



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SURVEILLANCE DU VIH/SIDA ET DES IST 2015 - 2019 EN COTE D'IVOIRE



**MINISTERE
DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SURVEILLANCE DU
VIH/SIDA ET DES IST
2015 – 2019
EN COTE D'IVOIRE**



Table des matières

ACRONYMES ET ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	8
I. CONTEXTE.....	10
I.1. Contexte général -----	10
I.2. Système sanitaire ivoirien -----	11
II. ANALYSE SITUATIONNELLE	14
II.1 Epidémiologie du VIH -----	14
II.2 Situation des autres IST -----	23
II.3 Organisation de la lutte contre le VIH et les IST en Côte d'Ivoire -----	25
II.4 Système de surveillance du VIH/sida et des IST-----	28
III. VISION ET PRINCIPES	33
III.1. Vision -----	33
III.2. Principes-----	34
IV. ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	35
IV.1. But:-----	35
IV.2. Résultat d'impact -----	35
IV.3 Résultats d'effet-----	35
V. CADRE DE RESULTATS.....	43
VI. CADRE DE MISE EN ŒUVRE	49
VI.1. Acteurs : rôles et responsabilités	49
VI.1.1. <i>Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et l'Information Sanitaire (DPPEIS)</i>	49
VI.1.2. <i>Groupe Technique de Travail sur la surveillance épidémiologique du VIH</i>	49
VI.1.3. Laboratoires de référence	49
VI.1.4. Directions Régionales de la Santé.....	50
VI.1.5. Districts Sanitaires	50

VI.2. Organes et mécanisme de coordination	51
VII. CHRONOGRAMME	52
VIII. RESSOURCES NECESSAIRES A LA MISE EN ŒUVRE	58
IX. PLAIDOYER ET MOBILISATION DES RESSOURCES	58
X. SUIVI ET EVALUATION	59
X.1. Mécanismes de suivi	59
X.2. Mécanismes d'évaluation.....	59
<i>X.2.1. Evaluation à mi-parcours.....</i>	59
<i>X.2.2. Evaluation finale</i>	60
XI. COMMUNICATION ET UTILISATION DES RESULTATS.....	61
XII. BUDGET	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des structures sanitaires en Côte d'Ivoire en 2013.....	12
Tableau 2 : Ratio personnel de la santé en Côte d'Ivoire 2013.....	12

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1: Prévalence du VIH en Côte d'Ivoire par sexe et par groupe d'âge.....	14
Figure 2: Tendance de la prévalence du VIH chez les femmes en Côte d'Ivoire.....	15
Figure 3: Prévalence du VIH selon les régions en Côte d'Ivoire en 2012.....	15
Figure 4: Prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe féminin dans quatre villes de la Côte d'Ivoire 2007-2009.....	17
Figure 5: Evolution de la prévalence du VIH et utilisation du préservatif chez les professionnelles du sexe à la Clinique de Confiance de 1992 à 2008.....	18
Figure 6: Prévalence du VIH chez les tuberculeux en Côte d'Ivoire 2007-2010.....	20
Figure 7: Répartition des activités du PSNS VIH/sida et des IST en fonction du taux de réalisation.....	27

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CIMLS	Comité Interministériel de Lutte contre le Sida
ANRS	Association Nationale de la recherche sur le Sida
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CHR	Centres Hospitaliers Régionaux
CHS	Centres Hospitaliers Spécialisés
CNER-CI	Comité Nationale de l'Éthique et de la Recherche de Côte d'Ivoire
CSU	Centre de Santé Urbain
CSUS	Centre de Santé Urbain Spécialisé
DDS	Direction Départementale de la Santé
DGS	Direction Générale de la Santé
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation
DPPEIS	Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire
DPSES	Direction de la Planification et du Suivi-Evaluation du Sida
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIS	Enquête sur les Indicateurs du Sida
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
GTT	Groupe Technique de Travail
FAP	Femmes en âge de procréer
FHI 360	Family Health International 360
FSU	Formation Sanitaire Urbaine
HG	Hôpital Général
HSH	Hommes ayant des rapports Sexuel avec des Hommes
HSV	Herpes Virus Simplex
IC	Intervalle de Confiance
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infection Respiratoire Aigue
IST	Infection Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PLS PHV	Programme de Lutte contre le Sida chez les Populations Hautement Vulnérables
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNN	Programme National de Nutrition
PNSSU	Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire
PN-OEV	Programme National de prise en charge des Orphelins et Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH
PNPEC	Programme National de Prise en Charge médicale des personnes vivant avec le VIH
PNPMT	Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
PNSI	Programme National de la Santé Infantile
PNSR/PF	Programme National de la Santé de la Reproduction/Planification Familiale
PS	Professionnel du Sexe
PSNS	Plan Stratégique National de Surveillance du VIH/sida et des IST
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RAC	Recherche Active des Cas
SIDA	Syndrome Immunodéficitaire Acquis
TB	Tuberculose
TPS	Tradipraticiens de Santé
UDI	Utilisateur de Drogues Injectables
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La surveillance épidémiologique est un processus continu et systématique de collecte, d'analyse, d'interprétation et de diffusion des informations pour la prise de décision.

Elle a pour but de fournir à temps des données de base rationnelles devant servir aux prises de décisions et aux choix des interventions de santé publique pour une lutte efficace contre les maladies. Elle permet ainsi de détecter précocement les pathologies et d'intervenir efficacement à temps.

Le besoin de disposer de données pour conduire la riposte contre la pandémie du VIH/sida dont les premiers cas sont apparus en Côte d'Ivoire en 1985, a conduit le pays à réaliser dans les années quatre-vingt quelques enquêtes de prévalence du VIH.

En 1997, le pays a mis en place un système de surveillance épidémiologique du VIH basé sur les enquêtes de serosurveillance sentinelles chez les femmes enceintes avec l'appui technique et financier des partenaires notamment le PEPFAR.

A partir des années 2000, l'OMS recommandait aux pays de renforcer la surveillance du VIH/sida en mettant en place la surveillance dite de deuxième génération. Cette surveillance vise à concentrer les ressources là où elles donneront les informations utiles pour réduire la propagation du VIH et procurer des soins aux personnes touchées. Pour cela le système de surveillance devra être ajusté au tableau épidémique dans le pays. La collecte des données devra être axée sur les populations à haut niveau de comportement à risque ou les jeunes en début de leur vie sexuelle. Elle devra comparer l'information sur la prévalence du VIH et sur les comportements qui favorisent la propagation de l'épidémie pour dresser un tableau informatif des modifications de l'épidémie au cours du temps. Elle devra également faire un meilleur usage des autres sources d'information (surveillance des maladies transmissibles, enquête sur la santé reproductive, etc.) pour mieux comprendre l'épidémie du VIH et les comportements qui la propagent¹.

En 2006, la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE) a été mise en place avec plusieurs Sous Directions dont la Sous Direction de la surveillance épidémiologique par l'arrêté N° 299/MSHP/CAB du 13 décembre 2006 portant organisation, attribution et fonctionnement de la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation.

C'est en 2010 que la Côte d'Ivoire a matérialisé son engagement pour la mise en œuvre des recommandations de l'ONUSIDA/OMS, en matière de surveillance de deuxième génération du VIH, en se dotant du premier plan stratégique de la surveillance du VIH et des IST 2010 - 2014. Ce plan adressait les nombreux défis de la surveillance du VIH en Côte d'Ivoire, notamment le renforcement du cadre

¹ Lignes directrices pour la surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH : une mise à jour connaître son épidémie. OMS, 2013.

institutionnel de surveillance épidémiologique du VIH, le renforcement de la surveillance biologique du VIH, l'intégration de la surveillance comportementale.

Le plan stratégique 2010-2014 arrivant à son terme, une revue dudit plan a été réalisée en mars 2014. Cette revue a fait le bilan de la planification en vue de répondre aux nouveaux besoins en information et à fait ressortir les forces et faiblesses.

C'est ainsi que, fort des recommandations issues de la revue du plan stratégique 2010-2014 ainsi que des nouvelles directives de l'OMS en 2013 pour la surveillance épidémiologique du VIH, la DIPE et ses partenaires se sont engagés dans l'élaboration du présent plan quinquennal national de la surveillance épidémiologique du VIH/sida et des IST 2015-2019.

L'avènement d'un nouvel organigramme issu du décret n°2014-554 du 1^{er} Octobre 2014 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida a entraîné la fusion de la DIPE avec d'autres Directions Centrales au sein de la nouvelle Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS).

I. CONTEXTE

I.1. Contexte général

I.1.1. Contexte sociodémographique

Située en Afrique de l'Ouest, bordée au sud par le Golf de Guinée sur l'Océan Atlantique, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 km² avec une densité démographique estimée à 68 habitants au km². Le pays est limité au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria et à l'Est par le Ghana.

La population ivoirienne est estimée à 22 671 331 habitants en 2014 (INS). Le taux d'accroissement annuel moyen est estimé à 2,6%. La population féminine représente 48,3%. La population vivant en zone rurale représente 49,7% de la population totale contre 50,3% en zone urbaine². Le taux brut de natalité et l'indice synthétique de fécondité sont respectivement de 34,7‰ et 5 enfants par femme (EDS-MICS 2012).

La Côte d'Ivoire est composée d'une soixantaine d'ethnies regroupées en cinq grands groupes qui sont les Akan, les Krou, les Mandé du Sud, les Mandé du Nord et les Gur.

Au plan confessionnel, différentes confessions religieuses sont présentes en Côte d'Ivoire dont les chrétiens, les musulmans et les animistes.

I.1.2. Organisation administrative

La Côte d'Ivoire est devenue indépendante le 7 Août 1960. Sa capitale politique est Yamoussoukro et la capitale économique Abidjan.

Depuis 2011³, la Côte d'Ivoire est organisée en deux (2) Districts Autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), douze (12) Districts et trente (30) Régions administratives, 56 préfectures, 510 sous-préfectures, 107 départements, 197 communes et 8000 villages. Une trente et une nième région a été créée en 2012⁴.

I.1.3. Contexte socio-politique

La Côte d'Ivoire a traversé une crise sociopolitique de 2002 à 2011 qui a entraîné une désorganisation du système de santé surtout dans les zones Centre, Nord et Ouest (CNO). A la suite de l'élection présidentielle de Novembre 2010, le pays a connu une crise post-électorale. Après la formation d'un nouveau gouvernement en mai 2011, le climat politique relativement apaisé a permis une certaine avancée dans le rétablissement du système de santé national.

² Site de l'Institut National de la Statistique de Côte d'Ivoire, <http://www.ins.ci/n/>, visité le 27 janvier 2015 à 10h50 min

³ Décret N°2011-263 du 28 septembre 2011

⁴ Décret N°2012-612 du 04 juillet 2012 portant création du Moronou

I.2. Système sanitaire ivoirien

I.2.1. Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire⁵. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants; l'un gestionnaire et l'autre prestataire. Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

I.2.1.1. Secteur sanitaire public

L'offre publique de soins est organisée selon une pyramide sanitaire à trois niveaux. Le niveau primaire est constitué des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) que sont les centres de santé, les centres de santé spécialisés et les formations sanitaires.

Le niveau secondaire est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (hôpitaux généraux, centres hospitaliers régionaux), tandis que le niveau tertiaire est composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (centres hospitaliers universitaires, instituts nationaux spécialisés).

L'administration sanitaire comprend les services centraux et les services extérieurs. Les services centraux sont composés du cabinet du MSLS, des services et directions rattachés et des directions générales et centrales. Ils ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé. Quant aux services extérieurs, ils sont composés de 20 Directions Régionales de la Santé (DRS) et de 82 Directions Départementales de la Santé (DDS) ou Districts sanitaires. Ils ont pour missions de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un appui opérationnel et logistique aux services de santé.

D'autres ministères tels que ceux de la Défense, de l'Economie et des Finances, de la Fonction Publique et de la réforme administrative, de la solidarité, de la famille, de la femme et de l'enfant, de l'Education nationale et de l'Intérieur participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires.

I.2.1.2. Secteur sanitaire privé

Le secteur sanitaire privé s'est développé progressivement ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines privées de pharmacie et infirmeries privées).

⁵ Arrêté N°028/MSP/CAB du 08 février 2002

Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.

I.2.1.3. Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8 500 Tradipraticiens de Santé (TPS) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). En 2010, 1204⁶ TPS ont été formés ; certains en anatomie et en hygiène conventionnelle, et d'autres en droits de propriété intellectuelle.

Un document de politique de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles est disponible.

I.2.2. Politique de santé

La politique sanitaire de la Côte d'Ivoire telle que définie dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 vise à améliorer l'Etat de santé et le bien-être des populations.

De façon spécifique, il s'agit de (i) renforcer la gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la santé, (ii) améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité, (iii) améliorer la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans, (iv) renforcer la lutte contre la maladie, et les infections nosocomiales; (v) renforcer la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité.

I.2.3. Ressources sanitaires

I.2.3.1. Ressources humaines et infrastructures

En Côte d'Ivoire, les conditions socioéconomiques favorables qui ont prévalu pendant les deux premières décennies après l'indépendance ont permis d'investir de manière significative dans la formation des ressources humaines en général et dans les ressources humaines pour la santé en particulier. Par ailleurs à partir de 2008, plusieurs recrutements exceptionnels ont eu lieu dans le domaine de la santé.

Les ratios médecin/population et sage-femme/femmes en âge de procréer (FAP) sont passés de 1 médecin pour 12 025 habitants en 2012 à 1 médecin pour 9 899 habitants en 2013 et de 1 sage-femme pour 2 856 FAP en 2012 à 1 sage-femme pour 1 773 FAP en 2013.

Le ratio national infirmier/population en 2013 est de 1 infirmier pour 4 020 habitants contre 5 232 en 2012.

⁶ Bilan de la décade 2001-2010 du PNPMT/MSLS, Côte d'Ivoire

Il faut toutefois noter des disparités régionales. Si certaines régions sont en conformité avec les normes OMS certaines ne l'ont pas encore atteinte. En outre, le personnel de santé est plus concentré dans les grandes villes particulièrement à Abidjan et ses environs.

En 2013, en ce qui concerne les infrastructures, le ratio ESPC/population était de 1 ESPC pour 13 620 habitants et celui de l'Hôpital de référence (HG et CHR)/ population était de 1 Hôpital de référence pour 236 391 habitants.

Les ratios et les effectifs du personnel de la santé figurent dans les tableaux 1 et 2 ci-dessous.

Tableau 1 : Répartition des structures sanitaires en Côte d'Ivoire en 2013

RESSOURCES	2013
Nombre d'Etablissements Sanitaires de Premier Contact	1 753
Ratio ESPC / population	1/13 620 hbts
Nombre d'Hôpitaux Généraux	84
Nombre de Centres Hospitaliers Régionaux	17
Ratio HG&CHR / population	1/236 391 hbts
Nombre de Centres Hospitaliers Universitaires	4

Source : Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013

Tableau 2 : Ratio personnel de la santé en Côte d'Ivoire 2013

RESSOURCES	2013
Nombre de médecins	2 412
Ratio médecin / population	1/9 899 hbts
Nombre d'infirmiers	5 939
Ratio infirmier / population	1/4 020 hbts
Nombre de sages-femmes	3 317
Ratio sage-femme / femmes en âge de procréer	1/1 773 FAP

Source : Rapport annuel sur la situation sanitaire 2013

I.2.3.2. Financement de la santé

Le financement de la santé en Côte d'Ivoire est assuré par l'Etat, les partenaires au développement et les ménages.

L'Etat assure le financement de la santé à travers le Budget Général mis en œuvre par le dispositif de gestion des Finances Publiques. La part annuelle du budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé reste très faible. Cependant, elle est passée de

4,67% en 2007 à 6,48% en 2010⁷. Ce budget est redistribué à tous les établissements de soins et les administrations sanitaires sous son autorité. La contribution de l'Etat reste insuffisante sur cette période par rapport aux recommandations du sommet d'Abuja en 2001 qui demandaient aux Etats de consacrer 15% de leur budget à la Santé.

I.2.4. Morbidité et mortalité générale

L'état de santé de la population ivoirienne est caractérisé par un taux de mortalité estimé à 6,2 ‰ chez les femmes de 15-49 ans et 5,3 ‰ chez les hommes de 15 - 49 ans.

Les taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile en 2012 sont respectivement de 38‰, 68‰ et 108‰⁸.

II. ANALYSE SITUATIONNELLE

II.1 Epidémiologie du VIH

II.1.1 Situation du VIH au sein de la population générale

Avec 3,7% de prévalence du VIH au sein de la population générale de 15 à 49 ans en 2012, la Côte d'Ivoire compte parmi les pays les plus touchés par le VIH en Afrique de l'ouest.

Le contexte épidémiologique est marqué par une féminisation de l'épidémie (4,6% pour les femmes contre 2,9% pour les hommes). Les femmes sont plus précocement infectées par le VIH que les hommes. Dans la population des 15-24 ans, la prévalence du VIH chez les jeunes filles est sept (07) fois supérieure à celle des jeunes garçons (2,2% contre 0,3%). Cette situation s'explique par le fait que les femmes sont plus vulnérables que les hommes pour les raisons suivantes : (i) physiologiquement les femmes sont plus vulnérables aux IST, (ii) elles ont des rapports sexuels plus précoces que les hommes; l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17 ans chez les femmes alors qu'il est de 18,6 ans chez les hommes⁷, (iii) elles pratiquent le sexe intergénérationnel, (iv) biologiquement, le risque de contamination de la femme lors d'un rapport hétérosexuel serait au moins deux à quatre fois supérieur à celui encouru par l'homme. En effet, la muqueuse vaginale est plus étendue et plus fragile que celle du méat de l'urètre et la concentration du virus est plus importante dans le sperme que

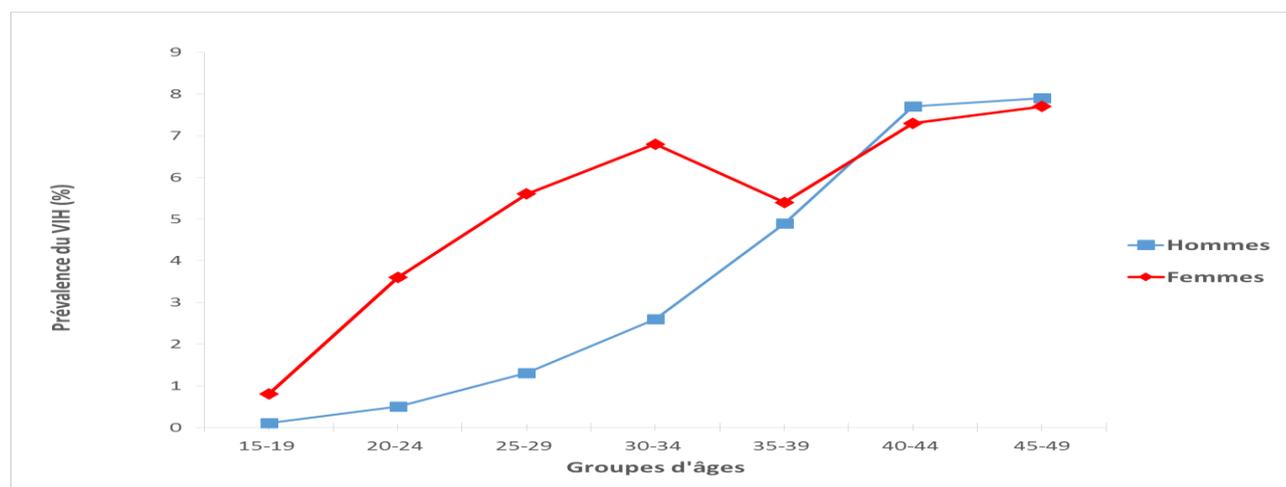
⁷ Comptes de la santé : exercices 2009, 2010. Sous compte VIH/sida, santé de la reproduction, santé infantile, Côte d'Ivoire, Novembre 2013

⁸ Enquête Démographique et de santé à indicateurs multiples, Côte d'Ivoire, 2011-2012.

dans les sécrétions vaginales. De plus, le sperme peut rester plusieurs jours dans le tractus génital féminin⁹.

En outre, la circoncision a un rôle protecteur contre la transmission du VIH. En effet, entre 2005 et 2007, l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales, France (ANRS) et le National Institute of Health, USA (NIH) ont publié les conclusions d'études réalisées en Afrique du Sud, au Kenya et en Ouganda, chez les hommes âgés de 18 à 24 ans, qui montrent que la circoncision réduit substantiellement le risque d'infection à VIH chez les hommes. Dans les groupes concernés, la circoncision pratiquée par des professionnels médicaux qualifiés réduit de 50 à 60% l'incidence du VIH et apparaît donc comme un outil de réduction des risques de transmission par relations hétérosexuelles de la femme à l'homme¹⁰.

Au cours de l'EDS-MICS 2011-2012, 97% des hommes en Côte d'Ivoire ont déclaré être circoncis, ce qui expliquerait la basse prévalence du VIH chez les jeunes hommes. Ainsi, les hommes sont protégés au début de leur vie sexuelle mais les risques qu'ils prennent font que la prévalence augmente jusqu'à rattraper celle des femmes. Au-delà de 40 ans, il n'y a plus de différence de la prévalence du VIH entre les hommes et les femmes. En effet, la proportion d'hommes ayant des partenaires multiples augmente avec l'âge. Elle passe de 13% chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, à 36% chez les 25 à 29 ans. Par ailleurs, l'utilisation des condoms diminue avec l'âge de 70% chez les 15 à 19 ans elle passe à 12% chez les 40 - 49 ans.



Source : EDS-MICS 2011-2012

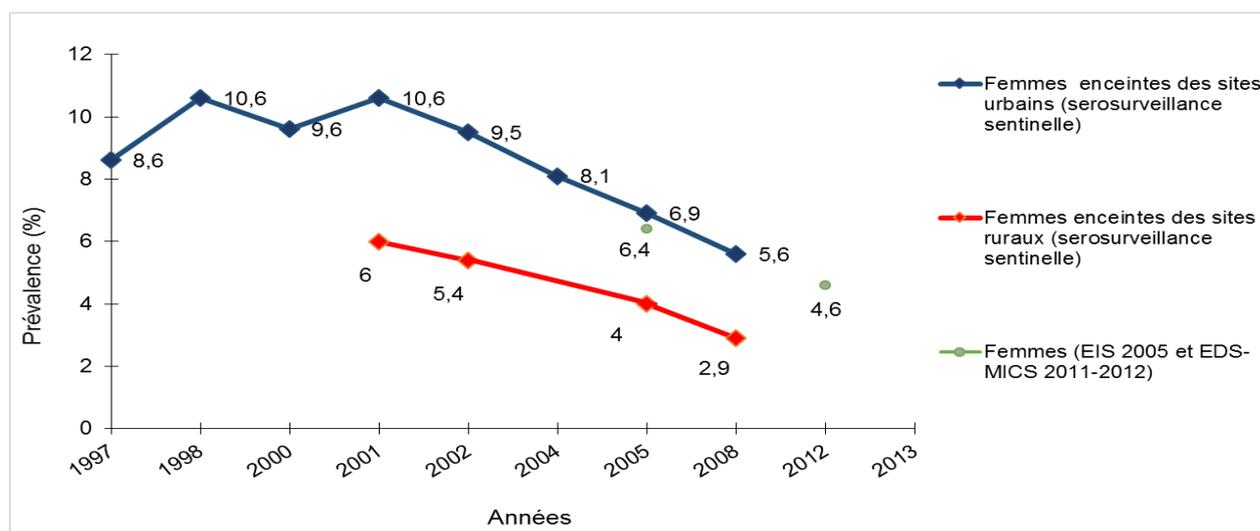
FIGURE 1: Prévalence du VIH en Côte d'Ivoire par sexe et par groupe d'âge

⁹ Les femmes et l'infection à VIH/sida, dossier de synthèse documentaire et bibliographique. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida, CRIPS, Septembre 2008.

¹⁰ La circoncision dans la prévention du VIH, dossier de synthèse documentaire et bibliographique. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida, CRIPS, Janvier 2012.

La prévalence du VIH est plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale (4,3% contre 3,1%)⁷.

Les enquêtes de serosurveillance chez les femmes enceintes, réalisées de 1998 à 2008, montrent que la prévalence du VIH en milieu urbain est passée de 10,6% en 1998 à 5,6% en 2008. En milieu rural, elle est passée de 6% en 2001 à 2,9% en 2008. L'EDS-MICS 2011-2012 confirme cette tendance à la baisse : La prévalence du VIH estimée dans la population générale est passée de 4,7% (EIS 2005) à 3,7% (EDS-MICS 2011-2012). Cette tendance pourrait être expliquée par la baisse de l'incidence (c'est-à-dire les nouvelles infections). En Côte d'Ivoire, le nombre de nouvelles infections dues au VIH a diminué de plus de la moitié entre 2001 et 2012¹¹. Bien que la dynamique naturelle de l'épidémie ait sans conteste joué un rôle prépondérant dans les importantes diminutions observées dans les pays à forte prévalence, l'évolution des comportements sexuels comme le recul de l'âge du premier rapport sexuel, le taux élevé d'utilisation des préservatifs et la réduction du nombre de partenaires multiples, expliquent également ce phénomène¹². En Côte d'Ivoire, chez les femmes, l'âge au premier rapport sexuel a augmenté, il est passé de 15,8 ans en 1994 (EDS I) à 17 ans en 2012 (EDS-MICS 2011-2012).



Sources : EIS 2005, EDS-MICS 2011-2012 et enquêtes de serosurveillance 1997-2008

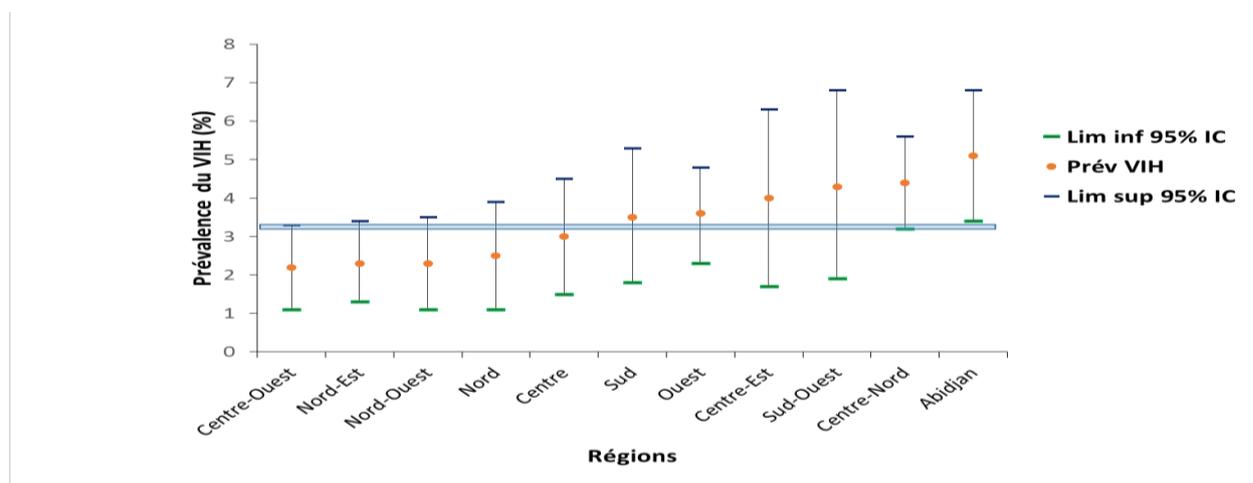
FIGURE 2: Tendance de la prévalence du VIH chez les femmes en Côte d'Ivoire

Il semble y avoir une différence de la prévalence du VIH entre les régions. Cependant, les intervalles de confiance ne permettent pas de faire cette conclusion.

Les régions dont les prévalences du VIH estimées ont des intervalles de confiance qui se chevauchent, ne sont pas statistiquement différentes pour la prévalence du VIH.

¹¹ Rapport mondial sur le sida 2013, ONUSIDA/OMS.

La borne supérieure de l'IC à 95% de la plus petite prévalence du VIH estimée (région du centre ouest) chevauche les IC à 95% des autres prévalences du VIH estimées dans les autres régions, excepté la ville d'Abidjan. La seule conclusion qui peut être faite est donc la suivante ; la prévalence du VIH à Abidjan (5,1%, IC 95% [3,4%-6,8%]) est plus élevée que celle de la région du centre ouest (2,2%, IC 95% [1,1%-3,3%]).



SOURCE : EDS-MICS 2011-2012

FIGURE 3: Prévalence du VIH selon les régions en Côte d'Ivoire en 2012

L'ONUSIDA estimait à 450 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire en 2012, dont 220 000 femmes âgées de 15 ans et plus¹². Le nombre de décès tout âge confondu était estimé à 31 000 la même année.

Le nombre d'adulte ayant besoin de thérapie antirétrovirale est estimé à 190 000 et 55% de ces besoins étaient couverts en 2012.

Parmi les 35 000 enfants âgés de 0 et 14 ans ayant besoin d'une thérapie ARV, seul 16% recevait une thérapie antirétrovirale en 2012¹².

II.1.2 Situation du VIH chez les femmes enceintes

Dans les épidémies généralisées comme en Côte d'Ivoire, la surveillance sentinelle de l'infection à VIH chez les femmes vues en consultation prénatale permet d'obtenir facilement un échantillon pour approximer la prévalence dans la population générale. Toutefois, du fait de leur grossesse, ces femmes sont sexuellement actives et ont eu des rapports sexuels non protégés. Par conséquent, la prévalence de l'infection à VIH

¹² UNAIDS_Global_Report_2013_en

chez les femmes enceintes est en générale plus élevée que celle de la population générale.

Malgré cette surévaluation, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes permet de construire les tendances et d'approximer à moindre frais, la tendance dans la population générale.

En Côte d'Ivoire, depuis la mise en place de la surveillance du VIH en 1997, huit (08) enquêtes de serosurveillance sentinelle chez les femmes enceintes ont été réalisées; la dernière date de 2008. Initialement conduites en milieu urbain, c'est à partir de 2001 que le milieu rural a été intégré dans les enquêtes. Les résultats de ces enquêtes montrent une tendance à la baisse de la prévalence du VIH dans les milieux urbains et ruraux.

Ces dernières années les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) connaissent une extension croissante. Selon le rapport annuel des indicateurs VIH du secteur santé en Côte d'Ivoire, de 2012, tous les districts sanitaires étaient couverts. En ce qui concerne les centres de santé offrant des services de PTME ; leur nombre est passé de 652 en 2010, à 869 en 2012. La Côte d'Ivoire envisage d'utiliser les données issues des services de PTME aux fins de la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes. Un protocole d'étude, pour juger de la faisabilité de cette stratégie en Côte d'Ivoire, est en cours de soumission aux différents comités éthiques (CNER-CI et comité éthique de CDC). Il faut noter que cette stratégie a déjà été validée dans certains pays d'Afrique tel que l'Ethiopie (Mirkuzie et al. BMC Public Health 2012, 12:1113).

II.1.3 Situation du VIH au sein des populations à haut risque

Les populations clés à suivre sont celles qui ont des comportements à risque associés aux principales voies de transmission du VIH, les rapports anaux non protégés, les rapports hétérosexuels non protégés, notamment dans le contexte de rapports sexuels rémunérés ou transactionnels, et la pratique d'injections non stériles ou l'utilisation de matériel non stérile¹. Ainsi, les populations à haut risque habituelles sont ; les professionnelles du sexe et leurs partenaires sexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les usagers de drogues, la population carcérales, les hommes en uniformes, les migrants, les routiers etc. (PLS PHV). L'analyse situationnelle de la surveillance du VIH, réalisée en 2009 en Côte d'Ivoire, a identifié les mêmes groupes à risque.

II.1.3.1 Chez les professionnelles du sexe femmes

Une étude transversale conduite en 2007-2009 par FHI 360 parmi les PS visitant les centres de soins des PS a montré que la prévalence du VIH est de 27% dans cette population, allant de 11% à Gagnoa jusqu'à 44% à San Pedro. La population des PS était relativement jeune, l'âge médian était de 25 ans. Elles n'étaient pas très anciennes dans le métier, la durée médiane dans la profession était de deux (02) ans. Le nombre médian de clients déclarés au cours de la dernière journée de travail était 2 personnes. Dans la même étude, l'utilisation systématique des préservatifs avec les clients est rapportée par 73% des PS. Cette situation pourrait expliquer le fait que, bien que la tendance de la prévalence du VIH dans la population générale soit à la baisse, elle reste encore élevée à 3,7%. En effet, les clients des PS constituent des populations passerelles de la transmission du VIH dans la population générale. La population constituée par les clients de PS est une population particulière qui mériterait de faire l'objet de surveillance pour le VIH.

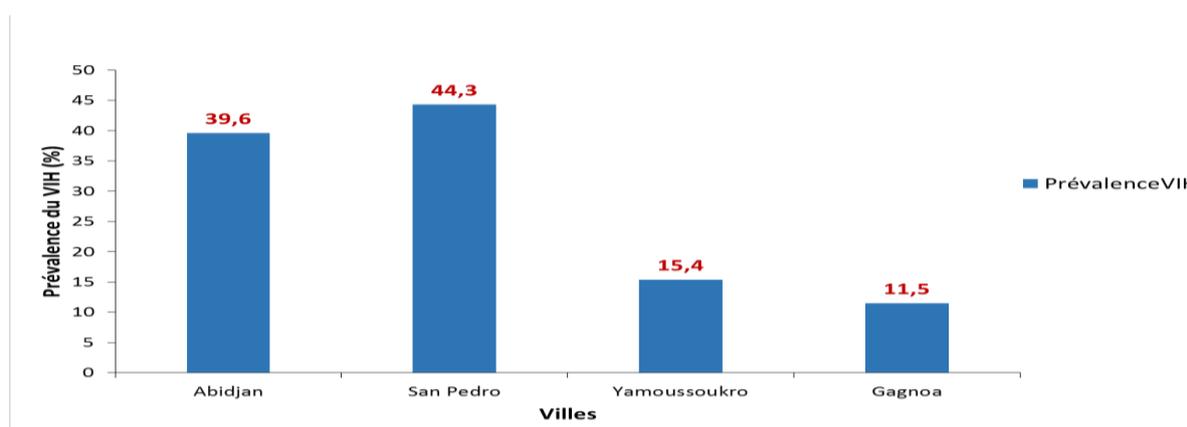


FIGURE 4: Prévalence du VIH chez les professionnelles de sexe féminin dans quatre villes de la Côte d'Ivoire 2007-2009

Par ailleurs, les données de routine de la Clinique de Confiance à Abidjan, ont relevé que la proportion des PS femmes VIH positif a diminué considérablement. Elle est passée de 90% en 1992 à 27% en 2008. Cette diminution pourrait s'expliquer par le changement de comportement chez les PS. En effet, l'exercice de triangulation réalisée en 2010 a relevé que l'utilisation des préservatifs masculins était inversement proportionnelle à la prévalence du VIH chez les PS. L'utilisation de ces préservatifs avec le dernier client ou tous les clients de la dernière journée augmentait, passant de 20% en 1992 à 90% en 2008 tandis que la prévalence du VIH diminuait de 90% à 27%

dans la même période¹³.

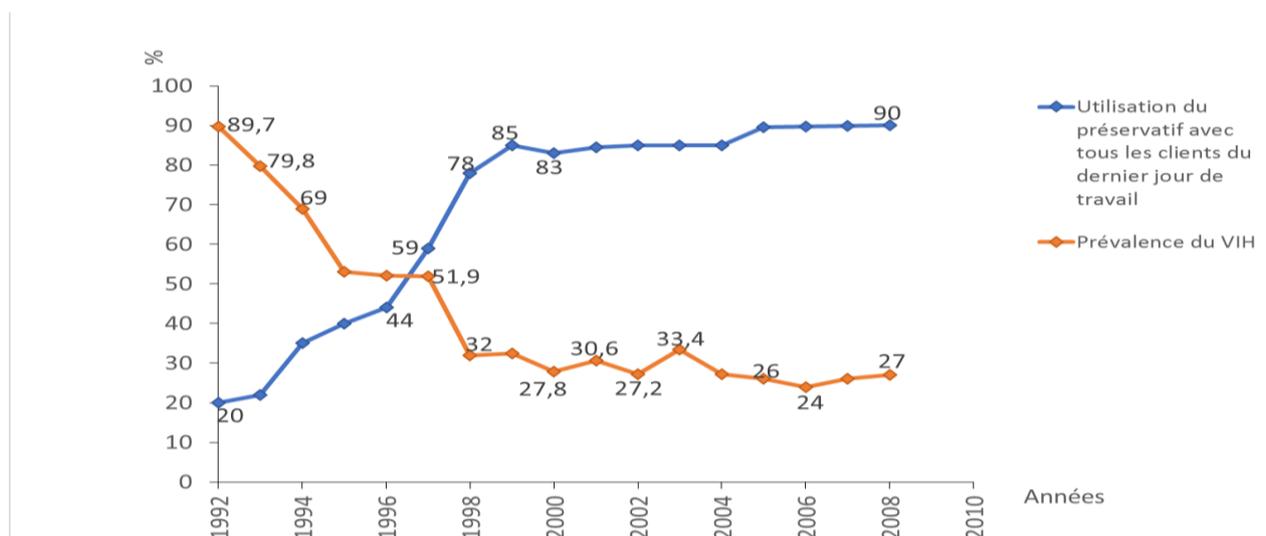


FIGURE 5: Evolution de la prévalence du VIH et utilisation du préservatif chez les professionnelles du sexe à la Clinique de Confiance de 1992 à 2008

En ce qui concerne la taille de la population des PS, plusieurs estimations réalisées en Côte d'Ivoire ont donné les résultats suivants ; pour la Capitale Abidjan, on estimait à 9400 le nombre de PS affichées en 1980¹⁴, puis à 12 000 en 1996¹⁵, et enfin de 11 000 en 2005¹⁶. En 2008, une estimation de la taille des PS a relevé environ 11 300 PS sur toute l'étendue du territoire national en CI¹⁷. Ce résultat paraît invraisemblable au vu des données antérieures pour la seule ville d'Abidjan. Ainsi, des études plus pointues concernant l'estimation de la taille des PS ont été effectuées à travers la méthodologie « Capture –recapture » dans 5 grandes villes de la Côte d'Ivoire en 2008 et 2009 et ont permis d'obtenir une estimation plus réaliste dans ces villes. Ces méthodes portaient le nombre total de PS à 14 800. La moitié de ces PS se trouvaient à Abidjan (7900 PS), suivi de San Pedro (1900 PS), de Bouaké (1200 PS) et de Yamoussoukro (1200 PS) (Vuylsteke et al, 2010). Cependant, ces chiffres restent probablement encore une sous-estimation du nombre réel des PS en Côte d'Ivoire. En 2012, l'estimation de la taille de la population des PS dans le cadre du projet OCAL,

¹³ Analyse de la triangulation des données disponibles sur les interventions de préventions en Côte d'Ivoire 2010, MEASURE Evaluation

¹⁴ GOLI Kouassi, la prostitution en Afrique. Un cas : Abidjan. Eds Les Nouvelles Editions Africaines, Abidjan, 1986.

¹⁵ PUMLS, ENSEA ; Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des professionnels(les) du sexe (PS) relative aux IST/VIH/Sida en Côte d'Ivoire, 2011

¹⁶ Me H., Vuylsteke B., Zouzoua C (2005), Analyse situationnelle de la couverture des interventions en faveur des professionnels (les) du sexe en Côte d'Ivoire (2005), 27p.

¹⁷ Organisation du Corridor Abidjan, Lagos : Analyse de la situation et de la réponse face au VIH/sida en Côte d'Ivoire et le long du corridor Abidjan – Noé, 2010

estimait que 1900 PS travaillaient dans 09 localités visités sur l'axe Abidjan-Noé. Si pour les années à venir il sera difficile d'obtenir l'estimation de la taille des PS au niveau national, le défi reste entier en ce qui concerne l'estimation des PS dans les principales grandes villes de Côte d'Ivoire, puisque ces villes offrent une plateforme importante d'échanges commerciaux.

II.1.3.2 Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Il existe peu de données sur la population des HSH en Côte d'Ivoire et la prévalence du VIH chez eux est mal connue. Une évaluation formative à Abidjan en 2010 (PEPFAR 2010) a montré qu'il existe une sous-population des HSH qui est à très haut risque d'infection, les professionnels du sexe hommes (PSH). En effet, une étude parmi 96 PSH visitant la Clinique de Confiance en 2007 a montré que les prévalences des IST et du VIH étaient très élevées ; 12% pour Neisseria Gonorrhée et 50% pour le VIH (Vuylsteke, 2010). Paradoxalement, l'utilisation systématique de préservatifs était relativement haute, 86% avec les clients pendant le dernier jour de travail et 82% avec le partenaire stable pendant la dernière semaine.

En 2012, l'étude sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Abidjan, a relevé une prévalence du VIH de 18% dans cette population. Les participants à l'étude étaient jeunes, 59% des HSH étaient âgés de 18 à 24 ans. Le risque accru du fait des rapports sexuels anaux était peu perçu, puisque plus des $\frac{3}{4}$ (79%) se considéraient soit à moindre risque dans 59% des cas, soit avec aucun risque dans les autres 20% des cas. En ce qui concerne les autres facteurs de risques associés, il faut noter que 35% des HSH ont déclaré avoir eu des rapports anaux avec plus de trois partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. En outre, l'usage systématique du préservatif avec des hommes était insuffisant puisque seuls 34% des HSH ont déclaré avoir utilisé systématiquement des préservatifs lors des rapports anaux au cours des 12 mois précédant l'étude. Par ailleurs, durant l'année précédant la participation à l'étude, 72% des HSH ont eu au moins une partenaire sexuelle féminine. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une femme était seulement de 64%, faisant de ce groupe de HSH un relai de transmission du VIH au sein de la population générale.

Les estimations du nombre de HSH à Abidjan obtenues avec de multiples méthodes variaient entre 1300 et 78600 HSH selon les méthodes utilisées, avec une médiane de 8400 HSH.

II.1.3.3 Chez les utilisateurs de drogues injectables

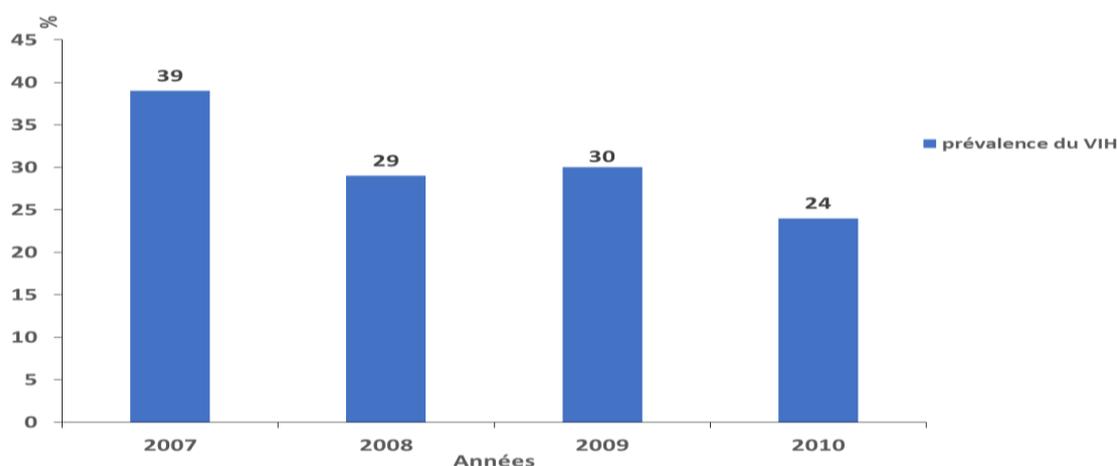
La Côte d'Ivoire dispose de très peu de données sur les UDI. Lors d'une étude réalisée chez les PS en 2010, 1 femme sur les 1110 de l'échantillon, soit (0,1%) des femmes enquêtées et 1 homme sur les 96 hommes de cet échantillon soit 1% des hommes enquêtés ont rapporté avoir utilisé des drogues injectables au moins une fois dans leur vie (Vuylsteke, 2010). Le rapport annuel de l'Hôpital de la Police nationale de Côte d'Ivoire en 2009, indique que sur 18 utilisateurs de drogues injectables dépistés pour le VIH, quatre (04) d'entre eux étaient séropositifs soit 22%.

Ces données ne reflètent certainement pas la réalité du phénomène des drogues injectables en lien avec le VIH/sida, car il n'existe pas de données exhaustives et actualisées sur ce sujet. En 2014, une analyse situationnelle a été conduite par Médecin du monde afin d'estimer la taille des usagers de drogues dans la ville d'Abidjan (santé des personnes usagères de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire : Prévalences et pratiques à risque d'infection par le VIH, les hépatites virales, et autres infections). La collecte des données s'est déroulée dans le mois de mai 2014 et les résultats sont en cours de finalisation. Il serait important de penser à couvrir le besoin en information sur les UDI dans les autres grandes villes de Côte d'Ivoire, spécifiquement les villes frontalières.

II.1.4 Situation de la co-infection TB/VIH

Le déficit immunitaire résultant de l'infection à VIH rend les personnes infectées très vulnérables à la tuberculose.

En Côte d'Ivoire, bien que la prévalence du VIH chez les tuberculeux baisse, elle reste encore élevée. Elle est passée de 39% en 2007 à 24% en 2010.



Source : bases de données PNLT

FIGURE 6: Prévalence du VIH chez les tuberculeux en Côte d'Ivoire 2007-2010

La thérapie antirétrovirale réduit de 65 % le risque pour une personne vivant avec le VIH de contracter la tuberculose et le traitement du VIH réduit d'environ 50 % le risque de décès chez les personnes vivant avec le VIH atteintes de tuberculose.

En Côte d'Ivoire, la proportion de cas estimé de tuberculeux vivant avec le VIH auxquels a été administrés un traitement antituberculeux et un traitement antirétroviral est de 30% en 2012. Par ailleurs, la Côte d'Ivoire fait partie des pays où la proportion de décès dus à la tuberculose a baissée de plus de 50% de 2004 à 2012 (Rapport ONUSIDA 2013). Cependant, la prévalence ainsi que l'incidence de la tuberculose chez les PVVIH restent encore inconnues en Côte d'Ivoire. Un aspect de ce besoin en information a été adressé dans l'enquête sur l'évaluation de la mise en œuvre, de l'enregistrement et du rapportage de la Recherche Active des Cas (RAC) de tuberculose dans la prise en charge de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire. En effet, cette enquête prévoit mesurer l'incidence de la tuberculose chez les PVVIH. Le protocole de l'étude a été approuvé par le CNER-CI.

II.2 Situation des autres IST

La prévention et la prise en charge des IST sont non seulement importantes dans le cadre de la santé publique, mais aussi parce que la présence de certaines IST telles que la syphilis et l'herpès simplex virus 2 (HSV-2) augmente le risque de la transmission sexuelle du VIH. En effet ces infections sont responsables de lésions inflammatoires qui fragilisent la barrière muqueuse et favorisent ainsi le passage des cellules infectées par le VIH dans l'organisme¹⁸. Le risque de contracter le VIH est estimé 2 à 10 fois plus important en présence d'une IST active. Ainsi lutter contre les IST c'est lutter indirectement contre le VIH¹⁹.

Les données de routine issues de la surveillance des IST pour l'année 2013, rapportent une forte incidence nationale de conjonctivites chez les 0-11 mois (2,7 pour 1000). Chlamydia Trachomatis est transmis de la mère à l'enfant lors de l'accouchement et se manifeste chez le nouveau-né entre 0 et 28 jours, par une conjonctivite. Même si les données rapportées ne sont pas spécifiques au nouveau-né, elles donnent une piste à exploiter pour la mise en place de la surveillance de Chlamydia Trachomatis qui est une IST asymptomatique chez 70% des femmes et 50% des hommes.

¹⁸ Current Concepts of HIV Transmission, 2008 Gavin Morrow

¹⁹ Infections sexuellement transmissibles M Strobel. IFMT. Séminaire IST. juillet 2004

En Côte d'Ivoire la prise en charge des IST repose sur l'approche syndromique. Cette approche est basée sur l'identification de groupes de symptômes cohérents et de signes facilement reconnaissables (syndromes) pour orienter le traitement, sans recourir à des tests de laboratoire. Elle se fonde sur des algorithmes cliniques permettant au personnel de santé de diagnostiquer une infection spécifique sur la base des syndromes observés.

La prise en charge syndromique est simple et permet de mettre immédiatement le traitement en place, tout en évitant les tests diagnostiques qui sont soit coûteux soit indisponibles. Cette approche fait toutefois abstraction des infections qui n'entraînent aucun syndrome, soit la majorité des cas d'IST dans le monde²⁰ notamment *Neisseria Gonorrhée* pour lequel 50% des hommes ainsi que 50% des femmes sont asymptomatiques. Il serait alors utile d'envisager l'identification de centres de santé qui serviraient de centre de référence pour la surveillance des IST majeures.

En ce qui concerne *Neisseria Gonorrhée*, il existe un plan de surveillance de la résistance du germe aux antibiotiques, dans lequel dix (10) centres de santé sentinelles ont été identifiés.

²⁰ Guide pour la prise en charge des IST, OMS, 2013

II.3 Organisation de la lutte contre le VIH et les IST en Côte d'Ivoire

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

- ✓ Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), présidé par le Chef de l'État avec pour Secrétariat Technique, le Ministère de la Lutte contre le Sida. Ce Conseil à un rôle d'orientation politique et stratégique ;
- ✓ Le Comité Interministériel de Lutte contre le Sida (CIMLS), présidé par le Premier Ministre, qui coordonne l'activité gouvernementale en matière de lutte contre le Sida ;
- ✓ Le Forum des partenaires, présidé par le Ministre en charge de la santé ;
- ✓ Les Comités déconcentrés et décentralisés qui assurent la coordination des interventions de lutte contre le sida au niveau local (régions, départements, communes, villages). Ces Comités bénéficient de l'appui technique des Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives locales (CTAIL) créées dans 15 régions.

Depuis juin 2011, un ministère unique en charge de la santé et de la lutte contre le sida assure le secrétariat technique du CNLS, préside aux réunions de forums des partenaires et les CTAIL ont intégré les directions régionales de la santé et de la lutte contre le sida. La réponse est également marquée par une forte implication de la société civile avec ses différents réseaux d'ONG et OBC. On peut citer notamment le Conseil des Organisations non gouvernementales de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI), le Réseau Ivoirien des organisations de PVVIH (RIP+), le Réseau des Professionnels des Medias, des Arts et des Sports contre le Sida (REPMASCI), l'Alliance des Religieux contre le VIH/Sida et les autres Pandémies (ARSIP), le Réseau Ivoirien des Jeunes contre le Sida (RIJES) et le Réseau Ivoiriens des Organisations Féminines (RIOF). Ces réseaux sont structurés et comptent en leur sein un nombre très important de membres qui jouent un rôle actif dans la lutte contre le sida et constituent un partenaire clé dans la réponse à l'épidémie. En 2010, 927 ONG étaient répertoriées par la Direction du Secteur Privé et de la Société Civile (DSPSC) du Ministère de la Lutte contre le Sida. Ces acteurs de la société civile sont intervenus principalement dans le renforcement de la prise en charge communautaire pour le suivi des malades et la continuité des soins afin de réduire le nombre de perdus de vues. Ils ont aussi apporté leurs contributions aux soutiens nutritionnel et alimentaire,

juridique et socio-économique visant à l'accompagnement des personnes infectées et affectées par le VIH pour l'amélioration de leur qualité de vie.

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

Le secteur privé est un acteur clé dans la lutte contre cette pandémie. En vue d'intensifier la prévention ainsi que de renforcer la prise en charge des travailleurs et leurs familles, 300 entreprises disposant de cellules focales fonctionnelles de lutte contre le sida ont été sélectionnées. Le secteur privé repose sur un ensemble de faïtières et organisations impliquées dans la lutte contre le VIH/sida par la Caisse nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Ce sont la Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI), la Fédération Ivoirienne des Petites et Moyennes Entreprises (FI-PME), la Chambre de Commerce et d'Industrie de Côte d'Ivoire (CCI-CI), la Chambre Nationale des Métiers de Côte d'Ivoire (CNM-CI), l'Intersyndicale de lutte contre le sida (fédération des centrales syndicales), la Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire contre le sida, le paludisme et la tuberculose (CECI). Cette dernière a entre autres missions la coordination optimale des interventions et le partenariat public- privé pour aboutir à une stratégie harmonieuse et concertée dans la lutte contre ce fléau.

La lutte contre le sida s'appuie sur plusieurs programmes qui permettent de mettre en œuvre la prévention, la prise en charge globale et le suivi-évaluation. Entre autres, on peut citer :

- ✓ le Programme national de Lutte contre le Sida (PNLS),
- ✓ le Programme national de prise en charge des orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH (PN-OEV),
- ✓ le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT),
- ✓ le Programme national de la santé de la mère et de l'enfant (PNSME),
- ✓ le Programme national de la santé scolaire et universitaire (PNSSU),
- ✓ le Programme national de nutrition (PNN).

À cela, il faut ajouter d'autres programmes comme le Programme national de lutte contre les hépatites, le Programme national de lutte contre le cancer, etc. dont on

pourrait envisager des liens possibles avec la lutte contre le sida dans le cadre du PSN 2012-2015.

Il existe, par ailleurs, des interventions de lutte contre le VIH/sida menées dans le cadre de la multisectorialité comme l'illustre la collaboration entre le Ministère en charge du Travail, FHI 360 et le (Bureau international du travail) BIT pour la rédaction et la diffusion d'un document de politique nationale de lutte contre le VIH dans le milieu du travail.

La lutte contre le VIH/sida s'est également matérialisée par des programmes de coopération bilatérale ou multilatérale tels que le programme de pharmacovigilance, le projet ESTHER de lutte contre le sida en milieu carcéral, etc. Ces actions sont renforcées par un dispositif d'intervention d'urgence dont le but est de faire face aux imprévus en cas de besoins sanitaires d'urgence (catastrophes naturelles et maladies émergentes/ré-émergentes), conformément au Règlement sanitaire international (RSI).

Ce dispositif est constitué d'un plan d'intervention pour les besoins sanitaires d'urgence, d'un « fonds épidémie » et d'un plan de contingence logés au Ministère en charge de la santé ainsi que d'une cellule des urgences et des catastrophes rattachée à la Présidence de la République.

II.4 Système de surveillance du VIH/sida et des IST

II.4.1 Organisation de la surveillance du VIH/sida et des IST

La deuxième version du guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région Africaine place le VIH/sida et les IST dans la catégorie des autres maladies d'importance en santé publique.

En Côte d'Ivoire, la surveillance du VIH/sida est menée dans le cadre du Groupe Technique de Travail (GTT) pour la surveillance de seconde génération du VIH institué par la note de service N) 032/2009/MSHP/DGS/DIPE.

Ce GTT est composé des structures suivantes :

1. Parties nationales :

- ✓ Direction générale de la santé (DGS)
- ✓ Direction de l'information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE)
- ✓ Direction de la Planification et du Suivi-Evaluation du Sida (DPSES)
- ✓ Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)
- ✓ Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)
- ✓ Institut National de Santé Publique (INSP)
- ✓ Institut National d'Hygiène Publique (INHP)
- ✓ Institut National de la Statistique (INS)
- ✓ Ecole Nationale Supérieure de la Statistique et de l'Economie Appliquée (ENSEA)

2. Partenaires au développement ou institutions :

- ✓ CDC/PEPFAR
- ✓ OMS
- ✓ ONUSIDA
- ✓ MEASURE Evaluation
- ✓ FHI 360
- ✓ Banque Mondiale/MAP
- ✓ Fonds Mondial/ CCM
- ✓ UNICEF
- ✓ UNFPA

3. ONG de la lutte contre le SIDA :

- ✓ RIP+
- ✓ COSCI

La Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation en assurait le secrétariat jusqu'à l'avènement du nouvel organigramme du MSLS en 2014.

II.4.2 Stratégie de surveillance du VIH/sida et des IST

Avec l'adoption de la stratégie dite de seconde génération, la surveillance épidémiologique du VIH a été axée autour de la surveillance bio-comportementale.

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

La surveillance biologique de l'infection à VIH est réalisée à travers :

- (i) la serosurveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes,
Les données de prévalence chez les femmes enceintes, sont des éléments essentiels pour la modélisation utilisant Epp et Spectrum. Le modèle EPP utilise les données de surveillance disponibles pour estimer l'incidence, la prévalence et la mortalité liées au VIH depuis le début de l'épidémie au niveau national. Il permet de faire des projections pour les années à venir (sur cinq ans). Spectrum est un système de modélisation qui utilise les données de Epp pour estimer la taille des cibles des programmes tels que les personnes nécessitant un traitement, les orphelins et enfants rendus vulnérable du fait du VIH/sida. Aujourd'hui, EPP est intégré à Spectrum pour former un seul logiciel.
- (ii) les enquêtes sérologiques répétées dans les populations à haut risque telles que les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI) ;
- (iii) la surveillance de la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux et
- (iv) les enquêtes sérologiques répétées dans la population générale lors des enquêtes démographiques et de santé (EDS-MICS 2011-2012) ou des enquêtes sur les indicateurs du SIDA (EIS).

Cette surveillance biologique se fait également par des enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV. Elle comprend 03 aspects :

- la surveillance de la résistance transmise du VIH ou résistance primaire
- la surveillance de la résistance acquise du VIH ou résistance secondaire
- les enquêtes sur les indicateurs d'alerte précoce de la résistance du VIH aux ARV.

Trois enquêtes sur les indicateurs d'alerte précoce (IAP) de la résistance du VIH aux ARV ont été conduites (2008, 2010 et 2014).

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

Une analyse situationnelle, réalisée en 2009, avait permis d'identifier plusieurs populations dites à risque.

II.4.3 Revue du plan stratégique national de surveillance du VIH/sida et des IST 2010-2014

En 2010, la surveillance de seconde génération du VIH a été adoptée à travers le Plan Stratégique National de la Surveillance de Seconde Génération du VIH/sida et des IST 2010-2014 (PSSSG 2010-2014).

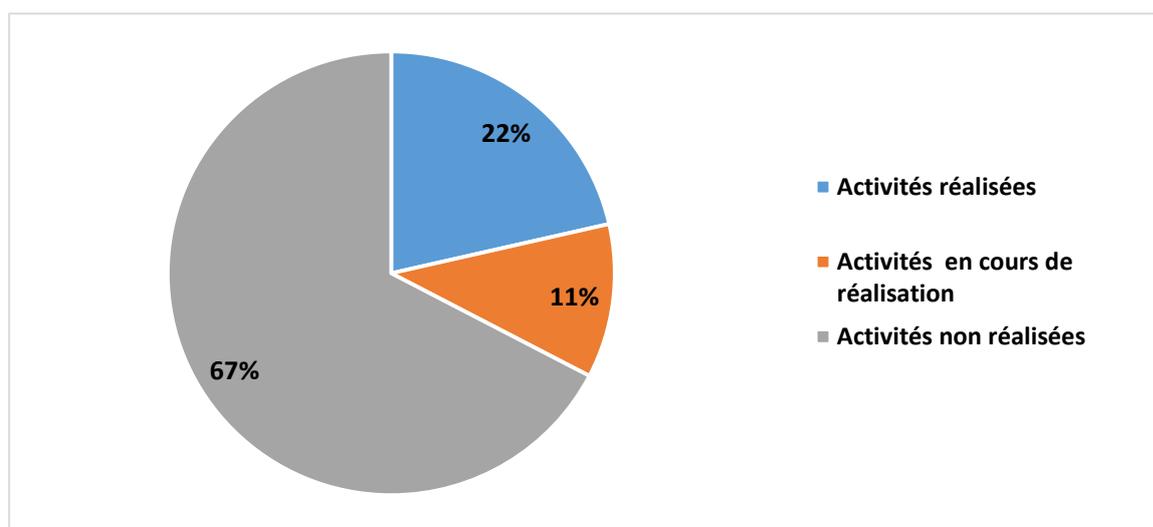
Ce plan avait permis d'identifier neuf (09) stratégies. Il s'agissait de :

1. Surveillance biologique de l'infection à VIH
2. Surveillance comportementale
3. Surveillance des résistances du VIH aux ARV
4. Notification des cas de VIH/ sida et des IST
5. Recherche opérationnelle
6. Triangulation
7. Estimation et projection sur l'épidémie du VIH
8. Diffusion des données

9. Renforcement des capacités et du cadre institutionnelle

Arrivant à son terme en 2014, une revue a été organisée dans le but de faire un bilan de la planification en vue de répondre aux nouveaux besoins en information.

Il ressort de cette revue que pour la période 2010-2014, 98 activités ont été planifiées, 22% de celles-ci ont été totalement réalisées contre 11% en cours de réalisation et 67 % non réalisées comme le montre la figure ci-dessous. Aussi, certaines activités prévues chaque année (sur les 5 ans) n'ont pas connu de réalisation ou ont été réalisées seulement pour 1 ou 2 années.



Source : rapport de la revue du plan stratégique national de la surveillance de seconde génération du VIH/SIDA et des IST 2010-2014 en Côte d'Ivoire

FIGURE 7: Répartition des activités du PSNS VIH/sida et IST 2010-2014 en fonction du taux de réalisation

Par ailleurs, d'autres activités non planifiées dans le cadre du PSNS VIH/sida et IST 2010-2014 ont été recensées. Elles ont été menées aussi bien par des acteurs nationaux que non nationaux. Elles étaient au nombre de 09 avec 67% réalisées et 33% en cours de réalisation.

II.4.3.1. Forces du système de surveillance du VIH/sida

L'existence de ce plan a fourni un cadre permettant de canaliser les efforts dans la surveillance du VIH et des IST en Côte d'Ivoire. Les acquis que l'on peut retenir sont :

- l'existence d'un GTT pour la surveillance du VIH offrant un cadre d'échange pour les acteurs intervenant dans la surveillance du VIH au niveau national et facilitant la mise en œuvre des activités ;

- l'existence d'indicateurs VIH consensuels au niveau national qui a permis d'élaborer des outils de collecte standardisé au niveau national pour la collecte des données ;
- l'existence de sites identifiés pour la surveillance ;
- la réalisation d'enquête dans la population générale (EDSCI-MICS 2011-2012) et dans chacune des 05 populations les plus à risque (MSM, PS, Usagers de Drogues, Hommes en armes et Population carcérale) ;
- la surveillance du VIH chez les tuberculeux ;
- le suivi des tendances sur le VIH à travers les différentes sources d'information (enquêtes, estimations et projections) qui permet l'actualisation des données et d'orienter les stratégies de riposte ;
- l'implication des forces de l'ordre et du corps préfectoral dans la mise en œuvre des études à l'endroit des populations clés ;
- l'implication des populations clés dans la mise en œuvre des activités qui leur sont destinées
- la participation des membres du GTT à des ateliers régionaux et internationaux sur la surveillance du VIH ;
- l'existence de draft de documents stratégiques (plans d'action pour la notification individuelle des cas de VIH et de Sida et pour l'estimation de la taille des populations clés).

II.4.3.2 Faiblesses du système de surveillance du VIH/sida

L'une des faiblesses majeures de ce plan est l'absence d'un plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

En outre, l'insuffisance dans la diffusion des rapports (aux acteurs de surveillance) et de retro-information aux acteurs locaux et aux populations cibles a été un fait important qui a été mis en exergue.

D'autres aspects, ont été relevés lors de la revue. Ce sont :

- l'existence de circuits parallèle de collecte de données et la sous notification des cas d'IST,
- la persistance des insuffisances dans la complétude et la promptitude des données de routine,
- la planification non adaptée des enquêtes de serosurveillance et des IAP

- l'insuffisance dans la coordination des activités de surveillance

II.4.3.3 Opportunités du système de surveillance du VIH/sida

Les opportunités suivantes s'offrent au système de surveillance du VIH/sida :

- l'appui technique et financier des bailleurs ;
- la diversification des sources de financement ;
- le Projet ISPEC (Improving HIV/AIDS Surveillance and Program Evaluation in Côte d'Ivoire) qui vise le renforcement de la surveillance du VIH/sida et des IST en Côte d'Ivoire.

II.4.3.4 Menaces du système de surveillance du VIH/sida

La mise en œuvre de ce plan pourrait être entravée par un certain nombre de menaces dont les importantes sont :

- l'instabilité de l'environnement socio politique ;
- l'arrêt de financement.

III. VISION ET PRINCIPES

III.1. Vision

Selon le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 de la Côte d'Ivoire, « la vision du développement sanitaire est celle d'un système de santé performant à même de garantir à tous les citoyens particulièrement les populations les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays. »

En ce qui concerne le plan stratégique de la surveillance du VIH/sida et des IST de 2015-2019, la vision est « une Côte d'Ivoire disposant de données de qualité et ayant une bonne connaissance de la dynamique de la pandémie du VIH/sida pour une riposte adaptée et efficace ».

III.2. Principes

Avec une prévalence du VIH chez les femmes enceintes supérieure à 1% aussi bien en milieu rural que urbain et une prévalence du VIH dépassant 5% chez les PS et les HSH, l'épidémie du VIH/sida en Côte d'Ivoire est de type mixte.

Les principes de la surveillance pour ce plan stratégique visent à améliorer la qualité des informations recueillies par les programmes nationaux intervenant dans la lutte contre le VIH/sida.

Cette surveillance doit:

- être adaptée au niveau de l'épidémie du pays ;
- être dynamique et évoluer avec l'épidémie ;
- utiliser les données biologiques et comportementales pour expliquer l'évolution de l'épidémie ;
- intégrer les informations provenant d'autres sources pour améliorer la riposte nationale.

La Côte d'Ivoire a opté pour la mise en œuvre de la surveillance de troisième génération du VIH/sida et des IST pour les prochaines cinq années, allant de 2015 à 2019; Cette surveillance prend en compte la surveillance biologique du VIH et des IST, la surveillance comportementale et l'évaluation de la qualité des traitements et soins des PVVIH et des patients présentant des IST. Cette option a été choisie parce que la couverture nationale en sites de PEC des PVVIH s'accroît de plus en plus, les ARV sont de plus en plus utilisés et il serait donc important d'associer l'évaluation de la qualité des traitements et des soins à la surveillance du VIH et des IST.

Ce plan a été élaboré selon l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) conformément aux recommandations du MSLS. Par conséquent l'objectif général et les objectifs spécifiques n'y figurent pas mais plutôt un résultat d'impact et des résultats d'effets. Dans cette approche GAR, le résultat d'impact est lié à des résultats d'effet, des extrants et des activités.

IV. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

IV.1. But

Le but du plan stratégique de surveillance du VIH/sida et des IST 2015-2019 est de contribuer à la réduction de l'impact du VIH/sida et des autres IST en Côte d'Ivoire.

IV.2. Résultat d'impact

La surveillance épidémiologique de troisième génération du VIH/sida et des IST est mise en œuvre.

IV.3. Résultats d'effet

Pour atteindre cet impact, quatre (04) résultats d'effet ont été identifiés :

1. le niveau de l'épidémie du VIH et des IST et les moyens de lutte sont connus ;
2. la qualité des traitements et des soins pour le VIH/sida et les IST est évaluée ;
3. l'utilisation des informations sur l'épidémie à VIH/sida et les IST est effective ;
4. le cadre institutionnel et les capacités des acteurs de la surveillance épidémiologique du VIH et des IST sont renforcées.

Les extraits et les activités relatifs à ces quatre résultats d'effets sont décrits dans les chapitres suivants :

Effet 1 : Le niveau de l'épidémie du VIH et des IST et les moyens de lutte sont connus.

Cet effet a été décliné en deux (02) extraits portant sur le niveau de l'épidémie dans la population générale (1) et dans les populations à risque élevé pour le VIH dites populations clés (2).

Extrait 1.1 : Le niveau de l'épidémie dans la population générale est connu.

Il s'agit de fournir des informations nécessaires à la connaissance de l'épidémie dans la population générale. Dans cette optique, cinq (05) activités ont été retenues.

Ces activités porteront sur la réalisation de trois enquêtes de serosurveillance sentinelle du VIH, la conduite d'une enquête d'impact sur le VIH, une enquête sur l'incidence du VIH, le développement des outils et des directives nationales pour la notification individuelle des cas de VIH et la réalisation d'une enquête sur la prévalence du VIH 2 et de l'hépatite B chez les patients nouvellement diagnostiqués pour le VIH.

Activité 1.1.1: Réaliser trois enquêtes de serosurveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes.

La surveillance épidémiologique du VIH en Côte d'Ivoire était basée sur la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes. Huit enquêtes ont été réalisées à ce sujet chez les femmes enceintes entre 1997 et 2008. La neuvième enquête de serosurveillance sentinelle du VIH servira également à évaluer la qualité des données de routine de la PTME, de sorte que si ces données de routine corroborent les résultats de l'enquête de serosurveillance et sont de bonne qualité, elles puissent désormais être utilisées pour la surveillance du VIH chez les femmes enceintes.

La prévalence du VIH obtenue à partir des enquêtes de serosurveillance chez les femmes enceintes est une approximation de celle de la population générale. Les données issues de ces trois enquêtes seront utilisées pour estimer le niveau de l'épidémie dans la population générale dans le cadre des estimations et projections de l'ONUSIDA avec le logiciel Spectrum. La périodicité de ces enquêtes de serosurveillance sentinelle chez les femmes enceintes sera désormais de deux ans.

Activité 1.1.2 : Réaliser une enquête d'impact sur le VIH (HIA 2015-2016).

Il s'agit d'une enquête de population basée sur les ménages. Cette étude a pour but d'évaluer l'Impact des programmes VIH au niveau de la population générale. Elle fournira certains indicateurs comme :

1. la prévalence du VIH
2. l'Incidence du VIH
3. les CD4
4. la charge virale
5. l'offre des services VIH
6. l'accessibilité aux soins etc.

Activité 1.1.3 : Réaliser une enquête sur l'incidence du VIH chez les femmes enceintes et dans la population générale.

La Côte d'Ivoire n'a pas encore réalisé d'enquête sur l'incidence (nouvelles infections) du VIH. Les quelques données actuellement disponibles proviennent des estimations de l'ONUSIDA faites à partir de SPECTRUM.

CDC/Atlanta et ses principaux partenaires ont développé récemment des tests de laboratoires permettant de savoir si une infection à VIH est récente (incidence) ou ancienne. Ces tests ont déjà été validés et sont disponibles. La Côte d'Ivoire va utiliser les échantillons de sang qui seront prélevés lors des prochaines enquêtes de population et de serosurveillance sentinelle pour réaliser sa première enquête sur l'incidence du VIH en 2016-2017.

Activité 1.1.4 : Elaborer le protocole et les outils de notification individuelle des cas de VIH.

La notification des cas de VIH consiste au rapportage individuel des cas de VIH. Elle permet de savoir qui est infecté, comment cette personne a été infectée, où et quand elle a été dépistée.

En Côte d'Ivoire une loi rendant obligatoire la déclaration des cas de VIH aux différents partenaires sexuels a été promulguée en 2014. Une proposition d'arrêté sera faite au Ministre en charge de la santé en vue de rendre obligatoire la notification des cas de VIH. Le pays dispose également d'un draft de plan d'action pour la notification. Ainsi, les prestataires de service seront tenus de remplir un formulaire de notification non nominatif devant tout cas de VIH diagnostiqué.

Activité 1.1.5 : Réaliser une enquête sur la prévalence du VIH 2 et de l'hépatite B chez les patients nouvellement diagnostiqués pour le VIH.

Cette activité permettra de fournir des informations sur la coinfection VIH 2 et Hépatite B dans la population générale.

Extrant 1.2 : Les populations à risques sont connues et le niveau de l'épidémie dans ces populations à risque est connu.

L'épidémie à VIH/sida de la Côte d'Ivoire est de type mixte avec des populations clés comme les PS et les HSH qui contribuent de façon substantielle à la survenue de nouvelles infections.

Par conséquent, il s'agira de fournir des informations nécessaires à la connaissance de l'épidémie dans ces populations clés (HSH, PS et UDI). Celles qui constituent un problème de santé publique en Côte d'Ivoire sont les Professionnelles du sexe (PS) et les Hommes ayant des rapports sexuels avec des Hommes (HSH), contrairement aux utilisateurs de drogue par voie injectable.

Ce plan stratégique permettra également d'identifier de façon formelle les autres populations à risque ou plus vulnérables. Il pourrait s'agir des jeunes de 15-24 ans, des filles de ménages, des jeunes déscolarisés, des chauffeurs routiers, des clients des PS, etc. Pour chaque population d'étude, particulièrement les HSH et les PS on déterminera la taille de la population et les facteurs de risque de transmission du VIH. Ces enquêtes permettront de préciser les comportements à risque et de déterminer la prévalence du VIH dans ces populations. Il est prévu de conduire trois enquêtes chez les PS et trois enquêtes chez les HSH.

Activité 1.2.1 : Réaliser 01 enquête bio comportementale chez les HSH à San Pedro.

Activité 1.2.2 : Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des HSH à Abidjan, Yamoussoukro, Bouaké et Gagnoa.

Activité 1.2.3 : Réaliser 01 analyse situationnelle sur les facteurs de vulnérabilité socioéconomiques des jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle face au VIH et à l'accès aux services de santé de la reproduction et de la planification familiale.

Activité 1.2.4 : Réaliser la cartographie des points chauds et l'estimation de la taille des PS à Abidjan.

Activité 1.2.5 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Bouaké.

Activité 1.2.6 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à San Pedro.

Activité 1.2.7 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Gagnoa.

Activité 1.2.8 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Yamoussoukro.

Activité 1.2.9 : Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des PS et HSH à Abidjan, Bondoukou, Abengourou, Daloa, Guiglo, Man et Gagnoa.

Activité 1.2.10: Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des PS à San Pedro, Yamoussoukro et Bouaké.

Activité 1.2.11: Réaliser 01 enquête bio comportementale au sein d'une population hautement vulnérable autre que les HSH et les PS.

Activité 1.2.12 : Réaliser une analyse situationnelle au sein de la population carcérale dans trois prisons de la CI (Daloa, Abidjan, Korhogo).

Effet 2 : La qualité des traitements et des soins pour le VIH/sida et les IST est évaluée.

La mise sous traitement précoce et le maintien des PVVIH dans le système de soin constituent une méthode de prévention de la transmission du VIH, d'où la nécessité de maintenir des traitements de qualité. Pour les prochaines années, il est prévu d'évaluer la rétention des PVVIH dans le système de soins, d'évaluer la résistance transmise du VIH aux ARV, de détecter les facteurs de risque de l'émergence de la résistance du VIH aux ARV (indicateurs d'alerte précoce : IAP), d'évaluer la détection et le traitement de la tuberculose chez les PVVIH, et d'estimer la prévalence de la co-infection tuberculose/VIH. Ces informations seront utilisées pour adapter les politiques de santé pour les PVVIH.

Extrant 2.1 : Le niveau de la résistance du VIH aux ARV est connu.

La surveillance de la résistance du VIH aux ARV inclue trois types d'enquêtes : les enquêtes sur les Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP), la résistance transmise du VIH aux ARV, et la résistance acquise du VIH aux ARV chez les PVVIH en traitement. La surveillance de la résistance du VIH aux ARV s'avère nécessaire afin de mieux orienter les programmes de soins.

Activité 2.1.1 : Réaliser 02 enquêtes sur l'évaluation des IAP de la résistance du VIH aux ARV.

La dernière enquête sur les IAP a été réalisée en 2014. Il est prévu 02 enquêtes sur les IAP dans la période 2015-2019 avec une augmentation du nombre de sites qui seront impliqués dans ces deux enquêtes. Les indicateurs concernés par ce type d'enquêtes sont : le pourcentage de prescriptions de schéma thérapeutique d'ARV initial approprié (1), le pourcentage de patients initiant un traitement ARV de première intention et perdus de vue 12 mois plus tard (2), le pourcentage de patients sous schéma thérapeutique ARV de première intention approprié à 12 mois (3), le pourcentage de patients ayant retiré tous leurs ARV dans les délais (4), le pourcentage de mois sans rupture de stock d'ARV (5).

Activité 2.1.2 : Réaliser une enquête sur la résistance transmise du VIH aux ARV.

Cette enquête sera réalisée chez les femmes enceintes de moins de 25 ans qui sont à leur première grossesse, qui n'ont pas de signe d'immunodépression et qui n'ont

jamais pris d'ARV. Elle permettra de rendre disponible l'information sur le niveau de transmission de virus résistants aux ARV.

Extrant 2.2: La qualité de la prise en charge des PVVIH est évaluée.

Activité 2.2.1 : Réaliser 02 enquêtes sur les résultats cliniques et immunologiques des patients sous ARV.

Il s'agira d'évaluer la rétention des patients sous ARV dans les soins et d'évaluer les résultats cliniques et immunologiques ainsi que l'incidence des maladies opportunistes. Deux études indépendantes seront conduites pour évaluer d'une part la prise en charge chez les adultes et d'autre part la prise en charge chez les enfants.

Activité 2.2.2 : Réaliser une enquête pour caractériser la cascade de la prise en charge de la tuberculose.

Il s'agira de déterminer si les PVVIH sont dépistés pour la TB de façon systématique, d'estimer l'incidence de la TB chez les PVVIH et d'évaluer les références.

Effet 3 : L'utilisation des informations sur l'épidémie à VIH/sida et les IST est effective.

Il s'agit pour ce résultat d'effet de susciter l'utilisation des informations produites dans le cadre de la surveillance à travers des échanges au niveau national (central, intermédiaire et périphérique) et au niveau international. Ces échanges se feront à travers des ateliers nationaux, la production de rapports/bulletins d'informations, des publications dans des revues scientifiques, etc.

Les données seront utilisées pour l'estimation des tendances évolutives, la compréhension de l'épidémie à VIH/sida et une meilleure prise de décision.

Deux extraits majeurs ont été identifiés.

Extrant 3.1: les données sur le VIH/sida et les IST sont disponibles.

Activité 3.1.1 : Faciliter la diffusion des informations sur le VIH et les IST en renforçant le site web de la DPPEIS.

Activité 3.1.2 : Organiser un atelier annuel de partage d'informations sur la surveillance du VIH.

Activité 3.1.3 : Publier des articles dans des revues spécialisées.

Activité 3.1.4 : Produire un bulletin annuel de surveillance épidémiologique du VIH et des IST.

Extrant 3.2 : les prévisions et les tendances sur l'épidémie à VIH sont connues.

Activité 3.2.1 : Réaliser la triangulation des données sur le VIH.

Activité 3.2.2: Réaliser des estimations et des projections annuelles sur l'épidémie du VIH (MOT et Spectrum).

Effet 4 : Le cadre institutionnel et les capacités des acteurs de la surveillance épidémiologique du VIH et des IST sont renforcés.

Pour la mise en œuvre de la surveillance du VIH/sida et des IST, la participation de tous les acteurs intervenant dans ce domaine est primordiale.

Un groupe technique de travail sur la surveillance du VIH/sida a été mis en place à cet effet par la note de service n°032/2009/MSHP/DGS/DIPE du 04 Novembre 2009.

La réorganisation du MSLS impose de redéfinir ce cadre de collaboration afin de prendre en compte toutes les aspirations et besoins du moment.

Cet effet a été identifié afin d'améliorer la fonctionnalité du cadre institutionnel, de la coordination des activités de surveillance du VIH et des IST et de renforcer les capacités des acteurs.

Ce résultat d'effet sera atteint à partir de trois extrants.

Extrant 4.1: Le cadre institutionnel de la surveillance épidémiologique du VIH/sida et des IST est renforcé.

Activité 4.1.1: Réviser la note de service portant organisation et fonctionnement du GTT de la Surveillance de Seconde Génération du VIH.

Activité 4.1.2 : Elaborer un répertoire des enquêtes et études relatives au VIH/sida et des IST dont le protocole a été approuvé par le Comité National de l'Éthique et de la Recherche de Côte d'Ivoire (CNER-CI).

Extrant 4.2: Les capacités du GTT surveillance du VIH/sida et des IST sont renforcées.

Il s'agit de renforcer les capacités des acteurs afin de mener à bien les activités de surveillance. A cet effet, il est prévu de former les membres du GTT dans divers domaines et de promouvoir le partage d'expérience avec d'autres pays.

Activité 4.2.1: Participer à des ateliers internationaux sur la surveillance et/ou le suivi-évaluation du VIH/sida et des IST.

Activité 4.2.2: Former les membres du GTT de la Surveillance Epidémiologique à l'utilisation du logiciel d'estimation Spectrum.

Activité 4.2.3: Former les membres du GTT de la Surveillance Epidémiologique à la triangulation.

Extrant 4.3: La coordination de la mise en œuvre du plan stratégique est assurée.

La coordination de la mise en œuvre du plan stratégique est sous la responsabilité de la DPPEIS. Elle se fera à travers des réunions de suivi et des revues périodiques du plan stratégique.

Activité 4.3.1 : Organiser des réunions trimestrielles de suivi du plan stratégique de surveillance du VIH/sida et des IST.

Activité 4.3.2 : organiser une revue à mi-parcours du plan stratégique.

Activité 4.3.3 : organiser une évaluation finale du plan stratégique.

Activité 4.3.4 : Renforcer la DPPEIS pour la coordination des activités de surveillance en équipement et en matériel informatique.

V. CADRE DE RESULTATS

ACTIVITES	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsable	Partenaires
Impact: La surveillance épidémiologique de troisième génération du VIH/sida et des IST est mise en œuvre					
Effet 1: Le niveau de l'épidémie du VIH et des IST et les moyens de lutte sont connus					
Extrant 1.1 : le niveau de l'épidémie dans la population générale est connu					
Activité 1.1.1: Réaliser trois enquêtes de serosurveillance sentinelle chez les femmes enceintes	Trois(03) enquêtes de serosurveillance sentinelle chez les femmes enceintes sont réalisées	Nombre d'enquêtes de serosurveillance sentinelle réalisée Prévalence du VIH chez la femme enceinte	Rapport d'étude	DPPEIS	CDC PEPFAR, FONDS MONDIAL
Activité 1.1.2 : Réaliser une enquête d'impact sur le VIH (HIA 2015-2016)	Une(01) enquête d'impact sur le VIH est réalisée	Nombre d'enquête d'impact sur le VIH réalisée Prévalence du VIH au sein de la population générale Incidence du VIH	Rapport d'étude	DPPEIS	PNLS, ICAP
Activité 1.1.3 : Réaliser une enquête sur l'incidence du VIH chez les femmes enceintes et dans la population générale	Une enquête sur l'incidence du VIH chez les femmes enceintes et dans la population générale est réalisée	Nombre d'enquête sur l'incidence du VIH chez les femmes enceintes et dans la population générale réalisée Prévalence du VIH au sein de la population générale	Rapport d'étude	DPPEIS	MACRO, INS, RETROCI, CDC PEPFAR, USAID, OMS, OUSIDA, PNUD, UNICEF, UNFPA
Activité 1.1.4:Elaborer le protocole et les outils de notification des cas de VIH	Un (01) protocole et les outils de notification des cas de VIH/sida et IST est disponible	Nombre de protocole et d'outil de notification des cas de VIH/sida et IST	Rapport d'étude	DPPEIS	CDC PEPFAR
Activité 1.1.5: Réaliser une enquête sur la prévalence du VIH 2 et de l'hépatite B chez les patients nouvellement diagnostiqués par le VIH.	une enquête sur la prévalence du VIH 2 et de l'hépatite B chez les patients nouvellement diagnostiqués par le VIH est réalisée	Nombre d'enquête sur la prévalence du VIH 2 et de l'hépatite B chez les patients nouvellement diagnostiqués par le VIH réalisée/ Prévalence du VIH2 et de l'Hépatite B au sein de la population générale	Rapport d'étude	DPPEIS	FHI 360, PNLHV, PNLs
Extrant 1.2 : Les populations à risques sont connues et le niveau de l'épidémie dans ces populations à risque est connu					

ACTIVITES	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsable	Partenaires
Activité 1.2.1 : Réaliser 01 enquête bio comportementale chez les HSH à San Pedro	Une (01) enquête bio comportementale chez les HSH à San Pedro est réalisée	Nombre d'enquête bio comportementale réalisée	Rapport d'étude	PNLS	DPPEIS, FHI360/CDC PEPFAR
Activité 1.2.2 : Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des HSH à Abidjan, Yamoussoukro, Bouaké et Gagnoa (ENDA Santé/FONDS MONDIAL)	Une (01) enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des HSH à Abidjan, Yamoussoukro, Bouaké, Gagnoa est réalisée /l'estimation de la taille ainsi que les caractéristiques bio comportementales des MSM à Abidjan, Yamoussoukro, Bouaké et Gagnoa sont connues	Nombre d'enquête réalisée Taille des MSM et Prévalence du VIH chez les MSM à Abidjan, Yamoussoukro, Bouaké et Gagnoa	Rapport d'étude	PNLS	DPPEIS, FONDS MONDIAL
Activité 1.2.3 : Réaliser 01 analyse situationnelle sur les facteurs de vulnérabilité socioéconomiques des jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle face au VIH et à l'accès aux services de santé de la reproduction et de la planification familiale	Une (01) analyse situationnelle sur les facteurs de vulnérabilité socioéconomiques des PS mineures face au VIH est réalisée/les caractéristiques bio comportementales sur l'accès aux services de santé de la reproduction et de la planification familiale sont connues	Nombre d'analyse situationnelle réalisée	Rapport d'étude	PNLS	DPPEIS, ALLIANCE CI
Activité 1.2.4 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Abidjan	Une (01) cartographie des points chauds à Abidjan est réalisée /l'estimation de la taille des PS ainsi que les caractéristiques bio comportementales sont connues	Nombre de cartographie réalisée Taille des PS et Prévalence du VIH chez les PS	Rapport d'étude	PNLS	DPPEIS, Banque mondiale, ONUSIDA, CDC, USAID, ENDA SANTE
Activité 1.2.5 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Bouaké	une cartographie programmatique des PS est réalisée à Bouaké	Nombre de sites prostitutionnels identifiés et Taille des PS	Rapport d'étude	PNLS	DPPEIS, Banque mondiale, ONUSIDA, CDC, USAID, ENDA SANTE
Activité 1.2.6 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à San Pedro	une cartographie programmatique des PS est réalisée à San Pedro	Nombre de sites prostitutionnels identifiés et Taille des PS	Rapport d'étude	PNLS	DPPEIS, Banque mondiale, ONUSIDA, CDC, USAID, ENDA SANTE

ACTIVITES	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsable	Partenaires
Activité 1.2.7 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Gagnoa	une cartographie programmatique des PS est réalisée à Gagnoa	Nombre de sites prostitutionnels identifiés et Taille des PS	Rapport d'étude	PNLS	DPPEIS, Banque mondiale, ONUSIDA, CDC, USAID, ENDA SANTE
Activité 1.2.8 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Yamoussoukro	une cartographie programmatique des PS est réalisée à Yamoussoukro	Nombre de sites prostitutionnels identifiés et Taille des PS	Rapport d'étude	PNLS	DPPEIS, Banque mondiale, ONUSIDA, CDC, USAID, ENDA SANTE
Activité 1.2.9 : Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des PS et HSH à Abidjan, Bondoukou, Abengourou, Daloa, Guiglo, Man et Gagnoa	Une (01) enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des PS et HSH à Abidjan, Bondoukou, Abengourou, Daloa, Guiglo, Man et Gagnoa est réalisée	Nombre d'enquête réalisée Taille des PS et HSH et Prévalence du VIH chez les HSH	Rapport d'étude	PNLS	DPPEIS, HEARTLAND ALLIANCE, CDC PEPFAR
Activité 1.2.10: Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des PS à San Pedro, Yamoussoukro et Bouaké	Une (01) enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des PS à San Pedro, Yamoussoukro et à Bouaké est réalisée	Nombre d'enquête réalisée Taille des PS et Prévalence du VIH chez les HSH	Rapport d'étude	PNLS	FHI360 /CDC PEPFAR
Activité 1.2.11: Réaliser 01 enquête bio comportementale au sein d'une population hautement vulnérable autre que les HSH et les PS	Une(01) enquête bio comportementale au sein d'une population hautement vulnérable autre que les HSH et les PS est réalisée	Nombre d'enquête réalisée	Rapport d'étude	PNLS	FHI360 /CDC PEPFAR
Activité 1.2.12 : Réaliser une analyse situationnelle au sein de la population carcérale dans trois prisons de la CI (Daloa, Abidjan, Korhogo)	une Analyse Situationnelle au sein de la population carcérale dans trois prisons de la CI (Daloa, Abidjan, Korhogo) est réalisée/l'estimation de la taille ainsi que les caractéristiques bio comportementales sont connues	Nombre d'analyse situationnelle réalisée	Rapport d'étude	PNLS	FHI360 /CDC PEPFAR
Effet 2 : La qualité des traitements et des soins pour les PVVIH et les IST est évaluée					
Extrant 2.1: le niveau de la résistance du VIH est connu					

ACTIVITES	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsable	Partenaires
Activité 2.1.1 : Réaliser 02 enquêtes sur l'évaluation des Indicateurs d'Alerte Précoce de la résistance du VIH aux ARV	Deux(02) enquêtes sur l'évaluation des Indicateurs d'Alerte Précoce sur la résistance du VIH aux ARV sont réalisées	Nombre d'enquêtes sur l'évaluation des Indicateurs d'Alerte Précoce sur la résistance du VIH aux ARV réalisée Le niveau atteint pour chaque indicateur d'alerte précoce de la résistance du VIH aux ARV est connu	Rapport d'étude	DPPEIS	PNLS, PNDAP, N-PSP, INSP, CDC PEPFAR, OMS
Activité 2.1.2 : Réaliser une enquête sur la résistance transmise du VIH aux ARV	Une(01) enquête sur la résistance transmise du VIH aux ARV est réalisée	Le niveau de la résistance transmise du VIH aux ARV est connu	Rapport d'étude	DPPEIS	PNLS, FHI 360
Extrant 2.2: La qualité de la prise en charge des PVVIH est évaluée					
Activité 2.2.1 : Réaliser 02 enquêtes sur les résultats cliniques et immunologiques des patients sous ARV	Deux (02) enquêtes sur les résultats cliniques et immunologiques des patients sous ARV sont réalisées	Nombre d'enquête sur les résultats cliniques et immunologiques des patients sous ARV réalisées	Rapport d'étude	DPPEIS	PNLS, FHI 360
Activité 2.2.2 : Réaliser une enquête pour caractériser la cascade de la prise en charge de la tuberculose (Réaliser l'évaluation de la mise en œuvre, l'enregistrement et le rapportage de la recherche active des cas de tuberculose dans la prise en charge des PVVIH).	Une enquête pour caractériser la cascade de la prise en charge de la tuberculose est réalisée	Incidence de la tuberculose chez les PVVIH	Rapport d'étude	DPPEIS	FHI 360, PNLT, PNLIS
Effet 3: l'utilisation des informations sur l'épidémie à VIH est effective					
Extrant 3.1: les données sur les IST/ VIH/sida sont disponibles					
Activité 3.1.1 : Faciliter la diffusion des informations sur le VIH et les IST en renforçant le site web de la DPPEIS	Le site web pour les échanges des acteurs intervenant dans la surveillance du VIH est fonctionnel	Nombre de site web pour les échanges des acteurs intervenant dans la surveillance du VIH	Adresse Internet	DPPEIS	PNLS, FHI 360
Activité 3.1.2 : Organiser un atelier annuel de partage d'informations sur la surveillance du VIH	01 atelier annuel de partage d'information est organisé	Nombre d'atelier organisé	Rapport d'atelier	DPPEIS	PNLS, PMO PEPFAR, SNU
Activité 3.1.3 : Publier des articles dans des revues spécialisées	02 publications sont réalisées par an	Nombre de publications réalisées	Résumés/Abstracts	DPPEIS	PNLS, INSP, FHI 360

ACTIVITES	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsable	Partenaires
Activité 3.1.4 : Produire un bulletin annuel de surveillance épidémiologique du VIH et des IST	Un bulletin annuel de surveillance épidémiologique du VIH et des IST est produit	Nombre de bulletin de surveillance épidémiologique produit	Bulletin de surveillance	DPPEIS	PNLS, PMO PEPFAR, SNU
Extrant 3.2: les prévisions et les tendances sur l'épidémie à VIH sont connues					
Activité 3.2.1 : Réaliser la triangulation des données sur le VIH	Une(01) triangulation des données sur le VIH est réalisée	Nombre de triangulation des données sur le VIH	Rapport de triangulation sur le VIH	DPPEIS	PNLS, ONUSIDA, OMS, UNICEF
Activité 3.2.2: Réaliser des estimations et des projections annuelles sur l'épidémie du VIH (MOT et Spectrum)	Les estimations et projections sur l'épidémie du VIH sont réalisées chaque année	Nombre d'estimations et projections sur l'épidémie du VIH réalisées chaque année	Rapport de réunions, Rapport GARP	DPPEIS	PNLS, ONUSIDA, OMS, UNICEF
Effet 4: le cadre institutionnel et les capacités des acteurs de la surveillance épidémiologique du VIH sont renforcées					
Extrant 4.1: le cadre institutionnel de la surveillance épidémiologique du VIH est renforcé					
Activité 4.1.1 : Réviser la note de service portant organisation et fonctionnement du GTT de la SSG VIH/sida	La note de service portant organisation et fonctionnement du GTT de la SSG VIH/sida est révisée	Existence des TDR actualisés	Note de service de la DGS instituant le GTT	DGS	DPPEIS, PNLs
Activité 4.1.2 : Elaborer un répertoire des enquêtes et études relatives au VIH/sida et des IST dont le protocole a été approuvé par le Comité National de l'Ethique et de la Recherche de Côte d'Ivoire (CNER-CI)	Un répertoire des enquêtes et études relatives au VIH est élaboré	Disponibilité du répertoire des enquêtes et études	Répertoire des enquêtes et études	DPPEIS	PNLS
Extrant 4.2: les capacités du GTT surveillance du VIH sont renforcées					
Activité 4.2.1: Participer à des ateliers internationaux sur la surveillance et/ou le suivi-évaluation du VIH/sida	Des membres du GTT ont participé à des ateliers internationaux sur la surveillance du VIH/sida	Nombre de membre du GTT ayant participé à des ateliers internationaux sur la surveillance du VIH/sida	Rapport d'atelier	DPPEIS	PNLS, CDC PEPFAR, SNU
Activité 4.2.2: Former des membres du GTT SE à l'utilisation du logiciel d'estimation Spectrum	Des membres du GTT SE sont formés à l'utilisation du logiciel d'estimation Spectrum	Pourcentage des membres du GTT SE formés à l'utilisation du logiciel d'estimation Spectrum	Rapport de formation; Certificat de formation	DPPEIS	PNLS, CDC PEPFAR, SNU
Activité 4.2.3: Former des membres du GTT SE à la triangulation	Des membres du GTT SE sont formés à l'utilisation du logiciel de triangulation	Pourcentage des membres du GTT SE formés à l'utilisation du logiciel de triangulation	Rapport de formation; Certificat de formation	DPPEIS	PNLS, CDC PEPFAR, SNU
Extrant 4.3: la coordination de la mise en œuvre du plan stratégique est renforcée					

ACTIVITES	Résultats attendus	Indicateurs	Sources de vérification	Responsable	Partenaires
Activité 4.3.1 : Organiser des réunions de suivi plan stratégique de surveillance du VIH et des IST	4 réunions de suivi du plan sont organisées par an	Nombre de réunions organisées	CR de réunions, Rapports d'activités	DPPEIS	PNLS, PMO PEPFAR, SNU
Activité 4.3.2 : organiser une revue à mi parcours du plan stratégique	1 revue à mi-parcours est organisée	Nombre de revues réalisées	Rapports de revue	DPPEIS	PNLS, PMO PEPFAR, SNU
Activité 4.3.3 : organiser une évaluation finale du plan stratégique	1 revue finale est organisée	Nombre de revues réalisées	Rapports de revue	DPPEIS	PNLS, PMO PEPFAR, SNU
Activité 4.3.4 : renforcer la DPPEIS pour la coordination des activités de surveillance en équipement et en matériel informatique	La sous-direction en charge de la surveillance épidémiologique dispose de matériel et équipements pour la coordination des activités de surveillance	Nombre de matériel acquis	Bordereau de livraison	DPPEIS	PNLS, PMO PEPFAR, SNU

VI. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

VI.1. Acteurs : rôles et responsabilités

VI.1.1. Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Évaluation et l'Information Sanitaire (DPPEIS)

L'exécution de ce plan se fera sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida à travers la DPPEIS.

Selon le décret n°2014-554 du 1^{er} Octobre 2014 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida avec création de la DPPEIS. Elle a pour mission entres autres (i) d'assurer la coordination des activités des différentes structures du Ministère en matière de statistique, de planification, de programmation et de suivi-évaluation, (ii) d'assurer la production des statistiques sectorielles et (iii) d'élaborer et promouvoir un système d'évaluation épidémiologique en liaison avec les services concernés.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan de surveillance 2015-2019, la DPPEIS à travers sa sous-direction de l'Évaluation de l'action sanitaire et de la surveillance épidémiologique assurera le secrétariat du Groupe Technique de Travail pour la surveillance du VIH/sida et des IST. Elle aura à charge de veiller au suivi de la mise en œuvre de ce plan stratégique.

VI.1.2. Groupe Technique de Travail sur la surveillance épidémiologique du VIH

Ce groupe technique est composé des représentants du Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, les organisations de la société civile et des partenaires du gouvernement de Côte d'Ivoire. Il a été mis en place par une note de service de la Direction Générale de la Santé et est chargé de coordonner la complémentarité de toutes les actions en matière de surveillance du VIH en Côte d'Ivoire.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, ce groupe pourra s'appuyer sur l'expertise d'autres groupes techniques tels que les groupes techniques prévention, information stratégique, IST, populations hautement vulnérables, pharmaco résistance du VIH aux ARV, etc.

VI.1.3. Laboratoires de référence

Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP)

En tant que laboratoire national de référence du MSLS, le LNSP aura à charge de coordonner toutes les activités de laboratoire dans le cadre de la Surveillance du VIH.

Il intervient par ailleurs dans la formation et met à disposition du personnel pour la tenue de certaines enquêtes nécessitant la participation de laboratoire.

Le LNSP travaillera en collaboration avec les laboratoires de retro-CI et l'IPCI.

Laboratoire de retro-CI

Le laboratoire de retro-CI, dont le département de biologie moléculaire est accrédité par l’OMS, réalisera les tests de sérologie dans le cadre de certaines enquêtes (serosurveillance sentinelle de la femme enceinte, EDS, EIS).

Institut Pasteur de Côte d’Ivoire (IPCI)

L’IPCI est un centre national de référence pour certains germes responsables d’IST et mène en outre des activités dans le cadre de la pharmaco résistance du VIH aux ARV.

VI.1.4. Directions Régionales de la Santé

Les régions sanitaires sont chargées de superviser les activités des districts sanitaires sous leurs aires géographiques. A ce titre dans le cadre de la surveillance du VIH/sida et des IST, elles seront chargées de (i) recevoir toutes les données provenant des districts (ii) les compiler, traiter et analyser (iii) transmettre à la DPPEIS à travers le circuit national de l’information sanitaire.

VI.1.5. Districts Sanitaires

Le district constitue l’unité opérationnelle du système de santé. Il a la charge de coordonner et de mettre en œuvre les activités dans son aire de couverture. Dans le cadre de la surveillance du VIH, les districts auront pour rôles de coordonner: (i) les activités, (ii) la collecte des données, (iii) le traitement et transmission des données, échantillons et/ou résultats.

VI.1.6. Établissements sanitaires

Ils constituent les unités de premier contact et/ou de référence du système de santé. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, ils seront chargés de : (i) mettre en œuvre les activités, (ii) collecter les données, (iii) traiter et transmettre les données, échantillons et/ou résultats.

VI.1.7. Organisations de la société civile

Les organisations de la société civile sont membres du Groupe Technique de Travail sur la surveillance épidémiologique du VIH. Dans l’exécution de ce plan, elles seront parties prenantes des processus qui les concernent et faciliteront la conduite des activités par la mobilisation de la communauté.

VI.1.8. Partenaires au développement

Les partenaires du gouvernement de Côte d’Ivoire font partie du Groupe Technique de Travail sur la surveillance épidémiologique du VIH et apporteront un appui matériel, technique et/ou financier à la réalisation des activités de surveillance.

VI.2. Organes et mécanisme de coordination

La coordination se fera à deux niveaux : niveau stratégique et niveau opérationnel.

VI.2.1. Niveau stratégique

Le GTT assurera la coordination du plan stratégique et des plans opérationnels de la surveillance du VIH/sida et des IST.

Il se chargera d'informer le secteur public, le secteur privé, la société civile et les partenaires du gouvernement de Côte d'Ivoire.

Il se réunira une fois par trimestre et autant de fois que de besoins et est chargé :

- d'identifier les besoins nationaux en matière d'expertises spécifiques;
- de diffuser les rapports nationaux;
- d'élaborer le rapport national VIH et faire les recommandations;
- de suivre les activités du secrétariat technique;
- de mettre en place les groupes ad-hoc pour les activités.

Il a la charge d'élaborer les plans opérationnels du plan stratégique, les documents de base et de préparer la mise en œuvre des activités.

Le secrétariat du GTT a la charge du suivi régulier de la mise en œuvre du plan stratégique à travers l'organisation des réunions du GTT de la surveillance.

VI.2.2. Niveau opérationnel

La coordination de la mise en œuvre de ce plan se fera au niveau opérationnel à travers les Directions et Programmes de santé en étroite collaboration avec les régions et districts sanitaires.

VII. CHRONOGRAMME

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	CALENDRIER																			
			2015				2016				2017				2018				2019			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Impact : La surveillance épidémiologique de troisième génération du VIH/sida et des IST est mise en œuvre																						
Effet 1 : Le niveau de l'épidémie du VIH et des IST et les moyens de lutte sont connus																						
Extrant 1.1 : Le niveau de l'épidémie dans la population générale est connu																						
Activité 1.1.1: Réaliser trois enquêtes de serosurveillance sentinelle chez les femmes enceintes	DPPEIS	CDC PEPFAR, FONDS MONDIAL																				
Activité 1.1.2 : Réaliser une enquête d'impact sur le VIH (HIA 2015-2016)	DPPEIS	CDC PEPFAR																				
Activité 1.1.3 : Réaliser une enquête sur l'incidence du VIH chez les femmes enceintes et dans la population générale	DPPEIS	MACRO, INS, RETROCI, CDC PEPFAR, USAID, OMS, OUSIDA, PNUD, UNICEF, UNFPA																				
Activité 1.1.4:Elaborer le protocole et les outils de notification des cas de VIH	DPPEIS	CDC PEPFAR																				
Activité 1.1.5: Réaliser une enquête sur la prévalence du VIH 2 et de l'hépatite B chez les patients nouvellement diagnostiqués par le VIH	DPPEIS	FHI 360, PNLHV, PNLS																				
Extrant 1.2 : Les populations à risques sont connues et le niveau de l'épidémie dans ces populations à risque est connu																						
Activité 1.2.1 : Réaliser 01 enquête bio comportementale chez les HSH à San Pedro	PNLS	DPPEIS, FHI360, CDC PEPFAR																				

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	CALENDRIER																			
			2015				2016				2017				2018				2019			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Activité 1.2.2 : Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des HSH à Abidjan, Yamoussoukro, Bouaké et Gagnoa (ENDA Santé/FONDS MONDIAL)	PNLS	FONDS MONDIAL																				
Activité 1.2.3 : Réaliser 01 analyse situationnelle sur les facteurs de vulnérabilité socioéconomiques des jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle face au VIH et à l'accès aux services de santé de la reproduction et de la planification familiale	PNLS	ALLIANCE CI, FOND MONDIAL																				
Activité 1.2.4 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Abidjan	PNLS	Banque mondiale																				
Activité 1.2.5 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Bouaké	PNLS	Banque mondiale																				
Activité 1.2.6 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à San Pedro	PNLS	Banque mondiale																				
Activité 1.2.7 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Gagnoa	PNLS	USAID																				
Activité 1.2.8 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Yamoussoukro	PNLS	USAID																				
Activité 1.2.9 : Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des PS et HSH à Abidjan, Bondoukou,	PNLS	Heartland Alliance/ CDC PEPFAR																				

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	CALENDRIER																			
			2015				2016				2017				2018				2019			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Abengourou, Daloa, Guiglo, Man et Gagnoa																						
Activité 1.2.10: Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des PS à San Pedro, Yamoussoukro et Bouaké	PNLS	FHI 360 /CDC PEPFAR																				
Activité 1.2.11: Réaliser 01 enquête bio comportementale au sein d'une population hautement vulnérable autre que les HSH et les PS	PNLS	FHI 360 /CDC PEPFAR																				
Activité 1.2.12 : Réaliser une analyse situationnelle au sein de la population carcérale dans trois prisons de la CI (Daloa, Abidjan, Korhogo)	PNLS	FHI 360																				
Effet 2 : La qualité des traitements et des soins pour les PVVIH et les IST est évaluée																						
Extrait 2.1 : Le niveau de la résistance du VIH est connu																						
Activité 2.1.1 : Réaliser 02 enquêtes sur l'évaluation des Indicateurs d'Alerte Précoce de la résistance du VIH aux ARV	DPPEIS	CDC PEPFAR, OMS																				
Activité 2.1.2 : Réaliser une enquête sur la résistance transmise du VIH aux ARV	DPPEIS	CDC PEPFAR, FHI 360																				
Extrait 2.2: La qualité de la prise en charge des PVVIH est évaluée																						
Activité 2.2.1 : Réaliser 02 enquêtes sur les résultats cliniques et immunologiques des patients sous ARV	DPPEIS	CDC PEPFAR; FHI 360																				

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	CALENDRIER																			
			2015				2016				2017				2018				2019			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Activité 2.2.2 : Réaliser une enquête pour caractériser la cascade de la prise en charge de la tuberculose (Réaliser l'évaluation de la mise en œuvre, l'enregistrement et le rapportage de la recherche active des cas de tuberculose dans la prise en charge des PVVIH).	DPPEIS	CDC PEPFAR, FHI 360																				
Effet 3 : L'utilisation des informations sur l'épidémie à VIH est effective																						
Extrant 3.1: Les données sur les IST/ VIH/sida sont disponibles																						
Activité 3.1.1 : Faciliter la diffusion des informations sur le VIH et les IST en renforçant le site web de la DPPEIS	DPPEIS	CDC PEPFAR, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA																				
Activité 3.1.2 : Organiser un atelier annuel de partage d'informations sur la surveillance du VIH	DPPEIS	CDC PEPFAR, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA																				
Activité 3.1.3 : Publier des articles dans des revues spécialisées	DPPEIS	CDC PEPFAR, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA																				
Activité 3.1.4 : Produire un bulletin annuel de surveillance épidémiologique du VIH et des IST	DPPEIS	CDC PEPFAR, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA																				
Extrant 3.2 : Les prévisions et les tendances sur l'épidémie à VIH sont connues																						
Activité 3.2.1 : Réaliser la triangulation des données sur le VIH	DPPEIS	CDC PEPFAR, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA																				

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	CALENDRIER																			
			2015				2016				2017				2018				2019			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Activité 3.2.2: Réaliser des estimations et des projections annuelles sur l'épidémie du VIH (MOT et Spectrum)	DPPEIS	CDC/PEPFAR, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA																				
Effet 4 : Le cadre institutionnel et les capacités des acteurs de la surveillance épidémiologique du VIH sont renforcées																						
Extrant 4.1: Le cadre institutionnel de la surveillance épidémiologique du VIH est renforcé																						
Activité 4.1.1 : réviser la note de service portant organisation et fonctionnement du GTT de la SSG VIH/sida	DGS																					
Activité 4.1.2 : Elaborer un répertoire des enquêtes et études relatives au VIH/sida et des IST dont le protocole a été approuvé par le Comité National de l'Ethique et de la Recherche de Côte d'Ivoire (CNER-CI)	DPPEIS	FOND MONDIAL																				
Extrant 4.2: Les capacités du GTT surveillance du VIH sont renforcées																						
Activité 4.2.1: Participer à des ateliers internationaux sur la surveillance et/ou le suivi-évaluation du VIH/sida	DPPEIS	CDC PEPFAR, SNU																				
Activité 4.2.2: Former des membres du GTT SE à l'utilisation du logiciel d'estimation Spectrum	DPPEIS	CDC PEPFAR, SNU																				
Activité 4.2.3: Former des membres du GTT SE à la triangulation	DPPEIS	CDC PEPFAR, SNU																				
Extrant 4.3: La coordination de la mise en œuvre du plan stratégique est assurée																						
Activité 4.3.1 : Organiser des réunions de suivi plan stratégique de surveillance du VIH et des IST	DPPEIS	PMO PEPFAR, SNU																				
Activité 4.3.2 : organiser une revue à mi parcours du plan stratégique	DPPEIS	PMO PEPFAR, SNU																				

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	CALENDRIER																							
			2015				2016				2017				2018				2019							
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
Activité 4.3.3 : organiser une évaluation finale du plan stratégique	DPPEIS	PMO PEPFAR, SNU																								
Activité 4.3.4 : renforcer la DPPEIS pour la coordination des activités de surveillance en équipement et en matériel informatique	DPPEIS	PMO PEPFAR, SNU																								

VIII. RESSOURCES NECESSAIRES A LA MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de ce plan nécessite des ressources humaines, matérielles et financières. Pour ce faire, il faudra accroître le financement destiné à la surveillance, développer des mécanismes complémentaires de mobilisation de financements additionnels, assurer l'adéquation des ressources humaines avec les besoins du système de surveillance de seconde génération et rendre accessibles les ressources matérielles.

VIII.1. Ressources humaines

Il s'agira de disposer de personnels en nombre suffisant et qualifié. Ce personnel sera composé de professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, bio technologistes, biologistes etc.), statisticiens, informaticiens, etc. Un mécanisme de rétention du personnel devra être exploré et mis en place.

VIII.2. Ressources matérielles

Le matériel est essentiellement constitué des intrants de laboratoire, de matériel roulant, de matériel informatique, équipement de laboratoire et de bureau.

VIII.3. Ressources financières

Les fonds seront nécessaires pour l'acquisition du matériel utile, pour le renforcement des capacités en ressources humaines et la mise en œuvre des activités sur le terrain.

IX. PLAIDOYER ET MOBILISATION DES RESSOURCES

En vue de disposer de ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan stratégique mais également de pérenniser la surveillance épidémiologique du VIH/sida et des IST, trois actions majeures sont à entreprendre :

- Plaidoyer auprès de l'Etat de Côte d'Ivoire en vue de :
 - Mobiliser régulièrement les ressources nécessaires pour le financement des activités de la surveillance.
 - Mettre à disposition du personnel qualifié et assurer le maintien de ce personnel
 - Mettre à niveau les infrastructures et au besoin en créer de nouvelles avec un plateau technique adapté ;
- Plaidoyer auprès des partenaires du Gouvernement de Côte d'Ivoire pour le renforcement de l'appui technique et financier nécessaires.

- Plaidoyer auprès des organisations de la société civile en vue de mobiliser la communauté et sensibiliser les décideurs à la mise en œuvre du plan.

X. SUIVI ET EVALUATION

Le GTT de surveillance épidémiologique de seconde génération du VIH/sida et des IST est responsable avec la DPPEIS du suivi évaluation de ce plan stratégique.

X.1. Mécanismes de suivi

X.1.1 Activités de suivi

Les activités pour le suivi de ce plan sont les suivantes :

- (i) les réunions trimestrielles de suivi des activités du plan opérationnel,
- (ii) les réunions semestrielles de suivi du plan stratégique,
- (iii) les réunions annuelles de suivi du plan stratégique.

Toutes ces rencontres feront l'objet de rapports et les recommandations qui en découleront seront soutenues par un plan de mise en œuvre pour en assurer la réalisation.

- Les réunions trimestrielles

Les rencontres trimestrielles se tiendront avec les membres du comité technique. Ils auront à charge de faire le point des activités mises en œuvre. Ces réunions se tiendront autant de fois que de besoin.

- Les réunions semestrielles

Les rencontres semestrielles sous la direction de la DGS serviront à valider les recommandations du comité technique et suivre l'exécution des activités. Elles permettront d'élaborer les rapports d'activités semestriels.

- Les réunions annuelles

Les réunions annuelles de suivi du plan stratégique ont pour but de fournir aux partenaires technique et financier, l'information pertinente sur l'état d'avancement des activités planifiées (rapports d'activités annuelles), les difficultés rencontrées et les recommandations pour améliorer la mise en œuvre du plan.

X.2. Mécanismes d'évaluation

L'évaluation du plan stratégique 2015-2019 se fera à travers une évaluation à mi-parcours (fin 2017) et une évaluation finale (fin 2019).

X.2.1. Evaluation à mi-parcours

Une évaluation à mi-parcours sera entreprise à la fin de l'année 2017. Il s'agit d'une évaluation qui concernera aussi bien le niveau d'atteinte des résultats intermédiaires du plan, que les aspects administratifs, financiers et techniques de mise en œuvre des

activités. Elle sera réalisée à l'initiative du GTT-SE VIH et permettra de réviser le plan stratégique.

X.2.2. Evaluation finale

Elle permettra d'apprécier le niveau d'atteinte des résultats (d'effet et d'impact) du plan stratégique, de tirer les conclusions et d'orienter les prochaines stratégies pour le renforcement de la surveillance épidémiologique du VIH en Côte d'Ivoire.

X.3. Indicateurs de suivi et évaluation

X.3.1. Indicateurs de processus, d'extrants/ d'effets

- Nombre de réunions de coordination organisées ;
- Nombre de revues du Plan Stratégique National de Surveillance du VIH/sida et des IST (PSNS VIH/sida) organisées ;
- Nombre d'activités planifiées dans le Plan Stratégique National de Surveillance du VIH/sida et des IST (PSNS VIH/sida) et réalisées ;
- Nombre de publications ;
- Nombre de bulletins d'information produits et distribués ;
- Nombre d'ateliers de formation organisés ;
- Nombre de personnes formées en matière de surveillance épidémiologique ;
- Nombre d'enquêtes réalisées.

X. 3.2. Indicateurs d'impacts

- Prévalence et incidence du VIH/sida dans la population générale ;
- Prévalence du VIH/sida et des IST chez les femmes enceintes ;
- Prévalence du VIH/sida et des IST chez les PS, les HSH et les populations carcérales ;
- Prévalence et Incidence du VIH selon les estimations(SPECTRUM) ;
- Incidence de la tuberculose chez les PVVIH ;
- Pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH ;
- Prévalence de la résistance transmise du VIH aux ARV chez les femmes enceinte de moins de 25 ans ;
- Taux d'utilisation du préservatif chez les PS et les HSH ;
- Prévalence de la résistance transmise du VIH aux ARV ;
- Nombre de personnes ayant besoin d'ARV ;
- Nombre de femmes enceintes ayant besoin d'ARV.

XI. COMMUNICATION ET UTILISATION DES RESULTATS

Les résultats issus de la mise en œuvre de ce plan stratégique feront l'objet d'une communication auprès de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/sida et les IST en Côte d'Ivoire. La dissémination de ces résultats se fera à travers des réunions de restitution ou de retro information, des séminaires (nationaux, régionaux, internationaux), sous forme de rapports ou de présentations.

Un bulletin annuel de surveillance épidémiologique sera élaboré et diffusé.

XII. BUDGET

Le budget pour la mise en œuvre de ce plan s'élève à trois milliards deux cent treize millions cent vingt-sept mille sept cent dix-huit francs CFA (3 213 127 718).

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Impact : La surveillance épidémiologique de troisième génération du VIH/sida et des IST est mise en œuvre.								
Effet 1: Le niveau de l'épidémie du VIH et des IST et les moyens de lutte sont connus								
Extrant 1.1 : Le niveau de l'épidémie dans la population générale est connu								
Activité 1.1.1: Réaliser trois enquêtes de serosurveillance sentinelle chez les femmes enceintes	DPPEIS	CDC PEPFAR, FONDS MONDIAL	69 427 906	0	69 427 906	0	69 427 906	208 283 718
Activité 1.1.2 : Réaliser une enquête d'IMPACT sur le VIH (HIA 2015-2016)	DPPEIS	CDC PEPFAR	600 000 000	900 000 000	50 000 000	0	0	1 550 000 000
Activité 1.1.3 : Réaliser une enquête sur l'incidence du VIH chez les femmes enceintes et dans la population générale	DPPEIS	CDC PEPFAR	0	0	0	0	750 000 000	750 000 000
Activité 1.1.4: Elaborer le protocole et les outils de notification des cas de VIH	DPPEIS	CDC PEPFAR	3 000 000	0	0	0	0	3 000 000
Activité 1.1.5: Réaliser une enquête sur la prévalence du VIH 2 et de l'hépatite B chez les patients nouvellement diagnostiqués par le VIH	DPPEIS	CDC PEPFAR, UNICEF, FONDS MONDIAL	30 000 000		0	0	0	30 000 000
Extrant 1.2 : Les populations à risques sont connues et le niveau de l'épidémie dans ces populations à risque est connu								
Activité 1.2.1 : Réaliser 01 enquête bio comportementale chez les HSH à San Pedro	PNLS	DPPEIS, FHI360, CDC PEPFAR	20 000 000	0	0	0	0	20 000 000
Activité 1.2.2 : Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des HSH à Abidjan, Yamoussoukro, Bouaké et Gagnoa (ENDA Santé/FONDS MONDIAL)	PNLS	FONDS MONDIAL	25 000 000	0	0	0	0	25 000 000

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Activité 1.2.3 : Réaliser 01 analyse situationnelle sur les facteurs de vulnérabilité socioéconomiques des jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle face au VIH et à l'accès aux services de santé de la reproduction et de la planification familiale	PNLS	ALLIANCE CI, FOND MONDIAL	25 000 000	0	0	0	0	25 000 000
Activité 1.2.4 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Abidjan	PNLS	Banque mondiale	25 000 000	0	0	0	0	25 000 000
Activité 1.2.5 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Bouaké	PNLS	Banque mondiale	25 000 000	0	0	0	0	25 000 000
Activité 1.2.6 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à San Pedro	PNLS	Banque mondiale	25 000 000	0	0	0	0	25 000 000
Activité 1.2.7 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Gagnoa	PNLS	USAID	25 000 000	0	0	0	0	25 000 000
Activité 1.2.8 : Réaliser la cartographie programmatique des PS à Yamoussoukro	PNLS	USAID	25 000 000	0	0	0	0	25 000 000
Activité 1.2.9 : Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des PS et HSH à Abidjan, Bondoukou, Abengourou, Daloa, Guiglo, Man et Gagnoa	PNLS	Heartland Alliance/ CDC PEPFAR	25 000 000	0	0	0	0	25 000 000
Activité 1.2.10: Réaliser 01 enquête bio comportementale et d'estimation de la taille de la population des PS à San Pedro, Yamoussoukro et Bouaké	PNLS	FHI360 /CDC PEPFAR	0	25 000 000		0	0	25 000 000
Activité 1.2.11: Réaliser 01 enquête bio comportementale au sein d'une population hautement vulnérable autre que les HSH et les PS	PNLS	FHI360 /CDC PEPFAR	0	30 000 000	0	0	0	30 000 000

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Activité 1.2.12 : Réaliser une analyse situationnelle au sein de la population carcérale dans trois prisons de la CI (Daloa, Abidjan, Korhogo)	PNLS	FHI 360	0	0	30 000 000	0	0	30 000 000
Effet 2 : La qualité des traitements et des soins pour les PVVIH et les IST est évaluée								
Extrant 2.1: le niveau de la résistance du VIH est connu								
Activité 2.1.1 : Réaliser 02 enquêtes sur l'évaluation des Indicateurs d'Alerte Précoce de la résistance du VIH aux ARV	DPPEIS	CDC/PEPFAR, OMS	0	52 000 000	0	52 000 000	0	104 000 000
Activité 2.1.2 : Réaliser une enquête sur la résistance transmise du VIH aux ARV	DPPEIS	CDC/PEPFAR, FHI 360	17 500 000		0	0	0	17 500 000
Extrant 2.2: La qualité de la prise en charge des PVVIH est évaluée								
Activité 2.2.1 : Réaliser 02 enquêtes sur les résultats cliniques et immunologiques des patients sous ARV	DPPEIS	CDC PEPFAR; FHI 360	37 500 000	15 000 000	0	0	0	52 500 000
Activité 2.2.2 : Réaliser une enquête pour caractériser la cascade de la prise en charge de la tuberculose (Réaliser l'évaluation de la mise en œuvre, l'enregistrement et le rapportage de la recherche active des cas de tuberculose dans la prise en charge des PVVIH).	DPPEIS	CDC PEPFAR, FHI 360	30 000 000	0	0	0	0	30 000 000
Effet 3: l'utilisation des informations sur l'épidémie à VIH est effective								
Extrant 3.1: les données sur les IST/ VIH/sida sont disponibles								
Activité 3.1.1 : Faciliter la diffusion des informations sur le VIH et les IST en renforçant le site web de la DPPEIS	DPPEIS	CDC/PEPFAR, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA	1 000 000	0	0	0	0	1 000 000
Activité 3.1.2 : Organiser un atelier annuel de partage d'informations sur la surveillance du VIH	DPPEIS	CDC/PEPFAR, OMS, FONDS	6 055 000	6 055 000	6 055 000	6 055 000	6 055 000	30 275 000

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
		MONDIAL, ONUSIDA						
Activité 3.1.3 : Publier des articles dans des revues spécialisées	DPPEIS	CDC/PEPFAR, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA	PM	PM	PM	PM	PM	0
Activité 3.1.4 : Produire un bulletin annuel de surveillance épidémiologique du VIH et des IST	DPPEIS	CDC/PEPFAR, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA	250 000	250 000	250 000	250 000	250 000	1 250 000
Extrant 3.2: les prévisions et les tendances sur l'épidémie à VIH sont connues								
Activité 3.2.1 : Réaliser la triangulation des données sur le VIH	DPPEIS	CDC/PEPFAR, MAESURE, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA	0	2 097 000	0	2 097 000	0	4 194 000
Activité 3.2.2: Réaliser des estimations et des projections (MOT et EPP Spectrum)	DPPEIS	CDC/PEPFAR, MAESURE, OMS, FONDS MONDIAL, ONUSIDA	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 000 000
Effet 4: le cadre institutionnel et les capacités des acteurs de la surveillance épidémiologique du VIH sont renforcées								
Extrant 4.1: le cadre institutionnel de la surveillance épidémiologique du VIH est renforcé								
Activité 4.1.1 : réviser la note de service portant organisation et fonctionnement du GTT de la SSG VIH/sida	DGS		PM	0	0	0	0	0
Activité 4.1.2 : Elaborer un répertoire des enquêtes et études relatives au VIH/sida et des IST dont le protocole a été approuvé par le Comité National de l'Ethique et de la Recherche de Côte d'Ivoire (CNER-CI)	DPPEIS	FOND MONDIAL	9 470 000	9 470 000	9 470 000	9 470 000	9 470 000	47 350 000
Extrant 4.2: les capacités du GTT surveillance du VIH sont renforcées								

ACTIVITES	Responsable	Sources de financement	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Activité 4.2.1: Participer à des ateliers internationaux sur la surveillance et/ou le suivi-évaluation du VIH/sida	DPPEIS	CDC PEPFAR, SNU	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Activité 4.2.2: Former des membres du GTT SE à l'utilisation du logiciel d'estimation Spectrum	DPPEIS	CDC PEPFAR, SNU	2 350 000	0	0	0	0	2 350 000
Activité 4.2.3: Former des membres du GTT SE à la triangulation	DPPEIS	CDC PEPFAR, SNU	2 350 000	0	0	0	0	2 350 000
Extrant 4.3: la coordination de la mise en œuvre du plan stratégique est renforcée								
Activité 4.3.1 : Organiser des réunions de suivi plan stratégique de surveillance du VIH et des IST	DPPEIS	PMO PEPFAR, SNU	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 000 000
Activité 4.3.2 : organiser une revue à mi parcours du plan stratégique	DPPEIS	PMO PEPFAR, SNU	0	0	6 080 000	0	0	6 080 000
Activité 4.3.3 : organiser une évaluation finale du plan stratégique	DPPEIS	PMO PEPFAR, SNU	0	0	0	0	8 195 000	8 195 000
Activité 4.3.4 : renforcer la DPPEIS pour la coordination des activités de surveillance en équipement et en matériel informatique	DPPEIS	PMO PEPFAR, SNU	760 000	760 000	760 000	760 000	760 000	3 800 000
BUDGET TOTAL								3 213 127 718

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

- Rapport de revue du plan stratégique de surveillance de seconde génération du VIH/sida et des IST 2010-2014
- Plan stratégique de surveillance de seconde génération du VIH/sida et des IST 2010-2014
- Plan stratégique national de lutte contre l'infection à VIH, le Sida et les IST 2012- 2015
- Lignes directrices pour la surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH : une mise à jour connaître son épidémie, OMS, 2013.
- Décret N°2011-263 du 28 septembre 2011
- Décret N°2012-612 du 04 juillet 2012 portant création du Moronou
- Arrêté N°028/MSP/CAB du 08 février 2002
- Bilan de la décade 2001-2010 du PNPMT/MSLS, Côte d'Ivoire
- Comptes de la santé : exercices 2009, 2010. Sous compte VIH/sida, santé de la reproduction, sante infantile, Côte d'Ivoire, Novembre 2013
- Enquête Démographique et de santé à indicateurs multiples, Côte d'Ivoire, 2011-2012.
- Les femmes et l'infection à VIH/sida, dossier de synthèse documentaire et bibliographique. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida, CRIPS, Septembre 2008.
- La circoncision dans la prévention du VIH, dossier de synthèse documentaire et bibliographique. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida, CRIPS, Janvier 2012.
- Rapport mondial sur le sida 2013, ONUSIDA/OMS.
- Rapport VIH 2012, DIPE/MSLS, Côte d'Ivoire
- Analyse de la triangulation des données disponibles sur les interventions de préventions en Côte d'Ivoire 2010, MEASURE Evaluation
- GOLI Kouassi, la prostitution en Afrique. Un cas : Abidjan. Eds Les Nouvelles Editions Africaines, Abidjan, 1986.
- PUMLS, ENSEA ; Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des professionnels(les) du sexe (PS) relative aux IST/VIH/Sida en Côte d'Ivoire, 2011

- Me H., Vuylsteke B., Zouzoua C (2005), Analyse situationnelle de la couverture des interventions en faveur des professionnels (les) du sexe en Côte d'Ivoire (2005), 27p.
- Organisation du Corridor Abidjan, Lagos : Analyse de la situation et de la réponse face au VIH/sida en Côte d'Ivoire et le long du corridor Abidjan – Noé, 2010
- Current Concepts of HIV Transmission, 2008 Gavin Morrow
- Infections sexuellement transmissibles M Strobel. IFMT. Séminaire IST. juillet 2004
- Guide pour la prise en charge des IST, OMS, 2013.

Comité de coordination

N°	NON ET PRENOMS	STRUTURES
1	KONE PENAPIPEYENAN STEPHANE	DPPEIS
2	KADIO AKA JANVIER	DPPEIS
3	ADANHO COMLAN THEOPHILE	DPPEIS
4	WOGNIN KRAIBOUET VENANCE	PNLS
5	ALI KOUASSI DANIEL	PNLS
6	GUY MORINEAU	FHI 360
7	DAMEY NETO FLORENCE EPSE NIOBLE	FH 360
8	LOBOGNON ROGER	CDC PEPFAR

Liste des participants à l'atelier d'élaboration

N°	NOM ET PRENOMS	STRUTURE
1	KONE PENAPIPEYENAN STEPHANE	DPPEIS
2	AHOTY FRANCK-ALEX	DPPEIS
3	EGOU ASSI HUGES	DGS
4	WOGNIN KRAIBOUET VENANCE	PNLS
5	ALI KOUASSI DANIEL	PNLS
6	KADIO AKA JANVIER	DPSES
7	YAO KOUADIO JEAN	INSP
8	KOUASSI BEATRICE	RIP+
9	GUY MORINEAU	FH 360
10	DAMEY NETO FLORENCE EPSE NIOBLE	FH 360
11	M'BEA KOUASSI JEAN-JACQUES	ICAP
12	OUATTARA KASSOUM	HEARTLAND ALLIANCE
13	LOBOGNON ROGER	CDC PEPFAR
14	KONAN KOUAME JEAN	UNICEF

Liste des participants à l'atelier de validation

N°	NON ET PRENOMS	STRUTURES
1	KONE PENAPIPEYENAN STEPHANE	DPPEIS
2	CAMARA AOUA EPSE AKA	DPPEIS
3	SORO RAPHAEL	DPPEIS
4	KADIO AKA JANVIER	DPPEIS
5	ADANHO COMLAN THEOPHILE	DPPEIS
6	NAHOUNOU LANWIS	DGS
7	WOGNIN KRAIBOUET VENANCE	PNLS
8	N'GUESSAN BERNARD	PNLS
9	KOSSOUNOU MONIQUE	PNLS
10	ALI KOUASSI DANIEL	PNLS
11	TOURE KOUROUMA	LNSP
12	KOUAKOU N'DRI	INSP
13	KONAN YAO EUGENE	UFRSMA
14	ACHI BROU ARMAND	IPCI
15	GUY MORINEAU	FHI 360
16	DAMEY NETO FLORENCE EPSE NIOBLE	FH 360
17	TANA YAPI IRIE	ALLIANCE CI
18	EVANNO JEROME	MEDECINS DU MONDE
19	MAX RACHEL	PSI
20	BAMBA AMARA	ENDA SANTE
21	M'BEA KOUASSI JEAN JACQUES	ICAP
22	OUEDRAOGO MARIAM	HA-CI