration de la qualification biologique des dons	2.1.1 Sensibiliser le personnel technique de laboratoire des CTS à la sécurité transfusionnelle	Nombre de personnels techniques sensibilisés	MLS MSHP/CNTS	La qualification biologique du sang est amélioré
		2.1.2 Mise en place d'un système d'Assurance Qualité	Existence d'un système d'assurance qualité		

**PREVENTION DES ACCIDENTS A L'EXPOSITION AU SANG ET AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES**

<b>Objectif Général</b> Réduire de 25% l'incidence des nouvelles infections à VIH					
<b>Objectifs spécifiques (OS):</b>					
<b>OS1</b> Réduire la transmission du VIH/SIDA par exposition à du matériels tranchants, coupants, piquants, contondants					
<b>OS2</b> Améliorer la prise en charge des cas d'accident à l'exposition au sexe					
<b>OS3</b> Améliorer la prise en charge des cas d'AES du personnel de santé					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS1. Réduire la transmission du VIH/SIDA par exposition à du matériels tranchants, coupants, piquants, contondants	1.1 Promotion de la CCC chez les travailleurs utilisant matériels tranchants, coupants, contondants, piquants	1.1.1 Renforcer la mobilisation communautaire	Nombre de cas d'infection par le VIH par exposition à du matériel tranchant, coupant, piquant, contondant	MLS	Les cas d'AES en baisse chez les travailleurs utilisant matériels tranchants, coupants, contondants, piquants
		1.1.2 Intensifier les campagnes de sensibilisation			
OS2. Améliorer la prise en charge des cas d'accident à l'exposition au sexe	2.1 Communication pour la prévention du VIH en cas d'accident d'exposition au sexe	1.1.1 Renforcer la mobilisation communautaire	Nombre de cas d'accident à l'exposition au sexe pris en charge dans les structures spécialisées	MLS	La population est sensibilisée sur la conduite à tenir en cas de violences sexuelles
		1.1.2 Intensifier les campagnes de sensibilisation			
OS3. Améliorer la prise en charge des cas d'AES du personnel de santé	3.1 Prise en charge des AES et autres liquides biologiques	3.1.1 Décentraliser la PEC des AES	Nombre de cas d'AES et autres liquides biologiques pris en charge	MLS MSHP/PNPEC	Le personnel de santé victime d'AES et autres liquides biologiques pris en charge
		3.1.2 Vulgariser les directives			
		3.1.3 Elaborer et mettre en œuvre un plan d'extension			

**LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION LIEE AU VIH/SIDA**

**Objectif Général** Réduire de 25% l'incidence des nouvelles infections à VIH

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1** D'ici 2010, renforcer le cadre juridique, les pratiques et politiques en vue de la réduction de la stigmatisation et la discrimination liée au VIH

**OS2** D'ici 2010, accroître de 15,5% à 30% le pourcentage des personnes adoptant des pratiques et attitudes non discriminatoires et stigmatisantes envers les PVVIH

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS1. D'ici 2010, renforcer le cadre juridique, les pratiques et politiques en vue de la réduction de la stigmatisation et la discrimination liée au VIH	1.1 Plaidoyer pour l'élimination des pratiques discriminatoires et stigmatisantes à l'égard des PVVIH des structures et institutions	1.1.1 Recenser les structures et institutions qui ont des pratiques avérées favorisant la discrimination et la stigmatisation à l'égard des PVVIH	Nombre de structures et institutions ayant abandonné les pratiques discriminatoires et stigmatisantes à l'égard des PVVIH	MLS MJDH	Les pratiques discriminatoires et stigmatisantes à l'égard des PVVIH sont abandonnées
		1.1.2 Sensibiliser aux bonnes pratiques			
		1.1.3 Faire le plaidoyer pour l'élimination des pratiques discriminatoires et stigmatisantes			

<b>LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION LIEE AU VIH/SIDA</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS2. D'ici 2010, accroître de 15,5% à 30% le pourcentage des personnes adoptant des pratiques et attitudes non discriminatoires et stigmatisantes envers les PVVIH	2.1 Promotion de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH au niveau individuel, communautaire et professionnel	2.1.1 Renforcer la mobilisation communautaire	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	MLS MJDH	Les PVVIH sont acceptées dans leur environnement
		2.1.2 Intensifier les campagnes de sensibilisation			
		2.1.3 Organiser des campagnes mass média			
		2.1.4 Promouvoir le concept vivre positivement chez les PVVIH			

**PREVENTION CHEZ LES PVVIH**

**Objectif Général Réduire de 25% l'incidence des nouvelles infections à VIH**

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1 D'ici 2010, Amener 95 % des PVVIH à adopter des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH**

**OS2 D'ici 2010, Amener 100 % des PVVIH à fréquenter les centres de prise en charge globale**

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS1. D'ici 2010, Amener 95 % des PVVIH à adopter des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH	1.1 Promotion de la prévention positive	1.1.1 Organiser des campagnes d'information sur l'éducation au traitement	Proportion de PVVIH ayant déclaré adopter des comportements responsables	MLS	95 % des PVVIH ont adopté des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH
		1.1.2 Renforcer la mobilisation communautaire			
		1.1.3 Intensifier les campagnes de sensibilisation			
		1.1.4 Renforcer le marketing social des préservatifs			
OS2. D'ici 2010, Amener 100 % des PVVIH à fréquenter les centres de prise en charge globale	2.1 Promotion de la prise en charge efficace, des soins et de l'observance des traitements	2.1.1 Intégrer la prévention du VIH dans les services de traitement du SIDA en impliquant les travailleurs communautaires dans les centres de PEC	Proportion de PVVIH fréquentant les centres de prise en charge	MLS	

## LUTTE CONTRE LA TRANSMISSION DU VIH/SIDA PAR LA CONSOMMATION DE DROGUES

### Objectif

**Général Réduire de 25% l'incidence des nouvelles infections à VIH**

### Objectifs spécifiques (OS):

**OS1 Réduire de 25 % la transmission sanguine du VIH chez les consommateurs de drogue injectable**

**OS2 Réduire de 50 % la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogue**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Réduire de 25 % la transmission sanguine du VIH chez les consommateurs de drogue injectable	1.1 Promotion de la prévention de la transmission sanguine du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogue injectable	1.1.2 Renforcer la mobilisation communautaire	Taux de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables	MLS MSHP CILAD	Les consommateurs de drogues sont sensibilisés sur les risques de contamination par le VIH
		1.1.3 Intensifier les campagnes de sensibilisation			
		1.1.4 Renforcer les pratiques à moindre risque (programmes d'échanges de seringue)			
OS2. Réduire de 50 % la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogue	2.1 Promotion de la prévention de la transmission sexuelle du VIH/SIDA chez les consommateurs de drogue	2.1.1 Renforcer la mobilisation communautaire	Taux de transmission du VIH par voie sexuelle chez les consommateurs de drogues		
		2.1.2 Intensifier les campagnes de sensibilisation			



## **4.2. PRISE EN CHARGE**

Au cours de la revue des PSN 2002-2004/2005, il a été noté qu'un engagement politique fort de l'Etat et de la société civile associé à l'appui des partenaires techniques et financiers ont permis d'améliorer l'accès à la prise en charge des PVVIH. Cependant, le nombre de malades sous traitement ARV est encore faible particulièrement chez les enfants. De plus, les autres aspects de la prise en charge étaient peu développés (soins palliatifs, soins nutritionnels, soutien socio-économique).

Ainsi, tirant les leçons de la mise en œuvre des plans 2002-2004/2005, et tenant compte des recommandations internationales pour l'accès universel aux soins, six (6) domaines d'action prioritaires ont été identifiés :

Il s'agit de :

- DAP1 : Traitement (ARV, IO, suivi biologique, soins pédiatriques) ;
- DAP2 : Soins palliatifs ;
- DAP3 : Soutien nutritionnel ;
- DAP4 : Soutien juridique ;
- DAP5 : Soutien socio-économique ;
- DAP6 : Prise en charge des OEV.

Pour chaque Domaine d'Action Prioritaire, des objectifs et stratégies ont été définis. De plus, la prise en compte de la féminisation du virus nécessite pour chaque domaine d'action, le mainstreaming de l'approche genre avec des orientations spécifiques en faveur des femmes.

### **DAP 1 : Traitement (ARV, IO, suivi biologique, soins pédiatriques)**

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.

Objectif général :

- Augmenter le nombre de PVVIH sous ARV de 20 000 à 104 000 d'ici 2010.

Objectifs spécifiques :

- Assurer la Prise En Charge médicale des PVVIH dans tous les districts sanitaires ;
- Assurer la prise en charge pédiatrique dans tous les centres de prise en charge du VIH ;
- Renforcer la prise en charge de la co-infection VIH-tuberculose ;
- Assurer l'accès des médicaments dans tous les centres de PEC (ARV, CTX et autres médicaments Ios) ;
- Mettre en place un système d'assurance qualité des services de prise en charge médicale.

Stratégies :

- Augmentation du nombre de centres de prise en charge médicale ;
- Création d'un cadre juridique et institutionnel des activités des conseillers communautaires au sein des structures sanitaires ;
- Augmentation de la sensibilisation de la population sur l'offre de soins aux PVVIH ;
- Mise en place d'un système de référence et contre référence pour la prise en charge thérapeutique et biologique ;
- Organisation d'un cadre de collaboration entre les acteurs ;
- Amélioration de l'accès aux structures sanitaires des enfants nés de mères séropositives ;
- Amélioration du dépistage VIH de tous les patients tuberculeux ;

- Amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH ;
- Obtention de la gratuité du Cotrimoxazole et la réduction des coûts des autres médicaments des Ios ;
- Mise en place d'un groupe technique chargé de l'assurance qualité des services de prise en charge médicale ;
- Elaboration de normes, guides et standards de qualité des services de prise en charge médicale (clinique, laboratoire, pharmacie).

## **DAP 2 : Soins palliatifs**

L'augmentation de l'offre des soins palliatifs ou soins complémentaires aux PIAVIH permettra d'améliorer, maintenir, promouvoir la santé et le bien être, éviter la maladie ou traiter les malaises qui ne font pas partie du traitement spécifique de la personne infectée par le VIH/SIDA. L'offre de soins palliatifs sera organisée dans les structures de santé pour se poursuivre à domicile et dans la communauté. En raison du caractère relativement récent des soins palliatifs, un accent particulier sera mis sur la sensibilisation des populations et la formation des Organisations à Assise Communautaire.

### Objectif général :

- Offrir des soins palliatifs à un plus grand nombre de PIAVIH d'ici 2010.

### Objectifs spécifiques :

- Renforcer l'offre de soins palliatifs dans les structures sanitaires, la communauté et à domicile ;
- Développer les soins à domicile et les soins communautaires ;
- Mobiliser la société pour les soins palliatifs.

### Stratégies :

- Renforcement de l'accès aux médicaments nécessaires et aux produits nutritionnels thérapeutiques ;
- Renforcement du soutien aux familles et aux soignants ;
- Mise en place d'un cadre de réglementation des soins à domicile et dans la communauté ;
- Renforcement des structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté ;
- Sensibilisation de la société aux soins palliatifs.

## **DAP 3 : Soutien nutritionnel**

Fort des résultats des expériences pilotes menées en Côte d'Ivoire, les efforts en matière de Nutrition et VIH viseront à intégrer le soutien nutritionnel et alimentaire 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.

### Objectif :

- Renforcer le soutien nutritionnel et alimentaire dans la communauté ;

### Stratégies :

- Renforcement de la sécurité alimentaire des PIAVIH ;
- Promotion des aliments fortifiés ;

## **DAP 4 : Soutien juridique**

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.

### Objectif:

- Apporter un soutien juridique à tous les PIAVIH exprimant un besoin

### Stratégies :

- Promotion des droits et devoirs des PIAVIH
- Amélioration de l'offre de services d'assistance juridique en faveur des PIAVIH

## **DAP 5 : Soutien socio-économique**

En vue de réduire l'impact économique et social du VIH/SIDA, des conditions seront créées pour faciliter l'accès des PIAVIH aux activités génératrices de revenus (AGR) et leur réinsertion sociale. Un accent particulier sera mis sur l'encadrement des bénéficiaires d'AGR.

### Objectif :

- Améliorer la qualité de vie de tous les PVVIH.

### Stratégies :

- Facilitation de la création d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) par les PIAVIH et les organisations ;
- Mise en place d'un mécanisme de financement des AGR ;
- Mobilisation de la communauté pour le soutien aux projets d'AGR ;
- Facilitation de la ré-insertion sociale des PVVIH.

## **DAP 6 : Prise en charge des OEV**

Au cours de la période 2006-2010, le renforcement de l'accès des OEV aux services de base et l'engagement des communautés en faveur des OEV permettront de réduire la dislocation de la cellule familiale liée à l'infection à VIH/SIDA.

### Objectif général :

- D'ici fin 2010, assurer la prise en charge des OEV et de leurs familles.

### Objectifs spécifiques :

- Renforcer les capacités de 30% des familles pour la prise en charge des OEV ;
- Mobiliser 50% de la population sur la problématique des OEV en vue d'un changement de comportement ;
- Assurer l'accès de 40% des OEV aux services sociaux de base, éducation et formation ;
- Assurer la prise en charge psychosociale de 60% des OEV et leurs familles.

### Stratégies :

- Développement d'AGR pour les familles d'OEV démunies ;
- Mobilisation en faveur des OEV et de leurs familles ;
- Scolarisation des OEV démunis ;
- Appui alimentaire et nutritionnel aux OEV et leur famille démunis scolarisés ou non ;
- Facilitation de l'accès à la formation et à l'insertion socioprofessionnelle des OEV déscolarisés et non scolarisés ;
- Renforcement du soutien psychologique aux parents et aux OEV.

**TRAITEMENT (ARV, IO, suivi biologique, Soins pédiatriques)**

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

**Objectifs spécifiques (OS):**

- OS1 Assurer la Prise En Charge médicale des PVVIH dans tous les districts sanitaires**
- OS2 Assurer la prise en charge pédiatrique dans tous les centres de prise en charge du VIH**
- OS3 Renforcer la prise en charge de la co-infection VIH-tuberculose**
- OS4 Assurer l'accès des médicaments dans tous les centres de PEC (ARV, CTX et autres médicaments los)**
- OS5 Mettre en place un système d'assurance qualité des services de prise en charge médicale**

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>	
OS1: Assurer la Prise En Charge médicale des PVVIH dans tous les districts sanitaires	1.1 Augmentation du nombre de centres de prise en charge médicale	1.1.1 Sensibiliser les districts sanitaires pour une meilleure mise en oeuvre de l'approche district	Nombre de centre de prise en charge médicale	MSHP/PNPEC	La prise en charge est effective dans tous les districts	
	1.2 Création d'un cadre juridique et institutionnel des activités des conseillers communautaires au sein des structures sanitaires	1.2.1 Etablir un consensus sur le paquet minimum d'activités	Cadre juridique et institutionnel des activités des conseillers	MSHP/PNPEC MFP	Cadre juridique et institutionnel des activités des conseillers crée	
		1.2.2 Créer un corps de conseillers communautaires				
	1.3 Augmentation de la sensibilisation de la population sur l'offre de soins aux PVVIH		1.3.1 Organiser des campagnes de sensibilisation de proximité et de masse	Nombre de campagnes de sensibilisation et de campagnes de mobilisation	MLS MSHP/PNPEC	La population est informée sur l'offre de soins aux PVVIH
			1.3.2 Organiser des campagnes de mobilisation communautaire			

TRAITEMENT (ARV, IO, suivi biologique, Soins pédiatriques)					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1: Assurer la Prise En Charge médicale des PVVIH dans tous les districts sanitaires	1.4 Mise en place d'un système de référence et contre référence pour la prise en charge thérapeutique et biologique	1.4.1 Etablir des liens entre les services de prise en charge (médicale et biologique)	Le système de référence et contre référence pour la prise en charge thérapeutique et biologique	MSHP/PNPEC	Le système de référence et contre référence est disponible
		1.4.2 Mettre en place le réseau des prestataires de la PEC			
	1.5 Organisation d'un cadre de collaboration entre les acteurs	1.5.1 Sensibiliser les tradipraticiens, leaders religieux, leaders communautaires et mass-média en matière d'accompagnement des PIAVIH	Le cadre de collaboration entre les acteurs de la PEC	MLS MSHP/PNPEC	Le cadre de collaboration entre les acteurs est disponible
		1.5.2 Assurer une collaboration effective entre les prestataires de santé et les tradipraticiens			
OS2: Assurer la prise en charge pédiatrique dans tous les centres de prise en charge du VIH	2.1 Amélioration de l'accès aux structures sanitaires des enfants nés de mères séropositives	2.1.1 Mise en place d'un calendrier couplé au programme de vaccination pour le dépistage précoce et le suivi	Nombre d'enfants nés de mères séropositives dépistés	MSHP/PNPEC	L'accès aux structures sanitaires des enfants nés de mères séropositives est amélioré
		2.1.2 Renforcer la sensibilisation des mères PVVIH			
OS3: Renforcer la prise en charge de la co-infection VIH-tuberculose	3.1 Amélioration du dépistage VIH de tous les patients tuberculeux	3.1.1 Assurer le dépistage VIH de tous les patients tuberculeux	Pour mémoire	MSHP/PNLT-PNPEC	Pour mémoire

<b>TRAITEMENT (ARV, IO, suivi biologique, Soins pédiatriques)</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS3: Renforcer la prise en charge de la co-infection VIH-tuberculose	3.2 Amélioration du diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH	3.2.1 Assurer le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH	Pour mémoire	MSHP/PNLT-PNPEC	Pour mémoire
OS4: Assurer l'accès des médicaments dans tous les centres de PEC (ARV, CTX et autres médicaments los)	4.1 Obtention de la gratuité du CTX et la réduction des coûts des autres médicaments des los	4.1.1 Engager un plaidoyer pour la gratuité du CTX et la réduction du coût des autres médicaments des los	Nombre de centres de santé offrant gratuitement CTX et disposant de médicaments d'los à coût réduit	MSHP/PNPEC-PSP	CTX est gratuit et le coût des autres médicaments des los est réduit
		4.1.2 Evaluer les besoins en ARV et intrants stratégiques (Médicaments IOS/TB/IST, réactifs, consommables)			
		4.1.3 Mettre gratuitement le CTX à la disposition des PVVIH éligibles			
		4.1.4 Rendre disponibles les médicaments des autres los dans les centres de PEC			

<b>TRAITEMENT (ARV, IO, suivi biologique, Soins pédiatriques)</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS5: Mettre en place un système d'assurance qualité des services de prise en charge médicale (clinique, laboratoire, pharmacie)	5.1 Mise en place d'un groupe technique chargé de l'assurance qualité des services de prise en charge médicale	5.1.1 Former et définir les attributions du groupe technique chargé AQ des services PEC	Groupe technique chargé AQ des services PEC	MSHP/PNPEC	Groupe technique chargé AQ des services PEC formé
	5.2 Elaboration de normes, guides et standards de qualité des services de prise en charge médicale (clinique, laboratoire, pharmacie)	5.2.1 Rédiger/valider/Editer les normes, guides et standards de qualité des services de prise en charge médicale	Normes, guides et standards de qualité des services de prise en charge médicale (clinique, laboratoire, pharmacie)	MSHP/PNPEC	Normes, guides et standards de qualité des services disponibles



## SOINS PALLIATIFS

**Objectif général:** Offrir des soins palliatifs aux PIAVIH d'ici 2010

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1 Renforcer l'offre de soins palliatifs dans toutes les structures sanitaires, la communauté et à domicile**

**OS2 Développer les soins à domicile et les soins communautaires**

**OS3 Mobiliser la société pour les soins palliatifs**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1: Renforcer l'offre de soins palliatifs dans toutes les structures sanitaires, la communauté et à domicile	1.1 Renforcement de l'accès aux médicaments nécessaires et aux produits nutritionnels thérapeutiques	1.1.1 Réviser le cadre réglementaire de l'utilisation des opioïdes	Cadre réglementaire	MSHP/PNPEC-DPM-PSP CNOMCI	Cadre réglementaire révisé
		1.1.2 Fournir/approvisionner les structures sanitaires assurant des soins palliatifs en médicaments essentiels, opioïdes et autres produits (nutritionnels ; etc.)	Nombre de centres de prise en charge disposant d'opioïdes		Les centres de prise en charge disposent d'opioïdes
		Mettre en oeuvre un mécanisme de contrôle de la gestion des opioïdes			
	1.2 Renforcement du soutien aux familles et aux soignants	1.2.1 Sensibiliser la communauté dans le cadre des soins palliatifs au respect de la législation (valeurs, croyances ; culture), de la diversité et des interprétations de la spiritualité et de la culture	Nombre d'organisation offrant un soutien aux familles et aux soignants	MSHP/PNPEC	Les organisations offrent un soutien aux familles et aux soignants

## SOINS PALLIATIFS

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1: Renforcer l'offre de soins palliatifs dans toutes les structures sanitaires, la communauté et à domicile	1.2 Renforcement du soutien aux familles et aux soignants	1.2.2 Organiser le soutien psychosocial, culturel et spirituel aux familles à domicile et en institution avant et après le décès	Nombre de bénéficiaires de soutien	MSHP/PNPEC	Les familles et les soignants sont soutenus
		1.2.3 Prévenir/gérer le SEPS dans les structures offrant des soins palliatifs			
OS2: Développer les soins à domicile et les soins communautaires	2.1 Mise en place d'un cadre de réglementation des soins à domicile et dans la communauté	2.1.1 Prendre un arrêté pour la réglementation des soins à domicile et dans la communauté	Arrêté réglementant les soins à domicile et dans la communauté	MSHP/PNPEC-DSC	Le cadre de réglementation des soins à domicile et dans la communauté existe
		2.1.2 Faire un plaidoyer pour mettre en œuvre le cadre réglementaire des soins à domicile et dans la communauté			
	2.2 Renforcement des structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté	2.2.1 Elaborer des normes, procédures et guides de soins palliatifs à domicile et dans la communauté	Nombre de structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté	MLS MSHP/PNPEC	Les structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté sont renforcées
		2.2.2 Superviser les structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté			
OS3: Mobiliser la société pour les soins palliatifs	3.1 Sensibilisation de la société aux soins palliatifs	3.1.1 Développer les outils de sensibilisation	Différents types d'outils élaborés Nombre d'outils diffusés Nombre de campagne de sensibilisation	MLS MSHP/PNPEC	La société est sensibilisée aux soins palliatifs
		3.1.2 Organiser des séances de sensibilisation au profit des populations cibles			

## SOUTIEN NUTRITIONNEL

**Objectif :** Renforcer le soutien nutritionnel et alimentaire dans la communauté

OBJECTIF	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
Renforcer le soutien nutritionnel et alimentaire dans la communauté	1.1 Renforcement de la sécurité alimentaire des PIAVIH	1.1.1 Approvisionner les organisations en kits nutritionnels et alimentaires	Nombre d'organisations approvisionnés en micronutriments et kits de nutrition thérapeutique	MSHP/PNN-DPM-PSP	Les organisations à base communautaire son approvisionnés en micronutriments et kits de nutrition thérapeutique
		1.1.2 Opérationnaliser les expériences pilotes	Nombre de bénéficiaires	MSHP/PNN	Les semences et aliments sont distribués aux PIAVIH
		1.1.3 Distribuer des semences et aliments aux PIAVIH			
	1.2 Promotion des aliments fortifiés	1.2.1 Fortifier des aliments	Nombre d'aliments vecteurs fortifiés	MSH/PNN/ANF	Les aliments de consommation courante sont fortifiés
		1.2.2 Sensibiliser les PIAVIH à la consommation d'aliments fortifiés			

## SOUTIEN JURIDIQUE

**Objectif:** Apporter un soutien juridique à tous les PIAVIH exprimant un besoin

OBJECTIF	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
Apporter un soutien juridique à tous les PIAVIH exprimant un besoin	1.1 Promotion des droits et devoirs des PIAVIH	1.1.1 Créer un service juridique pour la promotion des droits et devoirs des PIAVIH	Nombre de dispositions légales prises	MJDH MLS	Les droits et devoirs des PIAVIH sont promus
		1.1.2 Renforcer les dispositions légales protégeant les PIAVIH			
		1.1.3 Sensibiliser les PIAVIH et les autres acteurs sur leurs droits et devoirs			
	1.2 Amélioration de l'offre de services d'assistance juridique en faveur des PIAVIH	1.2.1 Sensibiliser les PIAVIH sur la disponibilité des services d'assistance juridique	Nombre de cas de violations assistés	MJDH MLS	Offre de services d'assistance juridique en faveur des PIAVIH améliorée

**SOUTIEN SOCIO-ECONOMIQUE**

**Objectif:** Améliorer la qualité de vie de tous les PIAVIH

OBJECTIF	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
Améliorer la qualité de vie de tous les PIAVIH	1.1 Facilitation de la création d' Activités Génératrices de Revenus (AGR) par les PIAVIH et les organisations	1.1.1 Identifier les PIAVIH et organisations devant bénéficier d'AGR	Nombre d'AGR créés Nombre de PIAVIH bénéficiaires	MLS	Activités Génératrices de Revenus créés
		1.1.2 Accompagner les bénéficiaires			
	1.2 Mise en place d'un mécanisme de financement des AGR	1.2.1 Identifier les organismes de financement des AGR	Mécanisme de financement des AGR	MEF MLS MFAS M Agriculture	Mécanisme de financement des AGR élaboré
		1.2.2 Etablir un consensus sur la politique nationale de financements des AGR			
		1.2.3 Mettre en place un fonds de garantie			
	1.3 Mobilisation de la communauté pour le soutien aux projets d'AGR	1.3.1 Plaidoyer pour faciliter l'accès au financement et la mise en œuvre des micro-projets	Nombre de campagnes de sensibilisation menées	MLS	Communauté mobilisée
		1.3.2 Sensibiliser la communauté sur l'existence des micro-financements à caractère social			
	1.4 Facilitation de la ré-insertion sociale des PIAVIH	1.4.1 Définir une politique sociale en faveur des PIAVIH	Nombre de PIAVIH réinsérées	MLS/MFAS/ M Agriculture	Ré-insertion sociale des PIAVIH facilitée
		1.4.2 Accorder des régimes de faveur aux PIAVIH notamment en matière d'éducation, logement, soins médicaux et assurance			
		1.4.3 Apporter un soutien alimentaire et nutritionnel aux familles démunies			

**PRISE EN CHARGE DES OEV**

**Objectif général:** D'ici fin 2010, Assurer la prise en charge des OEV et de leurs familles

**Objectifs spécifiques (OS):**

<b>OS1</b>	<b>Renforcer les capacités de 30% des familles pour la prise en charge des OEV</b>
<b>OS2</b>	<b>Mobiliser 50% de la population sur la problématique des OEV en vue d'un changement de comportement</b>
<b>OS3</b>	<b>Assurer l'accès de 40% des OEV aux services sociaux de base, éducation et formation</b>
<b>OS4</b>	<b>Assurer la prise en charge psychosociale de 60% des OEV et leurs familles</b>

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS <sub>1</sub> : Renforcer les capacités de 30% des familles pour la prise en charge des OEV	1.1 Développement d'AGR pour les familles d'OEV démunies	1.1.1 Identifier les familles	Nombre de familles d'OEV bénéficiaires d'AGR	MFAS/PN-OEV	AGR pour les familles d'OEV démunies développées
		1.1.2 Rendre disponible les ressources			
OS <sub>2</sub> : Mobiliser 50% de la population sur la problématique des OEV en vue d'un changement de comportement	2.1 Mobilisation en faveur des OEV et de leurs familles	2.1.1 Plaidoyer	Nombre de sessions de plaidoyer Nombre de campagnes de sensibilisation	MFAS/PN-OEV	Communautés mobilisées en faveur des OEV et leurs familles
		2.1.2 Sensibiliser			

PRISE EN CHARGE DES OEV					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS <sub>3</sub> : Assurer l'accès de 40% des OEV aux services sociaux de base, éducation et formation	3.1 Scolarisation des OEV démunis	3.1.1 Identifier et évaluer les besoins des OEV démunis scolarisés ou à scolariser	Nombre d'OEV démunis scolarisés	MFAS-PN-OEV MEN	OEV démunis scolarisés
		3.1.2 Assurer la scolarisation des OEV démunis			
		3.1.3 Faciliter l'accès des OEV démunis et scolarisés aux cantines scolaires			
	3.2 Appui alimentaire et nutritionnel aux OEV et leur famille démunis scolarisés ou non	3.2.1 Appui alimentaire et nutritionnel aux OEV et leur famille démunis scolarisés ou non	Nombre d'OEV et leur famille bénéficiaires	MFAS-PN-OEV MSHP-PNN	OEV et leur famille démunis soutenus
	3.3 Facilitation de l'accès à la formation et à l'insertion socioprofessionnelle des OEV déscolarisés et non scolarisés	3.3.1 Identifier les OEV déscolarisés et non scolarisés	Nombre d'OEV déscolarisés et non scolarisés insérés dans la vie socioprofessionnelle	MEP Ministère Artisanat MFAS-PN-OEV	OEV déscolarisés et non scolarisés insérés
		3.3.2 Plaidoyer auprès des structures pour l'accès des OEV aux services de formation et d'apprentissage			
3.3.3 Assurer l'insertion socio-professionnelle					
OS <sub>4</sub> : Assurer la prise en charge psychosociale de 60% des OEV et leurs familles	4.1 Renforcement du soutien psychologique aux parents et aux OEV	4.1.1 Mettre en place des groupes d'auto-soutien	Nombre de groupes d'auto-soutien mis en place	MFAS-PN-OEV	OEV et leurs parents soutenus psychologiquement
		4.1.2 Elaborer/Valider/Diffuser un Guide de Prise en charge psychosocial pour les OEV et leurs familles			

### **4.3. COORDINATION**

Pour intensifier la Réponse Nationale face à l'épidémie du VIH/SIDA, la Côte d'Ivoire a opté depuis plusieurs années, pour une lutte Multisectorielle et Décentralisée.

Les différents appels lancés en faveur de cette intensification ont abouti ces dernières années avec satisfaction à une multiplicité des intervenants et des interventions.

Pour avoir une coordination adéquate de cette Réponse Nationale, le Gouvernement a créé et installé différents organes : le CNLS, le CIMLS, le CMP, les Comités Décentralisés et les Comités Sectoriels.

L'analyse de la Situation et de la Réponse faite au cours de la revue des Plans Stratégique 2002-2004 et Intérimaire 2005, a montré des insuffisances au niveau de la coordination.

Pour corriger ces insuffisances, la revue a recommandé le renforcement de la coordination parmi les axes stratégiques d'intervention du PSN 2006-2010.

Ainsi, dans le cadre du "Three one's" qui recommande entre autre une structure unique nationale de coordination, le CNLS créé et installé en 2004, est et demeure l'instance unique de coordination de la Réponse Nationale.

Le MLS qui assure le Secrétariat Technique du CNLS, est le manager principal en terme de coordination des interventions de lutte contre le VIH/SIDA.

Au niveau central, il est proposé :

- La création d'un Secrétariat Général au sein du MLS pour renforcer sa capacité technique ;
- La transformation du CMP en Forum des Partenaires.

Au niveau décentralisé, il est prévu la déconcentration du MLS pour appuyer techniquement la décentralisation, par :

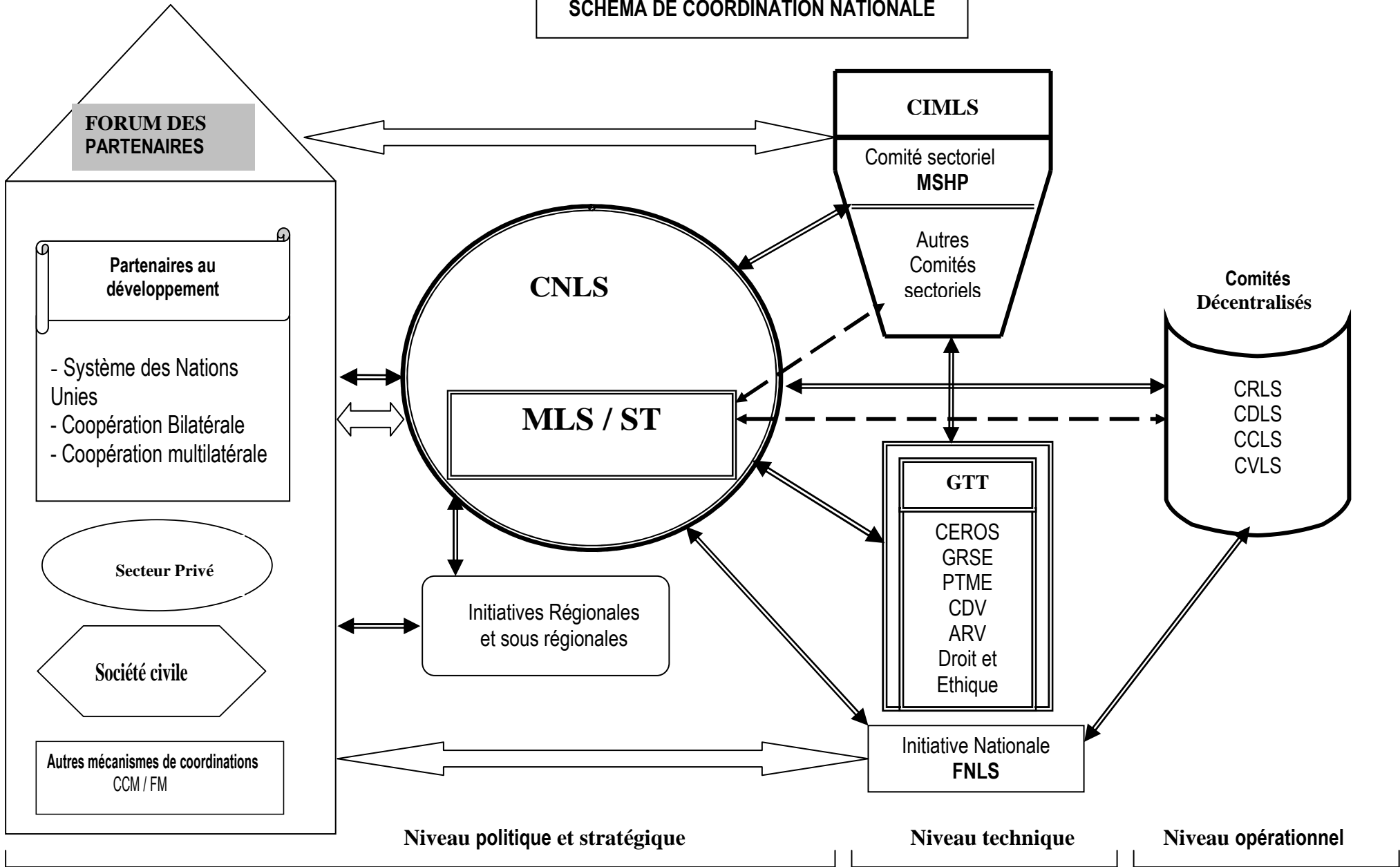
- la mise en place d'une équipe technique d'appui au niveau régional sous la responsabilité d'un Conseiller Régional VIH/SIDA ;
- la mise en place d'une équipe technique d'appui au niveau départemental sous la responsabilité d'un Conseiller Départemental VIH/SIDA.

Pour prendre en compte la communalisation en cours au niveau national, le PSN 2006-2010 envisage, la mise en place d'une équipe technique d'appui au niveau communal sous la responsabilité d'un Conseiller Communal VIH/SIDA nommé par le Conseil Municipal.

La figure ci-dessous schématise les liens fonctionnels (partenariat, concertation, maillage) entre les différentes sous entités de coordinations précédemment citées.



**SCHEMA DE COORDINATION NATIONALE**



## **Les organes de coordination**

La coordination de la lutte contre le VIH/SIDA s'envisage à trois niveaux : un niveau politique et stratégique, un niveau technique et un niveau opérationnel. Ainsi, les organes de la lutte contre le SIDA se répartissent selon ces niveaux.

### **Le niveau politique et stratégique**

#### **➤ Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)**

Le CNLS est l'organe de coordination des interventions de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire. Il est chargé de définir les orientations politiques et stratégiques nationales en matière de lutte contre le SIDA, de valider le plan national de lutte contre le VIH/SIDA, de mobiliser les ressources nécessaires à la lutte contre le SIDA, et d'apprécier les résultats de la lutte contre le SIDA et de valider les éventuelles réorientations politiques et stratégiques

#### **Le Ministère de la Lutte contre le SIDA (MLS)**

Le MLS est le Secrétariat Technique (ST) du CNLS et ses principales missions sont : (i) faire le plaidoyer, (ii) assurer la coordination de la lutte contre le SIDA, (iii) assurer le suivi évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA.

Pour mieux assurer son rôle de coordination, le MLS va mettre en place un Secrétariat Général (en tant que cellule de coordination). Ce Secrétaire Général va jouer le rôle d'interface au niveau du Ministère avec toutes les instances du schéma institutionnel de coordination.

#### **➤ Le Forum des Partenaires**

Ce Forum regroupe :

- Les Partenaires du système des Nations Unies : ONUSIDA et les co - parrains (OMS, UNFPA, UNICEF, UNESCO, BM, PNUD, PAM, HCR, BIT, PNUCID (absent de la Côte d'Ivoire et représenté par le PNUD) ; les autres institutions des nations unies : OCHA, FAO, ONUCI et OIM.
- Les Partenaires au Développement avec :
  - Les Coopérations bilatérales : France, Belgique, Italie, Canada, Allemagne, Japon, Etats-Unis (PEPFAR, USAID);
  - Les Coopérations multilatérales : Union Européenne, BM, Fonds Mondial de lutte contre le SIDA/Tuberculose/Paludisme.
- La Société Civile : ONGs nationales et internationales, OBC, Alliance des Maires, Alliance des Religieux pour la Lutte contre le SIDA et autres pandémies, le réseau des PVVIH, COSCI.
- Le Secteur Privé : CGECI, Coalition des Entreprises.
- Les autres mécanismes de coordination : CCM/FM.

Le rôle du Forum des Partenaires est d'assurer la coordination des interventions de lutte contre le Sida notamment en ce qui concerne la mobilisation des ressources et le suivi - évaluation de l'exécution des fonds mobilisés. Il a pour fonctions essentielles, sur la base des expériences de certains pays de la sous- région, de :

- Fournir un forum pour le dialogue et le partage de l'information ;
- Appuyer le CNLS comme seule autorité de coordination nationale ;
- Planifier et mettre en œuvre les revues thématiques, les études et l'élaboration des directives y relatives ;

- Promouvoir les actions conjointes en matière de planification, de financement, etc. ;
- Développer les stratégies conjointes de mobilisation des ressources ;
- Faire le plaidoyer et fournir les outils pour la formulation, la revue et la mise en œuvre de politique ;
- Servir de levier pour l'extension de la réponse avec une vision dynamique d'adaptation au changement ;
- Promouvoir et adapter les meilleures pratiques au niveau départemental, régional, national et international ;
- Faire des revues régulières, partager l'information et échanger sur les progrès et les défis de la réponse nationale ;
- Développer l'alignement à travers le partenariat et appuyer dans l'harmonisation des procédures et systèmes ;
- Renforcer les liens entre la réponse de UNGASS, les Objectifs du Développement pour le Millénaire et les Documents stratégiques nationaux ;
- Anticiper, recevoir et orienter les initiatives et mécanismes de financement existant et émergents ;
- Renforcer les liens horizontaux et verticaux entre le système des Nations Unies, les agences bilatérales, gouvernement, société civile et personnes vivant avec le VIH/SIDA et les autres parties prenantes.

## **Le niveau technique**

### ➤ **Le Conseil Inter Ministériel de Lutte (CIMLS)**

Le CIMLS est chargé du suivi de l'orientation et la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles. Il assure la bonne exécution technique et financière des plans d'action des secteurs et évalue l'efficacité multisectorielle de la lutte contre le SIDA.

### ➤ **Fonds National de lutte contre le SIDA**

Le FNLS a pour mission essentielle de mobiliser les ressources additionnelles en faveur de la lutte contre le SIDA en vue de favoriser la pérennisation des interventions. Ce Fonds dispose d'un Conseil de Gestion présidé par le Ministre en charge de l'Economie et des Finances.

### ➤ **Les Comités sectoriels**

Ils ont pour rôle de :

- Faciliter l'élaboration et la validation des plans d'action sectoriels de lutte contre le SIDA;
- Faciliter la mise en œuvre ;
- Assurer la coordination et le suivi évaluation des activités.

Ces comités impliquent le secteur au sens large (public, privé et société civile) et sont pilotés par le ministère en charge du secteur. Ils ont la responsabilité de susciter la création de cellules focales dans les structures sous tutelle du ministère concerné.

### ➤ **Les Groupes Techniques de Travail (GTT)**

Ils apportent un avis technique et éclairent sur des thématiques nécessitant des interventions particulières ou devant faire l'objet de diffusion comme bonnes pratiques. Ce sont notamment les groupes : Cellule de Réflexion sur les Orphelins du SIDA (CEROS), Groupe de Réflexion sur le Suivi-Evaluation (GRSE), Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), Conseil et Dépistage Volontaire (CDV), AntiRetro-Viraux (ARV) et Droit et Ethique, etc. Au sein des GTT, le Comité Tripartite devenu le **Groupe Technique d'Orientation des Interventions** regroupe les partenaires au développement, les Ministères techniques (MLS, MSHP, MFAS, MFPERA, MEN) et les partenaires de mise en œuvre. Ce groupe a pour but de partager les expériences et les informations, de développer les stratégies et favoriser les possibilités de synergie d'actions.

## **Le niveau opérationnel**

### **Les Comités Décentralisés**

Ils comprennent :

- Les Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS), présidés par les Préfets de Région. Ils ont pour rôle de faciliter la planification, mobiliser les ressources, assurer le suivi de la mise en œuvre, assurer la coordination, et rendre compte au niveau central;
- Les comités de district sont présidés par le Gouverneur du district. Il s'agit des districts d'Abidjan et de Yamoussoukro. Leur rôle s'apparente à celui des comités régionaux ;
- Les Comités Départementaux présidés par les Préfets de Département ont pour rôle de : faciliter l'élaboration des plans opérationnels à partir du plan régional, mobiliser les ressources, assurer le suivi de la mise en œuvre, assurer la coordination et rendre compte au niveau régional ;

- Les Comités Communaux présidés par le sous-Préfet sont chargés de : faciliter l'élaboration des plans opérationnels au niveau communal, mobiliser les ressources nécessaires, assurer le suivi de la mise en œuvre, et rendre compte au niveau départemental.

## Les Mécanismes de coordination

Le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) est l'instance de coordination nationale placée sous la présidence du Chef de l'Etat qui préside personnellement les sessions de cet organe. Il est représenté au niveau décentralisé respectivement par les Comités régionaux de Lutte contre le SIDA (région), les Comités départementaux de Lutte contre le SIDA (département), les Comités Communaux de Lutte contre le SIDA (commune), et les Comités Villageois de Lutte contre le SIDA (village). Au niveau sectoriel, ce sont le Comité InterMinistériel de Lutte contre le SIDA (Primature), et les Comités Sectoriels de Lutte contre le SIDA (les ministères couvrant les différents secteurs). Son secrétariat technique est assuré par le Ministère de la Lutte contre le SIDA. La mise en place de cette instance s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des trois principes directeurs ou « Three ones ». Le CNLS travaille de concert avec les autres organes assurant soit la coordination technique, opérationnelle ou stratégique à travers le partenariat, la concertation ou le maillage.

Ainsi, la **concertation** se fait de façon régulière et soutenue entre les différents fora représentés dans le cadre institutionnel, en l'occurrence, le Conseil Interministériel de Lutte contre le SIDA, le Forum des partenaires (agences du système des Nations Unies, les bi et multilatéraux, le secteur privé, le Comité de Coordination Nationale des projets financés par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA/Tuberculose/paludisme, la société civile), les groupes techniques de travail relevant des différents secteurs de lutte contre le VIH/SIDA, les comités sectoriels de lutte contre le SIDA, les comités décentralisés, les représentations ou agences d'exécution des initiatives sous-régionales (Projet CORRIDOR, Projet Rail Link, Projet Sécuriser le Futur, Le Projet Mano River), etc.

De même, le **partenariat** est établi et fonctionne également de façon soutenue avec l'ensemble des acteurs et bénéficiaires afin de permettre un engagement et une grande implication de ces acteurs/bénéficiaires, notamment de la société civile dans la formulation de politiques et programmes et la prise de décisions. Ces partenariats vont faciliter la réalisation de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien à tous les niveaux : central et décentralisé, impliquant toutes les instances du cadre institutionnel. Le Forum de partenariat sera l'espace d'impulsion de la mise en place des partenariats contre le VIH/SIDA.

Dans le cadre de cette coordination, à travers le **maillage**, les réseaux de la société civile (Réseau des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA –RIP+, le Collectif des ONGs de lutte contre le SIDA – COSCI-, le Réseau des organes de presse et de medias contre le SIDA et les autres maladies en Cote d'Ivoire – REPMASCI, la Cellule des Femmes de Medias contre le SIDA- CFMS- , l'Alliance des Maires et Conseillers Municipaux contre le SIDA, le Forum des Religieux contre le SIDA, etc.) ainsi que d'autres regroupements vont constituer le levier de la lutte contre le SIDA au niveau des communautés. Ceci, afin de favoriser leur implication pour en faire des acteurs efficaces de lutte contre le SIDA, et garantir une participation effective des populations. A cet effet, les différentes instances dans lesquels sont représentés les partenaires du secteur public, privé, de la société civile et des partenaires au développement vont structurer et organiser les différentes actions afin de favoriser le passage à l'échelle ou l'extension des interventions à travers une implication de tous à tous les niveaux.

Dans le cadre du plan stratégique national 2006-2010, les objectifs et stratégies de coordination sont les suivants :

## **Objectif Général :**

Renforcer la coordination nationale de la lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire d'ici 2010.

## **Objectifs spécifiques :**

1. Rendre adéquat le fonctionnement du Conseil National de lutte contre le SIDA ;
2. Rendre opérationnel le Conseil InterMinistériel de lutte contre le SIDA ;
3. Rendre opérationnel le Comité Multipartite et de Partenariat (remplacé par le Forum des Partenaires) ;
4. Rendre opérationnel les comités sectoriels ;
5. Opérationnaliser les Comités Régionaux ;
6. Opérationnaliser les Comités Départementaux ;
7. Opérationnaliser les Comités Communaux et des Districts d'Abidjan et de Yamoussoukro ;
8. Assurer l'harmonisation des activités des différentes structures nationales de coordination.

## Stratégies

- Création d'un Secrétariat Général (SG) ;
- Opérationnalisation du SG ;
- Plaidoyer auprès du Premier Ministre et des membres du Gouvernement ;
- Inscription formelle du VIH/SIDA à l'ordre du jour de Conseils de Gouvernement deux fois par an ;
- Transformation du CMP en Forum des Partenaires ;
- Plaidoyer auprès des partenaires pour une participation au plus haut niveau aux réunions du Forum ;
- Plaidoyer auprès des acteurs des secteurs pour la prise en compte de la dimension VIH/SIDA dans leurs plans de développement ;
- Mobilisation des ressources en faveur de la lutte multisectorielle ;
- Opérationnalisation des Comités Régionaux de lutte contre le SIDA ;
- Opérationnalisation des Comités Départementaux ;
- Opérationnaliser le comité Communal ;
- Révision du décret du CNLS afin d'inclure le CCM et les autres entités de coordination.

## COORDINATION

**Objectif général:** Renforcer la coordination nationale de la lutte contre le VIH / SIDA en Côte d'Ivoire d'ici 2010

**Objectifs spécifiques (OS):**

<b>OS1</b>	<b>Assurer le fonctionnement adéquat du CNLS</b>
<b>OS2</b>	<b>Rendre opérationnel le CIMLS</b>
<b>OS3</b>	<b>Rendre opérationnel le CMP</b>
<b>OS4</b>	<b>Rendre opérationnel les comités sectoriels</b>
<b>OS5</b>	<b>Opérationnaliser les Comités régionaux</b>
<b>OS6</b>	<b>Opérationnaliser les Comités départementaux</b>
<b>OS7</b>	<b>Opérationnaliser les Comités communaux/ Districts d'Abidjan et de Yamoussoukro</b>
<b>OS8</b>	<b>Assurer l'harmonisation des activités des différentes structures nationales de coordination</b>

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS1. Assurer le fonctionnement adéquat du CNLS	1.1 Création d'un Secrétariat Général (SG)	1.1.1 Prendre les textes administratifs requis	Nombre de textes administratifs pris et diffusés	CNLS MLS	Le SG nommé
		1.1.2 Nommer le SG /MLS			
	1.2 Opérationnalisation du SG	1.2.1 Mettre en place un budget de fonctionnement	Montant du budget de fonctionnement du SG	MLS/SG	Le SG est opérationnel
		1.2.2 Organiser régulièrement les réunions statutaires du CNLS	Nombre de réunions statutaires organisées avec PV disponible		



COORDINATION					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS2. Rendre opérationnel le CIMLS	2.1 Plaidoyer auprès du Premier Ministre et des membres du Gouvernement	2.1.1 Défendre un document de plaidoyer auprès du Premier Ministre et des Membres du Gouvernement	Document remis et défendu auprès du Premier Ministre et au membres du gouvernement	MLS/SG	CIMLS Fonctionnel
	2.2 Inscription formelle du VIH/SIDA à l'ordre du jour de Conseils de Gouvernement deux fois par an	2..2.1 Organiser régulièrement les réunions statutaires du CIMLS	Nombre de sessions spéciales de Conseil de Gouvernement portant sur le VIH/SIDA		
OS3. Rendre opérationnel le Forum des Partenaires	3.1 Transformation du CMP en Forum des Partenaires	3.2.1 Partager les expériences.	Texte de création du Forum des Partenaires disponible	MLS	CMP transformé en Forum des Partenaires
		3.2.2 Prendre les textes réglementaires			
	3.2 Plaidoyer auprès des partenaires pour une participation au plus haut niveau aux réunions du Forum	3.2.1 Elaborer un document de plaidoyer précisant les différents rôles des sous entités de coordination	Document de plaidoyer disponible	MLS	Forum des Partenaires opérationnel
		3.2.2 Organiser le plaidoyer auprès des différentes sous entités de coordination	Nombre de sessions de plaidoyer organisées		

<b>COORDINATION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS4. Rendre opérationnels les comités sectoriels	4.2 Plaidoyer auprès des acteurs des secteurs pour la prise en compte de la dimension VIH/SIDA dans leurs plans de développement	4.2.1 Elaborer un document de plaidoyer	Document de plaidoyer disponible	MLS	Acteurs des secteurs sensibilisés pour la prise en compte de la dimension VIH/SIDA dans leurs plans de développement
		4.2.2 Organiser le plaidoyer auprès des différents secteurs	Nombre de sessions de plaidoyer organisées		
	4.3 Mobilisation des ressources en faveur de la lutte multisectorielle	4.3.1 Organiser des rencontres de mobilisation de ressources financières	Nombre de rencontres de mobilisation de ressources	MLS/FNLS-Comité sectoriel	
OS5. Rendre opérationnels les Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS) et les Comités des Districts d'Abidjan et de Yamoussoukro	5.1 Opérationnalisation des Comités Régionaux de lutte contre le SIDA et les Comités des Districts d'Abidjan et de Yamoussoukro	5.1.1 Installer les CRLS et les CDDLs	arrêtés et rapports d'installation disponibles	MLS Préfet	Comité Régional et Comité de District fonctionnels
		5.1.2 Mettre en place un budget de fonctionnement	Montant du budget de fonctionnement du CRLS		
		5.1.3 Organiser régulièrement les réunions du CRLS et des CDDLs et rendre compte au MLS	Nombre de PV de réunions statutaires du CRLS et du CDDLs organisées et transmis au MLS		
		5.1.4 Mettre en œuvre, suivre et contribuer à l'évaluation des plans communaux de lutte contre le VIH/SIDA	Rapports de suivi des activités disponibles au niveau du CRLS avec rétro information au CDLS		

<b>COORDINATION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS6. Rendre opérationnel les Comités Départementaux	6.1 Opérationnalisation des Comités Départementaux	6.1.1 Pourvoir en personnels	Nombre de personnels mis à disposition du CDLS	MLS Comité Régional Préfet de région Conseil Général	Fonctionnement des CDLS satisfaisant
		6.1.2 Equiper le CD	Inventaire des équipements disponible		
		6.1.3 Mettre en place un budget de fonctionnement	Montant du budget de fonctionnement du CDLS		
		6.1.4 Organiser régulièrement les réunions statutaires du CD et rendre compte au Comite Régional	Nombre de PV de réunions statutaires du CDLS organisées et transmis au CRLS avec rétro information au CDLS		
		6.1.5 Faciliter la mise en œuvre, assurer le suivi et contribuer a l'évaluation des plans communaux de lutte contre le VIH/SIDA	Rapports de suivi des activités disponibles au niveau du CRLS avec rétro information au CDLS		

<b>COORDINATION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS7. Rendre opérationnel les comités communaux	7.1 Opérationnaliser le comité Communal	7.1.1 Mettre en place un budget de fonctionnement	Montant du budget de fonctionnement alloué au CCLS	MLS Ministère de l'intérieur	Fonctionnement des CCLS adéquat
		7.1.2. Organiser régulièrement les réunions statutaires du CCLS et rendre compte au Comité Départemental	Nombre de PV de réunions statutaires du CCLS organisées et transmis au CDLS		
		7.1.3 Faciliter la mise en œuvre, assurer le suivi et contribuer à l'évaluation des plans communaux de lutte contre le VIH/SIDA	Rapports de suivi des activités disponibles au niveau du CDLS avec rétro information au CCLS		
OS8. Assurer l'harmonisation des interventions de coordination entre le CNLS, le CCM et les autres entités de coordination	8.1 Révision du décret du CNLS afin d'inclure le CCM et les autres entités de coordination	8.1.1 Définir les Critères pour être membre du CNLS	Décret disponible	CNLS/MLS/MSHP	CNLS reconnu et fonctionnant comme structure unique de coordination nationale des interventions de lutte contre le VIH/SIDA
		8.1.2 Nommer les membres du CNLS			

#### **4.4. FINANCEMENT**

La revue des Plans Stratégique 2002-2004 et 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. En effet, 81% du financement prévu a pu être mobilisé grâce aux efforts conjugués du Gouvernement et de ses Partenaires. Ces ressources ont permis le financement des différents domaines d'actions prioritaires retenus dans les plans. Cependant, deux grands problèmes ont été identifiés : la faible mobilisation des ressources internes et l'insuffisance de coordination des ressources.

Au niveau de la mobilisation des ressources internes, l'on a noté une faible participation de l'Etat et des entreprises malgré l'existence de dispositions légales accordant des avantages fiscaux aux entreprises qui financent des interventions de lutte contre le VIH/SIDA (Annexe fiscale de la loi des finances 2001).

En ce qui concerne la coordination des ressources, la revue a montré une insuffisance de suivi des ressources des bailleurs. A cela s'ajoute les difficultés d'obtention des informations financières relatives aux activités de certains Partenaires.

La revue a également noté une absence de plan de mobilisation des ressources.

Dans le PSN 2006-2010, l'accent est mis sur l'amélioration de la coordination et le renforcement de la mobilisation des ressources.

Pour améliorer la coordination des ressources, un cadre de coordination des ressources sera créé au sein du Secrétariat Général du MLS. Cette structure aura entre autres missions de coordonner l'ensemble des financements de la lutte contre le VIH/SIDA et d'élaborer un Plan de Financement afin de pouvoir fournir à tout moment des informations sur les besoins, les financements disponibles, le gap, les niveaux d'exécution.

Cette structure est de ce fait la seule sous entité de coordination du financement de la lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

En plus des efforts qui seront faits pour accroître les ressources extérieures, un accent particulier sera mis sur la mobilisation des ressources internes en vue de la pérennisation du financement de la lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

#### **Coût du Plan Stratégique National 2006-2010**

Le coût global du PSN 2006-2010 est estimé à 297 milliards 120 millions F CFA (577 millions USD). Le tableau suivant donne les détails du coût par stratégie, domaines d'action prioritaire et par année.

**Tableau VI : Coûts des activités de lutte contre le VIH / SIDA (millions CFA; 1USD = 515 CFA)**

Côte d'Ivoire, PSN 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010	Total
<b>AXE 1: PREVENTION</b>	13 174	13 365	13 545	15 009	15 547	70 639
<b>Communication pour le changement de comportement</b>	<b>6 743</b>	<b>6 784</b>	<b>6 827</b>	<b>7 661</b>	<b>8 541</b>	<b>36 557</b>
Interventions centrées sur les jeunes	2 855	2 840	2 823	3 187	3 551	15 256
Interventions centrées sur les TIS 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
						<b>2</b>
<b>Conseil dépistage volontaire</b>	<b>359</b>	<b>366</b>	<b>373</b>	<b>505</b>	<b>641</b>	<b>242</b>
<b>Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)</b>	<b>745</b>	<b>764</b>	<b>783</b>	<b>803</b>	<b>823</b>	<b>918</b>
<b>Prévention par le préservatif (masculin et féminin)</b>	<b>3 977</b>	<b>4 030</b>	<b>4 083</b>	<b>4 498</b>	<b>3 886</b>	<b>20 474</b>
						<b>2</b>
<b>Lutte contre les IST</b>	<b>437</b>	<b>483</b>	<b>514</b>	<b>507</b>	<b>491</b>	<b>432</b>
						<b>1</b>
<b>Sécurité transfusionnelle</b>	<b>374</b>	<b>380</b>	<b>386</b>	<b>393</b>	<b>399</b>	<b>932</b>
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
						<b>1</b>
<b>Prévention chez les PVVIH</b>	<b>280</b>	<b>297</b>	<b>315</b>	<b>334</b>	<b>354</b>	<b>581</b>
Lutte contre la transmission du VIH/SIDA par la consommation de drogues	158	159	160	160	161	798
<b>Recherche vaccinale et opérationnelle</b>	<b>PM</b>	<b>PM</b>	<b>PM</b>	<b>PM</b>	<b>PM</b>	<b>PM</b>
<b>AXE 2: PRISE EN CHARGE</b>	<b>16 232</b>	<b>24 084</b>	<b>34 812</b>	<b>43 338</b>	<b>50 011</b>	<b>168 476</b>
<b>Traitement (ARV, IO, suivi biologique, Soins pédiatriques) ;</b>	<b>7 166</b>	<b>13 616</b>	<b>22 510</b>	<b>30 604</b>	<b>38 645</b>	<b>541</b>
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
<b>Prise en charge des OEV</b>	<b>8 211</b>	<b>8 748</b>	<b>9 322</b>	<b>9 408</b>	<b>7 501</b>	<b>43 190</b>
<b>Soins palliatifs</b>	<b>726</b>	<b>1 488</b>	<b>2 619</b>	<b>2 875</b>	<b>3 273</b>	<b>10 982</b>
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
						<b>1</b>
<b>Réduction de l'impact socio-économique</b>	<b>129</b>	<b>232</b>	<b>361</b>	<b>451</b>	<b>592</b>	<b>764</b>
<b>AXE 3: COORDINATION</b>	1 636	2 171	2 863	3 418	3 996	14 085
<b>AXE 4: RENFORCEMENT DES CAPACITES (formation, équipement, réhabilitation,)</b>	<b>3 207</b>	<b>5 577</b>	<b>4 770</b>	<b>4 913</b>	<b>5 086</b>	<b>23 554</b>
<b>AXE 5: SUIVI-EVALUATION</b>	<b>1 784</b>	<b>2 566</b>	<b>2 213</b>	<b>2 486</b>	<b>3 633</b>	<b>12 682</b>
<b>AXE 6: RECHERCHE</b>	<b>892</b>	<b>1 184</b>	<b>1 562</b>	<b>1 865</b>	<b>2 180</b>	<b>7 683</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>36 925</b>	<b>48 948</b>	<b>59 764</b>	<b>71 029</b>	<b>80 454</b>	<b>297 120</b>

Pour mobiliser les ressources nécessaires pour le financement, les stratégies identifiées s'inscrivent dans le plan de pérennisation suivant :

Objectif général : Pérenniser le financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA

Objectifs spécifiques :

- Développer des activités de mobilisation des ressources ;
- Promouvoir les mesures d'incitation fiscales contenues dans l'annexe à la loi de finances 2001 ;
- Développer la participation communautaire ;
- Promouvoir la solidarité nationale.

Stratégies :

- Mise en œuvre de la mobilisation des ressources ;
- Mise en place d'un programme harmonisé d'évaluation ;
- Evaluation de l'application des mesures d'incitation ;
- Plaidoyer auprès des collectivités locales, confessions religieuses ;
- Campagne de sensibilisation des familles ;
- Promotion de la sécurité sociale ;
- Instauration de taxes.

## FINANCEMENT

**Objectif général:** Pérenniser le financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1** Développer des activités de mobilisation des ressources

**OS2** Promouvoir les mesures d'incitation fiscales contenues dans l'annexe à la loi de finances 2001

**OS3** Développer la participation communautaire

**OS4** Promouvoir la solidarité nationale

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Développer des activités de mobilisation des ressources	1.1 Mise en œuvre de la mobilisation des ressources	1.1.1 Elaborer les plans annuels de mobilisation de ressource	Existence de plans annuels mobilisation de ressources	MLS	Plans annuels de mobilisation de ressources disponibles
		1.1.2 Organiser des tables rondes et des rencontres	Nombre de rencontres organisées	MLS	Les tables rondes et rencontres sont organisées
OS2. Promouvoir les mesures d'incitation fiscales contenues dans l'annexe à la loi de finances 2001	2.1 Mise en place d'un programme harmonisé d'évaluation	2.1.1 Mettre en place un cadre d'évaluation des mesures d'incitation fiscales	Existence d'un cadre d'évaluation des mesures	MLS MEF	Cadre d'évaluation mis en place
		2.1.2 Informer/sensibiliser les acteurs publics et privés impliqués	Nombre d'acteurs impliqués	MLS	Tous les acteurs publics et privés sont informés sur les mesures d'incitation
	2.2 Evaluation de l'application des mesures d'incitation	2.2.1 Constituer un comité national d'évaluation des mesures d'incitation	Existence d'un comité d'évaluation	MLS	Comité national d'évaluation installé
		2.2.2 Evaluer périodiquement la mise en œuvre des mesures d'incitation	Nombre d'évaluations réalisées	MLS	Les mesures d'incitation sont évaluées périodiquement



<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS3. Développer la participation communautaire	3.1 Plaidoyer auprès des collectivités locales, confessions religieuses	3.1.1 Identifier les collectivités locales , les confessions religieuses	Nombre de collectivités et confessions religieuses identifiées	MLS	les collectivités et confessions religieuses sont identifiées
		3.1.2 Organiser des rencontres	Nombre de rencontres organisées	MLS	des rencontres de plaidoyer sont organisées
	3.2 Campagne de sensibilisation des familles	3.2.1 planifier les campagnes de sensibilisation	Nombre de campagnes organisées	MLS	des campagnes de sensibilisation sont organisées
		3.2.2conduire les campagnes de sensibilisation	% PVVIH sensibilisés	MLS	les PVVIH sont sensibilisés
OS4. Promouvoir la solidarité nationale	4.1 Promotion de la sécurité sociale	4.1.1 Identifier les mutuelles de santé,	nombre de mutuelles de santé identifiées	MLS	toutes les mutuelles de santé sont organisées
		4.1.2 Vulgariser les mutuelles de santé, OBC, ONG, Coopératives	nombre de mutuelles de santé vulgarisées	MLS	toutes les mutuelles de santé identifiées sont vulgarisées
		4.1.3 Renforcer les capacités des mutuelles de santé, OBC, ONG, Coopératives	nombre de mutuelles de santé renforcées	MLS	toutes les mutuelles de santé identifiées sont renforcées
	4.2 Instauration de taxes spéciales pour soutenir la lutte contre le VIH/SIDA	4.2.1 Identifier les secteurs d'activité concernés	nombre de secteurs d'activité identifiés	MLS	tous les secteurs d'activités sont identifiés
		4.2.2 Prendre des textes	nombre de textes	MLS	les textes sont pris et appliqués

#### **4.5. SUIVI-EVALUATION**

Pour une meilleure lisibilité des interventions et en application des engagements et recommandations 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-évaluation comprend trois niveaux :

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

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

De 2002 à 2005, des efforts ont été entrepris et ont permis :

- D'identifier les indicateurs prioritaires relatifs à la prévention et à la prise en charge des IST/VIH/SIDA à intégrer au Système d'Information et de Gestion (SIG) ;
- D'intégrer la Surveillance Epidémiologique du VIH/SIDA précédemment dévolue au projet RETRO-CI (à partir de 1996) ;
- D'améliorer le Système de notification des cas de SIDA ;
- De compléter la Surveillance Epidémiologique du VIH/SIDA (sero-surveillance du VIH/SIDA chez les femmes enceintes 2002-2004) par la surveillance comportementale matérialisée par plusieurs études d'envergure nationale tel que l'enquête des Indicateurs sur le VIH/SIDA (EIS) ou sectorielle (Etude auprès des professionnels du sexe et du secteur transport, ENSEA 2000).

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

- 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 ;
- 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 décentralisés de suivi-évaluation et de l'indisponibilité des outils standardisés sur certains sites ;
- L'insuffisance de la coordination du suivi-évaluation.

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

L'élaboration de ce plan est une opportunité pour faire un meilleur suivi des engagements nationaux, ceux des partenaires et ceux des Chefs d'Etat notamment la Déclaration d'ABUJA 1 et 2 et de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), les OMD.

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

1. Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH ;
2. Améliorer le système de Surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA ;
3. Systématiser les Enquêtes Epidémiologiques/études sur les IST/VIH/SIDA ;
4. Opérationnaliser la Coordination du Suivi et Evaluation des IST/VIH/SIDA ;
5. Suivre et Evaluer le plan stratégique national 2006-2010.

Les stratégies ci-dessous ont été identifiées :

- Actualisation de la liste consensuelle d'indicateurs, avec des indicateurs spécifiques « genre » ;
- Révision des outils de collecte des données ;
- Approvisionnement des structures en outils de collecte et de gestion des données ;
- Dissémination des résultats de la lutte contre le VIH/SIDA en Cote d'Ivoire ;
- Extension de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes à toutes les régions sanitaires ;
- Diversification des sources de financement pour la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes ;
- Extension des activités de surveillance aux domaines des IST, AES et autres liquides biologiques, populations carcérales et donneurs de sang ;
- Mise en place de systèmes de surveillance pour les résistances aux ARV et la pharmacovigilance ;
- Elaboration et diffusion d'un rapport national semestriel et annuel sur la surveillance des IST/VIH/SIDA ;
- Planification d'Enquêtes Epidémiologiques, comportementales et autres études sur la période 2006-2010 ;
- Elaboration d'un répertoire annuel des Enquêtes Epidémiologiques, comportementales et études réalisées ;
- Renforcement du cadre national de coordination du suivi-évaluation conformément aux principes du « Three ones » ;
- Redynamisation des organes de coordination ;
- Supervision des acteurs des centres de prise en charge en matière de collecte de données ;
- Supervision des acteurs dans les domaines suivants en matière de collecte de données: Communication pour le changement de comportement, Conseil dépistage volontaire, PTME, Prévention par le préservatif (masculin et féminin), Lutte contre les IST, Sécurité transfusionnelle ;
- Opérationnalisation des organes de coordination (CNLS, CIMLS, CIMLS, CMP, CRLS, CDLS, CCLS/CSPLS, GTT, Comité sectoriel, Comité villageois) ;
- Suivi du plan stratégique ;
- Evaluation du plan stratégique ;

- Elaboration des rapports nationaux de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Suivi du plan de financement ;
- Suivi du plan de renforcement des capacités ;
- Suivi du plan d'exécution des enquêtes et recherches.

## SUIVI-EVALUATION

**Objectif général:** Renforcer le système de Suivi-Evaluation de la Lutte contre le VIH/SIDA

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1** Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH

**OS2** Améliorer le système de Surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA

**OS3** Systématiser les Enquêtes Epidémiologiques/études sur les IST/VIH/SIDA

**OS4** Opérationnaliser la Coordination du Suivi et Evaluation des IST/VIH/SIDA

**OS5** Suivre et Evaluer le plan stratégique national 2006-2010

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH	1.1. Actualisation de la liste consensuelle d'indicateurs	1.1.1. Faire l'état de l'existant en matière d'indicateurs	Nombre d'indicateurs existant recensés	MLS/ DPPSE MSHP/ DIPE	Liste des indicateurs nationaux consensuels disponible
		1.1.2. Réviser et harmoniser les indicateurs	Nombre d'indicateurs nouveaux définis		
	1.2. Révision des outils de collecte des données	1.2.1. Faire l'état de l'existant en matière d'outils	Nombre d'outils existant recensés		Les outils de collecte de données révisés sont disponibles
		1.2.2. adapter les outils aux indicateurs	Nombre et types d'outils révisés		
	1.3. Approvisionnement des structures en outils de collecte et de gestion des données	1.3.1. Estimer les besoins en outils de collecte et de gestion des données	Nombre de structures pourvues en outils de collecte;		Les outils de collecte et de gestion des données sont disponibles.
		1.3.2. Reproduire les outils de collecte			
		1.3.3. Mettre les outils de collecte à la disposition des structures			

SUIVI-EVALUATION					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH	1.4. Recrutement / Affectation des gestionnaires de données qualifiés aux niveaux central, intermédiaire et périphérique	1.4.1. Evaluer les besoins en gestionnaires de données	Nombre de gestionnaires de données recrutés et affectés par niveau de coordination	MLS/DAAF, MSHP/DRH	Les ressources humaines suffisantes sont mises à disposition
		1.4.2. Recruter les gestionnaires de données			
		1.4.3. Affecter les gestionnaires de données dans les structures			
	1.5. Dissémination des résultats de la lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire	1.5.1. Rédiger les rapports annuels et semestriels des activités de lutte contre le VIH/SIDA	Nombre de rapports produits	MLS/DPPSE MSHP/DIPE	Les rapports sont disponibles auprès des acteurs clés
1.5.2. Valider les rapports annuels et semestriels des activités de lutte contre le VIH/SIDA					
1.5.3. Mobiliser les ressources nécessaires pour la diffusion des rapports		Nombre d'acteurs clés ayant reçu le rapport d'activité			
1.5.4. Diffuser les rapports sous toutes les formes aux acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA					
OS2. Améliorer le système de Surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA	2.1. Extension de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes à toutes les régions sanitaires	2.1.1. Identifier les régions sanitaires non couvertes	Pourcentage de régions menant les activités de surveillance sentinelle	MSHP/ DIPE MLS/DPPSE	Toutes les régions sanitaires conduisent des activités de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes
		2.1.2. Intégrer la surveillance sentinelle dans les activités des districts concernés			

<b>SUIVI-EVALUATION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS2. Améliorer le système de Surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA	2.1. Extension de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes à toutes les régions sanitaires	2.1.3. Identifier les régions sanitaires non couvertes	% de régions menant les activités de surveillance sentinelle	MSHP/ DIPE MLS/DPPSE	Toutes les régions sanitaires conduisent des activités de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes
		2.1.4. Intégrer la surveillance sentinelle dans les activités des districts concernés			
	2.2. Diversification des sources de financement pour la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes	2.2.1. Faire l'état de l'existant des sources de financement	Nombre de partenaires participant au financement	MLS/Fonds National de lutte contre le SIDA (FNLS)	La surveillance sentinelle est financée par plusieurs bailleurs
		2.2.2. Plaidoyer pour la recherche de financement additionnel			
	2.3. Extension des activités de surveillance aux domaines des IST, AES et autres liquides biologiques, populations carcérales et donneurs de sang	2.3.1. Faire l'état des lieux	Nombre de faisant objet de surveillance	MSHP/DIPE MLS/DPPSE	Le système national de surveillance intègre les domaines du VIH, IST, AES et autres liquides biologiques, donneurs de sang et populations carcérales
		2.3.2. Mettre en place un dispositif national de surveillance des IST	Nombre de domaines intégrés dans le système national de surveillance		
		2.3.3. Intégrer la surveillance des donneurs de sang dans le système national de surveillance du VIH			
		2.3.4. Mettre en place un dispositif national de surveillance des AES			
		2.3.5. Mettre en place un dispositif national de surveillance des populations carcérales			

**SUIVI-EVALUATION**

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>	
OS3. Systématiser les Enquêtes Epidémiologiques/études sur les IST/VIH/SIDA	3.1. Planification d'Enquêtes Epidémiologiques, comportementales et autres études sur la période 2006-2010 ;	3.1.3. Soumettre au groupe technique national d'informations stratégiques toutes les Enquêtes Epidémiologiques, comportementales et études non programmées ;	Nombre d'études et enquêtes planifiées	MLS/DPPSE MSHP/DIPE	Le chronogramme des études/enquêtes est disponible	
		3.2. Elaboration d'un répertoire annuel des Enquêtes Epidémiologiques, comportementales et études réalisées	3.2.1. Résumer toutes les études et enquêtes réalisées au cours de l'année		Nombre d'études et enquêtes résumées	Le répertoire est disponible et actualisé
			3.2.2 Diffuser le répertoire		Nombre d'acteurs ayant reçus un exemplaire du répertoire	
OS 4: Opérationnaliser la Coordination du Suivi et Evaluation des IST/VIH/SIDA	4.1. Renforcement du cadre national de coordination du suivi-évaluation conformément aux principes du three ones	4.1.1. Identifier les acteurs intervenant dans les activités de suivi-évaluation	Nombre d'acteurs intervenant dans la coordination du suivi-évaluation;	MLS/DPPSE MSHP/DIPE	Le cadre national de coordination du suivi-évaluation conformément three ones est renforcé et opérationnel	
		4.1.2. Réviser le cadre national de suivi-évaluation				
		4.1.3. Formaliser le nouveau cadre de suivi-évaluation				
	4.2. Redynamisation des organes de coordination	4.2.1. Identifier les points focaux de toutes les structures impliquées dans le suivi-évaluation	Nombre de points focaux impliqués dans le suivi/évaluation	MLS/DPPSE	Tous les organes de coordination du suivi/évaluation sont opérationnels	
		4.2.2. Renforcer les capacités des organes de coordination	Nombre de points focaux formés			



**SUIVI-EVALUATION**

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS5. Suivre et Evaluer le plan stratégique national 2006-2010	5.1. Supervision des acteurs des centres de prise en charge en matière de collecte de données	5.1.1. Elaborer/valider les outils de supervision	Nombre d'outils de supervision validés	MLS/DPPSE MSHP/DIPE	La qualité des données collectées est améliorée
		5.1.2. Mettre en place un pool de superviseurs	Nombre d'acteurs supervisés annuellement par centre de prise en charge		
		5.1.3. Etablir un calendrier de supervision			

**SUIVI-EVALUATION**

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS5. Suivre et Evaluer le plan stratégique national 2006-2010	5.2. Supervision des acteurs dans les domaines suivants en matière de collecte de données: Communication pour le changement de comportement, Conseil dépistage volontaire, PTME, Prévention par le préservatif (masculin et féminin), Lutte contre les IST	5.2.1. Elaborer/valider les outils consensuels de supervision	Nombre d'outils de supervision validés	MLS/DPPSE MSHP/DIPE	La qualité des données collectées est améliorée
		5.2.2. Mettre en place une équipe pluridisciplinaire de superviseurs	Existence de l'équipe pluridisciplinaire de superviseurs		
		5.2.3. Etablir un calendrier de supervision selon le niveau			
		5.2.4. Restituer les résultats des supervisions	Nombre d'acteurs supervisés annuellement par domaine et par structure		

**SUIVI-EVALUATION**

<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS5. Suivre et Evaluer le plan stratégique national 2006-2010	5.3. Opérationnalisation des organes de coordination (CNLS,CIMLS,CIMLS,CMP,CRLS,CDLS, CCLS / CSPLS, GTT, Comité sectoriel, Comité villageois)	5.3.1. Créer un comité de suivi-évaluation des organes de coordination	Nombre d'organes de coordination opérationnels	MLS	Les organes de coordination sont opérationnels
		5.3.2. Nommer un président de ce comité			
	5.4. Suivi du plan stratégique	5.4.1. Elaborer le cadre des résultats	Nombre de rapports produits par an	MLS/DPPSE	Les rapports trimestriels de suivi sont disponibles
		5.4.2. Elaborer un tableau de bord permettant de suivre les étapes du plan stratégique			
		5.4.3. Elaborer des rapports trimestriels de suivi des étapes (production/validation du groupe technique)			
		5.4.4. Disséminer les rapports trimestriels			
	5.5. Evaluation du plan stratégique	5.5.1. Elaborer le plan de suivi-évaluation	Nombre de rapports produits par an	MLS/DPPSE	Les rapports d'évaluation sont disponibles auprès des acteurs
		5.5.2. Organiser une revue annuelle du plan stratégique			
		5.5.3. Réaliser une évaluation externe du plan stratégique en 2010			

**SUIVI-EVALUATION**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS5. Suivre et Evaluer le plan stratégique national 2006-2010	5.6. Elaboration des rapports nationaux de lutte contre le VIH/SIDA	5.6.1. Collecter les données sur le plan national	Nombre et type de rapports produits	MLS/ DPPSE MSHP/ DIPE	Les rapports des activités de lutte contre le SIDA sont disponibles
		5.6.2. Rédiger le rapport annuel sur le VIH/SIDA			
		5.6.3. Rédiger le rapport ABUJA et UNGASS			
		5.6.4. Rédiger le rapport sur les OMD			
		5.6.5. Rédiger les rapports conventionnels avec les partenaires			
		5.6.6. Diffuser les rapports			
	5.7. Suivi du plan de financement	5.7.1. Elaborer le plan de financement	Taux d'exécution (recettes et dépenses)	MLS	Le niveau de mobilisation des ressources amélioré
		5.7.2. Collecter les données			
		5.7.3. Rédiger le rapport annuel sur la mobilisation des ressources			
		5.7.4. Diffuser le rapport annuel			

**SUIVI-EVALUATION**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS5. Suivre et Evaluer le plan stratégique national 2006-2010	5.8. Suivi du plan de renforcement des capacités	5.8.1. Elaborer le plan de renforcement des capacités	Nombre de personnes formées par domaine	MLS/ DPPSE MSHP/ DIPE	Les compétences des acteurs sont accrues
		5.8.3. Compiler dans le logiciel TIMS (Training Information Monitoring System)			
		5.8.4. Rédiger le rapport annuel sur la formation			
		5.8.5. Diffuser le rapport annuel			
	5.9. Suivi du plan d'exécution des enquêtes et recherches	5.9.1. Elaborer le plan des enquêtes et recherches	5.8.2. Collecter les données sur les formations Taux de réalisation des enquêtes et recherches	MLS/ DPPSE MSHP/ DIPE	les résultats des enquêtes et recherches planifiées sont disponibles
		5.9.2. Collecter les données sur la réalisation des enquêtes et recherches planifiées			
		5.9.3. Rédiger le rapport annuel			
5.9.4. Diffuser le rapport annuel					

#### **4.6. RENFORCEMENT DES CAPACITES**

La réussite de la lutte multisectorielle et décentralisée passe nécessairement par le renforcement des capacités des acteurs du secteur public, 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 des Plans Stratégique 2002-2004 et Intérimaire 2005, a mis l'accent sur l'absence d'un plan de formation national.

Le PSN 2006-2010, se propose dans le cadre du renforcement de capacités, de mettre l'accent sur :

- La formation des acteurs aux techniques de management, de prise en charge globale, de communication pour le changement de comportements, de mobilisation sociale et communautaire, de mobilisation des ressources et de suivi-évaluation, à l'approche/mainstreaming genre ;
- L'équipement des structures de prise en charge et des organisations de lutte contre le SIDA.

Pour la période 2006-2010, les domaines d'actions prioritaires suivants ont été retenus :  
Pour chaque DAP, des objectifs et stratégies ont été définis.

#### **Prévention**

##### Objectif général :

- Renforcer les capacités des structures et acteurs impliqués dans la prévention du VIH/SIDA

##### Objectifs spécifiques :

- Renforcer les capacités des structures et acteurs impliqués dans la prévention du VIH/SIDA ;
- Renforcer les capacités des comités sectoriels, décentralisés et de la société civile en CCC ;
- Augmenter la couverture nationale en CDV de 85 à 460 d'ici 2010 ;
- Augmenter de 10 % à 70% les structures de consultation prénatale offrant des services de PTME ;
- Traiter correctement selon l'approche syndromique tous les cas d'IST dépistés ;
- Etendre la couverture des services de référence IST aux 19 régions administratives ;
- Garantir la sécurité transfusionnelle ;
- Améliorer la prise en charge des cas d'accidents exposant au VIH ;
- Amener 95 % des PVVIH à adopter des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH ;
- Réduire la transmission du VIH chez les consommateurs de drogue.

##### Stratégies :

- Approvisionnement ;
- Equipement ;
- Formation ;
- Réhabilitation ;
- Création ;
- Formation.

## **Prise en charge**

### Objectif général :

- Renforcer les capacités en matière de PEC globale.

### Objectifs spécifiques :

- Assurer la Prise En Charge médicale des PVVIH dans tous les districts sanitaires
- Assurer la prise en charge pédiatrique dans tous les centres de prise en charge du VIH ;
- Assurer l'accès des médicaments dans tous les centres de PEC (ARV, CTX et autres médicaments Ios) ;
- Renforcer l'offre de soins palliatifs dans toutes les structures sanitaires, la communauté et à domicile ;
- Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans les soins palliatifs ;
- Intégrer le soutien nutritionnel dans les activités de toutes les structures de prise en charge ;
- Renforcer le soutien nutritionnel et alimentaire dans la communauté ;
- Apporter un soutien juridique à tous les PIAVIH exprimant un besoin ;
- Renforcer les capacités économiques de 50% des PIAVIH ;
- Assurer la prise en charge psychosociale de 60% des OEV et leurs familles.

### Stratégies

- Augmentation du nombre de centres de prise en charge médicale ;
- Renforcement des capacités opérationnelles des acteurs de la prise en charge médicale ;
- Renforcement des capacités des laboratoires pour le suivi biologique ;
- Mise en place d'un système de référence et contre référence pour la prise en charge thérapeutique et biologique ;
- Extension du dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives ;
- Amélioration de l'offre de soins pédiatriques ;
- Amélioration de l'offre de soins pédiatriques ;
- Renforcement des capacités de gestion de la PSP et des structures périphériques ;
- Intégration/Renforcement des services de soins palliatifs au niveau des établissements sanitaires dans le secteur public, le secteur privé et associatif, dans la communauté et à domicile ;
- Renforcement du soutien aux familles et aux soignants ;
- Elaboration de curricula de formation en soins palliatifs à tous les niveaux de formation (formations de base, formation continue) ;
- Formations des acteurs impliqués dans les soins palliatifs ;
- Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la PEC nutritionnelle des PIAVIH ;
- Renforcement de l'accès aux produits et conseils nutritionnels ;
- Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la PEC nutritionnelle et alimentaire dans la communauté ;
- Renforcement de la sécurité alimentaire des PIAVIH ;
- Amélioration de l'offre de services d'assistance juridique en faveur des PIAVIH
- Facilitation de la création d' Activités Génératrices de Revenus (AGR) par les PIAVIH et les organisations ;
- Renforcement des capacités des acteurs de prise en charge des OEV.

## **Coordination**

### Objectif général :

- Renforcer la coordination nationale de la lutte contre le VIH / SIDA en Côte d'Ivoire d'ici 2010.

### Objectifs spécifiques :

- Assurer le fonctionnement adéquat du CNLS ;
- Rendre opérationnel les comités sectoriels ;
- Rendre opérationnel les comités régionaux ;
- Rendre opérationnel les comités départementaux ;
- Rendre opérationnel les comités communaux.

### Stratégies

- Opérationnalisation du SG ;
- Nomination d'un Conseiller VIH/SIDA ou point Focal à plein temps au sein des ministères sectoriels ;
- Equipement des comités sectoriels ;
- Nomination de Conseillers Régionaux VIH/SIDA auprès des Préfets de Région avec rang de Directeur Régional ;
- Opérationnalisation des Comités régionaux ;
- Nomination de Conseillers Départementaux VIH/SIDA avec rang de Directeur Départemental ;
- Opérationnalisation des Comités Départementaux ;
- Opérationnalisation des Comités Départementaux ;
- Création d'un poste de conseiller communal VIH/SIDA avec rang d'adjoint au Maire chargé du VIH/SIDA ;
- Désignation de conseillers communaux ;
- Opérationnaliser le comité Communal.

## **Recherche**

### Objectif général :

- Renforcer les capacités des acteurs pour la recherche opérationnelle et vaccinale.

### Objectifs spécifiques :

- Renforcer la recherche opérationnelle ;
- Redynamiser la recherche vaccinale.

### Stratégies :

- Formation des acteurs ;
- Renforcement du partenariat entre les institutions de recherche ;
- Création d'un cadre favorable à la recherche vaccinale.

## **Financement**

### Objectif :

- Renforcer les capacités des structures de coordination pour la mobilisation des ressources.

### Stratégies :

- Formation des membres des structures de coordination aux techniques de mobilisation des ressources ;
- Partage d'expériences pour la mobilisation des ressources.



## **Suivi-évaluation**

### Objectif :

- Renforcer le système de Suivi-Evaluation de la Lutte contre le VIH/SIDA.

### Objectifs spécifiques :

- Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH ;
- Améliorer le système de Surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA.

### Stratégies :

- Formation des acteurs à l'utilisation des outils de collecte des données ;
- Recrutement / Affectation des gestionnaires de données qualifiés aux niveaux central, intermédiaire et périphérique ;
- Approvisionnement des structures en outils de collecte et de gestion des données ;
- Renforcement des capacités des gestionnaires à compiler les données collectées à chaque niveau de coordination ;
- Renforcement des capacités des gestionnaires à analyser les données pour la prise de décision ;
- Renforcement des capacités d'archivage des données et résultats à chaque niveau ;
- Equipement d'un centre de calcul à la DIPE pour les besoins d'études et enquêtes ;
- Formation des personnels à la gestion des données ;
- Renforcement des capacités de collecte de données et de supervision ;
- Extension de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes à toutes les régions sanitaires ;
- Dotation du LNSP en ressources pour les besoins de traitement des échantillons d'études et enquêtes.

## RENFORCEMENT DE CAPACITE: PREVENTION

**Objectif général:** Renforcer les capacités des structures et acteurs impliqués dans la prévention du VIH/SIDA

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1** Renforcer les capacités des comités sectoriels, décentralisés et de la société civile en CCC

**OS2** Augmenter la couverture nationale en CDV de 85 à 460 d'ici 2010

**OS3** Augmenter de 10 % à 70% les structures de consultation prénatale offrant des services de PTME

**OS4** Traiter correctement selon l'approche syndromique tous les cas d'IST dépistés

**OS5** Etendre la couverture des services de référence IST aux 19 régions administratives

**OS6** Garantir la sécurité transfusionnelle

**OS7** Améliorer la prise en charge des cas d'accidents exposant au VIH

**OS8** Amener 95 % des PVVIH à adopter des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH

**OS9** Réduire la transmission du VIH chez les consommateurs de drogue

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Renforcer les capacités des comités sectoriels, décentralisés et de la société civile en CCC	1.1 Formation	1.1.1 Identifier les besoins de formation en CCC	Nombre de comités sectoriels, décentralisés et de la société civile formés	MLS	Capacités en CCC des organisations renforcées
		1.1.2 Organiser les sessions de formation			
	1.2 Equipement	1.2.1 Rendre disponible le matériel didactique CCC	Nombre de comités sectoriels, décentralisés et de la société civile équipés		

<b>RENFORCEMENT DE CAPACITE: PREVENTION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS2. Augmenter la couverture nationale en CDV de 85 à 460 d'ici 2010	2.1 Renforcement des capacités	2.1.1 Former des prestataires de service des structures de santé	Nombre de prestataires formés	MLS MSHP/PNPEC	460 CDV fonctionnels
		2.1.2 Construire et Réhabiliter les CDV	Nombre de CDV fonctionnels		
		2.1.3 Assurer l'Equipement et la Maintenance			
		2.1.4 Approvisionner en intrants	Nombre de jours de rupture des intrants		
OS3. Augmenter de 10 % à 70% les structures de consultation prénatale offrant des services de PTME	3.1 Formation	3.1.1 Former des prestataires de service des structures de santé	Nombre de prestataires de services formés	MLS MSHP/PNPEC	70% des structures de consultation prénatale offrant des services de PTME
		3.1.2 Intégrer la PTME dans les curricula de formation			
	3.2 Equipement	3.2.1 Réhabiliter les sites PTME	Nombre de sites ayant eu des interruptions d'activités		
		3.2.2 Assurer l'Equipement et la Maintenance			
		3.2.3 Approvisionner en intrants			
OS4. Traiter correctement selon l'approche syndromique tous les cas d'IST dépistés	4.1 Formation	4.1.1 Elaborer un plan de renforcement des capacités	Nombre de prestataires de services formés	MSHP/PNPEC	Tous les cas d'IST sont correctement traités selon l'approche syndromique
		4.1.2 Former des prestataires de santé			
	4.2 Equipement	4.2.1 Approvisionner en kits IST	Nombre de jours de rupture des kits		

<b>RENFORCEMENT DE CAPACITE: PREVENTION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS5. Etendre la couverture des services de référence IST aux 19 régions administratives	5.1 Renforcement des capacités opérationnelles des services de références des IST	5.1.1 Réhabiliter et Créer des services de référence des IST	Nombre de services de référence IST opérationnels	MSHP/PNPEC	Les services de référence IST sont fonctionnels dans les 19 régions administratives
		5.1.2 Equiper les laboratoires			
		5.1.3 Approvisionner en réactifs			
OS6. Garantir la sécurité transfusionnelle	6.1 Formation	6.1.1 Former le personnel des CTS au service de qualité (accueil, consultation, prélèvement) et à la sélection des donneurs de sang	Nombre de personnel formé	MSHP/CNTS	Sécurité transfusionnelle garantie
		6.1.2 Former les prescripteurs à l'utilisation rationnelle des produits sanguins et dérivés	Nombre de prescripteurs formés		
	6.2 Amélioration de la qualification biologique des dons de sang	6.2.1 Renforcer le plateau technique des laboratoires des CTS	Nombre de CTS ayant un plateau technique renforcé	MSHP/CNTS	
		6.2.2 Former le personnel de laboratoire des CTS	Nombre de personnel formé		
		6.2.3 Equiper en matériels informatique, bureautique	Nombre de CTS équipé en matériel informatique et bureautique		
		6.2.4 Mettre en réseau tous les Centres de Transfusion Sanguine	Nombre de CTS mis en réseau		
	6.3 Réhabilitation et création des CTS	6.3.1 Identifier les sites pour la création de nouveaux CTS	Nombre de sites identifiés	MSHP/CNTS	
		6.3.2 Equiper/Renforcer les CTS	Nombre de CTS équipés et renforcés		

<b>RENFORCEMENT DE CAPACITE: PREVENTION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS7. Améliorer la prise en charge des cas d'accidents exposant au VIH	7.1 Formation du personnel de santé à la prévention des AES	7.1.1 Elaborer des modules de formation	Nombre de personnel de santé formé à la prévention des AES	MLS MSHP/PNPEC	Personnel de santé formé à la prévention des AES
		7.1.2 Organiser des séances de formation			
	7.2 Formation des travailleurs utilisant matériels tranchants, piquants, contondants à la prévention des AES	7.2.1 Elaborer des modules de formation	Nombre de travailleurs utilisant matériels tranchants, piquants, contondants à la prévention des AES	MLS MSHP/PNPEC	Travailleurs utilisant les matériels tranchants, piquants, contondants à la prévention des AES
		7.2.2 Organiser des séances de formation			
	7.3 Formation des policiers et gendarmes à la problématique des violences sexuelles	7.3.1 Elaborer des modules de formation	Nombre de policiers et gendarmes formés à la gestion des violences sexuelles	MLS MSHP/PNSR MFAS M Défense M Intérieur	Policiers et gendarmes formés à la gestion des violences sexuelles
		7.3.2 Organiser des séances de formation			
		7.3.3 Plaidoyer pour l'intégration de la gestion des violences sexuelles dans les curricula de formation			
	7.4 Approvisionnement des centres de prise en charge en ARV et intrants en vue de la chimioprophylaxie	7.4.1 Former à la gestion des ARV et intrants	Nombre de jours de rupture en ARV et intrants en vue de la chimioprophylaxie	MSHP/PSP	ARV et intrants disponibles dans les centre de prise en charge
7.4.2 Approvisionner les centres					

RENFORCEMENT DE CAPACITE: PREVENTION					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS8. Amener 95 % des PVVIH à adopter des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH	8.1 Formation	8.1.1 Former à la prévention	Nombre de PVVIH formées à la prévention	MLS MSHP/ PNPEC	95 % des PVVIH adoptent des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH
		8.1.2 Sensibiliser à l'observance du traitement	Nombre de PVVIH sensibilisées à l'observance du traitement		
	8.2 Equipement	8.2.1 Equiper en matériels CCC	Nombre d'ONG de PVVIH équipées en matériels CCC		
		8.2.2 Approvisionner les structures de soins en matériels pour la lutte contre les infections nosocomiales	Nombre de structures de soins équipées en matériels de lutte contre les infections nosocomiales		
OS9. Réduire la transmission du VIH chez les consommateurs de drogue	9.1 Formation	9.1.1 Former les pairs éducateurs	Nombre de personnes formées	MLS CILAD	Etudes menées et acteurs formés
		9.1.2 Former les prestataires de santé à la prise en charge des consommateurs de drogues			
	9.2 Equipement /Renforcement	9.2.1 Réhabiliter et Créer des centres d'écoute et de prise en charge psychosociale	Nombre de centres d'écoute et de prise en charge psychosociale réhabilités/crées		

## RENFORCEMENT DE CAPACITE: PRISE EN CHARGE

**Objectif général:** Renforcer les capacités en matière de PEC globale

**Objectifs spécifiques (OS):**

Assurer la Prise En Charge médicale des PVVIH dans tous les districts

**OS1** sanitaires

**OS2** Assurer la prise en charge pédiatrique dans tous les centres de prise en charge du VIH

**OS3** Assurer l'accès des médicaments dans tous les centres de PEC (ARV, CTX et autres médicaments los)

**OS4** Renforcer l'offre de soins palliatifs dans toutes les structures sanitaires, la communauté et à domicile

**OS5** Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans les soins palliatifs

**OS6** Intégrer le soutien nutritionnel dans les activités de toutes les structures de prise en charge

**OS7** Renforcer le soutien nutritionnel et alimentaire dans la communauté

**OS8** Apporter un soutien juridique à tous les PIAVIH exprimant un besoin

Renforcer les capacités économiques de 50% des

**OS9** PIAVIH

**OS10** Assurer la prise en charge psychosociale de 60% des OEV et leurs familles

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Assurer la Prise en charge médicale des PVVIH dans tous les districts sanitaires	1.1 Augmentation du nombre de centres de prise en charge médicale	1.1.1 Equiper/Renforcer les centres de prise en charge médicale (infrastructure, plateau technique, materiel)	Nombre de centre de prise en charge médicale	MSHP/PNPEC	La prise en charge est effective dans tous les districts
		1.1.2 Appuyer les districts sanitaires pour une meilleure mise en oeuvre de l'approche district			

RENFORCEMENT DE CAPACITE: PRISE EN CHARGE					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Assurer la Prise en charge médicale des PVVIH dans tous les districts sanitaires	1.2 Renforcement des capacités opérationnelles des acteurs de la prise en charge médicale	1.2.1 Réviser les curricula de formation de PEC globale tous les trois ans	Nombre d'acteurs de prise en charge formés Nombre d'algorithmes de PEC diffusé	MSHP/PNPEC	Les acteurs de la prise en charge sont opérationnels
		1.2.2 Former les prestataires de santé à la prise en charge thérapeutique			
		1.2.3 Diffuser les algorithmes de prise en charge médicale			
		1.2.4 Former les prestataires de santé au counselling pour l'aide à l'observance du traitement			
		1.2.5 Intégrer la prise en charge globale dans les curricula de formation des institutions de formation de base			
		1.2.6 Impliquer les Equipes Cadres de District et les prestataires de santé dans les activités de PEC globale			
	1.3 Renforcement des capacités des laboratoires pour le suivi biologique	1.3.1 Former des Biologistes et Biotechnologistes aux techniques de suivi des patients	Nombre de laboratoires capables d'offrir le suivi biologique dans les centres de prise en charge	MSHP/PNPEC	Le dépistage et le suivi biologique sont disponibles dans tous les districts
		1.3.2 Equiper/Renforcer les laboratoires de suivi biologique (infrastructure, plateau technique, matériel)			
		1.3.3 Assurer la maintenance des équipements			



<b>RENFORCEMENT DE CAPACITE: PRISE EN CHARGE</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS1. Assurer la Prise en charge médicale des PVVIH dans tous les districts sanitaires	1.4 Mise en place d'un système de référence et contre référence pour la prise en charge thérapeutique et biologique	1.4.1 Renforcer les capacités opérationnelles des centres de référence	Le système de référence et contre référence pour la prise en charge thérapeutique et biologique	MSHP/PNPEC	Le système de référence et contre référence est disponible
OS2. Assurer la prise en charge pédiatrique dans tous les centres de prise en charge du VIH	2.1 Extension du dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives	2.1.1 Equiper/Renforcer les laboratoires (infrastructure, plateau technique, materiel)	Nombre de structures de santé offrant le dépistage pédiatrique précoce	MSHP/PNPEC	Le dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives est étendu à toutes les structures de santé
		2.1.2 Former les prestataires de santé pour le dépistage précoce (médecins, infirmiers, sage femmes, biologistes et biotechnologistes)			
		2.1.3 Mettre en place un système d'acheminement des échantillons vers les laboratoires équipés			
	2.2 Amélioration de l'offre de soins pédiatriques	2.2.1 Former les prestataires de santé à la prise en charge pédiatrique (médecins, infirmiers, sage femmes)	Nombre de structures sanitaires offrant la prise en charge pédiatrique	MSHP/PNPEC MLS	La prise en charge pédiatrique est disponible dans tous les centres de prise en charge
		2.2.2 Former les animateurs de groupe de parole (personnel social, communautés)			
		2.2.3 Etendre la PEC pédiatrique à tous les centres de prise en charge			

<b>RENFORCEMENT DE CAPACITE: PRISE EN CHARGE</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS2. Assurer la prise en charge pédiatrique dans tous les centres de prise en charge du VIH	2.2 Amélioration de l'offre de soins pédiatriques	2.2.4 Améliorer la disponibilité des formes galéniques d'ARV pour les enfants	Nombre de structures sanitaires offrant la prise en charge pédiatrique	MSHP/PNPEC MLS	La prise en charge pédiatrique est disponible dans tous les centres de prise en charge
OS3. Assurer l'accès des médicaments dans tous les centres de PEC (ARV, CTX et autres médicaments los)	3.1 Renforcement des capacités de gestion de la PSP et des structures périphériques	3.1.1 Equiper/Renforcer la PSP et les structures périphériques	Nombre de jours de ruptures en ARV et intrants stratégiques (médicaments /IOS/TUB/IST/Soins Palliatifs, réactifs et consommables)	MLS MSHP/PNPEC-PSP	La PSP et les structures périphériques sont renforcées
		3.1.2 Former les prestataires de santé à la gestion des stocks selon le niveau de la pyramide sanitaire			
OS4. Renforcer l'offre de soins palliatifs dans toutes les structures sanitaires, la communauté et à domicile	4.1 Intégration / Renforcement des services de soins palliatifs au niveau des établissements sanitaires dans le secteur public, le secteur privé et associatif, dans la communauté et à domicile	4.1.1 Equiper /renforcer les structures de prise en charge	Nombre de structures offrant les soins palliatifs	MLS MSHP/PNPEC	Les structures de PEC offrent les soins palliatifs
		4.1.2 Elaborer les procédures et guides de soins palliatifs			
		4.1.3 Mettre en place un cadre de réglementation des soins dans toutes les structures sanitaires, la communauté et à domicile			

RENFORCEMENT DE CAPACITE: PRISE EN CHARGE					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS4. Renforcer l'offre de soins palliatifs dans toutes les structures sanitaires, la communauté et à domicile	4.2 Renforcement du soutien aux familles et aux soignants	4.2.1 Elaborer les programmes d'éducation déontologiques, culturels et spirituels dans le domaine des soins palliatifs	Existence de programmes d'éducation déontologiques, culturels et spirituels	MSHP/PNPEC	Le soutien aux familles et aux soignants est renforcé
		4.2.2 Prévenir/gérer le SEPS dans les structures offrant des soins palliatifs	Nombre de structures offrant un soutien aux familles et aux soignants		
OS5. Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans les soins palliatifs	5.1 Elaboration de curricula de formation en soins palliatifs à tous les niveaux de formation (formations de base, formation continue)	5.1.1 Elaborer/ Valider des curricula en soins palliatifs (base en soins palliatifs, soins pédiatriques, assurance qualité, gestion des données)	Existence de Curricula de formation en soins palliatifs	MLS MSHP MESR MFAS	Les curricula de formation en soins palliatifs à tous les niveaux de formation sont disponibles
		5.1.2 Intégration des curricula dans les formations de base et pour la formation continue			
	5.2 Formations des acteurs impliqués dans les soins palliatifs	5.2.1 Former les formateurs et les superviseurs	Nombre d'acteurs en soins palliatifs formés	MSHP MSHP/PNPEC- DFR	Prestataires de soins palliatifs formés
5.2.2 Participer aux séminaires et formations au niveau sous régional et international					
5.2.3 Former les prestataires de soins au niveau des structures sanitaires et les fournisseurs de soins à domicile et dans la communauté					

<b>RENFORCEMENT DE CAPACITE: PRISE EN CHARGE</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS6. Intégrer le soutien nutritionnel dans les activités de toutes les structures de prise en charge	6.1 Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la PEC nutritionnelle des PIAVIH	6.1.1 Elaborer des documents pour la PEC et le soutien nutritionnel (document de politique, directives, normes et procédures)	Existence de documents PEC et de soutien nutritionnel	MLS MSHP/PNN	documents PEC et de soutien nutritionnel disponibles
		6.1.2 Elaborer des modules et curricula de formation pour le soutien nutritionnel	Existence de modules et de curricula de formation	MLS MSHP/PNN	Documents de formation disponibles
		6.1.3 Intégrer les curricula dans les formations de base des Agents de santé et sociaux	Nombre de structures de formation de base ayant intégré les curricula de formation sur la PEC et soutien nutritionnel	MSHP MESR MFAS	la PEC et soutien nutritionnel intégré dans les curricula de formation de base
		6.1.4 Organiser des formations en PEC et soutien nutritionnel	Nombre prestataires formés au soutien nutritionnel	MSHP/PNN-DFR	Les formateurs, prestataires et superviseurs sont formés

RENFORCEMENT DE CAPACITE: PRISE EN CHARGE					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS6. Intégrer le soutien nutritionnel dans les activités de toutes les structures de prise en charge	6.2 Renforcement de l'accès aux produits et conseils nutritionnels	6.2.1 Equiper les structures de prise en charge en matériel pour le soutien nutritionnel	Nombre de structures de PEC équipées	MSHP/PNN	Les structures de PEC sont équipées
		6.2.2 Approvisionner les centres de prise en charge en micronutriments et kits de nutrition thérapeutique	Nombre de centres de prise en charge approvisionnés en micronutriments et kits de nutrition thérapeutique	MSHP/PNN-DPM-PSP	Les centres de prise en charge approvisionnés en micronutriments et kits de nutrition thérapeutique
OS7. Renforcer le soutien nutritionnel et alimentaire dans la communauté	7.1 Renforcement des capacités des acteurs impliqués dans la PEC nutritionnelle et alimentaire dans la communauté	7.1.1 Organiser des formations en soutien nutritionnel	Nombre conseillers communautaires formés	MSHP/PNN-DFR	Les conseillers communautaires sont formés
		7.1.2 Equiper les organisations en support d'IEC/CCC	Nombre d'organisations équipées	MLS MSHP/PNN	Les organisations à base communautaire sont équipées
	7.2 Renforcement de la sécurité alimentaire des PIAVIH	7.2.1 Approvisionner les organisations en kits nutritionnels et alimentaires	Nombre d'organisations approvisionnés en micronutriments et kits de nutrition thérapeutique	MSHP/PNN/DPM/PSP	Les organisations à base communautaire son approvisionnés en micronutriments et kits de nutrition thérapeutique
7.2.3 Distribuer des semences et aliments aux PIAVIH en tenant compte des expériences pilotes		Nombre de bénéficiaires	MSHP/PNN	Les semences et aliments sont distribués aux <i>PIAVIH</i>	

<b>RENFORCEMENT DE CAPACITE: PRISE EN CHARGE</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS8. Apporter un soutien juridique à tous les PIAVIH exprimant un besoin	8.1 Amélioration de l'offre de services d'assistance juridique en faveur des PIAVIH	8.1.1 Renforcer les capacités opérationnelles des structures de soutien juridique	Nombre de cas de violations assistés	MJDH MLS	Offre de services d'assistance juridique en faveur des PIAVIH améliorée
		8.1.2 Renforcer le mécanisme de surveillance des droits des PIAVIH			
OS9. Renforcer les capacités économiques de 50% des PIAVIH	9.1 Facilitation de la création d' Activités Génératrices de Revenus (AGR) par les PIAVIH et les organisations	9.1.1 Renforcer les capacités des PIAVIH et organisations en élaboration et gestion de microprojets	Nombre d'AGR créés Nombre de PIAVIH bénéficiaires	MLS MEF MPD	Activités Génératrices de Revenus créés
OS10. Assurer la prise en charge psychosociale de 60% des OEV et leurs familles	10.1 Renforcement des capacités des acteurs de prise en charge des OEV	10.1.1 Elaborer des modules de formation	Nombre d'acteurs formés	MLS MFAS/PN-OEV	Acteurs pour le soutien psychologique formés
		10.1.2 Former les acteurs			

## RENFORCEMENT DE CAPACITE: COORDINATION

**Objectif général:** Renforcer la coordination nationale de la lutte contre le VIH / SIDA en Côte d'Ivoire d'ici 2010

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1 Assurer le fonctionnement adéquat du CNLS**

**OS2 Rendre opérationnel les comités sectoriels**

**OS3 Rendre opérationnel les comités régionaux**

**OS4 Rendre opérationnel les comités départementaux**

**OS5 Rendre opérationnel les comités communaux**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Assurer le fonctionnement adéquat du CNLS	1.1 Opérationnalisation du SG	1.1.1 Equiper le SG	Inventaire des équipements mis à disposition	MLS / DAAF	Le SG est équipé en matériel logistique, doté en personnels et en ressources financières
		1.1.2 Pourvoir le SG en personnels	Nombre de personnels mis à disposition du SG		
OS2. Rendre opérationnels les comités sectoriels	2.1 Nomination d'un Conseiller VIH/SIDA ou point Focal à plein temps au sein des ministères sectoriels	2.1.1 Nommer le Conseiller Sectoriel VIH/SIDA ou point focal	Nombre de conseillers sectoriels nommés	MLS	Comités sectoriels opérationnels
	2.2 Equipement des comités sectoriels	2.2.1 Mettre à disposition des comités sectoriels du matériel informatique	Nombre de comités sectoriels dotés de matériels informatiques		

RENFORCEMENT DE CAPACITE: COORDINATION					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS3. Rendre opérationnels les Comités Régionaux de Lutte contre le SIDA (CRLS)	3.1 Nomination de Conseillers Régionaux VIH/SIDA auprès des Préfets de Région avec rang de Directeur Régional	3.1.2 Nommer des Conseillers Régionaux	Nombre de conseillers régionaux nommés	MLS Conseils Régionaux	comités régionaux opérationnels
		3.1.2 Equiper les CRLS	Nombre d'équipement mis à disposition des CRLS	MLS Conseils Régionaux	
		3.1.3 Pourvoir les CRLS en personnels	Nombre de personnels mis à disposition du CRLS	MLS/Préfet de	
	3.2 Opérationnalisation des Comités régionaux	3.2.1 Renforcer les capacités de 5 membres des comités régionaux en techniques d'élaboration de plan, de gestion de projet et de mobilisation communautaire	Nombre de personnes formées	MLS	
OS4. Rendre opérationnel les Comités Départementaux	4.1 Nomination de Conseillers Départementaux VIH/SIDA avec rang de Directeur Départemental	4.1.1 Nommer le Conseiller Départemental	Nombre de conseillers départementaux nommés	MLS Préfet de région Conseil Général	comités départementaux opérationnels
	4.2 Opérationnalisation des Comités Départementaux	4.2.1 Pourvoir en personnels	Nombre de personnels mis à disposition du CDLS		
		4.2.2 Equiper le CD	Inventaire des équipements disponible		



<b>RENFORCEMENT DE CAPACITE: COORDINATION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS4. Rendre opérationnel les Comités Départementaux	4.2 Opérationnalisation des Comités Départementaux	4.2.3 Renforcer les capacités de 5 membres des comités départementaux en techniques d'élaboration de plan, de gestion de projet et de mobilisation communautaire	Nombre de membres formés	MLS/Préfet de région/ Conseil Général	comités départementaux opérationnels
OS5. Rendre opérationnel les comités communaux	5.1 Création d'un poste de conseiller communal VIH/SIDA avec rang d'adjoint au Maire chargé du VIH/SIDA	5.1.1 Créer le poste de conseiller communal	Nombre de communes ayant un poste de conseiller communal VIH/SIDA	Ministre de l'Intérieur	Comités communaux opérationnels
	5.2 Désignation de conseillers communaux	5.2.1 Désigner le conseiller communal VIH/SIDA	Nombre de conseillers communaux désignés	Maires	
	5.3 Opérationnaliser le comité Communal	5.3.1 Renforcer les capacités de 5 membres des comités communaux en techniques d'élaboration de plan, de gestion de projet et de mobilisation communautaire	Nombre d'acteurs Communaux formés	MLS/Sous-Préfet/Maire	
		5.3.2 Pourvoir en personnels provenant de la Municipalité	Nombre de personnels mis à disposition du CCLS	Maires	
	5.3.3 Equiper le CCLS	Liste des équipements mis à disposition du CCLS	Maires		

## RENFORCEMENT DE CAPACITE: RECHERCHE

**Objectif général:** Renforcer les capacités des acteurs pour la recherche opérationnelle et vaccinale

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1** Renforcer la recherche opérationnelle

**OS2** Redynamiser la recherche vaccinale

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Renforcer la recherche opérationnelle	1.1 Formation des acteurs	1.1.1 Identifier les besoins/Acteurs	Nombre d'acteurs formés	MLS MSHP MESRS	Recherche opérationnelle renforcée
		1.1.2 Organiser les séances de formation			
	1.2 Renforcement du partenariat entre les institutions de recherche	1.2.1 Répertorier les institutions de recherche	Nombre d'institutions appartenant au réseau national de recherche		
		1.2.2 Mettre en place un réseau national de recherche			
OS2. Redynamiser la recherche vaccinale	2.1 Création d'un cadre favorable à la recherche vaccinale	2.1.1 Mettre en place un groupe technique de travail	Existence de Plan	Plan disponible	
		2.1.2 Actualiser le plan national vaccin			

## RENFORCEMENT DE CAPACITE: FINANCEMENT

**Objectif:** Renforcer les capacités des structures de coordination pour la mobilisation des ressources

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
Renforcer les capacités des structures de coordination pour la mobilisation des ressources	1.1 Formation des membres des structures de coordination aux techniques de mobilisation des ressources	1.1.1 identifier les structures	Nombre de structures identifiées	MLS	Les structures sont identifiées
		1.1.2 Organiser les ateliers de formation en mobilisation de ressources	Nombres de structures formées	MLS	Les acteurs sont formés
	Nombre de personnes formées				
	1.2 Partage d'expériences pour la mobilisation des ressources	1.2.1 Identifier les meilleures pratiques	Existence d'un répertoire de bonnes pratiques de mobilisation de ressources	MLS	Répertoire de bonnes pratiques disponible
		1.2.2 Sélectionner les personnes à former	Nombre de personnes sélectionnées	MLS	Les personnes à former sont sélectionnées

**RENFORCEMENT DE CAPACITE: SUIVI-EVALUATION**

**Objectif général:** Renforcer le système de Suivi-Evaluation de la Lutte contre le VIH/SIDA

**Objectifs spécifiques:**

**OS1 Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH.**

**OS2 Améliorer le système de Surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1 Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH.	1.1 Formation des acteurs à l'utilisation des outils de collecte des données	1.1.1 Intégrer les modules sur l'information sanitaire dans les curricula de formations initiales	Nombre d'institutions dispensant les modules d'information	MLS/DPPSE MSHP/DIPE	Les acteurs sont formés à l'utilisation des outils
		1.1.2 Assurer les formations continues du personnel	nombre de personnes formées en cours d'emploi		
		1.1.3 Assurer la formation des acteurs communautaires	Nombre d'acteurs communautaires formés		
	1.2. Recrutement / Affectation des gestionnaires de données qualifiés aux niveaux central, intermédiaire et périphérique	1.2.1. Evaluer les besoins en gestionnaires de données	Nombre de gestionnaires de données recrutés et affectés par niveau de coordination	MLS/DAAF, MSHP/DRH	Les ressources humaines suffisantes sont mises à disposition
		1.2.2. Recruter les gestionnaires de données			
		1.2.3. Affecter les gestionnaires de données dans les structures			

RENFORCEMENT DE CAPACITE: SUIVI-EVALUATION					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1 Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH.	1.3 Approvisionnement des structures en outils de collecte et de gestion des données	1.3.1 Elaborer un plan d'approvisionnement des services en outils de collecte et de gestion des données;	Existence d'un plan d'approvisionnement	MLS/DPPSE MSHP/DIPE	Les structures sont approvisionnées en outils de collecte et de gestion des données
		1.3.2 Mettre les outils de collecte à la disposition des structures ;	Nombre de structures approvisionnées en outils de collecte;		
		1.3.3 Equiper les structures en matériel, consommables informatiques et outils de communication (Fax, Internet, téléphone, Informatique, logiciels)	Nombre de structures équipées en outils de gestion des données		
	1.4. Renforcement des capacités des gestionnaires à compiler les données collectées à chaque niveau de coordination	1.4.1- Formaliser les procédures de transmission des données entre les différents niveaux, régional, départemental, communal et villageois	Existence d'un document de procédures	MLS/DPPSE MSHP/DIPE	Les gestionnaires à chaque niveau de coordination collectent les données
		1.4.2 Installer un logiciel de gestion des données adapté à chaque niveau de coordination,	Nombre de niveau de coordination disposant d'un logiciel adapté		
		1.4.3 Equiper tous les niveaux de coordination en matériel informatique nécessaire	Nombre de niveau de coordination disposant d'un équipement informatique adéquat		

<b>RENFORCEMENT DE CAPACITE: SUIVI-EVALUATION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS1 Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH.	1.5.Renforcement des capacités des gestionnaires a analyser les données pour la prise de décision	1.5.1 Identifier les personnels aptes à analyser des données centralisées	Nombre de personnels existants	MLS/DPPSE MSHP/DIPE	les rapports sont disponibles dans les délais requis
		1.5.2 renforcer les capacités d'analyse des données des personnes identifiées	nombre de personnes formées en analyse des données		
	1.6. Renforcement des capacités d'archivage des données et résultats a chaque niveau	1.6.1 faire l'état des lieux de l'archivage des données et la documentation à tous les niveaux	Nombre de structures évaluées	MLS	Capacités d'archivage renforcées à chaque niveau
		1.6.2 Equiper les services de documentation a chaque niveau en matériels d'archivage	Nombre de structures équipées	MLS/CRLS/CDLS/ CCLS	
		1.6.3 Créer 10 centres régionaux de documentation sur le VIH/SIDA	Nombre de centres créés	MLS/ Comités régionaux	10 centres régionaux de documentation créés et fonctionnels
		1.6.4 Créer un centre national de documentation sur le VIH/SIDA	Existence du centre national de documentation	MLS	1 centre national de documentation fonctionnel

RENFORCEMENT DE CAPACITE: SUIVI-EVALUATION					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS 2 : Améliorer le système de Surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA	2.1 Equipement d'un centre de calcul à la DIPE pour les besoins d'études et enquêtes	2.1.1 aménager et équiper un centre de calcul (informatique, cartographie) à la DIPE;	Existence d'un centre de calcul fonctionnel	MSHP/DIPE	le centre de calcul est aménagé et opérationnel
	2.2 Formation des personnels à la gestion des données	2.2.1 Organiser des séances de formation	Nombre de personnels formés	MSHP/DIPE	les capacités humaines à la gestion des données sont renforcées
	2.3 Renforcement des capacités de collecte de données et de supervision	2.3.1 Equiper la DIPE en matériels roulants pour la collecte des échantillons	Nombre de véhicules mis à disposition	MSHP	Capacités de collecte de données et de supervision renforcées
	2.4 Extension de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes à toutes les régions sanitaires	2.4.1. Evaluer les capacités de ces régions à conduire une surveillance sentinelle	Nombre de régions ayant des personnels formés à la surveillance sentinelle,	MSH/DIPE	Toutes les régions sanitaires conduisent des activités de surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes
		2.4.2. Renforcer les capacités du personnel qui doit effectuer la surveillance sentinelle,			
	2.5. Dotation du LNSP en ressources pour les besoins de traitement des échantillons d'études et enquêtes	2.5.1. Equiper le LNSP en matériel biomédical	Nombre et type de matériels disponibles	MSHP/LNSP	Le LNSP réalise les analyses biologiques des études/enquêtes
		2.5.2. Renforcer les ressources humaines du LNSP	Nombre de personnels du LNSP qualifiés pour la surveillance épidémiologique		

#### **4.7. RECHERCHE**

L'évaluation des plans stratégiques 2002-2004 et 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 (avec de manière transversale les femmes) et la recherche vaccinale qui a connu un démarrage a été freiné 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.

Ainsi des objectifs et stratégies ont été définis.

##### **Prévention**

###### Objectif général :

- Conduire des activités de recherche pour réduire de 25% l'incidence des nouvelles infections à VIH, notamment chez les femmes

###### Objectifs spécifiques

- Réaliser des enquêtes dans les populations cibles ;
- Conduire des activités de recherche opérationnelle ;
- Améliorer la connaissance de l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire ;
- Redynamiser la recherche vaccinale.

###### Stratégies

- Réalisation d'enquêtes pour évaluer la situation du VIH dans les populations cibles, notamment les femmes dans ces populations (Enseignants, HSH, Consommateurs de drogues, jeunes, Ex-combattants) ;
- Réalisation d'enquêtes socio comportementales ;
- Evaluation de l'acceptation et de l'utilisation du préservatif féminin ;
- Evaluation du niveau de résistance des IST ;
- Développement des études sur la résistance aux ARV ;
- Développement des études sur la pharmacovigilance des ARV ;
- Organisation des rencontres de partage des résultats de recherche ;
- Renforcement de la diffusion des données ;
- Organisation de session annuelle de présentation des données ;
- Création des conditions favorables à la recherche vaccinale sur le VIH/SIDA ;
- Conduite d'activités de recherche vaccinale.

##### **Prise en charge**

###### Objectif général :

- Promouvoir les activités de recherche en matière de PEC globale.

###### Objectifs spécifiques :

- Développer des activités de recherche en matière de PEC globale ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge pédiatrique ;
- Développer des approches novatrices en matière de prise en charge ;
- Promouvoir la pharmacopée africaine.

###### Stratégies :

- Création d'un cadre de concertation sur la recherche ;
- Réalisation de travaux de recherche clinique, thérapeutique et biologique ;
- Disponibilité du dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives ;
- Evaluation de l'impact des interventions des ONGs dans la PTME ;



- Identification des approches novatrices ;
- Création d'un cadre de concertation entre médecine moderne et médecine traditionnelle.

**RECHERCHE: PREVENTION**

**Objectif général:** Conduire des activités de recherche pour réduire de 25% l'incidence des nouvelles infections à VIH

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1** Réaliser des enquêtes dans les populations cibles

**OS2** Conduire des activités de recherche opérationnelle

**OS3** Améliorer la connaissance de l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire

**OS4** Redynamiser la recherche vaccinale

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1. Réaliser des enquêtes dans les populations cibles	1.1 Réalisation d'enquêtes pour évaluer la situation du VIH dans les populations cibles (Enseignants, HSH, Consommateurs de drogues, jeunes, Ex-combatants)	1.1.1 Planifier les enquêtes	Nombre d'enquêtes planifiées	MLS MSHP MESR	Les enquêtes sur les populations cibles sont réalisées
		1.1.2 Réaliser les enquêtes	Nombre d'enquêtes réalisées		
	1.2 Réalisation d'enquêtes socio-comportementale	1.2.1 Elaborer le protocole	Existence de protocole d'enquête		
		1.2.2 Identifier les sites d'enquêtes	Nombre de sites identifiés		

<b>RECHERCHE: PREVENTION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS2. Conduire des activités de recherche opérationnelle	2.1 Evaluation de l'acceptation et de l'utilisation du préservatif féminin	2.1.1 Identifier les populations cibles	Existence de la liste des populations cibles	MLS MSHP MESR	Acceptation et de l'utilisation du préservatif féminin évaluée
		2.1.2 Organiser des rencontres avec les populations cibles	Nombre de rencontres organisées		
		2.1.3 Réaliser l'évaluation	Existence d'un rapport d'évaluation		
	2.2 Evaluation du niveau de résistance des IST	2.2.1 Mettre en place des sites sentinelles dans 10 régions	Nombre de sites sentinelles mis en place	MLS MSHP MESR	Niveau de résistance des IST évalué
		2.2.2 Evaluer les résistances aux traitements des IST dans les sites sentinelles des 10 régions	Existence d'un rapport d'évaluation sur les résistances		
	2.3 Développement des études sur la résistance aux ARV	2.3.1 Identifier les sites d'étude sur la résistance aux ARV	Nombre de sites d'étude identifiés	MLS MSHP MESR	Etudes sur la résistance aux ARV réalisées
2.3.2 Réaliser l'étude		Existence de rapport d'étude sur la résistance aux ARV			

RECHERCHE: PREVENTION					
OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS2. Conduire des activités de recherche opérationnelle	2.4 Développement des études sur la pharmacovigilance des ARV	2.4.1 Mettre en place un mécanisme de surveillance sur la pharmacovigilance	Existence d'un mécanisme de surveillance sur la pharmacovigilance	MLS MSHP/DPM MESR	Des études sur la pharmacovigilance des ARV
		2.4.2 Renforcer les capacités des acteurs pour la mise en œuvre des activités de pharmacovigilance	Existence de la liste des équipements et nombre de personnels formés		
		2.4.3 Organiser la diffusion des résultats des études sur la pharmacovigilance	Nombre de rapports diffusés		
OS3. Améliorer la connaissance de l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire	3.1 Organisation des rencontres de partage des résultats de recherche	3.1.1 mettre en place un comité scientifique	Existence d'un comité scientifique	MLS MSHP MESR	Les informations sur les résultats de la recherche sont disponibles et diffusées
		3.1.2 Identifier les instituts de recherche	Nombre d'instituts de recherches identifiés		
		3.1.3 Organiser les rencontres	Nombre de rencontres organisées		

<b>RECHERCHE: PREVENTION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS3. Améliorer la connaissance de l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire	3.2 Renforcement de la diffusion des données.	3.2.1 Collecter et Organiser les données recueillies auprès de : Comité d'éthique, sites web, livres d'abstracts des différentes conférences, chercheurs eux-mêmes	Nombre de rapports collectés et diffusés	MLS MSHP MESR	Les résultats des recherches sont disponibles et diffusés sur les sites webs existants
		3.2.2 Intégrer les résultats de recherches dans les sites webs existants (MLS, MSHP)	Existence d'une rubrique sur les résultats de la recherche dans les sites webs existants		
		3.2.3 Mettre à jour le répertoire des études sur le SIDA en Côte d'Ivoire	Répertoire des études à jour sur les sites webs		
	3.3 Organisation de session annuelle de présentation des données	3.3.1 Organiser la session	Nombre de sessions annuelles organisées	MLS MSHP MESR	Les sessions annuelles sont organisées

<b>RECHERCHE: PREVENTION</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS4. Redynamiser la recherche vaccinale	4.1 Création de conditions favorables à la recherche vaccinale sur le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire	4.1.1 Plaidoyer auprès des partenaires pour la relance des activités de recherche vaccinale	Existence de conditions favorables	MLS MSHP MESR	Les conditions favorables à la recherche vaccinale sur le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire existent
	4.2 Conduite d'activités de recherche vaccinale	4.2.1 Elaborer un plan de recherche vaccinale	Existence de travaux de recherche vaccinale	MLS MSHP MESR	Recherche vaccinale redynamisée
		4.2.2 Mettre en œuvre le plan de recherche vaccinale			

## RECHERCHE: PRISE EN CHARGE

**Objectif général: Promouvoir les activités de recherche en matière de PEC globale**

**Objectifs spécifiques (OS):**

**OS1 Développer des activités de recherche en matière de PEC globale**

**OS2 Améliorer la qualité de la prise en charge pédiatrique**

**OS3 Développer des approches novatrices en matière de prise en charge**

**OS4 Promouvoir la pharmacopée africaine**

OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	ETAPES	INDICATEURS	RESPONSABLES	RESULTATS ATTENDUS
OS1: Développer des activités de recherche en matière de PEC globale	1.1 Création d'un cadre de concertation sur la recherche	1.1.1 Elaborer un document de politique de recherche	Existence d'un document de politique de recherche	MLS MSHP MESR	Le document de politique de recherche est disponible
		1.1.2 Définir les axes de recherche clinique, thérapeutique et biologique	Liste des axes de recherche clinique, thérapeutique et biologique		Axes de recherche clinique, thérapeutique et biologique définis
	1.2 Réalisation de travaux de recherche clinique, thérapeutique et biologique	1.2.1 Planifier les travaux de recherche	Nombre de travaux de recherche clinique, thérapeutique et biologique réalisées	MLS MSHP MESR	Recommandations des travaux de recherche clinique, thérapeutique et biologique disponibles et appliquées
		1.2.2 Mettre en œuvre le plan de recherche			
		1.2.3 Rendre opérationnels les résultats des travaux de recherche			

<b>RECHERCHE: PRISE EN CHARGE</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS2: Améliorer la qualité de la prise en charge pédiatrique	2.1 Disponibilisation du dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives	2.1.1 Valider la stratégie de dépistage sérologique par test rapide à M12	Existence d'un rapport d'évaluation	MSHP/PNPEC MESR	Dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives disponible
		2.1.2 Evaluer l'utilisation de papier filtre pour le transport des échantillons destinés à la PCR			
	2.2 Evaluation de l'impact des interventions des ONGs dans la PTME	2.2.1 Identifier les sites d'intervention des ONGs	Nombre de sites identifiés	MLS MSHP/PNPEC MESR	Impact des interventions des ONGs dans la PTME documenté
		2.2.2 Réaliser une étude quasi-expérimentale	Existence d'un rapport d'étude		
OS3: Développer des approches novatrices en matière de prise en charge	3.1 Identification des approches novatrices	3.1.1 Evaluer les approches novatrices	Nombre d'approches novatrices évaluées	MSHP/PNPEC MESR	Approches novatrices évaluées
		3.1.2 Opérationnaliser les résultats positifs des approches novatrices	Nombre d'approches novatrices appliquées		Approches novatrices appliquées



<b>RECHERCHE: PRISE EN CHARGE</b>					
<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>STRATEGIES</b>	<b>ETAPES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTATS ATTENDUS</b>
OS4: Promouvoir la pharmacopée africaine	4.1 Création d'un cadre de concertation entre médecine moderne et médecine traditionnelle	4.1.1 Organiser des rencontres entre les tradithérapeutes et les autres acteurs	Nombre de rencontres organisées	MLS MSHP MESR	Le cadre de concertation entre médecine moderne et médecine traditionnelle est opérationnel
		4.1.2 Formaliser le cadre de recherche	Existence d'un cadre de recherche		
		4.1.3 Identifier les Tradithérapeutes impliqués dans la prise en charge du VIH	Nombre de Tradithérapeutes impliqués dans la prise en charge du VIH		
		4.1.4 Evaluer les substances actives naturelles	Nombre de substances naturelles testés actives		

## **5. CADRE DE MISE EN ŒUVRE**

La mise en œuvre du plan stratégique national 2006-2010 de lutte contre le VIH/SIDA sera possible et facilitée à travers ce cadre institutionnel s'articulant autour d'organes répartis à deux niveaux : central et décentralisé.

### **5.1. ORGANES AU NIVEAU CENTRAL**

#### **➤ Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)**

Le Conseil National de Lutte contre le Sida dont les attributions, la composition et le fonctionnement ont été fixés par Décret N° 2004-13 du 7 janvier 2004, a été installé le 24 Septembre 2004. Le CNLS est chargé essentiellement de définir les orientations nationales de la politique globale de lutte contre le VIH/SIDA, de valider le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et d'apprécier les résultats de la Lutte contre le VIH/SIDA. Il se réunit une fois par an.

Pour son fonctionnement, le CNLS dispose d'un Secrétariat Technique (ST) chargé du suivi et de l'évaluation des activités de lutte contre le SIDA. Ce Secrétariat Technique du Conseil National est assuré par le Ministère de la lutte contre le SIDA.

Organe suprême de coordination, le CNLS est présidé par le Président de la République qui rend compte des efforts accomplis et des résultats de la lutte contre le VIH/SIDA à travers un message à la nation.

#### **➤ Le Comité Interministériel de Lutte contre le SIDA (CIMLS)**

Le Comité Interministériel de Lutte contre le SIDA dont les attributions, la composition et le fonctionnement ont été fixés par Décret N° 2004-14 du 7 janvier 2004, est chargé :

- Du suivi de l'orientation stratégique ;
- De la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles de lutte contre le VIH/SIDA ;
- D'assurer la bonne exécution technique et financière des plans d'actions des secteurs;
- D'évaluer l'efficacité multisectorielle de la lutte contre le VIH/SIDA.

Le CIMLS présidé par le Premier Ministre, se réunit deux fois dans l'année lors d'un conseil de Gouvernement dont l'ordre du jour est consacré uniquement et exclusivement aux activités sectorielles de lutte contre le VIH/SIDA des différents ministères. A cet effet, le Président du Comité Interministériel rend compte des résultats des activités de lutte contre le SIDA au Conseil National.

Pour son fonctionnement, le CIMLS dispose d'un Secrétariat Exécutif (SE) assuré par les ministères ayant de façon spécifique des attributions liées au VIH/SIDA et par ceux dont l'implication pourrait contribuer à lutter efficacement contre la pandémie.

La coordination du Secrétariat Exécutif est assurée par le Ministre de la lutte contre le SIDA.

#### **➤ Le Comité des Experts**

Le comité des experts a pour mission de donner un avis technique sur des aspects spécifiques de la lutte contre le VIH/SIDA.

#### **➤ Le Ministère de la Lutte contre le SIDA (MLS)**

Pour la coordination de toutes les activités de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire, il a été créé un Ministère de la Lutte contre le SIDA chargé du suivi de la politique du gouvernement et de la mise en œuvre de la réponse multisectorielle à la pandémie du SIDA.

Pour mieux assurer sa mission de coordination, il est proposé la création d'un Secrétariat Général.

## ➤ **Forum des Partenaires**

Ce Forum regroupe le système des Nations Unies (ONUSIDA et ses co-parrains : OMS, UNFPA, UNICEF, UNESCO, BM, PNUD, PAM, HCR, OCHA, FAO), les Coopérations bilatérales (France, Belgique, Italie, Canada, Allemagne, Japon et multilatérales (PEPFAR, UE, FM), la Société Civile et ses réseaux (COSCI, RIP+, Alliance des Maires, Alliance des Religieux Pour la Lutte contre le SIDA), le Secteur Privé (CGECI, la Coalition des Entreprises), le CCM et le FNLS.

### **5.2. ORGANES AU NIVEAU DECENTRALISE**

La décentralisation des interventions permettra de lutter contre cette pandémie sur l'étendue du territoire. La réussite de cette stratégie repose sur une bonne coordination des activités à chaque niveau d'intervention.

#### ➤ **Les Comités Sectoriels de Lutte contre le SIDA (CSLS)**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réponse multisectorielle à la Pandémie du VIH/SIDA, il est créé au sein de chaque secteur de développement (ministère, institution de l'État), un Comité Sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA.

Le Comité Sectoriel est présidé par le Ministre chargé du secteur ou le Président de l'Institution. Chaque établissement sous tutelle dispose d'une cellule focale. Le comité sectoriel est chargé du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités sectorielles en matière de lutte contre le SIDA.

Le Comité Sectoriel de lutte contre le SIDA se réunit au plus tard un mois après chaque trimestre sur convocation de son Président et en cas de besoin.

Le Président du Comité Sectoriel rend compte au Comité Interministériel tous les six mois. Les présidents des institutions de la république rendent compte au Conseil National une fois l'an.

Le Comité Sectoriel dispose d'une coordination des cellules focales assurée par un Coordonnateur ou point focal désigné par le Président.

#### ➤ **Comité Régional de Lutte contre le SIDA (CRLS)**

Le Comité Régional est chargé du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles, communautaires et associatives en matière de lutte contre le VIH/SIDA, dans la région.

A ce titre, il est chargé de :

- La préparation la mise en œuvre et le suivi-évaluation du plan d'action régional ;
- La supervision et le suivi - évaluation des plans d'action des activités des comités départementaux ;
- La recherche et la mobilisation des fonds nécessaires.

Le Comité Régional se réunit tous le trois mois sur convocation de son Président et en cas de besoin. Le Président du Comité rend compte trois fois dans l'année au Ministre de la Lutte contre le SIDA.

### ➤ **Comité Départemental de Lutte contre le SIDA (CDLS)**

Le Comité Départemental est chargé du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles, communautaires et associatives en matière de lutte contre le VIH/SIDA, dans le département.

Il est chargé de :

- La préparation, la mise en œuvre et le suivi évaluation du plan d'action départemental ;
- La supervision des activités, l'approbation, l'évaluation et le suivi des plans d'action des Comités Communaux et Villageois ;
- La recherche et la mobilisation des fonds nécessaires.

Le Comité Départemental se réunit tous les deux mois sur convocation de son Président et en cas de besoin. Le Président du Comité Départemental de lutte contre le SIDA adresse un rapport tous les trimestres au Président du Comité Régional.

### ➤ **Comité Communal de Lutte contre le SIDA (CCLS)**

Le Comité Communal est chargé du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles, communautaires et associatives en matière de lutte contre le VIH/SIDA, dans la Commune.

Il est chargé de :

- La préparation, la mise en œuvre et le suivi évaluation du plan d'action communal ;
- La supervision des activités, l'évaluation et le suivi des plans d'action des Comités Villageois ;
- La coordination des différentes activités de lutte contre le SIDA menées dans la Commune ;
- La recherche et la mobilisation des fonds nécessaires.

Le Comité Communal de lutte contre le SIDA se réunit tous les mois sur convocation de son Président et en cas de besoin. Le Président du Comité Communal de lutte contre le SIDA adresse un rapport tous les mois au Président du Comité Départemental.

### ➤ **Comité Villageois de Lutte contre le SIDA (CVLS)**

Le Comité villageois est chargé du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles, communautaires et associatives en matière de lutte contre le VIH/SIDA, dans le village.

Il est chargé de :

- L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi évaluation du plan d'action villageois ;
- La supervision des activités de lutte contre le SIDA initiées dans le village ;
- La recherche et la mobilisation des fonds nécessaires ;
- La coordination des activités de lutte contre le SIDA menées par d'autres organismes dans le village.

Le Comité villageois de lutte contre le SIDA se réunit tous les mois sur convocation de son Président et en cas de besoin. Le Président du Comité Villageois de lutte contre le SIDA adresse un Rapport tous les mois au Président du Comité Communal.

## CONCLUSION

Le Plan Stratégique National 2006-2010 a été élaboré à partir de l'analyse de la Situation et des résultats de la mise en œuvre des Plans Stratégique 2002-2004 et Intérimaire 2005.

Pour les cinq prochaines années, les grandes orientations s'articulent autour des axes stratégiques suivants :

- Le renforcement de la coordination ;
- L'intensification de la prévention ;
- Le renforcement des capacités des ressources humaines ;
- Le renforcement de la prise en charge pédiatrique ;
- L'opérationnalisation du cadre de suivi évaluation ;
- La pérennisation des ressources financières requises ;
- La redynamisation de la recherche opérationnelle et vaccinale ;
- La réduction des impacts socio-économiques du VIH/SIDA sur les populations.

La mise en œuvre de ce plan nécessite son appropriation par tous les acteurs des secteurs publics, privés, société civile y compris les PVVIH et les partenaires au développement. A cet effet, ce plan fera l'objet d'une large diffusion en vue d'une grande mobilisation des ressources.

La légitimation de ce plan, produit d'un processus participatif, par la plus haute instance nationale (CNLS), est un atout majeur pour sa mise en œuvre.

La mise en œuvre de ce PSN 2006-2010 d'un coût global de 297 milliards 120 millions de FCFA (577 millions de Dollars USD) devrait permettre à la Côte d'Ivoire de baisser la séroprévalence de 4,7 à 3,5% et de réduire les effets néfastes du VIH/SIDA sur les populations par :

- Une coordination renforcée ;
- Un accès aux services de soin amélioré ;
- Une prévention de l'infection à VIH/SIDA intensifiée ;
- Un système de suivi-évaluation fonctionnel et adapté ;
- Un renforcement des capacités rationalisé ;
- Un financement des activités suivi et coordonné ; un plan de financement disponible dans une perspective de pérennisation des ressources financières requises dans la lutte contre le SIDA ;
- Une recherche opérationnelle soutenue et développée ;
- Des impacts socio-économiques du VIH/SIDA sur les populations réduits dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

## DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Appui à la mise en œuvre du programme de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA chez les femmes libres et leurs partenaires : rapport d'évaluation externe du projet IVC/00/P03, Avril 2005, Gbadi Kama Brigith.
2. Budget 2004-2005, Fonds Mondial, PNUD Côte d'Ivoire.
3. Cartographie des acteurs/intervenants et des interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans l'assistance/action humanitaire en République de Côte d'Ivoire, rapport final, ONUSIDA, Octobre 2005.
4. Consensus sur la Problématique des ARV, les actes de Grand-Bassam, Octobre 2005.
5. Déclaration d'engagement de l'Etat de Côte d'Ivoire. Campagne Mondiale « Enfant et VIH/SIDA », Octobre 2005.
6. Document de normes et directives nationales du conseil et dépistage volontaire du VIH en Côte d'Ivoire, Novembre 2002, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Sécurité Sociale.
7. Etat de financements du PSN 2002-2004 et du plan intérimaire 2005, Ministère de la Lutte contre le SIDA.
8. Evaluation du projet « Clubs santé jeunes » IVC/00/P05, Avril 2005, UNFPA, Direction de l'extra-scolaire et des activités coopératives.
9. Plan d'action national Orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/SIDA 2004-2006, MSSSH.
10. Plan Stratégique national Orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/SIDA 2006-2010, MFAS/PN-OEV.
11. Plan de contingence inter-Agence pour la Côte d'Ivoire, Septembre 2005, Equipe des Nations Unies.
12. Plan d'urgence du Président Bush 2003-2008 pour la lutte contre le SIDA.
13. Plan intérimaire de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire, Avril 2005, Ministère de la Lutte contre le SIDA.
14. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Avril - Juin 2003, AIMAS.
15. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Juillet - Septembre 2003, AIMAS.
16. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Octobre-Décembre 2003, AIMAS.
17. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier trimestriel N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Juillet - Septembre 2004, AIMAS.
18. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier trimestriel N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Octobre-Décembre 2004, AIMAS.
19. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier trimestriel N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Janvier - Mars 2004, AIMAS.

20. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier trimestriel N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Avril - Juin 2004, AIMAS.
21. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier trimestriel N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Juillet - Septembre 2004, AIMAS.
22. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier trimestriel N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Octobre-Décembre 2004, AIMAS.
23. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier trimestriel N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Janvier - Mars 2005, AIMAS.
24. Planification familiale et prévention du SIDA II, KFW, rapport financier trimestriel N° 99 66 1417, Coopération financière germano-ivoirienne, Avril - Juin 2005, AIMAS.
25. Activités VIH/SIDA 2005, COAR 2005, Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), Représentation de la Côte d'Ivoire.
26. Proceedings of a technical meeting for the Development of a framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, care, treatment and support in the Health sector, October 2005, World Health Organization, Geneva.
27. Projet multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (PMLS), Volume 1 : manuel d'exécution, unité de coordination du projet, Conseil National de lutte contre le SIDA, Avril 2005.
28. Programme planning familial/prévention du SIDA II, Janvier - Mars 2002, AIMAS.
29. Programme planning familial/prévention du SIDA II, Juillet-Septembre 2002, AIMAS.
30. Programme planning familial/prévention du SIDA II, Octobre-Décembre 2002, AIMAS.
31. Rapport annuel 2003, Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), représentation de la Côte d'Ivoire.
32. Rapport annuel 2004, Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), représentation de la Côte d'Ivoire.
33. Rapport d'activités VIH/SIDA pour l'année 2005. Situation et réponse du VIH/SIDA en milieu réfugié en Côte d'Ivoire, UNHCR Côte d'Ivoire.
34. Rapport de l'enquête de 2004. Serosurveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire. Projet RETRO-CI / MEMSP/MLS.
35. Rapport final Sérosurveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis en Côte d'Ivoire, enquête annuelle de 2004.
36. Rapport final 2005. Promotion de la santé sexuelle et de la reproduction et prévention des IST/VIH parmi les adolescents et les jeunes (IVC/03/P02), Ministère de la Jeunesse et du Service Civique, UNFPA.
37. Rapport final Projet de prévention des IST/VIH/SIDA auprès des soldats du maintien de la paix de l'ONUCI « HRU5R206 HIV/AIDS CIV », Janvier 2006, Unité VIH/SIDA ONUCI.
38. Rapport général provisoire. Revue annuelle 2005, Décembre 2005, programme de Coopération Côte d'Ivoire - PNUD 2003-2007.
39. Rapport général de la revue annuelle 2004 des programmes, Décembre 2004, programme de Coopération Côte d'Ivoire, PNUD 2003-2007.

40. Rapport de la consultation nationale sur l'Accès Universel au paquet de traitement, de soins et soutien, Ministère de la Lutte contre le SIDA, Février 2006.
41. Suivi de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA / UNGASS, Décembre 2005, Rapport national de la Côte d'Ivoire 2006, Ministère de la Lutte contre le SIDA, ONUSIDA.
42. Children the missing face of AIDS-Unite against AIDS, UNICEF, 2005.
43. WHO discussion paper : the practice of changing user fees at the point of service delivery for HIV/AIDS Treatment, December 2005, World Health Organization.
44. EGPAF Annual Report, 2004, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation.
45. Organisation de la prise en charge médicale des PVVIH, 2004, Programme Nationale de Prise en Charge (PNPEC).
46. Rapport d'activités annuel, 2005, Renaissance Santé Bouaké.
47. Rapport annuel du Coordonnateur, 2002, UNDP.
48. Resident Coordinators annual reports: utilization of funds 2003, UNDP.
49. Resident Coordinators Annual Report, Workplan 2004, UNDP.
50. Revue des Plans Stratégique 2002-2004 et Intérimaire 2005, MLS/ONUSIDA Mai 2006.
51. Résultats préliminaires de l'enquête sur les indicateurs du Sida, MLS/INS 2005.
52. Rapport Enquête Démographique et de Santé (EDS), Ministère de la Santé/UNFPA 1998/1999.
53. Tableau de bord social, 2003, Ministère du Plan/PNUD.
54. Rapport Annuel de la Situation Sanitaire, 2000, Ministère de la santé.
55. Rapport du Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1998, Ministère du Plan/INS.
56. Rapport ONUSIDA 2004.
57. Enquête sur les conséquences de la crise sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA, 2005, MLS/ONUSIDA/Pierre Angulaire.
58. Modèle d'estimation des affectations de ressources pour les interventions de prévention et de soins et de soutien aux orphelins, Mars 2004, The Futures Group.



**ANNEXES**

**Annexe 1: Plan de suivi-évaluation du PSN 2006-2010**

<b>PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010</b>				
<b>PREVENTION</b>				
<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
D'ici fin 2010, Accroître de 64,5% à 80% la proportion de jeunes ayant leur premier rapport sexuel après 18 ans	Proportion de jeunes ayant leur premier rapport sexuel après 18 ans	Nombre de jeunes ayant leur premier rapport sexuel après 18 ans rapporté au nombre total de jeunes	Enquête	Tous les 2 ans
D'ici fin 2010, augmenter de 35 à 45 % la proportion de personnes déclarant avoir limité le nombre de leur partenaire sexuel à un	Proportion de personnes déclarant avoir limité le nombre de leur partenaire sexuel à un	Nombre de personnes déclarant avoir limité le nombre de leur partenaire sexuel à un rapporté à la population sexuellement active		
Augmenter la couverture nationale en CDV de 85 à 460 d'ici 2010 selon le plan d'extension nationale	Nombre de départements couverts	comptage	Exploitation des rapports d'activité	Annuelle
Augmenter le taux de dépistage volontaire de 6% à 25 % d'ici 2010	Taux de dépistage par centre de CDV	Nombre de personnes dépistées par CDV rapporté au nombre total de personnes ayant fréquenté les CDV par an		

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**PREVENTION**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
D'ici 2010, Augmenter de 10 % à 70% la proportion de structures de consultation prénatale offrant des services de PTME	Proportion des structures de consultation prénatale offrant des services de PTME	Nombre de structures de consultation prénatale offrant des services de PTME rapporté au nombre total de structures de consultation prénatale	exploitation des rapports d'activité	annuelle
D'ici 2010, Augmenter le taux de dépistage des femmes enceintes de 21% à 50%.	taux de dépistage des femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes dépistées rapporté au nombre total de femmes enceintes fréquentant les services de CPN par an	exploitation des rapports d'activité	annuelle
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	taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les femmes bénéficiant des activités de PTME	Nombre de mères bénéficiant des activités PTME ayant transmis le VIH à leur enfant rapporté au nombre total de femmes bénéficiant des activités de PTME	Etude	annuelle
Augmenter de 40 à 50 % la proportion de personnes utilisant systématiquement et correctement les préservatifs masculins	Proportion des jeunes de 15 à 24 ans utilisant systématiquement le préservatif masculin	Nombre de jeunes de 15 à 24 ans utilisant systématiquement le préservatif masculin rapporté au nombre total de jeunes de 15 à 24 ans	Enquête	Tous les 2 ans

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**PREVENTION**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
D'ici 2010 amener 5% des femmes sexuellement actives à utiliser systématiquement et correctement les préservatifs féminins	Proportion des femmes sexuellement actives utilisant systématiquement et correctement les préservatifs féminins	Nombre de femmes sexuellement actives utilisant systématiquement le préservatif féminin rapporté au nombre total de femmes sexuellement actives	Enquête	Tous les 2 ans
Accroître la perception des risques liés aux IST dans la population sexuellement active	Proportion des personnes sexuellement actives déclarant avoir eu une IST au cours des 12 derniers mois	Nombre de personnes sexuellement actives déclarant avoir eu une IST au cours des 12 derniers mois rapporté au nombre total de personnes sexuellement actives	Enquête	Tous les 2 ans
Réduire d'ici 2010, de 10,2 à 8 pour 1000 l'incidence des IST au sein de la population sexuellement active	Incidence des IST au sein de la population sexuellement active	Nombre de nouveaux cas d'IST diagnostiqués au cours de l'année rapporté à la population sexuellement active de l'année	exploitation des rapports d'activité	Annuelle

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**PREVENTION**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Traiter correctement selon l'approche syndromique tous les cas d'IST dépistés	Proportion de cas d'IST dépistés et correctement traités selon l'approche syndromique	Nombre de cas d'IST dépistés et correctement traités selon l'approche syndromique rapporté au nombre total de cas d'IST diagnostiqués	Exploitation des rapports d'activité	Annuelle
Etendre la couverture des services de référence IST aux 19 régions administratives	Nombre de régions administratives disposant d'un service de référence IST	comptage		
Réduire d'ici 2010, l'incidence du VIH/SIDA chez les nouveaux donneurs de 6 à 4%	Incidence du VIH/SIDA chez les nouveaux donneurs de sang	Nombre de cas de VIH/SIDA chez les nouveaux donneurs de sang au cours de l'année rapporté au nombre total de cas de VIH/SIDA chez les donneurs de sang		
Réduire d'ici 2010, de 0,03% à 0% le pourcentage de séroconversion chez les donneurs réguliers	Pourcentage de séroconversion chez les donneurs de sang réguliers	Nombre de cas de séroconversion chez les donneurs de sang réguliers rapporté au nombre total de donneurs réguliers de sang		

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**PREVENTION**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Garantir la sécurité du sang transfusé par l'amélioration de la qualification biologique des dons de sang	Taux de sécurisation du sang transfusé	Nombre de poche de sang transfusées dans les 12 derniers mois qui ont été testées pour le VIH selon les directives nationales rapporté au nombre total de poches de sang transfusées testées et non testées dans les 12 derniers mois	exploitation des rapports d'activité	Annuelle
Réduire de 2/3 les cas incidents d'AES chez le personnel de santé	Nombre de nouveaux cas d'AES chez le personnel de santé	comptage	Etude	Tous les 2 ans
Améliorer la prise en charge des cas d'AES du personnel de santé	Proportion des cas d'AES du personnel de santé pris en charge correctement	Nombre de cas d'AES du personnel de santé pris en charge correctement rapporté au nombre total de cas d'AES du personnel de santé		
Réduire la transmission du VIH/SIDA par exposition à du matériels tranchants, coupants, piquants, contondants	Pourcentage de personnel de santé formé à la prise en charge des AES	Nombre de personnel de santé formé à la prise en charge des AES rapporté au nombre total de personnel de santé		

## PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010

### PREVENTION

DOMAINES	INDICATEURS	MODE DE CALCUL	METHODE	PERIODICITE
Améliorer la prise en charge des cas d'accident à l'exposition au sexe	Nombre de personnes sensibilisées sur les cas d'accident à l'exposition au sexe	comptage	Exploitation du rapport d'activité	Annuelle
D'ici 2010, renforcer le cadre juridique, les pratiques et politiques en vue de la réduction de la stigmatisation et la discrimination liée au VIH	Nombre de textes de lois élaborés et adoptés	comptage	Exploitation du rapport d'activité	Tous les 2 ans
D'ici 2010, accroître de 15,5% à 30% le pourcentage des personnes adoptant des pratiques et attitudes non discriminatoires et stigmatisantes envers les PVVIH	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	comptage	Exploitation du rapport d'activité	
D'ici 2010, Amener 95 % des PVVIH à adopter des comportements responsables réduisant la propagation du VIH et la surinfection par le VIH	Proportion de PVVIH ayant déclaré adopter des comportements responsables	Nombre de PVVIH déclarant adopter des comportements responsables rapporté au nombre total de PVVIH	Enquête	

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**PREVENTION**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
D'ici 2010, Amener 100 % des PVVIH à fréquenter les centres de prise en charge globale	Proportion de PVVIH fréquentant les centres de prise en charge	Nombre de PVVIH fréquentant les centres de prise en charge rapporté au nombre total de PVVIH	Exploitation du rapport d'activité	Annuelle
Réduire de 25 % la transmission sanguine du VIH chez les consommateurs de drogue injectable	Prévalence du VIH/SIDA par transmission sanguine chez les consommateurs de drogues injectables	Nombre de cas de VIH/SIDA par transmission sanguine chez les consommateurs de drogues injectables rapporté au nombre total de consommateurs de drogue injectable	Enquête	Annuelle
Réduire de 50 % la transmission sexuelle du VIH chez les consommateurs de drogue	Prévalence du VIH/SIDA par transmission sexuelle chez les consommateurs de drogues	Nombre de cas de VIH/SIDA par transmission sexuelle chez les consommateurs de drogues rapporté au nombre total de consommateurs de drogue		
Prendre en charge de façon globale et correcte 80 % de consommateurs de drogue	Pourcentage de consommateurs de drogues ayant accès au traitement de substitution	Nombre de consommateurs de drogues ayant accès au traitement de substitution rapporté au nombre total de consommateurs de drogue		

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**PREVENTION**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Créer les conditions favorables à la recherche vaccinale sur le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire	Nombre de programmes de recherches menées	comptage	Exploitation du rapport de recherche	Annuelle
Renforcer la recherche opérationnelle pour une meilleure connaissance de l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire	Nombre d'études menées	comptage	Exploitation du rapport d'étude	Annuelle



**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**PRISE EN CHARGE**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Assurer la Prise En Charge médicale des PVVIH dans tous les districts sanitaires	Nombre de districts sanitaires assurant la prise en charge médicale des PVVIH	comptage	Exploitation du rapport d'activités	Annuelle
Assurer la prise en charge pédiatrique dans tous les centres de prise en charge du VIH	Proportion de centres de prise en charge du VIH offrant la prise en charge pédiatrique	Nombre de centres de prise en charge du VIH offrant la prise en charge pédiatrique rapporté au nombre total de centres de PEC du VIH		
Renforcer la prise en charge de la co-infection VIH-tuberculose	Proportion de patients tuberculeux dépistés pour le VIH	Nombre de patients tuberculeux dépistés pour le VIH rapporté au nombre total de patients tuberculeux		
Assurer l'accès des médicaments dans tous les centres de PEC (ARV, CTX et autres médicaments los)	Nombre de ruptures en ARV et intrants stratégiques (médicaments /IOS/TUB/IST/Soins Palliatifs, réactifs et consommables)	comptage		
Mettre en place un système d'assurance qualité des services de prise en charge médicale (clinique, laboratoire, pharmacie)	Nombre de documents nationaux de normes, guides et standards de qualité des services de prise en charge médicale (clinique, laboratoire, pharmacie) produits	comptage		

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**PRISE EN CHARGE**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Renforcer le système national de surveillance épidémiologique du VIH	Nombre d'enquêtes annuelles de surveillance épidémiologique du VIH conduites	Comptage	Exploitation du rapport d'enquête	Annuelle
Renforcer le système de suivi-évaluation de la prise en charge médicale	Nombre de rapports sur la prise en charge médicale produits		Exploitation du rapport d'activités	
Développer des activités de recherche en matière de PEC globale	Nombre de travaux de recherche clinique, thérapeutique et biologique menés			
Renforcer l'offre de soins palliatifs dans toutes les structures sanitaires, la communauté et à domicile	Nombre de structures offrant les soins palliatifs			
Renforcer les capacités des acteurs impliqués dans les soins palliatifs	Nombre d'acteurs en soins palliatifs formés			
Développer les soins à domicile et les soins communautaires	Nombre de structures impliquées dans les soins palliatifs à domicile et dans la communauté			

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**PRISE EN CHARGE**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Mobiliser la société pour les soins palliatifs	Nombre de campagne de sensibilisation pour les soins palliatifs organisés	Comptage	Exploitation du rapport d'activités	Annuelle
Intégrer le soutien nutritionnel dans les activités de toutes les structures de prise en charge	Nombre de centres de prise en charge approvisionnés en micronutriments et kits de nutrition thérapeutique			
Renforcer le soutien nutritionnel et alimentaire dans la communauté	Nombre d'organisations approvisionnées en micronutriments et kits de nutrition thérapeutique			
Développer la recherche dans le domaine de la prise en charge nutritionnelle des PVVIH	Nombre d'études réalisées			
Mettre en place un système de suivi et d'évaluation des interventions de soutien nutritionnel	Nombre de supervision des activités de soutien nutritionnel			

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**PRISE EN CHARGE**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Apporter un soutien juridique à tous les PIAVIH exprimant un besoin	Nombre de cas de violations assistés	Comptage	Exploitation du rapport d'activités	Annuelle
Renforcer les capacités économiques de 50% des PIAVIH	Nombre de PIAVIH bénéficiaires d'AGR			
Améliorer la qualité de vie de 50% des PIAVIH	Nombre de PIAVIH bénéficiaires d'une réinsertion sociale			
Renforcer les capacités de 30% des familles pour la prise en charge des OEV	Nombre de familles d'OEV bénéficiaires d'AGR			
Mobiliser 50% des communautés sur la problématique des OEV en vue d'un changement de comportement	Nombre de campagnes de sensibilisation des communautés sur la problématique des OEV			
Assurer l'accès de 40% des OEV aux services sociaux de base	Nombre d'OEV déscolarisés et non scolarisés insérés dans la vie socioprofessionnelle			
Assurer la prise en charge psychosociale de 60% des OEV et leurs familles	Nombre de groupes d'auto-soutien mis en place			

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**COORDINATION**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Assurer le fonctionnement adéquat du CNLS	Nombre de réunions statutaires organisées avec PV disponible	Comptage	Exploitation des rapports d'activité	Annuelle
Rendre opérationnel le CIMLS	Nombre de sessions spéciales de Conseil de Gouvernement portant sur le VIH/SIDA			
Rendre opérationnel le CMP	Nombre de sessions du CMP tenues			
Rendre opérationnel les comités sectoriels	Nombre de comités sectoriels opérationnels			
Opérationnaliser les Comités régionaux	Nombre de comités régionaux opérationnels			
Opérationnaliser les Comités départementaux	Nombre de PV de réunions statutaires du CDLS organisées et transmises au CRLS avec rétro information au CDLS			
Opérationnaliser les Comités communaux	Nombre de PV de réunions statutaires du CCLS organisées et transmises au CDLS			

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**SUIVI-EVALUATION**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Améliorer le Système d'information de routine sur les interventions du VIH	% de structures opérationnelles en matière de compilation des données par niveau	Nombre de structures opérationnelles en matière de compilation des données par niveau rapporté au nombre total de structures par niveau	Exploitation du rapport d'activités	Annuelle
Améliorer le système de Surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA	% de régions menant les activités de surveillance sentinelle,	Nombre de régions menant les activités de surveillance sentinelle rapporté au nombre total de régions		
Systématiser les Enquêtes Epidémiologiques/études sur les IST/VIH/SIDA	nombre d'acteurs ayant reçu un exemplaire du répertoire annuel des Enquêtes Epidémiologiques, comportementales et études réalisées	comptage		
Opérationnaliser la Coordination du Suivi et Evaluation des IST/VIH/SIDA	% d'organes de coordination opérationnels	Nombre d'organes de coordination opérationnels rapporté au nombre total d'organes de coordination		
Suivre et Evaluer le plan stratégique national 2006-2010	Nombre de rapports produits	comptage		

**PLAN DE SUIVI-EVALUATION DU PNS 2006-2010**

**FINANCEMENT**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Suivre le plan de financement	Taux d'exécution (recettes et dépenses)	Montant mobilisé rapporté au montant planifié Montant dépensé rapporté au montant mobilisé	Exploitation du rapport d'activités	Annuelle

**RENFORCEMENT DES CAPACITES**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Suivre le plan de renforcement des capacités	Nombre de personnes formées par emploi et par domaine	comptage	Exploitation du rapport d'activités (TIMS)	Annuelle

**RECHERCHE**

<b>DOMAINES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>MODE DE CALCUL</b>	<b>METHODE</b>	<b>PERIODICITE</b>
Suivre le plan d'exécution des enquêtes et recherches	Taux de réalisation des enquêtes et recherches	Nombre d'enquêtes et recherches réalisées rapporté au nombre total d'enquêtes et recherches prévues	Exploitation du rapport d'activités	Annuelle

**Annexe 2: Identification des besoins d'enquêtes et études entre 2006 et 2010**

PLANIFICATION DES ENQUETES 2006-2010							
METHODES QUANTITATIVES							
TYPES D'ENQUETES	CIBLES	RESPONSABLES	PARTENAIRES TECHNIQUES	PARTENAIRES FINANCIERS	2008	2009	2010
<b>ENQUETE DE SERO-SURVEILLANCE</b>	femmes enceintes	MSHP, MLS	CDC/Retroci, OMS, ONUSIDA	Etat de CI CDC/PEPFAR, OMS	X	X	X
<b>ENQUETE DE SERVICE</b>	Structures de santé	MSHP, MLS	OMS, ONUSIDA, Measure Evaluation, CF, CB, autres	PEPFAR/OMS, CF, CB, autres	X		X
	Organisation communautaire	MLS, MSHP	OMS, ONUSIDA, FHI/autres	ONUSIDA ?BM-MAP, FG, PEPFAR			X
<b>ENQUETE SUR LES INDICATEURS DU SIDA</b>	Population générale	MLS, MSHP, MFAS, INS, ENSEA, COSCI, RIP+	OMS, ONUSIDA, UNICEF, OCHA, UNDP, UNFPA, ORC-MACRO, CDC, Coop Francaise, autres	ONUSIDA, OMS ? BM-MAP, PEPFAR, Coopération Japon, Francaise, autres		X	
<b>ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDS)</b>	Population générale	MLS, MSHP, MFAS, INS, ENSEA, COSCI, RIP+	OMS, ONUSIDA, UNICEF, OCHA, UNDP, UNFPA, ORC-MACRO, CDC, Coop Francaise, autres	ONUSIDA, OMS ? BM-MAP, PEPFAR, Coopération Japon, Francaise, autres	X		
<b>ENQUETE DE DISPONIBILITE DU PRESERVATIF</b>	Population sexuellement active	MLS, MSHP	PSI, AIMAS, AIBEF, UNFPA,	GTZ-KFW, UNFPA, PEPFAR, BM=MAP FG, autres	X	X	X
<b>ENQUETE SOCIO-COMPORTEMENTALE</b>	Jeunes (15-19 ans)	MLS, MSHP, INS, ENSEA,	OMS, UNICEF, ONUSIDA, FHI	ONUSIDA, UNICEF ?BM-MAP, FG, PEPFAR	X		X
	Professionnelles du sexe	MLS, MSHP, INS, ENSEA,	OMS, ONUSIDA, FHI	ONUSIDA ?BM-MAP, FG, PEPFAR	X		X
	Routiers	MLS, MSHP, INS, ENSEA,	OMS, ONUSIDA, FHI	ONUSIDA ?BM-MAP, FG, PEPFAR	X		X
	Migrants	MLS, MSHP, INS, ENSEA,	OMS, ONUSIDA, FHI	ONUSIDA ?BM-MAP, FG, PEPFAR	X		X



**PLANIFICATION DES ENQUETES 2006-2010**

**METHODES QUANTITATIVES**

<b>TYPES D'ENQUETES</b>	<b>CIBLES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>PARTENAIRES TECHNIQUES</b>	<b>PARTENAIRES FINANCIERS</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>ENQUETE SOCIO-COMPORTEMENTALE</b>	Corps habillés	MLS, MSHP, INS, ENSEA, MD, MS etc.	OMS, ONUSIDA, FHI	ONUSIDA, BM-MAP, FG, PEPFAR	<b>X</b>		<b>X</b>
	Enseignants	MLS, MSHP, INS, ENSEA, MD, MS etc.	OMS, ONUSIDA, FHI	ONUSIDA, BM-MAP, FG, PEPFAR	<b>X</b>		<b>X</b>
<b>ENQUETE OEV</b>	OEV	MFAS, MLS, MSHP, INS, ENSEA	UNICEF, ONUSIDA, OMS, FHI	UNICEF, ONUSIDA, OMS, PEPFAR, BM-MAP??	<b>X</b>		<b>X</b>
<b>SURVEILLANCE DE LA MORBIDITE</b>	Site Sentinel (PEC) – PVVIH	MSHP, MLS,	OMS, ONUSIDA, CDC, Coopération Canadienne, ESTHER, autres	ONUSIDA, OMS, BM-MAP, FG, PEPFAR, autres			<b>X</b>
<b>SURVEILLANCE DE LA RESISTANCE ARV</b>	Site Sentinel (PEC) – PVVIH	MSHP, MLS,	OMS, ONUSIDA, CDC, autres	ONUSIDA, OMS, BM-MAP, FG, PEPFAR, autres	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>SUIVI DES INDICATEURS (ACTIVITES)</b>	Clients de système santé (SIG)	MSHP, MLS,	OMS, WAHO, CDC, JSI, Coopération Française, Belge, Canadienne, autres	OMS, PEPFAR ? BM-MAP, autres	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	Communautaire (service)	MLS, Comités sectoriels et décentralisés, MFAS, MSHP, OBC, COSCI, RIP+	OMS, ONUSIDA, UNICEF, PNUD, FHI, Coopération Canadienne, autres	ONUSIDA ? BM-MAP, FG, PEPFAR, autres	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

**PLANIFICATION DES ENQUETES 2006-2010**

**METHODES QUANTITATIVES**

<b>TYPES D'ENQUETES</b>	<b>CIBLES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>PARTENAIRES TECHNIQUES</b>	<b>PARTENAIRES FINANCIERS</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>ETUDE D'IMPACT SECTORIEL</b>	Secteur de l'Education	MLS, Comités sectoriels et décentralisés, MFAS, MSHP, OBC, COSCI, RIP+	OMS, ONUSIDA, UNICEF, PNUD, FHI, Coopération Canadienne, autres	ONUSIDA ?BM-MAP, FG, PEPFAR, autres		<b>X</b>	
	Secteur de l'Agriculture	MLS, Comités sectoriels et décentralisés, MFAS, MSHP, OBC, COSCI, RIP+	OMS, ONUSIDA, UNICEF, PNUD, FHI, Coopération Canadienne, autres	ONUSIDA ?BM-MAP, FG, PEPFAR, autres		<b>X</b>	
	Entreprises privées	MLS, Comités sectoriels et décentralisés, MFAS, MSHP, OBC, COSCI, RIP+	OMS, ONUSIDA, UNICEF, PNUD, FHI, Coopération Canadienne, autres	ONUSIDA ?BM-MAP, FG, PEPFAR, autres		<b>X</b>	
	Secteur des Transports	MLS, Comités sectoriels et décentralisés, MFAS, MSHP, OBC, COSCI, RIP+	OMS, ONUSIDA, UNICEF, PNUD, FHI, Coopération Canadienne, autres	ONUSIDA ?BM-MAP, FG, PEPFAR, autres		<b>X</b>	

**PLANIFICATION DES ENQUETES 2006-2010**

**METHODES QUALITATIVES**

<b>TYPES D'ENQUETES</b>	<b>CIBLES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>PARTENAIRES TECHNIQUES</b>	<b>PARTENAIRES FINANCIERS</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>ANALYSE SITUATIONELLE</b>	Post Crise	Primature, MSHP, MLS, autres	BNETD, autres	BM, partenaires au développement			<b>X</b>
	Victimes de violence sexuelle	MSHP, MLS, MFAS,	OMS, ONUSIDA, UNICEF, International Rescue Committee (IRC), CR et autres	UNICEF, BM-MAP, FG, PEPFAR, autres			<b>X</b>
	OEV	MFAS, MLS, , MSHP, COSCI, RIP+	OMS, ONUSIDA, UNICEF, autres	UNICEF ?BM-MAP, FG, PEPFAR, autres			<b>X</b>
	AES (personnel de santé)	MSHP, MLS,	OMS, ONUSIDA, CDC, autres	OMS ?BM-MAP, FG, PEPFAR, autres			<b>X</b>
<b>COMITE EXPERT POUR L'ESTIMATION DES CAS DE VIH/SIDA</b>	Personnes infectées et affectées	MLS, MSHP, MFAS, MP, INS, ENSEA	OMS, ONUSIDA, CDC, WAHO, autres	OMS ?BM-MAP, FG, PEPFAR, USAID	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

### Annexe 3: Membres du Groupe Technique de Travail pour l'élaboration du PSN 2006-2010

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURES	CONTACTS	
			TEL./CELL.	E. MAIL
01	Prof KADIO Auguste	Consultant national	07 07 42 16	kadioauguste@aviso.ci
02	Prof COULIBALY Gahoussou	Consultant national	08 32 57 65	coulgahoussou@yahoo.fr
03	Dr COULIBALY Issa Malick	MSHP	20 21 27 55 07 08 15 51	<a href="mailto:malickcoulibaly@yahoo.com">malickcoulibaly@yahoo.com</a>
04	BAMBA Adama	MLS/DAAF	20 2146 19 07 02 18 35	badamci@yahoo.fr
05	GUELLA Michel	MLS/DPPSE	07 15 96 76	michel_guella@yahoo.fr
06	BAMSSIE Roger	MSHP/DIPE	20 22 74 12 07 77 00 73	bamssier2@yahoo.fr
07	KONAN Clovis	MLS/CABINET	20 21 07 43 07 52 23 76	clovisko@yahoo.fr
08	ABOU Fanta	AIMAS	22 52 77 90 05 60 25 94	aboufanta@yahoo.fr
09	INWOLEY André	CEDRES	05 05 85 87	<a href="mailto:ikandre@yahoo.fr">ikandre@yahoo.fr</a>
10	GUINAN Jean Claude	IPCI/DEPARTEMENT EPIDEMIOLOGIE	07 08 91 03	jcguinan@yahoo.fr
11	KONAN Claude	MSHP/CABINET	05 62 42 19	konanefr@yahoo.fr
12	SEKA Frida	COSCI	07 69 15 26 20 32 44 13	sekafrida2001@yahoo.fr
13	EHUA Evelyne	MLS/DAT	21 35 28 29	evaehua@yahoo.fr

#### Annexe 4 : Liste des participants à l'atelier d'élaboration du plan stratégique 2006-2010

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURES	CONTACTS	
			TEL./CEL.	E. MAIL
01	ABOU Fanta	Agence Ivoirienne de Marketing Social	05 60 25 94 22 52 77 90	<a href="mailto:aboufanta@yahoo.fr">aboufanta@yahoo.fr</a>
02	ADJE Edouard	DR SANTE LAGUNES I DABOU	07 12 28 72	
03	ADOU Djah Modeste	FORUM DES RELIGIEUX	23 52 42 69 08 16 40 86	
04	AGNEROH Amari R.	ANADER	20 21 05 64 07 83 87 84	<a href="mailto:agnero100@Yahoo.fr">agnero100@Yahoo.fr</a>
05	AHIMON Evelyne	MLS/DMS	21 24 30 13	<a href="mailto:evy.ahimon@caramail.com">evy.ahimon@caramail.com</a>
06	AKO Cyriaque Yapo	RIP+	07 88 94 46 05 90 48 22	<a href="mailto:Rip_ci@yahoo.fr">Rip_ci@yahoo.fr</a> <a href="mailto:Rap2002@aviso.ci">Rap2002@aviso.ci</a>
07	ALLOUKO Valentine	MLS/DPPSE	08 15 28 50	<a href="mailto:allouko_valentine@yahoo.fr">allouko_valentine@yahoo.fr</a>
08	ANGAMAN Kassi Roger	PN-OEV	06 17 34 21	<a href="mailto:kassiroger@yahoo.fr">kassiroger@yahoo.fr</a>
09	ASSAOLE N'DRI David	DR SANTE AGNEBY	08 47 16 62 23 54 87 40/50	
10	ASSI ALLET Paul Auguste	FHI	07 80 92 37	<a href="mailto:passi@fhi.ci">passi@fhi.ci</a>
11	ATTA Ange François	MFAS/PN-OEV	22 41 33 86 07 45 23 32	<a href="mailto:angeatta@yahoo.fr">angeatta@yahoo.fr</a>
12	ATTA Kouamé	FNLS	22 41 40 96 07 52 96 86	<a href="mailto:kouame_chretien@yahoo.fr">kouame_chretien@yahoo.fr</a> <a href="mailto:aqwame@hotmail.com">aqwame@hotmail.com</a>
13	BOUAZO Auguste L.	MLS./SERCOM	07 60 99 70	<a href="mailto:bouazola@yahoo.fr">bouazola@yahoo.fr</a>
14	BAHLOU Kophy Alexandre	MLS/DAT	07 68 89 79 05 55 37 69	<a href="mailto:kbahlou@yahoo.fr">kbahlou@yahoo.fr</a>
15	BAMBA Youssouf	REPMASCI	07 81 29 88	<a href="mailto:repmasci@yahoo.fr">repmasci@yahoo.fr</a>
16	BAMSSIE Roger	MSHP/DIPE	07 77 00 73	<a href="mailto:basmsier2@yahoo.fr">basmsier2@yahoo.fr</a>
17	BEDA Aman Philomène	MLS/DPPSE	07 38 28 02	<a href="mailto:bedaamanfi@yahoo.fr">bedaamanfi@yahoo.fr</a>
18	BETSI Nicolas	Centre Suisse de Recherches Scientifiques	23 47 27 90 05 98 37 32	<a href="mailto:alain.betsi@csrs.ci">alain.betsi@csrs.ci</a>
19	BÎLE Madeleine	MLS/DPPSE	05 87 31 14	
20	BLIBOLO A. Didier	UNIVERSITE DE COCODY	07 89 13 82 22 47 02 46	<a href="mailto:bliboloo@yahoo.fr">bliboloo@yahoo.fr</a>
21	BOSSO Patrice	HELEN KELLER INTER.	07 64 91 91	<a href="mailto:ebosso@hki.org">ebosso@hki.org</a>

22	CISSE Fatou	JHU/CCP	07 98 31 48	<a href="mailto:atciss2004@yahoo.fr">atciss2004@yahoo.fr</a>
23	COULIBALY Fanyeriba	MFPERA/DMT	07 19 72 92	<a href="mailto:Cool2xfany@yahoo.fr">Cool2xfany@yahoo.fr</a>
24	COULIBALY Gahoussou	CONSULTANT	08 32 57 65	<a href="mailto:coulgahoussou@yahoo.fr">coulgahoussou@yahoo.fr</a>
25	COULIBALY Issa Malick	MSHP	20 21 27 55 07 08 15 51	<a href="mailto:malickcoulibaly@yahoo.com">malickcoulibaly@yahoo.com</a>
26	COULIBALY Mangandjin	H .G. BOUNA	06 01 79 40	
27	DIABATE Joséphine	MLS/IG	20 33 80 77 07 09 96 49	<a href="mailto:jconombo@yahoo.fr">jconombo@yahoo.fr</a>
28	DIABATE Souleymane	MLS/DPPSE	05 06 24 92	
29	DIALLO-DIAWARA Aoua Paul	ONUSIDA	05 01 04 76	<a href="mailto:Diawara.aoua@undp.org">Diawara.aoua@undp.org</a>
30	DIANE Kouao Maxime	CNTS	05 74 34 33	<a href="mailto:dianekouao@yahoo.fr">dianekouao@yahoo.fr</a>
31	DIANGO NOBOU Claudine	PNSSU/DC	20 32 43 25	<a href="mailto:ndiango_claudine@yahoo.fr">ndiango_claudine@yahoo.fr</a>
32	DJEDJE-LI MEL Joachim	COORDONNATEUR ITF-CI	21 35 72 17 07 88 00 83	<a href="mailto:dmjoachim@yahoo.fr">dmjoachim@yahoo.fr</a>
33	DOSSO EPSE DOSSO Massara	MESRS	05 74 86 76 20 21 33 54	<a href="mailto:sidoexpert@yahoo.fr">sidoexpert@yahoo.fr</a>
34	DOSSO Gaoussou	ALLIANCE DES MAIRES	05 89 85 07	<a href="mailto:dossmel@yahoo.fr">dossmel@yahoo.fr</a>
35	DOUGROU Sawoure A.	DR SANTE LACS	07 20 59 40	<a href="mailto:drdougrou@yahoo.fr">drdougrou@yahoo.fr</a>
36	EBA Kouassi Eugène	MLS/DPPSE	07 56 46 84	<a href="mailto:frezyeke@yahoo.fr">frezyeke@yahoo.fr</a>
37	EHOUSSOU Konan	CDC/PEPFAR	05 02 25 17	<a href="mailto:ehoussouk@gapcdcci.org">ehoussouk@gapcdcci.org</a>
38	ELLOH Kadjó Séverin	MLS/DPPSE	20 33 80 00 07 79 76 18	<a href="mailto:sevelloh@yahoo.fr">sevelloh@yahoo.fr</a>
39	ESSOH LATTROH Marie	Ministère Délégué Chargé Eco et Finance	20 20 09 28 07 63 51 49	<a href="mailto:lattrohessoh@yahoo.fr">lattrohessoh@yahoo.fr</a>
40	ETI Edmond	UFR SM	07 07 54 49	<a href="mailto:etiedmond@hotmail.com">etiedmond@hotmail.com</a>
41	ETTIEGNE-TRAORE V.	PNPEC	07 29 76 76	<a href="mailto:traorevirginie@yahoo.fr">traorevirginie@yahoo.fr</a>
42	EHUA Evelynne	MLS/DAT	21 35 28 29	<a href="mailto:evaehua@yahoo.fr">evaehua@yahoo.fr</a>
43	FOFANA Adama	CGECI	06 32 35 48	<a href="mailto:cnpi@avisoci.ci">cnpi@avisoci.ci</a>
44	FOFANA Nah Aminata	Ministère Jeunesse Educ. Civique	05 88 85 56	<a href="mailto:fofananaha@yahoo.fr">fofananaha@yahoo.fr</a>
45	GANHI ANATOLE	DR SANTE SAN PEDRO	07 58 96 30	
46	GBANTA A. Laurent	COSCI	20 32 44 13 07 65 68 42	<a href="mailto:laurentgbanta@yahoo.fr">laurentgbanta@yahoo.fr</a>
47	GNOHOU Roseline	MINISTERE DE L'AGRICULTE	07 95 09 77 20 22 16 32	<a href="mailto:gdr_dedoué@yahoo.fr">gdr_dedoué@yahoo.fr</a>
48	GOULIA D. Angèle	DGE/MEF	2020 08 17 05 75 48 57	<a href="mailto:dgoulia@yahoo.fr">dgoulia@yahoo.fr</a>
49	GUILLA Michel	MLS/DPPSE	29 33 81 04	<a href="mailto:michel_guilla@yahoo.fr">michel_guilla@yahoo.fr</a>

			07 15 96 76	
50	GUEYO Bie Montan	MLS/DAAF	08 09 98 37	<a href="mailto:gueyob2002@yahoo.fr">gueyob2002@yahoo.fr</a>
51	GUIGUI Marie Madeleine	MINISTERE DEFENSE / HMA	20 38 03 40 07 08 13 81	<a href="mailto:guiguimade@aviso.ci">guiguimade@aviso.ci</a>
52	IDIBOUO Carlos	ARC-EN-CIEL+	07 15 51 13	<a href="mailto:arcenciel@gayplanet.com">arcenciel@gayplanet.com</a> <a href="mailto:idibouoc@yahoo.fr">idibouoc@yahoo.fr</a>
53	INWOLEY André	CEDRES	05 05 85 87	<a href="mailto:ikandre@yahoo.fr">ikandre@yahoo.fr</a>
54	JUMA M. Kariboryo	OMS	08 39 78 17	<a href="mailto:kariboryoj@ci.afro.who.int">kariboryoj@ci.afro.who.int</a>
55	KADIO Auguste	CONSULTANT NATIONAL	07 07 42 16	<a href="mailto:kadioauguste@aviso.ci">kadioauguste@aviso.ci</a>
56	KARAMOKO Djima	MINISTERE DE L'INTERIEUR	20 21 80 21 08 45 41 04	
57	KANGA Kouassi	MSHP	21 31 20 42 07 77 13 91	<a href="mailto:agohykang@yahoo.fr">agohykang@yahoo.fr</a>
58	KLA Christian	CCM/FM	22 52 66 42 05 37 77 76	<a href="mailto:christian.kla@undp.org">christian.kla@undp.org</a>
59	KODJO Niamke Ezoua	PNN/MSHP	21 25 24 07 07 64 27 69	<a href="mailto:kodjone@yahoo.fr">kodjone@yahoo.fr</a>
60	KOFFI Aboua Louis de G.	COLLECTIVITES TERRITORIALES	21 31 25 87 05 65 04 69	Fax 21 30 14 41
61	KOFFI Brou	COSCI/SAN PEDRO	34 71 26 51 07 60 56 18	<a href="mailto:koffisp@yahoo.fr">koffisp@yahoo.fr</a>
62	KOFFI Zamble	MLS/IG	05 27 39 79	<a href="mailto:koffi_zamble@yahoo.fr">koffi_zamble@yahoo.fr</a>
63	KONAN Claude	MSHP/CABINET	05 62 42 19	<a href="mailto:konanefr@yahoo.fr">konanefr@yahoo.fr</a>
64	KONAN Clovis	MLS/CABINET	20 21 07 43 07 52 23 76	<a href="mailto:clovisko@yahoo.fr">clovisko@yahoo.fr</a>
65	KONAN Jean	UNICEF	07 98 67 77	<a href="mailto:kkonan@unicef.org">kkonan@unicef.org</a>
66	KONAN Simplicie	DAF/MSHP	05 47 72 28 20 21 32 13	<a href="mailto:kosyfr@yahoo.fr">kosyfr@yahoo.fr</a>
67	KONE Aïcha Tenin	MLS/DPPSE	05 42 64 22	<a href="mailto:katychoura@yahoo.fr">katychoura@yahoo.fr</a>
68	KONE Mamadou	MSHP/CAB	07 09 96 93	
69	KONE Maury	FONDS MONDIAL	05 73 95 09	<a href="mailto:maury.kone@undp.org">maury.kone@undp.org</a>
70	KOUADIO K. Yacouba	DMOSS	05 32 34 94	<a href="mailto:k.yacoub@yahoo.fr">k.yacoub@yahoo.fr</a>
71	KOUAKOU-BEUGRE Marie Odile	Cellule des Femmes des Medias	05 59 92 92	<a href="mailto:marieodilek.cfms_ci.org">marieodilek.cfms_ci.org</a>
72	KOUAME Isabelle	ONUSIDA	20 31 21 30	<a href="mailto:isabelle.kouame@undp.org">isabelle.kouame@undp.org</a>
73	KOUAME Joël-André	Cesaco-Labo-Pianzola Ouangolo Mission Catholique	36 86 65 32 07 60 39 63	<a href="mailto:jigbajo@yahoo.fr">jigbajo@yahoo.fr</a> <a href="mailto:digbajo@">digbajo@</a>

74	KOUAYATE Karim	CDV BOUAKE	07 38 70 08	<a href="mailto:kouyatek2001@yahoo.fr">kouyatek2001@yahoo.fr</a>
75	KRA Alain	LUMIERE ACTION	07 30 21 16 24 39 73 12	<a href="mailto:kraalain@yahoo.fr">kraalain@yahoo.fr</a>
76	KREME K. Adjoumani	RIP+	07 36 38 59	<a href="mailto:rip_ci@yahoo.fr">rip_ci@yahoo.fr</a>
77	M'BENGUE Antoinette	MSHP/DC PNN	07 14 34 26	<a href="mailto:toinnettembenque@yahoo.fr">toinnettembenque@yahoo.fr</a>
78	MAH BI Guessan	MLS/DMS	07 08 12 70	<a href="mailto:mah_bi@hotmail.com">mah_bi@hotmail.com</a>
79	MEMAIN-YENOU Hélène	PNPEC	07 93 05 32	<a href="mailto:memainhelene@yahoo.fr">memainhelene@yahoo.fr</a>
80	N'ZI KOUAME Ferdinand	COSCI	20 32 44 13 07 98 37 49	<a href="mailto:ferdinzi@yahoo.fr">ferdinzi@yahoo.fr</a>
81	NEBOUT KAKOU Théophile	MLS.CAB	07 59 06 47	<a href="mailto:Nebka_ci@yahoo.fr">Nebka_ci@yahoo.fr</a>
82	NICOUE A Aimé	CDC/PEPFAR	05 73 52 18 21 21 42 81	<a href="mailto:nicouea@gapcdcci.org">nicouea@gapcdcci.org</a>
83	NOBA Valentin	PEPFAR (CDC RETRO-CI)	21 21 42 96 05 65 04 69	<a href="mailto:nobaA@gapcdcci.org">nobaA@gapcdcci.org</a>
84	NOLAN Monica	RETROCI /CDC PEPFAR	05 06 37 36 21 21 42 54	<a href="mailto:mnolan@cdc.org">mnolan@cdc.org</a>
85	OMOU Hélène	MSHP/POINT FOCAL	07 80 46 57	<a href="mailto:omoulena@yahoo.fr">omoulena@yahoo.fr</a>
86	ORIA Alain	MLS/DPPSE	07 19 44 94 06 10 16 93	<a href="mailto:oriaalain@yahoo.fr">oriaalain@yahoo.fr</a> <a href="mailto:oriaalain@hotmail.com">oriaalain@hotmail.com</a>
87	SEKA Frida	COSCI	07 69 15 26 20 32 44 13	<a href="mailto:sekafriga2001@yahoo.fr">sekafriga2001@yahoo.fr</a>
88	SEKA Monney Firmin	MSHP/DIPE	08 02 14 13	<a href="mailto:fmseka@yahoo.fr">fmseka@yahoo.fr</a>
89	SIBAILLY Toussaint S.	ALLIANCE	06 06 39 78	<a href="mailto:tsibailly2000@yahoo.fr">tsibailly2000@yahoo.fr</a>
90	SIDIBE Brahim	ONG BOUAKE EVEIL	05 88 08 44 31 64 03 90	<a href="mailto:bouake_eveil@yahoo.fr">bouake_eveil@yahoo.fr</a>
91	SIKA Victoire Valérie Beh	MFAS	2032 42 33 07 13 76 27	<a href="mailto:victoirevaleriebe@yahoo.fr">victoirevaleriebe@yahoo.fr</a>
92	SOUNGALO N. Béatrice	RIP+	08 64 59 25	<a href="mailto:Bea2dieu@yahoo.fr">Bea2dieu@yahoo.fr</a>
93	SYLLA Lancine	LUMIERE ACTION KORHOGO	07 70 38 50	<a href="mailto:lumioreaction98@yahoo.fr">lumioreaction98@yahoo.fr</a>
94	TANOH Anthony	EGPAF	06 00 83 91	<a href="mailto:atanoh@pedaids.org">atanoh@pedaids.org</a>
95	TANON Aristophane	SMIT/CHUT	07 67 51 05	<a href="mailto:aristotanon@yahoo.fr">aristotanon@yahoo.fr</a>
96	THIAM Niangoin	MLS/CAB	20 21 08 32 07 61 31 23	<a href="mailto:thiam_nata@yahoo.fr">thiam_nata@yahoo.fr</a>
97	TIMI Kouakou Alain	MSF Belgique CHR MAN	07 51 06 84 07 20 28 86 33 79 03 67	<a href="mailto:timikalain@yahoo.fr">timikalain@yahoo.fr</a> <a href="mailto:msfb_man@brassels.msf.org">msfb_man@brassels.msf.org</a>



98	TRA LOU Viessia Sonia	REPMASCI	20 21 63 37 07 75 67 84	<a href="mailto:repmasci@yahoo.fr">repmasci@yahoo.fr</a> <a href="mailto:tralousonia@yahoo.fr">tralousonia@yahoo.fr</a>
99	TRAORE C. Djeneba	CDC/PEPFAR	05 85 67 92	<a href="mailto:djencoult@yahoo.fr">djencoult@yahoo.fr</a>
100	TRAORE SERIE Regina	JHU/CC" CONSEILLER RESIDENT	22 41 95 23 05 45 31 53	<a href="mailto:rtserie@yahoo.fr">rtserie@yahoo.fr</a>
101	TRAORE Saibou	MLS/DAAF	07 17 91 59	<a href="mailto:traoresaibou@yahoo.fr">traoresaibou@yahoo.fr</a>
102	YAO Bla	CENTRE SAS BOUKE	05 06 66 65 08 31 20 14	<a href="mailto:Ong_csas@yahoo.fr">Ong_csas@yahoo.fr</a> <a href="mailto:bla_yao@yahoo.fr">bla_yao@yahoo.fr</a>
103	YAO N'DRI Athanase	MINISTERE DEFENSE/HMA	20 37 21 00 08 01 95 80	<a href="mailto:yaondria@caramail.com">yaondria@caramail.com</a>
104	YAPO Monsan Raoul	COSCI/ONMCI	07 86 98 05 22 43 61 71	<a href="mailto:yapom2000@yahoo.fr">yapom2000@yahoo.fr</a>
105	YESSO Roseline	DIRECTION REGIONALE LAGUNE II	07 94 29 49	<a href="mailto:dryessoroseline@yahoo">dryessoroseline@yahoo</a>
106	YO Marina	ODP+CI	08 45 88 18	<a href="mailto:yemath@yahoo.fr">yemath@yahoo.fr</a>
107	YOROT Yvan Noël	MLS/DPPSE	20 33 80 64	<a href="mailto:yoroty@yahoo.fr">yoroty@yahoo.fr</a>
108	ZINSOU Raphaël	MEN/DMOSS	20 21 51 76 05 03 77 07	<a href="mailto:zinsour2000@yahoo.fr">zinsour2000@yahoo.fr</a>
109	ZOUNDI-OUATTARA Odile	CARE INTERNATIONAL CI	22 41 97 25 0705 22 71	<a href="mailto:Zoundi_ouat@careci.org">Zoundi_ouat@careci.org</a>